



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
ELEKTRONİK DERGİSİ
DEUHFED**

**E-JOURNAL OF
DOKUZ EYLUL UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

ISSN: 2149 - 0333

BU SAYIDA GÖREV ALAN HAKEMLER

Prof. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI
Prof. Dr. Sakine BOYRAZ
Prof. Dr. Firdevs ERDEMİR
Prof. Dr. Oya KAVLAK
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ
Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Prof. Dr. Selmin ŞENOL
Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR
Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
Prof. Dr. Mualla YILMAZ
Doç. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ
Doç. Dr. Hamdiye ARDA SÜRÜCÜ
Doç. Dr. Nihal BOSTANCI
Doç. Dr. Sibel COŞKUN BADUR
Doç. Dr. Canan DEMİR BARUTCU
Doç. Dr. Yeter DURGUN OZAN
Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE
Doç. Dr. Arzu Kader HARMANCI SEREN
Doç. Dr. Asiye KARTAL
Doç. Dr. Güलगül MERMER
Doç. Dr. Birsen MUTLU
Doç. Dr. Gülcin ÖZALP GERÇEKER

Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA
Doç. Dr. Emine TÜRKMEN
Doç. Dr. Yeter Sinem UZAR ÖZÇETİN
Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN
Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Dr. Öğr. Üyesi Serpil ABALI ÇETİN
Dr. Öğr. Üyesi Demet AVCI ALPAR
Dr. Öğr. Üyesi Semiha AYDIN ÖZKAN
Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Özlem DEMİREL BOZKURT
Dr. Öğr. Üyesi Satı DOĞAN
Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN
Dr. Öğr. Üyesi Salih HALLAÇ
Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA
Dr. Öğr. Üyesi Aygöl KISSAL
Dr. Öğr. Üyesi Elem KOCAÇAL
Dr. Öğr. Üyesi Handan ÖZCAN
Dr. Öğr. Üyesi Burcu ÖZKUL
Dr. Öğr. Üyesi Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI
Dr. Öğr. Üyesi Özlem TEKİR
Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ
Öğr. Gör. Dr. Kübra PINAR GÜRKAN

*İsimler önce ünvan, sonrasında ise alfabetik sıralamaya göre yazılmıştır.

İçindekiler

Editörden

Editörden

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Araştırma Makaleleri

Tip 2 Diyabetes Mellituslu Bireylerin Hipoglisemi Korkusunun İncelenmesi

Şenay GÜL, Güler Duru AŞİRET, Cansu OKATAN

İlköğretim Öğrencilerine Rol Oynama (Rol-Play) Yöntemi ile Uygulanan El Hijyeni Eğitiminin Öğrencilerin El Yıkama Bilgi ve Becerilerine Etkisi

Hatice YUMRU, Şerife KOÇ

Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına İlişkin Tutumları

Sevgi PAKIŞ ÇETİN, Kıvanç ÇEVİK

Hastanede Yatan Çocuklarda Psikososyal Semptomlar ile Annelerinin Endişe Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Gonca ÜSTÜN, Büşra AKAN, Leyla KÜÇÜK

Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişki

Yahya ERGEZEN, Emine EFE, Fatma ÇALIŞKAN ÖZDÖL, Şevkiye DİKMEN

Hemşirelik Öğrencilerinde Duygusal Zekâ ve Mesleki Değerlerin Karşılaştırması

Hande YAĞCAN, Elif ULUDAĞ, Hülya OKUMUŞ

4-36 Ay Arası Bebeklerin Diş Çıkarma Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Annelerin Yaptıkları Uygulamalar

Zeynep ERKUT, Selmin KÖSE, Fatma DUMANDAĞ

Klinik Hemşirelerinin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarına Göre Çalışma Ortamlarını Değerlendirmeleri

Duru YAPICI, Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU

Derleme Makaleler

Uyku Kalitesinin Kadın Fertilitesi Üzerine Etkileri ve Uyku Kalitesi Değerlendirme Örneği

Merlinda ALUŞ TOKAT, Figen YANIK

Siber Zorbalık: Çocuklarda Zorbalığın Yeni Dönemi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Buket MERAL, Seda ÇAĞLAR

Psikiyatri Hemşireliği Alanında Önemli Bir Yapı: Aile Dayanıklılığı

Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN, Ayşe SARI

COVID-19 Pandemi Sürecinde Demanslı Bireyler: Sağlık Profesyonelleri ve Bakım Verenler İçin Öneriler

Merve ALİYE AKYOL, Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ, Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Diyabet Teknolojileri

Gökşen POLAT TOPÇUOĞLU, Elif ÜNSAL AVDAL

Kuhn'un Bilimsel Devrimi ve Hemşirelik Paradigmasına Etkisi

Sevil MASAT HARBALİ, Tuğba KAVALLI ERDOĞAN, Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

Klinik Uygulamada Rehberler: Doğum Sonu Döneme Ait Örnekler

Hilal KARADENİZ, Hatice YILDIZ

Salutojenik Model ve Yaşlı Sağlığında Kullanımı

Aynur UYSAL TORAMAN, Deniz EREN

Çok değerli okuyucularımız,

Dergimizin 2021 yılı üçüncü sayısında bilimsel araştırma ve derleme makaleleri sizlerle paylaşmaktan memnuniyet ve gurur duymaktayız.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız sekiz araştırma makalesi ve sekiz derleme makaleden oluşmaktadır. İlk araştırma, Şenay GÜL, Güler Duru AŞİRET ve Cansu OKATAN'ın "Tip 2 Diyabetes Mellituslu Bireylerin Hipoglisemi Korkusunun İncelenmesi" başlıklı tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırmasıdır. Araştırma 18 yaş üzeri 250 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda diyabetli bireylerin hipoglisemiden korktuğu görülmektedir. Hastaların korkusunu azaltmak için etkili ve güvenli tedavi seçeneklerine ek iyi bir diyabet ve hipoglisemi eğitimi alması, bilgilerinin güncelliğinin takip edilmesi ve sık kontrol yapılması gerekmektedir. Özellikle iç hastalıkları ve halk sağlığı hemşireliği açısından yol gösterici bir çalışmadır.

İkinci araştırma makalesi; Hatice YUMRU ve Şerife KOÇ'un "İlköğretim Öğrencilerine Rol Oynama (Rol-Play) Yöntemi ile Uygulanan El Hijyeni Eğitiminin Öğrencilerin El Yıkama Bilgi ve Becerilerine Etkisi" isimli çalışmasıdır. Araştırma, tek grup ön test-son test tasarımı, ilköğretim 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören 194 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi kullanılarak yapılan el hijyeni eğitimi sonrasında çocukların bilgi ve becerilerinde olumlu yönde artış saptanmıştır. Bu çalışmada kullanılan rol-play yöntemi çocuklara eğlenerek öğretmeyi sağlamış ve destekleyici bir eğitim yöntemi olarak kullanılmıştır. Yöntemsel açıdan alana katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Üçüncü çalışma; Sevgi PAKIŞ ÇETİN ve Kıvanç ÇEVİK'in "Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına İlişkin Tutumları" başlıklı araştırmasıdır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ndeki 454 öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelik öğrencilerinin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin tutumlarının olumlu olduğu ve farkındalıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelik lisans eğitiminde konu hakkında veri sağlayıcı niteliktedir.

Dördüncü çalışma; Gonca ÜSTÜN, Büşra AKAN ve Leyla KÜÇÜK'ün "Hastanede Yatan Çocuklarda Psikososyal Semptomlar ile Annelerinin Endişe Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli çalışmasıdır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bu çalışma, 6-12 yaş grubundaki 120 çocuk ve anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların ve annelerinde görülen endişenin hafif düzeyde ve ilişkili olduğu, cinsiyet ve yaşın hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomları, çocukların okula başlama durumu ve hastalık süresi ise annelerinin endişe düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Hastanede yatan çocuklar ve annelerinin yaşadıkları psikososyal sorunlar bakımından birlikte değerlendirildiği araştırmaların yapılması önerilmektedir. Alan yazına katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Beşinci araştırma; Yahya ERGEZEN, Emine EFE, Fatma ÇALIŞKAN ÖZDÖL ve Şevkiye DİKMEN'in "Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmasıdır. Çalışma, tanımlayıcı tasarımda Akdeniz Bölgesindeki bir üniversite hastanesinin Kadın Doğum servisinde yatan, sağlıklı yeni doğum yapmış 102 anne ile yürütülmüştür. Yeni doğum yapmış annelerin emzirme döneminde sağlık profesyonelleri ve aile yakınları tarafından desteklenmesinin annelerin emzirme başarılarını ve emzirme öz yeterlilikleri artacağı öngörüsü ile sonuçlanan bir çalışmadır.

Altıncı çalışma; Hande YAĞCAN, Elif ULUDAĞ ve Hülya OKUMUŞ'un "Hemşirelik Öğrencilerinde Duygusal Zekâ ve Mesleki Değerlerin Karşılaştırması" başlıklı araştırmasıdır. Bu araştırma, bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesinde eğitim görmekte olan 505 lisans öğrencisi ile yürütülmüştür. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet farkı olmaksızın duygusal zekâ düzeyleri ile hemşirelik mesleği değerleri algılarının doğru orantılı arttığı görülmüştür. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlerine göre duygusal zekâ düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kız öğrencilerin erkeklere göre Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği puanlarının daha yüksek olması mesleki değerlere uyum eğiliminin daha güçlü olduğu yönündedir.

Yedinci çalışma; Zeynep ERKUT, Selmin KÖSE ve Fatma DUMANDAĞ'ın "4-36 Ay Arası Bebeklerin Dış Çıkarma Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Annelerin Yaptıkları Uygulamaları" isimli çalışmasıdır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, İstanbul ilinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi'nde 145 bebeğin annesi ile gerçekleştirildi. Bu araştırma sonucunda, annelerin tamamına yakınının dış çıkma sürecinde bebeklerinin sorun yaşadığını belirttiği belirlenmiştir. Hemşireler tarafından bu sorunlara yönelik uygun yöntemlerin seçilmesi konusunda ebeveynlere bilgi verilmelidir. Alan yazına ve uygulayıcılara katkı sağlayıcı niteliktedir.

Sekizinci çalışma; Duru YAPICI ve Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU'nun "Klinik Hemşirelerinin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarına Göre Çalışma Ortamlarını Değerlendirmeleri" başlıklı araştırma makalesidir. Çalışma, tanımlayıcı niteliktedir ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı üç eğitim araştırma hastanesinin cerrahi, dahili ve yoğun bakım birimlerinde doğrudan hasta bakımı sunan 550 klinik hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, klinik hemşirelerinin çalıştıkları kurumlarda sağlıklı çalışma ortamı standartlarının düşük-orta düzeyde uygulandığını düşündüklerini göstermiştir.

Dokuzuncu çalışma; Merlinda ALUŞ TOKAT ve Figen YANIK'ın "Uyku Kalitesinin Kadın Fertilitesi Üzerine Etkileri ve Uyku Kalitesi Değerlendirme Örneği" isimli derleme makalesidir. Bu derlemenin amacı, uykunun fertilitesi ne derece ve hangi mekanizmalarda etkileyebildiğini açıklamak, böylece ülkemizde fertilitesi alanında çalışan hemşireler/sağlık profesyonelleri için bir farkındalık oluşturmaktır. Derlemede kadın fertilitesi üzerine etkili olan uyku ile ilgili süreçlere yer verilmiştir. Sağlık çalışanlarına yol gösterici öneriler sunulmuştur.

Onuncu çalışma; Buket MERAL ve Seda ÇAĞLAR'ın "Siber Zorbalık: Çocuklarda Zorbalığın Yeni Dönemi ve Hemşirelik Yaklaşımları" isimli derleme makalesidir. Bu derlemenin amacı, çocuklarda görülen siber zorbalığı ve hemşirelik yaklaşımlarını incelemek aynı zamanda hemşirelerin siber zorbalık ile ilgili farkındalıklarını arttırmaktır. Derlemede siber zorbalığın çocuklar üzerine etkileri ve yol gösterici önerilere yer verilmiştir.

Onbirinci çalışma, Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN ve Ayşe SARI'nın "Psikiyatri Hemşireliği Alanında Önemli Bir Yapı: Aile Dayanıklılığı" başlıklı derleme makalesidir. Derleme, aileye dayanıklılık kazandıran dayanıklılık süreçleri ve ailelerle çalışan hemşirelerin bu dayanıklılık süreçlerini güçlendirecek aile müdahaleleri planlamalarının ailelerin kriz durumları ile baştmesinde yardımcı olacak önerilerinden oluşmaktadır.

Onikinci çalışma, Merve Aliye AKYOL, Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ ve Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ'in "COVID-19 Pandemi Sürecinde Demanslı Bireyler: Sağlık Profesyonelleri ve Bakım Verenler İçin Öneriler" isimli derleme makalesidir. Bu derlemede, COVID-19 pandemi sürecinde demanslı bireyin bakımından sorumlu sağlık profesyonellerinin ve aile üyelerinin bakım süreçlerinde kullanabileceği pratik öneriler sunarak yol göstermek amaçlanmaktadır. Derlemede, Covid-19 pandemisi ile gelen zorlukların yanısıra kronik hastalıklarda ve bakım verenlerinde de yaşanan bazı zorluklarla baştme yöntemleri tartışılmıştır.

Onüçüncü çalışma, Gökşen POLAT TOPÇUOĞLU ve Elif ÜNSAL AVDAL'ın "Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Diyabet Teknolojileri" başlıklı derlemesidir. Derlemede, öz bakım kavramının yer aldığı hemşirelik teorilerinden olan Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramı ele alınarak diyabet teknolojileri incelenmiştir. Diyabetli bireylerin hastalığın yönetiminde kullandıkları teknolojiler tartışılmıştır.

Ondördüncü çalışma, Sevil MASAT HARBALİ, Tuğba KAVALALI ERDOĞAN ve Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'ın "Kuhn'un Bilimsel Devrimi ve Hemşirelik Paradigmasına Etkisi" isimli derlemesidir. Bu derlemenin amacı Kuhn'un bilimsel devriminin hemşirelik paradigması üzerine etkilerini, ortak yanlarını ve farklarını literatür ışığında tartışmak ve eleştirel olarak analiz etmektir. Hemşirelik uygulamalarının da kaynağını değerlendirmede yol gösterici bir çalışmadır.

Onbeşinci çalışma, Hilal KARADENİZ ve Hatice YILDIZ'ın "Klinik Uygulamada Rehberler: Doğum Sonu Döneme Ait Örnekler" isimli derleme makalesidir. Bu derlemede, klinik rehberin önemi, rehber geliştirme süreci hakkında güncel literatür bilgilerin verilmesi ve kadın sağlığı alanında otorite olarak kabul edilen ulusal-uluslararası kuruluşlar tarafından doğum sonu döneme ilişkin yayımlanmış klinik rehberlerin irdelenmesi amaçlanmıştır. Sunulacak bilgilerle hemşirelik bakım uygulamalarında rehber geliştirme ve klinik alanda kullanımına ilişkin duyarlılığın artırılması ve anne-bebek sağlığına katkı verilmesi hedeflenmiştir.

Onaltıncı ve son çalışma; Aynur UYSAL TORAMAN ve Deniz EREN'in "Salutojenik Model ve Yaşlı Sağlığında Kullanımı" başlıklı derlemesidir. Bu derlemede, salutojenik modelin temel kavramlarını açıklamak ve modelin yaşlı sağlığının geliştirilmesinde kullanımına ilişkin bilgiler sunmak amaçlanmıştır. Modelin özelliklerinin ve kullanımının tartışıldığı derleme, alana katkı sağlayıcı niteliktedir.

Temmuz sayımızda, araştırma makaleleri ile alan yazına, hemşirelik uygulamalarına ve yönetimine katkı veren tüm yazarlara, hakemlere, bölüm editörlerine ve tüm süreçlerde emek veren dergi yayın kuruluna teşekkürlerimi sunarım.

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




Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

SAĞLIKLA KAL TÜRKİYEM...

Editör

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Tip 2 Diyabetes Mellituslu Bireylerin Hipoglisemi Korkusunun İncelenmesi

 Şenay GÜL¹  Güler Duru Aşiret²,  Cansu Okatan³

¹Araş. Gör.Dr., Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.

²Doç. Dr., Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye.

³Hemşire, Avrasya Hastanesi Gaziosmanpaşa, İstanbul, Türkiye.

Öz

Giriş: Diyabetes mellitusun görülme oranının artmasıyla birlikte çoğu hasta bireylerin sıklıkla karşılaştığı semptomlardan biri olan hipoglisemiye yönelik korkuları da artmaktadır. **Amaç:** Bu araştırma Tip 2 diyabetes mellitus tanısı olan hastaların hipoglisemi korkusunun belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini Ocak – Mart 2020 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin dahili kliniklerinde Tip 2 diyabetes mellitus tanısı ile tedavi alan, 18 yaş üzerinde olan 250 hasta oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hipoglisemi Korku Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde (%) ve sayı (n), bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla gruplarda karşılaştırmalarda One-way Anova testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışma kapsamındaki hastalarının yaş ortalamasının 59.71 ± 7.41 , %50.8'inin kadın ve %81.6'sının evli olduğu belirlenmiştir. Hipoglisemi Korku Ölçeği'nin toplam puan ortalamasının 87.49 ± 13.42 , Davranış alt boyutu puan ortalamasının 49.30 ± 7.59 ve Korku alt boyutu puan ortalamasının 38.19 ± 9.46 olduğu belirlenmiştir. Bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Hipoglisemi Korku Ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; erkeklerin, tanı süresi sekiz yıldan daha uzun olanların, diyabet ile ilgili eğitim alanların, hipoglisemi değerini bilenlerin ve nöropatisi/nefropatisi olanların Hipoglisemi Korku Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). **Sonuç:** Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, diyabetli bireylerin hipoglisemiden korktuğu görülmektedir. Hastaların korkusunu azaltmak için etkili ve güvenli tedavi seçeneklerine ek iyi bir diyabet ve hipoglisemi eğitimi alması, bilgilerinin güncel olup olmadığının takip edilmesi ve sık kontrol yapılması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Diyabetes mellitus, Hipoglisemi, Korku.

Abstract

Examination of Hypoglycemia Fear of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Background: With the increased incidence of diabetes mellitus, sick individuals, fears of hypoglycemia, one of the symptoms they frequently experience, are also increasing. **Objectives:** This study was conducted to determine the fear of hypoglycemia in patients with Type 2 diabetes mellitus. **Methods:** The sample of the descriptive study consisted of 250 patients over 18 years of age who were treated with the diagnosis of Type 2 diabetes mellitus in the internal clinics of a training and research hospital between January and March 2020. "Participant Form" and "Hypoglycemia Fear Scale" were used to collect research data. In the analysis of the research data, mean, standard deviation, median, percentage (%) and number (n), t test in independent groups and one-way Anova test in comparisons in more than two groups were used. **Results:** It was determined that the average age of the patients included in the study was 59.71 ± 7.41 , 50.8% were female and 81.6% were married. It was determined that the total score average of the Hypoglycemia Fear Scale was 87.49 ± 13.42 , the average score of the Behavior sub-dimension was 49.30 ± 7.59 , and the mean score for the Fear sub-dimension was 38.19 ± 9.46 . When the descriptive characteristics of the individuals are compared with their total score average, it was found that the mean Hypoglycemia Fear Scale total score of men, those with a diagnosis of diabetes mellitus longer than eight years, those who are educated about diabetes, those who know the value of hypoglycemia, and those with neuropathy/nephropathy was statistically significantly higher ($p < 0.05$). **Conclusion:** According to the findings obtained from the study, it is seen that individuals with diabetes mellitus are afraid of hypoglycemia. In addition to effective and safe treatment options, a good diabetes and hypoglycemia training, follow-up of the current information and frequent checks are required in order to reduce the fear of the patients.

Key Words: Diabetes mellitus, Fear, Hypoglycemia.

Geliş Tarihi / Received: 15.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 13.04.2021

Correspondence Author: Doç. Dr. Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye. Telefon: +90(382)2882768 E-posta: gulerduru@gmail.com

Cite This Article: Gül Ş, Duru Aşiret G, Okatan C. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Bireylerin Hipoglisemi Korkusunun İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 179- 187



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Günümüzde birçok kronik hastalık gibi Diyabetes Mellitus (DM)'un görülme oranı; nüfus artışı, yaşlanma, kentleşme ve artan obezite ve fiziksel hareketsizlik gibi nedenlerle artmaktadır (1). Hem dünyada hem de ülkemizde görülme hızı artan diyabetin birçok komplikasyonu bulunmaktadır. Diyabetli bireylerde en sık rastlanan ve en çok korkulan akut komplikasyonlardan biri, hipoglisemidir. Hipoglisemi, kan glukoz düzeyinin 50 mg/dL'nin altına düşmesi olup, belirtileri arasında otonomik (açlık, baş dönmesi, terleme, çarpıntı, gerginlik gibi) ve nöroglükopenik (baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, nöbet geçirme, koma gibi) semptomlar yer almaktadır. Kan glikoz düzeyinin düşmesine paralel olarak ortaya çıkan semptomların şiddeti de değişmektedir. Hastalarda hipoglisemi bilinç kaybı, koma ve hatta ölümlerle sonuçlanabilmektedir (2-4). Kanada'da yapılan bir çalışmada hastalarda ciddi hipoglisemi görülme oranı %41.8 olarak bulunmuştur (5). Emral ve ark. (2018) ülkemizde yaptığı bir çalışmada Tip 1 diyabeti olan hastaların %74'ünün, tip 2 diyabeti olan hastaların ise %53.6'sının hipoglisemi yaşadığı belirlenmiştir (6).

Diyabetes Mellitus hastaları hipoglisemiye bağlı ortaya çıkan semptomlar nedeniyle hipoglisemiden korktukları ve diyabet bakımı ile ilgili yeterli bilgilerinin olmasına rağmen, kan glikoz düzeyini yüksek tutma yönünde davranışlarda buldukları bildirilmektedir (7-9). Hipoglisemi korkusu, yoğun insülin tedavisi alan diyabet hastalarında tedaviye uyumu zorlaştıran en önemli faktör olarak görülmektedir (8). Ciddi hipoglisemi deneyimleyen diyabet hastalarının; hipoglisemiyi fark edememe, tek başlarına kaldıklarında hipoglisemi geçirme, sersemleme, utanacakları davranışları sergileme, kalabalık ortamda bayılma, baş dönmesi, hata yapma, araba kullanırken hipoglisemi geçirme, kazalara neden olma, uykuda hipoglisemi geçirme, uzun süren bir aktivite sırasında hipoglisemi geçirme gibi pek çok korkuları bulunmaktadır (7).

Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların hipoglisemiye ilişkin duyu ve tutumlarının belirlenmesi, hastalarının tedaviye uyumu ve DM bağlı zamanla gelişen kronik komplikasyonların önlenmesi bakımından önemlidir. Çünkü DM hastalarının kan glikoz düzeyleri istenen aralıkta olduğu sürece hastalarda kronik komplikasyonlar gelişmeyecek ve hastaların yaşam kalitesi en iyi seviyede olacaktır. Literatürde DM bireylerin hipoglisemi korkularını ve hipoglisemiye ilişkin tutumlarını inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (2, 10-12). Bu nedenle bu araştırma Tip 2 DM tanısı olan hastaların, hipoglisemi korkusunun belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçların, hastaların fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması konusunda sağlık çalışanlarının yol gösterici olacağı ve alanla ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, hastanede yatarak tedavi alan Tip 2 DM hastalarının, hipoglisemi korkusunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

- Diyabeti olan bireylerin hipoglisemi korkusu yaşama durumları nasıldır?
- Diyabeti olan bireylerin demografik ve klinik özelliklerine göre hipoglisemi korkusu yaşama durumları nasıldır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ocak–Mart 2020 tarihleri arasında İç Anadolu Bölgesi'nde bir eğitim araştırma hastanesinin dahili kliniklerinde (dahiliye, kardiyoloji, göğüs, nöroloji ve intaniye) yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü Ocak–Mart 2020 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin dahili kliniklerinde (dahiliye, kardiyoloji, göğüs, nöroloji ve intaniye) Tip 2 DM tanısı ile tedavi alan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, bu çalışmaya benzer bir araştırmanın verilerinden yararlanılarak GPower V3.1.9.7 programında t testi analizi kullanılarak hesaplanmıştır (13). Yapılan güç analizi sonucunda 0.3 etki büyüklüğü ile birlikte çalışmanın gücü %95 ve Tip 1 hata %5 olarak kabul edilmiş ve çalışma için gerekli örneklem sayısı 220 birey olarak saptanmıştır. Araştırma sürecinde yaşanabilecek kayıplar göz önünde bulundurularak 250 bireye ulaşılmıştır. Araştırmaya kabul kriterleri arasında; hastaların araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ve araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde Tip 2 DM tanısı ile izlenmesi, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan formda yer alan soruları cevaplamaya uygun olması, iletişime engel bir sorunun olmaması, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmesi ve 18 yaş ve üzerinde olması yer almaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hipoglisemi Korku Ölçeği (HKÖ) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form, literatür incelenerek araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve toplam 21 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, diyabet tanısı alma süresi, ek kronik hastalık durumu, insülin yapabilme durumu, hipoglisemi eğitimi alma durumu, diyabet eğitimi alma durumu vb) oluşmaktadır (7,9-14).

Hipoglisemi Korku Ölçeği (HKÖ)

Diyabeti olan hastalarda hipoglisemi korkusunu belirlemek amacıyla Cox ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen HKÖ (Hypoglycemia Fear Survey-HFS) kullanılmıştır (7). Türkiye'de Erol (2012) tarafından yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .90 olarak belirlenmiştir (13). Ülkemize uyarlanan ölçek, davranış (15 madde) ve kaygı (17 madde) olmak üzere iki alt boyuttan ve toplam 32 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların yanıtları; "0 puan: hiçbir zaman; 1 puan: nadiren; 2 puan: bazen; 3 puan sık sık; 4 puan: her zaman" arasında değişmektedir. Ölçekten alınacak puan aralığı 0-128 arasındadır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamakla birlikte

ölçekten elde edilen puan ortalamasının yüksek olması, hipoglisemi korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir (13). Ölçeğin kullanılması için yazardan gerekli izin alınmıştır. Ölçeğin bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı .84 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamında veriler, araştırmacılar tarafından, araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylere gerekli açıklamalar yapıp onamları alındıktan sonra, yüz yüze görüşme ile hasta odasında toplanmıştır. Okuryazar olmayan ya da görme sorunu olan bireylere araştırmacılar tarafından veri toplama formu okunarak cevapları kayıt edilmiştir. Araştırma veri toplama formunu kendisi doldurabilecek hastalar odalarında yalnız bırakılarak, sessiz bir ortam sağlanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür.

Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS for Windows Version 21.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistiklerin gösterilmesinde ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde (%) ve sayı (n) kullanılmıştır. Çalışmamızda verilerin normal dağılıma uygun olduğu için ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla gruplarda karşılaştırmalarda One-way Anova testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı < 0.05 olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yapılan bu araştırma için araştırmacılar tarafından bir üniversitenin etik kurulundan (2020/01-49) ve çalışmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin (24/06/2019 tarih ve 66472688-408890 sayısı) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan onam alınmıştır.

Bulgular

Çalışma kapsamındaki hastalarının yaş ortalamasının 59.71 ± 7.41 , %50.8'inin kadın ve %81.6'sının evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %54.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %88'inin şu an herhangi bir işte çalışmadığı ve %90.8'inin ekonomik gelirinin orta seviyede olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n = 250)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş (yıl) (59.71 ± 7.41)		
59 yaş ve altı	134	53.6
60 yaş ve üzeri	116	46.4
Cinsiyet		
Kadın	127	50.8
Erkek	123	49.2
Medeni durum		
Evli	204	81.6
Bekar	46	18.4
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	97	38.8
İlköğretim	136	54.4
Lise ve üzeri	17	6.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	30	12.0
Çalışmıyor	220	88.0
Gelir durumu (Öz bildirimleri)		
İyi	13	5.2
Orta	227	90.8
Kötü	10	4.0

Çalışma kapsamındaki hastaların DM tanı alma süresinin 8.80 ± 4.83 yıl olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %90.4'ünün DM ek en az bir kronik hastalığının olduğu, %16.8'inin son bir yılda diyabet ile ilgili bir sebepten hastanede yatarak tedavi olduğu, %90.8'inin insulin kullandığı saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %74.4'ü düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini, %31.2'si yıldıan bir kez doktor kontrolüne gittiğini, %70'i DM ile ilgili eğitim aldığını ve %79.5'i sağlık personelinde eğitim aldığını belirtmiştir. Bireylerin %60'ında diyabete bağlı herhangi bir komplikasyon olduğu ve bu komplikasyonlardan en sık görüleni ise diyabetik ayak (%34.8) olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların DM'ye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n = 250)

DM'ye İlişkin Özellikler	n	%
DM tanısı alma süresi/yıl (8.80 ± 4.83)		
Sekiz yıldan kısa	130	52.0
Sekiz yıl ve üzeri	120	48.0
Ek kronik hastalığa sahip olma durumu		
Evet	226	90.4
Hayır	24	9.6
Son bir yılda DM ile ilgili bir sebepten hastaneye yatma durumu		
Evet	42	16.8
Hayır	208	83.2
DM tedavisinde kullanılan ilaç		
Oral antidiyabetik	23	9.2
İnsülin	227	90.8
İnsülin yapabilme durumu		
Evet	174	69.6
Hayır	53	30.4
Düzenli doktor kontrolüne gitme durumu		
Evet	186	74.4
Hayır	64	25.6
DM kontrolü için sağlık kuruluşuna gitme sıklığı		
İki ayda bir kez	34	13.6
Üç-altı ayda bir kez	74	29.6
Yılda bir kez	78	31.2
İki-üç yılda bir kez	64	25.6
DM ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	175	70.0
Hayır	75	30.0
DM ile ilgili eğitimin kaynağı (n=175)		
Sağlık personeli (Doktor/Hemşire)	139	79.5
Diğer hastalar	24	13.7
Televizyon ve İnternet	12	6.8
DM bağlı bir komplikasyonu olma durumu		
Evet	150	60.0
Hayır	100	40.0
DM bağlı gelişen komplikasyon/komplikasyonlar (n=150)		
Diyabetik ayak	87	34.8
Nefropati	79	31.6
Retinopati	60	24.0
Amputasyon	25	10.0
Nöropati	19	7.6

Çalışma kapsamındaki hastaların %37.6'sı hipoglisemiye ilişkin eğitim aldığını, %48'i hipoglisemide kan glikoz düzeyinin kaç olması gerektiği hakkında hiçbir fikrinin olmadığını ve %98.8'i ise hipoglisemi belirtilerini bildiğini ifade etmiştir. Bireylerin hipoglisemi durumunda hissettikleri en yaygın belirtilerin ise baş dönmesi (%76.9), halsizlik (%49) ve ellerde ve ayaklarda uyuşma (29.6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Hipoglisemiye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n = 250)

Hipoglisemiye İlişkin Özellikler	n	%
Hipoglisemiye ilişkin eğitim alma durumu		
Evet	94	37.6
Hayır	156	62.4
Hipoglisemik kan glikoz düzeyini bilme durumu		
Hiçbir fikri yok	120	48.0
50 ve altı	48	19.2
100 ve altı	82	32.8
Hipoglisemi sırasında hissedilen belirtiler (n=248)*		
Baş dönmesi	190	76.9
Halsizlik	121	49.0
Ellerde ve ayaklarda uyuşma hissi	73	29.6
Titreme	52	21.1
Göz kararması	40	16.2
Mide bulantısı	32	12.7
Açlık	27	11.1
Baygınlık hissi	21	8.6
Huzursuzluk	11	4.5
Çarpıntı	10	4.1
Odaklanamama	5	2.0
Üşüme	3	1.2
Toplam	250	100.0

*Bireyler birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4'te çalışma kapsamındaki DM hastalarının HKÖ'nin genel ve alt boyutlarının toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Çalışma kapsamındaki diyabet hastalarının ölçek toplam puanı incelendiğinde, HKÖ'nin toplam puan ortalamasının 87.49 ± 13.42 ve Davranış alt boyutunun 49.30 ± 7.59 ve Kaygı alt boyutunun 38.19 ± 9.46 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Hastaların Ölçek Toplam Puanları (n = 250)

Ölçek ve Alt Boyutları	Ort \pm SS	Ortanca (Min - maks)
Hipoglisemi Korku Ölçeği	87.49 ± 13.42	88.00 (47 - 122)
Davranış Alt Boyutu	49.30 ± 7.59	50.00 (20 - 60)
Kaygı Alt Boyutu	38.19 ± 9.46	38.00 (7 - 68)

Çalışma kapsamındaki diyabet hastalarının bazı tanımlayıcı özellikleri ile HKÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te yer almaktadır. Bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, DM'ye ek kronik hastalık olma durumu, retinopati, diyabetik ayak ve amputasyonu olma durumu ile HKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Bireylerin bazı özellikleri ile HKÖ toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; erkeklerin ($p = .009$), DM tanı süresi sekiz yıldan daha uzun olanların ($p = .012$), nöropatisi ($p = .047$) ve nefropatisi olanların ($p = .049$), DM ile ilgili eğitim alanların ($p = .040$) ve hipoglisemi için kabul edilen kan glikoz seviyesini bilenlerin ($p = .013$) HKÖ toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Tabloda gösterilmemekle birlikte hastaların diğer tanıtıcı özellikleri ve hipoglisemiye ilişkin özellikleri ile HKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı, DM'ye ve Hipoglisemiye İlişkin Özellikleri ile HKÖ'nin Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n = 250)

Değişkenler	HKÖ		
	Ort ± SS	Test değeri*	p**
Cinsiyet			
Kadın	85.32 ± 13.17	-2.632	.009
Erkek	89.73 ± 13.36		
DM tanısı alma süresi/yıl (8.80 ± 4.83)			
Sekiz yıldan kısa	85.46 ± 14.03	-2.521	.012
Sekiz yıl ve üzeri	89.70 ± 12.41		
DM ile ilgili eğitim alma durumu			
Evet	88.55 ± 14.07	2.075	.040
Hayır	85.02 ± 11.48		
Hipoglisemi düzeyini bilme durumu			
Biliyor	93.29 ± 13.89	2.531	.013
Bilmiyor	87.37 ± 12.21		
Nöropatisi olma durumu			
Evet	93.36 ± 15.12	-1.995	.047
Hayır	87.01 ± 13.19		
Nefropatisi olma durumu			
Evet	89.83 ± 12.11	1.1882	.049
Hayır	86.41 ± 13.88		

HKÖ: Hipoglisemi Korku Ölçeği, * Bağımsız gruplarda student t testi **p < .05 olarak kabul edilmiştir.

Tartışma

Diyabetli bireylerin hipoglisemi semptomlarını hissetme derecesi, bireyler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bireyler bu farklı durumlara karşı farklı tepkiler de verebilmektedir. Hipoglisemiye karşı korku hissetme de bu farklı tepkiler arasında yer almaktadır. Bireyler hipoglisemi nedeniyle komik duruma düşecekleri, başkalarının yardımına ihtiyacı olacağı ve kendi kontrollerini kaybedeceği gibi düşünceler ile hipoglisemiden korkabilmektedir (2). Diyabet hastalarının özellikle de insülin kullananların %40'tan fazlasında hipoglisemi görüldüğü bilinmektedir (14). Literatürde hem insülin hem de oral antidiyabetik ilaç kullanan Tip 2 diyabeti olan hastalarda hipoglisemi korkusunun yaygın olduğu, bunun sebebinin ise hastaların son dönemlerde hipoglisemi semptomlarının sıklığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (15,16). Bu çalışmada, Tip 2 diyabetli bireylerin hipoglisemi korkusunu belirlemek amacıyla yapılmıştır ve bireylerin hipoglisemi korkularının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları yapılan diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Tip 1 diyabetli bireyler ile yapılan bir çalışmada yoğun insülin tedavisi alan, son bir ay içinde hipoglisemi geçirme sıklığı fazla olan, son bir yıl içinde bayılmaya yol açan ya da tedavi için yardım gerektiren ciddi kan şekeri düşmesi yaşayan, diyabet kontrol problemleri fazla olan, diyabet ve bakımına yönelik negatif tutuma sahip olan ve benlik saygısı düşük olan bireylerin hipoglisemi kaygılarının ve korkularının daha yüksek olduğu saptanmıştır (13). Rossi ve ark. (2019) İtalya'da tip I ve tip II diyabet hastaları yaptıkları bir çalışmada her iki DM türünde de hastaların hipoglisemi korkusunun yaşandığını, bu korkunun önceki şiddetli hipoglisemi deneyimleri, ileri yaş, insülin tedavisi, eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (17). Tip I ve tip II diyabet hastaları ile yapılan farklı çalışmada ise bireylerin hipoglisemi korkusunun olduğu bulunmuştur (18). Khunti ve ark. (2019) 24 ülkede yaptıkları çalışmada hipoglisemi korku düzeyi Avrupa ülkeleri ve Kanada'da yaşayan hastalarda, Orta Doğu'da (İsrail, Lübnan, Suudi Arabistan) yaşayan hastalara oranla daha düşük olduğu, eğitim düzeyi ve kendi kendine yönetim becerilerinin korku düzeyini etkileyebileceğini belirtmiştir (19). Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%90.8) insülin kullanıyor olması, DM ile ilgili eğitim almış olmaları, hipoglisemi düzeyini biliyor olmaları nedeniyle hipoglisemi korkusu yaşadıkları düşünülebilir. Ayrıca hastaların kendi kendine hipoglisemi yönetmede yetersizlik olabileceği, bu nedenle yüksek düzeyde korku yaşadıkları da düşünülmektedir. Literatürdeki farklılıkların kültür, yaşam tarzı, ekonomik durum, eğitim seviyesi, mevcut tedaviler, sağlık sistemleri, gerekli bilgi ve desteğe erişim, sağlık bakımına erişim gibi pek çok faktörden kaynaklanabileceği göz önüne alındığında, hastaların hipoglisemi korkusu yaşamalarının nedeni ile ilgili kesin bir yorum yapmak mümkün olamamaktadır.

Çalışmada hipoglisemi olarak adlandırılan kan glikoz düzeyini bilen ve DM ile ilgili eğitim alan hastaların daha fazla hipoglisemi korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bu çalışma sonucuna benzer şekilde eğitim düzeyinin hipoglisemi korkusu üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir (17). Bireylerin, hipoglisemi korkusu yaşamalarının nedeninin hipoglisemi ile ilgili farkındalığının olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada erkek hastaların kadın hastalara göre HKÖ toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu, dolayısı ile hipoglisemi korkusunun erkek hastalarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgumuz, yapılan bazı çalışma sonuçları ile farklılık göstermekle birlikte (13,18, 20-22), bir çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (22). Literatürde şiddetli hipoglisemi ataklarının sıklığı ve ortaya çıkan semptomlar, her iki

cinsiyet için de korku nedeni olarak bildirilmiştir (24). Bu faktörlerin dışında erkeklerde hipoglisemi korkusu, hipogliseminin farkında olamama, hipoglisemi semptomları ve ciddi hipoglisemi ile ilişkilendirilirken, kadınlarda ise hipoglisemi sırasında görülen semptomlar ve semptomların aşırı yorumlanması ile ilişkilendirilmiştir (24). Çalışmamızdaki bu bulgunun genel olarak erkeklerin gün içinde daha fazla ev dışında vakit geçirmelerine bağlı olarak düzenli ana ve ara öğünleri tüketememe kaygısı ve hipoglisemi semptomlarının farkında olamama düşüncesiyle daha fazla korku yaşıyor olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada DM tanı süresi sekiz yıldan daha uzun olanların hipoglisemi korkusunun yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Gonder-Frederick'in (2011) çalışmasında diyabet süresi ile hipoglisemi korkusu arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (25). Beléndez ve Hernández-Mijares (2009) yaptığı çalışmada ise diyabet süresi arttıkça hipoglisemi korkusunun azaldığını bildirilmiştir (26). Literatürde DM tanı alma süresi arttıkça hastaların hipoglisemi semptomlarını fark etme düzeylerinde bozulmalar olduğu bildirilmektedir (2,9). Bu durumda diyabet hastaları ciddi hipoglisemi belirtilerinin farkında olamayacaklarını düşünerek hipoglisemiden korkabilmektedir.

Bu çalışmada nöropatisi ve nefropatisi olan diyabet hastalarının hipoglisemi korkusunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde hipoglisemi korkusunun diyabete bağlı komplikasyonlar gibi kişinin genel sağlık durumunu etkileyen faktörlerle ilişkili olduğu da bildirilmiştir (22,23,26,27). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. DM'nin kronik komplikasyonlarına sahip olan bireylerin bu komplikasyonların yanına yenileri eklenmemesi için kan glikoz düzeyini düzenlenmek için çaba sarf etmeleri ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Kısıtlılıklar

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi nedeni ile araştırmadan elde edilen verilerin genellenememesi, hipoglisemi korkusu ile ilişki olan hipoglisemi yaşama sıklığı ve şiddetinin değerlendirilmemesi çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Tip 2 DM olan hastaların hipoglisemi korkularını belirlemek üzere yaptığımız çalışmada, hastaların hipoglisemi korkusunun yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Hipoglisemi korkusu ile yaşamak hastaların yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Hastaların yaşam kalitelerini artırmak için hipoglisemiye bağlı korkularını azaltmak gerekmektedir. Bu ise kendi kendine kan glikoz düzeyi yönetim davranışı geliştirmeleri, hipoglisemi semptomlarını fark edebilmeleri, gerekli müdahaleleri yapabilmeleri, iyi bir glisemik takibi yapabilmeleri ve diyabete bağlı gelişen komplikasyonları azaltmak için gerekli müdahaleleri yapmaları ile mümkün olacaktır. Hastaların tüm bunları yapabilmeleri için etkili ve güvenli tedavi seçeneklerine ek iyi bir diyabet ve hipoglisemi eğitimi alması, bilgilerinin güncel olup olmadığının takip edilmesi, sık kontrol yapılması gerekmektedir. Ayrıca hipoglisemi belirtileri ve hipoglisemi yaşadıklarında yapılacaklar listesinin yazılı olduğu eğitim broşürlerinin hastalara ve yakınlarına verilmesi önerilmektedir. Bunların yanı sıra hastalarda hipoglisemi korkusunu dolayısıyla hipogliseminin diyabetli kişilerin yaşamları üzerindeki etkisini azaltmayı hedefleyen eğitim programları geliştirilmelidir. Hipoglisemi ve hipoglisemi korkusuna neden olabilecek olası bütün faktörlerin değerlendirildiği ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Bilgilendirme

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarımıza teşekkür ederiz. Çalışma konsepti/Tasarımı: ŞG, GDA, CO; Veri toplama/Veri işleme: CO; Veri analizi ve yorumlama: ŞG, GDA; Yazı taslağı: ŞG, GDA; İçeriğin eleştirel incelenmesi: ŞG, GDA; Son onay ve sorumluluk: ŞG, GDA, CO; Teknik ve malzeme desteği: -; Süpervizyon: ŞG, GDA. Bu çalışma için bir üniversitesinin Etik Kurulundan etik onay alınmıştır. (2020/01-49). Herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığı yazarlar tarafından beyan etmiştir. Yazarlar finansal destek olmadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-1053. Doi: <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>
2. Erol Ö. Hipoglisemi korkusu ve yönetiminde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2012;4(1):37-44.
3. Akram K, Pedersen-Bjergaard U, Carstensen B, Borch-Johnsen K, Thorsteinsson B. Frequency, and risk factors of severe hypoglycemia in insulin-treated type 2 diabetes: a cross-sectional survey. *Diabet Med* 2006;23(7):750-756. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01880.x>
4. Donnelly LA, Morris AD, Frier BM, Ellis JD, Donnan PT, Durrant R, et al. Frequency and predictors of hypoglycemia in type 1 and insulin-treated type 2 diabetes: a populationbased study. *Diabet Med* 2005;22(6):749-755. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2005.01501.x>
5. Ratzki-Leewing A, Harris SB, Mequanint S, Reichert SM, Brown JB, Black JE, et al. Real-world crude incidence of hypoglycemia in adults with diabetes: Results of the InHypo-DM Study, Canada. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2018;6(1): 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2017-000503>
6. Emral R, Tetiker T, Sahin I, Sari R, Kaya A, Yetkin İ, et al. An international survey on hypoglycemia among insulin-treated type I and type II diabetes patients: Turkey cohort of the non-interventional IO HAT study. *BMC Endocr Disord* 2018;18(1):1-11. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12902-018-0238-2>
7. Cox DJ, Irvine A, Gonder-Frederick L, Nowacek G, Butterfield J. Fear of hypoglycemia: quantification, validation, and utilization. *Diabetes Care* 1987;10(5):617-621. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2005.01501.x>
8. Cryer PE. Hypoglycemia: the limiting factor in the glycemic management of type 1 and type 2 diabetes. *Diabetologia* 2002;45(7):937-948. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00125-002-0822-9>
9. Frier BM. How hypoglycemia can affect the life of a person with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24(2):87-92. Doi: <https://doi.org/10.1002/dmrr.796>
10. Böhme P, Bertin E, Cosson E, Chevalier N. Fear of hypoglycaemia in patients with type 1 diabetes: Do patients and diabetologists feel the same way? *Diabetes Metab* 2013;39:63-70. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2012.10.006>
11. Fidler C, Elmelund CT, Christensen, Gillard S. Hypoglycemia: An overview of fear of hypoglycemia, quality-of-life, and impact on costs. *J Med Econ* 2011;14:646-655. Doi: <https://doi.org/10.3111/13696998.2011.610852>
12. Gonder-Frederic LA, Vajda KA, Schmidt KM, Cox DJ, Devries JH, Erol O, et al. Examining the Behaviour subscale of the Hypoglycaemia Fear Survey: an international study. *Diabetes Med* 2013;30:603-609. Doi: <https://doi.org/10.1111/dme.12129>
13. Erol Ö, Enç N. Hypoglycemia fear and self-efficacy of Turkish patients receiving insulin therapy. *Asian Nurs Res* 2011;5(4):222-228. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2011.12.001>
14. Newton CA, Adeel S, Sadeghi-Yarandi S, Powell W, Migdal A, Smiley D, et al. Prevalence, quality of care, and complications in long term care residents with diabetes: a multicenter observational study. *J Am Med Dir Ass* 2013;14(11):842-846.
15. Polonsky WH, Fisher L, Hessler D, Edelman SV. Identifying the worries and concerns about hypoglycemia in adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2015;29(8):1171-1176.
16. Sakane N, Kotani K, Tszuzaki K, Nishi M, Takahashi K, Murata T, et al. Fear of hypoglycemia and its determinants in insulin-treated patients with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Invest* 2015;6(5):567-570.
17. Rossi MC, Nicolucci A, Ozzello A, Gentile S, Agliarolo A, Chiambretti A, et al. Impact of severe and symptomatic hypoglycemia on quality of life and fear of hypoglycemia in type 1 and type 2 diabetes. Results of the Hypos-1 observational study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2019;29(7):736-743. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2019.04.009>
18. Shui ATY, Wong RYM. Fears and worries associated with hypoglycemia and diabetes complications: perceptions and experience of Hong Kong Chinese clients. *J Adv Nurs* 2002;39(2):155-163. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02255.x>
19. Khunti K, Alsifri S, Aronson R, Berković MC, Enters-Weijnen C, Forsén T. Impact of hypoglycaemia on patient-reported outcomes from a global, 24-country study of 27,585 people with type 1 and insulin-treated type 2 diabetes. *Diabetes Res and Clin Prac* 2017;130:121-129.
20. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J* 2011;32(12):1484-1492. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr007>
21. Gjerlow E, Marit R. Bjorgaas MR, Nielsen EW, Sandra E, Olsen O B, Asvold. Fear of hypoglycemia in women and men with type 1 diabetes. *Nurs Res* 2014;63(2):143-149. Doi: [10.1097/NNR.0000000000000020](https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000020)
22. Desjardins K, Brazeau AS, Strychar I, Rabasa-Lhoret R. Are bedtime nutritional strategies effective in preventing nocturnal hypoglycaemia in patients with type 1 diabetes? *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2014;16(7):577-587. Doi: <https://doi.org/10.1111/dom.12232>
23. Diedrich L, Sandoval D, Davis SN. Hypoglycemia associated autonomic failure. *Clin Auton Res* 2002;12(5):358-365. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10286-002-0035-9>
24. Anderbro T, Amsberg S, Adamson U, Bolinder J, Lins PE, Wredling R, et al. Fear of hypoglycaemia in adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Med* 2010;27(10):1151-1158. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03078.x>

25. Gonder-Frederick LA, Schmidt KM, Vajda KA, Greear ML, Singh H, Shepard JA, et al. Psychometric properties of the hypoglycemia fear survey-ii for adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34(4):801-806. Doi: <https://doi.org/10.2337/dc10-1343>
26. Beléndez M, Hernández-Mijares A. Beliefs about insulin as a predictor of fear of hypoglycaemia. *Chronic Illn* 2009;5(4):250-256. Doi: <https://doi.org/10.1177/1742395309346464>
27. Martyn-Nemeth P, Duffecy J, Quinn L, Park C, Mihailescu D, Penckofer S. A cognitive behavioral therapy intervention to reduce fear of hypoglycemia in young adults with type 1 diabetes (FREE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2019;20(1):1-9. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3876-4>

ARAŞTIRMA MAKALESİ

İlköğretim Öğrencilerine Rol Oynama (Rol-Play) Yöntemi ile Uygulanan El Hijyeni Eğitiminin Öğrencilerin El Yıkama Bilgi ve Becerilerine Etkisi

 Hatice YUMRU¹  Şerife KOÇ²

¹Öğr. Gör., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Karaman, Türkiye
²Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Karaman, Türkiye

Öz

Giriş: Doğru el hijyeni alışkanlığı, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde, okul ortamında yayılımını engellemede, enfeksiyon hastalıklarına bağlı tedavi maliyetlerini ve okul devamsızlığını azaltmada öğrencilere kazandırılması gereken en temel bilgi ve beceridir. Küçük yaşlarda öğrenilen kişisel hijyen uygulamalarının kalıcı bir davranış haline gelmesinin daha kolaydır. Bu nedenle ilköğretim çağında verilen hijyen eğitimleri çok önemlidir. Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve doğru sağlık davranışları kazandırmak amacıyla planlı sağlık eğitimleri yapmak, hemşirelerin en önemli rolleri ve temel görevleri arasındadır. **Amaç:** Bu çalışma ilköğretim öğrencilerine Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi ile uygulanan el hijyeni eğitiminin öğrencilerin el yıkama bilgi ve becerilerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma tek grup ön test-son test tasarımı Mayıs 2019-Haziran 2019 tarihlerinde, Karaman ilindeki bir ilköğretim okulunda 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören 194 öğrenci ile yapıldı. Veriler Sosyo-Demografik Özellikler Formu ve Doğru El Yıkama Değerlendirme Formu ile toplandı. Çalışma sonunda elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)-21.00 programı kullanılarak kaydedilmiş ve veriler normal dağılıma uyup uymadığına göre uygun tanımlayıcı (sıklık, yüzde, vb.), ilişki arayıcı (McNemar) istatistik analizlerle değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Öğrenciler ellerini en fazla kirlendiği zaman (%94.3) yıkadıklarını bildirmişlerdir. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası el hijyeni bilgi ve becerileri karşılaştırıldığında, el yıkama eğitimi sonrası öğrencilerin el yıkamaya ilişkin bilgi ve becerilerinde eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<.001$). **Sonuç:** Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi kullanılarak yapılan el hijyeni eğitimi sonrasında çocukların bilgi ve becerilerinde olumlu yönde artış saptanmıştır. Bu çalışmada kullanılan rol-play yöntemi çocuklara eğlenerek öğretmeyi sağlamış ve destekleyici bir eğitim yöntemi olarak kullanılmıştır. **Anahtar Sözcükler:** Çocuk Sağlığı, El Hijyeni, Sağlık Eğitimi, Rol-Play, Okul Sağlığı Hemşireliği.

Abstract

Effect of Hand Hygiene Education Implemented through the Role-Play Method on Knowledge and Behavior of Primary School Students

Background: In order to decrease the cost of treating infectious diseases and kid's absenteeism in school, the most core knowledge and skill that should be taught to students in avoiding infectious diseases in the school environment is the accurate hand hygiene. Personal hygiene practices learned at an early age are easier to become permanent behavior. Hygiene training given in primary school age is very important in this business. Teaching kids' hand hygiene is efficient for a healthy society. Health education is one of the important roles of nurses. **Objectives:** This study aims to evaluate the effects of hand hygiene education applied through Role-Play Method on hand washing knowledge and skills of primary school students. **Methods:** The study was conducted between May 2019-June 2019 on 194 3rd and 4th graders in a primary school in Karaman. The data were collected through socio-demographic attributes form and correct hand washing rating form. The obtained data were evaluated with descriptive statistics and McNemar tests. **Results:** Students reported that they wash their hands when they are dirtiest (94.3%). Comparing the students' knowledge and skill of hand hygiene before and after the education, a statistically significant difference was determined after the hand washing education ($p<.001$). **Conclusion:** A positive increase was determined in the knowledge and skills of kids after hand hygiene education using Role-Play Method. Role-Play method made learning fun for kids as a promotive education method. **Key Words:** Child Health, Hand Hygiene, Health Education, Role-Play, School Health Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 13.06.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 23.04.2021

Araştırma 20 Aralık 2019 tarihinde Ankara'da düzenlenen 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Correspondence Author: Öğr. Gör., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Karaman, Türkiye Telefon: +90 338 226 2754 E-posta: haticeyumru@kmu.edu.tr

Cite This Article: Yumru H, Koç Ş. İlköğretim Öğrencilerine Rol Oynama (Rol-Play) Yöntemi ile Uygulanan El Hijyeni Eğitiminin Öğrencilerin El Yıkama Bilgi ve Becerilerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 188- 198



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Okul, eğitim öğretim kurumu olmanın yanında çocukların zamanının çoğunu geçirdiği, toplumsal yaşamla ilgili bilgi ve becerileri edindiği, sağlıklı ilgili temel bilgi ve alışkanlıkları öğrendiği, her bakımdan sosyalleştiği bir kurumdur. Okulların toplu yaşam yeri olduğu düşünüldüğünde hijyen sorunları nedeniyle okullarda enfeksiyonların gelişme ve bulaşma riski fazladır (1-3). Türkiye’de 7-14 yaş okul çağı çocuklarda enfeksiyöz hastalıklar 2010 yılında %14,2; 2014 yılında %9,4; ve 2016 yılında %7,9 görülme sıklığı ile en sık görülen hastalıklar arasında ilk üç sıradadır (4,5). 2019 yılı verilerine göre enfeksiyöz hastalıkları çocuklarda son 6 ay içinde görülen sağlık sorunları arasında birinci sırada yer almaktadır (6).

Enfeksiyon hastalıkları yetersiz ya da yanlış hijyen uygulamaları nedeniyle yayılmaktadır. Özellikle ilköğretim çağı çocuklarının temel kişisel hijyen bilgilerinde ve becerilerinde yetersizlikler olması, sınıf, tuvalet ve lavaboların ortak kullanım alanı olması, çocukların okul ortamında her şeye dokunmaları, sürekli temas ve iletişim halinde olmaları, ellerini ağza götürme davranışları, farklı aile yapısına sahip olan çocukların aileden aldıkları eğitim ve farklı hijyen uygulamaları nedeniyle okul çağı çocuklar enfeksiyon hastalıkları açısından risk altındadır (1,7-9).

El hijyeni; enfeksiyon hastalıklarından korunmada ve kontrol altına almada en basit, en etkili ve en ucuz birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca biyolojik, fiziksel ve kimyasal maddelerin vücuttan uzaklaştırılmasını amaçlayan kişisel hijyen uygulamalarından biridir (1-3,8-12). El hijyeni uygulamaları ile bulaşıcı hastalıklar, okul devamsızlığı, solunum sistemi ve gastrointestinal sistem hastalıkları insidansında azalma sağlandığı bilinmektedir (2,3,9,13).

Sağlıklı toplumların oluşturulması çocuklara sağlık bilgilerinin doğru anlatılması ve doğru sağlık davranışlarının kazandırılması ile mümkündür. Aileden edinilen hijyen bilgilerini, okulda öğrendikleri ile pekiştiren çocuklar sağlıklı birey olma yolunda ilerleyecektir. Ergenlik ya da yetişkinlik dönemine kadar oluşan yanlış inanç ve alışkanlıkların değiştirilmesinin gücüdür. Bu nedenle, küçük yaşlarda öğrenilen kişisel hijyen uygulamalarının kalıcı bir davranış haline gelmesinin daha kolay olacağı düşünüldüğünde ilköğretim çağına verilen hijyen eğitimleri çok önemlidir. El yıkama işlemi basit ve uygulanabilir olmasına ve el yıkamanın önemini kişiler tarafından bilinmesine rağmen doğru el yıkama davranışının yeterli düzeyde olmadığı belirtilmektedir (2,7,8,14,15). Bu durum hijyen eğitiminin daha farklı ve etkili yöntemlerle yapılması gerektiğini göstermektedir.

Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve doğru sağlık davranışları kazanmasını sağlamak amacıyla planlı biçimde eğitim vermek, toplumda sağlıklı /hasta bireylerle en çok iletişim halinde olan hemşirelerin temel görevleri arasında yer almaktadır (3,14,16-20). Amerika Ulusal Okul Hemşireleri Birliği (National Association of School Nurses-NASN) tarafından yayınlanan “Okul Hemşireleri Uygulamaları; Roller ve Standartları”nda sağlık eğitimi okul hemşireliği rol ve standartları arasında belirtilmiştir (21). Ayrıca Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) ve Amerika Ulusal Okul Hemşireleri Birliği (National Association of School Nurses-NASN) tarafından güncellenen “Okul Hemşireliğinin Kapsamı ve Uygulama Standartları” nda sağlık eğitimi ve danışmanlık okul hemşireliği uygulama standartları ve profesyonel performans standartları arasında yer almaktadır (22). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”te tanımlanan okul sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarından biri de okul toplumuna ve öğrencilere doğru sağlık bilgisini aktarma ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması amacıyla sağlık eğitimi faaliyetleri planlama ve yürütme olarak belirlenmiştir (23). Çocukların sağlığını koruma ve geliştirmenin yanı sıra okulda enfeksiyon hastalıklarını önlemek, bu hastalıkların yayılımını, hastaneye yatışı, tedavi maliyetlerini ve okul devamsızlığını azaltmak için el hijyeninin uygun yöntemlerle en doğru bir şekilde öğretilmesinde okul sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir (1,3,9,14,18,24).

El yıkama eğitiminde video/sunu destekli uygulanan çalışmalar bulunmakta olup (1,3,7,8,11,17,18) bu çalışmalarda çocuklarda doğru el yıkama bilgi ve becerisi sağlamada etkin olduğu belirtilmiştir. İlkokul öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kullanılan pedagojik yaklaşım ve akran eğitimi yönteminin el yıkama bilgi ve becerisini artırmada etkin sonuçlar sağlamıştır (25). Öncü ve arkadaşlarının (2018), yapmış olduğu çalışmada floresan jel uygulaması ile el yıkama işlemi sonrasında öğrencilerin ellerinin fotoğrafı çekilmiş ve ellerindeki floresan kalıntıları gösterilerek bu bölgelerin yeterince yıkanmadığı ve mikroplardan arınmadığı yönünde el hijyeni eğitimi verilmiştir. Ancak çalışma sonucunda sadece floresan jel ile somutlaştırmanın yeterince etkili olmadığı, farklı motivasyon yöntemlerinin kullanılması gerektiği önerilmiştir (26). Cevizci ve arkadaşlarının (2014), yapmış olduğu çalışmada ise eğitim filmleri ve sunumlar kullanılarak verilen el hijyeni eğitimi sonucunda öğrencilerin el hijyeni bilgi ve uygulama düzeylerinin olumlu yönde değiştiği görülmüştür (1). Bu sonuçlara göre; okul çağındaki çocuklarda enfeksiyon hastalıklarına ilişkin çözüm önerileri belirlenmesi ve okullarda sağlığı geliştirme uygulamaları ile el yıkama becerisi geliştirilebileceği belirtilmiştir. Doğru el yıkama davranışı, gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması ile mümkündür. Doğru el yıkama, çocukların hayatı boyunca sergilemesi gereken bir davranış olduğundan okullarda farklı eğitim yöntemleri (posterler, simülasyonlar, senaryolar, videolar, rol oynama) kullanılarak yapılan eğitimlerle el yıkama becerileri kazandırılmalıdır (9,19,13).

Çocukların ilgi ve isteğini artıracak, açık/net ve kolay eğitim materyalleri kullanılarak, çocukların da eğitimin içinde rol aldıkları interaktif uygulamalar ile doğru el yıkama eğitimlerinin verilmesi konusunda okul sağlığı hemşirelerine yönelik kanıta dayalı rehberler ve örnekler sunulmalıdır. Rol Oynama (Rol-Play), hemşirelikte farkındalığı artırmada kullanılan eğitim yöntemleri arasındadır. Rol play, eğitimde bilgi ve becerilerin öğretilmesinde sosyal iletişim becerileri, aktif dinleme, duyguların empati edilmesi ve gerçek yaşamdan kesitler görmeyi sağlayan beceri odaklı öğretim yöntemi olarak kullanılmaktadır (27-29). Özellikle çocukların oluşturduğu eğitim gruplarında, oyun teknikleri kullanılarak eğitimin etkinliği artırılabilir. Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi çocuklara oynayarak öğrenme imkanı da sunacaktır. Çocukların sağlık davranışlarını geliştirmede bu yöntemin kullanılması çocuklara becerilerini test etme olanağı verecek ve öğrenmede kalıcılığı sağlayacaktır (2). Rol-play, sağlık personeli-hasta iletişiminin öğretilmesi, hemşirelik öğrencilerine damar yolu açma işleminin öğretilmesi gibi tıp ve sağlık eğitimi alanında kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (30,31). Literatürde çocuklara verilen el hijyeni eğitiminde rol oynama eğitim yönteminin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışma (28) vardır. El hijyeni eğitiminde Rol

Oynama (Rol-Play) yönteminin el yıkama becerilerinin gelişmesinde katkı sağlayacağı ve etkin olacağı düşünülmektedir. Ayrıca literatüre farklı bir eğitim müdahale çalışması sunulmuş olacak hemşirelere ve öğretmenlere yol gösterecektir.

Araştırmanın amacı:

İlköğretim öğrencilerine Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi ile uygulanan el hijyeni eğitiminin öğrencilerin el yıkama bilgi ve becerilerine etkisini incelemektir.

Araştırmanın hipotezleri:

- Öğrencilerin el yıkama sıklığına, el yıkama bilgisine ve becerisine el yıkama eğitiminin etkisi yoktur.
- Öğrencilerin eğitim sonrasındaki el yıkama sıklığı eğitim öncesine göre daha fazla olacaktır.
- Öğrencilerin eğitim sonrasındaki el yıkama bilgi düzeyi eğitim öncesine göre daha yüksek olacaktır.
- Öğrencilerin eğitim sonrasındaki el yıkama becerisi eğitim öncesine göre artmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırmada tek grup Öntest-Sontest yarı deneysel araştırma tasarımı kullanılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Karaman il merkezinde yer alan bir devlet ilkokulunda 2018-2019 eğitim öğretim döneminde 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören öğrenciler ile 2019 yılı Mayıs-Haziran aylarında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Karaman il merkezinde bulunan bir ilkokulda öğrenim gören 3. ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Okuma-yazma, veri toplama araçlarındaki soruları anlama ve yanıtlama zorluğu yaşayabileceğinden dolayı 1. ve 2. sınıf öğrencileri çalışmaya dâhil edilmemiştir. 2018-2019 eğitim öğretim döneminde 3.sınıfta (118 öğrenci) ve 4. sınıfta (125 öğrenci) öğrenci kayıtlıdır (N=243). Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın uygulanması için aile izni alınan, çalışmaya katılmada istekli olan, öntest ve sontest uygulamasının her ikisine katılan ve soruları eksiksiz yanıtlayan 194 öğrenci çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılım oranı %80 dir (194/243).

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak literatür (3,16,17) doğrultusunda oluşturulan Sosyo-Demografik Özellikler Formu ve Doğru El Yıkama Değerlendirme Formu (DEYDEF) kullanılmıştır.

Sosyo-demografik Özellikler Formu

Öğrencilerin yaş, sınıf, cinsiyet, anne ve babanın öğrenim durumu ve ellerini en son ne zaman yıkadıklarını içeren 9 soru yer almaktadır.

Doğru el yıkama değerlendirme formu (DEYDEF)

Öğrencilerin el yıkama bilgi, beceri ve durumlarını değerlendirmek amacıyla daha önce yapılan bir araştırmada (3) kullanılan, 2 bölümden oluşan bir formdur. Birinci bölümde öğrencilerin el yıkama sıklığını değerlendiren 8 önerme, el yıkamada önemli noktalara ilişkin bilgi durumunu değerlendiren 5 önerme olmak üzere 13 önerme bulunmaktadır. İkinci bölümde ise doğru el yıkama basamaklarını içeren ve öğrencilerin el yıkama becerilerini kontrol etmek için oluşturulan 14 maddelik kontrol listesi yer almaktadır. Formda el yıkama sıklığı ile ilgili önermeler “Evet” ve “Hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. El yıkamanın önemli noktalarına ilişkin önermeler “Evet” ve “Hayır” olarak değerlendirilmiştir. El yıkama “*Elleri yıkamak için 10 saniye süre yeterlidir*” ve “*El temizliği için sadece su yeterlidir*” ifadelerine verilen “Hayır” yanıtı doğru kabul edilmiştir. Diğer önermelere ise “Evet” yanıtı doğru kabul edilmiştir. Doğru el yıkama becerileri ise, el yıkama basamaklarını değerlendiren gözlem formuna her bir basamak için “uygulandı” ya da “uygulanmadı” şeklinde işaretlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri öğrencilerin eğitim gördüğü ilkokulda öğrenciler ile yüz yüze görüşme ve gözlem yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce kurum izni ve öğrencilerin velilerine Bilgilendirilmiş Olur Formu gönderilerek veli izni alınmıştır.

Veri toplama araçları öğrencilere eğitim öncesi ve eğitimden 1 ay sonra olmak üzere toplam iki kez uygulanmıştır. Veri toplama işlemi, formların doldurulması (5 dk.) ve el yıkama gözlemi (2 dk.) içermektedir. Okul müdürü ve öğretmenler ile uygun ders saatleri ayarlanarak önce ön test uygulaması, sonra el yıkama gözlemi ve daha sonra el yıkama eğitimi yapılmıştır. Veri toplama araçları öğrencilere sınıfta dağıtılarak araştırmacı ve sınıf öğretmeni gözetiminde birbirleri ile etkileşimleri önlenerek veri toplama formlarını doldurmaları sağlanmıştır. Daha sonra öğrenciler teker teker lavaboya alınarak eğitim öncesi el yıkama becerileri aynı araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Uygulamalar sırasında tüm lavabolarda sabun ve kâğıt havlu bulundurulmuştur. El yıkama gözlemi sonrasında öğrencilere Rol Oynama (Rol-Play) Yöntemi ile El Hijyeni Eğitimi uygulanmıştır. Eğitim ikinci araştırmacı tarafından bir ders saati (40 dk.) olmak üzere her bir sınıfa ayrı verilmiştir. Eğitimden 1 ay sonra bir ders saati ayarlanarak son test veri toplama işlemi yapılmıştır. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık 5 dakika (dk.), el yıkama gözlemi ise her öğrenci için ortalama 2 dk. sürmüştür.

El Yıkama Eğitimi:

El yıkama eğitimi, eğitime katılan öğrencilerin doğru el yıkama bilgi ve becerilerinde olumlu yönde değişikliğin olması amacıyla uygulanmıştır. Eğitiminin hedefi, öğrencilerin doğru el yıkama tekniklerini öğrenmesini ve uygulamasını sağlamaktır. Okul idaresi ile bir ders saati belirlenerek sınıf ortamında 35 dakikalık bir eğitim verilmiştir. Eğitime müdahale gününde okulda olan 203 öğrenci katılmış ancak aile izni olmayan 9 öğrenci araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Eğitimin giriş bölümünde öğrencilere (5 dk.) eğitimin içeriği hakkında bilgi verilmiş ve soru-cevap teknikleri ile konuya dikkat çekilmiştir. Eğitimin gövde bölümünde bir senaryo eşliğinde tasarımı araştırmacı tarafından yapılan seyyar lavabo kullanılarak Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi ile eğitim verilmiştir. Senaryo içeriğinde el hijyenine dikkat etmeyen, karın ağrısı şikayetiyle hastalanarak okul hemşiresine başvuran öğrencinin hemşire ile yaptığı görüşme canlandırılmıştır. Senaryoda okul hemşiresi mikrop kavramı, mikropların insan vücuduna bulaşma yolları ve bulaşmada ellerin rolü, ellerin hangi durumlarda

yıkaması gerektiği gibi bilgileri içeren 10 dk. lık düz anlatım ile eğitim vererek hasta rolündeki öğrenciyi seyyar lavaboya yönlendirir ve birlikte el yıkama yapılır. Bu aşamada oyunculardan biri seyyar lavabonun arkasına geçerek lavaboyu konuşturur ve öğrenciyeye doğru el yıkama basamakları komutu verir. Aynı anda hemşire rolündeki araştırmacı tarafından doğru el yıkama basamakları takip edilerek demonstrasyon ile “örnek el yıkama” uygulaması yapılmıştır. Eğitim sonrasında öğrencilerin seyyar lavaboda uygulamayı tekrar etmeleri sağlanmış ve uygulama basamakları pekiştirilmiştir. Uygulama tekrarında öğrencilerin akranları ile etkileşimi de sağlanmıştır. Eğitimin sonuç bölümünde 5 dk. süre ile eğitim özetlenerek, soruları cevaplandırılmış, eğitimin değerlendirilmesi yapılmıştır. Planlı olarak hazırlanan senaryonun oynanmasında bir üniversitenin Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencisi gönüllü 2 öğrenci ve ikinci araştırmacı görev almıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri öğrencilerin el yıkama sıklığı, el yıkama bilgisi ve el yıkama davranışdır. Bağımsız değişken ise Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi ile uygulanan el hijyeni eğitimidir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.00 (IBM Corp. Armonk, NY: USA. Released 2012) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler sayı, yüzde, McNemar analizleri ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesine bağlı etik kurulundan etik izin (27.03.2019/18), çalışmanın yapıldığı ilin Valiliğinden ve İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni (13.05.2019/99371540-44-E.9374641) alınmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce ebeveynlerden yazılı izin, öğretmen ve öğrencilerden ise sözel izin alınmıştır. Çalışma için ebeveyni izin vermeyen/izin formu gelmeyen, anketi doldurmak istemeyen öğrenciler çalışmaya dâhil edilmeyip sadece eğitime katılmıştır. Araştırmada öğrencilerin okul numarası ile ön test ve son test eşleştirilmesi yapılmıştır. Araştırmada el yıkama becerilerinin gözlenmesi sırasında öğrencilerin kaygı yaşamamasını önlemek için el yıkama gözlem formu el yıkama işlemi sonrasında öğrencilere fark ettirilmeden doldurulmuştur.

Bu çalışmanın yazılmasında araştırma ve yayın etiğine, bilimsel ahlak kurallarına uyulmuş, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulmuş, çalışmanın içerdiği yenilik ve sonuçlar başka bir yerden alınmamış ve kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmamıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin %51.5'i üçüncü sınıfta öğrenim görmektedir ve %50.5'i kız öğrencidir. Öğrencilerin %28.9'unun baba eğitim durumu lise iken %28.4'ünün anne eğitim durumu ortaokuldur. Öğrencilerin %36.1'i ellerini en son kahvaltıda yıkadığını, % 26.3'ü ise en son sabah kalkınca ellerini yıkadığını belirtmiştir (Tablo 1)

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n= 194)

Değişkenler	n	%
Sınıf		
3.sınıf	100	51.5
4.sınıf	94	48.5
Cinsiyet		
Kız	98	50.5
Erkek	96	49.5
Babanın öğrenim durumu		
Okuma yazma biliyor	10	5.1
İlkokul mezunu	44	22.7
Ortaokul mezunu	45	23.2
Lise mezunu	56	28.9
Üniversite mezunu	49	20.1
Annenin öğrenim durumu		
Okuma yazma biliyor	17	8.8
İlkokul mezunu	40	20.6
Ortaokul mezunu	55	28.3
Lise mezunu	51	26.3
Üniversite mezunu	31	16.0
Ellerini en son ne zaman yıkadı		
Akşam yatmadan önce	18	9.3
Sabah kalkınca	51	26.3
Kahvaltıda	70	36.1
İki saat önce	39	20.1
Bir saat önce	16	8.2

Tablo 2. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası El Yıkama Sıklığı (n=194)

El Yıkama Durumu	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				Test değeri X ²	P değeri
	Evet		Hayır		Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sabah uyanınca	66	34.0	128	66.0	157	80.9	37	19.1	85.263	.000
Yemektan önce	95	49.0	99	51.0	163	84.0	31	16.0	62.347	.000
Yemektan sonra	69	35.6	125	64.4	156	80.4	38	19.6	85.011	.000
Tuvaletten önce	54	27.8	140	72.2	127	65.5	67	34.5	67.325	.000
Tuvaletten sonra	85	43.8	109	56.2	165	85.1	29	14.9	78.013	.000
Dışarıdan gelince	68	35.1	126	64.9	150	77.3	44	22.7	80.012	.000
Oyundan sonra	78	40.2	116	59.8	175	90.2	19	9.8	93.091	.000
Eller kirlenince	65	33.5	129	66.5	183	94.3	11	5.7	116.008	.000

İstatistiksel anlamlılık düzeyi: $p < .05$, X²: McNemar test

Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası el yıkama durumları karşılaştırıldığında el yıkama zamanlarını içeren tüm maddelerde eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < .001$). Eğitim öncesinde öğrencilerin %34'ü sabah uyanınca, %49'u yemekten önce, %35.6'sı yemekten sonra, %27.8'i tuvaletten önce, %43.8'i tuvaletten sonra, %35.1'i dışarıdan eve gelince, %40.2'si oyun oynadıktan sonra, %33.5'i eller kirlenince ellerini yıkadığını belirtmiştir. Eğitim sonrası ise; %80.9'u sabah uyanınca, %84'ü yemekten önce, %80.4'ü yemekten sonra, %65.5'i tuvaletten önce, %85.1'i tuvaletten sonra, %77.3'ü dışarıdan eve gelince, %90.2'si oyun oynadıktan sonra, %94.3'ü eller kirlenince ellerini yıkadığını ifade etmiştir (Tablo 2). El yıkama eğitimi sonrası el yıkama durumuna ilişkin olumlu davranış sergileme oranlarının arttığı görüldü.

Tablo 3. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası El Hijyeni ile İlgili Önermelere Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Önermeler	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				Test değeri X ²	P değeri
	Evet		Hayır		Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Elleri yıkamak için 10 saniye süre yeterli	159	82.0	35	18.0	25	12.9	169	87.1	132.007	.000
Eller ılık su ile yıkanmalı	54	27.8	140	72.2	181	93.3	13	6.7	125.008	.000
Eller yıkanmadan önce takılar çıkarılmalı	83	42.8	111	57.2	173	89.2	21	10.8	88.011	.000
Eller yıkandıktan sonra iyice kurulanmalı	92	47.4	102	52.6	188	96.9	6	3.1	94.010	.000
El temizliği için sadece su yeterli	84	43.3	110	56.7	5	2.6	189	97.4	75.111	.000

İstatistiksel anlamlılık düzeyi: $p < .05$, X²: McNemar test

Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası el hijyeni bilgisi ile ilgili önermelere verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında, el yıkama eğitimi sonrası öğrencilerin el yıkamaya ilişkin bilgisinde eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < .001$). Eğitim öncesinde öğrencilerin %82'si el yıkama için 10 saniye sürenin yeterli olduğunu düşünmekte iken eğitim sonrası el yıkama için 10 saniye sürenin yeterli olduğunu düşünen öğrencilerin oranı %12.9 dur. Eğitim öncesinde ellerin ılık suyla yıkanması gerektiğini düşünen öğrencilerin oranı %27.8 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %93.3'ü ellerin ılık suyla yıkanması gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin %42.8'i elleri yıkamadan önce varsa takıların çıkarılması gerektiğini düşünmekte iken eğitim sonrası bu oran%89.2'dir. Öğrencilerin %47.4'ü ellerin yıkandıktan sonra kurulanması gerektiğini düşünmekte iken eğitim sonrası %96.9'u ellerin yıkandıktan sonra kurulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Eğitim öncesi öğrencilerin %43.3'ü el temizliği için sadece suyun yeterli olduğunu belirtmiş iken eğitim sonrası el temizliği için sadece suyun yeterli olduğunu düşünen öğrencilerin oranı %2.6'dır (Tablo 3).

Tablo 4.Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası El Yıkama Becerilerinin Karşılaştırılması

Basamaklar	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				Test Değeri X ²	p değeri
	Uyguladı		Uygulamadı		Uyguladı		Uygulamadı			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Giyisi kollarını yukarı çekme	123	63.4	71	36.6	177	91.2	17	8.8	39.014	.000
Elleri bir miktar su ile ıslatma	86	44.3	108	55.7	148	76.3	46	23.7	50.284	.000
Musluğu kapatma	69	35.6	125	64.4	177	91.2	17	8.8	100.430	.000
Eline bir miktar sabun alma	101	52.1	93	47.9	188	96.9	6	3.1	85.011	.000
Elleri bir miktar sabunla iyice köpürtme	98	50.5	96	49.5	170	87.6	24	12.4	60.012	.000
Parmak aralarını ovma	93	47.9	101	52.1	169	87.1	25	12.9	55.147	.000
Başparmakları elinin içine alarak ovma	110	56.7	84	43.3	178	91.8	16	8.2	60.662	.000
El sırtını ovma	95	49.0	99	51.0	178	91.8	16	8.2	75.551	.000
Bilekleri ovma	88	45.4	106	54.6	167	86.1	27	13.9	66.857	.000
Parmak uçlarını el içine alarak ovma	102	52.6	92	47.4	185	95.4	9	4.6	79.106	.000
Elleri iyice durulama	86	44.3	108	55.7	189	97.4	5	2.6	99.086	.000
Kâğıt havlu ile musluğu kapatma	66	34.0	128	66.0	154	79.4	40	20.6	80.521	.000
Elleri iyice kurulama	89	45.9	105	54.1	181	93.3	13	6.7	82.810	.000
Kâğıt havluyu çöpe atma	83	42.8	111	57.2	179	92.3	15	7.7	94.010	.000

İstatistiksel anlamlılık düzeyi: $p < .05$, X²: McNemar test

Öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası el yıkama becerileri karşılaştırıldığında, eğitim sonrasında tüm el yıkama basamaklarında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < .001$). Eğitim öncesinde öğrencilerin %63.4'ü giysi kollarını yukarı çekme davranışını gösterirken, eğitim sonrasında bu davranışın oranı %91.2'dir. Eğitim öncesinde ellerini yıkamadan önce ellerini ıslatan öğrencilerin oranı %44.3 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %76.3'ü ellerini yıkamadan önce ellerini ıslatma davranışını göstermiştir. Eğitim öncesinde el yıkama basamaklarını uygularken musluğu kapatma öğrencilerin oranı %35.6 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %91.2'si el yıkama basamaklarını uygularken musluğu kapatmıştır. Eğitim öncesinde öğrencilerin %52.1'i eline bir miktar sabun alırken, eğitim sonrasında bu oran %96.9'dur. Eğitim öncesinde ellerini bir miktar sabunla iyice köpürten öğrencilerin oranı %50.5 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %87.6'sı ellerini bir miktar sabunla iyice köpürtmüştür. Eğitim öncesinde elleri kenetleyerek parmak aralarını ovma davranışını gösteren öğrencilerin oranı %47.9 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %87.1'i ellerini kenetleyerek parmak aralarını ovma davranışını göstermiştir. Eğitim öncesinde öğrencilerin %56.7'si başparmağını elinin içine alıp ovarken, eğitim sonrasında bu oran %91.8'dir. Eğitim öncesinde öğrencilerin %49.0'ı el sırtını ovarken, eğitim sonrasında bu oran %91.8'dir. Eğitim öncesinde el bileklerini ovma davranışını gösteren öğrencilerin oranı %45.4 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %86.1'i ellerini yıkarken bileklerini ovuştur. Eğitim öncesinde öğrencilerin %52.6'sı parmak uçlarının elinin içine alıp ovarken, eğitim sonrasında bu oran %95.4'dür. Eğitim öncesinde ellerindeki sabunu bol su ile durulayan öğrencilerin oranı %44.3 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %97.4'ü ellerindeki sabunu bol su ile durulamıştır. Eğitim öncesinde öğrencilerin %34.0'ı musluğu kağıt havlu kullanarak veya musluğa su tutarak kapatırken, eğitim sonrasında bu oran %79.4'dür. Eğitim öncesinde kağıt havlu ile parmak araları da dâhil ellerini iyice kurulama davranışını gösteren öğrencilerin oranı %45.9 iken eğitim sonrasında öğrencilerin %93.3'ü kağıt havlu ile parmak araları da dâhil ellerini iyice kurulamıştır. Eğitim öncesinde öğrencilerin %42.8'i kullandıkları kağıt havluyu çöpe atarken, eğitim sonrasında bu oran %92.3'dür (Tablo 4). El yıkama eğitimi sonrası el yıkama beceri oranlarının arttığı görüldü.

Tartışma

Çalışmada eğitim öncesinde öğrencilerin ellerini uygun sıklıkta yıkamadığı, el yıkama durumları incelendiğinde her bir durum için öğrencilerin yarıdan fazlasının ellerini yıkamadığı belirlenmiştir. Çalışmada öğrencilerin eğitim öncesi el yıkama durumları daha önce yapılan çalışmalara (1,3,7,8,14) göre oldukça düşüktür. Sosyoekonomik düzeyin el yıkama davranışlarının şekillenmesinde etkili bir faktör olduğu daha önce yapılan bir çalışmada belirtilmiştir (32). Bu çalışmada el yıkama sıklığının

düşük bulunması çalışmanın yürütüldüğü okulun sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bir bölgede bulunması, bilinç/farkındalık durumunun daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmada öğrencilerin yarıdan fazlasının yemekten önce ve tuvaletten sonra ellerini yıkamadığı belirlenmiştir. Bu sonuç, enfeksiyon hastalıklarının yayılımını önlemede özellikle yemekten önce ve tuvaletten sonra el yıkamanın önemi okullarda enfeksiyon hastalıklarını önleme çalışmalarının ve el hijyeni eğitimlerinin ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir.

Öğrencilerin eğitim öncesinde en sık yemekten önce ellerini yıkadığı (%49) bulunmakla birlikte bu oran daha önce yapılan çalışmalarda (1,3,7,14,17,28,33) sonuçlara göre daha düşüktür. Daha önce yapılan çalışmalarda eğitim öncesi öğrencilerin en sık tuvaletten sonra ellerini yıkadığı belirtilmiştir (1,7,14,17,26). Bu çalışmada öğrencilerin %72.2'sinin tuvaletten önce ellerini yıkamadığı görülmektedir. Benzer olarak Cevzici ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da öğrencilerin tuvaletten önce (%33,3) el yıkama durumlarının düşük olduğu bulunmuştur (1). Ürdün'de okul çağı çocuklarda yapılan bir çalışmada tuvaletten önce daima el yıkadığını belirten öğrencilerin oranı %6,1 iken tuvaletten önce asla ellerini yıkamadığını belirten öğrencilerin oranı ise %32,7'dir (14). Aslan ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada da tuvaletten önce (%35,7) el yıkama sıklığının düşük bulunduğu görülmektedir (7). Öncü ve arkadaşlarının (2018) ilkökul öğrencilerinde yaptığı çalışmada tuvaletten önce el yıkama sıklığı en düşük bulunmuştur (26). Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında ise öğrencilerin en sık elleri kirlendiğinde ellerini yıkadığı bulunmuştur (3). Literatüre paralel olarak bu çalışmada tuvaletten önce el yıkama sıklığının düşük bulunması öğrencilerin el hijyeni öneminin, enfeksiyon bulaş yolları bilgilerinin yetersiz olması ile açıklanabilir. Çocukların oyun çağı dönemde olmaları sebebiyle oyuna dalarak tuvalet ihtiyacını geciktirmesi ve tuvaletlerin temiz bir ortam olmadığı düşüncesiyle tuvalet öncesinde ellerini yıkamadığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin eğitim sonrasındaki el hijyeni durumu/sıklığı eğitim öncesine göre artmış olup H₁ hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 2). Okul öncesi çocuklarda rol play yöntemi ile uygulanan el yıkama programı sonrasında programa katılan çocukların programa katılmayan çocuklara göre el yıkama sıklığının arttığı belirtilmiştir (28). Shrestha ve Angolkar'ın (2015) çalışmasında öğrencilere verilen el hijyeni eğitiminin el yıkama sıklığının artmasında etkili olduğu görülmüştür (34). Eğitim sonrasında el yıkama sıklığında en fazla artış %60.8 oranında eller kirlenince ve %50.0 oranında oyun oynadıktan sonra durumlarında yaşanmıştır. En az artış yaşanan durum ise, %35 oranında artış ile yemekten önce el yıkama durumudur. Her bir durum için eğitim sonrasında eğitim öncesine göre en az %35 oranında bir artış sağlanması eğitimin etkinliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kurum gözetiminde ve korumasında yaşayan çocuklarla yapılan bir müdahale çalışmasında eğitim sonrasında öğrencilerin el yıkama sıklığı en fazla "oyun oynadıktan sonra" durumunda artış göstermiştir (17). İlköğretim öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise eğitim sonrasında "tuvaletten önce" el yıkama sıklığı en çok artış yaşanan durumdur (3). Öğrencilere el hijyeni eğitimlerinin yanı sıra enfeksiyon bulaş yolları hakkında bilgi verilmesi el yıkama sıklığını artırabilir. Ayrıca yetişkin rol-model (öğretmen, anne-baba gibi) kullanılarak el yıkama eğitimleri verilmesi düzenli el yıkama alışkanlığını artırabilir. El hijyeni eğitimlerine okul öncesi dönemde başlanması ve bu eğitimlerin sonraki dönemlerde tekrarlanarak pekiştirilmesi el yıkama davranışının sürdürülmesini sağlayacağı düşünülmektedir. Nitekim okul öncesi dönemdeki çocuklarla yapılan randomize kontrollü deneysel bir çalışmada çocuklara uygulanan kitap, online oyun, müzik gibi aktiviteleri içeren çok bileşenli bir müdahalenin çocukların el yıkama bilgi ve becerilerinde artış sağladığı görülmektedir (35).

Öğrencilerin eğitim sonrasındaki el hijyeni bilgi düzeyleri eğitim öncesine göre artmış olup H₂ hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 3). Öğrencilerin ellerin ne kadar süre ile yıkanması gerektiğine ilişkin bilgisi yetersiz bulunmuştur. Eğitim öncesinde "Elleri yıkamak için 10 saniye süre yeterlidir" önermesine verilen doğru yanıt oranı %18 iken bu oran eğitim sonrasında %87.1'e yükselmiştir. Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında aynı önermeye doğru yanıt veren öğrencilerin oranı eğitim öncesinde %66.2 iken eğitim sonrasında %76.7'ye çıkmıştır (3). Eğitim öncesinde %27.8 olan "Eller ılık suyla yıkanmalı" önermesine verilen doğru yanıt oranı eğitim sonrasında %93.3'e çıkmıştır. Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında bu önermeyi doğru yanıtlayan öğrencilerin oranı eğitim öncesinde %75, eğitim sonrasında ise %79.3 olarak bulunmuştur (3). Aslan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında suyun sıcaklığının ılık olması gerektiğini belirten öğrencilerin oranı ise %71.4 olarak saptanmıştır (7). Çalışmada elleri yıkamadan önce takıların çıkarılması gerektiği ifadesine doğru yanıt veren öğrencilerin oranı eğitim öncesi %42.8 iken eğitim sonrası bu oran %89.2 ye çıkmıştır. Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında el yıkama öncesi takıların çıkarılması gerektiği önermesini doğru yanıtlayan öğrencilerin oranı eğitim öncesinde %76.3, eğitim sonrasında ise %90.1 olarak bulunmuştur (3). Aslan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında takıların çıkarılması gerektiğini belirten öğrencilerin oranı %77.4'tür (7). Ellerin yıkandıktan sonra kurulanması gerektiği önermesine eğitim öncesinde öğrencilerin %47.4'ü doğru yanıt vermiş iken bu ifadeye doğru yanıt verme oranı eğitim sonrasında %96.9 olmuştur. Aynı ifade Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında %98 iken eğitim sonrasında %99.3'e çıkmıştır (3). Aslan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ellerin kurulanması gerektiğini belirten öğrencilerin oranı %96.4'tür (7). "El temizliği için sadece su yeterli" önermesine verilen doğru yanıt oranı %56.7 iken bu oran eğitim sonrasında %97.4'e yükselmiştir. Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında ise, aynı önermeye doğru yanıt veren öğrencilerin oranı eğitim öncesinde %80.9, eğitim sonrasında ise %86.4 dir (3). Aslan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında elleri yıkamak için sadece suyun yeterli olduğunu belirten öğrencilerin oranı %4.8 dir (7). Öğrencilerin bilgi önermelerine yanıtları değerlendirildiğinde, eğitim öncesinde ifadelerle doğru yanıt verme oranları Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasına ve Aslan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasına göre daha düşüktür (3,7). Bu farklılığın Aslan ve arkadaşlarının (2006) çalışması ile Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasının örnekleminin yaşadığı yerin büyükşehir olmasına bağlı öğrencilerin konuya farkındalığının daha yüksek olduğu düşünülebilir (3,7). Çalışmada öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi ifadelerine verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde öğrencilerin bilgilerinin eğitim sonrasında arttığı görülmektedir. Shrestha ve Angolkar'ın (2015) çalışmasında öğrencilere verilen el hijyeni eğitiminin, öğrencilerin el yıkama bilgi düzeylerinin artmasında etkili olduğu görülmüştür (34). Literatürdeki çalışmalara (1,3,9,15,17,36) göre eğitim sonrasında daha fazla artış sağlandığından rol-play yöntemi ile verilen el hijyeni eğitiminin diğer yöntemlere göre etkinliğinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin eğitim sonrasındaki el yıkama becerileri eğitim öncesine göre artmıştır ve H₃ hipotezi kabul edilmiştir (p<.001) (Tablo 4). Çalışmada eğitim öncesinde el yıkama basamaklarından en çok uygulanan basamaklar sırasıyla giysi kollarını yukarı çekme (%63.4), başparmakları elinin içine alarak ovma (%56.7) dir. Eğitim öncesi öğrencilerin en az uyguladığı basamak ise kağıt havlu ile musluğu kapatma (%34) adımıdır (Tablo 4). Eğitim öncesi el yıkama basamaklarını uygulamada

literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Aslan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında “musluğu kapatarak elde kalan köpükle elleri ovma” ve “elleri yıkadıktan sonra musluğu su tutarak kapatma”, Şahin ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında “el bileklerini ovarak temizleme” ve “giysi kollarını sıvama”, Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında “el bileklerini ovma” ve “elleri yıkarken musluğu kapatma”, Cevzici ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında “musluğu kağıt havlu ile kapatma” ve “her iki basparmağı diğer el ile ovma” en az uygulanan basamaklardır (1,3,7,17).

Eğitim sonrasında uygulama sıklığında en fazla artış yaşanan el yıkama basamağı eğitim öncesine göre %55.6'lık bir artış ile “elleri yıkarken musluğu kapatma” ve %53.1'lik bir artış ile “elleri durulama” basamağıdır (Tablo 4). Benzer şekilde Kaya ve Aslan'ın (2009) çalışmasında da eğitim sonrasında en fazla artış “musluğu kapatarak elde kalan köpükle elleri ovma” basamağındadır (36). Kitiş ve Bilgili'nin (2011) çalışmasında ise eğitim sonrasında en fazla artış “el bileklerini ovma” basamağında olmuştur (3). Eğitim sonrasında en az artış yaşanan uygulama basamağı %27.8'lik bir artış ile “giysi kollarını yukarı çekme” ve %32'lik bir artış ile “elleri bir miktar su ile ıslatma” basamağıdır (Tablo 4). Kaya ve Aslan'ın çalışmasında da eğitim sonrasında en az artışın “elleri bir miktar su ile ıslatarak sabunun köpürmesini sağlama” basamağı olduğu görülmüştür (36). Öğrencilerin el yıkama becerilerini eğitim sonrasında önemli derecede daha fazla uyguladıkları, doğru el yıkama basamaklarından her bir basamağın uygulanma sıklığının eğitim sonrasında arttığı görülmektedir. El yıkama becerilerinin geliştirilmesinde Rol oynama yöntemi ile uygulanan eğitimin etkili olduğu söylenebilir.

Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi kullanılarak yapılan el hijyeni eğitiminin çocukların bilgi ve becerilerini olumlu yönde artırması hedeflenmiş olup H₂ ve H₃ hipotezi kabul edilmiştir. El yıkama eğitimlerinde bilgi artışı hedeflenirken aynı zamanda beceri artışı da hedeflenmekte bilgi ve becerilerin davranışa dönüşmesi için beceri eğitimlerinde ödül, oyun, gösteri gibi interaktif ve uygulamalı öğretim yöntemleri gibi çeşitli yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (1,7,17,25). Slayt, video, oyun gibi farklı yöntemlerle ve görsel araçlarla yapılan el yıkama eğitimi çalışmalarında öğrencilerin el yıkama bilgi ve becerilerinde artış sağlanmıştır (1,3,4,15,17,27,28,35). Okul öncesi çocuklarda rol play yöntemi ile uygulanan el yıkama programı sonrasında programa katılan çocukların doğru el yıkama becerilerinde artış görülmüştür (28). Görsel ve işitsel eğitim araçları kullanılarak yapılan iki çalışmada çocuklara verilen el hijyeni eğitimi sonrasında el hijyeni bilgi ve becerilerinin arttığı belirtilmiştir (1,3). Aslan ve arkadaşlarının (2006) demonstrasyon ve video filmi izletme yöntemiyle yaptığı tek gruplu müdahale çalışmasında eğitim sonrasında öğrencilerin el yıkama becerilerinde artış saptanmıştır (7). Kurum gözetimi ve koruma altındaki çocuklara video sunumu ve demonstrasyon yöntemi ile el yıkama eğitiminin verildiği bir çalışmada öğrencilerin bilgi ve beceri uygulamalarında artış sağlanmıştır (17). İlköğretim öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada öğrencilere verilen eğitim sonrasında el yıkama bilgi ve becerilerinin arttığı belirtilmiştir (8). İlköğretim öğrencilerine yönelik akran eğitimi ile uygulanan el yıkama müdahale çalışmalarında öğrencilerin el yıkama eğitimi sonrası el hijyeni bilgi ve becerilerinin arttığı görülmüştür (9, 25,37). Öncü ve arkadaşlarının (2018) interaktif eğitim ve demonstrasyon kullanarak yaptığı randomize kontrollü bir araştırmada interaktif eğitim alan öğrencilerin el yıkama etkinliği kontrol gruplarına göre daha fazla artış gösterdiği belirtilmiştir (26). Uygun pedagojik ve interaktif eğitim yöntemlerinin eğitimin etkinliğini büyük oranda artırdığı bu çalışmada ve konu ile ilgili yapılmış olan diğer çalışmalarda da kanıtlanmıştır (1,3,7,9,17,25,26,35-37).

Bilgi ve becerilerdeki değişimin davranışa dönüşebilmesi için zamana ihtiyaç vardır. Bu çalışmada eğitim verildikten 1 ay sonra tek bir izlem yapılması bu çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Eğitim sonrasında bilgi ve becerilerde artış gözlenmiştir ancak el yıkama eğitiminin davranışa dönüşüp dönüşmediğini gözlemek amacıyla tekrarlı izlemler içeren çalışmalar yapılması önerilir. Ailelerin ve öğretmenlerin doğru el yıkama bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinde uygun öğretim yöntem ve araçlarının kullanımı ile çocukların bilgi ve cesaret aldıkları grupların el yıkama konusunda aktive edilmesi sağlanabilir (2,14,15). Ayrıca el yıkama davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili eğitim müdahalesi çalışmalarında ebeveyn ve öğretmenlerin de çalışma gruplarına ve çalışmaya dâhil edilmesi önerilir. Öğrencilerin sadece bilgi edinmesinin yeterli olmadığı aynı zamanda olumlu davranış geliştirmesi gerektiği hijyen eğitimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması, bu eğitimlerin belirli aralıklarla düzenli olarak tekrarlanması önerilir. Türkiye’de okul hemşirelerinde yapılan bir çalışmaya göre; okul hemşirelerinin sağlık eğitimi ve danışmanlık işlevlerini yeterli düzeyde yerine getirmedikleri belirlenmiştir (24). Türkiye’de okul sağlığın hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan birimlerde çalışan hemşireler okulda sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik sağlık eğitimlerinin koordine edilmesinde düzenli olarak uygulanmasında aktif görev almalıdır (38). Okul hemşirelerinin en çok uygulaması gereken rollerinden biri olan eğitim ve danışmanlık rolüne ilişkin hemşireleri geliştirici ve teşvik edici program ve politikalar geliştirilmelidir.

Öğrencilerin el yıkama davranışlarının önündeki engelleri kaldırmada tuvalet ve lavaboların teknik imkanlarının geliştirilmesi ve el hijyeni için gereken malzeme eksikliklerinin tamamlanması önemli olacağı düşünülmektedir. Okul sağlığı hemşirelerinin okul lavabolarını gereken malzemelerin temini ve temizlik açısından denetlemesi, eksiklikleri okul idaresine bildirmesi, okul idaresinin de öğrencilerin hijyen bilgi, beceri ve uygulamalarını artıracak programlar oluşturması ve uygulaması okulda el yıkama konusunda farkındalık oluşmasına, öğrencilerin el yıkama bilgi ve becerilerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Kısıtlılıklar

Araştırmanın Karaman il merkezindeki bir ilkokulda öğrenim gören 3. ve 4. sınıf öğrencileri ile yapılması ve kontrol grubunun olmaması araştırmanın bir sınırlılığıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Doğru el yıkama, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde en önemli uygulamalardan biridir. Doğru el yıkama bilgi ve becerilerinin çocukluk döneminde kazanılması davranışın yaşam boyu sürdürülmesinde etkilidir. Çocukların el yıkama bilgi beceri ve uygulamalarının geliştirilmesi amacıyla okullarda sağlığı geliştirme programları oluşturulmalı ve farklı yöntemlerle

uygulanmalıdır. Rol Oynama (Rol-Play) yöntemi, çocukların el hijyeni bilgi beceri ve uygulamalarının öğretilmesinde etkili bir yöntemdir. Rol-oynama, çocukların eğlenerek öğrenmesinin yanında eğitime katılımını da sağlayan destekleyici bir eğitim yöntemi olarak okul sağlığı hemşireleri ve öğretmenler tarafından kullanılabilir. El yıkama eğitimlerinin okul öncesi dönemden başlatılması, belirli aralıklarla eğitim ve gözlemler ile sürdürülmesi bilgi ve becerilerin kalıcı davranışa dönüşmesini sağlayacaktır. Çocuklara verilen eğitimlerde yaş grubuna uygun araç-gereç ve yöntemlerin (video, rol-play, power-point sunusu, vb.) kullanılması önerilmektedir. Okulda lavabo/tuvaletlerin temizliği ve gerekli malzemelerin hazır bulundurulması, çocukların öğretilen bilgi ve becerileri uygulamasına etki edeceğinden bu konuda okul idaresi ve öğretmenlerle işbirliği yapılmalıdır.

Bilgilendirme

Çalışmada yer alan yazarlar makalenin hazırlanmasında ve düzeltilmesinde eşit katkıda bulunmuştur. Yazarların çalışmaya katkıları; fikir/kavram ŞK; tasarım ŞK, HY; denetleme/danışmanlık ŞK; veri toplama ve işleme HY; analiz ve yorum ŞK, HY; kaynak taraması ŞK, HY; makale yazımı ŞK, HY; eleştirel düşünme ŞK, HY. Yazarlar çalışmaya katılan tüm çocuklara, izin veren ebeveynlerine, okul yöneticilerine ve çalışmanın senaryosunda gönüllü olarak görev alan hemşirelik son sınıf öğrencilerine de teşekkür etmektedir. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Araştırma herhangi bir proje kapsamında desteklenmemiştir ve araştırmada herhangi bir maddi destek/yardım alınmamıştır. Araştırmanın giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Araştırmanın uygulanması için bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesine bağlı etik kurulundan etik izin (27.03.2019/18), çalışmanın yapıldığı ilin Valiliğinden ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni (13.05.2019/99371540-44-E.9374641) alınmıştır.

Kaynaklar

1. Cevizci S, Uludağ A, Topaloğlu N, Babaoğlu U, Çelik M ve Bakar C. Developing students hand hygiene behaviors in a primary school from Turkey: a school-based health education study. *Int J Med Sci Public Health* 2014; 4(2): 155-161.
2. Abay ŞE, Özvarış ŞB. İlkokul öğrencilerinin genel hijyen konusundaki ihtiyaçlarının saptanması. *STED* 2018; 27(5): 352-357.
3. Kitiş Y, Bilgili N. İlköğretim öğrencilerinde el hijyeni ve el hijyeni eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; 4(1): 93-102.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2014. TÜİK 2015. URL: <https://data.tuik.gov.tr/tr/display-bulletin/?bulletin=turkiye-saglik-arastirmasi-2014-18854>. 13 Ekim 2020
5. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2016. TÜİK 2017. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2016-24573> 12 Mart 2021
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2019. TÜİK 2020. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> 12 Mart 2021
7. Aslan D, Mermerkaya MU, Kaya FE, Kaya H, Esen E, Koban Y ve ark. Ankara'da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda yapılmış olan bir müdahale çalışması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006; 26: 157-162.
8. Ayhan E, Gökler ME, Işıklı B, Önsüz F, Özyay Ö, Aydın E ve ark. Eskişehir kırsal ilköğretim öğrencilerinde el hijyeni bilgi ve uygulaması: müdahale çalışması. *STED* 2015; 24(3): 99-108.
9. Falus A, Lehotsky A, Gezsi A, Lukacs JA, Gradwohl E and Feith HJ. Pedagogical experiences in educating hand-washing among children a hygiene contribution to proper behavior during a pandemic. *Open Access Journal of Microbiology and Biotechnology* 2020; 5(5): 000180.
10. Akçay D. Okul ortamında bulaşıcı hastalıklardan korunmada okul hemşiresinin rolü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016; 5(2): 84-94.
11. Chittleborough CR, Nicholson AL, Basker E, Bell S ve Campbell R. Factors influencing hand washing behaviour in primary schools: process evaluation within a randomized controlled trial. *Health Education Research* 2012; 27(6): 1055-1068.
12. Yılmaz A ve Yılmaz EG. İlköğretim okullarındaki temizlik ve hijyenin öğrenci görüşlerine göre değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2014; 43(1): 74-89.
13. Mbakaya BC, Lee PH ve Lee RL. Hand hygiene intervention strategies to reduce diarrhoea and respiratory infections among school children in developing countries: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(4): 371.
14. AlBashtawy M. Assessment of hand-washing habits among school students aged 6-18 years in Jordan. *British Journal of School Nursing* 2017; 12(1): 30-36.
15. Çövener Özçelik Ç, Aktaş E, Sefer H ve Ocakçı AF. Impact of toilet hygiene training program on school age children. *HEMAR-G* 2017; 19(2): 25-40.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye el yıkama araştırması. Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2012. URL: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/yayin/450>. 20 Mart 2019
17. Şahin MM, Vural S, Vural D, Yüksel S, Yıldız F ve Aslan D. 6-14 yaş grubu çocuklarda el yıkama ile ilgili bir müdahale çalışması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7(1): 65-70.
18. Çelik LA ve Pancoe DL. Healthy school environment: effectiveness of hand washing instruction in an elementary school setting. *NASN School Nurse* 2012; 27(4): 194-196.
19. Şahinöz T, Şahinöz S ve Kıvanç A. Sağlığı geliştirmenin en kolay yolu: okul sağlığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(4): 303-312.
20. Ulutaşdemir N, Balsak H, Öztürk Çapur E ve Demiroğlu N. Halk sağlığı hemşireliğinin bir dalı: okul sağlığı hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics* 2016; 2(1): 121-124.
21. Proctor ST, Lordi SL ve Zaiger DS. *School Nursing Practice: Roles and Standards*. Scarborough, ME: National Association of School Nurses; 1993.
22. American Nurses Association & National Association of School Nurses. 3rd ed. *School nursing: Scope and standards of practice*. MD: Author; 2017.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Resmi Gazete 2011. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. 20 Mart 2019
24. Altuntaş S ve Baykal Ü. Okul hemşirelerinin iş, iş ortamı, rol ve sorumluluklarına yönelik görüşleri. *HEAD* 2012; 9(1): 43-50.
25. Lehotsky A, Falus A, Lukacs A, Füzi A.R, Gradwohl E, Meszarosne Darvay S et al. Direct effect of contemporary health education programmes on the knowledge about hand hygiene and technique of hand washing in primary school age children. *Orvosi Hetilap* 2018; 159(12): 485-490.
26. Öncü E, Köksoy Vayisoğlu S, Lafci D, Yurtsever D, Bulut ER ve Peker E. Comparison of interactive education versus fluorescent concretization on hand hygiene compliance among primary school students: a randomized controlled trial. *The Journal of School Nursing*. 2018; 20(10): 1-11.
27. Vizeshfar F, Zare M, Keshtkaran Z. Role-play versus lecture methods in community health volunteers. *Nurse Education Today*. 2019; 79: 175-179.
28. Lim HS, and Kwon IS. Development and effects of a hand-washing program using role-playing for preschool children. *Child Health Nursing Research*. 2019; 25(2): 123-132.
29. Samalot-Rivera A. Role playing in physical education to teach in the affective domain. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*. 2014; 85(2): 41-43.

30. Valizadeh L, Akbarzadeh, B, Ghiyasvandiyani S, Kuchakinejad Z, Zamanzadeh V, Aghajari P, et al. The effects of role play simulation and demonstration on pediatric peripheral venous catheter insertion skill among nursing students: a three group experimental study. *Nursing and Midwifery Studies*. 2021; 10(1): 1-6.
31. Cansever Z, Avsar Z, and Tastan K. Third year medical school students' experiences of revealing patients' stories through role playing. *The Eurasian Journal of Medicine* 2015; 47(1): 26.
32. Hao M, He, J, Zeng Y, Han W, Sai A, and Yamauchi T. A comprehensive assessment of hand washing: knowledge, attitudes and practices (KAP) and hand-washing behaviors among primary school students in northeast China. *Sanitation Value Chain*. 2021; 00026.
33. Mermer G, Durusoy R, Türk M ve Coyle SB. Hijyen eğitiminin öğrencilerin bilgi düzeyine ve okul devamsızlığına etkisi. *DEUHFED*. 2016; 9(1): 16-22.
34. Shrestha A, ve Angolkar M. Improving hand washing among school children: an educational intervention in South India. *Al Ameen J Med Sci*. 2015; 8: 81-5.
35. Younie S, Mitchell C, Bisson MJ, Crosby S, Kukona A, and Laird K. Improving young children's handwashing behaviour and understanding of germs: The impact of A Germ's Journey educational resources in schools and public spaces. *Plos One*, 2020; 15(11): e0242134.
36. Kaya M, Aslan D. Ankara'da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda bir müdahale çalışması. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi* 2009; 31(2).
37. Molnár ZS, Varga L, Gyenes G, Lehotsky Á, Gradwohl E, Lukács Á.J, et al. Effectiveness of a Hungarian peer education handwashing programme in primary and secondary schools. *Developments in Health Sciences*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1556/2066.2020.00011>
38. T.C. Sağlık Bakanlığı. Okulda sağlığın korunması ve geliştirilmesi programı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2017. URL: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagl%C4%B1g%C4%B1n-gelisitirlmesi/okulda-sa%C4%9Fl%C4%B1n-korunmas%C4%B1-ve-geli%C5%9Ftirilmesi-program%C4%B1.html>. 04 Mayıs 2020

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına İlişkin Tutumları

 Sevgi PAKIŞ ÇETİN¹,  Kıvanç ÇEVİK²

¹Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Uncubozköy Kampüsü/Manisa
²Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Uncubozköy Kampüsü/Manisa

Öz

Giriş: Kişisel sağlık verilerinin korunması yaşam hakkıyla doğrudan ilişkili olmasına rağmen günümüzde hasta mahremiyetini sağlamak oldukça güçtür. **Amaç:** Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma 2019-2020 Eğitim-Öğretim yılının Güz yarıyılında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ndeki 454 öğrenci ile yapılmış tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışmadır. Veriler; "Öğrenci Tanıtım Formu" ve "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Veriler Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş olup, tanımlayıcı özellikler ortalama, yüzdelik olarak verilmiştir. **Bulgular:** "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği" toplam puan ortalamasının 4.06±0.51 olduğu bulunmuştur. Beş alt boyuttan oluşan ölçekte öğrencilerin en yüksek puanı 4.11±0.58 puan ortalaması ile "Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi" alt boyutundan aldığı saptanmıştır. "Yasal Bilgiler" alt boyutundan 4.09±0.59; "Yasal Veri Paylaşımı" alt boyutundan 3.97±0.60; "Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı" alt boyutundan 3.96±0.61; "Kişisel Sağlık Verisi Kaydı" alt boyutundan 4.09±0.63 puan aldığı saptanmıştır. Çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri .91 olarak bulunmuştur. **Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelik öğrencilerinin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin tutumlarının olumlu olduğu ve farkındalıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. **Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik Öğrencisi, Kişisel Sağlık Verisi, Tutum.

Abstract

Attitudes of Nursing Students Related the Registration and Preservation of Personal Health Data of Patients

Background: Preservation of personal health data is directly related to the right to live. However, it is very difficult to ensure patient privacy nowadays. **Objectives:** This research was conducted to determine the attitudes of nursing students towards the registration and preservation of patients' personal health data. **Methods:** The research is a descriptive cross-sectional study with 454 students registered in the Faculty of Health Sciences Nursing Department of a university in the fall semester of the 2019-2020 academic year. Data were collected using the "Student Identification Form" and "Registration and Preservation of the Personal Health Data Attitude Scale For Nursing Students". The data were evaluated by the Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test. The descriptive features were given as mean, percentages. **Results:** The mean total score of the "Registration and Preservation of the Personal Health Data Attitude Scale For Nursing Students" was found to be 4.06±0.51. In the scale consisting of five sub-dimensions, it was found that the students obtained the highest score from the "Personal Health Data Information" sub-dimension with the mean score 4.11±0.58; 4.09±0.59 scores from the "Legal Information" sub-dimension, 3.97±0.60 scores from the "Legal Data Sharing" sub-dimension; 3.96±0.61 scores from the "Personal Health Data Sharing" sub-dimension; 4.09±0.63 scores from the "Personal Health Data Registration" sub-dimension. In the study, Cronbach alpha value of the scale was found to be .91. **Conclusion:** According to the results of the research, it was found that nursing students' attitudes towards registering and preserving personal data were positive and their awareness was high.

Key Words: Nursing Student, Personal Health Data, Attitude.

Geliş Tarihi / Received: 12.08.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 22.05.2021

Correspondence Author: Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Uncubozköy Kampüsü/Manisa, E-mail: sevgis210188@hotmail.com, Tel: 5555725633

Cite This Article: Pakış Çetin S, Çevik K. Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumları 2021; 14(3): 199- 206

Not: Bu çalışma, 20-21 Haziran 2020 tarihinde İzmir'de düzenlenen Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (ICHES-IDU 2020)'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Tarih boyunca tıbbi antlarda ve etik kodlarda yer alan “mahremiyet ve mahremiyetin korunması” kavramları “insan onuruna saygı” anlayışının önemli göstergelerindedir. Sağlık profesyonellerinin “insan onuruna saygı” anlayışı kişisel bilgilerin korunmasına yönelik görevlerini oluşturmaktadır (1). Günümüz modern tıbbında; teknolojik gelişmeler, bilgilerin saklanması ve gizliliğin korunması gibi konular dikkate alındığında, hasta mahremiyetini sağlamanın oldukça güç bir konu olduğu görülmektedir (2). Geleceğin sağlık profesyonelleri olacak hemşirelik öğrencilerine hasta mahremiyetini sağlama konusunda önemli roller düşmektedir (3). Hemşirelik öğrencilerinin kuramsal ve klinik uygulamalarından oluşan eğitim süreci; temel mesleki değerlerin ve etik ilkelerin benimsenmesi ve etik duyarlılığın geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir (4).

Sağlık hizmeti gün geçtikçe hasta, hekim ve sağlık çalışanları çemberinden çıkarak diğer çalışanları da kapsayan bir alana dönüşmektedir. Sağlık bilişim teknolojilerindeki gelişmeler ise sağlık bilgilerine erişebilen kişi sayısının artmasına neden olmaktadır (5). Bu durum sağlık kurumlarındaki hekim, hemşire, ebe, hasta kayıt çalışanı, güvenlik görevlisi, bilgisayar işletmeni gibi tüm sağlık çalışanlarının kişisel verilerle ilgili suçların faili konumunda bırakılabilmelerini beraberinde getirmektedir (6,7). Kişisel veri, 07.04.2016 tarihli 29677 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan, 24.03.2016 tarihli 6698 sayılı kanunda “Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi” olarak tanımlanmıştır (8). Tanımda yer alan her türlü bilgi; kişinin adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, vatandaşlık numarası, doğum yeri, aile bilgileri, fiziksel özellikleri, mesleği, adresi, telefon numarası, motorlu taşıt plakası, pasaport numarası, özgeçmiş, banka bilgileri, IP adresi, mail veya sosyal medya paylaşımları, fotoğraf, sesli veya görüntülü video kayıtları, sağlık durumu kayıtları, biyometrik yöntemlerle elde edilen veriler ve parmak izi gibi kişiyi belirlenebilir kılan tüm verileri kapsamaktadır (7,9,10). Kişisel sağlık verisi ise, 24.11.2017 tarihli 30250 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konan yönetmelikte, “kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ile kişiye sunulan sağlık hizmeti ile ilgili bilgiler” şeklinde açıklanmıştır (11). Kişisel sağlık verisi, kişinin sağlık hizmeti aldığı süreçte kaydedilen anamnez, muayene bulgusu, teşhis, epikriz, sağlık raporu, görüntüleme yöntemleri dahil tüm tahlil ve tetkik sonuçları, tedavide kullanılan ilaçlar, her türlü tıbbi girişim ve bakım uygulamalarına ait bilgileri içermektedir (7).

Teknolojinin gelişmesi, yaşamı kolaylaştırmayı ve kişiyi özgürleştirmeyi sağlamakla birlikte kişinin izlenmesi ve verilerinin kaydedilmesi “gözetim toplumu” endişesini de beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda, bilgi aktarımının kolaylaştığı bir toplumda kişinin kendine ait veriler üzerindeki kontrol ve denetimini kaybetmesi gibi riskler sağlık alanında da karşımıza çıkmaktadır (1,12). Sağlık hizmetlerindeki kalite çalışmaları da sağlık ve tedavi verilerinin kayıt altına alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu kayıtların bilgisayar ortamında yapılması bu verilere ulaşmanın kolay olmasını sağlamakla birlikte; bu verilerin amaç dışı kullanımı, sağlık gibi temel haklara erişim sebepleriyle kişinin onamıyla üçüncü kişilerle verilerin paylaşılması ya da hasta mahremiyetine dikkat edilmemesi gibi bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu noktadan sonra verilere yetkisiz erişim, verilerin yayılması, yetkisiz kullanımı gibi güvenlik sorunları gündeme gelmektedir (1,13). Kişisel verilerle ilgili suçlar arasında; hastaya ait kayıtların amacı dışında, hukuka uygunsuz olarak kaydedilmesi, hastanın rızası olmaksızın başka kişilere verilmesi, medya ve sosyal medya paylaşımları gibi davranışlar yer almaktadır. Ayrıca sağlık verilerinin korunması doğrudan yaşam hakkıyla ilişkili bir alan olduğundan verileri kayıt eden görevlinin öğrendiği tüm verilerin mahremiyetini koruma yükümlülüğü de bulunmaktadır (7,14). Kişisel sağlık verilerinin korunmadığı, sınırsız bir şekilde toplandığı, kullanıldığı, kayıt edildiği, işlendiği bir ortamda kişinin, başta ayrımcılık olmak üzere çeşitli tehlikelerle karşılaşma ihtimali artmakla birlikte, bu durum giderilmesi imkansız daha büyük sorunlara da sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra kişisel sağlık verilerinin korunması yaşam hakkıyla da doğrudan ilişkilidir (14).

Ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutum ve davranışlarının incelendiği yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır. Öğrenci hemşirelerin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucu literatüre katkı sağlayarak; ülkemiz ve yurt dışında bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır.

Araştırmanın Soruları

- Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumları nasıldır?
- Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin farkındalık düzeyleri nedir?
- Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumları ile sosyodemografik özellikleri, hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etme durumu, uygulama alanlarında çalışmayı sevme durumu ve hastalarla iletişim düzeyi, kişisel veri ve kişisel sağlık verisi kavramını daha önce duyma durumu arasında ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Eylül-Ekim 2019 tarihleri arasında bir üniversitenin hemşirelik bölümünde eğitim gören ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileriyle yapılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni çalışma kapsamındaki öğrencilerin “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği” puan ortalamalarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise çalışma kapsamındaki öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etme durumu, uygulama alanlarında çalışmayı sevme durumu ve hastalarla iletişim düzeyi, kişisel veri ve kişisel sağlık verisi kavramını daha önce duyma durumudur.

Araştırmanın Evreni/Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2019-2020 eğitim öğretim yılında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde eğitim gören ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta okuyan toplam 596 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; araştırmaya katılmayı kabul eden, en az bir yıl hemşirelik eğitimi almış, klinik uygulama deneyimi olan 454 öğrenci oluşturmuştur. Altı öğrenci anketi eksik doldurduğu için araştırmadan çıkartıldı. Sonuç olarak; evrenin %76'sına ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler öğrencilerin ders aralarında araştırmacılar tarafından veri toplama formlarının her sınıftaki öğrenciye elden dağıtılması ve öğrencilerin formları doldurmalarının ardından tekrar araştırmacılar tarafından geri teslim alınmasıyla toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile öğrencilerin onamı alındıktan sonra “Öğrenci Tanıtım Formu” ve “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ)” kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile öğrencilerin onamı alındıktan sonra “Öğrenci Tanıtım Formu” ve “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ)” kullanılmıştır.

Öğrenci Tanıtım Formu

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, hemşirelik mesleği ve kişisel sağlık verisine yönelik hazırlanan bu formda; öğrencinin yaşı, sınıfı, cinsiyeti, mezun olduğu lise, en uzun süre yaşadığı yer, ikamet ettiği yer, aile yapısı, anne eğitim düzeyi, anne mesleği ve çalışma durumu, baba eğitim düzeyi, baba mesleği ve çalışma durumu, aile gelir düzeyi, hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etme durumu, uygulama alanlarında çalışmayı sevme durumu ve hastalarla iletişim düzeyi, kişisel veri ve kişisel sağlık verisi kavramını daha önce duyma durumunu içeren 18 soru bulunmaktadır.

Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ)

Gözmener ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi (1-12 arası maddeler), Yasal Bilgiler (13-19 arası maddeler), Yasal Veri Paylaşımı (20-24 arası maddeler), Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı (25-28 arası maddeler), Kişisel Sağlık Verisi Kaydı (29-31 arası maddeler) olmak üzere beş alt boyut ve 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte tersten puanlanan madde olmamakla birlikte maddelerin değerlendirilmesinde; “1- kesinlikle katılmıyorum, 2- katılmıyorum, 3- fikrim yok, 4- katılıyorum, 5- kesinlikle katılıyorum” olmak üzere beşli likert tipi değerlendirme kullanılmıştır.

Ölçek toplam puanı hesaplaması ve değerlendirmesi, tüm alt boyutlar için de aynı şekilde kabul edilmektedir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin olumlu değerlendirmektedir. Olumsuz tutum; öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin farkındalığının düşük olduğunu gösterirken, olumlu tutum; farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .94 olarak bulunmuştur (7). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri .91, ölçeğin alt boyutlarında yer alan Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi, Yasal Bilgiler, Yasal Veri Paylaşımı, Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı, Kişisel Sağlık Verisi Kaydı Cronbach alpha değerleri sırasıyla .78, .81, .73, .68, .76 olarak saptanmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler öğrencilerin ders aralarında araştırmacılar tarafından veri toplama formlarının her sınıftaki öğrenciye elden dağıtılması ve öğrencilerin formları doldurmalarının ardından tekrar araştırmacılar tarafından geri teslim alınmasıyla toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler araştırmacılar tarafından bilgisayar ortamında ve istatistiksel çözümler için Statistical Package For Social Science (SPSS) 21.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Kolmogorov-Smirnov analizi sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği tespit edildiğinden analizlerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Veriler Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş olup, tanımlayıcı özellikler ortalama, yüzdelik olarak gösterilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan, bir üniversitenin Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Tarih/Sayı: 22.05.2019/ 20.478.486), ölçeğin geçerlik-güvenirliğini yapan yazardan yazılı izin, araştırma kapsamına alınan öğrencilerden de yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 454)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet			Anne Çalışma Durumu		
Kadın	359	79.1	Çalışıyor	70	15.4
Erkek	95	20.9	Çalışmıyor	384	84.6
Yaş Grubu			Baba Eğitim Düzeyi		
21 yaş altı	377	83	Okuryazar değil	4	0.9
22 yaş ve üzeri	77	17	Okuryazar	26	5.7
Yaş ortalaması	20.56 ± 1.58		İlkokul	211	46.5
Sınıf			Lise ve üniversite	213	46.9
İkinci sınıf	172	37.9	Baba Mesleği		
Üçüncü sınıf	151	33.3	Memur ve işçi	172	37.9
Dördüncü sınıf	131	28.9	Serbest meslek	178	39.2
Mezun Olunan Lise			Emekli	104	22.9
Fen ve Anadolu Lisesi	366	80.6	Baba Çalışma Durumu		
Meslek Lisesi	42	9.3	Çalışıyor	317	69.8
Diğer	46	10.1	Çalışmıyor	137	30.2
En Uzun Süre Yaşanılan Yer			Aile Gelir Düzeyi		
İl	317	69.8	Kötü-orta	369	81.3
İlçe	97	21.4	İyi-çok iyi	85	18.7
Köy	40	8.8	Hemşirelik Bölümünü İsteyerek Tercih Etme Durumu		
İkamet Edilen Yer			Evet	302	66.5
İl	355	78.2	Hayır	152	33.5
İlçe ve köy	99	21.8	Uygulama Alanlarında Çalışmayı Sevme Durumu		
Aile Yapısı			Evet	377	83
Çekirdek	391	86.1	Hayır	77	17
Geniş	63	13.9	Uygulama Alanlarında Hastalarla İletişim Düzeyi		
Anne Eğitim Düzeyi			Kötü-orta	158	34.8
Okuryazar değil	33	7.3	İyi-çok iyi	296	65.2
Okuryazar	30	6.6	Kişisel Veri ve Kişisel Sağlık Verisi İfadesini İlk Kez Duyma Durumu		
İlkokul	268	59	Evet	160	35.2
Lise ve üniversite	123	27.1	Hayır	294	64.8
Anne Mesleği					
Memur ve işçi	46	10.1			
Serbest meslek ve emekli	30	6.6			
Ev hanımı	378	83.3			

Tablo 1’de öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, hemşirelik mesleği ve kişisel sağlık verisine yönelik düşüncelerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %79.1’inin kadın, %83’ünün 21 yaş altında, %37.9’unun ikinci sınıf, %80.6’sının Fen ve Anadolu lisesi mezunu, %69.8’inin en uzun süre ilde yaşadığı, %78.2’sinin ilde ikamet ettiği, %86.1’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %59’unun annesinin ilkokul mezunu, %83.3’ünün ev hanımı olduğu ve %84.6’sının çalışmadığı, %46.9’unun babasının lise ve üniversite mezunu, %39.2’sinin serbest meslek olarak ve %69.8’inin çalıştığı, %81.3’ünün aile gelir düzeyinin kötü-orta olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin hemşirelik mesleğine ve kişisel veri, kişisel sağlık verisine ilişkin düşünceleri incelendiğinde; %66.5’inin hemşirelik bölümünü isteyerek tercih ettiği, %83’ünün uygulama alanlarında çalışmayı sevdiği, %65.2’sinin hastalarla iletişiminin iyi-çok iyi olduğu ve %64.8’inin kişisel veri ve kişisel sağlık verisi ifadesini daha önce duyduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N= 454)

Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği Alt Boyutları	Puan Aralığı (Min-Max)	Ort±SS
Kişisel sağlık verisi bilgisi	1-5	4.11 ± 0.58
Yasal bilgiler	1-5	4.09 ± 0.59
Yasal veri paylaşımı	1-5	3.97 ± 0.60
Kişisel sağlık verisi paylaşımı	1-5	3.96 ± 0.61
Kişisel sağlık verisi kaydı	1-5	4.09 ± 0.63
Toplam puan		4.06 ± 0.51

“Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği” ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 2’de yer almaktadır. “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği” toplam puan

ortalamasının 4.06 ± 0.51 olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin en yüksek puanı 4.11 ± 0.58 puan ortalaması ile “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi” alt boyutundan aldığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 454)

Sosyodemografik Özellikler	Kişisel sağlık verisi bilgisi Ort±SS	Yasal bilgiler Ort±SS	Yasal veri paylaşımı Ort±SS	Kişisel sağlık verisi paylaşımı Ort±SS	Kişisel sağlık verisi kaydı Ort±SS	Toplam Ort±SS
Cinsiyet						
Kadın	4.10 ± 0.57	4.08 ± 0.59	3.94 ± 0.58	3.95 ± 0.61	4.09 ± 0.63	4.05 ± 0.50
Erkek	4.15 ± 0.64	4.13 ± 0.58	4.09 ± 0.65	4.01 ± 0.59	4.12 ± 0.65	4.11 ± 0.53
	Z: -1.322 p: .186	Z: -1.053 p: .292	Z: -2.564 p: .010*	Z: -1.192 p: .233	Z: -0.643 p: .520	Z: -1.511 p: .131
Yaş Grubu						
21 yaş ve altı	4.13 ± 0.58	4.10 ± 0.60	3.97 ± 0.61	3.97 ± 0.61	4.10 ± 0.64	4.08 ± 0.51
22 yaş ve üzeri	4.02 ± 0.60	4.05 ± 0.55	3.95 ± 0.56	3.89 ± 0.57	4.08 ± 0.62	4.01 ± 0.48
	Z: -1.405 p: .160	Z: -1.003 p: .316	Z: -0.518 p: .604	Z: -1.187 p: .235	Z: -0.400 p: .689	Z: -1.216 p: .224
Sınıf						
2.sınıf	4.13 ± 0.57	4.14 ± 0.48	3.99 ± 0.54	3.98 ± 0.54	4.09 ± 0.55	4.08 ± 0.44
3.sınıf	4.20 ± 0.59	4.09 ± 0.72	3.97 ± 0.68	4.00 ± 0.69	4.19 ± 0.68	4.11 ± 0.58
4.sınıf	4.00 ± 0.58	4.05 ± 0.54	3.94 ± 0.58	3.89 ± 0.59	3.99 ± 0.66	3.99 ± 0.50
	X ² : 15.447 p: .000***	X ² : 1.973 p: .373	X ² : 0.291 p: .865	X ² : 2.527 p: .283	X ² : 9.316 p: .009**	X ² : 7.581 p: .023*
Hemşirelik Bölümünü İsteyerek Tercih Etme Durumu						
Evet	4.12 ± 0.58	4.09 ± 0.58	3.97 ± 0.58	3.98 ± 0.57	4.06 ± 0.61	4.07 ± 0.49
Hayır	4.09 ± 0.59	4.11 ± 0.61	3.96 ± 0.64	3.93 ± 0.67	4.16 ± 0.68	4.06 ± 0.54
	Z: -0.203 p: .839	Z: -1.017 p: .309	Z: -0.051 p: .960	Z: -0.546 p: .585	Z: -2.355 p: .019*	Z: -0.698 p: .485
Uygulama Alanlarında Çalışmayı Sevme Durumu						
Evet	4.12 ± 0.57	4.09 ± 0.59	3.96 ± 0.60	3.97 ± 0.60	4.09 ± 0.62	4.07 ± 0.50
Hayır	4.06 ± 0.64	4.10 ± 0.56	4.01 ± 0.61	3.90 ± 0.63	4.11 ± 0.67	4.04 ± 0.52
	Z: -0.366 p: .714	Z: -0.118 p: .906	Z: -0.687 p: .496	Z: -1.082 p: .279	Z: -0.674 p: .500	Z: -0.197 p: .844
Uygulama Alanlarında Hastalarla İletişim Düzeyi						
Kötü-orta	4.00 ± 0.56	4.02 ± 0.52	3.86 ± 0.55	3.85 ± 0.59	4.01 ± 0.58	3.96 ± 0.46
İyi-çok iyi	4.18 ± 0.59	4.14 ± 0.62	4.02 ± 0.62	4.02 ± 0.61	4.14 ± 0.66	4.12 ± 0.52
	Z: -1.734 p: .083	Z: -1.549 p: .121	Z: -0.762 p: .446	Z: -0.834 p: .404	Z: -1.728 p: .084	Z: -1.322 p: .186
Kişisel Veri ve Kişisel Sağlık Verisi İfadesini İlk Kez Duyuma Durumu						
Evet	4.08 ± 0.49	4.05 ± 0.62	3.93 ± 0.59	3.89 ± 0.57	4.03 ± 0.66	4.02 ± 0.49
Hayır	4.13 ± 0.63	4.12 ± 0.57	3.99 ± 0.60	4.00 ± 0.63	4.13 ± 0.62	4.09 ± 0.53
	Z: -1.272 p: .203	Z: -0.870 p: .384	Z: -0.853 p: .393	Z: -2.017 p: .044*	Z: -1.291 p: .197	Z: -1.304 p: .192

Z: Mann Whitney U, X²: Kruskal Wallis *p < .05 **p < .01 ***p < .001

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği” ve alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3’te yer almaktadır.

“Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği” ve alt boyut puan ortalamaları sosyodemografik özellikler ile karşılaştırıldığında; cinsiyet ile yasal veri paylaşımı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p < .05); sınıf ile kişisel sağlık verisi bilgisi ve kişisel sağlık verisi kaydı alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu (p < .05); hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etme durumu ile kişisel sağlık verisi kaydı alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu (p < .05); kişisel sağlık verisi ifadesini ilk kez duyma durumu ile kişisel sağlık verisi paylaşımı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p < .05, Tablo 3).

Yaş grubu, uygulama alanlarında çalışmayı sevme durumu, uygulama alanlarında hastalarla iletişim düzeyi ile Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p > .05, Tablo 3).

Tartışma

Kişisel sağlık verilerinin korunması yaşam hakkıyla doğrudan ilişkilidir (14). Çalışmamızda öğrencilerin “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği” toplam puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Büyük ve Baydın’ın (2020) çalışmasında, öğrencilerin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik puan ortalamalarının yüksek olduğu bildirilirken (15); Yıldız ve Atasoy’un (2016) çalışmasında ise öğrencilerin bilgi güvenliği farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (16). Literatürde öğrencilerin hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının, hasta hakları algısının ve dolayısıyla farkındalıklarının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (3,17-21). Çalışmamızın sonuçları, literatürdeki çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışmamızda öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin olumlu tutum geliştirdikleri ve farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin ölçek alt boyutlarından en yüksek puanı “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi” alt boyutundan aldığı saptanmıştır. Büyük ve Baydın (2020)’in çalışmasında da, öğrencilerin “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi” alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu bildirilmiştir (15). Sosyal ve Kuşçu (2018) ile Zengin ve Hasgül’ün (2019) çalışmalarında, öğrencilerin hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır (20,22). Literatürdeki diğer çalışmalarda öğrencilerin hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır (20,22-24). Çalışmamız ile bu çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın sonucu, araştırmamıza katılan öğrencilerin daha önceden bu kavramı duyduklarını ve klinik alanda kullandıklarını düşündürmektedir.

Cinsiyet ile ölçek alt boyutlarından olan “Yasal Veri Paylaşımı” puan ortalamasının gruplar arasında istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır. Sosyal ve Kuşçu’nun (2018) çalışmasında, öğrencilerin cinsiyet değişkeninin hasta hakları bilgi düzeylerini etkilediği ve erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (20). Çalışmamız; bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Literatürdeki diğer çalışmalarda öğrencilerin yasal veri paylaşımı ya da hasta hakları bilgi düzeyi puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaştığı; kadınların puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (15,21-23). Öztürk ve ark. (2018), Al Anazi ve ark. (2019), Özkan ve ark.’nın (2020) çalışmalarında ise, cinsiyetin hasta haklarına ilişkin farkındalık üzerinde etkisi olmadığı bildirilmiştir (3,24,25). Çalışmamızın sonuçları, bu çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Çalışmamızda erkek öğrencilerin alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın; çalışmanın yapıldığı örneklemden öğrencilerin kültürel ve kişisel özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Öğrenciler öğrenim gördükleri sınıflara göre incelendiğinde; “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi”, “Kişisel Sağlık Verisi Kaydı” alt boyutları ve toplam ölçek puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Büyük ve Baydın (2020)’in çalışmasında, öğrencilerin “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi” alt boyutu ile toplam ölçek puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (15). Çalışmamız; bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Yıldız ve Atasoy’un (2016) çalışmasında, ikinci sınıftaki öğrencilerin bilgi güvenliği farkındalık düzeylerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (16). Hosseini-Ghavam-Abad ve ark. (2019) ile Al Anazi ve ark.’nın (2019) çalışmalarında ise, hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyinin en yüksek olduğu grubun son sınıf öğrencileri olduğu bildirilmiştir (23,24). Literatürdeki diğer çalışmalarda; sınıf değişkeninin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyi ya da mahremiyet koruma davranışları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (3,20,21). Çalışmamızın sonuçları, bu araştırmaların sonuçlarını desteklememektedir. Çalışmamızda ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının en yüksek üçüncü sınıf öğrencilerde olduğu saptanmıştır. Bu farkın; üçüncü sınıf öğrencilerinin Hemşirelikte Etik ve Eleştirel Düşünme derslerini yakın zamanda almış olmalarına bağlı kişisel sağlık verilerinin gizliliği ve önemi konusuna değinilmiş olabileceğini düşündürmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerde ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük olması ise öğrenilen bilgilerin kalıcılığının sağlanamadığını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlasının hemşirelik bölümünü isteyerek tercih ettiği görülmektedir. Öğrencilerin hemşirelik bölümünü isteme durumları ile ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yalnızca “Kişisel Sağlık Verisi Kaydı” alt boyutu puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ölçek toplam puanı açısından gruplar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Sosyal ve Kuşçu (2018) ile Demir ve ark.’nın (2021) çalışmalarında, öğrencilerin okudukları bölümü isteyerek tercih etme durumları ile hasta hakları bilgi düzeyleri ya da mahremiyet ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (20,21). Çalışmamızın sonuçları, bu araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışmamızda hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etmeyen öğrencilerin farkındalıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farkın; öğrencilerin klinik uygulamalarla birlikte mesleklerine karşı düşüncelerinde pozitif yönde değişim yaşadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrenciler klinik ortamda psikomotor becerilerin yanısıra mesleğin felsefesini kavramak, hasta haklarına saygı duymak, hasta haklarının savunuculuğunu yapmak gibi duyuşsal beceriler de geliştirmektedir (26). Araştırmaya katılan öğrencilerin tamamına yakını uygulama alanlarında çalışmayı sevdiğini beyan etmiştir. Öğrencilerin uygulama alanlarında çalışmayı sevme durumları ile ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve olumlu tutum geliştirdikleri görülmektedir. Bu durum, tüm öğrencilerin uygulama alanlarında duyuşsal becerileri kazanmış ve pekiştirmiş olabileceklerini düşündürmektedir.

Öğrencilerin yaklaşık üçte biri (%35.2) kişisel veri ve kişisel sağlık verisi ifadesini ilk kez duyduğunu ifade etmiştir. Bu durum, öğrencilerin bir kısmının hasta hakları konusunda yeterince bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir.

Öğrencilerin kişisel veri ve kişisel sağlık verisi ifadesini ilk kez duyma durumu ile ölçek alt boyutlarından olan “Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı” puan ortalamasının gruplar arasında istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır. Kişisel sağlık verisi ifadesini daha önceden duyan öğrencilerin farkındalıklarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın; bilgi düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmanın yalnızca bir üniversitenin Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler ile yürütülmüş olması ve "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği" kullanılarak yapılmış ikinci çalışma olması çalışmaya özgünlük kazandırırken aynı zamanda da tartışmada kullanılan kaynakların kısıtlı olması nedeniyle çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kaydı ve korunmasına ilişkin olumlu tutum geliştirdikleri ve farkındalıklarının yüksek olduğu saptandı. Bu sonuç doğrultusunda;

- Kuramsal ve klinik uygulamalardan oluşan eğitim süreci içerisinde, müfredattaki zorunlu derslerde öğrencilerin kişisel veri ve kişisel sağlık verisi kavramları hakkında bilgilendirilmesi ile mevcut yüksek farkındalıklarının sürdürülmesi,
- Çalışmanın "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği" kullanılarak yapılmış ilk araştırmalardan biri olması nedeniyle, gelecekteki çalışmaların farklı üniversitelerde eş zamanlı olarak ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılması önerilebilir.

Bilgilendirme

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 22.05.2019 tarih ve 20.478.486 karar nolu izin alınmıştır. Yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: fikir S.P.Ç; tasarım K.Ç., S.P.Ç.; denetleme ve danışmanlık K.Ç.; veri toplama ve işleme S.P.Ç; analiz ve yorum S.P.Ç; kaynak taraması S.P.Ç; makalenin yazımı S.P.Ç; eleştirel düşünme ve değerlendirme K.Ç.




Çalışma boyunca sabırla destek veren tüm öğrencilere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. İzgi MC. (2014). Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. TJOB 2014;1(1):25-37.
2. Berg JW. Patient confidentiality: Privacy and public health. Bioethics [online] 2011. URL: <http://www.thedoctorwillseeyounow.com/content/bioethics/art3401.html> 16 Nisan 2019.
3. Özkan ZK, Eyi S, Mayda Z. Hemşirelik öğrencilerinin hasta mahremiyetini korumaya yönelik davranışlarının belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2020;8(2):312-320.
4. Gürdoğan EP, Aksoy B, Kınıcı E. Hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılık düzeyleri ve mesleki değerler ile ilişkisi. SHYD 2018;5(3):147-154.
5. Küzeci E. Sağlık bilişim teknolojileri ve yeni hukuksal soru(n)lar. İnÜHFD 2018;9(1): 477-506.
6. Hakeri H. Tıp Hukuku. 11. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.
7. Gözmener SB, Şenol S, İntepeler ŞS. Hemşirelik öğrencileri için kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutum ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. DEUHFED 2019;12(1):21-30.
8. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (2016). URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160407-8.pdf> 13 Nisan 2019
9. Kılınç D. Anayasal bir hak olarak kişisel verilerin korunması. AÜHFD 2012;61(3):1089-1172.
10. Korkmaz İ. Kişisel verilerin korunması kanunu hakkında bir değerlendirme. TBB Dergisi 2016;124:81-152.
11. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2017). URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/11/20171124-1.htm> 13 Nisan 2019
12. Dülger MV. Sağlık hukukunda kişisel verilerin korunması ve hasta mahremiyeti. İMÜHFD 2015;1(2):43-80.
13. Özata M, Özer K. Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2017;20(1):1-21.
14. Küzeci E. Türkiye’de sağlık verilerinin korunması: Hukuksal çerçeve. Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi; 19-20 Aralık 2015; İstanbul.
15. Büyük ET, Baydın NÜ. Hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıkları ile kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumları arasındaki ilişki. TJOB 2021;7(4):198-210.
16. Yıldız NK, Atasoy A. 2016 Öğrencilerde bilgi güvenliği farkındalığının değerlendirilmesi. SPK 2016;(11):81-95.
17. Lee HJ. Convergence study on perception and performance of patient private information protection in nursing students with clinical practice. JCCT 2018;4(2):53-60. (Abstract)
18. Hwang JY, Choi H. Nursing students’ human rights sensitivity and perception of patients’ rights. J Korean Acad Soc Nurs Educ 2015;21(4):455-465. (Abstract)
19. Kim MS, Jeon MK. Influence of perception of patient rights and ethical values on biomedical ethics awareness in nursing students. Journal of East-West Nursing Research 2018;24(1):1-9.
20. Soysal A, Kuşçu FN. Hasta hakları: Üniversite öğrencileri üzerinde bir uygulama. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(1):102-111.
21. Demir H, Özyaral O, Biçer İ, Aydın, OA. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin hasta mahremiyeti konusundaki tutumları. SARAD 2021;3(1):23-30.
22. Zengin O, Hasgül E. Evde hasta bakım programı öğrencilerinin etik duyarlılıkları ve hasta hakları bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. Ufku Ötesi Bilim Dergisi 2019;19(1):43-53.
23. Hosseini-Ghavam-Abad L, Asghari F, Bandehagh A, Najafipour S, Bigdeli S. Patient privacy: Awareness and attitudes of Iran University of Medical Sciences medical students. MJIRI 2019;33(12):1-4.
24. Al Anazi BD, Faraj F, Al Balawi MM, Al Anazi MD. The awareness of Patients’ Bill of Rights among medical interns and medical students at Tabuk University. Maced J Med Sci 2019;7(17):2932-2939.
25. Öztürk H, Akalın D, Avan H. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin hasta ve çocuk hakları bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Kesit Akademi Dergisi 2018;15(4):274-281.
26. Aydoğan S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik beceri kazanmaları sırasında karşılaştıkları etik problemler. TJOB 2016;3(2):120-123.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hastanede Yatan Çocuklarda Psikososyal Semptomlar ile Annelerinin Endişe Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

 Gonca ÜSTÜN¹,  Büşra AKAN²,  Leyla KÜÇÜK³

¹Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya, Türkiye.

²Hemşire, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

³Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Öz

Giriş: Hastanede yatmak hem çocukları hem de annelerini psikososyal açıdan etkilemektedir. Çocuklarda görülen psikososyal semptomların ve annelerinde görülen endişenin erken dönemde saptanması, hemşirelerin bu sorunlara yönelik gerekli müdahaleleri planlaması ve uygulaması için oldukça önemlidir. **Amaç:** Araştırmanın amacı hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklarda psikososyal semptomları ve annelerinin endişelerini tanımlamak ve aralarındaki ilişkiyi incelemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikteki bu araştırma, Temmuz-Aralık 2019 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 6-12 yaş grubundaki 120 çocuk ve anneleri oluşturmuştur. Veriler; “Bilgi Formu”, “Hastanede Yatan Çocuklarda Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği”, “Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği” ile elde edilmiş ve tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, Spearman korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocukların %62.5’i erkek, %68.3’ü 7 günden daha kısa sürede hastanede yatıyor ve %58.3’ü birden fazla hastanede yatma deneyimi yaşamıştır. Hastanede yatan erkek çocukların Öfke ve Saldırganlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Çocuğu henüz okula başlamamış ve çocuğunun hastalığı 7-15 gündür devam eden annelerin endişe düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Çocukların hastanede yatmaya bağlı psikososyal semptomları ile annelerinin endişe düzeyleri arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü, çocukların yaşı ile psikososyal semptomlar ve annelerinin endişe düzeyleri arasında zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların ve annelerinde görülen endişenin hafif düzeyde ve ilişkili olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ve yaş hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomları, çocukların okula başlama durumu ve hastalık süresi ise annelerinin endişe düzeyini etkilemiştir. Hastanede yatan çocuklar ve annelerinin yaşadıkları psikososyal sorunlar bakımından birlikte değerlendirildiği araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk Hasta, Psikososyal Semptom, Endişe, Hastaneye Yatma.

Abstract

Examining the Relationship between Psychosocial Symptoms in Hospitalized Children and the Anxiety Levels of Their Mothers

Background: Hospitalization affects both children and their mothers psychosocially. Early detection of psychosocial symptoms in children and anxiety in their mothers is very important for nurses to plan and implement the necessary interventions for these problems. **Objectives:** The aim of the study is to define psychosocial symptoms in hospitalized children between the ages of 6-12 and the concerns of mothers and also to examine the relationship between them. **Methods:** This descriptive-relationship seeking research was done in a training and research hospital between July and December 2019. The sample of the study consisted of 120 children in the 6-12 age group and their mothers. The data were obtained using the “Personal Information Form”, “Assessment Scale for Psychosocial Symptoms in Hospitalized Children”, “Parent Anxiety Resources Scale” and were evaluated using the descriptive statistics, the Mann Whitney U, the Kruskal Wallis H and the Spearman correlation tests. **Results:** 62.5% of the 6-12 age group hospitalized children are male, 68.3% of them have been in the hospital for less than 7 days and 58.3% of them have had more than one hospitalization experience. Anger and Aggression levels of hospitalized boys were found to be higher. The anxiety level of the mothers of the children have not started school yet and whose illness continued for 7-15 days was found to be higher. A weakly positive and significant correlation was found between the total score of parent anxiety resources and psychosocial symptoms in hospitalized children, and a weakly negative relationship between the age of the children and the psychosocial symptoms and the anxiety levels of their mothers. **Conclusion:** Psychosocial symptoms in hospitalized children and anxiety in their mothers were found to be mildly and correlated. Gender and age affected the psychosocial symptoms in hospitalized children, and their mothers' level of anxiety, on the other hand, as they start school and the duration of illness. It is recommended to conduct studies in which children and their mothers in hospital are evaluated together in terms of psychosocial problems they experience.

Key Words: Child Patient, Psychosocial Symptom, Anxiety, Hospitalization.

Geliş Tarihi / Received: 28.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 31.05.2021

Correspondence Author: Gonca ÜSTÜN, Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya, Türkiye. Telefon: +90(358)2181767/4787 E-posta: gonca_ustun@hotmail.com

Cite This Article: Üstün G, Akan B, Küçük L. Hastanede Yatan Çocuklarda Psikososyal Semptomlar ile Annelerinin Endişe Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 207- 216



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Hastaneye yatırılmanın her yaş grubu çocuk için travmatik ve stresli bir deneyim olduğu bilinmektedir (1-5). Kriz olarak nitelendirilen bu yaşantı karşısında savunmasız olan çocuk, hastalığın getirdiği fiziksel sorunların yanı sıra çeşitli psikososyal sorunları da beraberinde yaşamaktadır (6-10). Çocuk için alışılmadık bir durum olan hastaneye yatma; aile yaşamları, sosyal çevreleri, günlük rutin aktiviteleri ve alışkanlıklarından ayrı kalmalarına neden olmaktadır (2,3,11). Hastaneye yatma ile birlikte kendilerini diğerlerinden farklı olarak algılayan çocuklar, yetersizlik duyguları yaşamakta ve kendilerini engellenmiş hissetmektedirler (4,12). Özellikle okul çağındaki 6-12 yaş grubu çocuk için hastaneye yatma; bakımları sırasında yardıma gereksinim duymaları nedeniyle bağımlı olma, birçok faaliyetlerinden yoksun kalma ve endişelerle dolu farklı bir yaşantı anlamına gelmektedir. Giderek artan bağımlı rolleri nedeniyle çocukların çoğu kontrol kaybı yaşamakta ve hastanede zorunlu oldukları bu role karşı öfke duyabilmektedirler (7). Aynı zamanda tanımadıkları sağlık personeli ile karşılaşmak ve bilinmeyen tedavi uygulamalarına maruz kalmak çocukta kaygı ve korkuya neden olmaktadır (3,8-10). Yapılan çalışmalarda da hastanede yatmaya karşı çocukların korku, üzüntü, umutsuzluk, ilgisizlik, içe kapanma, yalnızlık, güçsüzlük ve kontrol kaybı, güvensizlik, öfke, suçluluk ve yetersizlik duygusu yaşadıkları bildirilmiştir (5,12-14). Hastalık ve hastanede yatmaya bağlı olarak yaşanan bu fiziksel ve duygusal zorlantıların çocukta anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik sorunları ortaya çıkardığı belirtilmektedir (7,12,15).

Hastanede yatmaya bağlı olarak çocuklar çeşitli faktörlerden etkilenmekte buna bağlı olarak kısa ve uzun vadeli psikososyal sorunlar yaşayabilmektedirler (8,11,12). Özellikle tekrarlayan ve uzun süreli yatışlarda çocuklarda uyku bozuklukları, ayrılık kaygısı, daha düşük gelişim aşamalarına gerileme (regresyon), hiperaktivite ve saldırgan davranışlar görülebilmektedir (5). Çocuğun hastalık süresi ve hastaneye yatma ile ilgili önceki deneyimlerinin, hastalığa ve hastaneye yatmaya karşı tepkilerini etkilediği belirtilmektedir (7,10,11). Bunun dışında çocuğun bazı sosyodemografik özelliklerinin de bu durumu etkileyebileceği bildirilmekte ve yapılan bir çalışmada psikososyal sorunların çocuğun cinsiyeti ve yaşı ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (13). Çocukların hastalık ve hastanede yatma sürecine destek olan ebeveynin varlığı da çocuk için önemli bir kaynak olarak görülmekte (8,16) ancak bu konuda çocuk ile ebeveyni birlikte ele alan lisansüstü tez çalışmalarının yanı sıra sınırlı sayıda araştırma makalesi bulunmaktadır (6,17).

Çocukların hastaneye yatırılması tüm aile üyelerini etkilediği gibi özellikle de anne için oldukça zor bir süreçtir (2,16,18). Çocuklarının sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde doğrudan bakıma dâhil olan annelerin psikososyal işlevselliği, çocukların fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları için önemli olup hastanede yatan çocuğun bakım gereksinimlerini karşılamada etkilidir (19-21). Yapılan çalışmalarda günlük yaşamı kısıtlayan, çocuğun bakım ihtiyacını arttıran ve beklenmedik bir dizi değişiklikleri de beraberinde getiren bu durumun annenin ciddi derecede korku, endişe, çaresizlik, uyku sorunları, sinirlilik ve stres yaşamasına neden olduğu ve annede anksiyete ve depresyon belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir (19-23). Bu zorluklarla birlikte çocuğun hastaneye yatmasıyla ilişkili olarak anneler; evdeki diğer çocukların bakımı, çalışma yaşamını sürdürme, ekonomik güçlükler, sosyal izolasyon ve evlilik ilişkilerinde yaşanan gerginlikler gibi stresörlere maruz kalmaktadırlar (21,24). Genç yaşta olma, düşük eğitim seviyesi, ölümcül bir hastalığa sahip olma ve sosyal destek sistemleri gibi ebeveyn ile ilgili faktörlerin yanı sıra çocuğun yaşı, akut veya kronik hastalığa sahip olması, hastalığın süresi ve hastanede kalınan gün sayısı gibi çocuğa ilişkin değişkenlerin de annenin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği belirtilmektedir (19-25).

Hastanede yatan çocukların ve tüm ebeveynlerin psikolojik zorlanma belirtileri açısından risk altında olduğu ve bu süreçte çocuğun bakımından sorumlu tüm sağlık ekibinin, özellikle de çocuğa bakım veren hemşirenin önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir (10,18,21). Hemşireler, çocukların hastaneye yatış sırasındaki deneyim ve duygularını tanıyarak; hastaneye yatırılmanın çocuklar üzerindeki psikososyal etkisini azaltmakta, çocukların ve ailelerinin kendilerini yeni ortama uyum sağlamaları için yardımcı olmaktadır (6,11). Ancak bu uyumu sağlayacak uygulamaların yetersiz olduğu, daha çok tanı ve tedavi sürecine odaklanıldığı ve bu süreci etkileyen psikososyal sorunların göz ardı edildiği bilinmektedir (10). Bununla birlikte çocuklarda görülen psikososyal semptomların ve annelerinde görülen endişenin erken dönemde saptanması, hemşirelerin bu sorunlara yönelik gerekli müdahaleleri planlaması ve uygulaması için oldukça önem taşımaktadır (13,20). Literatürde geniş bir alana sahip olan bu konu hakkında özellikle anne ve çocuğu birlikte ele alan sınırlı sayıda araştırma sonuçlarına rastlanmaktadır (6,17). Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalar çoğunlukla çocuklarda hastanede yatmaya bağlı gelişen sorunları (10,13,26) ve çocuğu hastanede yatan annelerinin yaşadığı güçlükleri (22,23,25) ele alan tanımlayıcı nitelikteki çalışmalardır. Bu doğrultuda çocuk ve annenin sorunlarını birlikte tanılamaya yönelik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmanın amacı, hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklarda psikososyal semptomlar ve annelerinin endişelerini tanımlamak ve aralarındaki ilişkiyi incelemektir. Bu araştırma ile aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- Hastanede yatan çocuklarda görülen psikososyal semptomlar nelerdir?
- Hastanede yatan çocuklarda görülen psikososyal semptomları etkileyen faktörler nelerdir?
- Hastanede yatan çocukların annelerinde görülen endişe düzeyi nedir?
- Hastanede yatan çocukların annelerinde görülen endişe düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- Hastanede yatan çocuklarda görülen psikososyal semptomlarla annelerinde görülen endişe düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı araştırma desenindedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Temmuz-Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatan 6-12 yaş grubu çocuklar (n = 120) ve anneleri (n = 120) oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme akut veya kronik bir hastalık tanısı almış, en az üç gündür hastanede yatan, 6-12 yaş grubundaki çocuklar ve çocuğun yanında kalan, çalışmaya katılmayı kabul eden anneleri dahil edilmiştir. Çocuk veya annenin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olması ve annenin üvey olması araştırmanın dışlama kriterlerini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem sayısı belirlenirken hastaneye önceki yıl yatan 6-12 yaş, en az üç gün hastanede yatan çocuk sayısına bakılmıştır. 2018 yılının ilk yarısında bu kriterlere uygun 132 çocuk, ikinci yarısında ise 141 çocuk hasta olduğu belirlenmiştir. 2019 yılının ikinci yarısı uygulanan bu araştırma için örneklem sayısı %95 güven aralığı ile en az 103 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya altı ay süreyle devam edilmiş ve 136 çocuk hasta ve annesine ulaşılmıştır. Araştırmaya vakit ayırmak istemeyen ve bu nedenle katılmayı reddeden 16 çocuk hasta ve annesi örnekleme alınamamıştır. Altı ayın sonunda toplam 120 çocuk hasta ve annesi ile araştırma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında çocuk ve annesi için hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastanede Yatan Çocuklarda Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği” ve “Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ve anneden alınacak bilgilere dayalı olarak hazırlanan anket formu, çocuk ve annesi hakkında demografik verileri ve çocuğun hastalık özelliklerini içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Sorular oluşturulmadan önce literatür taraması yapılmış ve konu ile ilgili benzer tez çalışmaları ile araştırma makalelerinden yararlanılmıştır (10,13,14,22-27).

Hastanede Yatan Çocuklarda Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği (ÇPSTÖ)

Hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocuklar için psikososyal semptomları tanılama amacıyla oluşturulmuş gözleme dayalı bir ölçektir. Üstün ve Kelleci (2013) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır. Madde sayısı 24 olan 3'lü likert tipi ölçekte yer alan her bir ifade “hiçbir zaman”, “bazen” ve “sık sık” şeklinde değerlendirilip, sırasıyla 0, 1 ve 2 şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “48”, en düşük puan ise “0”dır. Ölçek toplam puanının yüksek olması klinikte yatan çocuğun psikososyal sorunlarının olduğunu belirtmektedir. Anksiyete (1, 2, 6, 10, 12, 15, 23. maddeler; 14 puan), Umutsuzluk (3, 4, 5, 9, 16. maddeler; 10 puan), İletişim Güçlüğü (14, 17, 20, 21. maddeler; 8 puan), Öfke ve Saldırganlık (7, 13, 19, 22, 24. maddeler; 10 puan), Regresyon (8, 11, 18. maddeler; 6 puan) altboyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .90 olarak belirlenmiştir (14). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .90 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği (EEKÖ)

Ebeveynlerin çocuklarının hastalık ve hastaneye yatma gibi durumlarında yaşadıkları endişe kaynaklarını belirleyen bir öz bildirim ölçeğidir. Gönener ve Pek (2009) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizinde Cronbach alfa katsayısı .94 olarak belirlenmiştir. Faktör analizi yapılarak geliştirilen ölçekteki maddeler kendi içinde altı faktör altında toplanmıştır. Faktörler; “Ebeveynin çocuklarıyla, aileleriyle, çevresiyle ilgili endişe kaynakları”, “Çocukta oluşturabileceği fiziksel sorunlara yönelik endişe kaynakları”, “Ebeveynlerin eşleriyle aralarında oluşabilecek sorunlarla ilgili endişe kaynakları”, “Hastalık dışında hastane ile ilgili endişe kaynakları”, “Çocuğun dışa yönelik tepkileriyle ilgili endişe kaynakları”, “Çocuğun bedenine yönelik endişe kaynakları” olarak belirlenmiştir. 57 maddeden oluşan 4'lü likert türündeki ölçekte yer alan her bir ifade “hiç düşünmem”, “çok az düşünürüm”, “biraz düşünürüm”, “çok düşünürüm” şeklinde değerlendirilip; sırasıyla 0, 1, 2 ve 3 şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, yaşanan endişe düzeyinin arttığını göstermektedir (27). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .96 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Temmuz-Aralık 2019 tarihleri arasında hastanenin genel çocuk kliniklerinde yatan çocuk hastaların yanında kalan anneleri ile görüşmeler en az üç gün çocuğu takip eden tek araştırmacı hemşire (ikinci yazar) tarafından yapılmıştır. Yüzyüze görüşmeler hasta odasında, hastaneye yatışın üçüncü veya dördüncü gününde gerçekleştirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu görüşme sırasında anneden alınan bilgiler doğrultusunda hemşire tarafından, EEKÖ ise çocuğun annesi tarafından doldurulmuştur. Araştırmacı hemşire araştırmanın yapıldığı iki klinik (Çocuk Servisi ve Çocuk Cerrahi Servisi) arasında dönüşümlü olarak 4'er saat (haftasonları da dahil haftanın 4-5 günü) çalışarak çocukları gözlemlemiştir. Gözlemler çocuğun rutin bakım ve tedavi uygulamaları sırasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı hemşire, çocuğun bakımına doğrudan katılmış ve üç gün boyunca takip ettiği çocuk için ÇPSTÖ'yü doldurmuştur. Üçüncü günü yetersiz gözlemlediği veya yoğunluk nedeniyle değerlendiremediği çocuklar için dördüncü günü tekrar izlem yaparak ölçeği tamamlamıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; çocukların psikososyal semptomları ve annelerinin endişe düzeyleridir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise kişisel bilgi formunda yer alan çocuğun cinsiyet, eğitim durumu ve hastalığa ilişkin verileri ile annelerinin yaş, çocuk sayısı, eğitim, çalışma ve hastalık durumlarıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Version 25 paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin sınıflandırılması ve özelliklerinin açıklanması için tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normal dağılım özellikleri Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. ÇPSTÖ (Z = .097; p = .007) ve EEKÖ'nün (Z = .169; p = .000) her ikisinin de normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Değişkenler normal dağılmadığı için iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İki den fazla gruplar arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmesi ile çoklu karşılaştırma yapılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak .05 kullanılmış ve p < .05 olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, p > .05 olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. ÇPSTÖ ve EEKÖ arasındaki ilişkiyi belirlemek için normal dağılım varsayımı karşılanmadığından Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Ölçek kullanımı için yazardan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı ilin Sağlık Müdürlüğü (25.04.2019 tarihli 3814 sayılı karar) ve bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (20.06.2019 tarihli 33 sayılı karar) yazılı izin alınmıştır. Çocuk hastanın annesinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocukların yaş ortalaması 8.39 ± 2.18 , %62.5'i erkek, %86.7'si akut hastalık tanısı ile %68.3'ü 7 günden daha kısa süredir hastanede yatıyor ve %58.3'ü birden fazla hastanede yatma deneyimi yaşamıştır (Tablo 1). Çocukların annelerinin %45'i 24-34 yaş arasında, %39.2'si ilkököl mezunu, %79.2'si çalışmıyor, %46.7'si iki çocuk sahibidir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Çocukların ve Annelerinin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler		Ort. \pm SS.	Min.-Mak.
Çocukların Özellikleri			
Yaş		8.39 \pm 2.18	6-12
		n	%
Cinsiyet	Kız	45	37.5
	Erkek	75	62.5
Eğitim durumu	Okula başlamamış	13	10.8
	Anaokulu/Kreş	12	10.0
	İlkokul	95	79.2
Hastalığın tanısı	Akut	104	86.7
	Kronik	16	13.3
Hastalığın süresi	7 günden az	82	68.3
	7-15 gün	26	21.7
	15 günden fazla	12	10.0
Hastane deneyimi	İlk kez	50	41.7
	2 veya daha fazla	70	58.3
Annelerin Özellikleri			
Yaş	24-34 yaş	54	45.0
	35-44 yaş	52	43.3
	45 yaş ve üzeri	14	11.7
Eğitim durumu	Okur-yazar	5	4.2
	İlkokul	47	39.2
	Ortaokul	20	16.7
	Lise	36	30.0
Çalışma durumu	Üniversite	12	10.0
	Çalışıyor	25	20.8
	Çalışmıyor	95	79.2
Çocuk sayısı	1	14	11.7
	2	56	46.7
	3	39	32.5
	4 ve üzeri	11	9.2
Fiziksel hastalık durumu	Evet	26	21.7
	Hayır	94	78.3
Toplam		120	100

*n: Örnekleme sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-Mak: Minimum-Maksimum değerler

Çocukların ÇPSTÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile annelerinin EEKÖ toplam puan ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Ölçeklerden alınabilecek en yüksek puan ile karşılaştırıldığında hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların ve annelerinde görülen endişenin hafif düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. ÇPSTÖ ve Alt Boyutları ile EEKÖ Toplam Puan Ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort. ± SS.	Min.-Mak.
ÇPSTÖ	16.65 ± 9.13	1-41
Anksiyete	5.10 ± 3.51	0-14
Umutsuzluk	4.05 ± 2.17	0-10
İletişim Güçlüğü	1.86 ± 1.80	0-8
Öfke ve Saldırganlık	2.60 ± 2.25	0-10
Regresyon	3.03 ± 1.70	0-6
EEKÖ	39.64 ± 34.27	0-156

*Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-Mak: Minimum-Maksimum değerler

Çocukların demografik değişkenler ve hastalık özellikleri açısından ÇPSTÖ toplam puanı, ÇPSTÖ alt boyutları ve annelerinin EEKÖ toplam puan ortalamaları ve anlamlılık düzeyleri Tablo 3'de verilmiştir. Cinsiyetleri açısından bakıldığında erkek çocuklarının Öfke ve Saldırganlık alt boyut puanı kız çocuklarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 3). Hastanede yatan çocukların annelerinin endişe düzeylerine bakıldığında çocukların okula başlama durumları ve hastalık süresine göre anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 3). Çocuğu henüz okula başlamamış annelerin endişe düzeyi çocuğu ilkokula gidenlere göre, hastalığın süresi (tıbbi tanının konulmasından itibaren geçen süre) 7-15 gün olanların 7 günden az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 3). Çocuklarda hastalığın akut ya da kronik olması ve hastanede yatma deneyimleri açısından bakıldığında ÇPSTÖ toplam puanı, ÇPSTÖ alt boyut puanları ve annelerinin EEKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > .05$, Tablo 3).

Tablo 3. Çocukların Demografik Değişkenler ve Hastalık Özellikleri Açısından ÇPSTÖ Puan Ortalamaları ve Annelerinin EEKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	ÇPSTÖ		Anksiyete		Umutsuzluk		İletişim Güçlüğü		Öfke ve Saldırganlık		Regresyon		EEKÖ		
	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	
Cinsiyet	Kız	15.73 ± 9.11	57.12	4.77 ± 3.23	58.00	4.17 ± 2.29	61.68	1.53 ± 1.80	52.94	2.15 ± 2.43	51.59	3.08 ± 1.62	61.98	39.35 ± 31.28	62.64
	Erkek	17.21 ± 9.15	62.53	5.30 ± 3.68	62.00	3.97 ± 2.11	59.79	2.06 ± 1.78	65.03	2.86 ± 2.11	65.85	3.00 ± 1.76	59.61	39.81 ± 36.15	59.21
		Z = -.825 p = .410		Z = -.613 p = .540		Z = -.291 p = .771		Z = -1.886 p = .059		Z = -2.204 p = .028		Z = -.366 p = .715		Z = -.523 p = .601	
Eğitim durumu	Okula başlamamış	15.84 ± 8.00	57.58	4.69 ± 2.98	58.04	4.15 ± 2.30	62.23	1.38 ± 1.32	53.31	2.53 ± 2.81	56.35	3.07 ± 1.55	59.35	68.84 ± 40.66	82.42
	Anaokulu/Kreş	19.66 ± 6.44	77.08	6.25 ± 2.80	76.25	4.25 ± 1.60	65.83	2.41 ± 1.56	73.92	3.25 ± 1.81	73.33	3.50 ± 1.88	70.46	44.83 ± 42.41	63.38
	İlkokul	16.38 ± 9.55	58.81	5.02 ± 3.66	58.85	4.01 ± 2.23	59.59	1.86 ± 1.88	59.79	2.52 ± 2.23	59.45	2.96 ± 1.71	59.40	35.67 ± 31.07	57.14
	$\chi^2 = 3.050$ p = .218		$\chi^2 = 2.767$ p = .251		$\chi^2 = .388$ p = .824		$\chi^2 = 2.493$ p = .287		$\chi^2 = 1.960$ p = .375		$\chi^2 = 1.125$ p = .570		$\chi^2 = 6.136$ p = .047 (3 < 1)		
Hastalığın tanısı	Akut	16.74 ± 9.43	60.52	5.19 ± 3.62	61.00	4.06 ± 2.26	60.31	1.87 ± 1.76	61.03	2.59 ± 2.30	60.14	3.00 ± 1.72	60.24	39.99 ± 35.20	60.60
	Kronik	16.12 ± 7.09	60.38	4.56 ± 2.78	57.25	3.93 ± 1.52	61.75	1.81 ± 2.10	57.06	2.62 ± 1.99	62.81	3.18 ± 1.64	62.19	37.37 ± 28.38	59.88
		Z = -.015 p = .988		Z = -.403 p = .687		Z = -.156 p = .876		Z = -.435 p = .664		Z = -.290 p = .772		Z = -.211 p = .833		Z = -.077 p = .938	
Hastalığın süresi	7 günden az	15.76 ± 8.78	57.27	4.80 ± 3.39	57.61	3.92 ± 2.29	58.41	1.79 ± 1.69	59.65	2.35 ± 2.12	57.01	2.89 ± 1.76	57.63	32.37 ± 27.70	53.94
	7-15 gün	18.73 ± 10.40	66.98	6.15 ± 4.01	69.77	4.26 ± 1.86	64.12	1.73 ± 2.12	55.27	3.30 ± 2.54	70.15	3.26 ± 1.53	65.29	60.34 ± 43.65	78.87
	15 günden fazla	18.25 ± 8.28	68.50	4.91 ± 2.99	60.17	4.41 ± 2.06	66.92	2.66 ± 1.72	77.63	2.75 ± 2.30	63.42	3.50 ± 1.62	69.71	44.41 ± 35.99	65.54
	$\chi^2 = 2.246$ p = .325		$\chi^2 = 2.437$ p = .296		$\chi^2 = 1.006$ p = .605		$\chi^2 = 3.713$ p = .156		$\chi^2 = 2.994$ p = .224		$\chi^2 = 1.945$ p = .378		$\chi^2 = 10.421$ p = .005 (1 < 2)		
Hastane deneyimi	İlk kez	17.22 ± 9.43	62.91	5.28 ± 3.90	60.60	4.28 ± 2.08	64.34	1.98 ± 1.90	62.25	2.62 ± 2.14	61.24	3.06 ± 1.59	61.32	36.18 ± 30.19	59.04
	2 ve daha fazla	16.25 ± 8.95	58.78	4.98 ± 3.24	60.43	3.88 ± 2.24	57.76	1.78 ± 1.74	59.25	2.58 ± 2.34	59.97	3.01 ± 1.78	59.91	42.11 ± 36.93	61.54
		Z = -.642 p = .521		Z = -.027 p = .979		Z = -1.034 p = .301		Z = -.477 p = .634		Z = -.200 p = .842		Z = -.221 p = .825		Z = -.389 p = .698	

* Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, χ^2 : Kruskal Wallis H testi, Z: Mann Whitney U testi, p: Anlamlılık düzeyi

Çocukları hastanede yatan annelerin bazı değişkenler açısından EEKÖ puan ortalamaları Tablo 4’de verilmiştir. Annelerin yaş grubu, eğitim ve çalışma durumu, çocuk sayısı ve fiziksel hastalık durumları açısından endişe düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 4).

Tablo 4. Annelerin Bazı Değişkenler Açısından EEKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	EEKÖ		
	Ort. ± SS.	Sıra Ort.	
Yaş	24-34 yaş	47.29 ± 39.64	66.07
	35-44 yaş	35.96 ± 28.96	59.46
	45 yaş ve üzeri	23.78 ± 22.10	42.86
$\chi^2 = 5.037, p = .081$			
Eğitim durumu	Okur-yazar	32.00 ± 18.72	56.80
	İlkokul	43.51 ± 41.30	60.44
	Ortaokul	44.10 ± 45.97	64.78
	Lise	37.66 ± 28.77	61.93
	Üniversite	26.16 ± 15.56	50.88
$\chi^2 = 1.399, p = .855$			
Çalışma durumu	Çalışıyor	41.20 ± 38.26	61.38
	Çalışmıyor	39.23 ± 33.35	60.27
$Z = -.142, p = .887$			
Çocuk sayısı	1	42.71 ± 39.76	64.21
	2	41.12 ± 33.53	62.76
	3	36.25 ± 35.51	55.00
	4 ve üzeri	40.18 ± 29.61	63.77
$\chi^2 = 1.469, p = .689$			
Fiziksel hastalık durumu	Evet	36.50 ± 34.21	56.96
	Hayır	40.51 ± 34.42	61.48
$Z = -.586, p = .558$			

*Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, χ^2 : Kruskal Wallis H testi, Z: Mann Whitney U testi, p: Anlamlılık düzeyi

Hastanede yatan çocukların psikososyal semptomları ile annelerinin yaşadıkları endişe düzeyleri ve çocukların yaşı arasındaki ilişki Tablo 5’de verilmiştir. EEKÖ ile ÇPSTÖ ve Anksiyete, Umutsuzluk, Öfke ve Saldırganlık, Regresyon alt boyutları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; EEKÖ ile İletişim Güçlüğü alt boyutu arasında ise çok zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 5). Çocukların yaşı ile EEKÖ, ÇPSTÖ ve Anksiyete, Umutsuzluk, Öfke ve Saldırganlık, Regresyon alt boyutları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 5).

Tablo 5. Çocukların ÇPSTÖ Toplam Puanı ile Annelerinin EEKÖ Toplam Puanları ve Çocukların Yaşı Arasındaki İlişki

Ölçek ve Alt Boyutları	EEKÖ		Çocukların yaşı	
	r	p	r	p
ÇPSTÖ	.45	.000	-.30	.001
Anksiyete	.41	.000	-.37	.000
Umutsuzluk	.27	.003	-.20	.024
İletişim Güçlüğü	.23	.010	-.15	.090
Öfke ve Saldırganlık	.32	.000	-.19	.036
Regresyon	.46	.000	-.19	.030
EEKÖ	1.00	.	-.20	.029

*r: Korelasyon katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi

Tartışma

Çocuk için hoş olmayan yaşantıları içeren ve alışılmadık bir durum olarak kabul edilen hastaneye yatmanın, hem çocuk hem de aile için travmatik bir deneyim olduğu ve önemli psikolojik sorunlara yol açtığı belirtilmektedir (2,7,11). Bu araştırmadan elde edilen bulgular hastanede yatmanın 6-12 yaş grubu çocuklarda hafif düzeyde psikososyal semptomlara neden olduğunu; hastanede yatan çocukların anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke ve saldırganlık, regresyon yaşadıklarını göstermiştir. Hastaneye yatışların psikososyal etkisini değerlendiren bir çalışmada, 6-12 yaş arası hasta çocukların çoğunluğunun hafif düzeyde etkilendiği ve hastanede kalmanın kısa ve uzun vadeli etkisinin bir sonucu olarak psikososyal sorunlar yaşadığı bulunmuştur (11). 5-9 yaş arası çocukların hastaneye yatış görüşlerine ilişkin yapılan nitel bir çalışmada; çocukların yalnızlık,

koru, kızgınlık ve üzüntü hissettikleri saptanmıştır (5). 7-11 yaş arası çocuklarda hastaneye yatmanın anlamını, hastanede yatan çocukların deneyim ve davranışlarını belirlemek için yapılan bir başka nitel çalışmada; çocuklar korku, kaygı ve yalnızlık yaşadıkları, ev ortamına özlem duyduklarını ifade etmişlerdir (6). En az bir hafta hastane deneyimi yaşayan 7-12 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmada ise çocukların korku, heyecan, utanma ve merak gibi duyguları yaşadıkları belirlenmiştir (26). Yapılan çalışmalar aynı zamanda çocukların, hastaneye yatmanın hem iyi hem de kötü sonuçlarının olduğunu bildirmekte ve hastaneye yatırılma konusundaki görüşlerinin her zaman olumsuz olmadığını göstermektedir (5,26).

Hastanede yatarak tedavi gören ağır veya kronik hastalığa sahip çocuklar, ilgili prosedürler ve tekrarlı hastaneye yatışlar nedeniyle sıklıkla anksiyete yaşamakta ve normal gelişimleri üzerinde olumsuz etkilere maruz olmaktadır (1,5). Bu çalışmada çocukların akut veya kronik hastalığa sahip olma durumları, hastalığın süresi ve hastane deneyimleri ile yaşadıkları psikososyal semptomlar arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte akut hastalık nedeniyle hastanede yatan, ilk kez yatışı olan ve bir haftadan uzun süredir hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptom puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bir çalışma çocukların yaşadığı psikososyal sorunların hastanede kalış sıklığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (11). Başka bir çalışmada; hastanede yatan ve hastalık belirtileri 15 günden daha uzun süre devam eden 6-12 yaş çocukların psikososyal açıdan riskli olduklarına vurgu yapılmıştır (10). Araştırma sonuçları çocuğun hastalık süresi ve hastaneye yatma ile ilgili önceki deneyimlerinin, hastalığa ve hastaneye yatmaya karşı tepkilerini etkilediği genel görüşünü destekler niteliktedir (7). Mevcut çalışmada akut hastalıkların aniden ortaya çıkmış olmasının daha önce hastaneye yatmamış olma ile ilişkili olarak beklenmedik durumlara yol açmış olabileceği ve hastalığın daha uzun süre devam etmesi durumunda ise hastalığın getirdiği fiziksel sorunların yanı sıra önemli psikososyal sorunların da beraberinde görülebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada psikososyal semptomların düşük düzeyde olduğu, erkek çocukların daha fazla öfke ve saldırganlık yaşadıkları, psikososyal semptomların yaş ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastanede çeşitli nedenlerle yatarak tedavi görmekte olan 6-12 yaş grubu çocukların psikososyal güçlüklerinin, çocukla, ailesel-çevresel ve hastalık-tedavi ile ilgili nedenlerle ilişkisini araştıran bir çalışmada küçük yaşta olma ve uzun yatış süresi psikososyal uyumun bozulması ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca ÇPSTÖ'nün kullanıldığı bu çalışma sonuçlarına göre kız çocukları erkeklere göre daha fazla regresyon göstermiştir (13). Aynı ölçme aracının kullanıldığı, 11-12 yaşındaki çocukların hastaneye yatmaya bağlı düşük düzeyde psikososyal semptomlar gösterdiği tespit edilen bir başka çalışmada hastanede yatış süresi arttıkça regresyonun azaldığı bulunmuştur (28). Literatürde sınırlı sonuçları olmasına karşın mevcut çalışmada cinsiyet ve yaş değişkeninin çocuklarda psikososyal semptomlar üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Ancak bu çalışmada çocuklar hastaneye yatışlarının üç ve dördüncü günlerinde değerlendirildikleri için yatış süreleri ile psikososyal semptomlar arasındaki ilişkiye bakılamamıştır.

Çocuğu hastanede yatan annelerin endişe yaşadığını gösteren bu çalışmada özellikle hastalığın süresinin annenin endişe düzeyi üzerinde etkili olduğu ancak hastalığın akut ya da kronik olması ile annelerin endişe düzeyleri arasında anlamlılık olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada akut veya kronik hastalık nedeniyle hastanede yatmakta olan 7-12 yaş arası çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (23). Pediatri kliniklerinde yapılan bir çalışmada refakatçi olarak çocuklarının yanında kalan annelerin anksiyete yaşadıkları ve anksiyete düzeyleri ile çocukta kronik hastalık varlığı, çocuğun hastalık süresi ve hastanede refakatçi olarak kalınan gün sayısı arasında anlamlılık bulunmuştur (25). Farklı stresörlerin hastanede yatan çocukların annelerindeki etkisini araştıran bir çalışmada annelerin stres düzeyleri ile çocukların hastanede yatış sürelerinin ilişkili olduğu bulunmuştur (20). Hastanede yatan ciddi fiziksel hasarı olmayan çocuklara bakan, çoğunluğunu annelerin oluşturduğu bakıcıların akut stres algısını inceleyen bir çalışmada da yatış süresi uzadıkça bakıcıların daha yüksek düzeyde stres ve anksiyete algıladıkları saptanmıştır (19). Hastanede yatarak tedavi gören çocukların annelerinde, çeşitli tıbbi ve sosyodemografik faktörlerin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; hastalığı 30 günden daha uzun süredir devam eden çocukların annelerinde anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur (22). Bu sonuçlar doğrultusunda çocuğu hastanede yatan annelerin endişe yaşadıkları ve endişe düzeylerinin hastalık süresinden etkilendiği söylenebilir. Mevcut çalışmada annelerin endişe düzeyinin çocuğun yaşı ve okula başlama durumundan da etkilendiği görülmüştür. Çocuğu okula giden ve çocuğunun yaşı daha büyük olan annelerin endişe düzeylerinin daha düşük olması birbirini destekleyen bulgulardır. Aynı zamanda annelerin hastanede refaket ettiği çocuğu dışında evdeki çocuklarının varlığı, çalışıyor olması gibi sorumluluklarının çeşitliliği veya bazı fiziksel hastalıklara sahip olması gibi değişkenlerden de etkilenebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada 6-12 yaş grubu çocukların psikososyal semptom puanları ile annelerinin endişe düzeyleri arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yaşamı boyunca anne ile çocuk arasında kurulan bağın hastanede yatıştan kaynaklanan kaygı ve korkuların hafifletilmesinde rol oynadığı özellikle de annenin hastanede bulunmasının temel amacının bakım uygulamaları sırasında çocuğun yaşadığı travmayı en aza indirmek olduğu bilinmektedir (16). En az 3 gündür hastanede yatan 7-12 yaş çocuklarda yapılan nitel bir araştırmanın sonuçları ebeveynlerin varlığının, çocukların hastanede kalışları sırasında baş etmelerinin ana kaynağı olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda bakımı uygulamada ebeveynlerin varlığının, hastanede yatma sırasında çocuklar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (8). Literatürde hastanede yatan 9-12 yaş arasındaki gününbirlik yatış yapılan çocuklarına refakat eden çoğunluğunu annelerin oluşturduğu ebeveynlerin yaşadıkları anksiyetenin, çocuklarının anksiyete düzeyine etkisini değerlendiren bir çalışmada çocukların anksiyete puanları ile ebeveynlerin anksiyete puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu doğrultuda ebeveynlerin anksiyetesinin çocuklarının anksiyete düzeyini doğrudan etkilediği ifade edilmiştir (17). Mevcut literatürle benzer şekilde bu çalışmadan elde edilen bulgular da hastanede yatan çocukların psikososyal semptomlar yaşamaları ile annelerinin endişe düzeylerinin ilişkili olduğunu göstermiştir.

Kısıtlılıklar

Hastanede yatan 6-12 yaş grubu çocukların daha çok akut hastalık nedeniyle ve kısa süreli yatışlarının olması, bu araştırmanın bulguları değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırma bulguları tartışılırken, hastanede yatan çocuklar ve annelerinin yaşadıkları psikososyal sorunları birlikte ele alan çalışmalar sınırlı kalmıştır. Araştırma sonuçları araştırma

verilerinin toplandığı eğitim araştırma hastanesinde yatan çocuk hastalarla sınırlıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların ve annelerinde görülen endişenin hafif düzeyde olduğu bulunmuştur. Çocukların hastanede yatmaya bağlı psikososyal semptomları ile annelerinin endişe düzeyleri arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü, çocukların yaşı ile psikososyal semptomlar ve annelerinin endişe düzeyleri arasında zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ve yaş hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomları, çocukların okula başlama durumu ve hastalık süresi ise annelerinin endişe düzeyini etkilemiştir.

Psikososyal bakımın çoğu zaman göz ardı edildiği klinik uygulamalarda çocuğun doğrudan bakımından sorumlu olan hemşireler, hastaneye yatan çocuk ve annelerinin yaşadıkları deneyim ve duyguların farkında olmalı ve psikososyal sorunları tanımlayabilmelidirler. Ayrıca hastanede yatış sürecinin her aşamasında çocuk ve annesini etkileyen faktörleri değerlendirebilmeli, sorunların erken saptanması ve sorunlara müdahale edilmesi konusunda aktif rol almalıdırlar. Araştırma sonuçlarının uygulamada kullanımı doğrultusunda;

- Hastanede yatan çocukların psikososyal semptomları açısından değerlendirilmesi,
- Çocukların hastaneye oryantasyonu için yaşına ve cinsiyetine uygun bilgilendirme ve desteğin sağlanması,
- Çocuğu hastanede yatan annelerin endişe düzeyini azaltacak ve oryantasyon sağlayacak bilgilendirme ve eğitimlerin yapılması,
- Özellikle uzun süreli hastaneye yatış gerektiren kronik hastalıklarda çocuk ve annelerinin birlikte değerlendirildiği çalışmaların yapılması,
- Yapılacak yeni çalışmalarda çocuğu hastanede yatan annelerin yaşadığı sorunların farklı değişkenler açısından da ele alınması önerilmektedir.

Bilgilendirme





Yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: Tasarım G.Ü., L.K.; veri toplama ve kayıt G.Ü., B.A.; analiz ve yorum G.Ü.; makalenin yazımı G.Ü., B.A.; düzenleme ve danışmanlık L.K. tarafından yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 20.06.2019 tarihli 33 sayılı karar nolu izin alınmıştır. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Akay AP, Emiroğlu FNİ. Kronik pediatrik hastalıklar ve hastaneye yatış. İçinde Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B ve ark., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın; 2008: 723-729.
2. Bazzan JS, Milbrath M, Silva S, Tavares DH, Santos A, Thomaz MM. Family experiences during child hospitalization: an integrative review. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online* 2020;12:1179-1186.
3. Santos PM, Silva LF, Bastos Depianti JR, Gallindo Cursino E, Ribeiro CA. Nursing care through the perception of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2016;69(4):603-609.
4. Theofanidis D. Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and family. *Health Science Journal* 2007;2:1-9.
5. Wilson ME, Megel ME, Enenbach L, Carlson KL. The voices of children: stories about hospitalization. *J Pediatr Health Care* 2010;24(2):95-102.
6. Bsiri-Moghaddam K, Basiri-Moghaddam M, Sadeghmoghaddam L, Ahmadi F. The concept of hospitalization of children from the view point of parents and children. *Iranian Journal of Pediatrics* 2011;21(2):201-208.
7. Çavuşoğlu H. Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki etkileri. İçinde Çavuşoğlu H, Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1. Sekizinci Baskı. Ankara: Bizim Büro Basımevi; 2004: 47-67.
8. Handayani A, Daulima NHC. Parental presence in the implementation of atraumatic care during children's hospitalization. *Pediatr Rep* 2020;12(11):11-14.
9. Lee YO. Hospitalization stress in child: concept analysis. *Journal of the Korea Convergence Society* 2020;11(1):327-335.
10. Üstün G, Erşan E, Kelleci M, Turgut H. Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014;36(1):25-33.
11. Obaid KB. Psychosocial impact of hospitalization on ill children in pediatric oncology wards. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2015;4(3):72-78.
12. Lau BWK, Tse WWC. Psychological effects of physical illness and hospitalization on the child and the family. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 1993;3:9-18.
13. Kabukçu-Başay BK, Başay Ö, Ürüt A, Hasmercan B, Uysal M, Usul BE. Hastanede yatarak tedavi gören çocuklar: psikososyal uyumu etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;24:402-413.
14. Üstün G, Kelleci M. Assessment scale for psychosocial symptoms in hospitalized children scale development, reliability and validity study. *HealthMED* 2013;7(7):2219-2228.
15. Erermiş HS. Hastalık karşısında çocuk ve ergen. İçinde Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B ve ark., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın; 2008: 730-737.
16. Quirino DD, Collet N, Neves AFB. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev gaúcha enferm* 2010;31(2):300-306.
17. Kaynak H, Çevener Özçelik Ç. Ebeveynlerin hastanede yatan çocuklarının anksiyete düzeyine etkisi. *HEAD* 2020;17(4):312-316.
18. Lyu QY, Kong SKF, Wong FKY, You LM. Validation of Hospitalization Impact Scale among families with children hospitalized for cancer treatment. *J Adv Nurs* 2015;71(8):1958-1969.
19. Commodari E. Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Ital J Pediatr* 2010;36(1):40-48.
20. Tehrani TH, Haghighi M, Bazmamoun H. Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. *Iranian Journal of Child Neurology* 2012;6(4):39-45.
21. Sarman A, Sarman E. Gözden kaçırılan bir konu: çocuğun hastanede yatmasının aile üzerindeki olumsuz etkileri ve önleyici hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2020;2(2):113-120.
22. Günay O, Sevinç N, Arslantaş EE. Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health* 2017;15(3):176-186.
23. Açıkgöz A, Ezen M, Söngüt S, Ulukuş A, Emir B. Çocuğu hastanede yatan annelerde anksiyete ve depresif belirtilerin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;10(3):373-382.
24. Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2006;9(4):54-62.
25. Açıkgöz A, Şayık D, Söngüt S, Kaya Y, Köksal İ. Pediatri kliniklerinde refakatçi olarak kalan annelerin yaşadığı güçlükler ve hastanede kalmanın depresyon, anksiyete, stres düzeylerine etkisi. *Kocaeli Medical J* 2017;6(2):43-47.
26. Taşdemir Akkavak D, Sarıkaya Karabudak S. Hastanede yatan okul çağı çocukların hemşireyi ve hastaneyi algılama durumlarının incelenmesi. *DEUHFED* 2019;12(1):46-56.
27. Gönener D, Pek H. Okul yaş dönemi çocuğu olan ebeveynlerin hastalık ve hastaneye yatma durumunda "Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği"nin geliştirilmesi ve çocukların endişe kaynakları ile etkileşimi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2009;15(1):31-40.
28. Seval M, Kurt A. Duygusal zekâ düzeyinin çocuklarda hastanede yatmaya bağlı psikososyal semptomlar üzerindeki etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2019;14(20):743-762.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişki

 Yahya ERGEZEN¹,  Emine EFE²,  Fatma ÇALIŞKAN ÖZDÖL³,  Şevkiye DİKMEN⁴

¹Arş. Gör., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

²Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

³Hemşire, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya, Türkiye.

⁴Hemşire, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya, Türkiye.

Öz

Giriş: Emzirme, bir bebeği beslemek için en güvenli ve sağlıklı yöntemdir. Annenin ve bebeğinin sağlık sonuçlarının iyileşmesine katkıda bulunur. **Amaç:** Bu çalışmada doğum sonu dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tasarımdaki bu araştırmanın örneklemini, Akdeniz Bölgesindeki bir üniversite hastanesinin Kadın Doğum servisinde yatan, sağlıklı yeni doğum yapmış 102 anne oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak; tanımlayıcı veri formu, Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği-kısa şekli, LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı kullanılmıştır. Emzirme öz-yeterliliği verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Annelerin emzirme başarıları gözlem yöntemi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırma kapsamındaki annelerin %47.1'inin 26-33 yaşında, %38.2'si ilköğretim mezunu, %68.6'sı sezaryen ile doğum yapmış ve %30.4'ünün ilk doğumu olduğu tespit edilmiştir. Annelerin emzirme öz yeterliliği puan ortalaması 57.30 ± 10.46 ve emzirme başarıları puan ortalaması 8.38 ± 1.53 bulunmuştur. Annelerin emzirme öz yeterliliği ve emzirme başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p = .157$, $r = .14$). Annelerin çocuk sayısı ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Çocuk sayısı arttıkça annelerin emzirme öz yeterliliği ve emzirme başarısının arttığı belirlenmiştir. **Sonuç:** Yeni doğum yapmış annelerin emzirme döneminde sağlık profesyonelleri ve aile yakınları tarafından desteklenmesinin annelerin emzirme başarılarını ve emzirme öz yeterlilikleri artacağı düşünülmektedir. **Anahtar Sözcükler:** Emzirme, Öz Yeterlilik, Anne Sütü.

Abstract

The Relationship between Mothers' Breastfeeding Self-Efficacy Perceptions and Breastfeeding Success in Postpartum Period

Background: Breastfeeding is the safest and healthiest way to feed a baby. It contributes to the improvement of the health consequences of the mother and her baby. **Objective:** This study was planned as a descriptive comparative study to investigate the relationship between breastfeeding self-efficacy perceptions and breastfeeding success of mothers in the postpartum period. **Method:** The study sample of a university hospital in the south of Turkey lies at the Maternity Service has created 102 healthy female patient who had recently given birth. As a data collection tool; Descriptive data form, Breastfeeding Self-Efficacy Scale-short form, LATCH Breastfeeding Assessment Tool was used. Face-to-face interview method was used to collect descriptive data and breastfeeding self-efficacy scale data. The LATCH Breastfeeding Assessment Tool was evaluated using the observation method at the time of breastfeeding. **Results:** It was determined that 47.1% of the mothers within the scope of the study were 26-33 years old, 38.2% were primary school graduates, 68.6% had cesarean section and 30.4% had their first birth. Breastfeeding self-efficacy mean score of mothers was 57.30 ± 10.46 and breastfeeding success mean score was 8.38 ± 1.53 . There was no statistically significant relationship between breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success of the mothers ($p = .157$, $r = .14$). A significant correlation was found between mothers' number of children and Breastfeeding Self-Efficacy Scale and LATCH Breastfeeding Assessment Tool scores ($p < .05$). It was determined that as the number of children increased, breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success of mothers increased. **Conclusion:** It is thought that breastfeeding success and breastfeeding self-efficacy of mothers who support newly mothers by breastfeeding health professionals and family relatives will increase. **Key Words:** Breastfeeding, Self-Efficacy, Breast Milk.

Geliş Tarihi / Received: 29.01.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 07.06.2021

Correspondence Author: Efe E., Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye. Telefon: +905337798302 E-posta: eefe@akdeniz.edu.tr

Cite This Article: Ergezen Y, Efe E, Çalışkan Özdöl F, Dikmen Ş. Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 217- 223



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Emzirme, bir bebeği beslemek için en güvenli ve sağlıklı yöntemdir. Annenin ve bebeğinin kısa ve uzun vadeli sağlık sonuçlarının iyileşmesine katkıda bulunur (1). Emzirme sadece çocuk ve aile sağlığı yönünden değil toplumun geleceği bakımından da önem arz etmektedir. Sağlıklı anne, sağlıklı çocuk, sağlıklı aile ve sağlıklı toplum ilişkisini ortaya koymaktadır. Bu nedenle yeterli beslenmenin sağlanmadığı durumlarda bebeklerin bir yıldan daha uzun süre emzirilmeleri önerilmektedir.

Anne sütü bebeğin sağlığını koruma ve geliştirmede etkili bir üründür. Anne sütü bebekte gelişebilecek diyare, solunum yolu enfeksiyonları, astım, orta kulak iltihabı gibi sağlık problemlerinin görülme sıklığını ve şiddetini azaltmaktadır (2). Anne sütü, ani bebek ölüm sendromu ve diyabet gibi sorunlara karşı da koruyucudur. Yapılan çalışmalar anne sütünün, bebeğin patojenlere karşı immün sistem bağışıklığını arttırdığını (3), yenidoğan ölüm riskini azalttığını (4), çocukluk çağı obezitesi için koruyucu bir faktör olduğunu (5) ve annede over kanser riskini azalttığını ortaya koymaktadırlar (1).

Anne sütünün hem bebek hem de anne açısından çok sayıda yararı olmasına rağmen emzirmeyi etkileyen birtakım durumlar bulunmaktadır. Anne ve bebek açısından değerlendirildiğinde doğum tipi, anne/çocukta kaynaklanan komplikasyonlar, anne/yenidoğan arasındaki bağlanma süresi ve zamanı, annenin yaşı, sosyoekonomik durumu, emzirme ile ilişkili davranışları ve emzirme ile ilgili deneyimler etkileyen faktörler arasında gösterilebilir. Yanı sıra emzirme süresince sağlık profesyonellerinin desteği, aile/eş desteği ve hastane rutinleri diğer faktörler arasındadır (6). Fakat, emzirmeyi etkileyen faktörlerin başında annenin emzirmeye ilişkin öz yeterlilik algısı gelmektedir.

Bandura (1995), öz yeterliliği "bir davranış ya da görevi gerçekleştirme konusunda bireyin hissettiği yeterlilik" olarak tanımlamıştır. Emzirme öz yeterlilik algısı ise annenin emzirmeye ilişkin hissettiği yeterlilik olarak nitelendirilmektedir (7). Annenin emzirme öz yeterliliği, annenin yeni bebeğini emzirebilmesi ya da emzirmeye güvenmesi gibi algılanan bir yetenek olarak da tanımlanmaktadır (8). Emzirme öz yeterliliği, doğum sonrası dönemde emzirme sonuçlarını etkileyen önemli bir faktör olarak vurgulanmıştır (8,9). Yapılan araştırmalar emzirme öz yeterliliğinin emzirmenin başlatılması ve süresi ile ilgili önemli bir faktör olduğunu göstermiştir (9). Yapılan bir çalışmada, doğum sonrası bebeklerin yeterli miktarda anne sütü alma durumları değerlendirilmiş olup, term bebeklerin her beslenme sırasında almaları gereken süt hacminin %95.4'ünü tüketebildiği buna karşın bu oranın preterm bebeklerde sadece %45 olduğu bildirilmiştir (10).

Emzirme yeterliliği, doğru emzirme tekniği, bebek tarafından etkin olmayan emme, emzirme sıklığının az olması, süt kanalının tıkanması ve bebeğin anneden ayrılması gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler, doğum sonrası dönemin başlarında sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmelidir (11). Yapılan çalışmalar, sağlık profesyonelleri tarafından desteklenen annelerin emzirme kapasitelerinin arttığını göstermektedir (11,12). Literatürde annenin emzirme öz yeterliliği ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır (13-16). Ancak annelerin emzirme öz-yeterliliği ile emzirme başarıları arasındaki ilişkiyi karşılaştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (6-7).

Sağlıklı bireylerin yetiştirilebilmesi için bebeklerin anne sütünü yeterli miktarda alması anne, bebek ve toplum sağlığı açısından son derece önemli bir konudur (7). Emzirmeye ilişkin öz yeterliliğin geliştirilmesinde annenin desteklenmesi, emzirme konusunda cesaretlendirilmesi, yeterli düzeyde bilgi alması ve bu beceriyi uygulaması gerekmektedir. Anne bu süreçte fiziksel, emosyonel, spiritüel ve sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Sağlık profesyonelleri özellikle hemşireler anneyi güçlendirme, destekleme, danışmanlık ve rehberlik aşamasında kilit pozisyonundadır. Hemşirelerin emzirme başarısını etkileyen faktörleri bilmesi ve buna yönelik uygun girişimler geliştirebilmesi çok önemlidir. Bu araştırma ile annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarıları arasındaki ilişki değerlendirilerek literatüre katkı sağlayacağı ve yapılacak olan girişimsel çalışmalara yön vereceği düşünülmektedir. Ayrıca, klinik alanda annenin öz yeterliliğini ve emzirme başarısını geliştirecek yöntemlerin geliştirilmesi, bireye özgü bakımın planlanması ve klinikte rutin bir değerlendirme yöntemi olarak kullanılması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Amaç

Araştırma doğum sonu dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla tanımlayıcı karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırma Soruları:

- Doğum sonu dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişki nedir?
- Annelerin emzirme öz yeterliliği ve emzirme başarılarını etkileyen değişkenler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma doğum sonu dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Akdeniz Bölgesinde bir üniversite hastanesinin kadın doğum servisinde, Mayıs 2018- Ekim 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü hastanenin kadın doğum servisinde yatan sağlıklı yeni doğum yapmış olan anneler oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, belirtilen tarihler arasında kadın doğum servisine yatan 102 anne ile tamamlanmıştır. Son bir yıl içerisinde servise yatışı yapılan araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan anne sayısı tam olarak bilinmediğinden araştırmada örneklem büyüklüğü, evrendeki kişi sayısının bilinmediği durumlardaki formül ($n = t^2 \cdot \sigma^2/d^2$) kullanılarak, Yenil ve ark. (7) yaptığı çalışmadaki emzirme öz yeterlilik ölçeği-kısa formu standart sapma değeri ($SD = 8.46$) dikkate alınarak hesaplanmış ve 98 kişi bulunmuştur.

Araştırmanın dahil edilme kriterleri; 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, Türkçe konuşabilen, miadında ve sağlıklı doğum yapan (38–42 haftalık, 2500- 4000 gr doğan, 5. dakika APGAR puanı 7 ve üzerinde doğan, bilinen konjenital hastalığı olmayan), emziren ve emzirmeye engel bir kronik hastalığı olmayan kadınlar araştırmaya alınmıştır.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Veri toplama aracı olarak; tanımlayıcı veri formu, Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Formu, LATCH emzirme değerlendirme aracı kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Veri Formu: Bu form kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile önceki emzirme deneyimlerini saptamak amacıyla oluşturulmuştur. Tanımlayıcı veri formunda 12 soru yer almaktadır. Form literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (7,8,16,17).

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Form: Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği ilk olarak Dennis ve Fauz (18) tarafından 33 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek, annelerin emzirmeye ilişkin kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini değerlendirmektedir. Ölçekte yer alan tüm maddeler pozitif anlam taşımaktadır. Yapılan pilot çalışmada Cronbach alfa değeri .96 bulunmuştur. Dennis ve Fauz (18) tarafından yapılan iç tutarlık analizine göre madde fazlalığı olduğu saptanmış ve analizler sonucunda madde-toplam korelasyonu .60'ın altında olan maddeler çıkarılarak 14 maddelik yeni Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin kısa şekli oluşturulmuştur. Bu ölçeğe ait kısa formun Cronbach alfa değeri .94 bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeğinin annelerde doğum sonrası kullanıldığı görülmüştür (17,19). Bu çalışmada ise veriler doğumdan sonra 24. ve 48. saatler arasında toplanmıştır. Ölçek 5'li likert tipte olup, hiç emin değilim (1 puan) ve her zaman eminim (5 puan) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten minimum alınabilecek puan 14 ve maksimum puan 70'tir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Tokat ve ark. (17) tarafından yapılmıştır. Tokat ve ark. (17) yaptıkları çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .86 bulunup, güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada Cronbach alfa değeri .88 olarak bulunmuştur (n = 102).

LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı: Emzirilenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçlarından biri LATCH'tır. LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı 1986 yılında puanlama yöntemi açısından APGAR skor sistemine benzetilerek oluşturulan bir araçtır. Değerlendirmesi hızlı ve kolaydır. Bu ölçüm aracı, emzirme tanılamasını objektif olarak yapmak, emzirme problemlerini saptamak ve eğitim planı yapmak, sağlık çalışanları arasında ortak dil oluşturmak ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Bu ölçüm aracı beş değerlendirme kriterinden oluşmakta olup, bu kriterlerin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşiminden oluşmaktadır. Her madde 0–2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçüm aracından alınabilecek toplam puan 10'dur. Ölçüm aracının kesme noktası yoktur. LATCH puanı yükseldikçe emzirme başarısının yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye'de güvenilirliği Yenil ve Okumuş (19) tarafından yapılmış ve Chronbach alfa değeri .95 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada Cronbach alfa değeri .72 olarak bulunmuştur (n = 102).

Araştırmanın Uygulanması

Tanımlayıcı verilerin ve emzirme öz-yeterlilik ölçek verilerinin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. LATCH Emzirme Değerlendirme Aracının değerlendirilmesi emzirme anında gözlem metodu kullanılarak yapılmıştır. Emzirme anı araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir. Emzirme gözlenirken doğum sonrası 24–48 saatleri arasındaki herhangi bir spontan emzirme zamanı beklenmiştir. Bu zamanın beklenilmesinin sebebi emzirmeye ilişkin kaygıların doğum sonrası erken dönemde en yoğun yaşandığı zaman olmasıdır. Herhangi bir müdahalede bulunmadan emzirme izlenmiş ve LATCH emzirme değerlendirme aracı araştırmacı tarafından anında doldurulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı özellikleri değerlendirmek için sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Emzirme Öz Yeterliliği Ölçeği skorları ile LATCH emzirme değerlendirme aracı skorları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılmadığı için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği ve LATCH puanlarını etkileme olasılığı olan bağımsız değişkenler (yaş, eğitim, gelir düzeyi, doğum tipleri, doğum sayısı) için parametrik olmayan Kruskal Wallis-H testi kullanılarak analiz yapılmıştır. Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği ve LATCH puanlarını etkileme olasılığı olan bağımsız değişkenler (çalışma durumu, doğum şekli) için parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz yapılmıştır. Çalışmada $p < .05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul komisyonundan etik izin (Tarih:16.04.2018-No:70904504/156) alınmıştır. Daha sonra araştırmanın yapılacağı üniversitesi hastanesinden yazılı izin (Tarih: 22.05.2018) alınmıştır. Araştırmaya seçilen örneklemde gönüllülük esas alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmanın amacı ve uygulanması hakkında bilgilendirilme yapılmış, yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında yayın etik ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırma kapsamındaki annelerin %47.1'inin 26-33 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Annelerin %38.2'sinin ilkökul mezunu olduğu ve %67.6'sının da herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Annelerin büyük çoğunluğunun (%70.6) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Annelerin Demografik ve Doğumla İlgili Özellikleri (n = 102)

Değişkenler	n (%)
Yaş	
18-25	28 (27.5)
26-33	48 (47.1)
34 ve üstü	26 (25.4)
Eğitim durumu	
Okur-yazar	7 (6.9)
İlkokul	39 (38.2)
Lise	33 (32.4)
Lisans ve üzeri	23 (22.5)
Çalışma durumu	
Evet	33 (32.4)
Hayır	69 (67.6)
Gelir durumu	
Kötü	8 (7.8)
Orta	72 (70.6)
İyi	22 (21.6)
Doğum şekli	
Normal doğum	32 (31.4)
Sezaryen	70 (68.6)
Gebelik sayısı	
Bir	31 (30.4)
İki	28 (27.5)
Üç	22 (21.6)
Dört ve üzeri	21 (20.5)

Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı arasındaki ilişki Tablo 2’de verilmiştir. Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ortalama puanı 57.30 ($SD = 10.46$), LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı ortalama puanı 8.38 ($SD = 1.53$) olarak belirlenmiştir. Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p = .157, r = .14$).

Tablo 2. Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları İle LATCH Puanları Arasındaki Korelasyon

Ölçek	n	Ortalama (SD)	Alt	Üst	r	p
Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği-kısa şekli	102	57.30 (10.46)	16	117	.14	.157
LATCH Emzirme Değerlendirme aracı	102	8.38 (1.53)	4	10		

Araştırmaya katılan annelerin tanımlayıcı özellikleri ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puanları arasındaki ilişki Tablo 3’de gösterilmiştir. Annelerin yaşları, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu ve doğum şekli ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > .05$). Annelerin çocuk sayısı ile Emzirme öz yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($X^2 = 6.518 p = .038$). Benzer şekilde annelerin çocuk sayısı ile LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($X^2 = 9.20 p = .019$). Çocuk sayısı arttıkça annelerin emzirme öz yeterliliği ve emzirme başarısının arttığı saptanmıştır. Söz konusu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma yapılmıştır. Üç ve üzeri çocuğu olan annelerin emzirme öz yeterliliği ve emzirme başarısı puan ortalamasının, bir çocuğu olan annelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin Demografik Özellikleri İle Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı Skorları Arasındaki İlişki

Değişkenler	n	Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği-kısa şekli (Ort ± SD)	Test p	LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı (Ort ± SD)	Test p
Yaş grupları					
18-25	28	55.42 ± 10.66	KW = .21 p = .899	8.21 ± 1.68	KW = .31 p = .855
26-33	48	58.58 ± 11.55		8.41 ± 1.47	
34 ve üstü	26	56.96 ± 7.87		8.50 ± 1.52	
Eğitim durumu					
Okur-yazar	7	52.14 ± 16.93	KW = .36 p = .947	8.28 ± 1.97	KW = 2.05 p = .562
İlkokul	39	57.41 ± 8.49		8.25 ± 1.61	
Lise	33	57.90 ± 13.19		8.63 ± 1.51	
Lisans üstü	23	57.82 ± 6.15		8.26 ± 1.32	
Çalışma durumu					
Evet	33	58.18 ± 13.24	z = 1095.00 p = .755	8.27 ± 1.77	z = 1128.50 p = .941
Hayır	69	56.88 ± 8.92		8.43 ± 1.41	
Gelir durumu					
Kötü	8	58.37 ± 7.90	KW = 6.84 p = .033	8.87 ± 1.35	KW = 0.95 p = .622
Orta	72	55.52 ± 9.01		8.33 ± 1.52	
İyi	22	62.72 ± 13.76		8.36 ± 1.64	
Doğum şekli					
Normal doğum	32	58.43 ± 7.29	z = 971.50 p = .284	8.59 ± 1.31	z = 1030.50 p = .507
Sezaryen	70	56.78 ± 11.64		8.28 ± 1.62	
Çocuk sayısı					
1	41	54.97 ± 7.83	KW = 6.518 p = .038	7.85 ± 1.71	KW = 9.20 p = .019
2	40	58.10 ± 13.22		8.57 ± 1.44	
3 ve üzeri	21	60.33 ± 8.24		9.04 ± 0.92	

*KW:Kruskal Wallis H Testi sonucu

**z:Mann-Whitney U Testi sonucu

Tartışma

Bu araştırmada annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ile LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yenal ve ark. (7) yaptıkları çalışmada emzirme öz yeterlilik ölçeği puan ortalamaları ile LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Gerçek ve ark. (6) yaptıkları çalışmada Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ile LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışma sonuçlarının bizim araştırma sonuçlarını desteklemediği görülmektedir. Bunun nedeninin yapılan diğer çalışmaların örneklem sayılarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamız 102 örneklem, Yenal ve ark. (7) çalışması 220 örneklem, Gerçek ve ark. (6) 303 örneklem ile yapılmıştır.

Kocaöz, Destegül ve Kocaöz (20) yaptıkları çalışmada anestezi tipi ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da doğum şekli ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Araştırma verilerinin doğumdan sonra 24-48 saatler arasında toplanmış olmasından dolayı doğum şekli ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmasına neden olmuş olabilir.

Emzirmeyi etkileyen faktörleri doğumun tipi, anne ve çocuktan kaynaklanan komplikasyonlar, emzirme süresince sağlık profesyonellerinin desteği, aile ve eş desteği, anne ve yenidoğan arasındaki bağlanma süresi ve zamanı, hastane rutinleri olarak sıralanabilir. Bunlara ek olarak annenin yaşı, sosyoekonomik durum, emzirme ile ilişkili davranışlar, emzirme ile ilgili deneyimler emzirmeyi etkileyen faktörler arasında gösterilebilir (6). Aydın ve Aba (21) yaptıkları çalışmada doğum şekli ve emzirme öz yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Bizim araştırmamızda annelerin yaşları, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu ve doğum şekli ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > .05$). Gerçek ve ark. (6) yaptıkları çalışmada bizim araştırmamıza benzer şekilde sonuçlar bulmuşlardır. Hemşireler, annelerin emzirme davranışlarını birebir gözlemleyebilme olanağına sahip olduklarından emzirme öz yeterlilik algısının yükseltilmesinde önemli role sahiptirler. Hemşireler tarafından emzirme danışmanlığı yapılması, emzirme sorunlarının çözümlenebilmesi açısından önemlidir (26).

Bu araştırmada annelerin çocuk sayısı ile Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Çocuk sayısı arttıkça annelerin emzirme öz yeterliliği ve emzirme başarısının arttığı saptanmıştır. Türk kültüründe anneler, aile büyükleri tarafından emzirilmeleri konusunda kuvvetle teşvik edilmekte ve doğum sonrası dönemde daha uzun süre emzirme deneyimleri ortaya çıkmaktadır (22). Aluş Tokat ve ark.

(22) çalışmamıza benzer şekilde önceki çocuklarını emziren annelerin daha sonraki çocuklarını da emzirdiklerini ortaya koymuşlardır. Çocuk sayısı arttıkça annelerin emzirme eğilimlerinin ve emzirme başarılarının arttığını belirtilmektedir. Zhu ve diğ. (9) daha önce emzirme deneyimi olan, diğer annelerin bebeklerini emzirmelerini izleyen veya daha önce emzirmeye karar veren annelerin emzirme öz yeterliliğinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Mevcut literatür, psikososyal unsurların annelerin emzirme öz yeterliklerini ve emzirme yeteneklerini etkilemede büyük öneme sahip olduğu fikrini desteklemektedir (23,24). Yapılan çalışmalar, annelerin emzirme öz yeterliği ve emzirme yeterliliğinin, doğum öncesi dönemde öz yeterlilik temelli hemşirelik müdahaleleri, dikkat temelli eğitim, ev temelli video konferansı, eğitim ve telefon desteği ile artırılabilirliğini göstermiştir (14,18,21,25,26). Bu bağlamda araştırmamızın annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile literatüre katkı sağlayacağı ve yapılacak olan girişimsel çalışmalara yön vereceği düşünülmektedir.

Kısıtlılıklar

Araştırma yalnızca bir üniversite hastanesinin kadın doğum servisinde yapıldığından dolayı genellenebilirliği açısından sınırlılık olarak kabul edilebilir. Bununla birlikte, örneklem sayısının yapılan diğer çalışmalara göre az olması ve gözlem işleminin tek araştırmacı ile yapılması sınırlılık olarak kabul edilebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmada annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, fakat daha önce emzirme deneyimi yaşayan annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarılarının yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu bağlamda yeni doğum yapmış annelerin emzirme döneminde sağlık profesyonelleri ve aile yakınları tarafından desteklenmesinin annelerin emzirme başarılarını ve emzirme öz yeterliliklerinin artacağı düşünülmektedir. Yenidoğan kliniğinde tedavi edilen bebeklerin ilk emzirme girişiminde emzirme öz-yeterlilik ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı uygulanarak risklerin önceden belirlenmesi, emzirme açısından riskli anneler tanımlandıktan sonra bu annelerin sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi yararlı olabilir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir EE; tasarım EE, YE; Denetim EE, YE, FÇÖ, ŞD; Kaynaklar EE, YE, FÇÖ, ŞD; veri toplanması ve/veya işlenmesi FÇÖ, ŞD; analiz ve/veya yorum YE, EE; literatür taraması EE, YE; yazma EE, YE; eleştirel inceleme EE, YE. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacılar bu çalışma için finansal destek almamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Çalışma için etik komite onayı, araştırmanın yapılacağı üniversitesinin Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:16.04.2018-No:70904504/156) alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm annelere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. McLain AC, Frongillo EA, Hess SY, Piwoz EG. Comparison of methods used to estimate the global burden of disease related to undernutrition and suboptimal breastfeeding. *Adv Nutr* 2019;10(3):380-390.
2. Alioğulları AS, Esencan TY, Ünal A, Şimşek Ç. Anne sütünün faydalarını ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(4):252-260.
3. Stuebe AM, Schwarz EB. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *J Perinatol* 2010;30(3):155.
4. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines J. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: Effects on neonatal mortality and morbidity a systematic review and metaanalysis. *Matern Child Health J* 2015;19(3):468-479.
5. Vazquez CE, Cubbin C. Associations between breastfeeding duration and overweight/obese among children aged 5-10: A focus on racial/ethnic disparities in California. *AIMS Public Health* 2019;6(4):355.
6. Gerçek E, Sarıkaya Karabudak S, Ardıç Çelik N, Saruhan A. The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *J Clin Nurs* 2017;26(7-8):994-1004.
7. Yenal K, Aluş Tokat M, Durgun Ozan Y, Çeçe Ö, Bakılan Abalın F. Annelerin emzirme öz yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10(2):14-19.
8. Huang Y, Ouyang YQ, Redding SR. Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Women Birth* 2019;32(4):303-309.
9. Zhu J, Chan WCS, Zhou X, Ye B, He HG. Predictors of breastfeeding self-efficacy among Chinese mothers: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery* 2014;30(6):705-711.
10. Altuntas N, Kocak M, Akkurt S, Razi HC, Kislal, MF. LATCH scores and milk intake in preterm and term infants: A prospective comparative study. *Breastfeeding Medicine* 2015;10(2):96-101.
11. Sahin H, Yılmaz M, Aykut M, Balcı E, Sağıroğlu M, Öztürk, A. Risk factors for breastfeeding problems in mothers who presented to two public healthcare centers in Kayseri province. *Turk Pediatri Ars* 2013;48:145-151.
12. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008;17(9):1132-1143.
13. Ansari S, Abedi P, Hasanpoor S, Bani S. The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant women in Ahvaz, Iran. *Int Sch Res Notices* 2014;1-6.
14. Wu DS, Hu J, McCoy TP, Efird JT. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *J Adv Nurs* 2014;70(8):1867-1879.
15. Gökçeoğlu E, Küçükoğlu S. The relationship between insufficient milk perception and breastfeeding self-efficacy among Turkish mothers. *Global Health Promotion* 2017;24(4):53-61.
16. Laliberte C, Dunn S, Pound C, Sourial N, Yasseen AS, Millar D et al. A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother/baby dyads. *PLoS One* 2016;11(2):148-520.
17. Aluş Tokat M, Okumuş H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery* 2010;26(1):101-108.
18. Dennis CL, Fauz S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health* 1999; 22(5): 399-409.
19. Yenal K, Okumus H. Emzirme tanılama ölçeğinin güvenilirliğini inceleyen bir çalışma [A study of the reliability of LATCH breastfeeding assessment tool]. *Journal of Nursing Research Development* 2003;5:38-44.
20. Kocaöz FŞ, Destegül D, Kocaöz S. Comparison of the breastfeeding outcomes and self-efficacy in the early postpartum period of women who had given birth by cesarean under general or spinalanesthesia. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34(10):1545-1549.
21. Aydın D, Aba YA. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *DEUHFED* 2019;12(1):31-39.
22. Aluş Tokat M, Serçekuş P, Yenal K, Okumuş H. Early postpartum breast-feeding outcomes and breast-feeding self-efficacy in turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *Int J Nurs Knowl* 2015;26(2):73-79.
23. Ku CM, Chow SK. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: A questionnaire survey. *J Clin Nurs* 2010;19(17-18):34-45.
24. Brown A, Raynor P, Lee M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: A comparative study. *J Adv Nurs* 2011;67(9):1993-2003.
25. Aluş Tokat M, Okumus H. Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10(1):21-30.
26. Rojjanasirrat W, Nelson EL, Wambach KA. A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *J Hum Lact* 2012;28(4):464-467

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hemşirelik Öğrencilerinde Duygusal Zekâ ve Mesleki Değerlerin Karşılaştırması

 Hande YAĞCAN¹,  Elif ULUDAĞ²,  Hülya OKUMUŞ³

¹Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir, Balçova

²Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., Denizli, Kınıklı Kampüsü

³Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., Emekli Öğretim Üyesi

Öz

Giriş: Giriş: Hemşirelerin, bakımı etkin biçimde verebilmesi için, mesleğin profesyonel değerlerini bilmesi ve içselleştirmesi gerekmektedir. Duygusal zekânın yüksek olmasının bireylerin iş, eğitim gibi alanlarda istedikleri sonuca ulaşabilmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâlarının ve mesleki değerlerinin karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma 13-15 Nisan 2017 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesinde eğitim görmekte olan 505 lisans öğrencisi ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak “Öğrenci Bilgi Formu”, “Duygusal Zekâ Özellik Ölçeği-Kısa Formu (DZÖÖ-KF)” ve “Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği (HMDÖ-R)” kullanılmıştır. Verilerinin analizinde Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon analizleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Kız (107.88 ± 15.34) ve erkek (103.81 ± 16.83) öğrencilerin HMDÖ-R puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p = .040). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Bakım Verme faktöründe kız öğrencilerin puan ortalamaları (59.57 ± 8.75) erkeklerinkine (57.06 ± 9.93) göre anlamlı bir şekilde yüksek olup (p = .030), Profesyonellik ve Güven faktörlerinde de kız öğrencilerin puan ortalamaları yüksek saptanmıştır. Kız öğrencilerde duygusal alt boyutu puan ortalaması (19.82 ± 3.74) erkeklere (18.88 ± 3.66) göre daha yüksek bulunmuştur (p = .01, U = 16.586). Sosyallik ve öz kontrol alt boyutlarında erkeklerin, iyi oluş boyutunda kız öğrencilerin puan ortalamaları yüksek olup bu fark anlamlı bulunmamıştır. Kız (97.85 ± 14.29) ve erkek öğrencilerin (97.62 ± 15.61) DZÖÖ-KF toplam duygusal zekâ alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır. Hemşirelik öğrencilerinin HMDÖ-R toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutları ile DZÖÖ-KF toplam duygusal zekâ alt boyutu arasında (p = .000, r = .31-.37) orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet farkı olmaksızın duygusal zekâ düzeyleri ile hemşirelik mesleği değerleri algılarının doğru orantılı olduğu görülmüştür. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlerine göre duygusal zekâ düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kız öğrencilerin erkeklere göre HMDÖ-R puanlarının daha yüksek olması mesleki değerlere uyum eğiliminin daha güçlü olduğu yönündedir.

Anahtar Sözcükler: Değerler, Duygusal Zekâ, Hemşirelik, Profesyonellik.

Abstract

The Comparison of Nursing Students' Emotional Intelligence and Professional Values

Background: Nurses need to know and internalize the professional values of the profession in order to provide care effectively. It is emphasized that high emotional intelligence is effective for individuals to achieve the desired result in areas such as work and education. Therefore, it is important to study the emotional intelligence and professional values of nursing students. **Objectives:** This study was planned to compare the emotional intelligence of nursing students with their professional values and to determine the relationship between them.

Methods: The study was applied to 505 students of a state nursing faculty between 13-15 April 2017. In data collection; “Information Questionnaire for Students”, “Trait Emotional Intelligence Scale- Short Form (TEIS-SF): Scale-Short Form and “Nurses Professional Values Scale-Revised (NPVS-R)” tools were used. Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman Correlation were used in data analysis. **Results:** A statistically significant difference was determined among NPVS-R point averages of the female (107.88 ± 15.34) and male students (103.81 ± 16.83) (p = .040, U = 17.178). In Giving Care factor of NPVS-R, point averages of the females (59.57 ± 8.75) were significantly higher compared to the males (57.06 ± 9.93) (p = .030, U = 16.990), point averages of females were determined to be higher also in Professionalism and Confidence factors. No statistically significant difference was determined between TEIS-SF point averages of female (97.85 ± 14.29) and male (97.62 ± 15.61) students. Point averages of emotionality sub-dimension were determined to be significantly higher in females (19.82 ± 3.74) than males (18.88 ± 3.66) (p = .010, U = 16.586). Point averages of males were determined to be higher in sociability and self-control sub-dimensions and point averages of females were determined to be higher in well-being sub-dimension; however, there was no statistically significant difference was determined. Furthermore, a low positive association was determined between NPVS-R total emotional intelligence subscale and TEIS-SF point averages and all subscales of nursing students (p = .000, r = .31-.37). **Conclusion:** The emotional intelligence level of the nursing students and their perception for professional values is directly proportional, regardless of gender. No statistically significant difference was determined between emotional intelligence levels in accordance with their gender in nursing students. As NPVS-R points of female students were higher than males shows that their tendency to adapt to professional values is stronger than boys.

Key Words: Emotional Intelligence, Nursing, Professionalism, Values.

Geliş Tarihi / Received: 07.08.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 16.06.2021

Correspondence Author: Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir, Balçova
ORCID NO:0000-0001-9658-0449, E-mail: hande.yagcan@gmail.com

Cite This Article: Yağcan H, Uludağ E, Okumuş H. Hemşirelik Öğrencilerinde Duygusal Zekâ ve Mesleki Değerlerin Karşılaştırması Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 224-231



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Duygusal zekâ kavramı empati yapabilme, yeni ortam ve durumlara uyum sağlayabilme, problem çözebilme, mizacını kontrol edebilme ve bağımsız davranabilme becerileriyle birlikte değerlendirilmektedir. Bir bireyin duygusal zekâsının yüksekliği, bu bireyin iş, eğitim, özel yaşam gibi birçok alanında istediği sonuçlara ulaşabilme için duygularını istediği şekilde kullanabildiğini göstermektedir (1-5).

Araştırmalara göre, duygusal zekâsı yüksek bireyler, değişime daha iyi uyum sağlama becerisine sahip olup, stresle daha iyi baş edebilmekte ve daha sosyal olmaktadır. Ayrıca duygusal zekânın analitik zekâyâ göre bireysel ve mesleki yaşamda başarının belirleyicisi olduğu kabul edilmektedir (1). Duygusal zekâsı yüksek olan bireyler, duygularını daha iyi ifade eder ve yönetirler (2). Yapılan bir çalışmada öğrencilerin algıladıkları öz yeterliliğin, sosyal becerilerine ve duygusal zekâlarına göre farklılık gösterdiği, birbirleri ile ilişkili oldukları ve cinsiyetlerinin öz yeterliliği, sosyal becerileri ve duygusal zekâyı etkilemediği saptanmıştır (3). Duygusal zekâ ölçeği kullanılarak yapılan hemşirelik çalışmalarında, duygusal zekânın stresle başetme, farklılık, yönetim, iletişim, empati, uygulama, etik muhakeme becerilerini ve hasta memnuniyetini olumlu problem çözüme becerilerini negatif yönde etkilediği saptanmıştır (4-8). Çankaya & Eriş'in (2020) yaptıkları bir çalışmada ise medeni durum, mesleki deneyim ve yaş grupları gibi demografik özelliklerin hemşire ve ebelerin duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı farklılıklara yol açtığı belirlenmiştir (9).

Hemşirelerin, bakımı en etkin biçimde verebilmesi için, ne yaptığını, niçin yaptığını anlaması, hemşirelik felsefesine ve profesyonel hemşireliğe uygun bilgi, beceri ve davranışları kazanması, mesleki davranışlarını yönlendirerek nitelikli hizmet vermesini sağlayan mesleki değerlerinin farkında olması önemlidir (10-12). Hemşirelik mesleğinin değerleri ise alturizm, eşitlik, insan onuru, adalet ve doğruluk olarak belirtilmektedir (7). Hemşirelik mesleğinde profesyonellerin kurallara, mevcut duruma ve bireysel özelliklere dikkatli yaklaşımı, bireylere hizmet verirken, davranış ve tutumlarını savunurken uygulamalarında yetkin olmaları, akılcı ve etik davranışları ve mesleki değerlerini kullanmaları beklenmektedir (7,12). Görüş ve ark.'nın (2014) "Hemşirelikte Profesyonel Değerler Ölçeğini" kullandıkları çalışmalarında 40 yaş ve üstü, erkek, bekâr olan, yüksek lisans yapan, idari görevi olan, dernek üyeliği bulunan, bilimsel toplantılara katılan ve profesyonel değerler konusunda eğitim alan hemşirelerin profesyonel değerler ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur (13).

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre duygusal zekâlarının bu değerlerin farkında olmalarını etkileyip, etkilemediği bilinmemektedir. Ülkemizde yapılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre duygusal zekâlarının belirlenmesi ile ilgili bir çalışmada kız öğrencilerin duygusal zekâ ölçeği puanları erkek öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin yaşı, girişkenliği ve sınıf düzeyi arttıkça duygusal zekâ puanlarının arttığı saptanmıştır (14). Hemşirelik değerleri ile duygusal zekânın karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise hemşirelerin eğitim durumları, mesleklerini severek yapma durumları, cinsiyetleri, çocuk sahibi olma durumları, çalıştıkları pozisyon ve çalışma yıllarının duygusal zekâ düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği ve duygusal zekâ düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlılık saptanmıştır (15,16). Ancak öğrenci hemşirelerin cinsiyetlerine göre duygusal zekâlarının hemşirelik değerlerine olan etkisine ilişkin literatürde güncel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın, hemşirelik mesleki değerlerinin cinsiyete göre içselleştirilmesine yönelik eğitim ve uygulamalara rehberlik edeceği ve daha etkin stratejilerin geliştirilmesi için yararlı bilgiler sağlayacağı öngörülmektedir.

Hemşireliğin profesyonel değerlerinin hastalarla, meslektaşlarla, diğer ekip üyeleri ile ve toplumla etkileşimlerde rehberlik eden uygulamalar olduğu ifade edilmektedir (17). Hemşirelik mesleğinin profesyonel değerlerinin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik faktörlerden etkilenebildiği görülmektedir (7). Hemşirelik mesleği gibi, duyguların önemli rol oynadığı mesleklerde, tüm etkileyen etmenlerin yanında hemşirelerin duygularının da mesleki değerleri etkilemede önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle duygusal zekânın hemşireliğin mesleki değerleri ile ilişkisinin belirlenmesinin ve cinsiyetlerine göre duygusal zekâları ile mesleki değerlerinin karşılaştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

- Öğrenci hemşirelerin cinsiyetlerine göre duygusal zekâları arasında fark var mıdır?
- Öğrenci hemşirelerin cinsiyetlerine göre mesleki değer algıları arasında fark var mıdır?
- Öğrenci hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile mesleki değer algıları arasında ilişki var mıdır?

Amaç

Bu araştırma; hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlerine göre duygusal zekâları ile mesleki değerlerinin karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Analitik kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırmanın verileri 13-15 Nisan 2017 tarihleri arasında İzmir ilinde bir devlet üniversitesi hemşirelik fakültesinde toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırma evrenini çalışmanın yürütüldüğü hemşirelik fakültesinde öğrenim görmekte olan tüm üçüncü sınıf ve intörn öğrencileri (N=600 öğrenci) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışma 505 gönüllü öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmada sınıflar arası karşılaştırma hedeflenmediği için, araştırma evrenine hemşirelik mesleki değerlerinin gelişmişlik düzeylerinde homojenliğin sağlanması amacıyla üçüncü sınıf ve intörn öğrencileri dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Öğrenci Bilgi Formu”, “Duygusal Zekâ Ölçeği-Kısa Formu” ve “Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği” kullanılmıştır.

Öğrenci Bilgi Formu:

Araştırmada öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini saptamak için araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan formda; yaş, cinsiyet, hemşirelik mesleğini seçme nedeni, meslek seçimini etkileyen kişi ve öğrencilik sürecinde mesleği sevmeye durumu içeren sorular yer almaktadır (1-17).

Duygusal Zekâ Özellik Ölçeği-Kısa Formu (DZÖÖ-KF):

Petrides ve Furnham'ın (2,18) tarafından bireyin duygusal yeterlikleriyle ilgili kendini algılama düzeyini belirlemek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Trait Emotional Intelligence Scale (TEIQue) formunun uzun formatına dayanmaktadır (1). Ölçek orijinalinde 30 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Deniz ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan ölçek 20 maddeye indirilmiştir. Ölçekte duygusal zekânın beş boyutuna (iyi oluş, öz kontrol, duygusallık, sosyallik ve toplam duygusal zekâ) ilişkin toplam 20 madde bulunmaktadır. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” dan “kesinlikle katılıyorum” a kadar 7’li likert tipi puanlama yapılmaktadır. Ölçek alt boyutları “Öznel iyi oluş” (6, 13, 16, 18 maddeleri), “Öz kontrol” (2*, 4*, 10, 14* maddeleri), “Duygusallık” (5*, 11*, 15, 19* maddeleri), “Sosyallik” (3, 7*, 8, 17* maddeleri) ve “Toplam duygusal zekâ” (1, 9*, 12*, 20) oluşmaktadır (19). (*) İşareti olan maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı hesaplanmadığı için alınabilecek maksimum ve minimum puanlar ölçeğin geliştirildiği çalışmada ve Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında belirtilmemiştir (2,18,19). Yapılan farklı çalışmalarda cronbach alfa katsayıları iyi oluş için .74-.80, öz kontrol için .59-.75, duygusallık için .66-.69, sosyallik için .60-.69 ve toplam duygusal zekâ için .87-.90 arasında değişmektedir (20, 21). Deniz ve arkadaşları (2013) tarafından DZÖÖ-KF'nun alt boyutlarının cronbach alfa katsayıları; İyi Oluş faktörü için .72, Öz kontrol için .70, Duygusallık için .66, Sosyallik için .70 ve Toplam Duygusal Zekâ .81 olarak bulunmuştur (19). Puanların yüksekliği duygusal zekâ özelliğinin yüksekliği anlamına gelmektedir. Çalışmada DZÖÖ-KF ölçeği alt boyutları cronbach alfa katsayıları; İyi Oluş faktörü için .69, Öz kontrol için .73, Duygusallık için .62 ve Sosyallik için .71 ve Toplam Duygusal Zekâ için .98 olarak bulunmuştur.

Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği (HMDÖ-R): (Nurses Professional Values Scale- NPVS-R):

Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri algılama düzeyini belirlemek üzere Weis ve Schank (2009) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik güvenirliği Acaroğlu (2014) tarafından yapılmış olan, beşli likert tipte (1-önemli değil, 2-biraz önemli, 3-önemli, 4-çok önemli, 5-çok fazla önemli), 26 madde içeren bir ölçektir (10,22). Ölçeğin toplam puanı, yanıtlara karşılık gelen sayısal değerlerin toplanması ile elde edilir. Ölçekte ters çevrilerek puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 26-130 arasındadır. Yüksek puan mesleki değerlere uyumun güçlü olduğunu gösterir. Weis ve Schank (2009), original ölçeğin psikometrik özelliklerini test ettikleri çalışmada Cronbach alfa katsayısını .92 bulmuştur. Aynı çalışmada, ölçeğin, faktör yük değeri .46-.79 aralığında değişen beş faktör ile desteklendiği saptanmış ve bunlar Bakım, Aktivizm, Güven, Profesyonellik ve Adalet olarak isimlendirilmiştir (22). Ölçeğin çok faktörlü yapısı özgün çalışmada beş faktörden oluşurken, Acaroğlu'nun geçerlik güvenirlik çalışmasında ise üç faktörde toplanmıştır. Bu faktörler “Bakım” (12-25 maddeleri arası), “Profesyonellik” (4- 9, 11, 26 maddeleri) ve “Güven” (1-3 maddeleri arası) olarak belirlenmiştir. Cronbach alfa katsayısı .96, madde toplam puan korelasyonları .47 ile .79 arasında bulunmuştur (10). Çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı .94, madde toplam puan korelasyonları .38 ile .80 arasında, alt boyutların cronbach alfa katsayıları; Bakım faktörü için .93, Profesyonellik faktörü için .87 ve Güven faktörü için .73 arasında bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri kurum ve ilgili sınıfların ders eğitmeninin izinleri alınarak eğitmenin ve öğrencilerin ortak uygun zaman diliminde, genellikle ders başlangıcından önce araştırmacılar tarafından toplanmıştır. İlgili formlar, araştırma ile ilgili ön açıklama yapıp yazılı onamları alındıktan sonra öğrencilere tarafından doldurulmuştur. Formların öğrenciler tarafından doldurulması 10 dk. sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Sosyo demografik verilerin sayı, yüzde, sıklık analizleri yapılmıştır. Değişkenler arasında karşılaştırma yapmadan önce Shapiro-Wilk normallik analizi yapılmış ve verilerin normal dağılmadığı saptanmıştır (p<0.05). Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâlarının hemşirelik mesleğinin profesyonel değerleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla parametrik testlerden iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve korelasyon analizi yapılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlerine göre duygusal zekâları ve hemşirelik mesleğinin profesyonel değerleri algıları normal dağılım sağlanmadığı için değerlendirmede nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Duygusal Zekâ Özellik Ölçeği ve Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği'nin cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Çalışma verilerinin analizinde Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmanın Bağımlı Değişkeni: Hemşirelik mesleği değerleri algısı

Çalışmanın Bağımsız Değişkeni: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre duygusal zekâ puanları

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için, ilgili üniversitenin Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından kurum izni (Tarih/Sayı: 21.03.2017/19396244-108.99) ve ilgili üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan (Tarih/Sayı:13.04.2017/2017/08-17) etik kurul izni alınmıştır. Araştırma öncesinde ölçek kullanım izinleri alınmış olup hemşirelik öğrencilerine çalışmanın amacı açıklanarak, gönüllü hemşirelik öğrencilerinden sözel onam ve aydınlatılmış onam formu ile yazılı izinleri alınmıştır. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Çalışmaya 408 kız (%80.8) ve 97 (%19.2) erkek öğrenci katılmış olup veriler cinsiyete göre normal dağılım göstermemektedir ($p = .000$). Öğrencilerin yaş ortalaması 22.20 ± 1.38 olup, %69.1'i mesleği isteyerek seçmiştir. Meslek seçimlerini öğrencilerin %45.3'ü kendi kararıyla, %41'i ailesinin isteğiyle, %9.3'ü öğretmenin ve %4.4'ü arkadaşlarının yönlendirmesi ile yapmıştır. Öğrencilerin %84.8'i hemşirelik mesleğini sevdiğini ve %76'sı güçlü bulduğunu belirtmiştir.

Duygusal Zekâ:

Duygusal zekâ ölçeği alt boyutları puan ortalamaları; İyi Oluş 19.96 ± 3.76 , Öz Kontrol 18.41 ± 4.06 , Duygusalılık 19.63 ± 3.74 , Sosyallik 19.92 ± 4.07 ve Toplam Duygusal Zekâ alt boyutu puan ortalaması 97.80 ± 14.53 olarak saptanmıştır.

Mesleki Değerler:

Öğrencilerin HMDÖ-R toplam puan ortalaması 107.09 ± 15.70 (min = 61- max = 130) olup ortalamanın üzerindedir. Destekleyen 3 faktör puan ortalamaları; Bakım Verme 59.08 ± 9.02 (min = 34- max = 70); Profesyonellik 31.96 ± 5.30 (min = 17- max = 40) ve Güven 11.92 ± 2.00 (min = 3- max = 15) olarak yüksek bulunmuştur.

Kız öğrencilerin HMDÖ-R'nün genel puan ortalamaları (107.87 ± 15.33) ve erkek öğrencilerin puan ortalamalarından (103.81 ± 16.83) daha yüksek olup, öğrencilerin HMDÖ-R'nün genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($U = 17.178$, $p = .040$). Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeğinin Bakım Verme faktöründe kız öğrencilerin puan ortalamaları (59.57 ± 8.75) erkek öğrencilerininkine (57.06 ± 9.93) göre daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U = 16.990$, $p = .030$). Profesyonellik ve Güven faktörlerinde de kız öğrencilerin puan ortalamaları erkek öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek saptanmış olmasına rağmen bu sonuçlar istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmamıştır ($p > .050$) (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre DZÖÖ-KF ve HMDÖ-R Puanları Arasındaki Fark

DZÖÖ - KF	Kız Öğrenciler		Erkek Öğrenciler		p	U
	N	Ort ± SS	N	Ort ± SS		
DZÖÖ-İyi Oluş		20.02 ± 3.80		19.76 ± 3.60	.610	19.139
DZÖÖ-Öz Kontrol		18.27 ± 4.02		19.04 ± 4.23	.110	21.814
DZÖÖ-Duygusalılık		19.82 ± 3.74		18.88 ± 3.66	.010*	16.586
DZÖÖ-Sosyallik		19.87 ± 4.08		20.16 ± 4.05	.550	20.540
DZÖÖ-Toplam Duygusal Zekâ		97.85 ± 14.29		97.62 ± 15.61	.770	19.418
	408		97			
HMDÖ-R						
HMDÖ-Bakım Verme		59.57 ± 8.75		57.06 ± 9.93	.030*	16.990
HMDÖ-Profesyonellik		32.18 ± 5.27		31.06 ± 5.38	.900	17.604
HMDÖ-Güven		11.97 ± 1.91		11.70 ± 2.37	.717	19.324
HMDÖ-R Toplam		107.88 ± 15.34		103.81 ± 16.83	.040*	17.178

* $p \leq .050$

Kız (97.85 ± 14.29) ve erkek öğrencilerin (97.62 ± 15.61) toplam duygusal zekâ alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kız öğrencilerde duygusalılık alt boyutu puan ortalaması (19.82 ± 3.74) erkek öğrencilere göre (18.88 ± 3.66) daha yüksek bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U = 16.586$, $p = .010$). Sosyallik ve öz kontrol alt boyutlarında erkeklerin, iyi oluş boyutunda kız öğrencilerin puan ortalamaları yüksek bulunurken bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .050$) (Tablo 1).

Kız öğrencilerin %69.6'sı ve erkek öğrencilerin %67'si mesleğini isteyerek seçmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2 = 0.248$, $p = 0.619$). Öğrencilerin hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin DZÖÖ-KF alt boyutları; İyi Oluş ($U = 22.286$, $p = .000$), Duygusalılık ($U = 22.760$, $p = .000$) ve Toplam Duygusal Zekâ ($U = 22.787$, $p = .000$) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Kız öğrencilerin mesleğini isteyerek seçenlerin DZÖÖ-KF İyi oluş ($U = 13.835$, $p = .010$), alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Erkek öğrencilerin mesleğini isteyerek seçenlerin DZÖÖ-KF Duygusalılık ($U = 622.500$, $p = .001$), Sosyallik ($U = 750.000$, $p = .026$), Öz kontrol ($U = 601.000$, $p = .001$) ve Toplam Duygusal Zekâ ($U = 700.500$, $p = .009$) alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Öğrencilerin hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeleri ve HMDÖ-R ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 2. Öğrencilerin HMDÖ-R ve DZÖÖ-KF Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

DZÖÖ-KF					
HMDÖ-R	İyi Oluş	Öz Kontrol	Duygusallık	Sosyallik	Toplam Duygusal Zekâ
Bakım Verme	r .32	.17	.25	.27	.36
	p .000	.000	.000	.000	.000
Profesyonellik	r .28	.16	.21	.25	.31
	p .000	.000	.000	.000	.000
Güven	r .28	.17	.23	.26	.33
	p .000	.000	.000	.000	.000
Toplam	r .33	.18	.25	.28	.37
	p .000	.000	.000	.000	.000

Hemşirelik öğrencilerinin HMDÖ-R toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutları ile DZÖÖ-KF toplam duygusal zekâ alt boyutu arasında ($p = .000$, $r = .31$ -.37) orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 2).

Kız öğrencilerin HMDÖ-R toplam puan ortalamaları ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .314$) alt boyutu arasında orta düzeyde ve İyi Oluş ($p = .000$, $r = .287$), Duygusallık ($p = .000$, $r = .216$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .221$), Öz Kontrol alt boyutu arasında ($p = .003$, $r = .148$) düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HMDÖ-R Bakım alt boyutu ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .321$) alt boyutu arasında orta düzeyde ve İyi Oluş ($p = .000$, $r = .293$), Duygusallık ($p = .000$, $r = .210$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .236$), Öz Kontrol alt boyutları arasında ($p = .001$, $r = .158$) düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HMDÖ-R Profesyonellik alt boyutu ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .272$), İyi Oluş ($p = .000$, $r = .256$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .221$), Duygusallık ($p = .002$, $r = .156$) ve Öz Kontrol alt boyutları arasında ($p = .001$, $r = .141$) düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HMDÖ-R Güven alt boyutu ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .287$), İyi Oluş ($p = .000$, $r = .258$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .206$), Duygusallık ($p = .000$, $r = .212$) ve Öz Kontrol ($p = .005$, $r = .139$) alt boyutları arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Erkek öğrencilerin HMDÖ-R toplam puan ortalamaları ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .570$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .512$) alt boyutları arasında yüksek düzeyde, İyi Oluş ($p = .000$, $r = .481$), Duygusallık ($p = .000$, $r = .413$), Öz Kontrol ($p = .001$, $r = .345$) alt boyutu arasında alt boyutları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HMDÖ-R Bakım alt boyutu puan ortalaması ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .538$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .503$) alt boyutları arasında yüksek düzeyde ve İyi Oluş ($p = .000$, $r = .461$), Duygusallık ($p = .000$, $r = .376$), Öz Kontrol alt boyutları arasında ($p = .001$, $r = .319$) orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HMDÖ-R Profesyonellik alt boyutu puan ortalaması ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .502$) alt boyutu arasında yüksek düzeyde, İyi Oluş ($p = .000$, $r = .408$), Duygusallık ($p = .000$, $r = .420$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .398$) alt boyutları arasında orta düzeyde ve Öz Kontrol alt boyutu arasında ($p = .004$, $r = .288$) düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HMDÖ-R Güven alt boyutu puan ortalaması ile DZÖÖ Toplam Duygusal Zekâ ($p = .000$, $r = .475$), İyi Oluş ($p = .000$, $r = .400$), Sosyallik ($p = .000$, $r = .466$), Duygusallık ($p = .002$, $r = .313$) ve Öz Kontrol ($p = .002$, $r = .318$) alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tartışma

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin DZÖÖ-KF toplam duygusal zekâ alt boyutu puan ortalaması 97.80 ± 14.53 olarak saptanmıştır. Talmana ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin emosyonel zekâsının orta düzeyde olduğu ve ders başarı durumlarını etkilediği saptanmıştır (23). Çalışmada ayrıca kız ve erkek öğrencilerin toplam duygusal zekâları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda duygusal zekâ açısından kadın ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir (3,24). Yapılan başka bir çalışmada ise kız öğrencilerin duygusal zekâ ölçeği puanları erkek öğrencilerden yüksek bulunmuştur (14). Ayrıca, çalışmada hemşirelik öğrencilerinin, HMDÖ-R puan ortalaması 107.09 ± 15.70 olup, kız öğrencilerin hemşirelik değerleri puan ortalamasının erkek öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerin hemşirelik değerleri ölçeği toplam ve bakım verme alt boyutu puan ortalamasının erkek öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, profesyonellik ve güven alt boyutlarının puan ortalamalarının da erkek öğrencilerden yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Karadağlı'nın (2016) çalışmasında da kız öğrencilerin profesyonel değerleri puan ortalaması erkek öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (25). Görüş ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında ise erkek hemşirelerin profesyonel değerler ölçeği puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Mesleki kıdem, uzmanlık alanının, pozisyonun, bekar olmanın, yüksek lisans yapmanın, dernek üyeliğinin, bilimsel toplantılara katılmanın ve profesyonel değerler konusunda eğitim almanın hemşirelerin profesyonel değerlerini etkilediği belirtilmiştir (13). Kız öğrencilerde hemşireliğin mesleki değerlerinin toplumsal roller, normlar, dini inanışlar vb. gibi diğer faktörlerden erkek öğrencilere göre daha fazla etkilenmiş olabileceği düşünülebilir.

Duygusal zekâ ölçeğinin alt boyutlarından iyi oluşluk alt boyutu puan ortalamasının kız öğrencilerde, erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Duygusal zekânın duyguları anlama ve kişisel gelişimi sağlamak için duyguları düzenleme yeteneği olduğu belirtilmektedir. İyi oluşluk alt boyutu kişinin kendini değerlendirmesiyle ilgili maddeleri içermektedir. Duygusal zekânın, kişilerin sadece başkalarıyla değil kendisi ile de ne kadar iyi ilişki kurduğunu belirleyen bir yetenek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca etkili liderlik davranışıyla da ilişkilendirilmiştir (26). Duygusal zekâ seviyesi yüksek hemşirelerin yoğun iş temposunda kendi ruh sağlıklarını koruyabildikleri ve hastalarına etkin ve kaliteli bakım verebildikleri

belirtilmektedir (27). Bu nedenle, iyi oluşluk alt boyutunun hemşireliğin mesleki değerlerini etkilediği düşünülmekte olup çalışma da ilgili alt boyutun hemşirelik mesleki değerleri üzerine orta düzeyde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Duygusal zekâ ölçeğinin alt boyutlarından öz kontrol alt boyutunun erkek öğrencilerde, kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Duygusal zekâ ölçeği kullanılarak yapılan hemşirelik çalışmalarında, duygusal zekânın stresle baş etme, iletişim ve etik muhakeme becerilerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (4-8). Duygusal zekânın hastalarla yaşanan olumsuzlukları olumlu duyguya dönüştürme becerisini ve kişisel güçlenmeyi artırdığı düşünülmektedir. Ayrıca duygusal zekânın bireyin kendi duygularını ve ilişkilerini yönetme yeteneğinin gelişmesine katkı sağladığı ifade edilmektedir (7). Hemşirelik mesleği değerlerinde ise insanların durumlar karşısında tutumlarının önemli yeri olduğu belirtilmektedir (28). Bu nedenle öz kontrolün hemşireliğin mesleki değerlerini etkilediği düşünülmekte olup çalışma da ilgili alt boyutun hemşirelik mesleki değerleri üzerine düşük düzeyde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Duygusal zekâ ölçeğinin alt boyutlarından duygusal alt boyutunun kız öğrencilerde, erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelik mesleğinde başkalarının duygularının farkında olmanın hasta bakımındaki önemi bilinmektedir. Duygusal zekânın bireylerin duygularını anlamasına, yönetmesine ve işlerini kontrol altına almasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (7,29). Duygusal zekânın mesleki doyum alma, stres seviyesi, tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkileri konusunda fikir birliği bulunmaktadır. Duygusal zekâ, hasta bakım kalitesini ve sonuçlarını, karar vermeyi, eleştirel düşünmeyi, hemşirelerin iyilik durumunu ve hemşirelik uygulamalarını geliştirebilmek için önemli bir kavram olarak görülmektedir (29). Hemşireliğin profesyonel değerlerinde ise hastalarla, meslektaşlarla, diğer ekip üyeleri ve toplumla etkileşimin önemli olduğu belirtilmektedir (17). Ayrıca hemşirelik mesleğinin en önemli değerlerinden biri insan onurunun korunmasıdır (7). İnsanlarla doğru etkileşim kurmanın ve onurlarını korumanın, onların duygularını doğru anlamakla ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmada hemşireliğin mesleki değerleri ile duygusal alt boyutunu arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir ilişki saptanmış olsa da bu ilişkinin farklı bir araştırma potansiyeli taşıdığı düşünülebilir.

Duygusal zekâ ölçeğinin alt boyutlarından sosyallik alt boyutunun erkek öğrencilerde, kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sosyallik alt boyutunun kendini ifade edebilme becerilerini sorgulayan maddelerden oluştuğu görülmektedir. Duygusal zekâ yüksek olan bireylerde kişiler arası etkileşim ve kendini ifade edebilme yeteneğinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Duygusal zekâ yüksek olan hemşirelerin sosyal becerilerinin ve bunun sonucunda problem çözme becerisinin de yüksek olmasının bakımın kalitesine yansıdığı ifade edilmektedir (13, 24, 29-31). Ancak hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada duygusal zekâ ile problem çözme becerileri arasında negatif yönde bir ilişki saptanmasına rağmen aynı zamanda sosyal olarak daha aktif olan öğrencilerin duygusal zekâlarının daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (5). Çalışmada sosyallik alt boyutu ile hemşirelerin mesleki değerleri alt boyutları arasında da düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu nedenle sosyal olarak daha aktif olan öğrencilerin hemşireliğin mesleki değerlerinin olumlu etkileneceği düşünülmektedir. Sosyallik becerinin yalnızca duygusal zekâ düzeyini değil meslekten doyum alma düzeyini de artıracığı ön görülmektedir (8).

Çalışma da meslekten doyum almayı önemli düzeyde etkileyen faktörlerden biri olan mesleği kendi isteği ile ve severek seçmenin duygusal zekâ puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Literatürde hemşirelik değerleri ile duygusal zekânın karşılaştırıldığı bir çalışmada hemşirelerin mesleklerini severek yapma durumlarının hemşirelik değerleri ve duygusal zekâ düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (15). Ancak çalışmamızda öğrencilerin hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeleri ve HMDÖ-R ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Öğrencilerin toplam duygusal zekâ alt boyutu puanlarının hemşirelik değerleri ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Orak Niksarlı'nın (2017) hastanede çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada da aynı sonuca ulaşılmıştır (15). Ayrıca çalışmamızda erkek öğrencilerin hemşirelik değerleri ölçeği toplam ve alt boyutlarının, duygusal zekâ ölçeği toplam duygusal zekâ alt boyutu ile yüksek diğer alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur. İlginç bir şekilde, kız öğrencilerin hemşirelik değerleri ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının, duygusal zekâ ölçeği toplam duygusal zekâ alt boyutu ile orta düzeyde, diğer alt boyutları ile düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkide olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgular erkek hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik değerlerinin duygusal zekâlarından kız öğrencilere göre daha yüksek düzeyde etkilendiğini göstermektedir. Görüş ve arkadaşlarının çalışmasında duygusal zekâ karşılaştırması yapılmasa da (2016) erkeklerin ve profesyonel değerler konusunda eğitim alanların profesyonel değerler ölçeği puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin aldıkları eğitimin duygusal zekâlarını ve dolayısıyla hemşirelik değerleri algılarını etkilediği düşünülmektedir. Orak Niksarlı'nın (2017) çalışmasında hemşirelerin duygusal zekâları arttıkça mesleki değerlerinin de güçlendiği sonucuna varılmıştır (17). Tüm bu bulgular sonucunda, öğrencilerin duygusal zekâlarının aldıkları eğitim ile gelişmesi sağlanabilirse hemşirelik değerleri ölçeğinin alt boyutları olan bakım verme, profesyonellik ve güven alt boyut becerilerinin de gelişeceği varsayımında bulunulabilmektedir. Bu sayede hemşirelik öğrencileri kendine güvenen ve güvenilen, otonomisi olan ve empati yapabilme becerilerine sahip, insanı bir bütün olarak görebilen profesyoneller olarak mezun olacaklardır. Hemşirelik mesleği gibi, duyguların önemli rol oynadığı mesleklerde, sadece teknik deneyim değil, psikoloji odaklı bakım, kendisinin ve bakım verdiği grubun duygularının farkında olunmasının yani empati yapmasının mesleğin gelişmesinde ve ilerlemesinde önemli rol oynayacağı belirtilmektedir (7). Bu nedenle duygusal zekâ, klinik karar verme, eleştirel düşünme, pratikte bilgi kullanımı ile hemşirelerin verdikleri bakımın kalitesini etkileyebilecek önemli bir özellik olarak kabul edilmektedir. Ayrıca duygusal zekânın yüksek olması ile iş performansı ve hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (29). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) hemşirelik mesleğinin en önemli değerinin sağlıklı/hasta bireyin esenliği olduğunu vurgulayarak, temel değerini yararlılık olduğunu kabul etmiştir (31). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinde duygusal zekânın yüksek olmasının hemşireliğin mesleki değerleri üzerine etkili olmasının önemli bir sonuç olduğu görülmektedir.

Kısıtlılıklar

Araştırma tek bir kurumda gerçekleştirildiği için sonuçları tüm hemşirelik öğrencileri için geçerli değildir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlerine göre duygusal zekâ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kız öğrencilerin erkeklere göre HMDÖ-R puanlarının daha yüksek olması mesleki değerlere uyumlarının daha güçlü olduğunu göstermiştir. Ancak erkek öğrencilerin hemşirelik değerlerinin duygusal zekâlarından kız öğrencilere göre daha yüksek düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha duygusal bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet farkı olmaksızın duygusal zekâ düzeyleri ile hemşirelik mesleği değerlerini algılarının doğru orantılı arttığı görülmüştür. Ayrıca hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet farkı olmaksızın mesleklerini sevenlerin duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olduğu ancak bu durumun hemşirelik mesleği değerlerini etkilemediği saptanmıştır. Bu durumun, hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâlarının mesleklerini sevmek yapmalarını sağlayacağını ve dolaylı olarak hasta bakım kalitesi ve memnuniyeti ile hemşirelerin mesleklerinden aldıkları doyumunu artıracığı düşünülmektedir. Ayrıca duygusal zekâ düzeyi yüksek olan öğrencilerin empati yapma, liderlik, iletişim, stresle başetme, problem çözme, eleştirel düşünme, öz kontrol ve iyi oluşluk hallerinin yüksek olması beklenmektedir. Hemşirelik eğitiminde, öğrencilerin duygusal zekâlarını artırıcı eğitim programları ve yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir.

Bilgilendirme




Yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: fikir ve kavram HO, HY; tasarım HY, HO; denetleme ve danışmanlık HO; veri toplama ve işleme HY; analiz ve yorum HY, EU, HO; kaynak taraması HY, EU, HO; makalenin yazımı HY, EU; eleştirel düşünme HY, HO. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.4.2017 Tarih 2017/08-17 karar numaralı etik kurul izni alınmıştır.

Kaynaklar

- Petrides KV, Fredericson N, Furnham A. The role of trait emotional Intelligence in academic performance and deviant behaviours at school. *Pers Individ Dif* 2004; 36(2): 277-293. doi: [10.1016/S0191-8869\(03\)00084-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00084-9)
- Petrides KV, Furnham A. Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *Eur J Pers* 2001;15(6): 425-448. doi:[10.1002/per.416](https://doi.org/10.1002/per.416)
- Salavera C, Usan P, Jaire L. Emotional intelligence and social skills on self-efficacy in Secondary Education students. Are there gender differences? *Journal of Adolescence* 2017;60(1):39-46. doi:[10.1016/j.adolescence.2017.07.009](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.07.009)
- Cerit B, Öz F. Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile iletişim becerileri arasındaki ilişki. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 2019;4(1):1-21. doi: [10.25279/sak.459199](https://doi.org/10.25279/sak.459199).
- Köşgeroğlu N, Balcı Alparslan G, Babadağ B, Öztürk B, Ünver G. Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâ düzeyleri ve problem çözüme becerileri. *JSHSR* 2020;7(56):1969-1977.
- Soylu P, Yılmaz M. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile stresle baş etme tarzları arasındaki ilişki. *Sağlık ve Toplum* 2017; 27(3):38-47.
- Parsa Yekta Z, Mahbobeh A. Concept analysis of emotional intelligence in nursing. *Nurs Pract Today* 2015;2(4):158-163.
- White DE, Grason S. The importance of emotional intelligence in nursing care. *J Comp Nurs Res Care* 2019;4:152. doi: [10.33790/jcnrc1100152](https://doi.org/10.33790/jcnrc1100152)
- Çankaya M, Eriş H. Hemşire ve ebelerin duygusal zekâ düzeylerinin tespitine yönelik bir çalışma. *ESoDer* 2020;19(74):656-664. doi:[10.17755/esosder.567278](https://doi.org/10.17755/esosder.567278)
- Acaroğlu R. Revize edilen hemşirelerin mesleki değerleri ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği. *FN Hem Derg* 2014; 22(1):8-16.
- Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. 1. Basım. Ankara Alter Yayıncılık; 2010.
- Orak NŞ, Alpar ŞE. Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeğinin, geçerlik güvenilirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012;2(1):22-31.
- Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *J Psychiatr Nurs* 2014;5(3):137-142.
- Sevindik F, Uncu F, Güneş Dağ D. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin duygusal zekâ düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *FÜ Sağ Bil Tıp Derg* 2012; 26(1): 21-26.
- Orak Niksarlı E. Hemşirelikte mesleki değerler ve duygusal zekâ ilişkisinin incelenmesi. *TC. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2017:97.*
- Çolak Okumuş D, Uğur E. Hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017;(2):104-109.
- Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;15(4):275-282.
- Petrides K V, Furnham A. On the dimensional structure of emotional intelligence. *Pers Individ Dif* 2000;29:313-320.
- Deniz ME, Özer E, Işık E. Duygusal zekâ özelliği ölçeği- kısa formu: geçerlik güvenilirlik çalışması. *Education and Science* 2013;69(38):407-419.
- Petrides KV. Technical Manual for the Trait Emotional Intelligence Questionnaires (TEIQue). 1. Edition. London Psychometric Laboratory; 2009: 2-24.
- Petrides KV, Vernon PA, Schermer JA, Ligthart L, Boomsma DI, Veselka L. Relationships between trait emotional intelligence and the big five in the Netherlands. *Pers Individ Dif* 2010;48(8):906-910.
- Weis D, Schank MJ. Development and psychometric evaluation of the nurses professional values scale-revised. *J Nurs Meas* 2009;17(3): 221-231.
- Talmana K, Huplia M, Rankinb R, Engblomc J, Haavistoa E. Emotional intelligence of nursing applicants and factors related to it: A cross-sectional study. *Nurse Education Today* 2020;85(February):104271.doi:[10.1016/j.nedt.2019.104271](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104271)
- Heydari A, Kareshki H, Reza Armat M. Is nurses' professional competence related to their personality and emotional intelligence? A cross-sectional study. *J Caring Sci* 2016;5(2): 121-132. doi: [10.15171/jcs.2016.013](https://doi.org/10.15171/jcs.2016.013).
- Karadağlı F. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2016;9(2):81-91.
- Carragher J, Gormley K. Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *J Adv Nurs* 2017;73(1):85–96. doi: [10.1111/jan.13141](https://doi.org/10.1111/jan.13141).
- Culha Y, Acaroğlu R. The relationship amongst student nurses' values, emotional intelligence and individualised care perceptions. *Nurs Ethics* 2019, Vol. 26(7-8) 2373–2383. doi: [10.1177/0969733018796682](https://doi.org/10.1177/0969733018796682)
- Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Nouri JM. Factors influencing development of professional values among nursing students and instructors: A Systematic Review. *Global J Health Sci* 2015; 7(2): 284-93. doi:10.5539/gjhs.v7n2p284
- Raghuir AE. Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences* 2018;5(2):126-130, doi: [10.1016/j.ijnss.2018.03.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004)
- Altıok MY, Özer S, Nacar H, Yaman Z, Sungur MA. Klinikte hemşirelerde duygusal zekâ: nitel ve nicel verilerle mersin örneği. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2015;8(2):48-59.
- International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics. Second Edition. ICN. Geneva. Switzerland; [online] 2012:1-10. URL: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf. 10 Haziran 2020

ARAŞTIRMA MAKALESİ

4-36 Ay Arası Bebeklerin Diş Çıkarma Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Annelerin Yaptıkları Uygulamalar

 Zeynep ERKUT¹,  Selmin KÖSE²,  Fatma DUMANDAĞ³

¹Dr. Öğr. Üyesi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik (İngilizce) Bölümü, İstanbul

²Dr. Öğr. Üyesi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

³Uzm. Hemşire Kumkapı Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

Öz

Giriş: Diş çıkarma, bütün bebeklerin yaşadığı fizyolojik bir süreçtir. Bu süreçte birçok lokal ve sistemik semptom görülmektedir. **Amaç:** Araştırma, 4-36 ay arası bebeklerin diş çıkarma sürecinde yaşadıkları sorunları ve annelerin sorunlarla baş etmek için yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma 30 Ekim 2020-10 Ocak 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini bu merkeze kayıtlı 145 bebeğin annesi oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan 'Anket Formu' aracılığıyla toplandı. Verilerin analizi SPSS 22.0 programında yapıldı. **Bulgular:** Bebeklerin ortalama diş çıkarma zamanının 7.55 ± 2.24 (min=4; max=18) ay olduğu bulundu. Bebeklerin çıkan ilk dişinin, sağ alt ön kesici diş (%49.0) olduğu, bunu sol alt ön kesici dişin (%32.4) izlediği saptandı. Diş çıkarma sırasında bebeklerin çoğunun (%95.9) en az bir sorun yaşadığı ve en fazla görülen sorunların huzursuzluk (%76.6), diş etlerinde kızarıklık ve kaşıntı (%64.8), ısırma ve çiğnemede artış (%55.2), salyada artış (%52.4), uykusuzluk (%49.7) ve ateş (%48.3) olduğu saptandı. Bu sorunlara yönelik annelerin en fazla yaptıkları uygulamaların: çiğnemesi için yiyecek verme (%71.0), diş kaşıma halkası verme (%60.0), diş jeli sürme (%43.4), hekimin önerdiği ağrı kesici ilaç verme (%35.9), diş etine masaj yapma (%34.5) olduğu bulundu. **Sonuç:** Annelerin tamamına yakını diş çıkma sürecinde bebeklerinin sorun yaşadığını belirtmektedir. Hemşireler tarafından bu sorunlara yönelik uygun yöntemlerin seçilmesi konusunda ebeveynlere bilgi verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Diş Çıkarma, Bebek, Anne, Hemşire.

Abstract

Problems Experienced by Babies Between 4-36 Months During Teething Process and the Practices Made by Mothers

Background: Teething is a physiological process that all babies experience. Many local and systemic symptoms are seen in this process. **Objective:** The study was carried out to determine the problems experienced by babies between 4-36 months during the teething process and the practices of mothers to cope with the problems. **Methods:** The descriptive and cross-sectional study was conducted between 30 October 2020-10 January 2021 in a Family Health Center in Istanbul. The sample of the study was the mothers of 145 babies registered in this center. The data were collected through the 'Questionnaire Form' prepared by the researchers as a result of the literature review. Data analysis was done in SPSS 22.0 program. **Results:** It was found that the mean eruption time of babies was 7.55 ± 2.24 (min = 4; max = 18) months. It was determined that the first tooth of the babies erupted was the right lower anterior incisor (49.0%), followed by the left lower anterior incisor (32.4%). It was found that most babies (95.9%) had at least one problem during teething and the most common problems were restlessness (76.6%), redness and itching of the gums (64.8%), increased biting and chewing (55.2%), increased salivation (52.4%), sleeplessness (49.7%) and fever (48.3%). It was found that the most common practices of mothers for these problems were giving food to chew (71.0%), giving teething ring (60.0%), applying dental gel (43.4%), giving pain medication recommended by the physician (35.9%), and massaging the gums (34.5%). **Conclusion:** Almost all mothers stated that their babies have problems during the teething process. Parents should be informed about the selection of appropriate methods for these problems by the nurses.

Key Words: Tooth Eruption, Infant, Mother, Nurse.

Geliş Tarihi / Received: 26.01.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 18.06.2021

Correspondence Author: Zeynep ERKUT, Dr. Öğr. Üyesi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik (İngilizce) Bölümü, İstanbul, Türkiye. Telefon: +90 444 8 276, E-posta: zerkut@biruni.edu.tr

Cite This Article: Erkut Z, Köse S, Dumandağ F. 4-36 Ay Arası Bebeklerin Diş Çıkarma Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Annelerin Yaptıkları Uygulamalar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 232- 239



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Cağzında ilk süt dişinin çıkması çocuğun yaşamında bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir (1). Toplam 20 adet olan süt dişleri doğumdan 4-10 ay sonra çıkmaya başlar ve 30-36. aylar arasında tamamlanır (2, 3). Dişler genellikle önden arkaya, aşağıdan yukarıya doğru çıkmaktadır (4). Diş gelişimi bireysel farklılıklar gösterir ve bu gelişim birçok faktörden etkilenir. Bu faktörler arasında genetik özellikler, prenatal ve maternal faktörler, hormonlar, sistemik hastalıklar, cinsiyet, beslenme, prematürite, sosyoekonomik durum, iklim ve pasif sigara içiciliği gibi özellikler bulunmaktadır (3, 5, 6, 7). Diş çıkarma, bütün çocuklar için normal gelişimsel bir süreçtir (7). Ancak 5000 yıldan fazla süredir, birçok kültür tarafından bu doğal süreç, bebeklerde ve küçük çocuklarda çeşitli sağlık sorunlarının nedeni olarak görülmüştür (8). Çünkü diş çıkarma sürecine eşlik eden birçok lokal ve sistemik semptom vardır. Bu semptomlar arasında ateş, huzursuzluk, uykusuzluk, salyada artış, diş etlerinde kızarıklık ve kaşıntı, ısırma ve çiğneme artışı, iştah azalma, emme isteğinde artış, ishal, kabızlık, kulakta kaşıntı, burun akıntısı, burun tıkanıklığı, öksürük, bez bölgesinde kızarıklık, pişik, döküntü, yüzde veya vücutta kızarıklık bulunmaktadır (8-14). Diğer taraftan bu belirtilerin diş çıkarmaya özgü olduğunu gösteren hiçbir bilimsel kanıt yoktur (12).

Diş çıkarma süreci aile açısından oldukça zor geçen bir dönemdir ve çoğu ebeveyn için endişe kaynağıdır (3). Ebeveynler diş çıkarma sürecinde çocuklarının yaşadıkları problemlerin dişlerden mi yoksa daha ciddi bir sağlık probleminden mi kaynaklandığına yönelik yoğun endişe yaşamaktadır (8). Bu endişeleri nedeniyle genellikle farmakolojik veya farmakolojik olmayan birçok yöntem kullanılmaktadır (12). Literatürde ebeveynlerin çocuklarının diş çıkarma sürecinde yaşadıkları sorunlarla baş etmek için diş jeli sürme, diş kaşıma halkası kullanma, diş etine masaj yapma, ağrı kesici verme, antibiyotik verme, doğal bitkisel ürün verme, çiğnemesi için yiyecek verme, emzirme sıklığını artırma, emzik verme, amber (kehribar) taşlı kolye veya bileklik takma gibi çeşitli yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (3, 4, 8, 10-12, 15). Çocuk sağlığı alanında çalışan hemşireler aile açısından oldukça zorlu geçen diş çıkarma sürecinde ebeveynlere rehberlik etmeli, kullandıkları farmakolojik veya farmakolojik olmayan yöntemleri belirleyerek diş çıkarma sürecinde çocukların yaşadıkları problemleri azaltmaya yönelik uygun girişimler hakkında ebeveynleri bilgilendirmelidir (4, 7).

Amaç

Bu araştırmanın amacı 4-36 ay arası bebeklerin diş çıkarma sürecinde yaşadıkları sorunları ve annelerin bu sorunlarla baş etmek için yaptıkları uygulamaları belirlemektir.

Araştırma Soruları

- 4-36 arası bebeklerin diş çıkarma sürecinde yaşadıkları sorunlar nelerdir?
- Anneler diş çıkarma sürecinde çocuklarının yaşadıkları sorunlara yönelik hangi uygulamaları kullanmaktadır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Nicel olarak tasarlanan bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Bu araştırma İstanbul ilinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi'nde 30 Ekim 2020-10 Ocak 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 4-36 ay arası 354 bebek ve anneleri oluşturdu. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; annenin araştırmaya katılmaya gönüllü olması, bebeğin 4-36 ay arasında olması, bebeğin en az bir dişinin çıkması, annenin soruları anlayacak ve yanıt verecek düzeyde Türkçe bilmesi ve annenin soruları yanıtlayacak zihinsel yeterliliğe sahip olmasıdır. Araştırmaya dahil edilecek katılımcı sayısının belirlenmesinde evreni bilinen örneklem yöntemi kullanıldı. Örneklem sayısı %95 güven aralığında, p (incelenen olayın gerçekleşme olasılığı) = 0.8 olarak kabul edilerek $\pm\%5$ örnekleme hatası için 145 bebek ve annesi olarak hesaplandı. Örneklem seçimi basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapıldı. Bu doğrultuda araştırmaya dahil edilecek bebekler kura çekme yöntemiyle belirlendi. Araştırma 145 bebek ve annesi ile gerçekleştirildi.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür taraması (1-4, 10) sonucu hazırlanan "Anket Formu" aracılığıyla toplandı. Anket formu bebeğin ve ailenin sosyo-demografik özelliklerini, bebeklerin diş çıkarma sürecinde yaşadıkları sorunları ve annelerin bu sorunlara yönelik yaptıkları uygulamaları sorgulayan 22 çoktan seçmeli ve 15 açık uçlu olmak üzere toplam 37 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan araştırmacılardan biri tarafından toplandı. Haftanın beş günü (pazartesi-cuma günleri arası) 08:30-16:30 saatleri arasında araştırmanın yapıldığı merkeze gelen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan annelere araştırma hakkında bilgi verilerek, yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Anketin doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında, IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı ile değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin iki grup arası karşılaştırması için Student t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < .05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul onayı (Tarih/Sayı:30.10.2020/2020-44-14) ve araştırmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezi'nden kurum izni alındı. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmacı tarafından annelere bireysel bilgilerinin korunacağı belirtildi ve gönüllük ilkesi doğrultusunda sözel ve yazılı onamları alındı. Ayrıca makalede, araştırma ve yayın etiğine uyuldu.

Bulgular

Araştırmaya alınan bebeklerin gestasyon hafta ortalamasının 38.49 ± 1.42 hafta, doğum ağırlığı ortalamasının 3195.65 ± 501.78 gram, doğum boyu ortalamasının 49.82 ± 3.16 cm olduğu bulundu. Bebeklerin %51.0'inin erkek olduğu, bebeklerin %57.9'unun sezeryan doğum ile dünyaya geldiği saptandı. Annelerin yaş ortalamasının 29.19 ± 5.42 yıl, %36.6'sının ilköğretim mezunu olduğu ve %78.6'sının çalışmadığı belirlendi. Babaların yaş ortalamasının 33.08 ± 5.56 yıl, %33.1'inin ilköğretim, %33.1'inin üniversite mezunu olduğu ve %86.2'sinin çalıştığı bulundu. Annelerin %15.9'unun, babaların %49.7'sinin sigara içtiği, ailelerin %82.1'inin çekirdek aile olduğu, %69.2'sinin 1 ya da 2 çocuğu olduğu ve %47.6'sının gelirinin giderinden az olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N= 145)

Tanıtıcı Özellikler		Ortalama \pm SS	
Gestasyon haftası		38.49 \pm 1.42	
Doğum ağırlığı (gram)		3195.65 \pm 501.78	
Doğum boyu (cm)		49.82 \pm 3.16	
Anne yaşı		29.19 \pm 5.42	
Baba yaşı		33.08 \pm 5.56	
		n	%
Cinsiyet	Kız	71	49.0
	Erkek	74	51.0
Doğum şekli	Normal	61	42.1
	Sezeryan	84	57.9
Anne çalışma durumu	Evet	31	21.4
	Hayır	114	78.6
Anne eğitim durumu	Okur yazar değil	15	10.3
	Okur yazar	6	4.1
	İlköğretim	53	36.6
	Lise	27	18.6
	Üniversite	44	30.3
Baba çalışma durumu	Evet	125	86.2
	Hayır	20	13.8
Baba eğitim durumu	Okur yazar değil	16	11.0
	Okur yazar	4	2.8
	İlköğretim	48	33.1
	Lise	29	20.0
	Üniversite	48	33.1
Anne sigara içme durumu	Evet	23	15.9
	Hayır	122	84.1
Baba sigara içme durumu	Evet	72	49.7
	Hayır	73	50.3
Aile Tipi	Çekirdek aile	119	82.1
	Geniş aile	26	17.9
Ailedeki çocuk sayısı	1-2	101	69.2
	3-4	33	22.6
	5 ve üzeri	11	7.5
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	69	47.6
	Gelir gidere denk	61	42.1
	Gelir giderden fazla	15	10.3

Bebeklerde ilk çıkan dişinin %49.0 oranında sağ alt ön kesici dişin olduğu, bunu %32.4 oranı ile sol alt ön kesici dişin takip ettiği bulundu. Bebeklerin ek gıdaya başlama zaman ortalamalarının 6.55 ± 2.33 ay olduğu ve %89.7'sinin D vitamini kullandığı tespit edildi. Annelerin %62.8'inin diş çıkarma süreci ile ilgili bilgi almadığı ve %39.3'ünün bebeği için diş kutlaması yaptığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Diş Çıkarma Süreci ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N= 145)

Özellikler	n	%	
İlk çıkan diş	Alt ön kesici dişi (sağ)	71	49.0
	Alt ön kesici dişi (sol)	47	32.4
	Üst ön kesici dişi (sağ)	23	15.9
	Üst ön kesici dişi (sol)	4	2.8
Diş çıkarma süreci ile ilgili bilgi alma	Evet	54	37.2
	Hayır	91	62.8
D vitamini kullanma	Evet	130	89.7
	Hayır	15	10.3
Diş kutlaması yapma	Evet	57	39.3
	Hayır	88	60.7
Ortalama ± SS			
Ek gıdaya başlama zamanı (ay)	6.55 ± 2.33		

Bebeklerin ilk dişlerini 4-18 ay arasında çıkardığı, bebeklerin ortalama diş çıkarma zamanının 7.55 ± 2.24 ay olduğu bulundu. Araştırmamızda erkeklerde diş çıkarma zamanının (7.34 ± 2.11) kızlarda diş çıkarma zamanına (7.76 ± 2.3) göre daha erken olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.410$). Araştırmamıza katılan bebeklerin %95.9'unun ($n=139$) diş çıkarma sürecinde en az bir sorun yaşadığı bulunmuş olup, yaşanan sorunlar Tablo 3'te verildi. Bebeklerin diş çıkarma sürecinde en fazla yaşadıkları sorunların; huzursuzluk (%76.6), diş etlerinde kızarıklık, kaşıntı (%64.8), ısırma ve çiğnemede artış (%55.2), salyada artış (%52.4), uykusuzluk (%49.7), ateş (%48.3), iştahta azalma (%35.2), kulakta kaşıntı, kulağı ovma veya çekme (%29.0), ishal (%28.3), pişik (%28.3) ve emme isteğinde artış (%27.6) olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Bebeklerin Diş Çıkarma Sürecinde Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N= 145)

Sorunlar*	n	%
Huzursuzluk	111	76.6
Diş etlerinde kızarıklık, kaşıntı	94	64.8
Isırma ve çiğnemede artış	80	55.2
Salyada artış	76	52.4
Uykusuzluk	72	49.7
Ateş	70	48.3
İştahta azalma	51	35.2
Kulakta kaşıntı, kulağı ovma veya çekme	42	29.0
Pişik	41	28.3
İshal	41	28.3
Emme isteğinde artış	40	27.6
Burun tıkanıklığı	22	15.2
Bez bölgesinde kızarıklık	20	13.8
Konstipasyon	17	11.7
Burun akıntısı	15	10.3
Öksürük	11	7.6
Kusma	9	6.2

*Birden çok yanıt verilmiştir.

Annelerin diş çıkarma sürecinde bebeklerinin yaşadıkları sorunlara yönelik en fazla yaptıkları uygulamaların; çiğnemesi için yiyecek verme (%71.0), diş kaşıma halkası verme (%60.0), diş jeli sürme (%43.4), hekimin önerdiği ağrı kesici ilaç verme (%35.9), diş etine masaj yapma (%34.5), emzirme sıklığını artırma (%30.3) ve emzik verme (%28.3) olduğu belirlendi (Tablo 4). Araştırmaya katılan annelerin %47,6'sı ($n=69$) yaptıkları bu uygulamaların bebeklerinin yaşadıkları sorunları azalttığını ifade etti.

Tablo 4. Annelerin Diş Çıkarma Sürecinde Bebeklerinin Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Uygulamalarının Dağılımı (N=145)

Uygulamalar*	n	%
Çiğnemesi için yiyecek (havuç, pırasa, yeşil soğan vb.) verdim.	103	71.0
Diş kaşıma halkası verdim.	87	60.0
Diş jeli sürdüm.	63	43.4
Hekimin önerdiği ağrı kesici ilaç verdim.	52	35.9
Diş etine masaj yaptım.	50	34.5
Emzirme sıklığını artırdım.	44	30.3
Emzik verdim.	41	28.3
Kehribar taşlı kolye, bileklik taktım.	21	14.5
Doğal bitkisel ürün verdim.	12	8.3
Hekimin önerdiği antibiyotik verdim.	7	4.8

*Birden çok yanıt verilmiştir.

Tartışma

Bebeklerin süt dişleri genellikle doğumdan 4-10 ay sonra çıkmaya başlar (16). Araştırmamızda bebeklerin ilk dişlerini 4-18 ay arasında çıkardığı, bebeklerin ortalama diş çıkarma zamanının 7.55 ± 2.24 ay olduğu bulundu. Kılınc ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada bebeklerin süt dişi çıkarma zamanının 3 ay-13 ay arasında değişmekte olup, ortalamasının 7.7 ± 2.0 ay olduğu bulunmuştur (3). Baykan ve ark.'ı (2004) ilk süt dişini çıkarma zamanını 7.4 ± 2.0 ay; Un Lam ve ark.'ı (2016) 8.5 ± 2.6 ay; Plutzer ve ark.'ı (2012) 7.1 ± 2.3 ay; Mohammed ve ark.'ı (2012) 7.5 ± 2.0 ay; Kariya ve ark.'ı (2018) 8.15 ± 1.69 ay olarak bulmuşlardır (2, 5, 9, 13, 17). Prenatal, perinatal, postnatal dönemlerdeki birçok endojen ve eksojen faktörler diş çıkarma zamanını etkilemektedir (7). Literatürde her ne kadar diş çıkarma zamanı bazı faktörlere göre değişiklik gösterse de yapılan çalışmalarda bebeklerin ilk dişini çıkarma zamanı benzer bulunmuştur.

Araştırmamızda erkeklerde (7.34 ± 2.11) diş çıkarma zamanının kızlara (7.76 ± 2.3) göre daha erken olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p = .410$). Araştırmamıza benzer şekilde Baykan ve ark.'ı (2004) bebeklerin cinsiyetine göre diş çıkarma zamanının değişmediğini bulmuştur (2). Diğer taraftan bazı çalışmalarda (3, 17, 18) erkek çocuklarda kız çocuklarına göre dişlerin daha erken çıktığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmalardaki sonuçların benzer olmaması çalışmaların farklı ülkelerde ve farklı örneklem gruplarında yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda bebeklerin ilk çıkan dişinin daha yüksek oranda alt ön kesici dişlerin (sağ=%49.0; sol=%32.4) olduğu bulunmuştur. Baykan ve ark.'ı (2004) çalışmalarında ilk çıkan dişin %86 oranında alt ön kesici dişler olduğunu saptamıştır (2). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da bebeklerin ilk çıkan dişlerinin alt ön kesici dişler (sağ=%60.5; sol=%26.1) olduğu belirlenmiştir (3). Kariya ve ark.'ı (2018) çalışmalarına katılan bebeklerin alt ön kesici dişlerinin daha erken (8.30 ± 1.06 ay) çıktığını saptamıştır (17). Araştırma sonucumuz literatür (2, 3, 17) ile benzerlik göstermektedir.

Ebeveynler diş çıkarmayı çocuğun büyümesinde ve gelişmesinde önemli bir olay olarak görmektedir (19). Bu önemli olay ülkemizin çeşitli bölgelerinde 'diş bulguru, diş buğdayı, diş hediği, diş aşısı' gibi çeşitli isimler ile kutlanmaktadır. Bu kutlamanın temel amacı bebeğin gelişim evrelerinden birini gerçekleştirdiğini duyurmak, bu sevinci akraba ve dostlarla paylaşmaktır (20). Bu doğrultuda araştırmaya katılan annelerin %39.3'ünün bebeği için diş kutlaması yapmasının, toplumsal olarak diş çıkarmaya yüklenen anlamlar ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Diş çıkarma, süt dişlerinin belirli sırayla diş etini yararak ağız boşluğunda belirlediği doğal ve fizyolojik bir süreçtir (5). Diş çıkarma, bebeğin gelişiminin normal bir parçası olmasına rağmen bu sürece birçok lokal ve sistemik semptom eşlik etmektedir (7). Araştırmamıza katılan annelerin çoğunluğu (%95.9) bebeklerinin diş çıkarma sürecinde en az bir sorun yaşadığını belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan iki çalışmada bu oran benzer şekilde %98.8 olarak bulunmuştur (2,3). Memarpour ve ark.'ı (2015) tarafından yapılan çalışmada bebeklerin neredeyse tamamında (%99.2) diş çıkarma sırasında en az bir semptom yaşandığı tespit edilmiştir (21). Brezilya'da yapılan bir çalışmada bebeklerin %91.9'unda diş çıkarma sırasında en az bir semptom görüldüğü belirtilmiştir (22). Etiyopya'da yapılan bir çalışmada annelerin %91.6'sı diş çıkarma sırasında bebeklerinin çeşitli semptomları olduğunu belirtmiştir (23). Geniş örneklemlilerde ise diş çıkarma semptomlarının çocukların %80.9'unu etkilediği saptanmıştır (24). Bir çalışmada diş çıkarma sürecinde olan 126 bebeğin %79.9'unda en az bir semptom olduğu bulunmuştur (25). Feldens ve ark.'ı (2010) tarafından yapılan çalışmada ise diş çıkarma sırasında bebeklerin sorun yaşama oranı %73 bulunmuş olup (26), araştırmamıza ve diğer araştırmalara göre daha düşük bulunmuştur.

Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) diş çıkarma sırasında diş etinde hassasiyet, huzursuzluk ve salyada artışın görülebileceğini belirtmektedir (27). Araştırmamızda da bebeklerde diş çıkarma sırasında ilk sıralarda huzursuzluk (%76.6), diş etlerinde kızarıklık, kaşıntı (%64.8) ve salyada artış (%52.4) görülmekle birlikte; ısırma ve çiğnemede artış, uykusuzluk, ateş, iştahsızlık ve ishal gibi lokal veya sistemik birçok sorun olduğu belirlenmiştir. Literatürde bebeklerin benzer sorunlar yaşadığını gösteren çalışmalar vardır (1-3, 9, 11-13, 15, 21-26, 28, 29). Diş çıkarma fizyolojik bir süreç olmasına rağmen, diş çıkarma ile çocukta semptomların başlaması arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bazı araştırmacılar, lokal ve sistemik bulgular ile diş çıkarma arasında bir ilişki olduğuna inanırken, diğerleri diş çıkarmayı herhangi bir sorunla ilişkili olmaksızın fizyolojik bir süreç olarak kabul eder (19, 24). Literatürde diş çıkarma sırasında bebeklerin sorun yaşaması ile ilgili kesin bir görüş olmasa da araştırmamızda ve araştırmamıza benzer diğer çalışmalarda (1-3, 9, 11-13, 15, 21-26, 28, 29), anneler

bebeklerinin diş çıkarma sürecinde lokal veya sistemik birçok sorun yaşadığını belirtmişlerdir.

Bebeklerin diş çıkarma süreci ebeveynler için stresli ve zor geçen bir dönem olabilir (16). Bu nedenle ebeveynler diş çıkarma sürecinde bebeklerini rahatlatmak için çeşitli yöntemlere başvurmaktadır (4). AAPD diş çıkarma sırasında bebeklerin yaşadıkları sorunları yönetmek için oral analjezikleri ve soğuk diş kaşıma halkalarını önerirken; güçlü toksisite özellikleri nedeniyle reçetesiz satılan diş jelleri gibi topikal anesteziikleri önermemektedir (27). Araştırmamızda annelerin diş çıkarma sürecinde bebeklerinin yaşadıkları sorunlara yönelik en fazla yaptıkları uygulamaların; çiğnemesi için yiyecek verme (%71.0), diş kaşıma halkası verme (%60.0), diş jeli sürme (%43.4), hekimin önerdiği ağrı kesici ilaç verme (%35.9), diş etine masaj yapma (%34.5), emzirme sıklığını artırma (%30.3) ve emzik verme (%28.3) olduğu belirlenmiştir. Bu yöntemlerden bebeğe çiğnemesi için yiyecek verme oranı yüksek bulunmuş olup, aspirasyon riski açısından bu tür yiyeceklerin ebeveyn gözetiminde verilmesi ebeveyn eğitiminde vurgulanmalıdır. Araştırmamıza benzer şekilde diğer çalışmalarda (1-3, 9-12, 15, 23, 25, 26, 30) anneler tarafından diş çıkarma sürecinde bebeklerinin sorunları ile başa çıkmak için yüksek oranda farmakolojik veya farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Başka çalışmalarda (1-3, 9, 10, 12, 15, 25, 26, 30) olduğu gibi araştırmamızda da AAPD'nin önermediği diş jelinin anneler tarafından yüksek oranda tercih edilen bir uygulama olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda özellikle ülkemizde son dönemde kullanımı yaygınlaşan kehribar taşı kullanım oranı %14.5 bulunmuştur. Daha önce yapılmış çalışmalarda ebeveynlerin diş çıkarma sorunlarını yönetmek için kehribar taşı kullanımının sorgulanmadığı görülmektedir. Bunun nedeninin son zamanlarda sosyal medyanın da etkisiyle kehribar taşının diş çıkarma ile ilgili bebeklerin şikayetlerini azalttığına yönelik düşüncenin ebeveynler arasında popülerite kazanmış olması olabilir. Ancak kehribar taşının bazı bebeklerde çeşitli dermatolojik sorunlara yol açabileceği, kehribar taşı kolyenin bazı bebeklerde koparak tanelerinin aspirasyonu nedeniyle, bazı bebeklerde de boğazını sıkması nedeniyle boğulmalara sebep olabileceği belirtilmektedir (31). Bu bilgiler ışığında ebeveynler tarafından diş çıkarma sürecinde bebeklerin sorunları ile başa çıkmada bebeklerin sağlığına zarar vermeyecek, güvenli yöntemlerin seçilmesi önem kazanmaktadır. Hemşireler tarafından yapılacak bilgilendirmeler ile uygun olmayan yöntemlerin anneler tarafından kullanılması önlenabilir.

Araştırmaya katılan annelerin %47,6'sı yaptıkları uygulamaların bebeklerinin yaşadıkları sorunları azalttığını ifade etmiştir. Randomize kontrollü bir çalışmada diş çıkarma sırasında bebeklerin yaşadıkları semptomları azaltmak için en etkili yöntemlerin diş kaşıma halkası verme, kucağa alma ve diş etine masaj yapma olduğu bulunmuştur (21). Diş kaşıma halkası, emzik, diş etine masaj gibi uygulamaların diş etindeki duyuşal reseptörlere baskı yaparak ağrıyı azalttığı düşünülmektedir (8). Bu noktada araştırmamızda çiğnemesi için yiyecek verme, diş kaşıma halkası verme, diş etine masaj yapma annelerin en çok tercih ettiği uygulamalar arasında yer alması nedeniyle annelerin neredeyse yarısı kullandıkları yöntemlerin etkili olduğunu belirtmiş olabilir.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıklarından birisi tek merkezde yapılması nedeniyle örneklem boyutunun küçük olmasıdır. Bu nedenle bulgular bu araştırmanın örneklem sayısı dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Diğer taraftan bu araştırma, gelecekte daha büyük örneklem gruplarında yapılacak çalışmalar için bir temel oluşturabilir. Bebeğin diş çıkarma sırasında yaşadığı sorunları yönetmek için anneler tarafından kullanılan yöntemlerin etkinliğinin ayrı ayrı sorgulanması çalışmanın diğer bir sınırlılığıdır. Bu doğrultuda gelecek araştırmalarda her bir yöntemin etkinliğinin ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırmamıza katılan annelerin tamamına yakını diş çıkarma sürecinde bebeklerinin en az bir sorun yaşadığını belirtmektedir. Stres oluşturan bu süreçte ebeveynler bebeklerinin sorunlarını çözmek için birçok farklı uygulamaya başvurmaktadır. Bu noktada hemşireler tarafından bebeğin sağlığına zarar vermeyecek, uygun, güvenli ve AAPD gibi önemli kuruluşların önerdiği yöntemlerin seçilmesi konusunda ebeveynlere bilgi verilmelidir. Bu doğrultuda koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ebeveynlere yönelik eğitim programları planlanabilir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: fikir ve kavram ZE, SK; tasarım ZE, SK, FD; denetleme ve danışmanlık SK; veri toplama ve işleme SK, FD; analiz ve yorum ZE, SK; kaynak taraması ZE, SK; makalenin yazımı ZE, SK; eleştirel düşünme ZE, SK. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (30.10.2020 tarihli ve 2020-44-14 sayılı karar).



Kaynaklar

1. Elbur AI, Yousif MA, Albarraq AA, Abdallah MA. Parental knowledge and practices on infant teething, Taif, Saudi Arabia. *BMC Res Notes* 2015;8(699):1-6.
2. Baykan Z, Sahin F, Beyazova U, Özçakar B, Baykan, A. Experience of Turkish parents about their infants' teething. *Child Care Health Dev* 2004;30(4):331-336.
3. Kılınc G, Edem P, Günay T, Aydın A, Halıcıoğlu O, Sevinç N. Annelerin çocuklarının süt dişlerinin sürmesi ile ilgili şikâyet ve yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2015;21(2):90-94.
4. Çelen R, Taş Arslan F. Bebeklerde diş çıkarma süreci ve bu süreçte karşılaşılan sorunlara yönelik uygulamalar. *Güncel Pediatri* 2018;16(2):181-186.
5. Un Lam C, Hsu CS, Yee R, Koh D, Lee YS, Chong MF ve ark. Influence of metabolic-linked early life factor on the eruption timing of the first primary tooth. *Clin Oral Investig* 2016;20(8):1871-1879.
6. Zaidi I, Thayath MN, Singh S, Sinha A. Preterm birth: a primary etiological factor for delayed oral growth and development. *Int J Clin Pediatr Dent* 2015;8(3):215-219.
7. Arıkan D, Bekar P. Çocukların diş çıkarma ağrısında yapılan uygulamalar ve hemşirenin rolü. *GÜSBD* 2020;9(1):44-47.
8. Ispas RS, Mahoney EK, Whyman RA. Teething signs and symptoms: persisting misconceptions among health professionals in New Zealand. *N Z Dent J* 2013;109(1):2-5.
9. Plutzer K, Spencer AJ, Keirse MJNC. How first-time mothers perceive and deal with teething symptoms: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev* 2012;38(2):292-299.
10. Uğurlu E, Kalkım A, Sağkal T. 0-1 yaş arası bebeklerde sık karşılaşılan ağrı durumları ve ailelerin yaklaşımları. *Fırat Tıp Dergisi* 2014;19(1):25-30.
11. Adam VY, Abhulimhen-Iyoha BI. Teething: beliefs and behaviors of mothers attending well baby clinics in Benin City, Nigeria. *Afr J Med Health Sci* 2015;14(1):8-12.
12. Hadadi MH. Parental knowledge and practices on infant teething. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 2019;3(6):521-525.
13. Noor-Mohammed R, Basha S. Teething disturbances; prevalence of objective manifestations in children under age 4 months to 36 months. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012;17(3):e491-494.
14. Bankole O.O, Lawal F.B. Teething: misconceptions and unhealthy practices among residents of a rural community in Nigeria. *Int Q Community Health Educ* 2017;37(2):99-106.
15. Owais AI, Zawaideh F, Bataineh O. Challenging parents' myths regarding their children's teething. *Int J Dent Hyg* 2010;8(1):28-34.
16. Haznedaroğlu E, Menten A. The internet versus pediatricians as a source of infant teething information for parents in Turkey. *Clinics* 2016;71(8):430-434.
17. Kariya P, Tandon S, Singh S, Tewari N. Polymorphism in emergence of deciduous dentition: a cross-sectional study of Indian children. *J Invest Clin Dent* 2018;9(1):1-5.
18. Choi NK, Yang KH. A study on the eruption timing of primary teeth in Korean children. *ASDC J Dent Child* 2001;68(4):244-249.
19. Prado AMC, Oliveira FS, de Melo Abrão L, de Paiva Novaes MS, Basso Prado TT. Perception of parents of children with and without disabilities about teething disturbances and practices adopted. *Braz J Oral Sci* 2013;12(2):76-79.
20. Altaş B. Kutlama ve armağanlarca kuşatılan annelik: diş buğdayı, baby shower ve annelik eksenindeki diğer ritüeller. *Mediterranean Journal of Humanities* 2018;VIII(2):1-31.
21. Memarpour M, Soltanimehr E, Eskandarian T. Signs and symptoms associated with primary tooth eruption: a clinical trial of nonpharmacological remedies. *BMC Oral Health* 2015;15(88):1-8.
22. Azevedo MS, Portela AR, Romano AR, Cenci MS. Prevalence of teething symptoms in primary teeth and associated factors: cross sectional study in children aged 12-23 months in Pelotas, Brazil. *Br Res Pediatr Dent Integr Clinic* 2015;15(1):217-225.
23. Getaneh A, Derseh F, Abreha M, Yirtaw T. Misconceptions and traditional practices towards infant teething symptoms among mothers in Southwest Ethiopia. *BMC Oral Health* 2018;18(1):159.
24. Ferreira FV, Machado MVS, Ardenghi TM, Praetzel JR. Systemic and/or localized manifestations associated with primary tooth eruption: a retrospective study. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2009;9(2):235-239.
25. Olczak-Kowalczyk D, Turska-Szybka A, Gozdowski D, Boguszewska-Gutenbaum H, Krasuska-Sławińska E, Sobiech P ve ark. Longitudinal study of symptoms associated with teething: Prevalence and mothers' practices. *Pediatrics Polska* 2016;91(6):533-540.
26. Feldens CA, Faraco IM, Ottoni AB, Feldens EG, Vítolo MR. Teething symptoms in the first year of life and associated factors: a cohort study. *J Clin Pediatr Dent* 2010;34(3):201-206.
27. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and infant oral health care. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. 2020:252-256.
28. Aliyu I, Adewale A, Teslim LO. Teething myths among nursing mothers in North-Western Nigeria. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University* 2015;8(2):144-8.
29. Ige OO, Olubukola PB. Teething myths among nursing mothers in a Nigerian community. *Niger J Med* 2013;54(2):107-110.
30. El-Gilany AH, Abusaad FES. Mothers' teething beliefs and treatment practices in Mansoura, Egypt. *Saudi Dent J* 2017;29(4):144-148.

31. Güçyetmez Topal B, Falay SB. Hekimler diş sürme dönemi semptomları için kehribar takı kullanımını tavsiye ediyor mu?. Güncel Pediatri 2020;18(1):63-73.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Klinik Hemşirelerinin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarına Göre Çalışma Ortamlarını Değerlendirmeleri

 Duru YAPICI¹,  Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU²

¹Uzman Hemşire, Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi, Süt Çocuğu Kliniği, Gaziantep, Türkiye.

²Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Giriş: Kaliteli sağlık bakımı ve olumlu hasta sonuçlarının büyük oranda iyi bir hemşirelik bakımının sonucu olması hemşirelerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesinin önemini göstermektedir. **Amaç:** Türkiye’de hemşireler için geliştirilmiş sağlıklı çalışma ortamı standartlarının kamu hastanelerinde uygulanma durumunu ve bu standartların hemşireler için önemlilik ve öncelik düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini İzmir ilinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı üç eğitim araştırma hastanesinin cerrahi, dahili ve yoğun bakım birimlerinde doğrudan hasta bakımı sunan 550 klinik hemşire oluşturmaktadır. Örnekleme araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve kurumda en az bir yıl çalışmış olan 309 hemşire alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Bireysel ve Çalışma Özellikleri Formu ve araştırmacılar tarafından sağlıklı çalışma ortamı standartları dikkate alınarak hazırlanan üç form kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler, non-parametrik tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerin yönetimlerinden yazılı izin ve üniversitenin etik kurulundan onay alınmıştır. **Bulgular:** Standartların tümünün uygulanma durumu 2.07 (0.49), Etkili Yönetim ve Liderlik” ana standardı 1.76 (0.60) ile en düşük, “Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma” ana standardı ise 2.27 (0.63) ile en yüksek ortalamaya sahiptir. Hemşirelerin %80.3’ü “Hemşire İş Yükü” ana standardını en önemli, %70.3’ü de en öncelikli olarak bildirmişlerdir. “Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç” ana standardının yoğun bakım birimlerinde daha düşük düzeyde uygulandığı ifade edilmiştir. **Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları, klinik hemşirelerinin çalıştıkları kurumlarda sağlıklı çalışma ortamı standartlarının düşük-orta düzeyde uygulandığını düşündüklerini göstermiştir. **Anahtar kelimeler:** Hemşireler, Sağlıklı Çalışma Ortamı, Standartlar.

Abstract

Evaluation of Working Environment by Clinical Nurses According to Healthy Working Environment Standards

Background: The fact that quality health care and positive patient outcomes depend largely on good nursing care reveals the importance of improving the working environment of nurses. **Objective:** This study was conducted to investigate the extent to which the healthy working environment standards developed for nurses in Turkey were implemented in healthcare institutions and the perception of nurses concerning the importance and priority of main standards in creating a healthy working environment. **Methods:** The sample of the study consisted of 550 clinical nurses providing direct patient care in the surgical, internal medicine and intensive care units of three education research hospitals affiliated with the Ministry of Health in İzmir. A total of 309 nurses, who accepted to participate in the study and had worked in their current institution for at least one year, were included in the sample. The Individual and Work Characteristics Form and three forms prepared by the researchers taking into account the healthy work environment standards were used as data collection tools. Data were evaluated by descriptive statistics, non-parametric one-way analysis of variance, and the Mann-Whitney U test with the Bonferroni correction using SPSS v. 22.0. Written permission was obtained from the hospitals where the research was to be conducted, and the ethics committee of the university approved the study. **Results:** While the implementation of all of the standards had an average of 2.07 (0.49), the main standard of “Effective Management and Leadership” had the lowest average at 1.76 (0.60) and “Team Collaboration, Communication, Appreciation and Recognition” had an average of 2.27 (0.63). “Nurse Workload” was considered to be the most important Standard by 80.3% of the nurses and most prioritized by 70.3%. It was stated that the main standard of “Suitable Physical Conditions and Adequate Tools-Equipment” was implemented at a lower level in intensive care units. **Conclusion:** The results of this study showed that the clinical nurses considered that all the standards of healthy working environment were implemented at a low to moderate level in their institutions. **Key Words:** Nurses, Healthy Working Environment, Standards.

Geliş Tarihi / Received: 13.10.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 08.07.2021

Correspondence Author: Uzman Hemşire, Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi, Süt Çocuğu Kliniği, Gaziantep, Türkiye. Telefon: +90(532)2566052 E-posta: duruyipc@outlook.com (ORCID:0000-0003-3601-4562)

Cite This Article: Yapıcı D, Arslan Yürümezoğlu H. Klinik Hemşirelerinin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarına Göre Çalışma Ortamlarını Değerlendirmeleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 240- 252



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Hemşirelik çalışma ortamı, etkin ve verimli sağlık hizmeti verilebilmesi açısından oldukça önemli bir konu olmasına rağmen hemşirelere temel standartlara sahip, sağlıklı ve destekleyici çalışma ortamı sağlanamadığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra, hemşirelerin çalışma ortamları kurumlara ve hatta birimlere göre değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, hemşireler tarafından yoğun bakım birimlerindeki çalışma ortamlarının, cerrahi ve dahili birimlere göre daha kötü algılandığı belirlenmiştir (1). Çalışma ortamlarını ve iş yaşamı kalitelerini orta ya da kötü olarak değerlendiren hemşirelerin kurumdan ayrılma niyeti yüksek ve işlerinden memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur (2-4). Hemşirelerin kurumdan ayrılma nedenleri incelendiğinde kariyer gelişiminin olmaması, ücret azlığı, yapılan işe göre ek ödemenin azlığı, hasta/hemşire oranlarının yüksek olması ve nöbet sayılarının fazlalığı gibi çalışma ortamının özelliklerine ilişkin faktörler olduğu gösterilmiştir (5,6). Motive edici ve destekleyici olumlu bir çalışma ortamının hemşirelerin memnuniyetini, iş doyumunu ve kariyer başarısını artırdığı, hemşireleri kurumda tutmayı sağladığı ve devir hızını düşürdüğü pek çok çalışma sonucuyla gösterilmiştir (7-10). Bunların yanı sıra olumlu çalışma ortamının yeni mezun hemşirelerin yetkinliğini, memnuniyetini arttırdığı ve kurumda kalmasını sağladığı da vurgulanmaktadır (11). Bu durum uzun vadede bakım kalitesinin artması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması gibi hasta sonuçlarını olumlu etkilemesi açısından da oldukça önemlidir. Çünkü çalışma ortamının koşulları sadece hemşireleri değil, hemşirelerin hizmet verdiği bireyleri de etkilemektedir. Hemşirelere sağlıklı çalışma ortamı sağlandığında hasta düşmeleri, bası yarası ve mortalite oranlarının azaldığı, hastaların ağrı yönetiminin daha iyi yapıldığı, bakım kalitesinin ve hasta memnuniyetinin arttığı gösterilmiştir (12-15). Hemşire ve hasta sonuçları üzerine olumlu etkisi göz önüne alındığında hemşirelere sağlıklı çalışma ortamının oluşturulmasının önemi açıktır.

Hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı tanımları ve çalışmaları hemşirelikte öncü kuruluşlar tarafından yapılmıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses/ICN) sağlıklı çalışma ortamını, hemşirelerin kurumda tutulmasına odaklanmış, yenilikçi politikaları, sürekli gelişimi ve eğitim stratejilerini önemseyen, çalışanların yeterli ücret alabildiği, ekipman ve malzemeleri gereken düzeyde bulunduran, güvenli bir çalışma sağlayan uygulama ortamları olarak nitelendirmektedir (16). Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses Association of Ontario/RNAO) ise sağlıklı çalışma ortamı hemşirenin sağlığını ve refahını yükselten, kaliteli hasta sonuçlarına ulaştıran, örgütsel performansı ve sosyal sonuçları en iyi seviyeye getiren uygulama ortamları olarak tanımlamıştır. Yine aynı kuruluş 2003 yılında hemşireler için sağlıklı çalışma ortamları oluşturulması amacıyla ilk adımları atarak, kanıtı dayalı en iyi uygulama kılavuzlarını geliştirmiştir (17). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği (American Association of Critical-Care Nurses/AACN), 2005 yılında dokuz kişilik bir uzman paneli oluşturarak hemşirelere sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulması ve sürdürülmesi için “Nitelikli İletişim, İş Birliği, Etkili Karar Verme, Yeterli Personel, Tanıma ve Liderlik” şeklinde altı standart belirlemiştir (18). Standartlar belirlendikten sonra ABD’deki mevcut durumu değerlendirmek için ulusal hemşirelik araştırmaları yapılmıştır. Yapılan ilk araştırmada, nitelikli iletişim, iş birliği ve yeterli personel standartlarının diğer standartlardan daha düşük düzeyde sağlandığı belirlenmiştir (19). Daha sonra 2009 yılında tekrarlanan izlem araştırmasında, genel olarak tüm standartların puanlarının biraz arttığı saptanmıştır (20). Ancak 2014’te tekrarlanan araştırmada, puanı artan tek standardın iletişim olduğu, diğer standartların puanlarının önceki yılların altında kaldığı görülmüştür (21). Son olarak 2019 yılında yapılan araştırmada ise tüm standartların 2014 yılındaki puanlardan daha yüksek puan aldığı belirlenmiş, sağlıklı çalışma ortamının stabil bir koşul olmadığını; sürekli izlenerek iyileştirilmeler yapılması gerektiğine dikkat çekilmiştir (22).

Ülkemizde hemşirelerin çalışma ortamlarına dair yapılan araştırmalar incelendiğinde, daha çok hemşirelerin çalışma ortamlarını nasıl algıladıkları ile ilgilendiği görülmektedir. Bu çalışmaların sonuçları, hemşirelerin çalışma ortamlarını orta düzeyde algıladıklarını göstermektedir (1,3,23,24). Samur ve İntepeler’in (2019) yaptıkları nitel bir araştırmada ise hemşirelerin çalışma ortamlarını sağlıklı ve güvenli bulmadıkları belirlenmiş, fiziksel ortama ilişkin düzenlemeler ve yönetici tutumları ana temaları altında tamamıyla çalışma ortamını yansıtan alt temalar yer almıştır (25). Kocaman ve arkadaşlarının (2018) “Türkiye’de Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarının Geliştirilmesi” projesi ise hemşirelerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesine yönelik atılan ilk ve önemli adımdır. Özel, üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan yöneticiler, hemşireler ve hemşirelikte yönetim alanında uzman akademisyenlerin e-Delphi yöntemi ile konuya ilişkin görüşleri alınmış, bu çalışmanın sonucunda ülkemize özgü hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartları geliştirilmiştir. *Hemşire İş Yükü, Geliştirme ve Kariyer Planlama, Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği, Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç, Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma ve Etkili Yönetim ve Liderlik* olmak üzere altı ana standart ve bu ana standartlara bağlı 35 alt standart belirlenmiştir (26).

Amaç

Türkiye’de Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarının Geliştirilmesi Projesi’nde belirlenen standartların hayata geçirilmesine yol göstermesi açısından, doğrudan hasta bakımı veren hemşirelerden oluşan bir örneklem ile değerlendirilmesine gereksinim duyulmuştur. Bu gereksinimden yola çıkılarak planlanan araştırma, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastanelerinde erişkin cerrahi, dahili ve yoğun bakım birimlerinde sağlıklı çalışma ortamı (SÇO) standartlarının uygulanma durumunun her standart için ayrı değerlendirilmesi, birimler arasında standartların uygulanma durumu açısından farklılık olup olmadığı, sağlıklı çalışma ortamı oluşturulmasında ana standartların hemşireler için önemlilik ve öncelik düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- Sağlıklı çalışma ortamı standartlarının kurumda uygulanma durumunu klinik hemşireleri ne düzeyde değerlendiriyor?
- Sağlıklı çalışma ortamı ana standartlarının klinik hemşireleri için önemlilik düzeyi nedir?
- Sağlıklı çalışma ortamı ana standartlarının klinik hemşireleri için öncelik sıralaması nasıldır?
- Sağlıklı çalışma ortamı standartlarının cerrahi, dahili ve yoğun bakım birimlerinde uygulanma durumu arasında fark var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir İlindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı üç kamu eğitim ve araştırma hastanesinde Eylül-Ekim 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastanelerin yatak kapasitesi sırasıyla 688, 992, 650'dir. Çalışan hemşire sayıları ise sırasıyla 469, 492, 269'dur.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini üç kamu hastanesinde erişkin cerrahi, dahili ve yoğun bakım birimlerinde doğrudan hasta bakımı sunan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve kurumda en az bir yıl çalışmış olan 550 klinik hemşire oluşturmaktadır. Kurumda en az bir yıl çalışmış olması kriteri, çalışma ortamını yeteri kadar değerlendirebilecek hemşirelerden verilerin toplanmasının daha doğru sonuçlara ulaştıracağı nedeniyle belirlenmiştir. Hastanelerden sırasıyla hemşirelerin anketlere geri dönüş oranı %56.11, %53.62 ve %61.47'dir. Araştırmada toplam 309 anketten elde edilen veriler analizlere dahil edilmiştir. G Power yazılım programında post hoc güç analizi için 0.50 etki büyüklüğü, %5 hata payı 309 örneklem ile varyans analizi için güç 0.99 bulunmuştur. Çalışmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özellikleri

Özellikler	Ort (ss)	
Yaş (n=293*)	Hata!	33.89 (7.81)
Yer işareti tanımlanmamış.		12.49 (8.26)
Meslekte Çalışma Süresi (n=308*)		6.94 (6.35)
Kurumda Çalışma Süresi (n=309*)		
Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	280	90.6
Erkek	29	9.4
Eğitim Durumu	Sayı	%
Lise	14	4.5
Ön Lisans	59	19.1
Lisans	206	66.7
Lisansüstü	30	9.7
Birimler	Sayı	%
Cerrahi Birimler	100	32.4
Dahili Birimler	116	37.5
Yoğun Bakım Birimleri	93	30.1
TOPLAM	309	100

*Çalışmaya katılan hemşirelerin bazı sorulara yanıt vermemesi nedeniyle yalnızca yanıt verenlerin ortalamalarını içermektedir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler Bireysel ve Çalışma Özellikleri, SÇO standartlarına dayalı olarak hazırlanan SÇO Standartlarının Kurumda Uygulanma Durumunun Değerlendirilmesi, SÇO Ana Standartlarının Önemlilik Derecesini Değerlendirilmesi ve SÇO Ana Standartlarının Öncelik Sıralamasının Değerlendirilmesi formları ile toplanmıştır.

- Bireysel ve Çalışma Özellikleri Formu: Bu formda bireysel ve çalışma özelliklerine ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim derecesi, çalıştığı hastane türü, kurumda çalışma yılı, meslekte çalışma yılı ve çalıştığı kliniğe ilişkin sorular yer almaktadır.
- SÇO Standartlarının Kurumda Uygulanma Durumunun Değerlendirilmesi: Kocaman ve ark. (2018) tarafından geliştirilmiş olan 35 maddelik Türkiye'de Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartları'nı içermektedir (26). Formun puanlanmasında AACN'nin standartlarının değerlendirildiği form örnek alınarak 4'lü Likert tipinde hazırlanmıştır (hiç katılmıyorum: 1, katılmıyorum: 2, katılıyorum: 3, tamamen katılıyorum: 4) (20). Veriler madde bazında yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplanarak değerlendirilmiştir.
- SÇO Ana Standartlarının Önemlilik Derecesinin Değerlendirilmesi: Bu bölüm altı ana standardın (Hemşire İş Yükü, Geliştirme ve Kariyer Planlama, Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği, Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç, Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma, Etkili Yönetim ve Liderlik) hemşireler tarafından önemlilik derecesinin belirlenmesi için Likert'in 7'li önem düzeyi ölçeği (çok önemsiz: 1, oldukça önemsiz: 2, önemsiz: 3, fikrim yok: 4, önemli: 5, oldukça önemli: 6, çok önemli: 7) kullanılarak hazırlanmıştır (27). Madde puanları yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplanarak değerlendirilmiştir.
- SÇO Ana Standartlarının Öncelik Sıralamasının Değerlendirilmesi: Bu bölümde hemşirelerden altı ana standardı çalıştıkları kurumlarda uygulamaya geçirilmesi için öncelik sıralaması yapmaları istenmiştir. Bunun için altılı bir derecelendirme

kullanılmıştır (1: çok öncelikli 6: az öncelikli olacak şekilde). 1’den 6’ya doğru sıralama yapmaları istenmiştir. Maddeler sadece yüzde hesaplanarak değerlendirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde Eylül-Ekim 2019 tarihlerinde araştırmacı tarafından öncelikle birimlerin sorumlu hemşireleri ve hemşirelerle yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş, verilerin gizliliği konusunda güvence verilmiştir. Veri toplama formları kapalı zarf içerisinde araştırmacı tarafından teslim edilmiştir. Hemşireler formu doldurduktan sonra zarfı yapıştırmaları istenmiş ve formlar araştırmacı tarafından geri toplanmıştır. Çeşitli nedenler ile ulaşılamayan hemşireler (yıllık izin, rapor v.b.) için farklı tarihlerde tekrarlı ziyaretler yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Standartların uygulanma durumunun değerlendirilmesinde işaretlenmemiş, eksik veriler (59 veri) madde ortalamaları ile tamamlanmıştır (28). Veriler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler, non-parametrik tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. G Power yazılım programı ile post hoc yapılan güç analizinde, 0.50 etki büyüklüğü, %5 hata payı ile Mann-Whitney U analizinde üç karşılaştırma grubu için güç 0.96-0.98 bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul’undan 16.09.2019 tarihinde 2019/23-34 nolu karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerin yönetimlerinden ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü onam alınmıştır. Makalenin tüm aşamalarında araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

SÇO Ana Standartlar ve Alt Standartların Kurumda Uygulanma Durumunun Değerlendirilmesi

Hemşireler tarafından SÇO ana standartlar ve alt standartların uygulanma durumlarının değerlendirilmesi Tablo 2’de yer almaktadır. Hemşire İş Yükü ve Etkili Yönetim ve Liderlik ana standartlarına ait alt standartların ortalamalarının 2’ nin altında olduğu belirlenmiştir. Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç, Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma, Geliştirme ve Kariyer Planlama ile Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği ana standartlarına ait alt standartların ortalamalarının ise 2-2.5 arasında değiştiği görülmektedir. “Ödüllendirme sistemleri adil ve objektiftir” maddesi için %1.3 “tamamen katılıyorum” yanıt oranı ve 1.55 ortalama ile tüm alt standartlar içerisinde en az uygulandığı düşünülen standart olmuştur. “Kreş, otopark ve ulaşım gibi sosyal haklar sağlanır” maddesi ise 2.59 ortalama ile en çok uygulandığı ifade edilen alt standart olmuştur (Tablo 2). Ana standartların uygulanma durumu incelendiğinde kurumlarda “Etkili Yönetim ve Liderlik” ana standardının 1.76 ortalama ile en az, “Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma” ana standardının ise 2.27 ortalama ile en çok uygulanan ana standart olduğu bulunmuştur. Standartlarının tümünün uygulanma durumu ise 2.07 ortalama sahiptir (Tablo 2).

Uygulanma Durumu (%) (n = 309)

Maddeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Alt Standart Ort±ss	Ana Standart Ort±ss	
HEMŞİRE İŞ YÜKÜ							
1. Her vardiyada hasta-hemşire oranları güvenli bakımı sağlayacak sayı ve niteliktedir.	40.8	41.7	15.5	1.9	1.79 (0.77)	1.80 (0.58)	
2. Hemşire işgücü planlaması hemşirelerin mesleki yeterliliklerine göre yapılır.	34.6	46.0	17.5	1.9	1.87 (0.76)		
3. Her vardiyada görevleri açıkça tanımlanan yeterli destek elaman sağlanır.	44.7	41.1	13.3	1.0	1.71 (0.73)		
4. Çalışma süreleri, hasta ve hemşire güvenliği açısından kabul edilebilir sınırlardadır.	41.7	39.2	17.5	1.6	1.79 (0.78)		
5. Çalışma planları, iş-yaşam dengesini sağlayacak şekilde hazırlanır.	37.5	39.2	22.3	1.0	1.87 (0.79)		
GELİŞTİRME VE KARIYER PLANLAMA							
6. Kurum içinde gerçekleştirilen hizmet içi eğitim programları hemşirelerin gelişimini destekler.	13.3	32.7	48.2	5.8	2.47 (0.80)	2.14 (0.56)	
7. Her hemşireye ihtiyacına göre eğitim ve geliştirme programlarına katılma fırsatı sağlanır.	28.5	42.4	27.2	1.9	2.03 (0.80)		
8. Oryantasyon programı, işe yeni başlayan hemşirelerin uyumunu kolaylaştıracak şekilde uygulanır.	12.6	32.0	47.2	8.1	2.51 (0.82)		
9. Araştırma ve yenilikçi projeler desteklenir.	21.7	36.9	37.9	3.6	2.23 (0.83)		
10. Hemşireler için kariyer planlama fırsatları sağlanır.	31.7	46.6	19.4	2.3	1.92 (0.77)		
11. Hemşirelerin mesleki örgütlenmelere katılımı ve faaliyet yürütmeleri desteklenir.	31.4	45.0	22.0	1.6	1.94 (0.77)		
12. Atama ve yükseltmeler liyakate göre yapılır.	48.2	35.9	14.9	1.0	1.69 (0.76)		
13. Eğitim programları kanıta dayalı bakım uygulamalarına temellendirilir.	15.9	36.6	43.7	3.9	2.36 (0.79)		
SOSYAL HAKLAR, İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ							
14. Meslek hastalıkları ve iş kazaları için gerekli önlemler alınır.	18.4	38.2	39.2	4.2	2.29 (0.81)		2.25 (0.58)
15. Sağlık kontrolleri düzenli olarak yapılır.	14.6	24.3	55.0	6.1	2.53 (0.82)		
16. İş yerinde her türlü şiddete karşı sıfır tolerans politikası uygulanır.	33.7	39.2	24.6	2.6	1.96 (0.83)		
17. Biyolojik, fiziksel ve kimyasal zararlardan korunmak için gerekli önlemler alınır (enfekte atıklar, radyasyon, gürültü, ilaç).	22.0	9.1	42.1	6.8	2.34 (0.90)		
18. Riskli alanlara yönelik yasal mevzuata uygun önlemler alınır (radyasyon izini, uygun koruyucu ekipman kullanımı, dozimetre vb.).	15.5	25.6	51.1	7.8	2.51 (0.85)		
19. Çalışanların sağlık hizmetlerine ulaşmaları kolaylaştırılır.	26.2	35.0	34.3	4.5	2.17 (0.87)		
20. Kreş, otopark ve ulaşım gibi sosyal haklar sağlanır.	13.6	22.7	55.3	8.4	2.59 (0.83)		
21. Hemşirelerin eğitim düzeyi, iş yükü, risk faktörleri ve vardiya sistemi göz önüne alınarak adaletli bir ücret politikası uygulanır.	53.7	33.3	12.0	1.0	1.60 (0.73)		
UYGUN FİZİKİ KOŞULLAR VE YETERLİ ARAÇ-GEREÇ							
22. Çalışma ortamı, çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlığını koruyacak şekilde düzenlenir.	45.0	39.5	14.6	1.0	1.72 (0.74)	2.0 (0.69)	
23. Çalışılan birimlere yeterli miktarda sarf malzeme ve araç gereç temin edilir.	24.9	30.4	41.1	3.6	2.23 (0.87)		
24. Kurum, hemşirelerin çalışmalarını kolaylaştırıcı teknolojiler kullanılmasını sağlar.	31.1	36.2	30.1	2.6	2.04 (0.85)		

EKİP İŞ BİRLİĞİ, İLETİŞİM, TAKDİR VE TANINMA					
25. Süreçler hemşirelerin sağlık ekibi üyeleriyle iş birliğini destekleyicidir.	18.1	40.8	38.8	2.3	2.25 (0.77)
26. Hemşireler arasında meslektaş dayanışması güçlendirilir.	21.4	43.0	32.0	3.6	2.18 (0.80)
27. Ekip üyeleri arasında açık ve etkili iletişim olması desteklenir.	15.9	36.9	43.4	3.9	2.35 (0.79)
28. Ekip üyeleri arasındaki çatışma nedenlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemeler vardır.	24.6	43.7	29.1	2.6	2.10 (0.80)
29. Çalışma ortamında, karşılıklı güven, saygı ve iş birliği vardır.	15.9	33.3	46.0	4.9	2.40 (0.81)
30. Ekip üyeleri, hemşireliğin bakıma katkısının önemini farkındadır.	22.3	27.2	44.0	6.5	2.35 (0.90)
ETKİLİ YÖNETİM VE LİDERLİK					
31. Hemşirelerin her düzeyde kararlara katılımı sağlanır.	27.5	50.5	21.0	1.0	1.95 (0.72)
32. Hemşirelerin yönetime güven duyduğu ve geribildirimlerinin değerlendirildiği demokratik bir yönetim anlayışı benimsenir.	43.7	40.1	15.2	1.0	1.73 (0.75)
33. Hemşireleri işe alma ve işte tutmada yenilikçi politikalar uygulanır.	37.9	46.6	14.9	0.6	1.78 (0.71)
34. Ödüllendirme sistemleri adil ve objektiftir.	56.0	34.3	8.4	1.3	1.55 (0.70)
35. Hemşirelerin çalışmalarını üzerinde kontrol sahibi olmaları için özerklikleri desteklenir.	41.1	40.1	17.5	1.3	1.79 (0.77)
GENEL TOPLAM					2.07 (0.49)

*Tabloda her bir maddenin ve her bir ana standardın aldığı en düşük ve en yüksek değerler italik ve bold olarak gösterilmiştir.

SÇO Ana Standartlarının Önem Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hemşirelerin SÇO ana standartlarının önemlilik düzeylerine ilişkin değerlendirmeler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. SÇO Ana Standartlarının Önemlilik Derecesinin Sıralaması

ANA STANDART	Önemlilik Derecesi (%) (n = 309)							Toplam	Ort±ss
	Çok önemsiz (1)	Oldukça önemsiz (2)	Önemsiz (3)	Fikrim yok (4)	Önemli (5)	Oldukça önemli (6)	Çok önemli (7)		
Hemşire İş Yükü	1.0	1.6	1.3	0.6	4.5	10.7	80.3	100	6.59 (1.07)
Geliştirme ve Kariyer Planlama	1.0	1.9	3.6	2.6	21.7	30.4	38.8	100	5.89 (1.25)
Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği	0.3	1.0	1.9	1.6	7.1	18.1	69.9	100	6.48 (1.01)
Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç	0.6	-	1.6	1.3	10.7	16.2	69.6	100	6.48 (0.97)
Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma	0.3	0.6	1.9	1.6	9.1	22.3	64.1	100	6.42 (0.99)
Etkili Yönetim ve Liderlik	1.0	-	2.9	2.6	13.3	20.7	59.5	100	6.28 (1.12)

*Tabloda her bir ana standardın aldığı en düşük ve en yüksek ortalama italik ve bold olarak gösterilmiştir.

Hemşireler tarafından ana standartlar arasında en önemli olarak görülen 6.59 ortalama ile “Hemşire İş Yükü”, en düşük öneme sahip olan ise 5.89 ortalama ile “Geliştirme ve Kariyer Planlama” olarak bulunmuştur (Tablo 3).

SÇO Ana Standartlarının Öncelik Sıralamasının Değerlendirilmesi

SÇO ana standartlarının öncelik sıralaması Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. SÇO Ana Standartlarının Öncelik Sıralaması

ANA STANDART	Öncelik Sıralaması (%) (n = 293)						Toplam
	1	2	3	4	5	6	
Hemşire İş Yükü	70.3	12.6	6.1	4.1	2.4	4.4	100
Geliştirme ve Kariyer Planlama	1.4	11.9	8.2	11.6	23.9	43	100
Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği	13.0	28.7	23.5	17.4	11.3	6.1	100
Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç	2.0	24.6	31.1	24.6	10.6	7.2	100
Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma	6.8	15.0	21.8	27.3	24.6	4.4	100
Etkili Yönetim ve Liderlik	6.5	7.2	9.6	14.7	27.3	34.8	100

*Tabloda “1: çok öncelikli 6: az öncelikli” olacak şekilde yapılan sıralamaların yüzdesi verilmiştir.

**Tabloda her bir ana standardın aldığı en yüksek yüzde kalın ve italik yazılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşireler, çalıştıkları kurumlarda sağlıklı çalışma ortamı ana standartlarını öncelik sıralamasını “Hemşire İş Yükü” ilk sırada olmak üzere “Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği”, “Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç”, “Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma”, “Etkili Yönetim ve Liderlik”, “Geliştirme ve Kariyer Planlama” olarak belirtmişlerdir (Tablo 4).

SÇO Standartlarının Uygulanma Durumunun Cerrahi, Dahili ve Yoğun Bakım Birimlerine Göre Karşılaştırılması

SÇO standartlarının cerrahi, dahili ve yoğun bakım birimlerinde uygulanma durumları arasında fark olup olmadığının incelenmesi için ana standartlar ve madde toplamı esas alınmıştır. Tanımlayıcı veriler ve Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Cerrahi, Dahili ve Yoğun Bakım Birimlerine Ait Tanımlayıcı Veriler ve Kruskal Wallis Test Sonuçları

ANA STANDART	DEĞERLER					KRUSKAL WALLIS			
	Birimler	n	Min	Maks	Ana Standart Ort±ss	Ort	X ²	Df	p
Hemşire İş Yükü (5 madde)	Cerrahi	100	1.0	3.20	1.85 (0.60)	160.48	.562	2	.755
	Dahili	116	1.0	4.0	1.78 (0.59)	152.41			
	Yoğun B.	93	1.0	3.60	1.78 (0.56)	152.34			
Geliştirme ve Kariyer Planlama (8 madde)	Cerrahi	100	1.0	3.50	2.18 (0.56)	160.04	.508	2	.776
	Dahili	116	1.0	3.38	2.13 (0.58)	153.63			
	Yoğun B.	93	1.0	3.38	2.12 (0.55)	151.30			
Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği (8 madde)	Cerrahi	100	1.0	3.75	2.24 (0.55)	153.90	6.071	2	.048
	Dahili	116	1.0	3.36	2.32 (0.62)	169.10			
	Yoğun B.	93	1.0	4.0	2.17 (0.53)	138.59			
Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç (3 madde)	Cerrahi	100	1.0	3.33	2.05 (0.63)	162.98	12.570	2	.002
	Dahili	116	1.0	4.0	2.11 (0.71)	169.63			
	Yoğun B.	93	1.0	4.0	1.80 (0.68)	128.17			
Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma (6 madde)	Cerrahi	100	1.0	4.0	2.28 (0.66)	156.08	2.637	2	.268
	Dahili	116	1.0	3.83	2.32 (0.66)	163.40			
	Yoğun B.	93	1.0	3.50	2.20 (0.56)	143.37			
Etkili Yönetim ve Liderlik (5 madde)	Cerrahi	100	1.0	4.0	1.78 (0.65)	154.74	2.356	2	.308
	Dahili	116	1.0	3.40	1.82 (0.62)	163.56			
	Yoğun B.	93	1.0	3.50	1.68 (0.50)	144.61			
Genel Toplam (35 madde)	Cerrahi	100	1.0	3.20	2.09 (0.50)	157.67	3.040	2	.219
	Dahili	116	1.0	3.29	2.11 (0.52)	163.16			
	Yoğun B.	93	1.0	3.29	2.0 (0.45)	141.96			

*p<.05 olduğu değerler kalın ve italik yazılmıştır.

**Tabloda her bir standardın ve genel toplamın aldığı en yüksek ortalama değerleri kalın yazılmıştır.

SÇO ana standartlarının uygulanma durumu incelendiğinde “Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği”, “Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç”, “Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma”, “Etkili Yönetim ve Liderlik” ile genel toplamda

en yüksek puanın dahili birimlerinde olduğu görülmektedir. “Hemşire İş Yükü” ile “Geliştirme ve Kariyer Planlama” ana standartlarında ise cerrahi birimler en yüksek puana sahiptir (Tablo 5). SÇO ana standartlarından “Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç” ana standardının uygulanma durumu için birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.01$). Diğer ana standartlar ve tüm standart maddeleri için ise uygulanma durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=.755$, $p=.776$, $p=.048$, $p=.268$, $p=.308$, $p=.219$; Tablo 5).

Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç ana standardındaki farklılığın hangi birimden kaynaklandığına ilişkin ileri analiz sonuçlarına Tablo 6’da yer verilmiştir.

Tablo 6. Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç Ana Standardının Birimlere Göre Uygulanma Durumu Farklılığının İncelenmesi

ANA STANDART	Mann-Whitney U Testi			
	Birimler	n	Ort	p
Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç	Cerrahi	100	105.49	.506
	Dahili	116	111.09	
	Cerrahi	100	107.99	.004
	Yoğun B.	93	85.18	
	Dahili	116	117.03	.001
	Yoğun B.	93	89.99	

* $p<.016$ olduğu değerler kalın ve italik yazılmıştır.

Yapılan ileri analiz sonucunda, “Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç-Gereç” ana standardındaki farklılığın yoğun bakım birimlerinde bu ana standardın daha az uygulanmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır (Tablo 6).

Tartışma

SÇO Standartlarının Kurumda Uygulanma Durumları

Sağlıklı çalışma ortamı alt standartlarının yaklaşık yarısının ortalamasının 2’nin altında kaldığı, en çok uygulanan alt standardın ortalamasının bile ancak 2.5’i geçebildiği, alt standartların ve buna paralel olarak ana standartların genel olarak kurumlarda düşük ya da orta düzeyde uygulandığı görülmüştür. AACN’nin 2005 yılında belirlediği standartların ABD hastanelerinde uygulanma durumlarının incelendiği çalışmalarda “Yeterli Personel” standardı maddeleri hariç diğer tüm standart maddelerinin ortalamalarının 2.5’i geçtiği; standartların orta düzeyin biraz üzerinde uygulandığı görülmektedir (AACN, 2005). Yeterli Personel standardının alt maddeleri ise yıllara göre 2 ile 2.5 arasında değişmektedir. Çalışmamızda ise Yeterli Personel standardı ile benzer alanı içeren Hemşire İş Yükü ana standardına bağlı alt standartların ortalamaları 2’nin altında kalarak diğer ana standartlar içerisinde en düşük düzeyde karşılanan ana standartlardan birisi olmuştur. Bu benzerlik, güvenli ve kaliteli bakımın sürekliliği için nitelikli ve yeterli personelin sağlanmasının ülkemizde olduğu gibi hemşirelik mesleğinin daha iyi standartlarda yürütüldüğü ABD’de de sorun olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda en yüksek ortalamaya sahip olmasına rağmen Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma alt standartlarının AACN’nin Nitelikli İletişim, İş Birliği ve Tanınma maddeleri ile karşılaştırıldığında yine daha düşük düzeyde uygulandığı anlaşılmıştır (19-22). AACN’nin çalışma ortamı standartlarından Liderlik ana standardının ortalamasının 2.5’in üzerinde olduğu, bizim çalışmamızda ise Etkili Yönetim ve Liderlik standardının tüm madde ortalamalarının 2’in altında kaldığı görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2020 yılında yayınladığı raporda, liderlik eğitim programı uygulayan ülkelerin hemşirelerin çalışma koşullarının düzenlenmesinde daha iyi sonuçlar elde ettiğini; hemşirelere yönelik liderlik eğitim programlarının çalışma ortamının düzenlenmesi ile güçlü şekilde ilişkili olduğu belirtmiştir (29). Seren İntepeler ve Barış’ın (2018) derleme çalışmasında da hemşire liderlerin benimsediği ve geliştirdiği liderlik becerilerinin sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulmasında öneminin büyük olduğu vurgulanmıştır (30). Ülkemizde yönetici hemşirelerle yapılan çalışmalar, yönetici hemşirelerin büyük bir kısmının yöneticilik eğitimi almadıklarını göstermektedir (31,32,33). Bununla birlikte çoğunlukla yönetici hemşireler liyakat ve yönetici eğitimi dikkate alınmadan seçilmektedir. Çalışmamızda “Atama ve yükseltmeler liyakate göre yapılır” alt standardının Kariyer Planlama ve Geliştirme ana standardı içinde en düşük ortalamaya sahip olması da bu durumu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda Etkili Yönetim ve Liderlik ana standardı en az uygulandığı düşünülen ana standart olurken Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma ana standardının en çok uygulandığı belirtilen ana standart olmuştur. Meslektaş dayanışması, çalışma ortamını çekici kılan ve iş motivasyonunu arttıran önemli bir unsur olması nedeniyle önemlidir (34,35). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hemşirelerin meslektaşlarına karşı dayanışma gösterme tutumları (36-39) ve çalışma arkadaşları tarafından gördükleri destek algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir (40). Etkili Yönetim ve Liderlik ana standardının düşük düzeyde sağlandığı çalışma ortamında Ekip İş Birliği, İletişim, Takdir ve Tanınma ana standardının en çok uygulanan ana standart olmasının hemşireler arasındaki meslektaş ilişkileri ve çalışma arkadaşlarından algıladıkları destek nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü; Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane 6 Versiyonunda “Sağlıklı Çalışma Yaşamı” bölümünde tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde çalışma

ortamlarının iyileştirilmesi için standartlar tanımlanmıştır. Standartlar incelendiğinde hemşirelere ya da diğer meslek üyelerine özgü olmadığı anlaşılmaktadır. Aynı zamanda bu bölümün çekirdek standartları çalışmamızdaki Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği ana standardını kapsayacak şekilde sadece bir boyuta odaklanmaktadır (41). Nitekim çalışmamızda Sosyal Haklar, İş Sağlığı ve Güvenliği ana standardı en çok uygulanan ikinci ana standart olarak çıkmasının, hastanelerde SKS çekirdek standartlarının uygulanmasıyla mümkün olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç Hemşireler İçin SÇO Standartları'nın, SKS' ye dahil edilerek hemşirelere sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının oluşturulmasını ve ulusal bazda değerlendirilip, takip edilmesini kolaylaştırabileceğini göstermektedir.

SÇO Ana Standartlarının Önemlilik Düzeyi ve Öncelik Sıralaması

Çalışmaya katılan hemşirelere göre, en az uygulanan ikinci ana standart olarak Hemşire İş Yükü olduğu görülmekle birlikte hem en önemli hem de kurumda hayata geçirilmesi en öncelikli ana standart olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de 190.499 hemşire çalışmakta olup, bir hemşireye ortalama 430 kişi düşmektedir (42). Ülkemizde yıllara oranla çalışan hemşire sayısı artmasına ve bir hemşire başına düşen kişi sayısı azalmasına karşın henüz istenilen düzeye ulaşamamıştır. Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (Organisation for Economic Cooperation and Development/OECD), aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 36 ülkede, 2000 yılından 2017 yılına kadar 1000 kişiye düşen hemşire sayısının arttığını, Türkiye'de 1000 kişiye düşen hemşire sayısının 2.1 olduğunu ve üye ülkeler arasında Türkiye'nin son sıralarda olduğunu belirtmektedir (43). Ulusal ve uluslararası veriler dikkate alındığında çalışmamızın hemşire iş yükü ana standardına yönelik sonuçlarının beklentilerle uyumlu olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda genel olarak ana standartların önem düzeylerinin ve öncelik sıralamalarının birbiriyle uyumlu olduğu görülmektedir. Burada dikkat çekici olan nokta ise Geliştirme ve Kariyer Planlama ana standardını önemliliğinin ve önceliğinin son sırada olmasıdır. Ülkemizde geliştirme ve kariyer olanaklarıyla ilgili görüşlerin incelendiği çalışmalarda; hemşireler kurumlarında kariyer planlama ve geliştirme uygulamalarının olmadığını, var olan kariyer planlama ve geliştirme uygulamalarının ise yetersiz olduğunu, kurumlarındaki açık pozisyonlar için bilgilendirme yapılmadığını, kariyer anlamında mevcut pozisyonlarından memnun olmadıkları görülmektedir (44,45). Sevinç ve Sabuncu'nun (2018) çalışmasında hemşirelerin yarısına yakınının yönlendirme ve kariyer planlama yapılmasını istedikleri, %60'a yakını ise eğitim programlarının düzenlenmesini istedikleri bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hemşirelerin %56.1'i geliştirme ve kariyer planlamanın hemşirelik mesleğinin geliştirmesinde etkin bir yöntem olacağını belirtmiş, geliştirme ve kariyer planlamanın etkin sürdürülebilmesi için çalışma ortamlarında sürekli eğitim programlarının hazırlanması, hemşire sayısının artırılması, işe alma ve yerleştirmede eğitim ve uzmanlıkların dikkate alınması gerektiğini ifade etmişlerdir (44). Yöneticilerin yönetsel yeterlilik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ise yönetici hemşirelerin kariyer planlama ile ilgili alanda kendilerini daha az yeterli gördükleri bulunmuştur (32). Sağlık Bakanlığı'nın bütçe yönetmeliğinde hemşirelere yönelik kariyer planlama ve geliştirme için bütçenin ayrılmamış olması dikkate alındığında (46), geliştirme ve kariyer planlama alanlarında istenilen düzeye ulaşılmamış olmasının hem nedeni hem de göstergesi olarak düşünülebilir. Araştırma sonuçları ve bu çalışmanın bulguları, hemşirelik eğitiminde ve sonrasında çalışma ortamlarında, geliştirme ve kariyer planlama ile ilgili konulara daha fazla odaklanılması gerektiğini, yönetici hemşirelerin kariyer planlama konusunda yetkinlik kazanmasının önemini göstermektedir.

SÇO Standartlarının Cerrahi, Dahili ve Yoğun Bakım Birimlerinde Uygulanma Durumu Farklılıkları

Çalışmamız cerrahi, dahili ve yoğun bakım birimlerinde SÇO standartlarının tümünün uygulanma durumu arasında herhangi bir farkın olmadığını göstermiştir. Ancak her bir ana standart ayrı ayrı incelendiğinde sadece Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç Gereçler ana standardının yoğun bakım birimlerinde cerrahi ve dahili birimlere oranla daha az uygulandığını ortaya koymuştur. Yoğun bakımlarda hemşirelerin çalışma ortamlarını inceleyen Altınöz ve Demir (2017), hemşirelerin yaşadıkları sorunlar içerisinde malzeme yetersizliğinin ikinci sırada olduğunu belirlemişlerdir (47). Bir başka çalışmada ise cerrahi, dahili ve diğer birimlere oranla yoğun bakım birimlerindeki çalışma ortamının hemşireler tarafından daha kötü algılandığını, insan gücü ve kaynak yeterliliği dahil çalışma ortamının diğer özelliklerinin de daha düşük düzeyde sağlandığı sonucuna varılmıştır (1). Yoğun bakım birimlerinde insan gücü ve kaynak yeterliliğinin en düşük düzeyde sağlandığı yapılan başka çalışmalarla da gösterilmiştir (48,49,50). Ülkemizde yapılan kalitatif bir çalışmada da yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin fiziki koşulların yetersiz olduğunu ve araç gereç eksikliği yaşadıkları belirlenmiştir (25). Bu sonuçlar yoğun bakım birimlerinde bulgularımızla uyumlu bir şekilde yeterli araç gerecin sağlanmasında eksiklik olduğunu ve fiziki koşulların uygun olmadığını göstermektedir. Ülkemizde yoğun bakımlar için yönetmeliklerle belirlenmiş özel fiziki standartlar ve çalışacak hemşire sayısının (örneğin üçüncü derece yoğun bakımda her 3 yatak için 1 hemşire) belirlenmiş olması (51), standartların yoğun bakım birimlerinde daha iyi düzeyde uygulanıyor olacağı beklentisi oluşturmaktadır. Çalışmamız ve diğer araştırmalar, ülkemizde yönetmeliklerle belirlenmiş standartların yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamındaki gereksinimlerini karşılayamadığını; fiziki şartlar, yeterli araç gereç ve insan gücü bakımından eksikliğin devam ettiğini göstermektedir.

Kısıtlılıklar

Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastaneleri örneklemini kapsamı ve kesitsel bir çalışma olması araştırmanın sınırlılıkları olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırma sonuçlarının, yönetici hemşireleri, hükümet ve politika yapıcıları hemşirelere sağlıklı çalışma ortamları oluşturulması için harekete geçirmesi ve yapılacak iyileştirmeler için temel oluşturacağı öngörülmektedir. Standartların ülke çapında uygulanması, kısa vadede hızlı sonuçlara ulaşmayı sağlayabileceği gerçeği göz önünde bulundurularak, SÇO standartlarının Sağlıkta Kalite Standartlarına dahil edilmesi bu yolda önemli bir adım olacaktır. Kurumlarda ise yönetici hemşireler belirli aralıklarla SÇO standartları açısından mevcut durum ve girişimlerinin sonuçlarını sistematik biçimde izlemeli ve düşük olan

alanlarda nedenler araştırılıp uygun stratejiler belirlenmelidir.

Bilgilendirme

Yazarların çalışmaya katkıları: Fikir ve kavram: DY, HAY; tasarım: DY, HAY; denetleme ve danışmanlık: HAY; veri toplama ve işleme: DY; analiz ve yorum: DY, HAY; kaynak taraması: DY; makalenin yazımı: DY, HAY; eleştirel değerlendirme: HAY.

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.09.2019 tarihinde 2019/23-34 nolu karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

Kaynaklar

1. Aslan M, Gökdemir S. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamı algısı: Trakya örneği. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2019;9(3):614-621.
2. Kaddourah B, Abu-Shaheen A K, Al-Tannir M. Quality of nursing work life and turnover intention among nurses of tertiary care hospitals in Riyadh: a cross-sectional survey. BMC Nursing 2018;17(43).
3. Topçu İ, Türkmen E, Badır A, Göktepe N, Miral M, Albayrak S ve ark. Relationship between nurses' practice environments and nursing outcomes in Turkey. Int Nurs Rev 2016;63(2):242-249.
4. Lee Y W, Dai Y T, Park C G, McCreary L L. Predicting quality of work life on nurses' intention to leave. J Nurs Scholarsh 2013;45(2):160-168.
5. Nursing Solutions (NS). 2020 NSI National health care retention & RN staffing report, 2020, URL: https://www.nsnursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf. 12 Kasım 2020
6. Koçaşlı S, Aktaş D, Avcı K. Bir eğitim araştırma hastanesinde hemşirelerin kurumdan ayrılmayı isteme nedenlerinin incelenmesi. HEAD 2017;14(2):127-130.
7. Nelson-Brantley H V, Park S H, Bergquist-Beringer S. Characteristics of the nursing practice environment associated with lower unit-level RN turnover. J Nurs Adm 2018;48(1):31-37.
8. Laschinger H K S, Fida R. Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: the role of authentic leadership and empowering professional practice environments. J Nurs Adm 2015;45(5):276-83.
9. Wang Y, Zhang L, Tian S, Wu J, Lu J, Wang F ve ark. The relationship between work environment and career success among nurses with a master's or doctoral degree: a national cross-sectional study. Int J Nurs Pract 2019;25(4):e12743.
10. Kol E, İlaslan E, Turkey M. The effectiveness of strategies similar to the magnet model to create positive work environments on nurse satisfaction. Int J Nurs Pract 2017;23:e12557.
11. Numminen O, Ruoppa E, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Hupli M, Meretoja R. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. J Nurs Manag 2016;24(1):E1-E11.
12. Bai J. Does job satisfaction mediate the relationship between healthy work environment and care quality?. Nurs Crit Care 2016;21(1):18-27.
13. Stalpers D, De Brouwer B J, Kaljouw M J, Schuurmans M J. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. Int J Nurs Stud 2015;52(4):817-835.
14. Aiken L H, Sloane D M, Bruyneel L, Van Den Heede K, Griffiths P, Busse R ve ark. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observation study. Lancet 2014;383(9931):1824-1830.
15. Tei-Tominaga M, Sato F. Effect of nurses' work environment on patient satisfaction: a cross-sectional study of four hospitals in Japan. Jpn J Nurs Sci 2016;13(1):105-113.
16. International Council of Nurses (ICN). Positive practice environments: quality work places = quality patient care information and action tool kit, Geneva, 2007, URL: https://www.cacn.ca/files/ind_kit_final2007.pdf. 12 Kasım 2020
17. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Workplace health, safety and well-being of the nurse. Toronto, Canada, 2008, URL: http://www.mtpinnacle.com/pdfs/RNAO_BPG_Health_Safety.pdf. 12 Kasım 2020
18. American Association of Critical-Care Nurses (AACN). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. Am J Crit Care 2005;14(3):187-197.
19. Ulrich B T, Lavandero R, Hart K A, Woods D, Leggett J, Taylor D. Critical care nurses' work environments: a baseline status report. Crit Care Nurse 2006;26(5):46-57.
20. Ulrich B T, Lavandero R, Hart K A, Woods D, Leggett J, Friedman D ve ark. Critical care nurses' work environments 2008: a follow-up report. Crit Care Nurse 2009;29(2):93-102.
21. Ulrich B T, Lavandero R, Woods D, Early S. Critical care nurse work environments 2013: a status report. Crit Care Nurse 2014;34(4):64-79.
22. Ulrich B, Barden C, Cassidy L, Varn-Davis N. Critical care nurse work environments 2018: findings and implications. Crit Care Nurse 2019;39(2):67-84.
23. Erdağı S, Özer N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;18(2):94-106.
24. Arslan Yürümezoğlu H, Kocaman G. Predictors of nurses' intentions to leave the organisation and the profession in Turkey. J Nurs Manag 2016;24(2):235-243.
25. Samur M, Seren İntepeler S. Nurses' view of their work environment, health and safety: a qualitative study. J Nurs Manag 2019;27(7):1400-1408.
26. Kocaman G, Arslan Yürümezoğlu H, Uncu S, Türkmen E, Göktepe N, Seren İntepeler S. Türkiye'de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarının geliştirmesi. HEAD 2018;15(1):30-38.
27. Bayat B. Uygulamalı sosyal bilim araştırmalarında ölçme, ölçekler ve "likert" ölçek kurma tekniği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2015;16(3):1-24.
28. Şeker Ş E, Eşmekaya E. Eksik verilerin tamamlanması (Imputation). YBS Ansiklopedi 2017;4(3):10-17.
29. World Health Organization (WHO). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership, Geneva, 2020 URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. 12 Ekim 2020
30. Seren İntepeler Ş, Barış V K. Dönüşümcü ve etkileşimli lider-izleyen ilişkilerinin hemşirelik ve sağlık hizmetlerine etkisi. ACU Sağlık Bil Derg 2018;9(2):97-104.

31. Alan H, Baykal U. Yönetici hemşirelerin kişilik özellikleri ve etkileyen kişisel ve mesleki özellikler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2018;9(2):119-128.
32. Karadaş A, Duran S, Doğu Ö. Servis sorumlu hemşirelerinin yönetsel yeterlik düzeylerinin belirlenmesi: Balıkesir ve Sakarya örnekleri. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2017;10(1):54-64.
33. Ünalı Baydın N, Topçu İ, Tiryaki Şen H, Ateş N, Erdem B, Yıldırım A. Kamu hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin liderlik davranışları üzerine bir araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2017;4(3):89-97.
34. Ahlstedt C, Lindvall C E, Holmström I K, Athlin Å M. What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *Int J Nurs Stud* 2019;89:32-38.
35. Göktepe N, Yalçın B, Türkmen E, Dirican Ü, Aydın M. The relationship between nurses' work-related variables, colleague solidarity and job motivation. *J Nurs Manag* 2020;28(3):514-521.
36. Uslusoy Çetinkaya E, Gürdoğan Paşlı E, Kurt D. Hemşirelerde mesleki benlik saygısı ve meslektaş dayanışması. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;7(1):29-35.
37. Uslusoy Çetinkaya E, Gürdoğan Paşlı E. Hemşirelerde empatik eğilim meslektaş dayanışmasını etkiliyor mu?. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019;3(1):19-29.
38. Kılıç E, Altuntaş S. The effect of collegial solidarity among nurses on the organizational climate. *Int Nurs Rev* 2019;66:356-365.
39. Dan X, Xu S, Liu J, Hou R, Liu Y, Ma H. Innovative behaviour and career success: Mediating roles of self-efficacy and colleague solidarity of nurses. *Int J Nurs Sci* 2018; 5(3):275-280.
40. Terzi B, Polat Ş. Hemşirelerin algıladıkları destek düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;6(1):59-67.
41. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite Standartları, Hastane (Sürüm 6). 1. Baskı. Ankara: Tam Pozitif Matbaa; 2020.
42. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sağlık İstatistikleri, 2018 URL: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095. 12 Ekim 2020
43. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2019. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1595267652&id=id&accname=guest&checksum=7B645C0D69B1E1487CC943895E78CF85>. 12 Ekim 2020
44. Sevinç E, Sabuncu N. Kariyer planlama ve geliştirme uygulamalarına ilişkin bir özel hastanede çalışan hemşirelerin görüşleri. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;(6):585-606.
45. Bektemür G, Demiray S, Özdemir Ürkmez D. Hemşirelerin kariyer planlaması: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2016;32(1):7-13.
46. Sağlık Bakanlığı. Sağlık bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının döner sermaye işletmeleri hakkında yönetmelik. Resmi Gazete, 15 Mayıs 2017, Sayı: 30067. URL: <https://khgmbutcemuhasebedb.saglik.gov.tr/Eklenti/23461/0/saglik-bakanligi-ile-bagli-kuruluslarinin-doner-sermaye-isletmeleri-hakkinda-yonetmelik-15052017-tarihli-ve-30067-sayili-rgpdf.pdf>
47. Altınöz Ü, Demir S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distres ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017;8(2):95-101.
48. Bitek D E, Akyol A D. Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamına ilişkin algıları ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2017;21(1):1-6.
49. Azevedo Filho F M, Rodrigues M C S, Cimiotti J P. Nursing practice environment in intensive care units. *Acta Paul Enferm* 2018;31(2):217-23.
50. Oliveira EM, Barbosa RL, Andolhe R, Eiras FRC, Padilha KG. Nursing practice environment and work satisfaction in critical units. *Rev Bras Enferm* 2017;70(1):73-80.
51. Sağlık Bakanlığı. Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. Resmi Gazete, 22 Mart 2017, Sayı: 30015. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170322-31.htm>. 12 Ekim 2020

DERLEME MAKALE

Uyku Kalitesinin Kadın Fertilitesi Üzerine Etkileri ve Uyku Kalitesi Değerlendirme Örneği

 Merlinda ALUŞ TOKAT¹,  Figen YANIK²

¹Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

² Arş. Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Temel yaşam gereksinimlerinden biri olan uyku; kadın sağlığının önemli bir belirleyicisi olarak giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Son yıllarda literatürde fertilitenin kadının uyku süresinden ve kalitesinden etkilenip etkilenmediği üzerinde durulmaktadır. Kaliteli uyku fertilite ile ilgili hormonlar da dahil olmak üzere; vücudumuzda görev alan hormonları düzenlemeye ve hasarlı hücrelerin yenilenmesine yardımcı olmaktadır. Fertilite dahil olmak üzere, birçok fizyolojik ve psikolojik olaylar içeren uyku; infertil çiftlerin tedavi sürecinin daha olumlu bir yön bulmasına katkı sağlayabilir. Zorlu tedavi sürecinde iyi bir uyku kalitesine sahip olmak; hem kadına mevcut stresiyle başa çıkması konusunda daha iyi hissettirebilir, hem de kadının sağlıklı oosit üretimine yardımcı olabilir.

Bu derlemenin amacı; uykunun fertiliteyi ne derece ve hangi mekanizmalarda etkileyebildiğini açıklamak, böylece ülkemizde fertilite alanında çalışan hemşireler/sağlık profesyonelleri için bir farkındalık oluşturmaktır. Hemşireler, uykunun fertilite sürecinde önemini anlayarak, infertil çiftlerin değerlendirilmesinde çiftlerin yaşam tarzlarını incelemelerinin önemini kavrayacaklardır. Ayrıca hemşirelerin bu süreçte izleyebilecekleri değerlendirme örneğinin bu alanda çalışan hemşireler/sağlık profesyonelleri için yol gösterici olması amaçlanmıştır..

Anahtar Sözcükler: Uyku, İnfertilite, Sirkadiyen Ritim, Üreme Sağlığı, Kadın Sağlığı.

Abstract

The Effects of Sleep Quality on Female Fertility and an Example for the Assessment of Sleep Quality

Sleep, one of the basic life needs; It is becoming increasingly important as an important determinant of women's health. Recently in the current literature; It is focused on whether fertility is affected by the woman's sleep time and quality. Quality sleep, including hormones related to fertility; It helps regulate the hormones involved in our body and regenerate damaged cells. Sleep involving many physiological and psychological events, including fertility; it can contribute to the infertile couples' finding a more positive direction. Having a good sleep quality during the difficult treatment process; it can both make the woman feel better at dealing with her current stress and help the woman produce healthy oocytes.

The purpose of this review is; explaining to what extent sleep can affect fertility and in which mechanisms, thus creating an awareness for nurses / health professionals working in the field of fertility. By understanding the importance of sleep in the fertility process, nurses will comprehend the importance of examining couples' lifestyle in the evaluation of infertile couples. In addition, it is aimed to guide the nurses / health personnel working in the field by creating an evaluation example that they can follow in this evaluation.

Key Words: Sleep, Infertility, Circadian Rhythm, Reproductive Health, Women's Health.

Geliş Tarihi / Received: 18.08.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 05.03.2021

Correspondence Author: ² Arş. Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Telefon: +90 232 412 4792 E-posta: figen.satkan@gmail.com

Cite This Article: Aluş Tokat M, Yanık F. Uyku Kalitesinin Kadın Fertilitesi Üzerine Etkileri ve Uyku Kalitesi Değerlendirme Örneği Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 253- 260



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Infertilite yaşam kalitesini azaltan ciddi bir sağlık sorunudur (1). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, infertilite üreme çağındaki çiftlerin %15'ini etkilemektedir. Ülkemizde de yaklaşık olarak 1,5-2 milyon kişinin infertilite sorunu ile karşı karşıya olduğu ve sorunun giderek arttığı belirtilmektedir (2). Günümüzde ileri teknolojik gelişmeler sonucunda infertilite tedavisinde başarı giderek artmaktadır. Klinik uygulamalarda infertilite sürecindeki teknolojik ve tedavi gelişmeler çok fazla ön planda iken, infertilite sorunu yaşayan çiftlerin yaşam tarzı çok ayrıntılı değerlendirilmemekte ve iyileştirilmemektedir. Dünya literatüründe ise son yıllarda infertilitede yaşam tarzı faktörleri üzerinde durulmaktadır. Aslında infertilite oranlarının giderek artmasının en büyük etkenlerinden biri; yaşam tarzımızın olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir (3). Yaşam tarzı faktörleri, fertilitte dahil olmak üzere genel sağlık ve refahı büyük ölçüde etkileyebilecek değiştirilebilir alışkanlıklar ve yaşam şekilleridir. Fertilitteye etki eden beslenme, fiziksel aktivite gibi diğer yaşam tarzı faktörleri ile karşılaştırıldığında; uyku ve fertilitte arasındaki ilişki hakkında çok az şey bilinmektedir (4). Çocuk sahibi olmak için yaşanan bu süreçte çiftler stres yaşayabilmekte ve stresin sonucunda da yaşam tarzları değişebilmektedir. Stres kişilerin beslenmesini, uyku alışkanlığını, fiziksel aktivitesini ve sonuç olarak fertilitte tedavisinin başarısını etkileyebilmektedir. Özellikle infertilite tedavi sürecinin uykuya etkisi çok yeni ve önemli bir konudur. Kadınlar infertilite tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar etkisi ile hormonal değişikliklere maruz kalmakta ve bu hormonal değişiklikler kadınlarda bazı şikayetlere sebep olmaktadır. Sonuçta bu şikayetler kadınlarda psikolojik sıkıntı yaratmakta ve uyku problemlerine neden olabilmektedir. Lin ve arkadaşları (5) intrauterin inseminasyon tedavisi gören 117 infertil kadında uyku kalitesini araştırmak ve uyku bozukluğuna neden olan faktörleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; kadınların % 35'inin uyku bozukluğu yaşadığını bildirmişlerdir. Ayrıca kadınlarda hormonal değişimlere bağlı olarak bulantı, kusma, yorgun hissetme, psikolojik sıkıntı gibi belirtiler görülmüştür. Bulantı belirtileri ve psikolojik sıkıntı, uyku bozukluğuna katkıda bulunan risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Aynı yazarların (6) yaptığı benzer bir çalışmada ise; oosit pick up (OPU) ve embriyo transferi (ET) tedavileri zamanlarında 100 kadının uyku durumu değerlendirilmiştir. Kadınların bu süreçte; abdominal distansiyon, memelerde dolgunluk ve yorgunluk gibi belirtilerin yaşadıklarını belirtmişlerdir. Fakat uyku sorunları incelediğinde OPU sürecine kadar kadınların % 23'ünde, ET sonrası kadınların %45'sinde uyku bozukluğu görüldüğü saptanmıştır. Özetle, ET sonrasında OPU işlemine kadar olan süreye göre kadınlarda daha yüksek oranda fiziksel belirtiler görülmüş ve bu sebeple ET sonrası kadınların daha fazla uyku problemleri yaşadıkları belirtilmiştir. Goldstein ve arkadaşları (7) 22 kadında uykunun subjektif ve objektif verilerini; over uyarımı başlamadan önce, kontrollü over uyarımı sırası ve embriyo transferi sonrası-gebelik testi öncesi olmak üzere toplam üç dönemde kaydetmiştir. Sonuçta; kadınların over stimülasyon sürecindeki uyku kalitesinin daha iyi olduğu ve embriyo transferi sırasında daha çok uyku sorunları yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca uyku süresindeki bir saatlik artışın; elde edilen oosit sayısını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Sınırlı literatürden de anlaşıldığı gibi kadınlar tedavi sürecinde uyku sorunları yaşamakta ve bu sorunlar özellikle embriyo transfer sürecinden sonra da daha belirginleşmektedir. Sağlık profesyonelleri olarak infertilite merkezlerine başvuran kadınların genel sağlık durumunu etkileyen önemli belirteçlerden biri olan uykuyu ne kadar değerlendiriyoruz? Uyku sorunların yaşandığı bu tedavi sürecinde fertilitte sonuçlarına etkisini ortaya koymak; kliniklerde bu yaşam tarzı komponentinin daha iyi değerlendirilmesini ve tedavi sürecini iyileştirmek için girişim planlanmasını sağlayabilir. Bu nedenlerle; derlemenin amacı uyku süresini ve kalitesinin kadın fertilitesi üzerine etkisi ortaya koymak ve hemşireler için uygun bir değerlendirme örneği oluşturmaktır.

Gelişme

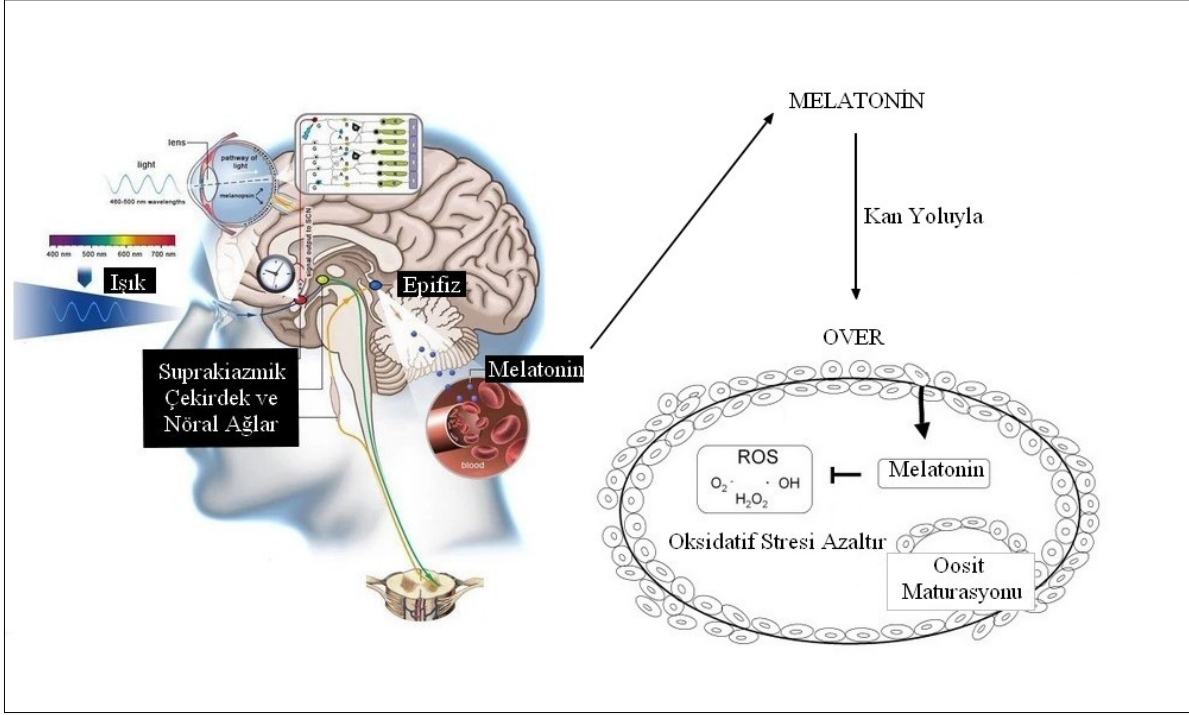
Uykunun Üreme Sağlığına ve Fertilitteye Olası Etkisi

İnfertilite kapsamlı bir konudur ve oksidatif stres gibi farklı faktörler infertiliteye neden olabilmektedir. Ovulasyon sürecinde makrofajlar, nötrofiller ve parankimal hücreler tarafından reaktif oksijen türevleri üretilmektedir. Reaktif oksijen türevleri temelde hücreler için zararlı olan metabolitlerdir ve oositler gelişim sürecinde bu zararlı metabolitlere maruz kalabilmektedir. Fakat oositlerin maruz kaldığı zararlı metabolitlere rağmen sağlıklı oosit ve embriyolar oluşturabilmektedir. (8) Uyku kadının oositlerini ve fertilitelerini etkileyebilen önemli yaşam tarzı belirleyicisi olduğu düşünülmektedir. Ulusal Uyku Kuruluşu'nun (9) 2015 yılında yayınladığı kanıt dayalı rapora göre genç yetişkinlerin (18-25 yaş) ve yetişkinlerin (26-64) ortalama uyku süresinin 7-9 saat olarak bildirilmiştir. Ayrıca bu yaş grubu bireylerin 11 saatten fazla, 6 saatten az uyumamaları gerektiği raporda belirtilmiştir. Sağlığımız için oldukça önemli olan uyku döngüsü; REM, NREM ve uyanıklık arasında devam eden süreçtir. İşte bu uyku uyanıklık döngüsü içerisinde sirkadiyen ritim gerçekleşmektedir (10). Sirkadiyen; yaklaşık anlamına gelen "circa" ve gün anlamına gelen "dies" olmak üzere latince iki kelimeden oluşan ve "yaklaşık bir günü" ifade etmek için kullanılan terimdir. Vücudumuz sirkadiyen ritim denilen iç saat tarafından kontrol edilmektedir. Sirkadiyen ritim; organizmanın yaklaşık bir günlük fizyolojik ve biyolojik değişimlerini ifade eder (11). Sirkadiyen ritmi düzenleyen ana merkez; hipotalamusun ön kısmında bulunan suprakiazmik nükleus (SCN) adı verilen bir yapıdır. Vücudumuzun uyku-uyanıklık döngüsü; büyüme hormonu, kortizol, melatonin gibi bazı hormonların salgılanması suprakiazmik çekirdeğin kontrolündedir (12).

Uykuda salgılanan ve hücre sağlığı için önemli olan büyüme hormonu, hücrelerin çoğalması ve kendi kendini yenilemesine yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla büyüme hormonunun yeterli salgılanması oosit sağlığını ve fertilitteyi de etkileyebilmektedir. Son zamanlarda özellikle melatoninin antioksidan rolüyle oositleri koruduğu düşünülmektedir (13). Melatonin; biyolojik saat dediğimiz sirkadiyen ritmi ve üreme ile ilgili çeşitli önemli merkezleri etkilemektedir. Gece; karanlık ortamda, ışık uyarısının yok olması ile birlikte; epifiz bezi uyarılmakta ve melatonin hormonu sentezlenmektedir. Melatonin hormonu kan serumu ile karşılaştırıldığında; insanın preovuluar foliküler sıvısında daha yüksek konsantrasyonda bulunmuştur (14). Melatoninin doğrudan serbest radikal toplayıcı olarak bulunması, üreme fizyolojisine yarar sağlayan melatonin mekanizmasının anlaşılmasını kolaylaştırmıştır.

Işık uyarısının etkisi ile suprakiazmik çekirdek uyarılır. Suprakiazmik çekirdeğe aktarılan ışık uyarısı buradan bir takım nöral ağlar aracılığıyla epifiz bezine iletilir. Epifiz bezinin uyarılması ile melatonin hormonu salgısı baskılanır. Gece boyunca karanlık bir ortamda ışık uyarısının yok olmasıyla epifiz bezi tekrar uyarılır ve melatonin hormonu salgılanır. Melatonin kan yoluyla

overlere geçerek burada bir takım hücrel olaylarda görev alır. Overlere geçen melatonin over içerisinde antioksidan görevi ile oksidatif stresi azaltarak oosit maturasyonunu sağlar ve embriyo gelişimine yardımcı olur. (Şekil 1) Bu sebeple gece uykusu ve melatonin hormonunun yeterli düzeyde salgılanması oosit kalitesi açısından çok önemlidir (12). Suprakiazmik çekirdek kontrolündek bir diğer hormon olan kortizol ise gece uykuda en az seviyede iken, saat geçtikçe artar ve uyanmadan hemen önce en üst seviyeye çıkar. Gece en az seviyedeyken sabah saatlerinde kortizonun artmasının sebebi vücudumuza verilen bir uyanma sinyali olmasıdır. Yeterli uyku durumunda düşük kortizol uyarısında hem over hemde uterus vaskülarizasyonu olumlu yönde etkilenmektedir. Uyku ile ilişkilendirilen bu üç hormonun fertiliteye olası etkisi Şekil-2’de gösterilmiştir.



Şekil 1: Folikül Sıvısında Melatonin Hormonu Görevinin Şematik Gösterimi

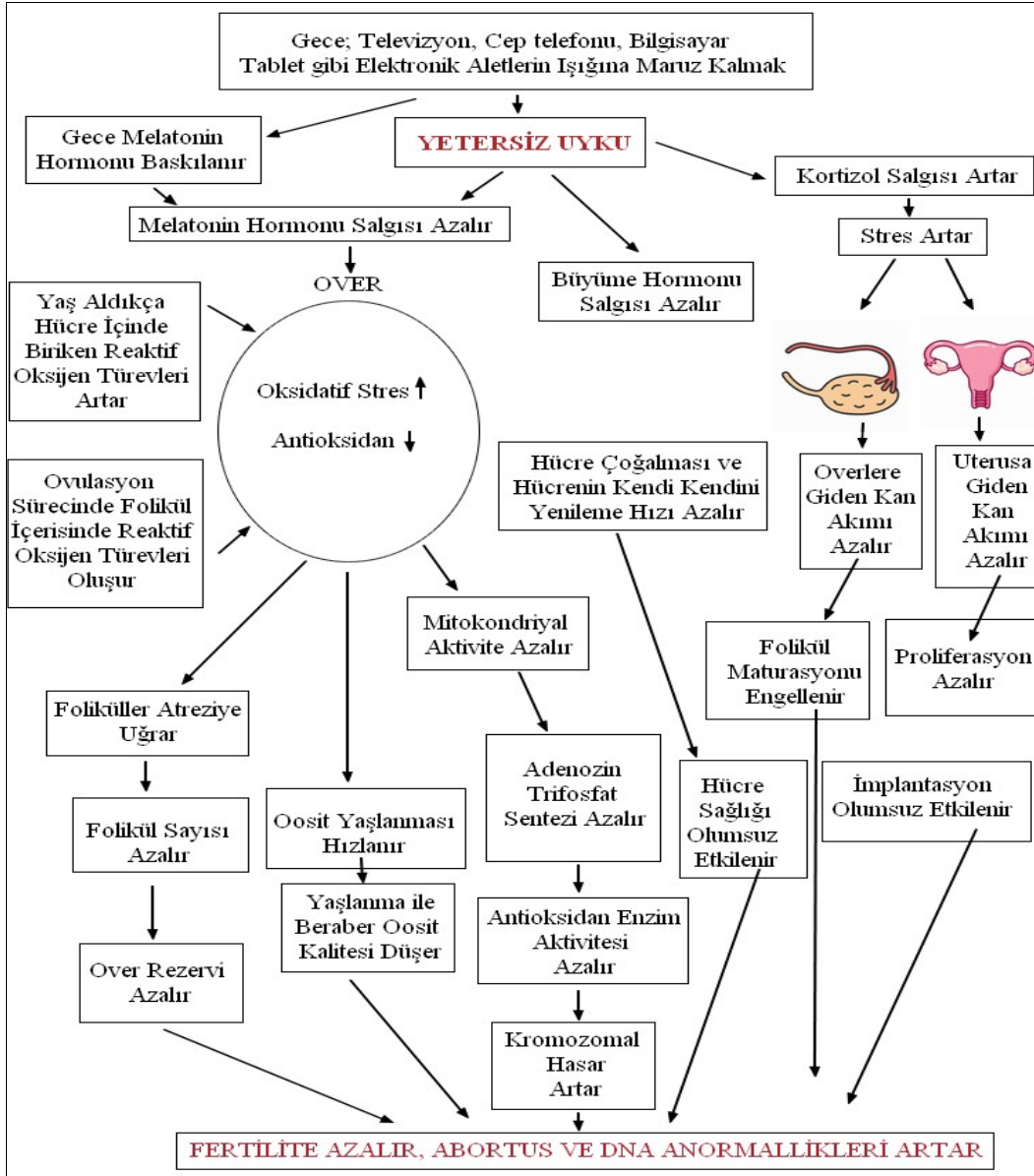
Kaynak: Tamura H ve arkadaşları 2012.

Günümüzde uyku kalitesini etkileyen en önemli sorunlardan biri de; gece elektronik cihazların ekranlarından yayılan mavi ışıktır. Bu cihazların ışığına maruz kalarak uyumak; gece uyku kalitesini düşürmekte ve uykuya dalma süresini uzatmaktadır (16). Mavi ışığın yaydığı dalgalar uykuda salgılanan melatonin, büyüme hormonu ve kortizol gibi hormonların salınımını etkilemektedir. Melatonin hormonunun salınımı engellenerek/azaltılarak antioksidan rolünün etkisi azaltılmaktadır. Zamanla folikül içerisindeki serbest radikal seviyesi artmakta, hücrel hasar meydana gelmekte ve devamında oosit maturasyonu engellenmektedir. Bunun yanı sıra stresin temel hormonu olan kortizol; yetersiz uyku durumunda artmaktadır. Stres artınca artan kardiyak out-put sonucunda kan yaşamsal organlara yönelir ve uterusu giden kan akımı azalmaktadır. Böylece uterusu giden hormonal etki de etkilenerek, endometriyal proliferasyonu etkilenebilmektedir. Bu olaylar sonucunda implantasyon için uygun ortamının sağlanmaması ve paralelinde fertilitte sorunları yaşanabilmektedir. Ayrıca stres durumunda overlerin vaskülarizasyonu da etkilenerek follikül gelişimi de gecikebilmektedir ve maturasyonu engellenebilmektedir.

Diğer yandan uykuda salınması gereken büyüme hormonunun salınımı etkilenmekte ve hücre çoğalması, yenilenmesi gibi temel hayati olayların gerçekleşmesi önlenmektedir (Şekil 2). Tüm bu durumlar sonucunda fertilitte etkilenebilmektedir.

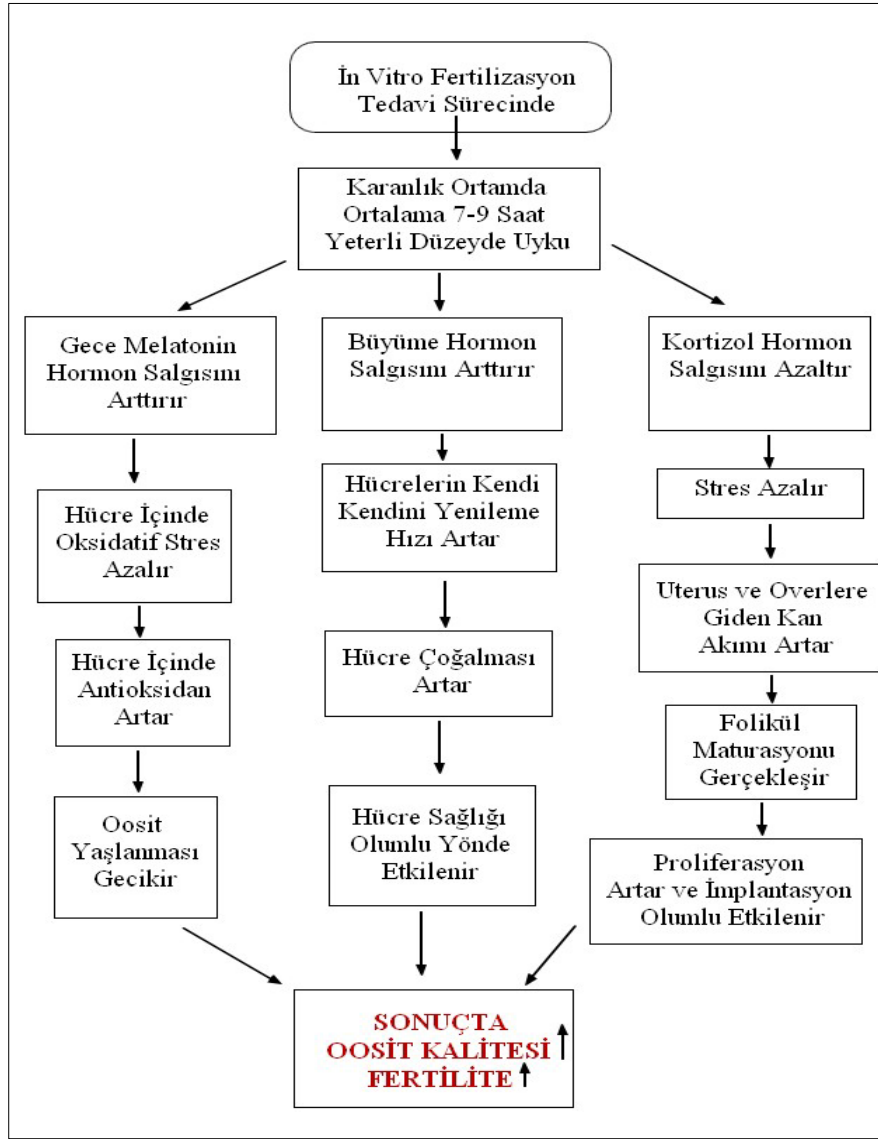
Rad ve arkadaşları (17) yaptıkları çalışmada fertil ve infertil kadınlarda melatonin düzeyi ve oksidatif belirteçler ile ilişkisine bakmışlardır. Fertil ve infertil kadınlar 30 kişilik iki gruba ayrılıp, serumdaki melatonin düzeyleri ve total antioksidan kapasiteyi değerlendirmişlerdir. Sonuçta; fertil kadınlardan alınan serum melatonin ve toplam antioksidan kapasite infertil kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Toplam 209 kadının uyku kalitesi ile yardımcı üreme tekniği başarısı arasındaki ilişki incelenen başka bir çalışmada kadınların uyku kalitesi iyi, orta ve kötü olarak değerlendirilmiş ve kadınlar üç gruba ayrılmıştır. Yardımcı üreme tekniği (YÜT) ile tedavi gören 209 kadının %65.1’i iyi uyku kalitesine, %26.8’i orta ve %8.1’i kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; iyi uyku kalitesine sahip kadınlarda fertilizasyon ve blastosist gelişimini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (18). Fertilitte tedavisi gören kadınlarda uykunun üreme sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen başka bir çalışmada ise; 656 kadının in vitro fertilizasyon (IVF) tedavisine başlamadan önce uyku süreleri değerlendirilmiştir. Kadınlar daha sonra uyku sürelerine göre kısa süreli uyuyanlar (3-6 saat), orta süreli uyuyanlar (7-8 saat) ve uzun süreli uyuyanlar (9-11 saat) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Oosit sayısı ve fertilizasyon oranının tüm gruplarda benzer olduğu saptanmıştır. Gebelik oranı, orta süreli uyuyanlarda uzun süreli ve kısa süreli uyuyan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (19). Melatonin hormonu etkisine yönelik yapılan başka bir çalışmada ise; uyku bozukluğu olan açıklanamayan infertilite tanısı olan kadınlara oral yoldan melatonin verilip IVF sonuçlarına bakılmıştır. Uyku problemi yaşayan 60 kadın örnekleme alınmış, bir gruba oral melatonin uygulanıp, diğer gruba uygulanmamıştır ve IVF sonuçları

karşılaştırılmıştır. Melatonin uygulaması yapılan kadınlarda; menstrual siklusun 3-5. günlerinden itibaren başlanıp HCG enjeksiyon gününe kadar, günde bir doz oral melatonin uygulanmıştır. Sonuçta; uyku durumu değişikliğinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir fakat elde edilen oosit sayısında melatonin uygulanan grupta daha yüksek iken fertilizasyon, implantasyon ve gebelik oranları her iki grupta benzer bulunmuştur. Çalışmada; uyku problemi yaşayan ve IVF tedavisi alan kadınlarda oral melatonin uygulanmasının kadınlarda uyku problemlerini düzeltmeyebileceği ancak oosit kalitesini arttırmak amacıyla kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (20).



Şekil 2: Yetersiz Uygunun Kadın Fertilitesi Üzerine Olası Etkisi

Kaliteli uyku fertilite ile ilgili hormonlar da dahil olmak üzere; vücudumuzda görev alan hormonları düzenlemeye ve hasarlı hücrelerin yenilenmesine yardımcı olabilmektedir. Böylece oosit kalitesi ve fertiliteyi arttıran önemli bir unsur olabilir (Şekil 3).



Şekil 3: Kaliteli Uygunun Oosit Kalitesi Ve Fertilite Üzerine Olası Etkisi

İn vitro fertilizasyon tedavisi kadınlara her ne kadar ümit verse de; tekrarlayan invaziv işlemler; kadınlar için duygusal ve fiziksel yük olabilmekte ve bu tedavi sürecinde kadınlar uyku problemleri yaşayabilmektedir. Fertilite dahil olmak üzere, birçok fizyolojik ve psikolojik olaylar içeren uyku; yardımcı üreme tekniği ile tedavi sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlayabilir. Bu nedenle infertilite tedavisi gören kadınların uyku koşullarının iyileştirilmesi; sağlık bakım personellerinin temel hedeflerinden biri olmalıdır. IVF tedavisi alan kadınların rutin olarak uyku kalitesi değerlendirilmeli, uyku ile ilgili problem varsa buna sebep olan faktörleri belirlenmeli ve bunlara yönelik girişimler yapılmalıdır. Kadınların en önemli yaşam tarzı belirleyicilerinden olan uykunun fertilite üzerine olumlu etkisi göz ardı edilmemelidir. Zorlu infertilite tedavi sürecinde iyi bir uyku kalitesine sahip olmak; hem kadına mevcut stresiyle başa çıkması konusunda daha iyi hissettirebilir, hem de kadının sağlıklı oosit üretimine yardımcı olabilmektedir.

Hemşireler ne yapabilir?-Değerlendirme Örneği

Klinik uygulamada kadınların uyku alışkanlıklarını değerlendirmek ve geliştirmek için hemşire olarak bazı düzenlemeler yapılabiliriz.

- Kadınların genel uyku kaliteleri değerlendirilmeli, aynı zamanda gece yatış saati ve sabah uyanış saatleri öğrenilmelidir.
- Uygunun fertilite üzerine olan olası etkileri kadına uygun bir dille açıklanmalıdır; gerekirse görsel ve yazılı materyaller verilmelidir.
- Uyku durumunda bir problem varsa nedeni belirlenmelidir (yatma saati, ışıktaki uyuma vb).
- Uyku kalitesinin etkileyen faktörlerin nasıl iyileştirebilir konusunda birlikte plan yapılmalıdır.
- Uygun uyku planı yapılmalıdır.
- Gevşeme gibi rahatlatıcı uygulamalar kadınlara öğretilerek, uykudan önce rahatlaması için öğretilmelidir.

- Yapay ışıkların ortamlardaki olumsuz sağlık etkilerini azaltmak için; TV, bilgisayar gibi elektronik aletleri uyumadan birkaç saat önce kapatması ve rahat uyku ortamını hazırlaması söylenmelidir. Gündüz saatlerinde de mavi ışık filtresi bulunan cihazlar veya gözlük camları kullanılabilir.

- Yatak odasında hiçbir ışık kaynağı ve dijital cihaz bulunmaması gerektiği söylenmelidir.

- Mavi ışıktan korunmak için mavi ışığa maruz kalma süresi azaltılmalıdır. Uzun saatler (2 saat ve üzeri) bilgisayar, televizyon gibi ekrana maruz kalıyorsa mutlaka 15-20 dk ekrandan uzaklaşıp dinlenmesi gerektiği söylenmelidir.

- Gürültü ve dış ortam ışığına en az maruz kalan odanın yatak odası olarak tercih edilmesi, evcil hayvan besliyorsa uyuduğu odadan çıkarması gibi uykudan yüksek verim alması için önerilerde bulunulmalıdır.

- Biyolojik saatin bir parçası olan uykuyu ve gün ışığını yeterli miktarda almak ve gece uykusunda vücudun hormon dengesine zarar veren yapay ışıklardan uzak durulması için önerilerde bulunulmalıdır. Günlük güneş ışığına bir saat maruz kalmak bile vücudumuzun sirkadiyen ritmini düzenleyip rahat uyku uyumayı sağlayacaktır.

- Gün içindeki kortizol seviyelerinin uyku durumunu etkileyeceği unutulmamalıdır. Yüksek kortizol seviyesinin rahatlamayı ve kaliteli uyku almamayı engellemektedir. Tedavi gören kadına kortizolun ve stresin olumsuz etkileriyle mücadele etmek için; nefes teknikleri, yoga gibi teknikler önerilebilir.

- Gün içinde çok fazla uyumak da uyku döngüsünü bozmaktadır. Kısa şekerlemeler hariç gündüz vakti çok fazla uyumaması, bu süreyi gece uykusuna ayırması söylenmelidir.

- Uyku rutininde tutarlı olmak da önemlidir. Tedavi sürecinde ve sonraki süreçlerde her gün aynı saatte yatıp aynı saatte kalkacak şekilde kendi uyku rutinini oluşturması gerektiği belirtilmelidir.

Tedavi Sürecinde;

- Kadının uyku durumu hem oosit toplama işlemine kadar hem de embriyo transferinden sonra değerlendirilmeli ve iyileştirmek için öneriler verilmelidir.

- İyi uyku sadece saat sayısına değil, kalitesine de bağlıdır. Bu sebeple kadınların sadece kaç saat uydukları değil, uykularının kalitesini nasıl değerlendirdikleri de öğrenilmelidir.

- Sorun varsa değerlendirilip kaynağına yönelik girişim yapılmalıdır.

- Kadınlar özellikle embriyo transfer sürecinden sonra gebelik testi beklerken stres düzeyleri artmakta ve bu durum uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle embriyo transfer süreci sonrasında uyku durumu değerlendirilmeli; kadınların olumsuz düşüncelerden uzak durmasını sağlayacak rahatlatıcı teknikler öğretilmeli ve uygulanmalıdır.

- Uyku öncesi ağır egzersizler uykuyu bölebilir. Ancak haftada en az 4-5 kere orta düzeyde egzersiz yapmak hem stresi azaltmakta hem de uyku kalitesini arttırmakta, uyku döngüsü arasında geçişleri düzenlemekte ve derin uyku süresini arttırmaktadır.

- Uyumadan en az 4-6 saat önce uyarıcı etkisi bulunan kafein içeren içecekleri kısıtlaması söylenmelidir.

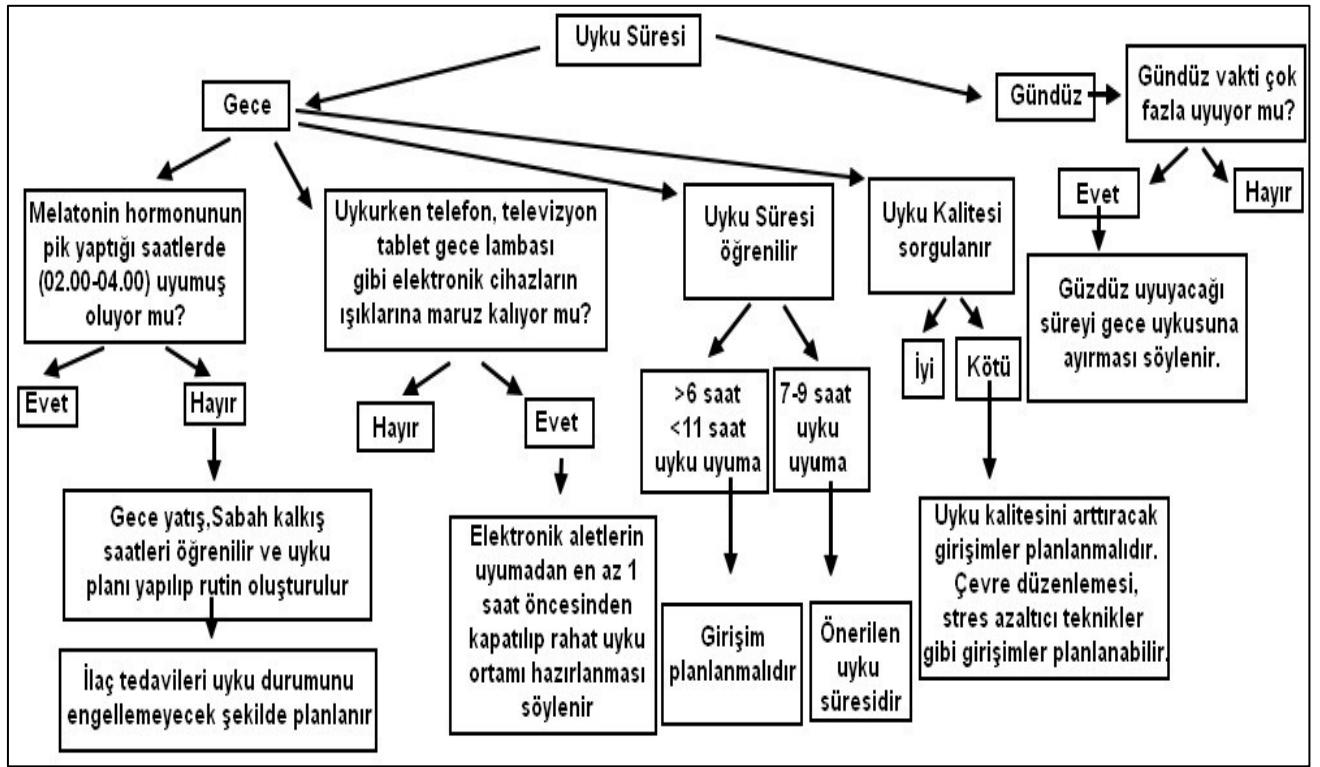
- Uyku öncesi zihinsel kontrolü geliştirmeye yönelik girişimler yapılmalıdır. Özellikle uyku öncesi aksiyon filmi izleme, uzun sohbet, konuşma gibi zihni uyarıcı eylemlerden kaçınılması ile ilgili bilgilendirilmelidir.

- Gece olumsuz düşüncelerden uzaklaştıracak bir diğer nonfarmakolojik yaklaşım olan gevşeme egzersizi ve görsel imgeleme vb. aktiviteler öğretilmelidir.

- Uyumadan önce mümkünse gevşemek amacıyla ılık su ile duş alınması ile ilgili bilgilendirilmelidir.

- İlaç tedavi saatleri uyku durumunu bölmeyecek şekilde planlanmalıdır.

- Hemşirelerin değerlendirme ve girişim için kullanabilecekleri örnek değerlendirme şekil 4'te verilmiştir (Şekil 4).



Şekil 4: Hemşireler İçin Değerlendirme Örneği

Sonuç

1970'li yıllardan bu yana aile dayanıklılığı konusunda teorik bir çerçeve oluşagelmıştır. Bu süreçte bakış açısı hastalıktan sağlığa, Tüm bu incelemeler sonucunda kaliteli uyku fertilité ile ilgili hormonlar da dahil olmak üzere; vücudumuzda görev alan hormonları düzenlemeye ve hasarlı hücrelerin yenilenmesine yardımcı olmaktadır. Yani uykunun fertilité dahil olmak üzere birçok fizyolojik ve psikolojik olaylar içerdiğini görebiliriz. Infertilite tedavi sürecinin daha olumlu bir yön bulmasında hemşire olarak çiftleri değerlendirirken, çiftlerin yaşam tarzlarını da değerlendirip hangi durumları iyileştirebiliriz diye düşünmemiz gerekmektedir. Çünkü iyi bir uyku kalitesi; kadının zorlu tedavi sürecinde rahatlamasını sağlayabilir, mevcut stresle başa çıkma konusunda daha iyi hissedebilir ve sağlıklı oosit üretimine yardımcı olabilir. Tüm bu sonuçlar kadının fertilitésini olumlu etkileyebilir.

Sonuç olarak; kadınların en önemli yaşam tarzı belirleyicilerinden olan uyku ve sonuçları göz ardı edilmemelidir. Hemşire olarak IVF tedavisi alan kadınların rutin olarak; uyku kalitesini değerlendirmeli, uyku bozukluğu varsa buna sebep olan faktörleri belirlemeli ve bunlara yönelik girişimler yapmalıyız.

Bilgilendirme



Bu derlemede herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derlemede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur. Derlemenin hazırlanmasına tüm yazarlar katkıda bulunmuştur. Derlemenin fikir, tasarım, denetleme ve eleştirel incelemesine MAT katkı sağlamıştır. Literatür taraması, fikir ve tasarımı konularında ise FY katkı sağlamıştır. Bu derleme herhangi bir kongrede tam metin veya bildiri olarak yayımlanmamış, daha önce hiçbir dergide yayımlanmamış, yayımlanmak üzere kabul edilmemiş ve değerlendirme altına alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Speroff L, Fritz M. The gynecologic endocrinology and infertility. 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2005. p. 187-224.
2. Amanak K, Karagöz B, Sevil Ü. Effect of the modern life on infertility. TAF Prev Med Bull. 2014; 13(4): 345-350.
3. Sharma R, Biedenharn K, Fedor F, Agarwa A. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. Reproductive Biology and Endocrinology. 2013; 1477-7827.
4. Piche M, Babineau V, Robitaille J, Lachance E, Ruchat S. Lifestyle-related factors associated with reproductive health in couples seeking fertility treatments: results of pilot study. International Journal of Fertility and Sterility. 2018; 12(1): 19-26
5. Lin J, Lin Y, Chuch K. Somatic symptoms, psychological distress and sleep disturbance among infertile women with intrauterine insemination treatment. Journal of Clinical Nursing. 2014; Jun;23(11-12):1677-84.
6. Lin J, Lin Y, Chuch K. Somatic symptoms, psychological distress and sleep disturbance among women undergoing oocyte pick-up and in vitro fertilization-embryo transfer. Journal of Clinical Nursing. 2016; Jun;25(11-12):1748-56.
7. Goldstein C, Lanham M, Smith Y, O'Brien L. Sleep in women undergoing in vitro fertilization: a pilot study. Sleep Medicine Journal. 2017; 105-113.
8. Tamura H, Nakamura Y, Takiguchi S, et al. Melatonin directly suppresses steroid production by preovulatory follicles in the cyclic hamster, J Pineal Res. 1998; 25: 135-41.
9. Hirshowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National sleep foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health. 2015; 1(4):233-43.
10. Guyton AC, Hall JE. Medical Physiology. 13th edition. USA, 2016. p.689-690.
11. Zee PC, Mantena P. The brain's master circadian clock; implications and opportunities for therapy of sleep disorders, Sleep Med Rev. 2007; 11:59-70.
12. Gooley JJ, Saper CB. Anatomy of the mammalian circadian system. In Principles and Practice of Sleep Medicine. (Eds MH Kryger, T Roth, WC Dement): 2005; 335-350. Philadelphia: Elsevier Saunders.
13. Agarwal A. Oxidative stress and its implications in female infertility – a clinician's perspective. Reproductive Bio Medicine. 2005;11:641-50.
14. Tamura H, Takasak A, Taketani T, Tanabe M, Kizuka F, Lee L et al. The role melatonin as an antioxidant in the follicle. Journal of Ovarian Research. 2012;5:5
15. M. Figueiro, D. Overington. Self-luminous devices and melatonin suppression in adolescents. Lighting Research & Technology. Lighting Res. Technol. 2015; 0: 1-10.
16. Rad S, Abbasalizadeh S, Haghjo A, Sadagheyani M, Montaseri A, Rad J. Evaluation of the melatonin and oxidative stress markers level in serum of fertile women. Iran Reproductiv Medicine. 2015; 439-444.
17. Akamatsu S, Otsuki J, Fujii M, Enatsu N, Tsuji Y, Iwasaki T et al. The poor quality of women's sleep negatively influences fertilization rates in assisted reproductive technology. International Journal of Fertility and Sterility. 2016; 108(3):e120.
18. Park I, Sun H, Jeon G, Jo J, Kim S, Lee K. The more, the better? the impact of sleep on IVF outcomes. International Journal of Fertility and Sterility. 2013.
19. Eryılmaz Ö, Devran A, Sarikaya E, Aksakal F, Mollamahmutoğlu L, Cicek N. Melatonin improves the oocyte and embriyo in IVF patients with sleep disturbances, but does not improve the sleeping problems. Assisted Reproduction Technologies. 2011; 28:815-820.

DERLEME MAKALE

Siber Zorbalık: Çocuklarda Zorbalığın Yeni Dönemi ve Hemşirelik Yaklaşımları

 Buket MERAL ¹,  Seda ÇAĞLAR ²

¹ Arş. Gör. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon.

² Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Öz

Akıllı telefonlar, online oyunlar, e-posta, mesajlaşma ve çeşitli sosyal ağ siteleri gibi elektronik iletişim araçları 21. yüzyılda ergenlerin hatta çocukların hayatlarında önemli bir yer tutmaktadır. Çocuk ve ergenlerin teknolojiye bağlı bu yaşam tarzları onları birçok çevrimiçi risk ile karşı karşıya getirmektedir. Zorbalığın yeni yüzü olan ve siber zorbalık olarak adlandırılan bu durumda çocuklar mağdur ya da fail konumundadırlar. Her iki durumda da davranışsal sorunlarla ilişkili olan siber zorbalık, çocukları fiziksel, ruhsal ve zihinsel olarak olumsuz etkilemektedir. Bu doğrultuda hem toplum hem de çocuk sağlığı açısından oldukça önemli bir problemdir. Çocuk ile çalışan tüm meslek grupları gibi sağlık profesyonellerinin de çocuklardaki uyarı işaretleri ve en uygun müdahale stratejilerinin farkında olmaları gerekmektedir. Bu derlemenin amacı, çocuklarda görülen siber zorbalığı ve hemşirelik yaklaşımlarını incelemek aynı zamanda hemşirelerin siber zorbalık ile ilgili farkındalıklarını arttırmaktır.

Anahtar kelimeler: Siber Zorbalık, Zorbalık, Hemşirelik, Çocuk Sağlığı.

Abstract

Cyber Bullying: The New Period of Childhood and Nursing Approaches in Children

In the 21st century electronic communication tools such as mobile phones, online games, e-mail, messaging, and various social media platforms have an important place in the lives of adolescents and even children. Children and adolescents with these technology-dependent lifestyles encounter with many risks online. In this situation, which is the new face of bullying and called cyberbullying, children are victims or perpetrators. Cyberbullying, which is associated with behavioral problems in both cases, negatively affects children's physical, psychological, and mental health. In both conditions, cyberbullying associated with behavioral problems, adverse effects on children's physical, psychological, and mental health. Accordingly, it is a very important problem in terms of both public and child health. Healthcare professionals, like all occupational groups working with children, need to be aware of warning signs and optimal prevention strategies in children. The purpose of this review is to examine the characteristics, frequency, risk factors, effects on child health and nursing approaches of cyberbullying, and to raise awareness on the subject. The purpose of this review is to examine cyberbullying in children and nursing approaches, as well as to increase the awareness of nurses about cyberbullying.

Key Words: Cyberbullying, Bullying, Nursing, Child Health.

Geliş Tarihi / Received: 15.09.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 31.03.2021

Correspondence Author: Arş.Gör. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye. Telefon: +90 462 230 0476 E-posta: bukettgruvenir@gmail.com

Cite This Article: Meral B, Çağlar S. Siber Zorbalık: Çocuklarda Zorbalığın Yeni Dönemi ve Hemşirelik Yaklaşımları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 261-267



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

İnternet, bilgisayar, akıllı telefon ve sosyal medya kullanımı küresel düzeyde gittikçe yaygınlaşmaktadır. TÜİK 2019 verilerine göre 16-74 yaş arası bireylerin bilgisayar ve internet kullanımının 2018 yılına göre arttığı, benzer şekilde evden internete erişimin de yaygınlaştığı ve 2020 yılında ülkemizdeki bireylerin %90,7'sinin evden internet erişim imkanının olduğu bildirilmiştir (1). Gün geçtikçe yaygınlaşan internet, çocukların yaşamına da fazlasıyla girmiştir. Hem ülkemizde hem de dünyada çocukların internete erişim yaşı düşmekte ve internette geçirilen süre artış göstermektedir. Avrupa'daki çocukların birçoğu özellikle akıllı telefonlar ile internete erişmekte olup bu durum çocukların her an, her yerde internet erişimlerinin olduğu anlamına gelmektedir (2). İnternet erişimi çocuklara çeşitli fırsatlar sunmakla beraber birçok riski de barındırmaktadır. Çocukların her an her yerde bu risklerle karşı karşıya kalması çocuk sağlığı açısından önemli bir tehdit unsurudur. Zorbalığın yeni dönemi diyebileceğimiz internet ortamında zorbalık yapmak ya da zorbalığa maruz kalmak bu risklerin en önemlilerindedir (3). Ayrıca COVID-19 pandemi sürecinde çocukların karantina nedeniyle özellikle eğitim amacıyla dijital teknolojilere yönelimleri söz konusu olmuştur. Bu durum çocuklarda internet kullanımını buna paralel olarak da siber zorbalık riskini artırmıştır (4). Nitekim UNICEF (2020)'in de COVID-19 salgını sırasında çocukların çevrimiçi deneyimlerinin olumlu olması ve çevrimiçi ortamlarda güvende olmalarını sağlamak üzere ebeveynlere çeşitli önerileri olmuştur (5). Bu doğrultuda makalenin amacı, siber zorbalığı tanımlamak ve geleneksel zorbalık ile arasındaki farkları belirterek tanımlanmasının zorluklarına değinmek, siber zorbalık için risk faktörlerini, çocuk sağlığı üzerine etkilerini değerlendirmektedir. Ayrıca siber zorbalık ile mücadele stratejilerine değinerek hemşirelik yaklaşımlarını tanımlamak ve hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarını arttırmaktır.

Zorbalık ve Siber Zorbalık

Zorbalık; yeni bir kavram ya da davranış olmayıp gün geçtikçe büyüyen bir halk sağlığı problemidir (6). Zarar vermeyi amaçlayan, tekrarlayan saldırganlık biçimi olan zorbalık alay etme, stigma, fiziksel saldırganlık, sözel tehditler, sosyal dışlama gibi davranışları içermektedir (7). Çocuk sağlığında bu davranışlar daha çok akran zorbalığı gibi geleneksel zorbalık olarak karşımıza çıkmaktayken teknolojinin ilerlemesi ile zorbalık yeniden şekillenmiş ve siber zorbalık olarak hayatımızda ve literatürde yerini almıştır. Çocuk sağlığını tehdit eden siber zorbalık savunmasız grupları hedef alması, görülme sıklığı ve ciddiyetindeki artışla beraber dikkat çeken ve acil olarak ele alınması gereken bir problem haline gelmiştir (6,8,9). Siber zorbalık; ergenlerin akranlarının sosyal ilişkilerine veya sosyal statülerine zarar vermeye çalıştıkları bir durum olup kısaca mesajlaşma, e-posta ve sosyal medya gibi internet teknolojisinin sistematik bir şekilde birisine hakaret etmek, tehdit etmek, taciz etmek için kullanılması olarak tanımlanmaktadır (10,11). Farklı şekillerde görülebilen siber zorbalık; saldırganlık, hakaret edici mesajların gönderilmesi gibi doğrudan ya da söylentilerin yayılması, çevrimiçi akran grubundan birinin dışlanması gibi dolaylı yollarla olabildiği gibi, fotoğraf ve videoların kullanılması ile görsel olarak da gerçekleşebilir (12). Geleneksel zorbalık ile siber zorbalık arasında davranışın sıklıkla tekrarlı olması, taraflar arasında güç dengesizliğinin bulunması, her iki eylemin de saldırgan olması gibi ortak özellikler mevcuttur (13). Ancak geleneksel zorbalığa göre tanımlanması ve durdurulması daha güç olan siber zorbalığın sonuçları daha kötü olabilmektedir. Bu duruma neden olabilen siber zorbalık ile okul ya da akran zorbalığı gibi geleneksel zorbalık arasında temel farklılıklar bulunmaktadır (8,9). Siber zorbalıkta zorbalığı yapan kişi belli değildir. Geçici e-posta adresleri, ekran adları ve sahte profiller ile zorba kimliğini saklayabilir (14,15). Bu durum yüz yüze etkileşimde söylenemeyecek sözlerin söylenmesini kolaylaştırmaktadır (13). Zaten amacı mağduru incitmek ve küçük düşürmek olan siber zorbalıkta (16), failin anonimliğinin yanı sıra dijital mesafe ve mağduru anı tepkilerinin görülememesi de zorbanın empati kurmasını ve pişman olmasını engelleyen ve bu durum zorbanın daha kötü niyetli ve zalim olma potansiyelini artırır (13,16,17). Yüz yüze gerçekleşen geleneksel zorbalıkta saldırgan olmadığında zorbalık durur (10). Ancak siber zorbalık herhangi bir zamanda herhangi bir yerde gerçekleşebilir. Çocuk ve ergenlerin neredeyse tamamının internet erişiminde akıllı telefonları kullandıkları göz önünde bulundurulduğunda zorba, mağduru bir telefon kadar yakınındadır (18). Bu durum zorbanın sürekli olarak kendini savunmasız ve güvensiz hissetmesine de neden olabilir (11,16). Siber zorbalıkta saldırılar hızlı olduğu için birkaç saniye içerisinde büyük kitlelere daha kolay ulaşılabilir (15,16). Ayrıca okul ya da akran zorbalığı gibi geleneksel zorbalıklarda çocuk bu zorbalığı bildirmese bile kıyafetlerdeki yırtıklık, gözyaşı, morluk gibi fiziksel bulgular çocuğun çevresindekiler ve okul çalışanları için uyarıcı niteliktedir. Böyle bir durumda öğretmenler ya da okul hemşireleri durumu hızlıca tanımlayıp müdahale edebilir ve uygun destek sağlayabilirler. Ancak, siber zorbalıkta herhangi bir fiziksel bulgunun olmaması ve büyük kısmının çocuk evdeyken olduğu düşünüldüğünde, öğretmenler ve okul hemşireleri çoğunlukla bu duruma şahit olmazlar. Konuyla ilgili bilgi düzeyleri, farkındalıkları ve gözlem yetenekleri sayesinde siber zorbalığı saptayabilir ve gerekli önlemleri alabilirler (10,19).

Siber Zorbalığın Görülme Sıklığı

Siber zorbalığın tanımındaki ve ölçme yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle siber zorbalık suçunun ve mağduriyetinin görülme sıklığı çeşitlilik göstermekle birlikte araştırmalar siber zorbalığın günümüz modern toplumunda yaygın bir kişilerarası saldırganlık biçimi olduğunu göstermektedir (20). Avrupa Çevrimiçi Çocuklar Projesi (EU Kids Online) 2020 verilerinde Avrupa ülkelerindeki çocukların son bir yılda en az bir kere üzülmelerine ve rahatsız olmalarına neden olan siber zorbalık yaşayanların oranının %7-45 arasında olduğu bildirilmiştir (2). Aynı projenin Türkiye verilerinde; 2010-2015 yılları arasında çocukların ilk internete erişim yaşının düştüğü, internete erişim sıklıkları ve internette paylaşılan kişisel bilgilerin arttığı, internette yapılan eylemlerin ise değişiklik gösterdiği görülmektedir. Buna göre çocuklar 2010'da interneti sıklıkla ders çalışmak ve ödev yapmak amacıyla kullanırken 2015 yılında sosyal medya hesaplarına erişim, sohbet odalarına girme, film izleme, müzik dinleme gibi sosyalleşme amacıyla kullanılmaktadır. İnternet kullanımındaki bu değişimin çocukların internet üzerinden karşılaştıkları riskleri artırdığı ve cinsel içerikli mesaj ya da fotoğraf alan çocukların oranının yıllar içerisinde yükseldiği bildirilmektedir (21). Benzer şekilde Amerika'da Gençlik Risk Davranışı İzleme Sistemi (2015) sonuçlarına göre, lise öğrencilerinin yaklaşık %16'sı elektronik ortamda zorbalığa maruz kalmaktadır (22). Ülkemizde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %17'sinin siber mağdur, %10,5'inin siber zorba ve %35,2'sinin zorba/mağdur olduğu tespit edilmiştir (23). Altı Avrupa ülkesindeki 14-17 yaş arası ile yürütülen okul temelli çalışmada da benzer şekilde adölesanların %21,4'ünün son bir yılda siber zorbalığa maruz kaldığı belirlenmiştir (12). Literatürdeki farklılıklar örneklemin yaş grubu, internet ve sosyal medya kullanma durumu gibi

sosyodemografik özelliklerden ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi siber zorbalık tanımındaki farklılıkların, siber zorbalığın değerlendirilmesi ve ölçümündeki tutarsızlıkların da bu duruma yol açtığı bildirilmektedir (13,20,24).

Siber Zorbalık ile İlişkili Risk Faktörleri

Teknolojinin gelişmesi ile bilgi edinmek, eğlenceli vakit geçirmek, iletişim ve sosyal etkileşim kurmak amacıyla kullanılan internet ucuz ve kolay erişilebilir bir seçenek olup çocuk ve ergenlerin hayatında vazgeçilmez bir yere sahiptir (12). Siber zorbalık ve mağduriyet açısından okul çocuğunun ve adolesanların kendi gelişimsel dönemlerine özgü riskleri mevcuttur. Okul dönemindeki çocuklar tehlikenin yeterince farkında değilken ergenlik döneminde ise risk alma davranışları daha sık görülmektedir. Ayrıca riskli davranışların tehlikelerinin sınırlı olarak anlaşılması ile öne çıkan ergenlik döneminde (18,25), ergenler çevrimiçi içeriğin güvenilirliğinin ve çevrimiçi ilişkilerin sorgulanmasında da sıklıkla yeterli kapasiteye sahip değildir (26). Yaş ile siber zorbalığın ilişkili olup olmadığı yönünde literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur (6,16,17,18,27,28). Bu durum her yaş döneminin siber zorbalık ve mağduriyet açısından kendine özgü risklerinin olduğunu ve bu risklerin farkında olarak önlem alınması gerektiğini göstermektedir.

Siber zorbalık cinsiyet gözetmeksizin tüm çocukları etkilemektedir. Tsitsika ve ark. (2015) siber mağduriyetin kız çocukları arasında daha sık olduğunu bildirirken (12), Peker (2015) siber zorbalığın erkekler arasında daha yaygın görüldüğünü bildirmiştir (23). Ancak yaş ile benzer şekilde siber zorba ya da mağdur olma durumunun cinsiyete göre farklılaşım farklılaşmadığı yönünde literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur (11,17,18,27,29-31).

Dünya Sağlık Örgütü çocukların internet kullanımı sırasında ebeveynlerin koruma ve denetleme konusunda aktif olmaları gerektiğini belirtmektedir. Çocukların internete ebeveynler ile katılımı ve ebeveynlerin çocuklarını internette karşılaşılabilecekleri riskler hakkında bilgilendirmeleri internetin güvenli ve verimli kullanılmasını sağlamaktadır (26,32). Nitekim çalışmalarda da aile tarafından çocuk ve ergenlerin internet kullanımının denetlenmesinin siber zorbalık riskini azalttığı gösterilmiştir (8,23). Ancak yapılan bir çalışmada ebeveynlerin yalnızca %20'sinin çocuklarının internet kullanımını denetlediği belirlenmiştir (25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da adolesanların çoğunun siber zorba ya da mağdur oldukları belirlenmiş ancak ebeveynlerin neredeyse tamamının bu durumun farkında olmadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada ebeveynlerin eğitim durumu ve çocuk sayısı da siber zorbalık ile ilişkili bulunmuştur (18). Ayrıca aile işlevlerinin bozuk olması, ebeveyn çocuk ilişkisinin kötü olması ve aile memnuniyetsizliği siber zorbalık riskini artıran diğer faktörler arasında gösterilmektedir (8).

Bazı çalışmalarda DSM-V'de yer alan internet bağımlılığı ile siber zorbalığın ilişkili olduğu bildirilmiştir (8,16,17,23). Buna göre çocuk ve ergenlerin internette geçirdikleri süre ve erişim sıklığı arttıkça siber zorbalık riski de artmaktadır. Bununla birlikte sosyal medya hesabına sahip çocukların daha büyük risk altında olduğu belirtilmektedir (11,17). Sosyal medya hesaplarında gerçek ad, yaş, cinsiyet bilgilerinin paylaşımı siber zorbalık riskini; çevrimiçi yabancılarla konuşma, internet hesaplarının şifrelerini arkadaşları ile paylaşma gibi riskli davranışlar ise siber zorbalığa maruz kalma riskini artırmaktadır (17,18).

Başkalarına kasıtlı olarak zarar verme dürtüsü, düşük empati becerisi ile karakterizedir (33). Yalnızlık olarak da adlandırılan sosyal izolasyon, sosyal beceri eksikliği ve sosyalleşme problemi olan çocuklarda siber zorbalık gelişim riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (23,29,34). Madde ve alkol problemleri olan ve geleneksel zorbalığa yatkınlığı bulunan çocuk ve ergenler siber zorbalık açısından da daha riskli görülmektedir (16,23,27,29). Siber zorbalık yapma açısından en yaygın güdünün öfke olduğu belirtilse de daha önce siber zorbalığa maruz kalmak ya da zorbalık yapmış olmak, teknoloji alanında yetenekli ve becerikli olmak ve bu beceriyi göstermek istemek, güçlü hissetmek ya da bazen sadece eğlenmek istemek amacıyla da çocuk ve ergenler siber zorbalık yapabilirler (13).

Kimlik gelişiminin en önemli evrelerinden olan ergenlik döneminde benlik saygısı oldukça önemlidir. Düşük benlik saygısı başkalarına zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu gibi siber zorbalığın adolesanların benlik saygısını olumsuz olarak etkilediği de bildirilmiştir (30,33,34). Siber zorbalık mağdurlarının benlik saygısının daha düşük olduğu belirtilmiş ve bu durumun siber zorbalığın ergenin öz güvenini azaltmasından kaynaklanabileceği gibi ergenin öz güveni düşük olduğu için de mağdur olabileceği ileri sürülmektedir (30). Konsantrasyon problemleri, okuldan hoşlanmama, akademik performansın düşük olması, depresyon ve anksiyete de hem siber zorbalık açısından risk faktörü hem de siber zorbalık sonucu gelişebilecek sorunlar arasındadır (13). Olumlu ve güvenli bir okul ikliminin oluşturulmaması çocuklarda hayal kırıklığı ve rahatsızlık hissine neden olup sosyal desteği azaltarak siber zorbalık riskini artırabilir. Ayrıca iki biyolojik ebeveyn dışında bir ailede yaşamak siber mağduriyet; hiperaktivite gibi davranış problemleri ise siber zorbalık için risk faktörü olarak belirlenmiştir (13,29).

Siber Zorbalığın Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri

Siber zorbalık çocuk ve ergenlerde kızgınlık, üzüntü, hayal kırıklığı, utanç, acı, kendini suçlama, stres ve korkuya neden olmaktadır (29,31). Özellikle failin anonim olması da mağdurun güvensizlik, kontrol eksikliği ve umutsuzluk yaşamaya ilişkin ilişkilidir (35). İngiltere, İtalya ve İspanya'daki öğrenciler ile eş zamanlı yapılan bir çalışmada öğrencilerin siber zorbalık ile ilgili en sık ifade ettikleri duyguların kızgınlık, üzüntü, endişe ve korku olduğu, en az ifade ettikleri duygunun ise savunmasızlık olduğu belirlenmiştir (27). Zorbalığa maruz kalan çocuk ve adolesanlar bilgisayar, cep telefonu veya diğer teknolojik cihazların kullanımından kaçınabilir, e-posta veya mesaj aldığı gergin davranışlar sergileyebilir, sosyal etkinliklere katılmaktan ve bilgisayar kullanımıyla ilgili konuşmalardan rahatsızlık duyabilirler (10,14). Ayrıca sosyal medya hesaplarının aniden kapatılıp yeni hesapların açılması, bilgisayar ya da telefon ekranlarının gizlenmeye çalışılması da siber zorbalık mağdurlarının gösterebileceği davranışlardandır (26). Çocuk ve ergenlerin siber zorbalığa bağlı olarak gösterdikleri tepkiler birçok faktör ile ilişkili olup çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir (17,20,31,36). Depresif belirtiler, intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile ilişkili olan siber zorbalık çoğu zaman okul dışında gerçekleşmesine rağmen okul ortamının bozulmasına, çocukların okulu güvenilir yer olarak algılamamalarına, okul korkusuna ve reddine neden olmaktadır (11, 37). Yapılan çalışmalarda siber zorbalığa maruz kalanlarda psikosomatik belirtiler, uyku problemleri, kızgınlık ve mutsuzluk,

depresyon ve intihar düşünceleri, aile ve arkadaşlarla sosyal ilişkilerde zorluklar, sosyal anksiyete, yalnızlık, davranış sorunları, madde ve alkol kullanımı ile olumsuz düşünce ve hislerin arttığı; benlik saygısı ve özgüvenin, iyimserliğin, konsantrasyonun, akademik performansın azaldığı, psikolojik ve fiziksel sağlığın bozulduğu belirlenmiştir (13,19,31). Hem mağdur hem zorba olan çocuk ve ergenlerde ise bu belirtilerin daha şiddetli olup daha ciddi problemlere de neden olabileceği ileri sürülmektedir (29).

Siber Zorbalık ile Mücadele

Siber zorbalığın küresel çaptaki yaygınlığı ve çocuk sağlığı üzerine ciddi olumsuz etkileri nedeniyle, çocuk ve adolesanları siber zorbalıktan korumak üzere bazı stratejiler önerilmiştir (36). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında siber zorbalıkla mücadele programları ile siber zorbalık sürekliliğinin yaklaşık %10-15 ve siber zorbalık mağduriyetinin ise yaklaşık %14 azaltılabildiği belirlenmiştir (20). Öncelikle sağlıklı siber davranış için açık ve tutarlı normlar sağlayan siber ortamlara ve denetime ihtiyaç duyulmaktadır (29). Okul temelli programlar, ebeveyn gözetimi ve katılımı, internet ve medya eğitimi, sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen tarama ve kanıta dayalı müdahalelerin yer aldığı çok yönlü yaklaşımlar siber zorbalıkla mücadelede önemli stratejilerdendir (6). Siber zorbalığı önleme ve baş etmeye yönelik çeşitli programlar geliştirilmiştir. Ekolojik model, güçlendirme teorisi, kişisel ve sosyal sorumluluk modeline temellendirilerek oluşturulmuş olan Prev@cib (38), siber zorbalıkla ilgili öğretmen ve aile eğitimini içeren öğrencilere yönelik sınıf içi aktiviteler ve çevrimiçi materyallerden oluşan "The Tabby Improved Programme" (39), siber zorbalığın önlenmesi ve siber zorbalık ile başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi için tasarlanmış öğrenci, öğretmen ve aileleri içeren teoriye dayalı "ConRed" programı (40) siber zorbalıkla mücadelede etkili olduğu belirlenen uluslararası programlardan bazılarıdır. Ayrıca siber zorbalık önleme programlarında gençlere yönelik yapılan müdahalelerde dijital vatandaşlık (teknolojiyi sorumlu ve bilinçli bir şekilde kullanma ve çevrimiçi olarak iyi bir vatandaş olma), siber zorbalığı önleme ve başa çıkma becerilerini artırma, yüz yüze ve çevrimiçi ortamlarda iletişim ve sosyal beceriler kazandırma, empati becerilerini geliştirme, siber zorbalığın yasal sonuçları hakkında farkındalık oluşturma, siber zorbalığa maruziyet durumunda bir yetişkin ile konuşma ve akran mentorlar ile işbirliği yapılmasının olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (41). Ülkemizde de benzer şekilde çeşitli müdahale programları geliştirilmiştir (42). Ayrıca çeşitli bakanlık ve kurumların da gündeminde olan siber güvenlik ile ilgili olarak İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından "Siber Güvenlik ve Medyanın Doğru Kullanımı" çalışmayı düzenlenmiş ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın resmi internet sayfasına öğrenci, öğretmen ve ailelerin aktif olarak kullanabileceği "siber güvenlik" portalı eklenmiştir (43,44).

Sonuç

Siber zorbalık teknolojinin gelişimine bağlı olarak gün geçtikçe daha da yaygınlaşan ve acil müdahaleler gerektiren bir halk sağlığı problemidir. Bunun yanı sıra çocuk ve ergenlerin gelişimsel özellikleri gereği daha riskli grupta olmaları ve zorbalığın kısa ve uzun dönemde çocuk sağlığına fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden olumsuz etkileri nedeniyle ciddi bir çocuk sağlığı problemidir. Bu problem ile etkin baş etmede erken tanılama yapılması, yönetimin sağlanması ve korunma önlemlerinin alınması kaçınılmazdır.

Hemşirelerin siber mağdurların tanınması, desteklenerek cesaretlendirilmesi ve rehabilite edilmesi, olası risklere yönelik baş etme stratejilerinin geliştirilmesi, sürecin yönetiminin sağlanması, etkili önleme ve mücadele programlarının geliştirilmesi ve bu programların aktif olarak kullanılmasında önemli rol ve sorumlulukları mevcuttur.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

İnternet kullanımına bağlı olarak çocuk sağlığını tehdit etmeye başlayan riskler, öğretmenlere ve ailelere yeni görev ve sorumluluklar yüklediği gibi özellikle okul sağlığı hemşiresi olmak üzere çocuk ile çalışan diğer sağlık profesyonellerine de yeni sorumluluklar yüklemektedir. Sağlık çalışanlarının, çocuk ve ergenlerin internet, akıllı telefon ve teknoloji kullanımına bağlı riskli davranışların, tehlikeli etkileşimlerin farkında olmaları; siber zorbalık ile ilişkili semptomlar yönünden de bilgi sahibi olmaları beklenmektedir. Semptomları olan çocukların saptanıp aileleri ve öğretmenleri ile görüşerek problemi çok boyutlu olarak ele almaları gerekmektedir. Bunların yanı sıra riskler ve muhtemel sonuçlarla ilgili olarak çocukların, adolesanların ve ebeveynlerin farkındalığını artıracak stratejilerin geliştirilmesinde ve yürütülmesinde sağlık çalışanları aktif rol alarak çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayabilirler.

Siber zorbalığın tanınması geleneksel zorbalığa göre daha güçtür. Çocuğun zorbalıkla ilgili bildirim yapması gerekir. Ancak siber zorbalık mağdurları bu durumu sıklıkla arkadaşları ile paylaşmakta olup bir yetişkinle özellikle aileleri dışında öğretmen ya da onlara yardımcı olabilecek diğer mesleklerdeki kişiler ile paylaşmakta isteksizdirler. Bu nedenle hemşirelerin siber zorbalığın belirtilerini ve çocuklar üzerindeki etkilerini biliyor olmaları, durumun tanınabilmesi ve müdahale edilebilmesi açısından önemlidir. Siber zorbalık ile ilişkili olabilecek durumlarda sağlık profesyonelleri tarama, tespit etme ve koruma basamaklarını izlemeliler. Tarama amacıyla gençlere doğrudan siber zorbalık ile ilgili sorular sormak yerine geçerliliği gösterilmiş ölçekleri kullanmalılar. Bu aşamada özellikle siber zorbalık açısından riskli grupların belirlenmesi ve değerlendirilmesinde aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezinde çalışan hemşireler ile okul sağlığı hemşireleri önemli pozisyonadadır. Ancak ülkemizde çok az sayıda kurumda okul hemşiresi bulunmakta olup bu durumun siber zorbalığın tanınması ve uygun müdahalelerin planlanması açısından önemli bir engel oluşturduğu düşünülmektedir.

Siber zorbalık ile ilişkili anksiyete, depresyon, okul reddi gibi psikososyal semptomları olan çocuk ve ergenler ile sıklıkla okul hemşireleri karşılaşırsa da siber zorbalık ile ilişkili olan stres yeme bozukluğu ya da psikosomatik belirtilere de neden olabilir. Bu nedenle özellikle pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin de durumun farkında olmaları. Bu doğrultuda hemşirelerin korku, öfke, anksiyete veya cinsel istismar gibi zorbalık mağduriyeti ile ilişkili semptomları olan çocuk ve gençlerin tanınmasını yaparken kişisel teknoloji alışkanlıkları ile ilgili sorgulamalar da yapmaları gerekmektedir. Bunların yanı sıra hemşireler benlik saygısı ve empati düzeyinin geliştirilmesine ve ailelerin konuyla ilgili farkındalıklarının artırılmasına yönelik girişimlerde bulunmalılar. Hemşireler tarafından yapılan taramaların semptomların erken dönemde saptanmasına ve değerlendirilmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Sağlık profesyonelleri ve toplum liderlerinin öncülüğünde

geliştirilecek müdahale programları ile siber zorbalıkla mücadeleye dolayısıyla çocukların optimal sağlık düzeylerine erişmelerine katkı sağlanacaktır.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı Oranı Beyanı: Fikir/Kavram: BM, SÇ, Tasarım: BM, SÇ, Denetleme/Danışmanlık: SÇ Kaynak Taraması: BM, SÇ, Makalenin Yazımı: BM, SÇ, Eleştirel Düşünme BM, SÇ şeklindedir. Yazarlar arasında herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2020. URL: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33679> Erişim Tarihi: 29.03.2021.
2. Smahel D, Machackova H, Mascheroni G, Dedkova L, Staksrud E, Ólafsson K et al. EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries. URL:<https://www.lse.ac.uk/media-and-communications/assets/documents/research/eu-kids-online/reports/EU-Kids-Online-2020-March2020.pdf> Erişim Tarihi: 29.03.2021.
3. Livingstone S, Mascheroni G, Staksrud E. European research on children's internet use: Assessing the past and anticipating the future. *New Media Soc* 2018;20(3),1103-1122.
4. Drane C, Vernon L, O'Shea S. The impact of 'learning at home' on the educational outcomes of vulnerable children in Australia during the COVID-19 pandemic. 2020. URL: https://www.ncsehe.edu.au/wp-content/uploads/2020/04/NCSEHE_V2_Final_literaturereview-learningathome-covid19-final_30042020.pdf. Erişim Tarihi: 11.07.2020.
5. United Nations Children's Fund (UNICEF). How to keep your child safe online while stuck at home during the COVID-19 outbreak. URL: <https://www.unicef.org/coronavirus/keep-your-child-safe-online-at-home-covid-19> Erişim tarihi 10.06.2020.
6. Aboujaoude E, Savage MW, Starcevic V, Salame WO. Cyberbullying: Review of an old problem gone viral. *J Adolesc Health* 2015;57(1),10-18.
7. Fisher K, Cassidy B, Mitchell AM. Bullying: effects on school-aged children, screening tools, and referral sources. *J Community Health Nurs* 2017;34(4),171-179.
8. Chang FC, Chiu CH, Miao NF, Chen PH, Lee CM, Chiang JT, Pan YC. The relationship between parental mediation and Internet addiction among adolescents, and the association with cyberbullying and depression. *Compr Psychiatry* 2015;57,21-28.
9. Gürhan N. Her Yönü ile Akran Zorbalığı. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing- Special Topics* 2017;3(2),175-81.
10. National Center for Missing Exploited Children. Helping Students Deal With Cyberbullying. *NASN Sch Nurse* 2009;24(5),200-203.
11. Carter JM, Wilson FL. Cyberbullying: A 21st century health care phenomenon. *Pediatr Nurs* 2015;41(3),115-125.
12. Tsitsika A, Janikian M, Wójcik S, Makaruk K, Tzavela E, Tzavara C, et al. Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. *Comput Human Behav* 2015;51,1-7.
13. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull* 2014;140(4),1073-1137.
14. Thomas SP. A new approach to prevention and reduction of youth violence. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30(9),529-529.
15. Carpenter LM, Hubbard GB. Cyberbullying: implications for the psychiatric nurse practitioner. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2014;27(3),142-148.
16. Pelfrey Jr WV, Weber NL. Keyboard gangsters: Analysis of incidence and correlates of cyberbullying in a large urban student population. *Deviant Behav* 2013;34(1),68-84.
17. Ouytsel JV, Walrave M, Vandebosch H. Correlates of cyberbullying and how school nurses can respond. *NASN Sch Nurse* 2015;30(3),162-170.
18. Uludaşdemir D, Küçük S. Cyber Bullying Experiences of Adolescents and Parental Awareness: Turkish Example. *J Pediatr Nurs* 2019;44,84-90.
19. Williams SG, Godfrey AJ. What is cyberbullying & how can psychiatric-mental health nurses recognize it? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2011;49(10),36-41.
20. Gaffney H, Farrington DP, Espelage DL, Ttofi MM. Are cyberbullying intervention and prevention programs effective? A systematic and meta-analytical review. *Aggress Violent Behav* 2019;45,134-153.
21. O'Neill B, Livingstone S, McLaughlin S. Final recommendations for policy, methodology and research. 2011; London: EU Kids Online. ISSN 2045-256X.
22. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*. 2016;65(6),1-174.
23. Peker A. Analyzing the risk factors predicting the cyberbullying status of secondary school students. *Eğitim ve Bilim* 2015;40(181),57-75.
24. Doane AN, Pearson MR, Kelley ML. Predictors of cyberbullying perpetration among college students: An application of the theory of reasoned action. *Comput Human Behav* 2014;36,154-162.
25. Ahern NR., Kempainen J, Thacker P. Awareness and knowledge of child and adolescent risky behaviors: A parent's perspective. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2016;29(1),6-14.
26. Keeley B, Little C. *The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*. UNICEF. 2017; 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017. ISBN: 978-92-806-4930-7.
27. Ortega R, Elipe P, Mora-Merchán JA, Genta ML, Brighi A, Guarini A, et al. The emotional impact of bullying and cyberbullying on victims: a European cross-national study. *Aggress Behav* 2012;38(5),342-356.
28. Wang J, Nansel TR, Iannotti R.J. Cyber and traditional bullying: Differential association with depression. *J Adolesc Health* 2011;48(4),415-417.
29. Sourander A, Klomek AB, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, et al. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(7),720-728.

30. Patchin JW, Hinduja S. Bullies move beyond the schoolyard: A preliminary look at cyberbullying. *Youth Violence Juv Justice* 2006;4(2),148-169.
31. Nixon CL. Current perspectives: the impact of cyberbullying on adolescent health. *Adolesc Health Med Ther* 2014;5,143-158.
32. Karakuş T, Çağıltay K, Kaşıkçı D, Kurşun E, Ogan C. Türkiye ve Avrupa'daki çocukların internet alışkanlıkları ve güvenli internet kullanımı. *Eğitim ve Bilim* 2014;39(171),230-243.
33. Savage MW, Tokunaga RS. Moving toward a theory: Testing an integrated model of cyberbullying perpetration, aggression, social skills, and Internet self-efficacy. *Comput Human Behav* 2017;71,353-361.
34. Brewer G, Kerslake J. Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness. *Comput Human Behav* 2015;48,255-260.
35. Vaillancourt T, Faris R, Mishna F. Cyberbullying in children and youth: Implications for health and clinical practice. *Can J Psychiatry* 2017;62(6),368-373.
36. Tanrikulu I. Cyberbullying prevention and intervention programs in schools: A systematic review. *Sch Psychol Int* 2018;39(1),74-91.
37. Pontes NM, Ayres CG, Pontes MC. Additive Interactions Between Gender and Bullying Victimization on Depressive Symptoms and Suicidality: Youth Risk Behavior Survey 2011–2015. *Nurs Res* 2018;67(6),430-438.
38. Ortega-Barón J, Buelga S, Ayllón E, Martínez-Ferrer B, Cava MJ. Effects of intervention program Prev@cib on traditional bullying and cyberbullying. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(4),527-539.
39. Sorrentino A, Baldry A, Farrington D. The efficacy of the Tabby improved prevention and intervention program in reducing cyberbullying and cybervictimization among students. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(11),2536-2549.
40. Del Rey R, Casas JA, Ortega R. Impact of the ConRed program on different cyberbullying roles. *Aggress Behav* 2016;42(2),123-135.
41. Hutson E, Kelly S, Militello LK. Systematic review of cyberbullying interventions for youth and parents with implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs* 2018;15(1),72-79.
42. Bal PN, Kahraman S. The effect of cyber bullying sensibility improvement group training program on gifted students. *Journal of Gifted Education Research* 2015;3(1),48-57.
43. İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü. Siber Güvenlik ve Medyanın Doğru Kullanımı Çalıştay Kitabı. 2018. Erişim Adresi: http://istanbul.meb.gov.tr/yegitek/pdf/siber/calistay_1_2_kitabi.pdf. Erişim tarihi: 10.07.2020.
44. Milli Eğitim Bakanlığı. Siber Güvenlik Portalı. Erişim Adresi: <http://www.eba.gov.tr/siber-guvenlik>. Erişim Tarihi: 10.12.2019.

DERLEME MAKALE

Psikiyatri Hemşireliği Alanında Önemli Bir Yapı: Aile Dayanıklılığı

 Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN¹,  Ayşe SARI²

¹Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
² Dr., İzmir, Türkiye

Öz

Aile dayanıklılığı kavramı, bir sistem olarak ailenin yaşamış olduğu güçlüklerle karşı koyma ve toparlanma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bireysel dayanıklılıktan farklı olarak aile dayanıklılığı sistemsel bir bakış açısı ile aile üyelerinin ayrı ayrı dayanıklılık özelliklerine değil, sistem olarak ailenin dayanıklılığına odaklanmaktadır. Aileye dayanıklılık kazandıran üç anahtar dayanıklılık süreci tanımlanmıştır. Bunlar “Aile İnanç Sistemleri”, “Organizasyon (Örgüt) Kalıpları” ve “İletişim/Problem Çözme Süreçleri” dir. Özellikle ailelerle çalışan hemşirelerin bu dayanıklılık süreçlerini güçlendirecek aile müdahaleleri planlamaları ailelerin kriz durumları ile başetmesinde yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aile Dayanıklılığı, Anahtar Süreçler, Psikiyatri Hemşireliği.

Abstract

An Important Structure in Psychiatric Nursing: Family Resilience

The concept of family resilience is defined as the ability of a family to resist and recover from the hardships experienced by the family. Unlike individual resilience, family resilience focuses on the resilience of the whole family rather than the individual resilience characteristics of the family members through a systemic view of resilience. Three key resilience processes have been identified. These three key processes are the Family Belief Systems, Organization Patterns and Communication /Problem Solving Processes. It is thought that planning of family interventions that will strengthen these resilience processes by nurses working with families is thought to help families cope with crisis situations.

Key Words: Family Resilience, Key Processes, Psychiatric Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 22.06.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 22.04.2021

Correspondence Author: Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.. Telefon: +90 232 412 47 84 E-posta: zekiyecetinkaya69@gmail.com

Cite This Article: Çetinkaya Duman Z, Sarı A. Psikiyatri Hemşireliği Alanında Önemli Bir Yapı: Aile Dayanıklılığı Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 268- 276



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Her birey ve aile kendi yaşam döngüsü içerisinde güçlük ve kriz durumları ile karşı karşıya kalabilmektedir. Yaşanan problem ya da güçlükler birey ve ailenin işlevselliğinde etkilenmeye yol açabilir. Bu süreç aile ve ilişki dinamiklerini olumsuz etkileyebileceği gibi, birey ve ailenin bu süreçten güçlenerek çıkması ile de sonuçlanabilmektedir (1). “Riskli ya da olumsuz yaşam koşullarında neden bazı bireyler işlevsel ya da sağlıklı kalabiliyor, neden bazı bireyler kalamıyor?” sorusunun yanıtı bugün yürütülen dayanıklılık çalışmalarının temelini oluşturmuştur (2). Dayanıklılık kavramı ile ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Dayanıklılık kavramı; “zorluklara rağmen kendini toparlama kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır (3,4,5). Başka bir tanıma göre dayanıklılık, “dinamik bir sistemin işlevini, hayatta kalmasını ve gelişimini tehdit eden her türlü karışıklığa başarılı bir şekilde uyum sağlama potansiyelidir”. Bu tanım bir bireyin dayanıklılığından, bir ailenin ya da toplumun dayanıklılığına kadar her türlü canlı ve dinamik sisteme uyarlanabilmektedir (6). Aile dayanıklılığı kavramı ise, “bir işlevsel sistem olarak ailenin yaşamış olduğu güçlüklerle karşı koyma ve toparlanma becerisi” olarak tanımlanmaktadır (5). Dayanıklılık sonuç ile ilgili değil, süreçle ilgili bir kavram olduğu için bir bireyi “dayanıklı birey” olarak değerlendirmek yerine “dayanıklılık özellikleri sergileyip sergilemediğini” değerlendirmek daha doğru bir yaklaşım olacaktır (7).

“Sağlıklı aile” kavramı dendiğinde genellikle kökenini tıbbi modelden alan “sorunları olmayan aile” kavramı akla gelmektedir. Fakat her aile birtakım sorunlar yaşamaktadır ve sorunsuz aile bulunmamaktadır (8). Geleneksel bakış açısı ailenin problemlerinin altında aile patolojisi ararken, dayanıklılık bakış açısından ailenin probleminin nedeni başarılı olmayan çözüm girişimleridir (9). Aile dayanıklılığı ailenin hangi yaşam aşamasında olduğu ile yakından ilişkilidir. Çünkü aynı güçlük ya da yaşamsal zorluğun üstesinden gelmek için içinde bulunduğu dönemde gücünü kullanabilen aynı aile, başka bir yaşam döneminde bu girişiminde başarılı olamayabilir. Bu durum ailenin dayanıklılığı olmadığı anlamına gelmemektedir. Dayanıklılık statik değil, dinamik bir kavramdır ve her ailenin dayanıklılığa giden yolları kendine özgüdür (10). Bu derlemenin amacı, aile dayanıklılığı kavramının farklı bakış açılarından ele alınması, aile dayanıklılığı süreçlerinin ve psikiyatri hemşireliğine yansımalarının açıklanmasıdır.

Gelişme

Aile Dayanıklılığı Kavramının Gelişimsel Süreci

Ailelerle yürütülen çalışmaların tarihsel sürecinde, ailelerde odaklanılan özellikler zaman içerisinde değişim göstermiştir. Odaklanılan konular 1970’li yıllara kadar ailedeki patoloji üzerinedir (11). Aile alanında 1970’li yıllardan sonra özellikle McCubbin ve arkadaşlarının (1983) ailenin kriz ve başetme süreci ile ilişkili çalışmaları paradigmatik bir değişim sunmuştur. Bu bakış açısına göre yenileyici güç kavramını ortaya koyan bir aile krizi çerçevesi geliştirmişlerdir (12). Bu bakış açısı aynı zamanda aile çalışmalarında da paradigmatik değişimi beraberinde getirmiştir. Dayanıklılık bakış açısından ailelerin krize neden olabilecek sorunlu yönlerine odaklanmak yerine, güçlü, iyileştirilebilir yönlerine odaklanmaya doğru bir değişim meydana gelmiştir (5,13).

Psikososyal alanda dayanıklılık kavramı ilk aşamada birey ile ilişkilendirilmiş ve dayanıklılık kavramının gelişim süreci üç dalga olarak ilerlemiştir (14,15). Birinci dalga olarak belirtilen aşamayı çocuklar üzerinde yapılan dayanıklılık çalışmaları oluşturmuştur. Dayanıklılık konusunda çalışmalar yürüten ilk araştırmacılar çocukların kişilik özelliklerine odaklanarak çalışmalarını yürütmüşlerdir (16). Çalışmaların yürütüldüğü çocukları diğer çocuklardan ayıran özellikler yoksulluk, alkol kullanımı, ruhsal hastalık vb. gibi sorunları olan aileler ile büyüyen sosyal olarak dezavantajlı grubun içerisinde fakat işlevselliğini sürdüren ve “dayanıklılık” özelliği olan çocuklar olmalarıdır (17). Bu aşamada dayanıklı aile özellikleri belirlenip, aile sistemi düzeyinde bir yapı kurulmuştur (15). İkinci dalgada ise dayanıklılık sürecini kolaylaştıran koruyucu faktörlere odaklanan çalışmalar yürütülmüştür. İkinci dalga sürecinde genel sistem teorisi gibi kavramlar bireysel dayanıklılığa entegre edilmiştir (18). Risk faktörleri ve koruyucu faktörler kavramları bu dönemde ön plana çıkmıştır. Aile sistemine yapılan vurgu bu dönemde artmıştır. Üçüncü dalga ise dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahalelerin yer aldığı aşamadır. Birinci ve ikinci aile dayanıklılığı dalgaları aile müdahalelerinde araştırma ve uygulamaların temelini oluşturmaktadır (14,15). Şekil 1’de dayanıklılık kavramının gelişim süreci görülmektedir



Şekil 1. Dayanıklılık kavramının gelişimi

Sistemik Bakış Açısından Aile Dayanıklılığı

Aile dayanıklılığı sistem teorisinden köken almaktadır. Sistem teorisinde yer alan bazı ilkeler aynı zamanda aile dayanıklılığına entegre edilebilmektedir. Her canlı sistem tıpkı aile gibi dinamik yapıya sahiptir. Sistemler birbirine bağlıdır ve kendi aralarında enerji aktarımı söz konusudur. Ailenin kendi arasında ve çevresi ile olan bağlantıları, etkileşimleri tüm aile sistemini etkilemektedir. Sistemik bakış açısından bir sistemin dayanıklılığı bağlı olduğu diğer sistemin dayanıklılığına da bağlıdır (19). Dayanıklılık bir sistemden diğerine aktarılabilir olduğu için riskli bir durumla karşılaşan bir aileye dayanıklılık kazandırmak için hem aile üyelerinin hem de ailenin içerisinde yer alan toplumun güçlendirilmesi de önem kazanmaktadır (14).

“Aile üyelerinin dayanıklılığı” ve “aile dayanıklılığı” kavramları birbiri ile ilişkili fakat birbirinden farklı kavramlardır. Her aile bir sistemdir ve sistemik bakış açısı, tek tek aile üyelerinin dayanıklılığından ziyade bir birim olarak ailede risk ve dayanıklılığa odaklanmaktadır (20). Geleneksel bakış açısına göre ailenin dayanıklılığı aile üyelerinin dayanıklılığının toplamına eşdeğer iken, güncel bakış açısı aile dayanıklılığını ailenin ilişkisel süreçlerinde aramaktadır (21). Bu nedenle özellikle ailelerle yürütülen çalışmalarda sistem olarak ailenin dayanıklılık özelliklerinin dikkate alınması önemlidir. Her aile üyesi birbirinden farklı özelliklerde olsalar da aile dayanıklılığına her üyenin katkısı bulunmaktadır (9).

Sistemik bakış açısı ile aile dayanıklılığına yalnız bireysel katkıların değil, ailenin bir bütün olarak iletişim, ilişkiler, dinamikler boyutuyla katkısı öne çıkmaktadır. Dayanıklılığın, aile içerisindeki ilişkiler, etkileşimler ve paylaşım örüntülerinde (17), olumlu destek bağlantıları, paylaşımlar ve deneyimler örüntüsünde olduğu belirtilmektedir (22). Oh ve Chang (2014) aile dayanıklılığı konusunda yapmış oldukları kavram analizi çalışmasında aile dayanıklılığının altı özelliğinin olduğunu belirtmiştir. Bu özellikler; ortak güven, bağlılık, yaşama pozitif bakış açısı, algılanan destek (desteğe ulaşma becerisi), açık iletişim örüntüleri ve işbirlikçi problem çözmedir. Çalışma sonucunda, aile dayanıklılığı kavramına ilişkin çıktılar ise durumu kabullenme, yaşama bakış açısının değişmesi, yaşam kalitesinde artma, dayanıklılık özelliklerinde artma ve sağlıkla ilişkili sonuçlar olarak beş başlıkta toplanmıştır (21).

Bir ailenin dayanıklılığı, ailenin stres ve başatma süreçleri ile de yakından ilişkilidir. Patterson (2000)'un aile stresi ve başatma teorisine dayalı Aile Uyum ve Uyuma Yanıt Modeli (Family Adjustment and Adaptation Response, FAAR) bir sistem olarak aile dayanıklılığını açıklamada kullanılan temel modellerden biridir. Bu modelin temel kavramları ailenin “risk faktörleri (talepleri)”, “ailenin koruyucu faktörleri (yetenekleri)” ve “anlamdır”. Bu “anımlar” ailenin risk faktörleri ve koruyucu faktörlerini nasıl anlamlandırdıkları ile ilişkilidir. Ailenin risk faktörleri ile ailenin koruyucu faktörleri iki karşılıklı uçta duran bir terazi gibi düşünülebilir. Dengeyi sağlayan yapı ise aile için hem risk hem de koruyucu faktörlerin doğasını şekillendirmektedir. Bu denge, ailede risk faktörleri artış gösterdiğinde bozulmaktadır ve “kriz” durumu görülmektedir. Eğer aile kaynaklarını zenginleştirerek riski azaltmayı başarabilirse bu durumun tam tersi de mümkün olabilmektedir. Ortaya çıkan yeni durum ise aile için “yenileyici/rejeneratif güç” olarak tanımlanmaktadır. Ailenin dayanıklılığı bu “yenileyici” güce benzetilebilir (2,23).

Aile Dayanıklılığında Anahtar Süreçler

Aile dayanıklılığının bir boyutu olarak; ailenin deneyimlemiş olduğu güçlüğü düzeyi önemlidir. Eğer yaşanan güçlük uzun süreli ise, yaşanan durum “kriz” e dönüşebilmektedir ve uzun dönemli bu güçlükler bir düzenleme sürecini gerektirmektedir (9). Aile dayanıklılığını anlamada ailenin gelişimsel bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir (20). Aile için krizler tıpkı bir uyandırma zili gibi düşünülebilir. Bu süreçte ailenin önceliklerini yeniden gözden geçirmesi, ilişkilere daha fazla yatırım yapması için krizler bir fırsat da sunabilmektedir (24). “Kriz” ifadesinin Çince’ de iki sembolü içerisinde barındırdığı belirtilmektedir. Bunlardan ilki “tehdit” iken, diğeri ise “meydan okuma”dır (8,17).

Güçlüklerle ya da kriz durumları ile karşı karşıya kalındığında ailenin buna yaklaşımı oldukça önemlidir. Ailelerin kriz durumlarından güçlenerek çıkmasını sağlayan ve her ailenin dinamiklerine uyan tek tip bir dayanıklılık modeli bulunmamaktadır. Her aile kendi dayanıklılık sürecinde kendi yolculuğuna çıkmaktadır. Fakat bu yolda süreci kolaylaştıran anahtar süreçler bulunmaktadır (22). Anahtar süreçler ailenin bu zor zamanlardan daha rahat toparlanmasını ve olumlu yönde uyumunu sağlamayı kolaylaştıran süreçlerdir. Walsh (2003) aile dayanıklılığında üç anahtar süreç tanımlamıştır. Fakat bu tanımlanan anahtar süreçleri “dayanıklı aile özellikleri” olarak düşünmek yerine, ailenin dayanıklılığını artıran güç ve kaynaklar olarak düşünülebilir (8). Bu anahtar değişkenleri birbiri ile etkileşim halindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Aile Dayanıklılığı Anahtar Süreçleri

Aile İnanç Sistemleri	Güçlüklerin Anlamı Olumlu Bakış Açısı Aşkınlık ve Maneviyat
Organizasyon (Örgüt) Kalıpları	Esneklik Bağlılık Sosyal ve Ekonomik Kaynaklar
İletişim/Problem Çözme Süreçleri	Açıklık Açık Duygusal Paylaşım İşbirlikçi Problem Çözümü

(Kaynak: Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. Fam process 2003;42(1): 1-18)

Aile İnanç Sistemleri: İnançlar, bireylerin olduğu gibi ailelerin de yaşama bakış açısını şekillendiren merceklere benzetilmektedir. Nasıl bir insan olduğumuz, yaşam deneyimlerimizi nasıl anlamlandırdığımız inançlarla doğrudan ilişkilidir

(17). Aile inanç sisteminin içerisinde üç temel parametre yer almaktadır. Bunlar; güçlüklerin anlamı, olumlu bakış açısı ve aşkınlık ve maneviyattır (5,20,24).

Güçlüklerden Çıkarılan Anlam: Yıkıcı, zor ve beklenmedik bir durumla karşılaşan ailenin karşı karşıya kaldığı bu durumun anlamlarını yeniden oluşturma ihtiyacı da doğacaktır. İyileşme sürecinde ailelerin bu anlam oluşturmaları oldukça önemlidir (25). Ailelerin anlamlandırma sürecini kolaylaştırmada, aile üyelerinin durumlarını gerçekçi bir şekilde değerlendirmesi ve durumla aktif başa çıkmaları desteklenmelidir (24).

Olumlu Bakış Açısı: Ailenin olumlu bakış açısı yaşanan güçlükler ve stresle başatmasında oldukça önemlidir. Bu bakış açısı içinde “umut” önemli bir yer tutmaktadır. Yaşam için oksijenin anlamı ne ise, ruh için de umudun anlamı buna benzetilmektedir. Umut da inanca dayanmaktadır. “Olabilir, yapılabilir” inancı ve umudu ailenin dayanıklılığında oldukça temel bir düşüncedir (5,24).

Aşkınlık ve Maneviyat: Maneviyat (spiritüalite) aile dayanıklılığında temel kavramlardan biridir. Ailenin paylaşılan inanç ve değerleri aileyi aynı doğrultuda hareket etmeye ve aynı hedefe yönlendirmektedir (21).

Organizasyon Kalıpları: Bu süreçte yer alan yapılar ailelerin zor durumlarda bir araya gelmesini düzenleyen yapılarıdır (5).

Esneklik: Esneklik, uyum sağlama, uyumsal (adaptif) değişimi içeren temel öğelerden biridir. Ailelerin kriz durumları ile karşılaşması durumunda, kriz öncesi duruma dönüş tam anlamıyla sağlanamayabilir. Bu durumda ailenin esneklik özelliği ailenin “yeni normal” ini kazanabilmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin, ailede kronik bir hastalık tanısı alan üyenin olması, evden bir üyenin ayrılması ya da kaybı buna örnek verilebilir. Bu yeni durumlar aynı zamanda yeni uyumu gerektiren krizlere dönüşebilmektedir. Koruyucu bir yapı olarak esneklik özelliği yeni duruma uyumu sağlamaktadır (5,17).

Bağlılık: Kriz durumlarında ailenin dayanıklılığını güçlendiren süreçlerden birisi de aile bağlılığıdır. Çünkü süreçte her üyenin yaşanan duruma tepkisi farklılık gösterebilir. Zor zamanlarda üyelerin kendilerine değil, birbirlerine dönük olması, karşılıklı paylaşımlar ve işbirliği bu süreci güçlendiren önemli etmenlerdendir.

Sosyal ve Ekonomik Kaynaklar: Ailelerin sosyal ve ekonomik kaynaklara erişiminin sağlanması dayanıklılık için oldukça önemlidir. Örneğin, ruhsal hastalık tanılı bireyin bakım giderleri aileyi ekonomik olarak zorlayabilir. İzole bir yaşam yerine aileler toplumsal kaynaklara yönlendirilmelidir (5).

İletişim/Problem Çözme Süreçleri: Açık ve tutarlı mesajlar, açık duygusal ifade ve işbirlikçi problem çözümü bu sürecin içerisinde yer alan basamaklardır.

Açıklık: İyi bir iletişim, bireyler arasında duygu, düşüncenin iletilmesinin ve ilişkilerin şekillenmesinin temel yapı taşıdır. Yalnızca sözlü değil, sözsüz ifadeler de bu süreçte oldukça önemlidir. Özellikle ailelerin kriz durumlarında yanlış anlamalarının önüne geçmek, üyelerin kendilerini doğru bir biçimde ifade edebilmelerinde açık bir iletişim, bir gerekliliktir (17).

Açık Duygusal Paylaşım: Açık bir iletişim, empati ve güven ortamı sağlandığında aile üyelerinin duygularını da açık bir biçimde paylaşmalarını kolaylaştırıcı bir ortam sağlanmaktadır. Çünkü yoğun duygular, açık ve doğru biçimde ifade edilmediğinde yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Bunu önlemenin yolu üyelerin birbirini dinlemesi, karşılıklı saygı ve güven ile doğru biçimde duygularını açıkça ifade edebilecekleri bir paylaşım ortamının sağlanmasıdır (5,17,26).

İşbirlikçi Problem Çözümü: Her ailenin, her bireyin sorun yaşadığı zamanlar olmaktadır. Yaşamın içerisinde bu sorunları göz ardı etmek ya da sorunları üstlenmeyip karşı tarafı suçlamak yerine, sorunlardan bir takım öğretiler çıkarmak ve çözüme odaklanmak dayanıklılık sürecinde kazanılan oldukça önemli bir beceridir. Sorunun çözümüne giden birçok yol bulunmaktadır ve her ailenin çözüm yolları, bu yoldaki kaynakları kendine özgüdür (5,17,26).

Aile Dayanıklılığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Geçmişten günümüze aile dayanıklılığı konusunda yapılan çalışmalar, ailelerin zayıf, problemleri yerine kendi aile sistemi içerisindeki ilişkilerin dinamiklerinde oluşan dayanıklılık süreçlerine odaklanması ve ailenin güçlü yönlerine dikkat çekmesi açısından oldukça önemlidir. Bu bakış açısı aynı zamanda ailelere ve aileleri güçlendirmeye yönelik müdahalelerin oluşturulmasına da temel oluşturmaktadır (21). Psikiyatri hemşireleri birey, aile ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi noktasında önemli bir pozisyonda yer almaktadır. Toplumun en temel birimi olan aile, hemşirelerin önemli müdahale alanlarından birini oluşturmaktadır. Ailelerle işbirliğinin desteklenmesi, karşılıklı destek ailelerin paylaşılmış bir güven ortamı elde etmelerine katkı sağlamaktadır. Bu da ruh sağlığı hizmetlerinde ailelerin sürece dâhil edilmesi, ailelerle iş birliği kurulması ve bir hizmet anlayışı olarak ailelerin süreçte yer almasını gerektirmektedir (27).

Aile dayanıklılığı bakış açısı psikiyatri hemşireliği uygulamalarına da ışık tutmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin bakım verdikleri hastaları yalnızca “patoloji” ya da “hastalık” bakış açısından görmek yerine bir ailenin ve bir toplumun parçası olarak bütüncül ele almaları, “büyük resmi” görmeleri açısından oldukça önemlidir. Hasta bireyler ailenin, aileler ise toplumun bir yansıması olarak düşünülebilir. Bu nedenle bireyleri tek tek ele almaktan öte, “aile dayanıklılığı” bakış açısı bir sistem olarak bütün bir biçimde ailenin dayanıklılık özelliklerine odaklanmaktadır. Bu yönüyle dayanıklılık bakış açısı, her ailede mevcut olan fakat kriz durumlarında fark edilmeyen güçlü yanları ortaya çıkarma, ailenin mevcut potansiyelini ortaya koyabilmesini desteklemede hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemektedir. Ailelerin inanç sistemlerinde yer alan anlamları fark ettirme, aileye esneklik özellikleri kazandırma girişimleri, destek kaynakları açısından aileleri güçlendirme, ailelerin problem çözme becerilerini geliştirme ve destekleme, sorunlara olan bakış açısını fark etmesini sağlama dayanıklılık sürecinde yer alan basamaklardan ailelere uygulanabilecek bazı hemşirelik girişimlerine örnek olarak verilebilir. Hasta birey ve ailesine uygulanan

dayanıklılığı geliştirmeye yönelik bu müdahaleler sistemin parçası olan toplumu da etkilemektedir. Bu yönüyle ailelerde dayanıklılığı sağlamaya yönelik yürütülen değerlendirme ve müdahalelerin, bir anlamda toplumda dayanıklı yapılar oluşturmaya katkı sağladığı söylenebilir (1).

Planlı aile müdahaleleri psikososyal bir müdahale olarak ruhsal sağlık sorunu yaşayan ailelerin güçlendirilmesi noktasında önemli bir role sahiptir (28). Özellikle ailelerdeki dayanıklılık özelliklerinin incelenerek bu dayanıklılık özelliklerinin müdahale programlarının içeriğine dâhil edildiği aile müdahalelerinin planlanması da aileleri güçlendirmede oldukça önemlidir. Çoklu aile psiko eğitim grupları ve kendi kendine yardım gruplarının özellikle aile dayanıklılığını geliştirmede etkili olduğu belirtilmektedir (4). Dayanıklılık, benzer zorluklarla uğraşan diğer ailelerle temas yoluyla ve birbirlerinden öğrenilerek de kazanılabilmektedir. Bu nedenle ailelerle çalışılırken, aynı sorunu yaşayan benzer grupların bir arada olmasını sağlayacak ortamların oluşturulması önerilmektedir. Bu amaca hizmet etmede aileden aileye destek/ eğitim programları önemli ve etkili müdahaleler olarak örnek verilebilir (28,29). Ailelerin bir arada olması, engeller ya da sorunlara ilişkin kaynakların gözden geçirilmesi, paylaşılan duygu ya da değerleri güçlendirerek ailelerin dayanıklılık süreçlerine de olumlu katkı sağlamaktadır (4).

Aile Dayanıklılığı ve Psikiyatri Hemşireliği Konusunda Yürütülen Araştırma Sonuçları

Tablo 2’de “aile dayanıklılığı ve ruhsal hastalıklar” konularında yürütülen araştırma örnekleri yer almaktadır (30-43). Bireysel dayanıklılıkla ilgili birçok araştırma literatürde yer alsa da bu derlemede doğrudan “aile dayanıklılığını” ele alan çalışmalara yer verilmiştir. İncelenen “ruhsal hastalıklar ve aile dayanıklılığı” araştırmalarının daha çok tanımlayıcı türde ve ailelerin dayanıklılık özelliklerine yönelik olduğu belirtilebilir. Ailelerde özellikle bir birey ruhsal hastalık tanısı aldığı anda bu durum bir kriz durumu olarak deneyimlenmektedir. Bu süreçte ailelerin dayanıklılık özellikleri ve bu özelliklerin geliştirilip iyileştirilmesi oldukça önemlidir (44). Ruhsal hastalık deneyimi olan bireylerde yapılan araştırmaların odak noktası daha çok ruhsal hastalıklarda aile dayanıklılığı, koruyucu faktörler, risk faktörleri veya ailenin bu konudaki deneyimlerine yöneliktir. Zauszniewski ve arkadaşları (2010) ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin aile üyelerinin dayanıklılığını incelemiş olduğu derleme çalışmasında dayanıklılık özellikleri olarak umut, dayanıklı kişilik, öz-yeterlik, bütünlük duygusu gibi özellikleri belirtmiştir (44). Şizofreni tanılı 42 aile ile karma (miks) yöntem kullanılarak yapılan bir çalışmada da ailenin dayanıklılık özellikleri incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen dayanıklılık özellikleri; toplumsal ve ekonomik destek edinme, aile birlikteliği, kriz durumlarında iletişim biçimleri ve destekleyici iletişim tarzı, aile bağlılığı, krize meydan okuma ve ailenin iç kontrol odağı olarak saptanmıştır (30). Ruhsal hastalığa bakım veren dezavantajlı ailelerdeki aile dayanıklılık özelliklerini inceleyen başka bir kesitsel ve karma yöntem ile yapılan çalışmada ise kalitatif analizlerde dayanıklılık özellikleri üç geniş tema ile açıklanmıştır. Bu özellikler; evdeki duygusal fiziksel kaynakları içeren içsel kaynaklar, sosyal destek ve iletişim kaynakları gibi dışsal kaynaklar ve hasta ile ilişkili faktörlerdir (36). Tanımlayıcı araştırma sonuçlarından yola çıkılarak bir sistem olarak “ailelerde dayanıklılığı” artırmaya yönelik psikososyal müdahaleleri içeren deneysel araştırmalara/müdahale araştırmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Sonuç

1970’li yıllardan bu yana aile dayanıklılığı konusunda teorik bir çerçeve oluşagelmıştır. Bu süreçte bakış açısı hastalıktan sağlığa, sorundan çözüme, bireyden aileye doğru bir gelişim sergilemiştir. Aile dayanıklılığı kavramı, her ailenin sorunları olduğu kadar kaynak ve güçlerinin de olduğunu fark etmek, ailenin yaşanan kriz durumlarından güçlenerek çıkmasının da mümkün olduğunu vurgulamak noktasında yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır. Ailenin yaşamış olduğu güçlükler ile mücadelesinde anahtar dayanıklılık süreçlerinin kullanılarak krizin olumlu yönde bir uyuma dönüşmesi her aile için farklı biçimlerde deneyimlenen dinamik bir dayanıklılık yolculuğudur. Bu yolculuk sürecinde hasta /sağlıklı bireyler ve aileleri ile yakın iletişim halinde olan hemşirelerin ve psikiyatri hemşirelerinin aileleri değerlendirmeleri, ailelerin güçlü yönlerini desteklemeleri, gereksinimlerini belirlemeleri, gereksinim alanlarına göre müdahaleleri planlamaları önemlidir.

Bilgilendirme

Bu derlemede herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derlemede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur. Bu makalede yazar olarak listelenen herkes, çalışmaya doğrudan ve önemli katkıda bulunmuştur.

Tablo 2. Ruhsal Hastalıklar ve Aile Dayanıklılığı Konusunda Yürütülen Araştırma Sonuçları

No	Araştırma	Amaç	Yöntem	Sonuç
1.	Bishop M, Greeff AP. Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nurs 2015;22(7):463-471.	Şizofreni tanılı aile üyesine sahip ailelerde aile dayanıklılığı özelliklerinin belirlenmesidir.	Kesitsel miks yöntem	Aile dayanıklılık özellikleri; ailenin ekonomik geliri, toplumdaki kazanılan destek, aile birlikteliği, kriz durumlarında ailenin iletişim biçimi, destekleyici iletişim örüntüleri, aileye bağlılık, krizlerin bir meydan okuma olarak yeniden anlamlandırılması ve ailenin iç kontrol odağıdır.
2.	Faqurudheen H, Mathew S, Kumar TM. Exploring family resilience in a community mental health setup in south India. Procedia Economics and Finance 2014;18:391-399.	Bir toplum ruh sağlığı biriminde tedavi alan danışanların ve bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri ve aile dayanıklılık düzeyinin belirlenmesidir.	Tanımlayıcı yöntem	Bireylerin dayanıklılıkları orta düzeyden yüksek düzeye doğru değişmektedir.
3.	Fitryasari R, Yusuf A, Tristiana RD, Nihayati HE. Family members' perspective of family Resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients. Int J Nurs Sci 2018;5(3):255-261.	Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin dayanıklılık risk faktörlerinin tanımlanmasıdır.	Kalitatif yöntem (fenomenoloji)	Risk faktörü olarak iki tema elde edilmiştir. Bunlar; bakım yükü ve damgalamadır.
4.	Fitryasari R, Yusuf A, Nursalam R, Tristiana D, Hargono R. Resiliency experiences of family members who take care of patients with schizophrenia. Proceedings of the 9th International Nursing Conference (INC); 2018.	Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin bakış açısından aile dayanıklılığının tanımlanmasıdır.	Kalitatif yöntem (fenomenoloji)	Şizofreni hastasına primer bakım veren bireyler beş aşamalı bir yoldan dayanıklılık süreci tanımlamıştır. Bu aşamalar; mevcut durumla mücadele, aile yapısının değişimi, hasta aile üyesini kabul etmeye çalışmak, olumlu bir anlam arayışı ve ailede yer alan diğer bireylere destek sağlamaktır.
5.	Fitryasari R, Nursalam N, Yusuf A, Hargono R, Lin ECL, Tristiana RD. Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia. Scand J Caring Sci 2020:1-8	Şizofreni hastasına bakım verenlerde aile merkezli hemşireliğe temelli aile dayanıklılık modeli geliştirmektir.	Kesitsel miks yöntem	Ailenin risk faktörleri, koruyucu faktörler ve ailenin stresinden etkilenmektedir. Aile dayanıklılığı ailelerin hastasının bakım ve tedavi etme becerilerini etkilemektedir. Model ailelerin hastasına daha iyi bakım vermesi ve güçlenmesi noktasında yardımcı olmaktadır.
6.	Greeff AP, Vansteewegen A, Ide M. Resiliency in families with a member with a psychological disorder. Am J Fam Ther 2006;34(4):285-300.	Ruhsal hastalığı olan ailelerde dayanıklılık faktörlerinin tanımlanmasıdır.	Kesitsel ilişki arayıcı yöntem	Ailelerin tanımlanmış oldukları dayanıklılık faktörleri, aile ve toplumdaki edinilen kaynaklar ve başatma becerileridir. En önemli dayanıklılık faktörü ise hem hasta birey hem aile üyeleri tarafından belirtilen (hardiness) dayanıklılık özelliğidir.
7.	Jonker L, Greeff AP. Resilience factors in families living with people with mental illnesses. J Community Psychol 2009;37(7):859-873.	Yoksul bir bölgede yaşayan, ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren ailelerde dayanıklılık faktörlerini belirlemek.	Kesitsel miks yöntem	Din ve maneviyat ve bireysel aile üyelerinin kişisel özellikleri en yaygın olarak belirtilen dayanıklılık faktörleri olarak bulunmuştur.
8.	Mahmoud S. Association between burden of care and resilience among family caregivers living with schizophrenic patients. IOSR Journal of Nursing and Health Science 2011;7(2):42-55.	Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin bakım yükü, aile işlevselliği ve dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek.	Tanımlayıcı ilişki arayıcı yöntem	Aile işlevselliği ve dayanıklılık arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

9.	Marsh DT, Lefley HP, Evans-Rhodes D, Ansell VI, Doerzbacher BM, LaBarbera L, Paluzzi JE. The family experience of mental illness: evidence for resilience. <i>Psychiatr Rehabil J</i> 1996;20(2):3.	Ruhsal hastalıkta aile deneyimlerinin incelenmesidir.	Tanımlayıcı	Aile dayanıklılığın boyutları aile bağları, ailenin güçlü yönleri ve kaynakları, ailenin gelişimi ve ailenin memnuniyeti olarak belirlenmiştir.
10.	Power J, Goodyear M, Maybery D, Reupert A, O'Hanlon B, Cuff R, Perlesz A. Family resilience in families where a parent has a mental illness. <i>J Soc Work</i> 2016;16(1):66-82.	Araştırmada ebeveynin ruhsal hastalığı olduğu ailelerde aile dayanıklılığının nasıl olduğunun kavramsallaştırılmasıdır.	Kalitatif	Ailede paylaşılan mizah ve aile rutinleri süreçleriyle aileler dayanıklılık geliştirmektedirler. Aile için dayanıklılık, distres/stres ile güç arasındaki dengeyi sağlamakla ilişkilendirilmiştir.
11.	Han KS, Hong YS, Kang H, Roh YH, Choi MS, Moon HJ. Developing a prediction model for family health in families of patients with schizophrenia. <i>Journal Of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 2020;28(4):309-320.	Bu çalışmanın amacı, aile sağlığı ile ilgili faktörleri belirlemek ve şizofreni hastalarının ailelerinde aile sağlığını açıklayabilecek bir öngörü modeli geliştirmektir.	Tanımlayıcı	Aile dayanıklılığının, benlik saygısının ve toplum entegrasyonunun şizofreni tanılı bireylerin aile sağlığı üzerinde olumlu ve doğrudan etkileri bulunmaktadır.
12.	Weine S, Ukshini S, Griffith J, Agani F, Pulleyblank-Coffey E, Ulaj J ve ark. A family approach to severe mental illness in post-war Kosovo. <i>Psychiatry</i> 2005;68(1):17-27.	Birinci amaç; ailelerini topluma dayalı destek hizmetlerine katılmaları için harekete geçirerek ruhsal hastalığı olan kişilere toplum temelli bakım sunmaktır. İkinci amaç aile temelli becerileri profesyonel yaşamda uygulamak için ruh sağlığı uzmanlarının eğitilmesidir. Bu amacı gerçekleştirmek için psikoeğitimsel çoklu aile grup müdahaleleri 30 aileye uygulanmıştır.	Müdahale araştırması	Çoklu aile grubunun aile yaşamı üzerinde umudu artırmak, ruhsal hastalıktan dolayı aile üyesini suçlamayı azaltmak, başetme becerilerini ve yaşam kalitesini artırmak gibi birçok olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur.
13.	Zerbetto SR, Galera SAF, Ruiz BO. Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. <i>Rev Bras Enferm</i> 2017;70(6): 1184-1190.	Bağımlılık biriminde çalışan sağlık profesyonellerinin ailelerin dayanıklılık özelliklerine ilişkin algılarını tanımlamaktır.	Tanımlayıcı kalitatif	Araştırmada odak grup görüşmeleri ile elde edilen veriler doğrultusunda üç tema elde edilmiştir. Bu temalar etkili iletişim; liderlik ve desteğin rolü ve ailenin gücüdür. Sağlık profesyonelleri ortam/durum çok gergin bile olsa dayanıklı ailelerin mesajlarını karşı tarafa açık, sakin bir şekilde ilettiklerini belirtmiştir.
14.	Saul J, Simon W. Building resilience in families, communities, and organizations: A training program in global mental health and psychosocial support. <i>Fam Process</i> 2016;55(4):689-699.	Ciddi olumsuzluklara ve travmalara maruz kalan topluluklarla çalışan profesyoneller için bir program tanıtımını açıklamaktadır.		Araştırmanın odak noktası olan ilk modül güçlülere maruz kalan aile ve toplumlarda dayanıklılığı artırmak için yaklaşımları öğretmeyi içermektedir. Katılımcılarla her gün ortak kaynaklarını ve öğrenme deneyimini geliştirme yöntemlerini güçlendirmek için egzersizler yapılmıştır.

Kaynaklar

1. Black K, Lobo M. A conceptual review of family resilience factors. *J Fam Nurs* 2008;14(1):33-55.
2. Patterson JM. Integrating family resilience and family stress theory. *J Marriage Fam* 2002;64(2):349-360.
3. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 1993;14(8):626-631.
4. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. *Fam Process* 1996;35(3):261-281.
5. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process* 2003;42(1):1-18.
6. Masten AS, Cicchetti D. Resilience in development: progress and transformation. *Dev Psychopathol* 2016;1-63.
7. Masten AS, Powell L. A resilience framework for research, policy and practise. *İçinde Luthar SS Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge University Press; 2003:1-25.
8. Walsh F. A Family developmental framework challenges and resilience across the life cycle. *İçinde Sexton T & Lebow J, Handbook of Family Therapy*, Routledge; 2015: 30-47.
9. Simon JB, Murphy JJ, Smith SM. Understanding and fostering family resilience. *The Family Journal* 2005;13(4):427-436.
10. Hawley DR. Clinical implications of family resilience. *Am J Fam Ther* 2000;28(2):101-116.
11. Van Breda AD. Resilience theory: A literature review. *South Africa*; 2001.
12. McCubbin HI, Patterson JM. The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage Fam Rev* 1983;6(1-2):7-37.
13. Çetinkaya Duman Z. Çocuk ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde aile temelli yaklaşım. *Türkiye Klinikleri* 2015;1(2):92-99.
14. Maurović I, Liebenberg L, Ferić M. A review of family resilience: understanding the concept and operationalization challenges to inform research and practice. *Child Care Pract* 2020;26(4):337-357.
15. Henry CS, Sheffield Morris A, Harrist AW. Family resilience: moving into the third wave. *Fam Relat* 2015;64(1):22-43.
16. Coleman M, Ganong L. Resilience and families. *Fam Relat* 2002;51(2):101.
17. Walsh F. *Strengthening Family Resilience*. 2. Basım. Walsh F. Guilford Publications; 2006.
18. Von Bertalanffy L. *General System Theory: Foundation, Development, Application*. New York, NY: Braziller 1968.
19. Masten AS. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *J Fam Theory Rev* 2018;10(1):12-31.
20. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol* 2016a;13(3):313-324.
21. Oh S, Chang SJ. Concept analysis: family resilience. *Open J Nurs* 2014;4(13):980.
22. Walsh F. Applying a family resilience framework in training, practice, and research: mastering the art of the possible. *Fam Process* 2016b;55(4):616-632.
23. Patterson JM. Understanding family resilience. *J Clin Psychol* 2002;58(3):233-246.
24. Walsh F. Family resilience: strengths forged through adversity. *İçinde Walsh F, Normal Family Process*. 4. Baskı. Guildford Press; 2012:399-427.
25. Walsh F. Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Fam Process* 2007;46(2):207-227.
26. Walsh F. Community-based practice applications of a family resilience framework. *İçinde Becvar DS, Handbook of Family Resilience*. Springer; 2013: 65-82.
27. Bademli K, Duman Çetinkaya Z. Ruhsal hastalık tanı bireylerde aile ile işbirliğini başlatma ve sürdürmede psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics* 2018;4(1):21-26.
28. Bademli K, Duman Çetinkaya Z. Effects of a family-to-family support program on the mental health and coping strategies of caregivers of adults with mental illness: a randomized controlled study. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28(6):392-398.
29. Duman Çetinkaya Z, Bademli K. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2011;4(4):178-181.
30. Bishop M, Greeff AP. Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(7):463-471.
31. Faqurudheen H, Mathew S, Kumar TM. Exploring family resilience in a community mental health setup in south India. *Procedia Economics and Finance* 2014;18:391-399.
32. Fitryasari R, Yusuf A, Tristiana RD, Nihayati HE. Family members' perspective of family resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients. *Int J Nurs Sci* 2018;5(3):255-261.
33. Fitryasari R, Yusuf A, Nursalam R, Tristiana D, Hargono R. Resiliency experiences of family members who take care of patients with schizophrenia. *Proceedings of the 9th International Nursing Conference (INC 2018)*; 2018.
34. Fitryasari R, Nursalam N, Yusuf A, Hargono R, Lin ECL, Tristiana RD. Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia. *Scand J Caring Sci* 2020:1-8
35. Greeff AP, Vansteenwegen A, Ide M. Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *Am J Fam Ther* 2006;34(4):285-300.
36. Jonker L, Greeff AP. Resilience factors in families living with people with mental illnesses. *J Community Psychol* 2009;37(7):859-873.
37. Mahmoud S. Association between burden of care and resilience among family caregivers living with schizophrenic patients. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2011;7(2):42-55.
38. Marsh DT, Lefley HP, Evans-Rhodes D, Ansell VI, Doerzbacher BM, LaBarbera L ve ark. The family experience of mental illness: evidence for resilience. *Psychiatr Rehabil J* 1996;20(2):3.
39. Power J, Goodyear M, Maybery D, Reupert A, O'Hanlon B, Cuff R ve ark. Family resilience in families where a parent has a mental illness. *J Soc Work* 2016;16(1):66-82.

40. Han KS, Hong YS, Kang H, Roh YH, Choi MS, Moon HJ. Developing a prediction model for family health in families of patients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2020;28(4):309-320.
41. Weine S, Ukshini S, Griffith J, Agani F, Pulleyblank-Coffey E, Ulaj J ve ark. A family approach to severe mental illness in post-war Kosovo. *Psychiatry* 2005;68(1):17-27
42. Zerbetto SR, Galera SAF, Ruiz BO. Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. *Rev Bras Enferm* 2017;70(6):1184-1190.
43. Saul J, Simon W. Building resilience in families, communities, and organizations: A training program in global mental health and psychosocial support. *Fam Process* 2016;55(4):689-699.
44. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics* 2010;45(4):613-626.

DERLEME MAKALE

COVID-19 Pandemi Sürecinde Demanslı Bireyler: Sağlık Profesyonelleri ve Bakım Verenler İçin Öneriler

 Merve Aliye AKYOL¹  Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ²  Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ³

¹Araş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi, Evde Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir, Türkiye.

²Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi, Evde Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir, Türkiye.

³Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

COVID-19 pandemisi tüm dünyada milyonlarca insanı özellikle de demanslı bireylerin bakımını hiç kuşkusuz ki olumsuz şekilde etkilemektedir. Demans, yaşlanan toplumların pandemisi olarak adlandırılmaktadır. Demans ve COVID-19 pandemisinin birlikteliği, sağlık profesyonelleri ve aile üyeleri için demanslı bireylerin bakımını daha da zor ve karmaşık hale getirmektedir. COVID-19 pandemi sürecinde demanslı bireylerin var olan sağlık durumlarını koruma, güvenliklerini sağlama, ihtiyaç duyulan desteğin sağlanması konuları daha fazla önem kazanmıştır. Alzheimer's Disease International ve demans uzmanları, tüm dünyada demanslı bireylere ve bakım verenlerine acilen destek olunması gerektiğini belirtmektedir. Bu derlemeyle COVID-19 pandemi sürecinde demanslı bireyin bakımından sorumlu sağlık profesyonellerinin ve aile üyelerinin bakım süreçlerinde kullanabileceği pratik öneriler sunarak onların yollarına ışık tutmak amaçlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, Pandemi, Demans, Bakım Verenler.

Abstract

People with Dementia During COVID-19 Pandemic: Recommendations for Health Professionals and Caregivers

The COVID-19 pandemic undoubtedly affects millions of people around the world, especially the care of people with dementia. Dementia is called the pandemic of aging societies. The coexistence of dementia and the COVID-19 pandemic makes caring for people with dementia even more difficult and complex for healthcare professionals and family members. During the COVID-19 pandemic, the issues of protecting the existing health status of people with dementia, ensuring their safety, and providing the necessary support became more important. Alzheimer's Disease International and dementia experts state that people with dementia and their caregivers should be supported urgently around the world. The aim of this review is to shed light on the pathways of healthcare professionals and family members responsible for caring of a person with dementia during the COVID-19 pandemic process by providing practical suggestions that they can use their care processes.

Key Words: COVID-19, Pandemic, Dementia, Caregivers.

Geliş Tarihi / Received: 06.01.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.05.2021

Correspondence Author: Merve Aliye AKYOL, Araş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. Tel:+902324124774 e-mail:merve.akyol@deu.edu.tr

Cite This Article: : Akyol MA, Küçüküçlü Ö, Akpınar Söylemez B. COVID-19 Pandemi Sürecinde Demanslı Bireyler: Sağlık Profesyonelleri ve Bakım Verenler İçin Öneriler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021;14(3): 277-282



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

C OVID-19 tüm Dünya’da milyonlarca insanı özellikle de 65 yaş ve üzeri bireyleri olumsuz şekilde etkilemektedir (1). Yaşlılık döneminde immün sistem yanıtının azalmasıyla birlikte enfeksiyon riskinde artış görülmektedir. Bu durum yaşlı bireylerin COVID-19 ile enfekte olma ihtimallerini artırmaktadır (2). COVID-19 vakalarının yaklaşık %20-40’ını 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (3,4). Amerika’da COVID-19’a bağlı ölümlerin %80’ini 65 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır (5).

Dünyada neredeyse tüm toplumlar yaşlanmakta ve demans, yaşlanan toplumların pandemisi olarak adlandırılmaktadır (6). Tüm dünyada 50 milyondan fazla demanslı birey olduğu ve her 3 saniyede bir yeni vaka ortaya çıktığı bilinmektedir (7). Demans ve COVID-19 pandemisinin birlikteliği, demanslı bireyler ve bakımdan sorumlu sağlık profesyonelleri ve aile üyeleri için çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Alzheimer’s Disease International ve demans uzmanları, tüm dünyada demanslı bireylere ve bakım verenlerine ivedilikle destek olunması gerektiğini belirtmektedir (8). COVID-19 pandemi sürecinde demanslı bireylerin mevcut sağlık durumlarını koruma, güvenliklerini sağlama, sağlık profesyonelleri ve aile üyeleri tarafından ihtiyaç duyulan desteğin sağlanması daha da önem kazanmıştır (9).

Bu derlemeyle COVID-19 pandemi sürecinde demanslı bireyin bakımından sorumlu sağlık profesyonellerinin ve aile üyelerinin bakım süreçlerinde kullanabileceği pratik öneriler sunarak onların yollarına ışık tutmak amaçlanmaktadır.

Gelişme

COVID-19 Pandemi Sürecinde Demanslı Bireyler

Sosyal mesafe, izolasyon ve hijyene dikkat etme gibi COVID-19 önlemleri, virüsün yayılmasını engellemek için etkili olmakla birlikte, bu önleme çabalarının duygusal ve psikososyal etkilerinin demanslı bireylere etkisi henüz bilinmemektedir (10). Telekomünikasyon konusunda çok az bilgiye sahip olan ve günlük rutinlerinde birine bağımlı olan demanslı bireyler kendilerini yalnız ve terk edilmiş hissedebilmektedir (8). Demanslı bireyler çeşitli koruyucu önlemleri (el hijyeni, öksürürken ağzını ve burnunu kapatmak, sosyal mesafeye uymak, COVID-19 semptomlarının izlenmesi, kendini izole etme...) anlamakta, hatırlamakta ve bunlara uyum sağlamakta zorlanabilmektedir. Bu nedenle kendilerine ve yakın çevresine virüs bulaşma/bulaştırma riski artmaktadır (9). Erken evredeki demanslı bireylerin pandemi süreciyle daha iyi başa çıkabildikleri ve bu süreçte karşılaşılan potansiyel zorluklar hakkında farkındalıklarının olduğu belirtilmektedir (9,11). Fakat hafif kognitif bozukluğu veya erken evre demansı olan bireylerde apati ve/veya depresyon varsa önlemleri uygulama konusunda isteksiz olabilecekleri ve uyum sağlamakta zorlanabilecekleri vurgulanmaktadır. Orta ve ileri evre demanslı bireyler, kısa süreli bellekte ve genel bilişsel durumda bozulma nedeniyle bu önlemlerin çoğunu anlamakta, hatırlamakta ve benimsemekte zorlanmaktadır. Mevcut durumu tam olarak anlayamayan ileri evre demanslı bireylerin bile COVID-19’un neden olduğu stres ve duygu durum değişimlerini çevrelerindeki bireyler ve medya aracılığıyla fark edebildikleri düşünülmektedir. İleri evre demanslı bireyler evde kalma, sosyal mesafeye uyma (evde ya da bakım hizmeti sağlayan kurumlarda) ve bakım hizmeti sağlayıcılar tarafından giyilen ve onların tanınmasını zorlaştıran koruyucu kıyafet kullanımını anlamakta güçlük yaşayabilmekte (9,12) ve bu durum onların kapana kısılmış, terk edilmiş ve korkmuş hissetmelerine neden olabilmektedir. Cagnin ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan 4.193 demanslı bireye bakım verenin katıldığı araştırmada, demanslı bireylerin %59.6’sının var olan nöropsikiyatrik semptomlarının kötüleştiği (en sık iritabilite apati, ajitasyon ve anksiyete), %26’ında yeni semptomların ortaya çıktığı (en sık iritabilite ve uyku bozukluğu) ve %26.7’sinin ilaçlarını düzenlemeye ihtiyaç duyduğu bulunmuştur (13). Demanslı bireylerin nöropsikiyatrik davranış sorunları izolasyonu sürdürmeyi güçleştirmekte (14) bu nedenle demanslı bireyler enfeksiyonu kapma ve yayma konusunda daha yüksek risk altına girmektedirler (8,15).

Aktivitelerde, bilişsel fonksiyonlarda azalmanın demanslı bireylerde deliryuma neden olduğu ve bu durumun morbiditeye katkıda bulunabileceği belirtilmektedir. Stres nedeniyle artış gösteren nöropsikiyatrik semptomların bilişsel fonksiyonlarda gerilemeye katkıda bulunabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (16). Demanslı bireylerin bilişsel ve işlevsel fonksiyonlarında kötüleşme kurum bakımı alma sürecini hızlandırabilmektedir. Salgın sürecinin yönetiminde gündüz bakım merkezleri ve evde bakım hizmetlerinin azalması, arkadaş ve akraba ziyaretlerinin sınırlanması ya da olmaması nedeniyle demanslı bireylerin ihtiyaçlarının tespit edilememe veya yeterince karşılanamama riski bulunmaktadır (9).

COVID-19 Pandemi Sürecinde Demanslı Bireylere Bakım Verenler

Salgın sürecinde demanslı bireylere bakım ve destek sağlayan sağlık profesyonelleri, aile üyeleri ve yakın çevresindekiler bazı zorluklarla karşılaşmaktadır.

Bakım verenler, bakım verdikleri bireyleri hastalıktan korumakta zorlandıklarını, hastalarının hijyen, maske ve mesafe gibi temel kurallara uyum sağlamakta zorlandıklarını bu nedenle hem kendilerinin hem de bakım verdikleri bireyin enfekte olmasından endişe duyduklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenler pandemi sürecinde kendi sağlık sorunlarında sağlık hizmeti kullanımını kısıtladıklarını çünkü bu süreçte virüsle enfekte olmaktan korktuklarını belirtmişlerdir. İhmal etmek zorunda kaldıkları sağlık sorunlarının giderek kötüleştiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, bakım verenler, demanslı bireylerin yeniden şekillenen yaşam tarzı nedeniyle birçok sosyal aktiviteden uzak kaldıklarını bu nedenle de hastalık sürecinin olumsuz etkilendiğini, yeni gelişen ya da kötüleşen davranışsal sorunlarla da baş etmekte zorlandıklarını ve buna bağlı psikolojik zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir (17). Bakım verenlerde ortaya çıkan psikolojik semptomlar demanslı bireylerin nöropsikiyatrik semptomlarını daha da kötüleşebilmekte ve kısır bir döngü oluşturmaktadır. Karantina sürecinde, bakım verenlerin %65.9’unun stres kaynaklı semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerde anksiyete (%45.9), çaresizlik (%34.2), distress (%29.3), iritabilite (%26.4), terk etme (%22.0) ve depresyon (%18.6) görüldüğü saptanmıştır. Bakım verenler tarafından deneyimlenen stresin demanslı bireylerin var olan nöropsikiyatrik semptomlarını kötüleştirdiği (Odds ratio:2.6) ve yeni semptomların ortaya çıkmasına neden olduğu (Odds ratio:1.6) bulunmuştur (13).

Kısıtlamalar nedeniyle, poliklinik hizmetlerinin çoğu iptal edilmekte ya da ertelenmektedir. Virüsle enfekte olma riskini azaltmak için bazı bakım verenler, verdikleri bakıma destek olması amacıyla işe aldıkları ücretli bakım vericileri artık çalıştırmamaya karar vermektedir. Bu da aile üyesi olarak bakım vericilerin demanslı bireylerle geçirdikleri sürenin artmasına

ve başa çıkma konusunda endişeye, gerginliğe, tükenmişliğe ve hatta istismara neden olabilmektedir. Daha uzakta olan akrabalar ve arkadaşları salgın sürecinde demanslı bireyde meydana gelen değişiklikleri ve destek ihtiyacını fark edememektedir. İnfomal bakım vericiler ve/veya demanslı bireyler için mevcut destek kaynaklarının bazıları pandemi sürecinde kesintiye uğramakta bir kısmı da online (çevrimiçi) olarak devam ettirilemeye çalışılmaktadır. Demanslı bireylere bakım veren bireylerin çoğunu yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Bu nedenle internet erişimi veya kullanımı konusunda kendilerine güvenmiyor olabilirler. Dil sorunu, düşük eğitim düzeyi, anlama ile ilgili sorunlar, destek alabileceğine dair güven eksikliği gibi nedenlerden dolayı da bazı bakım verenler (ve demanslı bireylerin kendileri) mevcut ve pandemi sürecinde sunulan destek kaynakları hakkında yeterli bilgi alamamaktadırlar. Pandemi süreci öncesinde formal bakım verenler tarafından sağlanan belirli hizmetlerin (banyo, kişisel bakım, enteral besleme...) sekteye uğraması nedeniyle infomal bakım verenler bu bakımları sağlamak zorunda kalmakta ve uygun bakımı verip vermediği konusunda endişe duyabilmektedir. İleri yaşlı ve kendi sağlık sorunları da olan bakım verenler, kendilerini izole etme ihtiyaçları ve pandemi sürecinde mevcut olan sınırlı hizmetler nedeniyle bakım sorumluluklarını yerine getirmede daha fazla zorluk yaşayabilmektedir. Kısıtlamaların süresinin belirsiz olması ve bakım sürecine ara verememeleri bakım verenleri psikolojik olarak zorlayabilmektedir (9). Bakım verenlerin bu süreçte psikolojik ve fiziksel yükünde önemli bir artış olduğu belirtilmektedir (18).

Bakım Verenlere Yönelik Öneriler

Pandemi öncesinde ve sürecinde demanslı bireyler çoğunlukla evlerinde ya da uzun süreli bakım hizmeti veren kurumlarda bakılmaktadırlar. Az sayıda demanslı birey ise akut gelişen durumlar nedeniyle hastanede yatarak tedavi edilmektedirler. Bu makalede evde bakım veren aile üyeleri, hastanede ya da kurumda bakım veren sağlık profesyonelleri için öneriler sunulmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonelleri sıklıkla evde bakım gerçekleştiren aile üyelerinin soruları ile karşı karşıya oldukları için onların aile eğitimlerine destek olmak amacı da içermektedir.

Bakım verenler, kendilerinde ve bakımını sürdürmekte oldukları demanslı bireylerde grip veya zatürre benzeri semptomlara dikkat etmeli ve en kısa zamanda sağlık profesyonellerine danışmalıdır. Hasta bireylerle yakın temastan kaçınılmalıdır. Ayrıca mukoz membranlardan girişi önlemek için göz, burun ve ağza dokunmaktan kaçınılması, öksürme ve hapşırma durumunda tek kullanımlık mendil kullanılması ve hemen sonrasında çöpe atılması gerekmektedir. Sık dokunulan nesnelere ve yüzeylere temizleme spreyi veya dezenfektanla temizlenmeli, özellikle yemek yemeden önce ve öksürme ve hapşırma sonrası ellerin en az 20 saniye sabun ve suyla yıkanmalı, eğer su ve sabuna hemen ulaşamıyorsa en az %60 alkol içeren alkol bazlı el dezenfektanları kullanılmalıdır. Eller gözle görünür derecede kirliyse mutlaka su ve sabun ile yıkanmalıdır (12). Bireyin demans evresine göre pandemi süreci ve sürece uyum sağlanması için yapılması gerekenler konuşulabilir (11). Demanslı bireyleri COVID-19 salgın sürecinden korumak için yapılması gereken hijyen uygulamalarını hatırlatmak için yazılı hatırlatıcılar kullanılabilir. Örneğin; ellerini 20 saniye sabunla yıkamalarını hatırlatmak için banyoya ve evin çeşitli yerlerine görseller yerleştirilebilir. Demanslı bireylere el yıkamayı nasıl yapmaları gerektiği detaylı olarak gösterilebilir. Eğer demanslı birey banyoya ulaşmakta zorlanıyor ya da ellerini yıkamakta zorlanıyorsa, alternatif olarak en az %60 alkol içeren el dezenfektanları kullanılabilir (12). Eğer bireyi üzeceği ya da korkmasına neden olacağı düşünülüyorsa pandemi süreci konusunda konuşulmaması önerilmektedir. Demanslı bireylerde konfüzyonun artması genellikle herhangi bir hastalığın ilk belirtisidir. Eğer hızla artan bir konfüzyon varsa fakat nefes almakta güçlük çekmiyorsa ve/veya ateşi çok yüksek değilse doğrudan acil servise gitmek yerine sağlık profesyonellerine danışılması gerekmektedir. Primer bakım verenin hastalanması durumunda, bakım yönetimi için alternatif planların yapılması önerilmektedir (12).

Bakım verenlerin öncelikle kendi sağlıklarını korumaları bakım verme sürecine devam edebilmeleri açısından önemlidir. Bu zorlu süreçte bakım verenlerin refah düzeylerinin artmasına katkı sağlayan destek grupları gibi sosyal destek hizmetlerine erişimi hayati öneme sahiptir. Bakım verenler, destek gruplarına katılmanın bakım vermenin duygusal yönüyle başa çıkma konusunda onlara yardımcı olduğunu belirtmektedir. Destek grupları vasıtasıyla bakım verenler, diğer bakım verenlerle deneyimlerini paylaşabilmekte, hastalık ve mevcut kaynaklar hakkında bilgi edinebilmektedir (19). Akıllı telefonlar gibi tele tıp ve dijital teknoloji cihazları, uzaktan takip ve bakımda yararlı olabilmektedir. Video konferans veya akıllı telefon uygulamaları, demanslı bireylere ve bakım verenlerine destek sağlamak ve klinik ilerlemeyi takip etmek için kullanılabilir (20). Web tabanlı eğitim ve psikoeğitim programlarının bakım verenlerin yükünü azalttığı aynı zamanda da bakım verme konusunda bilgi ve yeterliliklerini geliştirdiği belirtilmektedir (21,22). Ayrıca, mobil kısa mesajlaşma, video kaydı ve sohbet forumları da bakım verenlerin belirli ihtiyaçlarını karşılamak için yararlı olabilmektedir (20). Belirsizliklerle karşı karşıya kaldığında depresyon ve anksiyeteden korunmak için güvenilir kaynaklardan güncel bilgiyi takip etme, en kötü ve en iyi durum senaryoları üzerinde durulmaması, düşüncelerin yazılması veya güvenilen biriyle konuşulması, sosyal medya ile etkileşimlerin sürdürülmesi gibi stratejiler uygulanabilir. Bu stratejiler; özellikle düzenli uyku ve egzersiz, hidrasyonun sürdürülmesi, dengeli beslenme, alkol alımının ve medyaya maruz kalmanın sınırlandırılmasıyla birleştirildiğinde, bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığını ve mental sağlığını iyileştireceği belirtilmektedir (11).

Alzheimer Europe (2020) bakım verenlere ve sağlık profesyonellerine öneriler sunmaktadır.

Sağlık Profesyonelleri Demanslı Bireylere ve İnfomal Bakım Verenlerine Aşağıda Belirtilen Konularda Destek Sağlayabilirler:

- Demanslı bireylere ve bakım verenlerine COVID-19 belirti ve bulguları hakkında bilgi verilmesi,
- Bakım verenlere demanslı bireylerde konfüzyonun artmasının genellikle herhangi bir hastalığın ilk semptomu olabileceğinin vurgulanması,
- Demanslı bireylerin ve bakım verenlerinin farklı eğitim seviyelerine, internet kullanım ve dil becerilerine, farklı etnik, kültürel ve dini geçmişlere sahip olduklarını göz önünde bulundurularak erişilebilir bir stil ve formatta nasıl ve nerede yardım isteyecekleri hakkında bilgi verilmesi,
- Demanslı bireylerin ve bakım verenlerinin pandemi sürecinde mevcut olan sağlık hizmetlerin farkında olmaları ve bunlara nasıl erişecekleri hakkında bilgi verilmesi,

- Demanslı bireyleri hem pratik hem de duygusal olarak nasıl destekleyecekleri konusunda bakım verenlere rehberlik etmek, önerilerde bulunmak (örneğin; günün nasıl yapılandırılacağı ve demanslı bireyin aktif tutulabileceği, mümkün olduğunda temiz havaya çıkarılabileceği, ilaçların kullanımı ve diğer bireylerle telefonla veya görüntülü olarak sosyal temasın sürdürüleceği...) ve bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarına nasıl karşılayabilecekleri hakkında bilgilendirilmesi,
- Demanslı bireyler ve bakım verenleri için telefon destek hatlarının ve online desteğin sürdürülmesi,
- Bakım verenleri yararlı uygulamalar ve çevrimiçi videolara (örneğin; pratik tavsiye, bilgi, danışmanlık, sandalye egzersizleri, yoga, formda kalmak, bilişsel uyarım...) teşvik etmek için Zoom, Skype ve web radyosu gibi güncel teknolojinin kullanılması,
- İnternet erişimine dayanmayan farklı iletişim yöntemlerinin (örneğin; basılı broşürler, kırsal kesimdeki bireylere ulaşmak için yerel radyo, dini topluluklara ulaşmak için cami, cem evleri, kiliselerden mesajlar, gazete makaleleri ve telefon görüşmeleri...) araştırılması ve uygulanması,
- Demans gönüllülerinden ve yerel şubelerden gelen desteği (örneğin; alışveriş, yemek ve gerekli onarımlar, ilaç toplamak, köpekleri yürüyüşe çıkarmak...) koordine edilmesi önerilmektedir.

Evde Formal Bakım Veren Hizmeti Alan veya Almayı Planlayan Bakım Verenlere Öneriler:

- Evde formal bakım hizmeti verenlerle iletişime geçilerek COVID-19'un yayılımını azaltmak için alınan önlemleri öğrenmeleri,
- Evde formal bakım hizmeti verenlerin vücut ısısını eve girmeden önce ölçülmesi, 38 °C üzerinde olan bireylerin eve alınmaması,
- Evde formal bakım hizmeti verenlere COVID-19 testi pozitif olan biriyle temaslı olup olmadıklarını sormaları ve eğer temaslı ise bu kişilerden bakım hizmeti almamaları,
- Evde formal bakım hizmeti verenlerin eve vardıklarında ve evde geçirdikleri süre boyunca ellerini düzenli olarak yıkamalarının hatırlatılması,
- Evde formal bakım hizmeti verenlerden evde buldukları süre boyunca da maske takmasının istenmesi önerilmektedir.

Bu önerilere uyulsa bile eve gelen herhangi birinin COVID-19 virüsünün yayılma riskini artırdığı unutulmamalıdır.

Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Bakım Verenler İçin Öneriler:

Bakım hizmeti veren kurum/lar bölgedeki salgın durumuna göre ziyaretçilere izin verebilir ya da ziyaretçi kısıtlaması yapabilirler (8). Bu durum bakım hizmeti alan bireyleri korumak için olsa da aile üyeleri için yakınlarını görmemek zorlayıcı olabilmektedir. Ayrıca bu kurumlarda grup faaliyetleri de yasaklanmaktadır. Sonuç olarak kurumsal bakım alan bireyler sosyal olarak daha izole hale gelmektedir (8).

- Ziyarete izin verilmiyorsa, bakım hizmeti veren kuruma demanslı bireyle nasıl iletişim kurulabileceğinin (telefon görüşmesi, görüntülü konuşma ve hatta e-posta seçenekleri sunabilirler) sorulması,
- Eğer demanslı birey aramalara veya görüntülü konuşmalara katılmakta zorlanıyorsa, kuruma birey hakkında güncel bilgileri elde edebilmek için kurum personeli ile nasıl iletişime geçilebileceği sorulması,
- Kuruma COVID-19 salgın yönetimine ilişkin aldığı önlemler hakkında danışılması,
- Acil durumlarda ulaşılabilmesi için demanslı bireyin aile üyeleri ve arkadaşlarının iletişim bilgilerinin güncel olması,
- Herhangi bir hastalık belirtisi veya semptom gösteriliyorsa kurum ziyareti yapılmaması önerilmektedir.

Demanslı Birey Hastanede Kalıyorsa Bakım Verenler İçin Öneriler:

COVID-19 salgınında enfekte olan demanslı bireyler hastanelerde yoğun bakımda tedavi görmek durumunda kalabilirler. Yeni bir ortam artan strese ve davranışsal sorunlar yol açabilmektedir (23). COVID-19'un belirgin bir klinik özelliği olan hipoksinin neden olduğu deliryum, demanslı bireylerin sağlık sorunlarını ve bakım gereksinimini artırabilmektedir (8). Birçok hastane COVID-19 virüsünün yayılımını engellemek ve hem hastaları hem de sağlık çalışanlarını korumak için ziyaretçileri kısıtlamakta ya da izin vermemektedir.

Eğer bireyin ziyareti mümkün ise,

- Hastaneye COVID-19 salgın yönetimine ilişkin aldığı önlemler hakkında danışılması,
- Mutlaka maske kullanılması,
- Ellerin düzenli olarak yıkanması ve yüze dokunmaktan kaçınılması,
- Demanslı bireyin odasına ziyaret süresinin sınırlandırılması ve hastaneden mümkün olan en kısa zamanda ayrılması önerilmektedir.

Eğer bireyin ziyareti mümkün değilse,

- Demanslı bireyle telefon veya görüntülü konuşma yoluyla iletişim kurulması,
- Demanslı bireyin yakınlarının iletişim bilgilerinin sağlık çalışanlarıyla paylaşılması önerilmektedir.

Sonuç

COVID-19 pandemisi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli sağlık sorunlarının başında yer almaktadır. Demans hastalığına sahip olmanın COVID-19'a yakalanma riskini artırdığı düşünülmektedir ancak demanslı bireylerin çoğunun yaşlı olması nedeniyle virüsten olumsuz etkilenme riski daha fazladır. Fakat pandemi sürecinde hem demanslı bireyler hem de bakım verenler birçok yönden olumsuz şekilde etkilenmektedir. Aile üyeleri pandemi sürecinde hem kendi gereksinimleri hem de bakımından sorumlu oldukları bireyin gereksinimleri arasında sıkışmış ve sosyal izolasyon ve kısıtlamalar nedeniyle gereksinimlerini ifade edememişlerdir. Sağlık profesyonellerinin ailelerinin içinde buldukları durumun güçlüğünün farkında olup salgından korunmaya ek olarak, ruh sağlığının korunması konusunda da bilgi verilmeli ve psikososyal destek sağlanmalıdır. Bu derlemeyle; pandemi sürecinde demanslı bireyin bakımından sorumlu sağlık profesyonellerinin ve aile üyelerinin bakım süreçlerinde kullanabileceği pratik öneriler sunarak onların yollarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bilgilendirme

Makalenin sorumlu yazarı MAA fikir, tasarım, literatür taraması, metnin yazımı ve kaynakların derlenmesinden sorumlu olup; ÖK fikir, tasarım, literatür taraması ve metnin yazımı; BAS fikir ve eleştirel inceleme basamaklarında makaleye katkılarını sunmuştur. Metnin oluşturulmasında yararlanılan tüm çalışmalar araştırma ve yayın etiğine uygun şekilde kaynak listesinde bildirilmiştir. Araştırmacılar arasında herhangi bir kişi ya da kurum ile çıkar çatışması bulunmamaktadır ve derlemede herhangi bir fon desteği alınmamıştır.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic (2020) [online]. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. 24 Mayıs 2021
2. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatr* 2020;50:102014.
3. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382(18):1708-1720.
4. Etard JF, Vanhems P, Atlani-Duault L, Ecochard R. Potential lethal outbreak of coronavirus disease (COVID-19) among the elderly in retirement homes and long-term facilities, France, March 2020. *Eurosurveillance* 2020;25(15):1-3.
5. Kaiser Family Foundation (KFF). 8 in 10 People who have died of COVID-19 were age 65 or older – but the share varies by state (2020) [online]. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/press-release/8-in-10-people-who-have-died-of-covid-19-were-age-65-or-older-but-the-share-varies-by-state/>. 24 Mayıs 2021
6. Fox NC, Petersen RC. The G8 dementia research summit--a starter for eight? *The Lancet* 2013;382:1968-1969.
7. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2019 Attitudes to dementia [online]. URL: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>. 24 Mayıs 2021
8. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. *The Lancet* 2020;395(10231):1190-1191.
9. Alzheimer Europe. Alzheimer Europe recommendations on promoting the wellbeing of people with dementia and carers during the COVID-19 pandemic. Luxembourg: Alzheimer Europe [online]. URL: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy/Our-opinion-on-Wellbeing-of-people-with-dementia-during-COVID-19-pandemic> 24 Mayıs 2021
10. Williamson HJ, McCarthy MJ, Garcia YE, Bacon R, Dunn DJ, Baldwin JA. Addressing the needs of rural caregivers of individuals with alzheimer's disease and related dementias during and beyond coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Public Policy Aging Rep* 2020;30(4):178-180.
11. Tousi B. Dementia care in the time of COVID-19 pandemic. *J Alzheimer's Dis* 2020;(Preprint):1-5.
12. Alzheimer's Association. Coronavirus (COVID-19): Tips for Dementia Caregivers (2020) [online]. URL: [https://www.alz.org/help-support/caregiving/coronavirus-\(covid-19\)-tips-for-dementia-care](https://www.alz.org/help-support/caregiving/coronavirus-(covid-19)-tips-for-dementia-care). 24 Mayıs 2021
13. Cagnin A, Di Lorenzo R, Marra C, Bonanni L, Cupidi C, Laganà V, et al. Behavioral and psychological effects of coronavirus disease-19 quarantine in patients with dementia. *Front Psychiatry* 2020;11:1-15.
14. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and mitigating the impact of COVID-19 pandemic on Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28(7):712-721.
15. Mok VC, Pendlebury S, Wong A, Alladi S, Au L, Bath PM, et al. Tackling challenges in care of Alzheimer's disease and other dementias amid the COVID-19 pandemic, now and in the future. *Alzheimer's & Dementia* 2020;16(11):1571-1581.
16. Song H, Sieurin J, Wirdefeldt K, Pedersen NL, Almqvist C, Larsson H, et al. Association of stress-related disorders with subsequent neurodegenerative diseases. *JAMA Neurology* 2020;77(6):700-709.
17. Vaitheswaran S, Lakshminarayanan M, Ramanujam V, Sargunan S, Venkatesan S. Experiences and needs of caregivers of persons with dementia in India during the COVID-19 pandemic—A qualitative study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28(11):1185-1194.
18. Tsapanou A, Papatriantafyllou JD, Yiannopoulou K, Sali D, Kalligerou F, Ntansi E, et al. The impact of COVID-19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36(4):583-587.
19. Giebel CM, Challis DJ, Montaldi D. A revised interview for deterioration in daily living activities in dementia reveals the relationship between social activities and well-being. *Dementia* 2016;15(5):1068-1081.
20. Cuffaro L, Di Lorenzo F, Bonavita S, Tedeschi G, Leocani L, Lavorgna L. Dementia care and COVID-19 pandemic: A necessary digital revolution. *Neurological Sciences* 2020;41(8):1977-1979.
21. Godwin KM, Mills WL, Anderson JA, Kunik ME. Technology-driven interventions for caregivers of persons with dementia: A systematic review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2013;28(3):216-222.
22. Finkel S, Czaja SJ, Martinovich Z, Harris C, Pezzuto D, Schulz R. E-care: A telecommunications technology intervention for family caregivers of dementia patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(5):443-448.
23. Kales HC, Lyketsos CG, Miller EM, Ballard C. Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: An international Delphi consensus. *Int Psychogeriatr* 2019;31(1):83-90.

DERLEME MAKALE

Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Diyabet Teknolojileri

 Gökşen POLAT TOPÇUOĞLU¹,  Elif ÜNSAL AVDAL²

¹Arş. Gör., İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

²Prof. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Diyabet ülkemizde ve tüm dünyada en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Sürekli bakım ve takip gerektirmesi ve yönetimi iyi sağlanmadığı zaman komplikasyonları sebebi ile sağlık harcamalarının büyük bir kısmında yer almaktadır. Bu harcamaları ve komplikasyonları en aza indirmek için bireyin kendi öz bakımını sağlayarak diyabeti yönetebilmesi gerekir. Gelişen teknoloji hayatımızı kolaylaştırır, yaşamı daha konforlu hale getirir. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da birçok teknolojik gelişmeler mevcuttur. Diyabetin sık görülen bir kronik hastalık olması sebebiyle diyabet teknolojileri de günden güne gelişmektedir. Geliştirilen bu teknolojiler diyabetli bireyin hastalığını yönetebilmesi amacıyla üretilmektedir. Bu da öz bakımına katkı sağladığı anlamına gelmektedir. Bu literatür derlemede öz bakım kavramının yer aldığı hemşirelik teorilerinden olan Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramı ele alınarak diyabet teknolojileri incelenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Diyabet Teknolojileri, Öz Bakım, Kuram.

Abstract

Diabetes Technologies According to the Theory of Orem's Self-Care Deficiency

Diabetes is one of the chronic diseases published in our country and all over the world. Due to the need for continuous care and follow-up and complications when provided, it takes part in a large part of health expenditures. In order to minimize these expenses and complications, the individual should be able to see his own self-care and manage diabetes. Developing technology makes our life easier and life more comfortable. As in other technological developments, many technological developments in the field of health. Being a chronic disease in the definition of diabetes, diabetes technologies are also developing day by day. These technologies are produced for the individual with diabetes to manage their disease. This should be added to self-care. In this literature review, Orem Self-Care Deficiency Theory which is one of the nursing theories in which the concept of self-care takes place, was discussed and diabetes technologies were examined.

Key Words: Diabetes Technologies, Self Care, Theory.

Geliş Tarihi / Received: 31.12.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 07.06.2021

Correspondence Author: Arş. Gör., İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir, Türkiye. Telefon: +90(507)7841515 E-posta: goksen.polat@tinaztepe.edu.tr (ORCID:0000-0001-9575-2325)

Cite This Article: Polat Topçuoğlu G, Ünsal Avdal E. Orem'in Bakım Eksikliği Kuramına Göre Diyabet Teknolojileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 283- 289



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Diyabetes Mellitus, tüm dünyada görülen mortalite ve morbiditelerin en önemli nedeni olan kronik bir hastalıktır (1). Diyabetin yol açtığı mortalite ve morbiditelerin önlenmesi için en önemli hedef kan glukoz seviyesini normale yakın sınırlarda tutmaktır. Eğer bu seviyenin üstünde bir kan glikozu olursa yani diyabet kontrol altına alınamazsa kısa zaman içinde komplikasyonlar görülebilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünya çapında %90'ı Tip 2 DM olmak üzere 346 milyondan fazla diyabetli birey vardır diye duyuruda bulunmuştur. Bu duyuruda ayrıca diyabetin 2030 yılına kadar dünyadaki ölüm nedenlerinden 7.si olacağı tahmin edildiği bilgisi verilmiştir (2).

Diyabetin yönetiminde esas yapılması gereken kısa ve uzun dönemde diyabetli bireyde gelişebilecek olan komplikasyonları önlemektir. Bu komplikasyonların önlenmesinde de en etkili yöntem olarak diyabetli bireye kazandırılan öz yönetim eğitimleri olduğu literatürde vurgulanmaktadır (3). Diyabetli bireylerin öz yönetim eğitiminde; yaşam kalitesini sürdürmek, risk etkenlerini kontrol altına almak, hastalık belirtilerini yönetmek ve komplikasyonların sıklığını azaltmak sağlık profesyonellerinin temel hedefidir (4).

Diyabet teknolojileri durdurulamaz bir olgudur. Güçlendirme yoluyla hasta öz bakımını iyileştirme fırsatları sunarlar (5). Yapılan çalışmalar diyabet teknolojilerinin sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermiştir (6,7). Güvenilir glukoz ölçümü ve daha hassas tedaviler sunmak amacıyla teknolojiler hızla gelişmektedir. Teknoloji dostu cihazlar geliştikçe ve diyabet yönetiminde daha etkili hale geldikçe, kullanıcılar diyabet yükünün azaldığını ve yaşam kalitesinin arttığını belirtmektedirler (8). Diyabet eğitimi, diyabet teknolojilerini optimal kullanımında anahtar görev alır. Geliştirilen bu teknolojiler diyabetli bireyin hastalığını yönetebilmesi amacıyla üretilmektedir. Bu da diyabetlilerin öz bakımına katkı sağladığı anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada araştırma ve yayın etiğine uyularak öz bakım kavramının yer aldığı hemşirelik teorilerinden Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramı'na göre diyabet teknolojileri incelenmiştir.

Gelişme

İnsan hayatında teknoloji oldukça önemli bir yere sahiptir. Teknolojideki gelişmeler ile birlikte sağlık sektörü de etkilemektedir. Bilgisayarlar, akıllı telefonlar ve cihazların artması günlük yaşama yeni teknolojilerin entegrasyonu ile yaşamı büyük ölçüde değiştirdiği gibi, diyabet yönetiminde de teknolojik bir devrime neden olmuştur. Muhtemelen önümüzdeki yıllar içerisinde, bu mekanik çözümler ile hastaların ve ailelerin bakım yükü azalırken glisemik hedeflere ulaşma umuduyla, teknoloji önemli bir büyüme gösterecektir. Ancak bu teknolojilerin çoğu oldukça pahalıdır (9).

Diyabet teknolojileri, hastaları güçlendirmek ve öz bakımlarını iyileştirmek için kullanılabilir. Geliştirilmiş öz bakım için sunduğu fırsatlar düşünüldüğünde, diyabetli kişilerin teknoloji kullanımı durdurulamaz bir olgudur (5). Diyabet cihazlarının ve teknolojilerinin alımı ve kullanımı, psikososyal ve ailevi faktörlerle ilişkilidir. Diyabet teknolojilerinin sunduğu çözümler diyabetli bireyin kendi kendine yönetimi geliştirme fırsatları sunar. Bu fırsatlar, artan güvenlik, destek, bilgi kullanımı yoluyla öz yeterlilik ve rahatlığı içerir. Güvenlik, hipoglisemi önlemeyi ve HbA1c'nin ötesinde glisemik kontrol sağlamayı içerir. Destek kaynakları, toplulukları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişimi içerir. Teknolojinin sağladığı konfor, bireyin diyabet yükünü azaltır veya normalleştirir (5).

Yapılan çalışmalar incelediğinde diyabet teknolojilerinde en çok kanıt insülin pompaları ve sürekli glukoz monitörizasyon sistemleri (CGM) için mevcuttur. Özellikle, insülin pompalarını kullanan gençlerin sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinde bir fayda sağlama eğilimi vardır (10). Ancak depresyon gibi faktörler insülin pompası kullanımının kesilmesine yol açar (11). CGM ile hastalar daha yüksek tedavi memnuniyeti bildirdiler. Bununla birlikte, ergenler ve genç yetişkinler arasında artan endişelere dair raporlar bulunmaktadır. Bunlar maliyet, çok sık alarm verme, doğrulukla ilgili sorunlar ve kişinin vücuduna bir cihaz takarken rahatsızlık hissetmesi olarak sıralanabilir (9).

Diyabet tedavisinde teknoloji kullanımının şafağı T1D ile yaşayanların bakımını iyileştirmek için teknolojinin ilk uygulaması, 1970'lerin sonlarında insülin pompası tedavisinin başlangıcına kadar izlenebilir. Şu anki teknolojik gelişmeler sonucunda pompa kapalı döngü sistemleri ile kullanılmaktadır. Otomatik insülin verme sistemleri üç bileşenden oluşur: bir insülin pompası, bir sürekli glukoz sensörü ve insülin iletimini belirleyen bir algoritma. Bu sistem sensör ile glukoz değerlerine bağlı olarak insülin iletimini de artırabilir (9).

İnsülin pompası ile ilgili International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) 2018 kanıtları aşağıda sıralanmıştır (9).

- İnsülin pompası tedavisi, hipoglisemi ataklarının azaltılmasına yardımcı olabilir (Kanıt B)
- İnsülin pompaları, çoklu günlük enjeksiyon tedavisinde benzer HbA1c seviyelerine sahip olan bireylerle karşılaştırıldığında bile, gençlerde T1D'nin kronik komplikasyonlarını azaltır (Kanıt B).
- İnfüzyon seti hataları yaygındır ve DKA epizodlarından kaçınmak için erken fark edilmelidir (Kanıt B).

Mevcut çalışmalar şu anda insülin pompasından yola çıkılan Otomatik bolus hesaplayıcılar (Automated bolus calculators (ABCs)) yönündedir. Çünkü teknolojinin diğer alanlarındaki ilerlemelere rağmen, karbonhidratları doğru bir şekilde saymak ve yemeklerden önce insülin/karbonhidrat (I:C) oranına göre bolus yapmak, yakın gelecekte optimal diyabet tedavisi için anahtar olmaya devam edecektir. I:C için hesaplama yapma ihtiyacı da bazı hastalar için karmaşık olabilir ve basit insan hatasına eğilimlidir. Bolus hesaplayıcıları artık bazı piyasalarda mevcuttur (9). Yakın zamanda yapılan bir çalışma, HbA1c hedeflerine ulaşan hasta sayısında anlamlı bir artış ve aktif kontrol grubuna kıyasla bolus hesaplayıcı kullanım grubunda hipoglisemide azalma olduğunu göstermiştir (12). Geleneksel insülin pompası hastalarında bolus hesaplayıcı kullanımı bakım yükünü azaltır, glisemik kontrolü iyileştirir ve yaşam kalitesini artırır (9). İnsülin infüzyon sistemlerine, glukoz monitörizasyon sistemlerine ve diyabet mobil uygulamalarına dahil edilebilmektedir. Gelişmiş karbonhidrat sayımı ile birlikte ABC'lerin kullanımını, HbA1c'de iyileşmeler, tedavi memnuniyetinde artışlar, hipoglisemi ve hipoglisemi korkusunda azalmalar göstermiştir (13). Yararlı özellikler arasında insülinin hesaplanması ve egzersiz, adet döngüsü, stres veya hastalıklar gibi özel durumlar için ayarlamalar bulunmaktadır. Bu teknolojinin başlıca dezavantajları ise günlük hayatta kullanımı ve uzun süreli kullanımı hakkında yetersiz veri bulunması ile standardizasyon eksikliğidir. Yani tüm ABC'ler aynı şekilde insülin doz hesaplamalarını yapmaz (13). Yeni gelişmeler, insülin dozaj kalemleriyle birleştirilmiş ABC'leri içerir. Bu sözde "akıllı kalemler", kullanıcıların önceki insülin

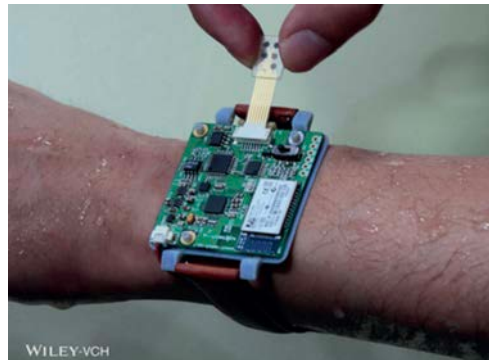
dozlarını takip etmesine ve hesaba katmasına olanak vererek, insülin dozu istiflemesini önler. Ayrıca insülin sıcaklığını ve son kullanma tarihini izleme olanağı sunar. Hem hastalar hem de klinisyenler uygulanan tedavi üzerinde daha iyi bir kontrole sahiptir (5).

Glikoz monitörizasyon cihazları diyabet izleminde ve yönetiminde yeni bir teknolojidir. Ancak kullanımı oldukça yaygındır. Bu cihaz (CGM); bir sensör, bir veri depolama aygıtı ve bir monitörden oluşmaktadır. Sensör her 1-10 dakikada bir glukozu ölçmekte ve bu okumayı bir veri saklama aygıtına göndermektedir (14). Sonuçlar retrospektif olarak doktor tarafından indirilebilir veya “gerçek zamanlı” bir monitörde gösterilebilir. CGM glukoz düzeylerine göre tedavi, öğünler, stres, egzersiz ve glukoz düzeylerini etkileyen diğer etmenleri yansıtmaktadır. Çeşitleri bulunmaktadır. Bunlar, gerçek zamanlı glikoz monitörizasyonu, aralıklı glikoz monitörizasyonu ve sürekli glikoz monitörizasyonudur fakat performans değerlendirmeleri aynıdır (14).

Gençlerin büyük çoğunluğu glisemik hedefleri karşılayamadığından, bakımı iyileştirmeye yardımcı olmak için alternatif bakım modellerine önem verilmesi gerekmektedir. Uzun zamandır kullanımı önerilen ve bir çok alanda uygulanan teknolojik gelişmelerden biri de teletıp uygulamasıdır. Teletıp, yerel bölgelerindeki hastalara sağlık hizmeti sunmak için video konferansın kullanıldığı bir uygulamadır. Teletıp ile üçüncü basamak merkezlerin kırsal veya uzak yerlerdeki hastalara ve sağlık uzmanlarına ulaşma izin verir. Tipik olarak, görüntülü tele-konsültasyon gerçek zamanlı olarak çalıştırılır ve çevrimiçi bir sanal yüz yüze görüşme sağlar. Klinisyenin hastanın tıbbi kaydına erişimi vardır ve hastaya sözlü ve yazılı önerilerde bulunur. Birinci basamak sağlık kuruluşunda bulunan hasta, yanlarında eğitilmiş bir sağlık çalışanı olsun ya da olmasın veya hastaya doğrudan evinde verilen konsültasyonlarla çeşitli konsültasyon modelleri olarak da kullanılabilir (9). ISPAD 2018 kanıtlarına göre; teletıp ile hastaların video konferans yoluyla bir uzmandan uzaktan bakımın sağlanması glisemik kontrolün iyileştirilmesine yardımcı olabilir ve uzak veya kırsal yerlerde yaşayan diyabetli hastalar için ziyaret sıklığını artırabilir (Kanıt C) (9).

Akıllı telefonların hızla artması ve gelişmesi ile mobil uygulamalardan günden güne gelişiminde ivme kazanmaktadır. Diyabetli hastalara yardımcı olacak geniş bir mobil uygulama yelpazesi mevcuttur. Uygulamalar, basit kan şekeri günlükleri ve doz hatırlatıcılarından, karbonhidrat sayımına ve bolus hesaplayıcılara kadar geniş bir öz yönetim etkinliği yelpazesini kapsar (15). Mobil uygulamaları incelediğimizde birçok hasta için zor olan diyet ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesine yardımcı olabilecek 165.000'den fazla uygulama olup bunlardan 1100'den fazlası diyabet uygulamasıdır (9). Mevcut uygulamaların çoğu kanıta dayalı değildir. Diyabet uygulamaları hakkında kanıta dayalı öneriler sağlamak zor bir çalışmadır (16). Hou ve arkadaşları, 2016 yılında, uygulamalar üzerine 1360 hasta ile yapılmış olan 14 randomize çalışmanın meta-analizini yapmışlardır. Tip 2 diyabetli hastalardan uygulama kullananların kontrol gruplarına kıyasla HbA1c'de 0.49, Tip 1 diyabetli hastalarda HbA1c 0.36 iyileşme sağladığı bulunmuştur (17). Diyabet uygulamalarına örnek olarak Bant, Calorie King, My Fitness Pal, Sugar IQ, Tidepool, MySugr, Glooko, One Drop, Livongo verilebilir (9). Bunlardan MySugr, Glooko, One Drop, Livongo veya Social Diabetes gibi uygulamalar tahmini HbA1c %1.0–2.0 arasında düşürmüş, hipoglisemi komplikasyonu görülmesinde azalma sağlamış ve düşük kan şekeri indekslerine ulaşmıştır. Bu uygulamalardan bazılarının oyunlaştırma özelliklerinin, kullanıcı katılımını ve bağlılığını teşvik etmek için ilgi çekici olduğu ve öz yönetimi güçlendirdiği görülmüştür (17,18). Ayrıca Glooko ve Sugar IQ FDA (Food and Drug Administration) onayı mevcuttur. Bant, Glooko, mySugr, One Drop ve Tidepool, The Few Touch gibi uygulamalar daha fazla diyabete özgü uygulamalardır. Bu uygulamalar hastaların telefonlarında dijital bir diyabet günlüğü tutmalarına olanak tanır, çoğu zaman doğrudan veya dolaylı olarak sürekli glikoz sistemleri ile etkileşime girer, hatta bazıları karbonhidrat sayımına yardımcı olur ve insülin bolus hesaplamaları yapar. İnsülin dozu, kan şekeri ölçümleri ve karbonhidrat alımı gibi diğer faktörleri de analiz eden Dreamed Advisor Pro, kısa süre önce Avrupa'da yasal onay aldı (9). Durdurulamaz olmasına rağmen, mobil teknolojinin dezavantajları temel olarak veri güvenliği ve kişisel verilerin korunması ile ilgilidir. Bu uygulamaların çoğu, kullanıcının platformla paylaşmak istediği bilgileri sınırlamasına izin vermez ve bu, bazı kullanıcılar için bir gizlilik ihlali anlamına gelebilir (5).

Akıllı telefonlarla birlikte giyilebilir teknolojiler oldukça gelişmeye başlamıştır. Giyilebilir teknolojiler arasında en çok dikkat çeken sınıflamada ise giyilebilir sensörler yer almaktadır. Diyabet alanında bu giyilebilir teknolojiden yola çıkılarak glikoz-ter algılama cihazı geliştirilmiştir (Şekil 1). Bu cihaz invaziv olmayan bir yöntem olarak ter yoluyla üzerinde bulunan sensör sayesinde bluetooth iletişim özelliği ile bileklik deri sıcaklığını, sodyum, potasyum, laktat ve glikoz konsantrasyonlarını ölçebilmektedir (20).



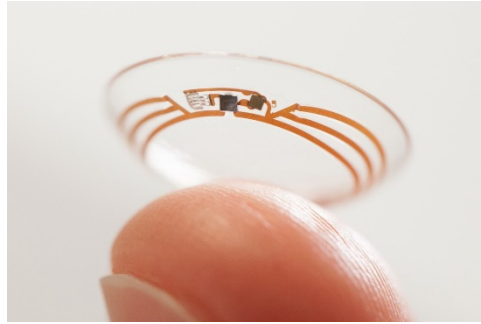
Şekil 1. Glikoz-Ter Algılama Cihazı (19)

Bir diğer giyilebilir sensör ise diş minesine yerleştirilen cip ile sağlanmaktadır (Şekil 2). Bu yöntem ile tükürükten sürekli ve invaziv olmayan yöntemle glikoz ölçmeyi sağlar. Günlük olarak kullanılabilmesi için diş platformuna göre ağır koruyucusu ve protez içeren dental platformlar ve dişe yapışan mini dental algılayıcılar geliştirilmiştir (22).



Şekil 2. Glikoz-Tükürük Algılama Cihazı (21)

Uzun zamandır oldukça ses getiren diyabet teknolojilerinden biri de akıllı kontakt lenslerdir. Bu lensler göz sıvısı ile non-invaziv sürekli glikoz izleme sağlar (Şekil 3). Bu yöntem GoogleX Lab ve Novartis gibi firmalar tarafından geliştirilmek üzere çalışmaları devam etmektedir. Lens gücünü elektrokimyasal bir bataryadan alır ve sensör glikoz oksit enzimini algılar. Ayrıca üzerinde küçük bir vericide mevcuttur (24).



Şekil 3. Akıllı Kontakt Lens (23)

Yapay pankreas eskiden hayal ürünü iken son yıllarda gerçekleştirilen bir teknoloji haline gelmiştir. Pankreas organına benzer şekilde hem insülin hem de glukagon salgılayabilen bihormonal pompa sistemidir. Bu pompa sistemleri; yapay pankreas, artifisiyel pankreas veya biyonik pankreas olarak isimlendirilmektedir. Akıllı telefon uygulamaları ile bu iki hormonun infüzyon hızı artış ve azalışları sağlanmıştır. Fakat, glukagonun stabilitesi ile ilgili aksaklıklar yaşanmıştır. Maliyeti yüksek bir yöntemdir. Bunun sebebi glukagonun stabilitesinin sağlanamamasıdır (25).

Genetik çalışmalar da kronik hastalıklar için devam etmektedir. Teknolojinin gelişimi gen çalışmalarını da artırmıştır. Diyabette de gen transferi yaklaşımı viral olan ve viral olmayan gen transferleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Viral olmayan gen transferi plazmid tabanlı gerçekleştirilmiştir. Başlangıç kodunu ile GLP-1'i kodlayan bölge arasına bir furin ayrılma/tanıma bölgesi yerleştirilerek modifiye bir GLP-17-37 cDNA'sı oluşturulmuştur. Zucker diyabetik sıçanlarında intravenöz tek doz injeksiyonu ile glukoz indüklenmiş insülin salgılamında artış görülmüştür. Ayrıca iki hafta süreyle kan glukoz seviyelerinde düşüş gözlenmiştir. Bu yöntem diyet ile indüklenmiş obez farelerde aynı şekilde uygulandığında insülin sekresyonunda artış, ve iki haftadan daha uzun sürede kan glukoz seviyelerinde düşüş gözlenmiştir (26). Viral gen transferi ise adenovirüs ile gerçekleştirilmiştir. Gen transfer etkinliğinin artırılması amacıyla, GLP-17-37'yi kodlayan adenoviral ekspresyon vektörleri tasarlanmıştır.

Adenovirus-GLP-1 vektörünün sistemik injeksiyonu, Zucker diyabetik sıçanlarda gıda alımını azaltarak kilo kaybı sağlamış ve glukoz toleransı geliştirmiştir. Adeno Assosiyatör Virus ile de viral gen transferi sağlanmıştır. Hiperglisemiye önlemiş olmasına rağmen, GLP-1 ekspresyonu artış sağlayamamıştır. Tükürük bezlerine perkütan yolla yapılan injeksiyon ile diyabetik hayvanlarda glisemik kontrolü sağlanmıştır. Ayrıca insüline duyarlı hale gelmiş ve kilo kaybı yaşanmıştır (26). Gen transferi ile uzun süreli GLP-1 sentezi ve sekresyonu sağlanabilmiş olsa da, en etkin GLP-1 gen transferi tekniği halen geliştirilme aşamasındadır. GLP-1 gen transferinin hem prediyabetik hem de diyabetik hayvanlarda terapötik etki göstermesi, bu yöntemin GLP-1 peptid infüzyonu veya günlük injeksiyonlara alternatif bir yöntem olabileceğini göstermektedir (26).

Hemşirelik ve teknoloji ilişkisine bakıldığında Orem Öz Bakım Eksikliği Teorisinde hemşirelik sisteminin alt başlıkları arasında Profesyonel-Teknolojik Sistem başlığının yer aldığı görülmektedir. Orem, üretken bir hemşirenin bireyin özbakım gereksinimlerini karşılarken teknolojinin kullanılması gerekliliği üzerinde durmuştur. Orem'e göre üretkenlik, teknolojik gelişmeleri yakından takip etmekle geliştirilebilir. Bakım alanında teknolojik uygulamaları öğrenmek, öğretmek ve yaşama geçirmek hemşirenin görevleri arasındadır (27). Teknolojik gelişmeler ise diyabet alanında bireyin öz bakımını geliştirmek amaçlı tasarlanan uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde öz bakım kavramı web tabanlı uygulamalar ve mobil uygulamalar ile kullanılmıştır. Özellikle Web tabanlı eğitim ile Öz Bakım Kuramı çalışılmış makaleler mevcuttur. Web tabanlı eğitimle yapılmış olan bir çalışmada, tip 2 diyabetli bireylere web tabanlı eğitim uygulanmış sonucunda özbakım, öz etkililik ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu olduğu bulunmuştur (28). Literatür incelendiğinde, diyabette mobil

uygulamaların kullanımı ile ilgilide birçok araştırma yapılmıştır. Öz bakım ile mobil uygulama ilişkisini direkt olarak araştırmalardan biri ise 'The Few Touch Application' araştırmasıdır. Bu çalışmada diyabet günlüğü uygulaması kullanan bireylerin hastalığa ilişkin öz yönetim ve öz bakım algılarının mobil uygulama kullanmayan hastalara oranla daha yüksek olduğunu bulmuştur (29). Bireylerin öz bakım aktivitelerinin geliştirilmesi ve artırılması amacıyla geliştirilen bir mobil uygulamada öz bakım bilgisini arttırmada etkin olduğunu bildirmişlerdir (30). Diğer yeni gelişen teknolojiler ile öz bakımı araştıran çalışmalara rastlanılmamıştır. Önceki bölümde anlatıldığı gibi gelişen yeni teknolojilerin bazılarının onayı varken bazıları hala gelişim aşamasındadır. Ancak tüm teknolojiler diyabetli bireyin kendi yönetimini sağlayabilmesi için geliştirildiğinden öz bakım ile ilişkilidir.

Sonuç

Diabetes Mellitus, tüm dünyada görülen mortalite ve morbiditelerin en önemli nedeni olan kronik bir hastalıktır (1). Diyabetli bireyin öz bakım davranışları insülin uygulaması, beslenmeye uyumu, fiziksel egzersiz yapması, ayak bakımını sürdürmesi, kan şekeri ölçmesi ve sağlık kontrollerine gitmesi ile sağlanmaktadır (31). Günümüzde teknolojinin gelişiminin ve kullanımının gün geçtikçe artması sonucu kronik hastalıklardan biri olan diyabette de kullanımı yaygınlaşmıştır. Diyabet teknolojileri de diğer teknolojik gelişmeler gibi durdurulamaz bir olgudur. Diyabet teknolojileri, hastaları güçlendirmek ve öz bakımlarını iyileştirmek için kullanılabilir. Güçlendirme yoluyla hastaya öz bakımını iyileştirme fırsatları sunulur (5). The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) yaptığı bir pilot çalışmada, tip 2 diyabetli bireylerin diyabeti yönetmede ve öz bakım faaliyetlerini sürdürmede teknolojiyi kullanan bireylerin daha iyi olduğu belirlenmiştir (32). Benzer şekilde sağlık teknolojilerinin, diyabetli bireylerin öz bakım davranışlarını, sağlık algılarını ve sağlığı yönetme biçimlerini pozitif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (33). Bu derleme sonucunda da yapılan çalışmalar ve literatür incelendiğinde Orem öz bakım eksikliği kuramı ile teknolojinin yakından ilişkili olduğu açıkça gösterilmiştir. Diyabet teknolojilerindeki temel amaç bireyin kendi yönetimini bakımını sağlayarak konforunu arttırmaktır. Bu bilgiler doğrultusunda diyabet teknolojilerinin Orem öz bakım eksikliği kuramı ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca Orem üretken bir hemşirenin özbakım gereksinimlerini karşılarken teknolojinin kullanılması gerektiğini ve bakım alanında teknolojik uygulamaları öğrenmenin, öğretmenin ve yaşama geçirmenin hemşirenin görevleri arasında olduğunu belirtmiştir (27). Buradan yola çıkarsak diyabet hemşireleri, bakım verirken diyabet teknolojilerini kullanarak bireyin öz bakım eksikliğini gidermede ve öz yönetimini desteklemede önemli bir roledir.

Bilgilendirme

Bu makalede yazar olarak listelenen herkes, çalışmaya doğrudan ve önemli katkıda bulunmuştur. Bu derlemede herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derlemede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur. Bu çalışmanın yapılmasında herhangi bir destek fonu alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Gonzalez E, Martinez A, Garcia A, Quriros A. Clinical coaching in primary care. capable of improving control in patients with tip 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes* [online]. 2015;10 (3): 171-178. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26615758/>. 20 Aralık 2020.
2. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. World Health Organization [online]. 2005. URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf. 30 Aralık 2020.
3. Sherifali D, Viscardi V, Bai J, Ali R. Evaluating the effect of a diabetes health coach in individuals with type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes* [online]. 2016; 40 (1): 84-94. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26827684/>. 1 Kasım 2019.
4. Çapoğlu İ, Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Çayköylü A. Mental problems accompanying diabetes and management of diabetes. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* [online]. 2019; 13 (1), 67-74. URL: https://www.researchgate.net/publication/331961185_Mental_Problems_Accompanying_Diabetes_and_Management_of_Diabetes. 10 Temmuz 2020.
5. Alcantara Aragon V. Improving patient self-care using diabetes technologies. *Ther Adv in Endocrinol Metab* [online]. 2019; 10, 1-11. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6351708/>. 17 Aralık 2020.
6. Majeed W, Thabit H. Closed-loop insulin delivery: current status of diabetes technologies and future prospects. *Expert Rev Med Devices* [online]. 2018; 15: 579–590. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30027775/>. 21 Aralık 2020.
7. Heinemann L, Freckmann G, Ehrmann D, Heineman G, Guerra S, Waldenmaier D et al. Real-time continuous glucose monitoring in adults with type 1 diabetes and impaired hypoglycaemia awareness or severe hypoglycaemia treated with multiple daily insulin injections (HypoDE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* [online]. 2018; 391 (10128): 1367–1377. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29459019/>. 25 Aralık 2020.
8. Naranjo D, Tanenbaum ML, Iturralde E, Başlık K. Diabetes technology: uptake, outcomes, barriers, and the intersection with distress. *J Diabetes Sci Technol* [online]. 2016; 10 (4): 852–858. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27234809/>. 25 Aralık 2020.
9. Sherr LJ, Tahuschmann M, Battelino T, Bock M, Forlenza G, Roman R et al. ISPAD Clinical practice consensus guidelines 2018: diabetes technologies. *Pediatric Diabetes* [online]. 2018;19 (27): 302–325. URL: https://cdn.ymaws.com/www.ispad.org/resource/resmgr/consensus_guidelines_2018_/21.diabetes_technologies.pdf. 10 Temmuz 2019.
10. Russell SJ, Hillard MA, Balliro C, Magyar K, Selagamsetty R, Sinha M et al. Day and night glycaemic control with a bionic pancreas versus conventional insulin pump therapy in preadolescent children with type 1 diabetes: a randomised cross-over trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* [online]. 2016;4 (3):233-243. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26850709/>. 10 Temmuz 2020.
11. Wong JC, Dolan LM, Yang TT, Hood KK. Insulin pump use and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes: Predictors of change in method of insulin delivery across two years. *Pediatr Diabetes* [online]. 2015;16 (8):592-599. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458222/>. 11 Aralık 2020.
12. Vallejo Mora MD, Carreira-Soler M, Linares-Parrado F, Oliveira G, Rojo-Martinez G, Dominguez-Lopez M et al. The calculating boluses on multiple daily injections (CBMDI) study: A randomized controlled trial on the effect on metabolic control of adding a bolus calculator to multiple daily injections in people with type 1 diabetes. *J Diabetes* [online]. 2017;9 (1):24-33. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26848934/>. 13 Aralık 2020.
13. Walsh J, Freckmann G, Roberts R, Heinemann L. Bolus calculator safety mandates a need for standards. *J Diabetes Sci Technol* [online]. 2017; 11: 3–6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5375089/>. 27 Aralık 2020.
14. Sanchez, I. The use of continuous glucose monitoring system in the home health setting. *Home Healthcare Now* [online]. 2010; 28 (5): 291-295. URL: https://journals.lww.com/homehealthcare/nurseonline/Fulltext/2010/05000/The_Use_of_Continuous_Glucose_Monitoring_System_in.6.aspx. 25 Aralık 2020.
15. Cafazzo JA, Casselman M, Hamming N, Katzman DK, Palmert MR. Design of an mHealth app for the self-management of adolescent type 1 diabetes: a pilot study. *J Med Internet Res* [online]. 2012;14 (3):e70. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22564332/>. 19 Aralık 2020.
16. Goyal S, Cafazzo JA. Mobile phone health apps for diabetes management: Current evidence and future developments. *QJM: An International Journal of Medicine* [online]. 2013; 106 (12):1067-1069. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3840330/>. 20 Ocak 2020.
17. Hou C, Carter B, Hewitt J, Francisa T, Mayor S. Do mobile phone applications improve glycemic control (HbA1c) in the self-management of diabetes? A systematic review, meta-analysis and GRADE of 14 randomized trials. *Diabetes Care* [online]. 2016;39 (11): 2089-2095. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27926892/>. 27 Aralık 2020.
18. Miller AS, Cafazzo JA, Seto E. A game plan: gamification design principles in mHealth applications for chronic disease management. *Health Informatics J* [online]. 2016; 22: 184–193. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24986104/>. 27 Aralık 2020.
19. Hong YJ, Lee H, Kim J, Lee M, Choi HJ, Hyeon T et al. Blood sugar monitoring: Multifunctional wearable system that integrates sweat-based sensing and vital-sign monitoring to estimate pre-/post-exercise glucose levels. *advanced functional materials* [online]. 2018; 28 (47). URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/adfm.201870336>
20. Gao W, Emaminejad S, Nyein H, Challa S, Chen K, Peck A et al. Fully integrated wearable sensor arrays for multiplexed in situ perspiration analysis. *Nature* [online]. 2016; 529 (7587): 509-514. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26819044/>. 27 Aralık 2020.

21. Matchar E. This tiny tooth sensor could keep track of the food you eat. URL: <https://www.smithsonianmag.com/innovation/this-tiny-tooth-sensor-could-keep-track-food-you-eat-180968763/>. 25 Aralık 2020.
22. Bhandarkar AJ, Wang J. Non-invasive wearable electrochemical sensors:a review. Trends in Biotechnology [online]. 2014; 32 (7), 363-371. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167779914000699>. 25 Aralık 2020.
23. Lavars N. Google announces glucose-monitoring contact lens prototype. URL: <https://newatlas.com/google-smart-contact-lens-diabetes/30494/>. 25 Aralık 2020.
24. Senior M. Novartis signs up for Google smart lens. Nature Biotechnology [online]. 2014; 32 (9): 856. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203024/>. 27 Aralık 2020.
25. Şimşir Yıldırım I, Çetinkalp Ş. Yapay pankreas: Bugünü ve yarını. Klinik Tıp Bilimleri Dergisi [online]. 2017; 4 (5): 58-59. URL: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktb/issue/47544/599312>. 2 Ocak 2020.
26. Şanlıoğlu S. Diyabet tedavisinde inkretin tabanlı gen transferi stratejileri. İçinde İmamoğlu Ş, Geçmişten Geleceğe Diabetes Mellitus. 1. Basım. Ankara Pelin Ofset Matbaacılık; 2020; 603-614. URL: <http://genetherapy.akdeniz.edu.tr/assets/files/1-ssDiabetes2015.pdf>. 25 Aralık 2020.
27. Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications. USA. Dennis CM Mosby Year Book Inc; 2001; 99-135.
28. Mumcu CD, Vardar İnkaya B. Web tabanlı eğitim ile diyabet öz bakım yönetimi eğitimi. Acta Medica Nicomedia [online]. 2020; 3 (2): 88-91. URL: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1171007>. 27 Aralık 2020.
29. Orhan B, Bahçecik N. Diyabet ve diyabetik ayak eğitiminde teknoloji – Mobil eğitim. JAREN [online]. 2017;3 (2):101-108. URL: <https://jarengteah.org/jvi.aspx?pdire=jaren&plng=tur&un=JAREN-66376>. 27 Aralık 2020.
30. Gua SH, Chang HK, Lin CY. Impact of mobile self care system on patients'knowledge, behavior and efficacy. Computer in Industry [online]. 2015; 69: 22-9. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166361514001900?casa_token=uEEkqlEFG2wAAAAA:11o7-8IK-FVRC8v73obhFJvqgRVb7-e6RSB3MLJR955fAS3iINtid-RbhO80pZ7Ry5GBkWWUh1lJSQ. 25 Aralık 2020.
31. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2019. Diabetes Care [online]. 42 (1), 1–135. URL: https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S1. 27 Aralık 2020.
32. Faridi Z, Liberti L, Shuval K, Northrup V, Ali A, Katz DL. Evulation the impact of mobile phone technology on type 2 Diabetic patients self management: The NICE pilot study. Journal of Evulation of Clinical Practice [online]. 2008; 14 (3): 465-69. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18373577/>. 25 Aralık 2020.
33. Garabedian LF, Ross-Degnan D, Wharam JF. Mobile phone and smarhphone technologies for diabetes care and self management. Current Diabetes Reports [online]. 2015; 15 (109): 5-9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6525331/>. 25 Aralık 2020

Kuhn'un Bilimsel Devrimi ve Hemşirelik Paradigmasına Etkisi

 Sevil MASAT HARBALI¹,  Tuğba KAVALLI ERDOĞAN²,  Seval AĞAÇDİKEN ALKAN³

¹ Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Samsun

² Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Samsun

³ Dr. Öğr. Üye, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Samsun

Öz

Ontolojik ve epistemolojik sorulara cevaplar arayan hemşirelik bilimi, geçmişten günümüze mesleğin temelini ve sınırlarını araştırmış, hemşirelik biliminin öncüleri mesleğin özünü çeşitli felsefi perspektiflerden açıklamaya çalışmışlardır. Hemşireliğin ilerlemesi ve gelişmesi için devam eden bu arayış, Thomas Kuhn'un "normal bilim" kavramından etkilenmiştir. Kuhn'un bilimsel devrimi, hemşirelik bilgisinin, metaparadigma ve paradigmalarının gelişiminde rol oynamıştır. Bu etkiye rağmen, hemşirelik biliminin merkezine aldığı insanın çok yönlü yapısı ve hızlı değişim gösteren sağlık hastalık süreçleri nedeniyle hemşirelik paradigmasının gelişim süreçleri ve Kuhn'un bilimsel devrim anlayışı arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu derlemenin amacı Kuhn'un bilimsel devriminin hemşirelik paradigması üzerine etkilerini, ortak yanlarını ve farklarını literatür ışığında tartışmak ve eleştirel olarak analiz etmektir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Paradigma, Bilim, Hemşirelik Felsefesi.

Abstract

Kuhn's Scientific Revolution and Its Effect on the Nursing Paradigm

Nursing science, seeking answers to ontological and epistemological questions, has researched the basis and limits of the profession from past to present. Accordingly, the pioneers of nursing science have tried to explain the essence of the profession from various philosophical perspectives. This search, which is still ongoing for the progress and advancement of nursing, was inspired by Thomas Kuhn's concept of "normal science". Kuhn's scientific revolution played a role in the development of nursing knowledge, metaparadigm and paradigm. Despite this effect, there are differences between the development processes of the nursing paradigm and Kuhn's understanding of scientific revolution, due to the versatile structure of the human being that it takes the center of nursing science and the rapidly changing health-care processes. The purpose of this review is to discuss and critically analyze the effects, commonalities and differences of Kuhn's scientific revolution on nursing paradigm in the light of the literature.

Key Words: Nursing, Paradigm, Science, Philosophy of Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 18.11.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 07.06.2021

Correspondence Author: Tuğba Kavalalı Erdoğan, Araş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Samsun. Tel:+905433173051 e-mail:tgkavalali@gmail.com

Cite This Article: : Masat Harbali S, Kavalalı Erdoğan T, Ağaçdıken Alkan S. Kuhn'un Bilimsel Devrimi ve Hemşirelik Paradigmasına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021;14(3): 290- 295



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Hemşirelik bilimsel ve kanıta dayalı, profesyonel değerler çerçevesinde gelişen bir sağlık disiplini. Verilen bakımın kalitesini daha iyiye ulaştırmada meslekte profesyonelleşme ve bilimsellik kilit rol oynamaktadır (1). Mesleğin gelişmesi ve sürekliliği, profesyonel hemşire kimliğine sahip olmak, bilgi birikiminin tüm meslek üyelerine aktarılması ve onların da bu bilgi birikimine katkıda bulunmalarıyla mümkündür (2). Hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilimsel bilgi içeriği kavramsal modeller ve kuramlar tarafından oluşturulmaktadır. Kuramlar bilgi birikimini geliştirmeye ve test etmeye odaklanmaktadır. Bunun yanında bilgi, bilimsel yöntem ve problem çözme faaliyetleriyle mesleki gelişimi teşvik eden bir süreçtir. Toney ve arkadaşları kavramsal modellerin paradigma olduğunu, hemşirelik paradigmasının bir binanın temeli gibi amaç ve sınırları belirlediğini, kuramların geliştirilip test edilmesinde paradigmanın önemli olduğunu vurgulamaktadır (3).

Paradigma, bilim insanlarının bilimsel problemleri çözmek, hangi konularda araştırma yapacaklarını belirlemek ve araştırma sürecini düzenlemek için gerekli tüm faktörleri içine alan çerçevedir (4,5). Paradigma teriminin teorik kullanımı modern anlamda 1962'de Amerikalı bilim insanı Thomas Samuel Kuhn ile başlamıştır (6-8). Fransızca karşılığı *paradigma* olan terim Türk Dil Kurumu (2020) sözlüğünde "değerler dizisi" olarak tanımlanmaktadır. Bilim anlayışı ve dünya görüşü olarak da ifade edilen paradigma, bilimin nasıl olması gerektiğini ve bilimsel bilgiye ulaşma yollarını gösteren bir harita olarak kabul edilmektedir. Arslan Özkan ve Akduran'ın aktardığına göre, paradigma ontolojik (varlık felsefesi), epistemolojik (bilgi felsefesi) ve metodolojik (yöntem bilimi) bir dizi bilgiye dayanmaktadır (9). Bilim tarihçisi Kuhn'a göre paradigma; "Doğayı sorgulayarak, doğada bir ilişkiler bütünü elde etmek için gerekli tüm inançları, kuralları, değerleri, kuramsal veya deneysel araçları da kapsayan kabul görmüş bir modeldir"(10).

Bahramnezhad ve arkadaşları ile Wall ve Carraro'nun aktardığı üzere; Kuhn'a göre her bilim dalı, o bilimin konusunu belirleyen, sınırlayan ve aynı zamanda o konudaki çalışma metodolojisini ve programını tanımlayan bir çerçeveye sahiptir. Bilimin birikimlerle değil devrimsel sıçramalarla ilerlediğine inanan Kuhn, her bilimde diğer paradigmalara karşı üstün olan tek bir paradigmanın hakim olabileceğini savunmaktadır (8,11). Hemşirelikte kendi paradigmasını oluştururken Kuhn'un paradigma tanımı ve anlayışından yararlanmış. Ancak hemşirelik uygulamaya entegre, sürekli ve dinamik rollere sahip, genç ve gelişmekte olan bir bilim alanıdır. Merkezinde insan olmasından ve insanın çok boyutlu doğasından dolayı çok sayıda bilimsel ilerlemelerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum hemşirelik biliminin çok hızlı değişmesine ve gelişmesine ortam hazırlamaktadır. Hızlı değişimler ve merkezine aldığı insanın çok yönlü yapısı ise hemşireliğin birden fazla paradigmaya sahip olmasına neden olmaktadır (12). Smith ve Parker'ın aktardığına göre Newman hemşireliğin insan sağlığını, deneyimlerini ve bakım kavramını inceleyen bir bilim olduğunu ve hemşirelikte tek bir paradigma anlayışının olamayacağını savunmuştur (13,14). Bu açıdan Kuhn'un paradigma anlayışı ve hemşirelik paradigmasının oluşma süreçleri bazı yönleriyle birbirinden ayrılmaktadır. Bu derlemenin amacı Kuhn'un paradigma oluşturma sürecinin hemşirelik paradigması üzerine etkilerini, ortak yanlarını ve farklarını literatür ışığında tartışmaktır.

Gelişme

Kuhn'a Göre Bilimsel İlerleyiş ve Paradigma Süreci

Kuhn bilimsel bilginin felsefesini ve sosyolojisini açıklamıştır. Kuhn'a göre, dünyayı anlamayı ve kontrol altına almayı amaçlayan bilimin önceliklerinden biri, bilimsel yöntem yoluyla dünyaya ilişkin olguları ve bu olguları birbirine bağlayan yasaları ortaya çıkarmaktır. Bilgi kuramını bilim tarihinden elde ettiği verilerle oluşturan Kuhn, bilimsel bilginin nasıl geliştiğini incelemiştir. Kuhn'a göre bilim pozitivistlerin ve mantıkçı pozitivistlerin savunduğu gibi evrimleşerek, birikerek değil tersine sıçrayarak, devrimlerle ilerlemektedir (15). Kuhn bilimin süreklilik ve istikrar arz etmediğini, bilimsel süreçlerin zaman zaman gerçekleşen devrimlerle kesintiye uğradığını savunmuştur. Ona göre bilim insanları devrimleri, kabullenilmiş bilgilere ters düştüğü için başlangıçta inkar eder ve bastırmaya çalışır. Ancak devrimler öyle bir duruma gelir ki bilim insanları bu devrimleri ve radikal değişimleri kabul etmek zorunda kalır. Daha önce radikal sayılan bu devrimsel süreçler normal bilim haline gelerek bilim insanları tarafından ortaklaşa kabul gören bir olgu haline alır (6).

Kuhn bilimin ilerlemesinin ve gelişmesinin paradigma ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedir. Bu doğrultuda bilimsel bilginin dört aşamalı bir süreçten geçerek ortaya çıktığını ileri sürmektedir (16).

Paradigma Öncesi Dönem: Kuhn bilimsel alanda paradigmanın ortaya çıkmadığı dönemi "paradigma öncesi dönem" olarak ifade etmektedir. Bu dönem bilimsel çalışmalar açısından ön hazırlık süreci olarak da kabul edilebilmektedir (16). Bilimsel çalışmalar için belirli kural ve ilkelerin olmadığı, ilgili bilimle henüz herhangi bir paradigmanın ortaya çıkmadığı ya da kabul edilmediği dönemdir. Bilimsel faaliyetleri birbirinden ayırmanın mümkün olmadığı bu süreç olgu toplama süreci olarak da kabul edilmektedir (15).

Olağan Bilim Dönemi: Olağan bilim; herhangi bir bilimsel topluluk tarafından kabul edilen, paradigmalardaki anlaşmazlığın sona erdiği, teorik varsayımlar ve araştırma metodolojileri tarafından yönlendirilen günlük araştırma faaliyetlerini ifade eder (12, 17). Kuhn'a göre olağan bilime geçiş dönemi paradigma ile olmuştur. Bununla birlikte, bilim insanlarının, yaptıkları araştırmaları ortak bir paradigma üzerine kurduğu, bilimsel çalışmalarda aynı kural ve ölçütlere bağlı kaldıkları dönemdir (17). Bilim insanlarının benimsedikleri paradigmaya bağlı olmaları bilimsel araştırmalarda başarılı olmalarını sağlamıştır. Paradigma, belirli bilgi alanının sorgulanmasını sağlayarak, bilim camiasının disiplinindeki problemleri çözmesine yardımcı olmakta ve aynı zamanda olgunlaşma sürecine de örnek olmaktadır (11). Kuhn, bu problem çözme biçimini bulmaca çözmeye benzetmektedir (11,14,18). Kuhn'a göre bilimsel araştırmaların amacı, araştırmalar için önemli olguları belirleme, paradigma ve olgu arasındaki uyumu artırma, paradigmayı daha iyi bir şekilde tanımlamaktır. Bilim insanının bir bulmacayı çözümlenebilmesi onu başarılı kılarken, bulmacanın çözülememesi bilim insanının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Paradigmaya aşırı bağlı olma durumu, bilim insanlarının sınanmasına ortam hazırlamıştır. Bu nedenle olağan bilimin bulmaca çözme yapısı, bilimsel yöntemde ilerleme yerine yığılmalara sebep olmuştur. Yeni bilgi üretme arayışının olmaması bu dönemin bir başarısı olarak görülmüştür. Buna rağmen bilimsel araştırmalar sırasında yeni görüşlerin ortaya çıkması, yeni paradigmalardan oluşmasına ve bilimde aykırılıklar yaşanmasına neden olmuştur. Mevcut paradigmanın kuralları sorgulanmaya başlanmıştır. Bu durum, mevcut paradigmada esnekliğe gidilerek, bunalımın görmezden gelinmesini sağlamış veya eski paradigmanın terk edilip

yeni paradigmanın kabul edilmesi ile sonuçlanmıştır. Bunalımın ardından paradigma değişikliğine gidilmesi ile bilimsel devrimler gerçekleşmiştir (15,16).

Bilimsel Devrim ve İlerleme: Bunalım dönemi içinde bilim insanı, kullanılan paradigmanın işlevini ve geçerliliğini kaybetmesi, sorunlara artık çözüm getirememesi nedeniyle ortaya yeni bir paradigma atarak bilimsel devrimi başlatır (16,17). Geçerliliği ve güncelliği sarsılan paradigma çıkmaza girer ve bunalımdan çıkmak için yeni yollar üretmeye çalışır. Kuhn'a göre, ortaya atılan yeni paradigma eski paradigmadan farklıdır. Bilimsel gelişme ve ilerleme süreci de bir paradigmadan farklı bir paradigmaya geçişle mümkündür (15). Devrimler küçük veya büyük olabilir; küçük devrimler sadece disiplinin bir alt uzmanlığını etkilerken, büyük devrimler bir bütün olarak disiplini etkileyebilmektedir (12).

Tekrar Olağan Bilim Dönemi: Bilimsel devrim döneminde ortaya atılan kuramı, paradigmayı her bilim insanı savunmaya başlayınca tekrar olağan bilim dönemi başlar. Kuhn, olağan bilim döneminde paradigmanın tekliğini savunur. Olağan bilim dönemi belirli bir süre devam eder ve sonrasında da bu paradigmadaki aykırılıklar, karşıtlıklar, bunalımlar, çözümlenemeyen sorunlar ve açıklanamayan olgular ortaya çıkar. Bunalım dönemi yeni bir paradigma sürecine ortam hazırlar (15).

Kuhn'un Paradigma Anlayışı ve Hemşirelik Paradigması

Florence Nightingale'den bu yana hemşireler mesleki uygulamalar ve fenomenlere ilişkin fikir ve varsayımları çözmek amacıyla çeşitli ontolojik ve epistemolojik sorular sormaktadır. Bu sorulara cevap arama süreçleri hemşirelerin sosyal ve altüstistik özelliklerini anlamalarına, hemşirelik uygulaması ve kapsamı hakkında bilgi sahibi olmalarına yardımcı olmaktadır. Ayrıca süreç, hemşirelerin mevcut mesleki bilgilerini sorgulayarak değerlendirmelerini, etik, etkili ve verimli hemşirelik bakımını sunmayı engelleyecek durumları ortaya çıkarmayı kolaylaştırmaktadır. Yine bu süreç; hemşirelik bilimine deneysel, pozitivist, post-pozitivist, yapısalcı, modernist, pragmatik ve diğer birçok perspektiften bakmayı sağlayarak insan, sağlık ve bakım ile ilgili olguların tanımlanmasına yardımcı olmaktadır (12,19). Geçmişten bu yana devam eden olguları tanımlama, açıklama ve hemşirelik bilimin geliştirilmesi arayışı Thomas Kuhn'un "normal bilim" kavramıyla uyumluluk göstermektedir (12).

Kuhn'un paradigma ve bilim anlayışı, bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik bilimi ve araştırmasının ortaya çıkışını, hemşireliğin anlamını ifade etme gereksinimini, hemşirelik metaparadigma ve paradigmasının gelişimini çeşitli şekillerde etkilemiştir. Kuhn herhangi bir disiplinde bilimsel verilerin düzenlenmesi ve sıralanmasında dünya görüşlerinin yaygınlığını açıklayan bir araç olarak paradigmatik düşünme kavramının hemşire eğitimciler ve araştırmacılar arasında önemli derecede göze çarptığını ifade etmiştir. Rodgers, 1970-1980'ler arasında hemşirelerin, hemşirelik disiplini hakkındaki teorik tartışmalarında Kuhn'a büyük ölçüde atıfta bulunulduğunu bildirmiştir. Hemşire teorisyenlerin hemşirelik biliminin gelişim aşamalarını Kuhn'un paradigma süreçlerine göre sınıflandırdıklarını belirtmiştir (20). Örneğin Hardy, 1970'ler döneminde hemşirelik uygulamasına rehberlik eden çeşitli teori ve modellerin varlığı nedeniyle hemşirelik disiplininin hazırlık aşamasında olduğunu savunmuştur. Fawcett ve Parse yaptıkları çalışmalarla 2000'li yıllarda hemşireliğin paradigma aşamasında olduğunu tespit etmişlerdir. Bu teorik tartışmalar hemşirelik literatüründe "paradigma" teriminin kullanılmaya başlanmasını sağlamıştır (12).

Kuhn, bilimsel devrim sürecini karmaşık bir sistemden ziyade bileşik bir sistem olarak tanımlamıştır. Bu bileşik sistemin aşamaları zaman içinde değişen basit kurullarla yönetilmektedir. Sistem kendi içinde hiyerarşiler ve sistemler oluşturabilmektedir. Bilimsel gelişme, bilim insanlarının zaman içinde birbirleriyle olan etkileşimlerinden ortaya çıkmaktadır. Bu süreç yeni veri kümeleri ve araçları, akademisyenlerin kişisel özellikleri gibi dış olaylardan ve değerler gibi iç olaylardan etkilenmektedir. Hemşirelik uzmanlarının Kuhn'un fikirlerini benimsemesinin nedenlerinden biri Kuhn'un bileşik sisteminin, bilimsel gelişimi sosyal bir süreç haline getirmesidir (21).

Kuhn hazırlık aşamasındaki bir disiplinin, ampirik, etik, araştırma ve uygulamaya yönelik problemleri çözmeye kullanabileceği sağlam bir bilgi kaynağının olmadığını ifade etmektedir. Bu aşamadaki bir disiplinde, birçok bilim insanı problemleri çözmek için kendi fikirlerini önermekle beraber, problemi çözmeye ortak bir yapı oluşturmak için birbirleriyle rekabet etmektedir (22). Kuhn'un hazırlık dönemiyle hemşire teorisyenlerin diğer sağlık disiplinlerinden ayrı bir meslek olarak hemşireliğin sınırlarını ve özünü ifade etmesiyle hemşirelik mesleğinin bilimsel hazırlık dönemine girişi paralellik göstermektedir. Hemşirelik mesleğinin bilimsel hazırlık döneminde, hemşirelik uygulaması ve araştırmasının temel alacağı mesleğe özgü bilimsel bilgi yükünün yeterli olmaması hemşirelerin hemşirelik uygulamalarında, geleneksel tıbbi modeller ve teorileri rehber edinmelerine yol açmıştır (12).

Kuhn'un bir disipline ait tek paradigma anlayışı doğrultusunda Fawcett, hemşirelik disiplini mesleğin tüm temel unsurlarını içeren tek bir paradigmaya uygun hale getirmeye çalışmıştır. Ancak hemşirelik paradigmasının Kuhn'un ortaya attığı paradigma anlayışından daha geniş kapsamlı olduğunu görmüş ve insan, çevre, sağlık ile hemşirelik metaparadigmalarını oluşturmuştur. Daha sonra Kuhn'un paradigma kavramından esinlenerek Newman ve Parse gibi diğer hemşire teorisyenler ise kendi hemşirelik paradigmasını ortaya çıkarmışlardır. Örneğin, Parse bütünlük ve eşzamanlılık paradigmasını, Newman üniter-dönüştürücü, etkileşimli-bütünleştirici ve parçacıklı-belirleyici paradigmaları hemşirelik bilimine kazandırmıştır (14,23). Hemşirelikte çoklu paradigmanın varlığının güçlü ve aktif bir bilime işaret ettiği savunulmuştur (11). Bu teorisyenler hemşirelik mesleğinin kimlik kazanmasına, mesleğe özgü teorik alt yapısının gelişmesine ve hemşirelik felsefesinin ortaya çıkarılmasına yardımcı olmuşlardır. Öncü teorisyenler, hemşireliğin her alanındaki teorik ve uygulama bilgilerini kapsayan paradigmaları ortaya atarak, hemşirelerin bu paradigmalar rehberliğinde çalışmalarını teşvik etmiş ve desteklemiştir. Günümüzde akademisyen ve klinisyen hemşireler bilimsel araştırma yoluyla disipline ait paradigmaları uygulamaya aktararak insan sağlığını etkileyen olayları ve hemşirelik uygulamalarının etkinliğini anlamaya çalışmaktadırlar (12).

Kuhn'un bilimsel devrim anlayışı sosyoloji, psikoloji, hemşirelik ve tıp gibi sosyal beşeri bilimlerden değil fiziki bilimlerden köken almaktadır. Bu nedenle Kuhn'un yazılarında sunduğu örnekler doğada somuttur ve laboratuvar ortamında yapılan bilimsel çalışmalara dayanmaktadır. Bu durum devrimci bilimin hemşirelik disiplinde kullanımını sınırlı hale getirmektedir. Adams bu sınırlılıkları Kuhn'un ortaya attığı paradigma ve devrimci bilim kavramlarının belirsizliğine bağlamaktadır. Ayrıca bu kavramların kullanımının hemşireliğe özgü bazı durumlara uygun olmayacağı ve Kuhn'un kavramlarından esinlenen teorilerin ise bazı noktalarda belirsizlik gösterebileceği bildirilmiştir. Adams teorilerde ortaya çıkabilecek belirsizliklerin hemşirelik paradigmaları, diğer hemşirelik teorileri ve uygulamaları arasında boşluk

oluşturabileceğini ifade etmiştir (24). Ramos'a göre Kuhn'un devrimci bilim anlayışı paradigma, teoriler ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişkilerin açıklanması konusunda yeterli zemin oluşturamamaktadır. Hemşirelik mesleği açısından bu görüşler bilimsel devrim ve ilerlemenin gerçekleşmesini sağlayan mekanizmaların kavramsal açıklanmasının yeterli olmamasından kaynaklanmaktadır (12,25).

Kuhn'un bilimsel devrim ve paradigma sürecinde savunduğu bir diğer görüş, eski paradigmanın değiştirilmesinin rasyonel bir süreçten ziyade sosyal bir karar alma süreci olduğudur. Bu görüş hemşirelik disiplini için doğru olmasına karşın yeterli değildir. Çünkü hemşire bilim insanları yeni önerilen paradigma ve teorileri test etme ve değerlendirme eğilimindedir. Ayrıca hemşirelik bilimi yeni paradigmanın kabulünün hem sosyal hem de entelektüel bir süreç olduğunu savunur. Hemşirelikte paradigma oluşumu Kuhn'un görüşüyle paralel olarak sosyaldir. Çünkü ortaya atılan paradigmatı yararlı gören, araştırmalarına ve daha sonra uygulamalarına rehberlik etmek için kullanan bir grup insanın fikir birliğini içermekte ve entelektüel yapıdadır. Çünkü bir paradigmanın kabulü sadece bir grup insanın inançlarına ve fikir birliğine dayanmakla kalmaz aynı zamanda çeşitli teori değerlendirme kriterleri ve araştırma yaklaşımlarının kullanılması yoluyla mantıksal ve ampirik testleri de içerir. Örneğin, yeni geliştirilen bir hemşirelik teorisi hemşireler tarafından incelenir, nitel ve nicel araştırma yöntemleri kullanılarak soruların cevaplanmasındaki yararlılığı açısından test edilir ve değerlendirilir. Bu değerlendirme sonuçları doğrultusunda, teorisinin uygulamada kullanılması önerilebilir, gözden geçirilebilir ya da gelecekteki herhangi bir kullanım alanından çıkarılabilir (12).

Kuhn'un diğer bir görüşü paradigma kaymasıdır. Bu görüş hemşireliğin doğası ve bilgi alt yapısı açısından değerlendirilmelidir. Paradigma kayması hemen hemen her fiziksel, sosyal ve hümanistik bilim için geçerli olabilmektedir. Çünkü kavram hakkında yanlış bir açıklama söz konusu değildir. Fakat Kuhn'un ileri sürdüğü paradigma değişikliğinin nasıl gerçekleştiği konusu tartışmalıdır. Kuhn, eski paradigmadan yeni paradigmatıya geçişin ayrı ayrı adımlarla değil, tüm geçiş sürecinin aynı anda gerçekleştiğini savunmaktadır (22). Bu durum fiziki bilimlerin somut doğası, ilkeleri ve geniş paradigma anlayışı nedeniyle geçerli olabilir. Ancak hemşirelik biliminde insanın sağlık ve hastalık süreçlerinin dinamik doğası göz önüne alındığında bütünüyle farklı bir paradigmatıya geçiş süreci mümkün değildir. Hemşirelik biliminde, insan dinamiklerinin belirsiz ve öngörülemez olması nedeniyle paradigma oluşturma sürecinde hemşireliğe özgü durumların açıklanması ve bu konuda durum netlik kazanıncaya kadar araştırma yapılması son derece önemlidir. Bir hemşirelik fenomeni belirli bir paradigma tarafından yeterince açıklansa dahi paradigmanın uygulanabilirliği her bağlamda farklılık gösterebileceği için araştırma ve uygulamada kullanımı, cevaplanması gereken sorunun doğasına bağlıdır (12). Hemşirelik araştırmacıları ve teorisyenleri kapsayıcı bir metodoloji veya paradigma kullanmak yerine, araştırma ve uygulamanın doğasına paralel, uygulamaya rehberlik edecek paradigmatı benimsenmektedir. Thorne ve arkadaşları, Kuhn'un tek bir paradigma anlayışını kabul etmenin "eleştirel olmayan ve dogmatik bir bilim" in yaratılmasına neden olabileceğini savunmaktadır (26). Bunun aksine hemşirelikte çoklu paradigmatı kullanarak hemşirelik sorunlarının ele alınması, fenomenlerin daha geniş ve ayırt edici bir anlayışla geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Aynı zamanda çoklu paradigmatı kullanımı hemşirelere yaratıcı problem çözme yeteneği kazandırarak, kültürel ve bilimsel düşünce çeşitliliğini geliştirmektedir (26).

Kuhn'un paradigma değişimi ile ilgili görüşlerinden bir diğeri, yeni bir paradigma ortaya atıldıktan sonra, tüm disiplinin kabul edilen tek bir paradigma kapsamında yeniden dönüştürüleceği ve eskisinden çok farklı bir paradigma anlayışının kabul edileceği görüşüdür (8,22). Hemşirelik biliminde yeni paradigmatı ortaya atılmasına rağmen Kuhn'un görüşüne zıt yönde hemşireler çoklu paradigmatı ekseninde çalışmaktadır. Bunun nedeni, hemşirelik biliminin insan-hemşire, insan-çevre ve sağlık-hastalık ilişkisi gibi komplike kavramlardan oluşmasıdır (8,27). Ayrıca hemşirelik, holistik felsefeyi temel alan, bütüncül bakış açısıyla insanın fizyolojik, psikososyal, kültürel ve manevi özelliklerine odaklanan bir bilim olduğu için amaçlarına ulaşmada çoklu paradigma kullanımına gereksinim duymaktadır (8). Meleis ise Kuhn'un bilimsel devrim ve paradigma anlayışının, merkezinde insan olan hemşirelik bilimine uygun olmadığını, bilimsel ilerlemeyi incelemede yetersiz kalacağını ifade etmiştir (28). Monti ve Tingen, hemşirelik disiplininin Kuhn'un öngördüğü şekilde bir paradigma değişikliğine uğraması sonucunda, hemşirelik bilgi gelişiminin duracağını, tek bir paradigma ve teori çerçevesinde ele alınarak uygulamada büyük bir boşluk oluşacağını savunmuştur (29). Younas ve Parsons'un aktardığına göre, Monti ve Tingen, tek bir hemşirelik paradigmatının kullanımının bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik vizyonunu daraltacağını, çoklu paradigma kullanımının ise bilimsel üretkenliği, mesleki büyüme ve gelişmeyi artıracığını ifade etmiştir (8). Thorne ve arkadaşları ise Kuhn'un fikirlerine dayanan hemşirelik paradigmatının kabul edilmesinin, hemşire bilim insanlarının araştırma problemlerini çok çeşitli araştırma ve teorik perspektiflerden okuma yeteneklerini kaybetmelerine ve böylece dogmatik bir bilim yaratılmasına neden olacağını savunmuşlardır (26).

Sonuç

Kuhn'un bilimsel devrim anlayışı normal ve devrimci bilimi içermektedir. Normal bilim, tek bir paradigma altında gerçekleşen aşamalı bir süreçtir. Devrimci bilim ise bir paradigma değişikliğine yol açan ani bir değişikliklerdir. Kuhn'un devrimci biliminin hemşirelik bilgi gelişimi ve uygulaması üzerinde olumlu etkilerinin olmasına karşın hemşireliğin özgün yapısı üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği bildirilmiştir. Kuhn'un normal bilim, devrimci bilim, anormallikler ve kriz gibi bazı kavramları hemşireliğin bilimsel yapısına kısmen uyarlanabilir görmektedir. Hemşireler, hemşireliğin çok yönlü ve sürekli değişen doğası, çağdaş hemşirelik fenomenlerinin ortaya çıkması nedeniyle araştırma ve uygulamaları sırasında çeşitli anormal durumu ve krizi yaşamaktadır. Bu durumlarda, "Kuhn'un bilimsel devrim ve paradigma anlayışı" hemşireliğe yeni bilgiler kazandırmaya, bağlamsal ve durumsal soruları cevaplamaya ve hemşirelik uygulama standartlarını geliştirmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda Kuhn'un bilimsel devrimi hemşirelik teorisyenleri, klinisyenleri ve öğrencilerini hemşirelik fenomenlerine ilişkin derin kavrayışlar geliştirmek, hemşirelik mesleği için anlaşılır ve net bir bilgi tabanı oluşturmak amacıyla değerlendirme ortamı sunabilir.

Sınırlılıklar

Derleme konusu ile ilgili sınırlı literatüre ulaşılması ve hemşirelik mesleğinin kuramsal temellerinin bilim tarihi ve felsefesi açısından değerlendirilmesi bu çalışmanın sınırlılıklarıdır.

Bilgilendirme


Yazarların Katkı beyanı; Fikir: SMH, TKE, SAA; Denetleme: SAA; Literatür tarama: SMH, TKE, SAA; Makale yazma: SMH, TKE, SAA; Eleştirel inceleme: SMH, TKE, SAA şeklindedir. Araştırmaya herhangi bir fon desteği alınmamıştır. Derleme makalesinin oluşturulma sürecinde yayın etiği ilkelerine uyulmuş olup araştırmacılar arasında çalışmaya bağlı olarak bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Kaynaklar

1. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan D. Occupational professionalism and the case of nurses as the members of the profession. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2011;9(2):237-258.
2. Lee RC, Fawcett J. The influence of the metaparadigm of nursing on professional identity development among RN-BSN students. *Nurs SciQ*. 2013;26(1): 96-98. DOI: 10.1177/0894318412466734.
3. Alligood M. Introduction to nursing theory: Its history, significance, and analysis. Marriner-Tomey A, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. St. Louis: MO: Mosby/Elsevier; 2006:1-15.
4. Danaiefard H. Competing paradigms in science, organization and management: a comparative approach to ontology, epistemology and methodology. *Scientific Journal of Research*. 2005;2:89-105.
5. Kelly M, Dowling M, Millar M. The search for understanding: the role of paradigms. *Nurse Res*. 2018;25(4):9-13. DOI: 10.7748/nr.2018.e1499.
6. Güneş B. Paradigma kavramı ışığında bilimsel devrimlerin yapısı ve bilim savaşları: Cephelelerdeki fizikçilerden Thomas S. Kuhn ve Alan D. Sokal. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2003;1(1):1-20.
7. Duff E. Relating the nursing paradigm to practice: a teaching strategy. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2011;8(1):1-8. DOI: 10.2202/1548-923X.2076
8. Bahramnezhad F, Shiri M, Asgari P, Afshar PF. A review of the nursing paradigm. *Open J Nurs*. 2015;5(1):17. DOI: 10.4236/ojn.2015.51003
9. Arslan Özkan H, Akduran F. Hemşirelikte paradigmların önemi. *KUHEAD*. 2014;11(2):3-5.
10. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Çeviri: Kuyas N. 4. Baskı, İstanbul, Alan Yayıncılık, 1995;10-17.
11. Wall ML, Carraro TE. Kuhn's revolutionary theory and its influence on the construction of nursing knowledge. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(3):417-422. DOI: 10.1590/S0104-11692009000300021.
12. Younas A, Parsons K. Implications for paradigm shift in nursing: a critical analysis of thomas kuhn's revolutionary science and its relevance to nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 2019;42(3):243-254. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000244.
13. Smith MC, Parker M. Introduction to nursing theory. In: *nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia, F. A Davis Company; 2015:3-16.
14. Newman MA. Prevailing paradigms in nursing. *Nurs Outlook*. 1992;40(1):10-13.
15. Sönmez V. *Bilim Felsefesi*. 4. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık. 2019. 185-191.
16. Souza CJ, Silvino ZR. A paradigmatic visionary perspective: professional master's in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2584-8. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0102
17. Guimarães GDL, Mendoza IYQ, Corrêa ADR, Ribeiro EG, Guimarães MO, Chianca TCM. A proposed evaluation of postgraduate nursing according to Thomas Kuhn. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2020;29. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0090
18. Groer ME, Clochesy JM. Conflicts within the discipline of nursing: is there a looming paradigm war? *J Prof Nurs*. 2020;36(1):53-55. DOI: 10.1016/j.profnurs.2019.06.014
19. Weaver K, Olson JK. Understanding paradigms used for nursing research. *JAN*. 2006;53(4):459-469. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x
20. Rodgers BL. *Developing nursing knowledge: philosophical traditions and influences*. 1st ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
21. Rouse J. Recovering Thomas Kuhn. *Topoi*. 2012;32(1):59-64. DOI:10.1007/s11245-012-9143-x
22. Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions: Thomas S. Kuhn with an introductory essay by Ian Hacking*. 4th ed. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2012.
23. Parse RR. *Nursing science major paradigms, theories, and critiques*. 1st ed. Philadelphia, PA: Saunders; 1987.
24. Adams T. The idea of revolution in the development of nursing theory. *J Adv Nurs*. 1991;16(12):1487-1491. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01597.x
25. Sharrock W, Read R. Does Thomas Kuhn have a "model of science"? *Soc Epistemol*. 2003;17(2/3):293-296. DOI: 10.1080/0269172032000144324
26. Thorne SE, Kirkham SR, Henderson A. Ideological implications of paradigm discourse. *Nurs Inq*. 1999;6(2):123-131. DOI: 10.1046/j.1440-1800.1999.00016.x
27. Slevin O. *Nursing models and theories: major contributions*. Basford L, Slevin O, *Theory and Practice of Nursing: An Integrated Approach to Caring Practice*. 2nd Ed. London. England: Nelson Thornes; 2003:225-282.
28. Meleis A. *Theoretical nursing development & progress*. 5th Edition, Lippincott William & Wilkins, Philadelphia: Wolters Kluwer, 2012.
29. Monti EJ, Tingen MS. Multiple paradigms of nursing science. *ANS Adv Nurs Sci*. 1999;21(4):64-80.

DERLEME MAKALE

Klinik Uygulamada Rehberler: Doğum Sonu Döneme Ait Örnekler

 Hilal KARADENİZ¹,  Hatice YILDIZ²

¹MSc, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi, İstanbul, Türkiye.

²Prof. Dr, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Öz

Klinik uygulama rehberleri, mevcut en iyi kanıtların sistematik olarak düzenlenmiş ve bilimsel olarak geliştirilmiş özetleridir. Böylece kanıt dayalı uygulamaların klinik ortama aktarılması ile hasta güvenliğinin ve sunulan sağlık bakım hizmet kalitesinin yükseltilmesi mümkün olmaktadır. Bir toplumun sağlık bakım kalitesini gösteren en önemli unsurlardan biri, o toplumun anne ve bebek sağlığına ilişkin göstergelerinin en üst düzeyde olması ile ölçülmektedir. Buna karşın günümüzde halen yadsınamayacak oranlarda görülen önlenebilir anne ve bebek ölümlerinin büyük çoğunluğu doğum sonu dönemde meydana gelmektedir. Dolayısıyla bu dönemde sunulan bakım hizmetinin en iyi kanıt üzerine temellendirilmesine olan gereksinim açıktır. Derleme niteliğindeki bu makalede, klinik rehberin önemi, rehber geliştirme süreci hakkında güncel literatür bilgilerin verilmesi ve kadın sağlığı alanında otorite olarak kabul edilen ulusal-uluslararası kuruluşlar tarafından doğum sonu döneme ilişkin yayımlanmış klinik rehberlerin irdelenmesi amaçlanmıştır. Sunulacak bilgilerle hemşirelik bakım uygulamalarında rehber geliştirme ve klinik alanda kullanımına ilişkin duyarlılığın artırılması ve anne-bebek sağlığına katkı verilmesi hedeflenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Rehber, Klinik Uygulama Rehberi, Doğum Sonu Dönem, Hemşirelik.

Abstract

Guidelines in Clinical Practice: Examples of the Postpartum Period

Clinical practice guidelines are systematically organized and scientifically developed summaries of the best evidence present. Thus, by transferring evidence-based practices to the clinical environment, it is possible to increase the patient safety and health care service quality. One of the most important factors that show the health care quality of a society is measured with the highest level of the maternal and infant health indicators of that society. However, the majority of preventable maternal and infant deaths, which are still undeniable, occur in the postpartum period. Therefore, the need to substantiate nursing care provided in the postpartum period on the best evidence is obvious. In this review article, it is aimed to give current literature information about the importance of clinical guidelines, the guideline development process and to examine the clinical practice guidelines published by the national and international organizations accepted as an authority in the field of women's health. With the information to be presented, it is aimed to increase the awareness regarding the development of guidelines and use in the clinical field in nursing care practices and to contribute to the health of mother and newborn.

Key Words: Guideline, Clinical Practice Guideline, Postpartum Period, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 18.09.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.06.2021

Correspondence Author: Prof. Dr, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. Telefon: +90 (216) 7775700/5735 E-posta: heryilmaz@marmara.edu.tr

Cite This Article: Karadeniz H, Yıldız H. Klinik Uygulamada Rehberler: Doğum Sonu Döneme Ait Örnekler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 296- 307



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Bilimsel yayınların ve verilerin zaman içerisindeki artışı klinik uygulamalardaki bilgi kullanımını gittikçe güçleştirmiş ve kanıta dayalı uygulamaları önemli hale getirmiştir (1). Hasta bakımı konusunda mevcut olan en iyi, en güncel ve en güvenilir kanıtların dikkatli ve akılcı bir biçimde kullanımı ancak kanıta dayalı uygulamalar ile mümkün olmaktadır (2). Sağlık bakım hizmetlerinde maliyetin fazla olması, bakımın yalnızca %20'sinin kanıta dayandırılması, hastaların hatalı uygulamalara maruz kalma kaygısı, sağlık profesyonellerine olan güvenin azalması ve hastaların bilgi taleplerinin artması gibi nedenler de verilecek olan sağlık bakım hizmetindeki uygulamaların kanıta dayandırılmasını gerekli kılmaktadır (3). Bu nedenlerle sağlık bakım profesyonellerinin klinikte çeşitli araçlar kullandığı görülmektedir (4). Son yıllarda kullanımı gittikçe artan bu araçlardan birinin de kanıta dayalı uygulamaların somutlaştırılmış hali olarak kabul edilen "Klinik Uygulama Rehberleri" olduğu bildirilmektedir (1,5).

Klinik uygulama rehberleri, temel olarak sağlık bakım profesyonellerinin uygulamalarında yol gösterici sistematik kanıtlar sunan nitelikte açıklamalardır (6). Günümüzde İskoçya, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde bulunan National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), The Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC), World Health Organization (WHO) gibi birçok kuruluşun klinik uygulama rehberi oluşturulmasına ve yayımlanmasına öncülük ettiği bilinmektedir (7-11). Kadın doğum alanına özgü otorite kuruluşların başında ise; American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), American Academy of Family Physicians (AAFP), The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), National Perinatal Information Center (NPIC) gelmektedir. Bu kuruluşlar jinekoloji, jinekoonkoloji, perinatoloji, ürojinekoloji, obstetri ve infertilite gibi kadın doğum uzmanlık alanlarından birçoğunun pratikteki uygulamalarında kullanılmak üzere klinik uygulama rehberleri geliştirmiş ve yayımlamıştır (12-16).

Klinik rehber kullanımının temelde hasta ve bakımını sağlayan sağlık profesyonelleri açısından birçok yararı olduğu kabul edilmesine karşın, rehber yayımlanması ve klinik alanda uygulanmasının istenilen düzeyde olmadığı bilinmektedir. Hemşirelerin hasta bakımında kullanabileceği rehber niceliğinin ve niteliğinin ise yetersiz olduğu görülmektedir (17). Özellikle doğrudan anne ve yenidoğan sağlığını ve dolayısıyla da aile ve toplum sağlığını etkileyen önemli dönemlerden biri olan doğum sonu dönemde klinik uygulama rehberlerinin kullanımı, kanıta dayalı, kaliteli, bütüncül ve kapsamlı hemşirelik bakımının verilmesinde oldukça önemlidir (18). Doğum sonu dönemde hemşireler, aile bireyleri ile daha çok iletişime geçen ve bağımsız hemşirelik bakım rollerini daha çok yerine getirebilen primer sağlık profesyonelleridir (19). Ancak son derece önemli olan bu süreçte verilen bakımın niteliği ve kalitesinde görülen farklılıkların ve de bakım verici tarafından uygulamadaki bireysel farklılıkların önlenmesi gerekmektedir (17,20). Tüm bunların sağlanmasında, doğum sonu dönemde sunulan bakım girişimlerinde ve hizmet sunumunda, bilimsel kanıtlara temellendirilmiş yenilikçi klinik uygulama rehberleri önemli bir araçtır. Derleme niteliğindeki bu makalede, klinik rehberin önemi ve rehber geliştirme süreci hakkında güncel literatür bilgilerin verilmesi ve ulusal-uluslararası kuruluşlar tarafından doğum sonu döneme ilişkin yayımlanmış olan klinik rehberlerin irdelenmesi amaçlanmıştır. Sunulacak bilgilerle hemşirelik bakım uygulamalarında rehber geliştirmeye ve kullanmaya ilişkin duyarlılığın artırılması, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin artırılmasına katkı verilmesi hedeflenmiştir.

Gelişme

Klinik Uygulama Rehberleri Tanımı ve Önemi

Klinik uygulama rehberleri, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin özel klinik durumlar veya sağlığa ilişkin sorunlar karşısında hasta bakımını en kaliteli hale getirmek için uygun karar alabilmelerini sağlayan, alternatif bakım seçenekleri ve yarar zarar değerlendirilmelerinden oluşan sistematik olarak düzenlenmiş ve bilimsel olarak geliştirilmiş açıklamalardır (6,18). Bu rehberler klinik uygulamaları sınırlamamakla birlikte, uygulamaları geliştirmeyi ve güncellemeyi hedefleyerek mevcut olan en iyi kanıtların sentezlenmesini ve yayımlanmasını sağlamaktadır (5,21).

Klinik uygulama rehberlerinin kullanımı ile; hasta güvenliğinin artırılması, sağlık profesyonellerine göre değişebilen uygulama farklılıklarının azaltılarak hastaların standart kanıta dayalı bakım almasının sağlanması ve sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek hataların engellenmesi mümkün olmaktadır (17). Klinik uygulama rehberlerinin sunduğu doğru ve güncel veriler; tedavi ve bakıma yönelik olarak alınması gereken kararlarda sağlık çalışanlarına yol göstermekte ve sağlık çalışanlarının hastalarına doğru önerilerde bulunmasını kolaylaştırmaktadır (18,21). Bununla birlikte kaynakların hasta yararına en uygun ve etkili olacak biçimde kullanılmasını ve uygun olmayan bakım yöntemlerinin kullanımını engelleyerek tıbbi hataların önlenmesiyle ilişkili mortalite-morbidite oranlarının azaltılmasını da mümkün kılmaktadır (7). Görüldüğü gibi klinik uygulama rehberleri hasta yaklaşımında bir temel oluşturmaktadır (3). Sağlık bakım profesyonelleri/kurumlar kendi geliştirmiş oldukları klinik uygulama rehberlerini kullanabilecekleri gibi ulusal ya da uluslararası farklı kuruluşlar tarafından geliştirilmiş olan kanıta dayalı uygulama rehberlerini de kullanabilmektedir (22-24).

Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Süreci

Klinik uygulama rehberi oluşturulmasında temel amaç; sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi, gereksiz, etkinliği kanıtlanmamış veya zararlı olabilecek klinik uygulamaların önüne geçilmesi, hastaların tedavi ve bakımının en yararlı, en az riskli, en kabul edilebilir ve en ekonomik olarak sağlanmasıdır (3,17).

Klinik uygulama rehberi geliştirme yöntemleri

Klinik uygulama rehberlerinin birçok kuruluş tarafından temel olarak üç yöntem ile geliştirildiği görülmektedir. Bunlar; de novo yöntemi, rehberin aynen benimsenmesi (doğrudan tercüme) yöntemi ve rehber adaptasyonu yöntemidir (25).

De novo

De novo rehber geliştirme, bir rehberin konu ile ilgili uzmanların deneyimlerinden veya başka kaynaklardaki kanıtlardan yararlanılarak en baştan oluşturulması işlemidir. Bu yöntem genellikle ilgili alanda daha önce herhangi bir rehber bulunmaması ya da rehberin güncelliğini yitirerek yetersiz kalması durumunda kullanılmaktadır (25).

Doğrudan tercüme (rehberin aynen benimsenmesi)

Bir konuya ilişkin rehber ihtiyacı duyulması halinde, aynı konuda daha önceden farklı ülkelerde geliştirilmiş olan rehberlerden yararlanılabilmektedir. Bu yöntemde ilgili rehberin geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilerek ya da tercüme edilmesi sonrasında kullanımı söz konusu olmaktadır. Zaman, iş gücü ve maliyet olarak en avantajlı yöntemlerden biri olduğu için kullanımı yaygındır (25).

Adaptasyon

Rehber adaptasyonu, önceden geliştirilmiş olan bir rehberin farklı kültürel yapı içerisinde kullanımına olanak sağlayan modifikasyon sürecidir. Rehber adaptasyonu sürecinde dünyada kabul görmüş üç aşama uygulanmaktadır. Bunlar; kurulum fazı, adaptasyon fazı ve sonlandırma fazıdır. Adaptasyon yönteminde ilk adım konuya ilişkin rehberin varlığı ve adaptasyonunun sağlanıp sağlanamayacağına kontrolüdür. Daha sonra oluşturulan organizasyon komitesi ile konu netleştirilerek rehberin adaptasyonuna yönelik gerekli diğer adımlar atılmaktadır (25).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirtilen klinik rehber ise toplumun dönemsel ve sürekli ihtiyaç durumu göz önünde bulundurularak temel tip (primary type of guidelines) ve diğer tip rehberler (other types of guidelines) olmak üzere iki farklı sınıflama şeklinde geliştirilmekte ve kullanıma sunulmaktadır. DSÖ temel tip rehberlerini; standart rehberler (standard guidelines), birleştirilmiş rehberler (consolidated guidelines), geçici rehberler (interim guidelines) ve acil veya zorunlu ihtiyaçlara cevap veren acil durum rehberi (emergency guidelines) ile hızlı tavsiyeler rehberi (rapid advice guidelines) olarak gruplamaktadır. Ayrıca DSÖ diğer tip rehberleri ise; dış kuruluş(lar) ile işbirliği içinde geliştirilen rehberler (developed in collaboration with external organizations), dış kuruluşların geliştirdiği rehberler (developed by external organizations) ve DSÖ rehberleri haricinde uyarlanan rehberler (adaptation of existing WHO guidelines) olarak gruplandırmaktadır (7).

DSÖ temel tip rehberleri

Standart rehberler

Bu rehberler özel bir klinik alanı veya politikayı kapsamaktadır. Genellikle klinik uygulamalara, sağlık sistemlerine, politika yaklaşımlarına, halk sağlığı uygulamalarına, tanı testleri ya da izlem gibi durumlardan birine veya daha fazlasına odaklanmaktadır. Bu rehberler; doğum sonu kanama yönetimi, HIV enfeksiyonu olan kişilerde bakım, gebelerde folat kullanımı, ilaçlar ve ücretlendirme politikaları gibi spesifik konularda geliştirilmektedir (7).

Birleştirilmiş rehberler

Birden fazla konu ile ilgili rehberin derlenmesi olarak da tanımlanmaktadır. Bu rehberler, mevcut DSÖ yönergelerinden veya DSÖ'ne hizmet edebilecek nitelikte ve diğer kuruluşlar tarafından geliştirilmiş olan farklı yönergelerden öneriler içermektedir. Birleştirilmiş rehber geliştirme süreci oldukça karmaşıktır. Çünkü mevcut rehberlerin güncellenmesi ve önemli boşlukların giderilmesi için yeni eklemelerin yapılması gerekebilmektedir (7).

Geçici rehberler

Geçici rehberler belli bir alana ilişkin mevcut verilerin ve bilgilerin eksik olduğu ve DSÖ'den bu konularda rehberlik edilmesinin istendiği durumlarda kullanılmak üzere oluşturulmaktadır. Geçici rehberler genellikle çok odaklı kapsama ve kısa süre geçerliliğe sahiptir. Yeni bir hastalık veya durum ortaya çıktığında kullanıma sunulmak üzere oluşturulabilmektedir. Örneğin bir ilaç, tıbbi cihaz veya bir sağlık uygulaması bu konuda rehber ihtiyacı duyulmasına sebep olabilmektedir (7).

Acil veya zorunlu ihtiyaçlara cevap veren rehberler

Bu rehberler DSÖ'nün özellikle toplum sağlığına ilişkin acil ihtiyaç duyulan durumlara yanıt olarak yol göstermesi gerektiğinde geliştirilen rehberlerdir. Toplum sağlığını tehdit eden hastalık gibi durumlar karşısında bu rehberlerin saatler, günler, haftalar ya da aylar içerisinde oluşturulması gerekmektedir. Bu tür rehberler acil durum rehberi veya hızlı tavsiyeler rehberi olarak iki şekilde geliştirilebilmektedir (7).

DSÖ diğer tip rehberler

Dış kuruluş(lar) ile işbirliği içinde geliştirilen rehberler

Bu tür rehberler; DSÖ'nün ortak bir rehber oluşturma gereksinimi olduğunda farklı ulusal ajanslar, uluslararası kuruluşlar ve ilgili alanda uzman dernekler ile işbirliği içerisinde hazırlanmaktadır. Rehberler hazırlanırken çıkar çatışmasının bulunmaması, fon desteği alınmaması, genellenebilirlik, önerilerde açıklık ve şeffaflık gibi DSÖ rehber hazırlama ilkelerine uyulması esas alınmaktadır (7).

Dış kuruluşların geliştirdiği rehberler

DSÖ dışında başka kuruluşların ya da derneklerin geliştirmiş olduğu ve DSÖ'nün geliştirmeyi planladığı rehber amacına hizmet eden rehberlerin bir kısmının ya da tamamının benimsenmesi ile oluşturulan rehberlerdir. Bu rehberler oluşturulurken kalite, ihtiyaçlara yönelik uygulanabilirlik, öneri standartlarını karşılama gibi kriterler dikkatle incelenmektedir (7).

DSÖ rehberleri haricinde uyarlanan rehberler

Bu rehberler, başlangıçta bir alan için hazırlanmış olan ancak gereksinim halinde bir başka alanda da kullanılmak üzere uyarlanabilen rehberlerdir. Örneğin, rutin obstetrik bakımla ilgili geliştirilmiş olan rehber ihtiyaca göre acil durumlar için de uyarlanarak kullanılabilir (7).

Klinik uygulama rehberi geliştirme basamakları

Klinik uygulama rehberleri; zaman, emek ve ekip çalışması gerektiren sistematik bir dizi aşama sonrasında oluşturulmaktadır. Literatür incelemelerinde genel olarak rehber geliştirme konusunda öncü olan kuruluşların aşağıdaki basamakları kullandığı görülmektedir (7,8,26,27).

- Konunun ve çalışma grubunun belirlenmesi
- Hedef kitleye yönelik amaç ve kapsamın belirlenmesi
- Kanıtların belirlenmesi ve önerilerin oluşturulması
- Rehber taslağının oluşturulması
- Konsültasyon ve değerlendirme
- Yayın ve yaygınlaştırma
- Uygulama

- Değerlendirme ve tekrar gözden geçirme/güncelleme

DSÖ Rehber Geliştirme El Kitabı (2014)'na göre rehber geliştirme sürecinde izlenmesi gereken aşamalar da benzerlik göstermekte olup; planlama, geliştirme, yayınlama ve güncelleme şeklindedir (7).

Planlama

Klinik rehber oluşturulmasında planlama aşaması “oluşturulacak olan klinik rehber gerçekten gerekli mi?, hangi amaca ve kitleye hizmet ediyor?, rehberdeki öneriler uygulanabilir mi?, kimler rehber geliştirme sürecine dahil edilmeli?, dikkat edilecek noktalar neler?” gibi soruların yanıtlandığı aşamadır. Bu aşamada genel olarak rehberin kapsamı belirlenmektedir (7).

Geliştirme

Bu aşamada “rehberde yer alan önerilerin yönünü ve gücünü belirleyen faktörler nelerdir?, kanıtlardan öneriler sunarken dikkat edilmesi gereken ayrıntılı kriterler, kanıt-öneri tabloları, önerinin gücü, önerileri formüle etme, hangi durumlarda öneride bulunmamalı?” gibi soruların yanıtlandığı aşamadır (7).

Yayınlama ve güncelleme

Bu aşamada rehber yayımlanması planlanan son hali verilmiştir. Rehberin son değerlendirmeleri yapıldıktan sonra üretim sürecini yayın ve güncelleme yönergeleri takip etmektedir (7).

Klinik uygulama rehberi oluşturulması ve kullanımında yaşanan güçlükler

Klinik uygulama rehberlerinin oluşturulmasında birçok sınırlılık bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; geliştirilen rehber önerileri için kullanılacak olan kaynakların sayıca yetersizliği veya tutarsızlığı, kişiler ya da kurumlar arası çıkar çatışması, geliştirilecek olan rehberin kesin klinik fayda sağlayacağı öngörülebilmesi olabilmekte, bazıları da; ulaşılan çalışma bulgularının tüm hasta popülasyonu için uygulanabilirliğinin veya genellebilirliğinin net olmaması ya da yüksek kanıt düzeyine sahip olmayan önerilerin rehberde dahil edilme tehlikesi ile karşı karşıya kalınması olabilmektedir. Ayrıca çalışmaların yetersiz ve sınırlı uygulamaları kapsayacak şekilde tasarlanmış olması da rehber önerilerini sınırlandırmaktadır. Dolayısıyla bu faktörler rehberlerin kanıta dayalı olarak hazırlanması ve güncel bilimsel gelişmeler doğrultusunda güncellenmesi gerekliliğini zorunlu kılmaktadır (3,28).

Klinik uygulama rehberlerinin oluşturulması kadar yayımlanması ve kullanımı da zor bir süreçtir. Klinik rehber kullanımında yaşanan engellerin başında bireysel olarak ekibin olumsuz tutuma ve inanca sahip olması, hastanın direnci gibi faktörler yer alırken, kurumsal olarak ise yasal düzenlemelerin yetersiz olması, fazla iş yükü, personel yetersizliği, sınırlı kaynaklar, uygun olmayan sağlık sistemi modelleri ile çalışılması, çakışan protokoller ve sağlık personelinin sık ünite değişimi gibi faktörler yer almaktadır (28,29). Hemşirelik açısından Demir ve arkadaşları (2012) çalışmasında, araştırma sonuçlarının klinik kullanımı önündeki engelleri; zaman yetersizliği, işbirliği ve destek yokluğu ve otorite eksikliği olarak belirtirken kolaylaştırıcı faktörleri ise; yeterli kurum ve yönetim desteğinin sağlanması, araştırmaya ilişkin bilimsel eğitimlerin verilmesi ve bilimsel etkinliklere yönelik daha fazla kurumsal destek sağlanması olarak belirtmiştir (30).

Doğum Sonu Dönemde Klinik Uygulama Rehberi Kullanımı ve Önemi

Doğum sonu dönem ve önemi

Doğum sonu dönem, plasentanın doğumu ile başlayarak en az altı veya bu dönemde yaşanabilecek sorunlar nedeni ile bir yıla kadar uzayabilen bir süreçtir. Bu dönem kadın, yenidoğan ve ailesi için fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin olduğu önemli bir geçiş dönemidir (31). DSÖ, birçok annenin ve yenidoğanın doğum sonu bakım hizmetinden yararlanmadığını, bu nedenle mortalite ve morbidite oranlarının bu süreçte istenenden daha yüksek oranda yaşandığını bildirmiştir. DSÖ 2019 yılı verilerine göre, her gün yaklaşık olarak 810 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenebilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Dünya genelinde 2000-2017 yılları arasındaki anne ölüm oranı ise %38 olup tüm anne ölümlerinin %94'ü gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (32). Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 verilerine göre anne ölüm oranı son 5 yılda en düşük seviyeye ulaşarak 100.000 canlı doğumda 13.1 olarak bildirilmiştir (33). Son Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre ise her 100.000 canlı doğumda 13.6 oranındadır. Kadınların %96'sının doğum sonrası bakım almış olduğu rapor edilmiştir. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın anne ve yenidoğan açısından niteliksel değerine ve etkisine ilişkin herhangi bir bilgi ise yer almamaktadır (34). 2016-2030 yılları Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin bir parçası olarak küresel anne ölümlerinin her 100.000 canlı doğumda 70'den daha az olması hedeflenmiştir (35). Bu hedefin başarılabilmesi için 2016 ile 2030 yılları arasında, anne ölüm hızında her yıl en az %7.5 oranında azalma olması ve ülkelerin anne ölüm hızının 100.000 canlı doğumda 140'ı geçmemesi gerektiği ifade edilmektedir (36). Ayrıca 2017 yılında gebelik, doğum ve doğum sonrasında yaklaşık 295.000 kadının öldüğü ve bu ölümlerin büyük çoğunluğunun (%94) ise önlenebilir olduğu rapor edilmiştir (37).

DSÖ ve NICE her annenin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde kişiselleştirilmiş bakım almasını önermiştir. Bununla ilgili olarak 2013 yılında “Anne ve Yenidoğan İçin Dünya Sağlık Örgütü Postpartum Bakım Önerileri” rehberi geliştirilmiş ve 2017 yılında güncellenmiştir. Rehberin düşük ve orta gelire sahip ülkelerde yaşayan anne ve yenidoğanın doğum sonu bakımı için sağlık personeline yol gösterici olması hedeflenmiştir. Ayrıca rehber sağlık program yapımcılarının ve yöneticilerinin de yararlanmasına olanak sağlamaktadır. Rehberde klinikteki doğum sonu bakımın yanı sıra anne ve yenidoğanın taburcu olma zamanı, doğum sonu izlem sayıları ve evde bakım önerilerine de yer verilmiştir (37).

Önlenebilir anne ölümlerinde doğum sonrası döneme ait özellikler ilk sırada yer almaktadır (38) ve doğum sonu dönemde özellikle anne ve yenidoğana yönelik fiziksel bakımın sağlanmasından aile üyelerinin yeni duruma adaptasyonuna, sosyal ve çevresel özelliklere kadar geniş yelpazede, çok boyutlu, bütüncül ve kapsamlı bir hemşirelik bakımının uygulanması esastır (19). Dolayısıyla doğum sonu dönemde sunulan bakım hizmetinin en iyi kanıt üzerine temellendirilmesine olan gereksiniminin açıktır (39).

Doğum sonu döneme ilişkin rehberler

Doğum sonu döneme ilişkin rehberler hakkında bilgi verebilmek için doğum ve kadın hastalıkları alanı ile ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşların yayınlamış olduğu klinik rehberler araştırıldı. Bu amaçla ACOG, RCOG, NICE, AAFP, AWHONN, NPIC ve T.C. Sağlık Bakanlığının web siteleri incelendi. Sitelerde yer alan “Clinical Guidance”, “Clinical Guidelines”, “Practice

Guidelines”, “Practice Management”, “Good Practice”, “Clinical Governance Advice” gibi bölümler içerisindeki tüm rehberler tarandı. Taramada ilk etapta kadın doğumun obstetri ve jinekoloji uzmanlık alanlarını kapsayan toplam 975 rehberle ulaşıldı. Bunların içerisinde sadece gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonuna özgü olanlar ile içeriğinde hem doğum sonu dönem hem de diğer perinatal süreçlerin yer aldığı rehberlerin sayısının toplamda 249 olduğu görüldü. Bu rehberlerden tamamına erişim sağlananların sayısı ise 192 olarak belirlendi. Sadece doğum sonu ile ilgili ve içeriğinde doğum sonu dönem ile birlikte diğer perinatal süreçlerin de yer aldığı rehber sayısı ise 49’dur. Rehberler içerisinde sadece doğum sonu döneme özgü olan 15’i detaylı olarak irdelendi (22,23,40-52). Web sayfalarına girilerek taramaların yapıldığı ulusal ve uluslararası kuruluşlardan sadece gebelik öncesi, gebelik, doğum, doğum sonu ve doğum sonu dönem ile birlikte diğer perinatal süreçlerin de yer aldığı ve tamamına erişim sağlanabilen rehber sayılarının dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Gebelik Öncesi, Gebelik, Doğum ve Doğum Sonuna İlişkin Tamamına Ulaşılabilen Ulusal ve Uluslararası Kuruluşlardaki Rehber Sayıları

Kuruluşlar	Döneme özgü rehber sayıları					TOPLAM
	Sadece Gebelik öncesi	Sadece Gebelik	Sadece Doğum	Sadece Doğum sonrası	Doğum sonu ve diğer perinatal süreçler	
ACOG	4	12	25	5	14	60
RCOG	0	9	36	3	7	55
NICE	0	2	7	1	4	14
AAFP	3	14	27	5	7	56
AWHONN	-	-	-	-	-	-
NPIC	-	-	-	-	-	-
T.C. Sağlık Bakanlığı	1	1	2	1	2	7
TOPLAM	8	38	97	15	34	192

Erişilen tüm rehberlerin yayımlanma tarihleri 2003-2020 yılları arasındaydı. İnceleme sonucunda ACOG, RCOG, NICE ve T.C. Sağlık Bakanlığı gibi kuruluşların kendi rehberlerini geliştirdiği ve kullanımını önerdiği, AAFP kuruluşunun ise büyük çoğunlukta ACOG, CDC (*Centers for Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi*) ve AAP (*The American Academy of Pediatrics-Amerikan Pediatri Akademisi*) kuruluşunun yayımlamış olduğu rehberlerden yararlandığı görüldü (22,23,40-52). Taranan rehberlerde ağırlıklı olarak anne ve yenidoğan sağlığına ve bakımına ilişkin konular yer almaktaydı. Bu konular; fiziksel aktivite ve egzersiz, emzirmeyi başlatma ve destekleme, postpartum akut başlangıçlı hipertansiyon ve yönetimi, laktasyonda immün modülasyonlu tedaviler, postpartum sepsis, doğum sonu ağrı yönetimi, gebelik ve doğum sonu işsizlik/istihdam, gebelik ve doğum sonu dönemde bulaşıcı hastalıklar ve yönetimi, perinatal bakım, doğum sonu kanama ve yönetimi, emzirme döneminde tanınal görüntüleme yöntemleri, gebelik ve emzirme döneminde madde bağımlılığı, kurşun taraması, ruhsal sorunlar ve psikiyatrik ilaç kullanımı, perinatal araştırmalarda onam alınması, kan transfüzyonu, venöz tromboemboli riski ve yönetimi, aile planlaması, ölü doğum ve yönetimi, obstetrik komplikasyonlarda bakım, doğum sonu diyabet, süt bankaları, doğum sonu izlem, perinatal palyatif bakım alanlarını kapsamaktaydı. Ulusal ve uluslararası kuruluşların web sayfalarına girilerek yapılan taramada ulaşılan ve sadece doğum sonuna özgü olan rehberlerin özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 2A-D’de verilmiştir.

Optimum doğum sonu bakımın sağlanmasına ilişkin rehberler; doğum sonu bakımın tanımlanması ve iyi uygulama önerilerinden, konuya ilişkin ihtiyaç duyulan ve geliştirilmesi gereken politikalara kadar geniş yelpazede öneriler sunmaktaydı (40). Doğum sonu emzirme konusunu ele alan rehberlerde ise sayıca daha fazla olduğu ve emzirmenin başlatılması/sürdürülmesi, annenin bu konuda bilişsel/psikolojik olarak desteklenmesi, emzirmenin önündeki engellerin aşılması, özel durumlarda emzirmenin sürdürülmesi ve ihtiyaç duyulan yeni düzenlemeler ile politikaların geliştirilmesi konularına yer verdiği görüldü (23,41,43,47,50,51). Doğum sonu dönem ağrı yönetiminde doğum şekline göre analjezik ilaç kullanımı ve nonopioid ilaçlardan başlayarak kademeli multimodal yaklaşıma geçilmesi noktasına değinilmişti (42). Sayıca fazla olan bir diğer rehber grubu ise doğum sonu kanamalar ile ilgiliydi. Doğum sonu kanamada risk faktörlerinin belirlenmesi, birincil ve ikincil kanamalarda yaklaşım, kanama bozukluğu, terapötik antikoagülan kullanımında yönetim ve profilaktik girişimsel radyolojinin doğum sonu kanama yönetimindeki yeri temel değindikleri konulardı (22,45,49,52). Doğum sonu aile planlamasını ele alan rehberler; doğum sonu kontraseptif yöntem kullanımına ve önemine vurgu yaparak hizmet sunan sağlık profesyonelleri için önerilerde bulunmaktaydı (44,48). Daha az sıklıkla değinilen konulardan biri anne sütü bankacılığıydı. Bu konudaki rehber, çeşitli nedenler ile bebeğini besleyemeyen annelerin yönlendirilmesi için önemli öneriler içermekteydi (46). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği “Doğum Sonu Bakım Rehberi”nde ise; genel olarak bu döneme ilişkin olası sorunlara ve yönetimine, doğum sonu dönemde izlem ve izlemlerde uygulanması gereken konulara ilişkin sağlık personeline yol gösterici bilgiler yer almaktaydı (52).

Doğum sonu dönem yenidoğan için olduğu kadar anne ve diğer aile fertleri için de önemli olup kapsamlı bir hemşirelik bakımı gerektirmektedir. İncelenen rehberlerde bu dönemin hekim ve hemşire işbirliği başta olmak üzere multidisipliner yaklaşım ile yönetiminin gerektiği belirtilmiştir (22,23,40-52). Ancak çoğu rehberde sadece tedavi sürecine yönelik bilgi ve önerilerin yer aldığı görülmüştür. Hemşirelik bakımının ise bu süreçte daha arka planda tutulduğu ve hemşirelik girişimlerinin belirsiz olduğu söylenebilmektedir. Bu durum doğum sonu dönemde hemşirelik girişimlerine özgü klinik uygulama rehberlerinin eksik/çok yetersiz olduğunu ve geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Sonuç

Klinik uygulama rehberleri sağlık profesyoneline, hastaya ve kuruma birçok fayda sağlamaktadır. Günümüzde bu rehberlerin daha çok hekimlere yönelik olduğu, hemşirelik bakımına özgü olanların ise sayıca çok daha az oldukları görülmektedir. Hemşirelerin klinik uygulama rehberlerinin önemi hakkındaki farkındalıklarının yetersiz olduğu ve bu rehberlerin kullanımı konusunda zorluklar ve yetersizlikler yaşadığı bildirilmiştir. Oysa rehberlerin klinik uygulamalara entegre edilmesinde, klinik rehber kullanımının önemi, yararları ve rehber geliştirme süreci konusunda başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık disiplinlerinin farkındalık sahibi olmaları ve bu süreci uygulamalarına yansıtmaları oldukça önemlidir. Böylece kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan bakım yaklaşımı ile hasta güvenliğinin ve sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesine önemli katkı sağlanmış olacaktır. Hemşirelik açısından rehberler yol göstericidir ve mesleki gelişime, profesyonelleşmeye, yaratıcı ve inovatif düşünme becerisinin gelişmesine, eksikliklerin, ihmallerin vb. belirlenmesi ve uygun müdahalenin sağlanmasına, hemşirelerin sorumluluk alanlarının belirlenmesine, hemşirenin yaptığı işin görünür olmasına, mesleki doyuma, bakım bilimine, yapılacak araştırmalara vb. katkı sağlayacaktır.

Ulusal ve uluslararası otorite olarak kabul edilen kuruluşların doğum sonu döneme ilişkin yayımladıkları klinik uygulama rehberlerinde anne ve yenidoğan odaklı tedavi ve bakımın temel alındığı görülmektedir. Rehberlerin kullanımına yönelik disiplinler içerisinde ise en fazla kadın doğum uzmanlarının olduğu ve hastalara primer bakım sağlayan hemşirelerin ise uygulamalarına ilişkin önerilere net olarak yer verilmediği görülmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin doğum sonu bakıma yönelik kendi klinik uygulama rehberlerini geliştirmesi ve bu rehberleri kullanmaya yönelik olumlu tutum ve inanca sahip olması gerekmektedir. Bu alanda geliştirilecek rehberlerin tıbbi ve hemşirelik bakımı bilimine, bu alanda yapılan kaliteli ve kanıt düzeyi yüksek çalışma sonuçlarına temellendirilmiş, gereksinimlere yanıt verecek düzeyde olması gerekmektedir. Bu kapsamda geliştirilecek rehberlerin kullanımı; doğum sonu bakım uygulamalarının sistematize edilmesine, malpraktislerin azalmasına, hasta güvenliğinin sağlanmasına, bakım uygulamalarının kalite ve etkinliğinin artmasına, maliyetin azalmasına, anne ve yenidoğan ölümlerindeki insidanda azalmaya, sağlık politikalarına vb. katkı sağlayacaktır.

Klinik uygulama rehberi geliştirme ve kullanımında yaşanan engellerin aşılmasında; hemşirelik eğitiminde üzerinde önemle durulması, grup eğitimlerinin düzenlenmesi, yöneticiler tarafından kurumsal destek sağlanması ve uzman hemşirelerin sayıca artması gibi adımlar etkili olacaktır.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı Beyanı: Fikir/Kavram: HK, HY Tasarım: HY Denetleme/Danışmanlık: HY Kaynak Taraması: HK Makalenin Yazımı: HK, HY Eleştirel Düşünme: HK, HY şeklindedir. Yazarlar ya da herhangi bir kurum arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır ve araştırma için fon desteği sağlanmamıştır.

Tablo 2A. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
American Collage of Obstetrician and Gynecologists (ACOG)	2018	Optimizing Postpartum Care (Doğum Sonu Bakım Optimizasyonu)	Doğum sonrasındaki 3 aylık sürenin önemini pekiştirmek ve doğum sonrası bakım için yeni bir paradigma önermek	-Doğum sonrası bakımın yeniden tanımlanması -İnatpartumdan postpartum bakıma geçilme süreci ve hazırlık -Kapsamlı postpartum ziyaret ve iyi kadın bakımına geçiş -Yeni kapsamlı politikalara olan ihtiyaç	-Kadın doğum uzmanı -Diğer doğum uzmanları -Kadınlar	40
	2018	Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice (Obstetrik Uygulamanın Bir Parçası Olarak Emzirme Desteğinin Optimizasyonu)	Farklı koşullardaki kadınların emzirme hedeflerine ulaşmalarını daha iyi hale getirmeleri için ek rehberlik bilgisi vermek	-Emzirme konusunda eğitim -Kadının emzirmeye yönelik cesaretlendirilmesi -Erken doğum gibi durumlarda emzirme -Emzirmeye ilişkin politika önerileri	-Kadın doğum uzmanı -Diğer kadın doğum uzmanları -Doğum sonu dönem anneler	41
	2018	Postpartum Pain Management (Doğum Sonu Ağrı Yönetimi)	Doğum sonu dönemde farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavilerin kullanımı hakkında bilgi vermek	-Doğum şekline yönelik analjezik ilaç ihtiyacı -Doğum sonu dönem taburculuk planlamasında analjezik ajanın belirlenmesi -Reçete edilen ilaçların anne-bebek sağlığına etkileri -Emzirme döneminde analjezik kullanımı -Nonopioid analjezi temelinde kademeli multimodal yaklaşım	-Kadın doğum uzmanı -Diğer kadın doğum uzmanları	42
	2018	Breastfeeding in Correctional Settings (İslah Ortamlarında Emzirme)	İslah ortamlarında emzirmenin sağlanmasına ilişkin bilgi vermek, ilgili sistemlerin geliştirilmesine öncülük etmek	-Doğum sonrası dönemde ceza evlerinde bulunan mahkumların emzirme sürecine ilişkin gerekli düzenlemeler -Yenidoğan ve anne birlikteliğine izin veren ve doğrudan emzirmeyi sağlayan konaklama ortamlarının, kreş ve alternatif programların oluşturulması -Yasal prosedürler	-Kadın doğum uzmanı -Hemşire -Doğum sonu dönem kadın mahkumlar	23
	2013	Breastfeeding in Underserved Women Increasing Initiation and Continuation of Breastfeeding (Yetersiz Hizmet Alan Kadınlarda Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesi)	Emzirmenin önündeki engellerin açıklanması ve emzirmenin anne bebek sağlığına yararlarının öğretilerek emzirmeye başlama ve sürdürme oranlarının artırılması	-Emzirmenin önündeki engeller, yetersiz beslenen kadınlar, -Çocuklar ve toplum için emzirmenin önemi -Emzirme başlangıcı ve devamının geliştirilmesi yaklaşımları -Emzirmeyi teşvik etmek ve desteklemek için on hastane uygulaması	-Kadın doğum uzmanları -Hemşireler -Aile üyeleri -Çocuk bakım sağlayıcıları -Sağlık hizmeti sağlayıcıları -Devlet yardım kurumları	43

Tablo 2B. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları (devamı)

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)	2016	Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management (Doğum Sonu Kanamanın Önlenmesi ve Yönetimi)	Doğum sonu kanamanın önlenmesi ve yönetimi hakkında bilgi vermek	-Doğum sonu kanamada risk faktörlerinin tanımlama ve risk yönetimi -Birincil ve ikincil kanamaların yönetimi -Kanama bozukluğu olan, terapötik antikoagülan kullanan ve ayrıca kan transfüzyonunu reddeden kadınlarda spesifik yönetim -Gelecekteki araştırmalar için öneriler	-Obstetrik birimlerde çalışan klinisyenler	22
	2015	Best practice in Postpartum Family Planning (Doğum Sonu Aile Planlamasında En İyi Uygulamalar)	Doğum sonrası aile planlaması ve yöntemler hakkında bilgi vermek, plansız ve yakın aralıklı gebelikleri önlemek, kadınların bilinçli yöntem kullanımını sağlamak	-Doğum sonu dönemde aile planlamasının gerekliliği ve önemi -Doğum sonu kullanılabilecek kontraseptif yöntemler ve başlanma zamanı -Doğum sonu zamanında kontraseptif yöntem kullanımı ile plansız gebeliklerin önüne geçilmesinde dikkat edilmesi gerekenler -Yöntem kullanımında destek sağlama -Hizmet sunanlar için öneriler	-Kadın doğum uzmanları -Hemşire -Diğer sağlık çalışanları -Doğum sonu dönem kadınlar -Adelösan gebeler	44
	2007	The Role of Emergency and Elective Interventional Radiology in Postpartum Haemorrhage (Doğum Sonu Kanamada Acil ve Elektif Girişimsel Radyolojinin Rolü)	Doğum sonu kanamanın önlenmesinde ve tedavisinde erken veya profilaktik girişimsel radyolojinin obstetrik birimler tarafından önemli bir araç olarak görülmesini teşvik etmek, bilgi vermek ve yoğun bakım ihtiyacını azaltarak maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak	-Doğum sonu kanama etyolojisi -Girişimsel radyolojide acil müdahale -Girişimsel radyolojide elektif ve profilaktik müdahale -Doğum sonu dönemde girişimsel radyolojinin kullanımına ilişkin algoritmaların düzenlenmesi -Girişimsel radyoloji hizmetine sahip olmayan sağlık kurumları için yakınındaki kurumlardan hizmet alımına yönelik kabul gören yasal düzenlemelerin geliştirilmesi	-Radyoloji uzmanı -Kadın doğum uzmanı -Doğum sonu dönem kadınlar	45
The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	2010	Donor milk banks service (Donör süt bankaları hizmeti)	Anne sütü bankalarının anne sütü bağışında bulunmak isteyen kadınları tarama ve destekleme sürecine ilişkin rehberlik etmek, donörlerden alınan anne sütünün işlenmesi, depolanması ve süt güvenliğinin sağlanmasını açıklamak, ilgili tesisleri öneriler doğrultusunda geliştirmek	-Bağışçıları tarama ve seçme (Serolojik testler, onam, uygunluk kriterleri gibi). -Sütün izlenmesi ve takibi -Kalite güvenliği -Bağışçıların eğitimi ve desteklenmesi	-Sağlık profesyonelleri -Donör süt bankacılığı alanında çalışan ilgili personel -Anne süt bağışçıları -Donör süt alan bebeklerin bakıcılarını destekleyen toplum sağlığı personeli -Donör süt alan bebeklerin anneleri ve bakıcıları	46

Tablo 2C. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları (devamı)

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
American Academy of Family Physicians (AAFP)	2015	Releases Position Paper on Breastfeeding (Emzirme Üzerine Yayımlanan Görüş Raporu)	Emzirmenin önemini açıklamak ve aile hekimlerinin konuya dikkat çekmesini sağlayarak emzirmeyi desteklemelerinde ve emzirmenin önündeki engellerin ortadan kaldırılmasında yol göstermek	-Emzirmenin önemi -Emzirmeye başlama zamanı ve süresi -Emzirmenin kontrendike olduğu durumlar -Öneriler -Başarılı emzirmede on adım	-Aile hekimi -Laktasyon danışmanı	47
	2015	Updates Recommendations for Contraceptive Use in the Postpartum Period (Doğum Sonu Dönemde Kontraseptif Kullanımı için Güncel Öneriler)	Doğum sonrası dönemde kontraseptif kullanımı için öneriler sunmak ve bu dönemdeki kontraseptif kullanım güvenliğini güncellemek	-Doğum sonu dönemde kontraseptif kullanımının önemi -Doğum sonu ilk 42 gün boyunca özellikle venöz tromboembolizm için kontraseptif kullanımının planlanması -Emzirmeyen ve emziren anneler için ayrı önerilerin sunulması (kombine oral kontraseptifler, sadece progesteron içeren haplar, metroksiprogesteron asetat enjeksiyonu, implant, levonorgestral salgılayan rahim içi araç, bakır içeren rahim içi araç)	-Sağlık personeli -Doğum sonu dönem kadınlar	48
	2007	ACOG Releases Guideline for Management of Postpartum Bleeding (Doğum Sonu Kanama Yönetimi için Yayımlanan ACOG Yönergeleri)	Doğum sonu kanamaların yönetimini açıklamak	-Doğum sonu kanama yönetiminin önemi -Kanama nedenleri -Doğum sonu kanamanın yönetimi	-Kadın doğum uzmanı -Doğum sonu dönem kadınlar	49
	2006	CDC Reports on Racial and Socioeconomic Disparities in Breastfeeding (Emzirmede Irksal ve Sosyoekonomik Eşitsizliklere İlişkin CDC Raporları)	Emzirme dönemindeki irksal ve sosyoekonomik farklılıkları açıklamak, önerilerde bulunmak	-Emzirmenin önemi ve emzirme oranları -Emzirmeye başlama ve devam ettirmenin önündeki engeller -Emzirmede eşitsizliği azaltmak -Emzirmeyi teşvik edici halk sağlığı önlemleri -Emzirmede sürekliliğin korunması ve desteklenmesine ilişkin öneriler	-Sağlık politikacıları -Doğum sonu dönem kadınlar	50

Tablo 2D. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları (devamı)

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
American Academy of Family Physicians (AAFP)	2005	AAP Releases Updated Breastfeeding Recommendations (Güncellenmiş Emzirme Önerileri AAP Yayınları)	Emzirmenin önemi ve yararlarını anlatmak ve emzirme önerileri sunmak	-Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi -Anne bebek birlikteliğinin devamlılığının sağlanması -Annenin kendin kendine meme muayenesi yapması konusunda teşviki -Evlat edinme sürecinde laktasyonun sağlanması -Emzirmede kültürel farklılığın benimseme -Bebegın klinik açıdan büyüme gelişmesinin değerlendirme	-Pediatri uzmanları -Diğer sağlık bakım uzmanları -Doğum sonu dönem anneler	51
T.C. Sağlık Bakanlığı	2018	Doğum Sonu Bakım Rehberi	-Anne ve bebek ölümlerini azaltılmak -Her gebenin en az 4 kez ve her lohusanın doğum sonrası hastanede 3 ve evde 3 olmak üzere 6 kez izlemine sağlamak -Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli doğum sonu bakım hizmeti sunmak ve uygulamada birlikteliği sağlamak	-Doğum sonu izlem zamanları ve her izleme özel uygulanması önerilen parametreler (iletişim, lohusanın değerlendirilmesi, muayene/müdahale, laboratuvar testleri, bakım ve danışmanlık, risk değerlendirme) -Sevk kriterleri -Doğum sonu depresyon ölçeği ve kullanım kılavuzu -Genel venöz tromboemboli risk faktörleri -D vitamini desteği akış şeması -Demir desteği akış şeması -Kanama yönetim algoritması	-Sağlık personeli -Kadın doğum uzmanı -Ebe -Hemşire -Anestezi uzmanı -Doğum sonu dönem anneler	52

Kaynaklar

1. Fervers B, Carretier J, Bataillard A. Clinical practice guidelines. *J Visc Surg* 2010; 147(6): 341-349.
2. Kahveci R, Tokaç M. Kanıta dayalı sağlık politikası ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2010; 30(6): 2020-2024.
3. Yakışan RŞ, Set T. Klinik uygulama rehberleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2013; 7(2): 26-28.
4. Kahveci R, Özyiğit F. Kanıta dayalı tıp beceri edindirme yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(3): 245-254.
5. Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient aids. An inevitable relationship. *Journal of Clinical Epidemiology* 2012; 65(6): 584-589.
6. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, editors. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington (DC): The National Academies Press; 2011: 4.
7. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd edition; 2014: 1-167. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>
8. National Institute for Health and Care Excellence. *Developing NICE guidelines: the manual*. 2014. [Cited: 22.07.2020]. Available from: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf>
9. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *A guideline developer's handbook*. 2015. [Cited: 20.07.2020]. Available from: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf
10. The Agency for Healthcare Research and Quality. *AHRQ publishing and communications guidelines*. 2020. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/publications/pubcomguide/index.html>
11. The Australian National Health and Medical Research Council. 2020. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.clinicalguidelines.gov.au/register>
12. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical>
13. Royal Collage of Obstetricians and Gynecolojists. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/>
14. American Academy of Family Physicians. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/home.html>
15. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. No date. [Homepage on the Internet]. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://awhonn.org/>
16. National Perinatal Information Center. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <http://www.npic.org/>
17. Kurtcu AN, Kızılkaya Beji N. Klinik uygulama rehberleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015; 23(1): 76-82.
18. Attia A. Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertil Soc J* 2013; 18(2): 123-126.
19. Taşkın L, Akan N. Doğum sonu dönem. İçinde Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016: 534-571.
20. Doğan Merih Y, Coşkun Potur D, Yılmaz Esencan T. Doğum Sonu Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşireler Kanıta Dayalı Uygulamaların Neresinde?. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2017; 4(1): 8-14.
21. Hollon SD, Arean PA, Craske MG, Crawford KA, Kivlahan DR. Development of clinical practice guidelines. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 213-241.
22. Royal Collage of Obstetrician and Gynecologists. *Postpartum haemorrhage, prevention and management*. 2016. [Cited: 13.06.2020]. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14178>
23. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. *Breastfeeding in correctional settings*. 2018. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.ncchc.org/breastfeeding-in-correctional-settings>
24. National Institute for Health and Clinical Excellence. No date. [Homepage on the Internet]. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.nice.org.uk/>
25. Ayhan Başer D, Kahveci R, Aksoy H. Klinik uygulama rehberi geliştirme yöntemlerine bakış. *Yeni Tıp Dergisi* 2015; 32: 186-190.
26. ADAPTE collaboration. *Guideline Adaptation: A resource toolkit*. 2009. [Cited: 21.07.2020]. Available from: <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/resources/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>
27. Tetreault L, Nater A, Garwood P, Badhiwala JH, Wilson JR, Fehlings MG. Development and implementation of clinical practice guidelines: An update and synthesis of the literature with a focus in application to spinal conditions. *Global Spine J* 2019; 9(1): 53-64.
28. Garcia, D. Challenges in creating and promoting clinical practice guidelines. 2014. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.ascopost.com/issues/may-15-2014/challenges-in-creating-and-promoting-clinical-practice-guidelines/>
29. Hategeka C, Mwai L, Tuyisenge L. Implementing the emergency triage, assessment and treatment plus admission care (ETAT+) clinical practice guidelines to improve quality of hospital care in Rwandan district hospitals: healthcare workers' perspectives on relevance and challenges. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 256-267.
30. Demir Y, Ak B, Bilgin NÇ, Efe H, Albayrak E, Çeliklepençe Z ve ark. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012; 2(2): 94-101.
31. Coşkun A, Aslan E. Doğum sonu dönem. İçinde Tankuter K, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016: 239-293.

32. World Health Organization. Maternal mortality. 2019. [Cited: 21.07.2020]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
33. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri 2019 haber bülteni. [Cited: 10.01.2021]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
34. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ana rapor toplantısı 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara. [Cited: 21.07.2020]. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf
35. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. 2016. [Cited: 23.07.2020]. Available from: http://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/11125/unep_swio_sml_inf7_sdg.pdf?sequence=1
36. World Health Organization. Strategies towards ending preventable maternal mortality. 2015. [Cited: 23.07.2020]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/
37. World Health Organization. Recommendations on maternal health guidelines approved by the who guidelines review committee updated. 2017. [Cited: 23.07.2020]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259268/1/WHOMCA-17.10-eng.pdf>
38. Aygar H, Metintaş S. Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2018; 3(3): 63-70.
39. Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3): 80-87.
40. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Optimizing postpartum care. 2018. [Cited: 13.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
41. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. 2018. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/10/optimizing-support-for-breastfeeding-as-part-of-obstetric-practice>
42. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Postpartum pain management. 2018. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/07/postpartum-pain-management>
43. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Breastfeeding in underserved women increasing initiation and continuation of breastfeeding. 2013. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/08/breastfeeding-in-underserved-women-increasing-initiation-and-continuation-of-breastfeeding>
44. Royal Collage of Obstetricians and Gynecolojists. Best practice in postpartum family planning. 2015. [Cited: 26.06.2020]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-1---postpartum-family-planning.pdf>
45. Royal Collage of Obstetricians and Gynecolojists. The role of emergency and elective interventional radiology in postpartum haemorrhage. 2007. [Cited: 26.06.2020]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/good-practice-6/>
46. The National Institute for Health and Care Excellence. Donor milk banks service. 2010. [Cited: 26.06.2020]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg93>
47. American Academy and Family Phsicians. Releases position paper on breastfeeding. 2015. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0101/p56.html>
48. American Academy and Family Phsicians. CDC Updates recommendations for contraceptive use in the postpartum period. 2015. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2011/1215/p1422.html#:~:text=In%20general%2C%20combined%20hormonal%20contraceptives,restriction%20after%2042%20days%20postpartum.>
49. American Academy and Family Phsicians. ACOG releases guideline for managment of postpartum bleeding. 2007. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2007/0401/p1101.html>
50. American Academy and Family Phsicians. CDC reports on racial and socioeconomic disparities in breastfeeding. 2006. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2006/1001/p1230.html>
51. American Academy and Family Phsicians. AAP releases updated breastfeeding recommendations. 2005. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2005/0501/p1819.html>
52. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum sonu bakım yönetim rehberi. 2018. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28086.dogumsonubakimyonetimrehberipdf.pdf?0>

Salutojenik Model ve Yaşlı Sağlığında Kullanımı

 Aynur UYSAL TORAMAN¹,  Deniz EREN²

¹ Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

² Arş. Gör. Dr., Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, EDİRNE

Öz

Nüfusun yaşlanması dünya çapında bir eğilimdir. İnsanlar artık daha uzun yaşadıkça, sakatlığın önlenmesi, fiziksel fonksiyonların sürdürülmesi, kronik hastalıklardan kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi ve yaşanacak yıllar yerine yıllara yaşam katmak daha önemli hale gelmiştir. Tüm bunları sağlamak için yaşlı nüfusun sağlığının geliştirilmesine yönelik yaklaşımlar değer kazanmıştır. Bu kapsamda sağlığının geliştirilmesine yönelik geliştirilen birçok model yaşlı bireylerde de kullanılmıştır. Özellikle son otuz yılda sağlığın geliştirilmesi kavramı farklı boyutları ile ele alınmıştır. Bu süreçte, strese ve zorluklara rağmen neden bazı insanlar sağlıklı kalırken, diğerlerinin kalamadığı gibi kritik bir soruya yönelik açıklamalar üretilmiş ve salutojenik model formüle edilmiştir. Model, hastalığa neden olan faktörlerden ziyade sağlığın nedenlerine odaklanan tıbbi bir yaklaşımdır. Spesifik olarak model, sağlık, stres ve başa çıkma arasındaki ilişki ile ilgilenmektedir. Sağlık hizmetlerinde, model sağlığın geliştirilmesi müdahalelerine rehberlik etmek ya da sağlık hizmeti araştırmalarını yönlendirmek amacıyla kullanılabilir. Bunun için, salutogenez paradigması belirli kavramlar, varsayımlar ve araçlar sunmaktadır. Salutojenik modelin spesifik kavramlarının, daha sonra sağlık bakımı alanına uygulanmak üzere daha ayrıntılı olarak belirtilmesine ihtiyaç vardır. Model, teorik olarak yaşlı bireylerde sağlığı sürdürmek ve geliştirmek adına değerli katkılar sağlamasına rağmen, bilimsel çevrede yeterince tanınmamaktadır. Bu gerçeklerden yola çıkarak derlemede, salutojenik modelin temel kavramlarını açıklamak ve modelin yaşlı sağlığının geliştirilmesinde kullanımına ilişkin bilgiler sunmak amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Salutojenik Model, Yaşlı, Sağlığın Geliştirilmesi.

Abstract

Salutogenic Model and Use in Elderly Health

The aging of the population is a worldwide trend. As people are now living longer, the importance of preventing disability, maintaining physical functioning and preventing complications from chronic diseases and adding life to years rather than years to live has become increasingly important. In order to achieve all these, approaches to improve the health of the elderly population have gained value. In this context, many models developed to promote health have also been used in elderly individuals. Especially in the last thirty years, the concept of health promotion has been discussed with different dimensions. In this process, explanations for a critical question such as why some people remained healthy despite the stress and difficulties, others could not, were produced and the salutogenic model was formulated. The model is a medical approach that focuses on the causes of health instead of on the causes of diseases. Specifically, the model deals with the relationship between health, stress, and coping. In health care, the salutogenic model can be used to guide health promotion interventions in healthcare practice, or to orient health care research. For this, the salutogenic model offers specific concepts, assumptions, and instruments. The specific concepts of salutogenic model have to be specified in more detail, to be applied later to the field of health care. Although the model theoretically makes valuable contributions to maintaining and promoting health in older individuals, it is not well known in the scientific community. Based on these facts, the review aimed to explain the basic concepts of the salutogenic model and to provide information on the use of the model in the promotion of elderly health.

Key Words: Salutogenic Model, Elderly, Health Promotion.

Geliş Tarihi / Received: 22.10.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.06.2021

Correspondence Author: Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR Tel: +90.232.3115533
GSM: +90.532.5877117 E-mail: uysaltoramanaynur@gmail.com

Cite This Article: Uysal Toraman A, Eren D. Salutojenik Model ve Yaşlı Sağlığında Kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 310- 319



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Tıbbi ve teknolojik gelişmelerle, hastalıkların önlenmesi ve ölümlerin azalması sonucunda hemen her ülkede yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. İnsanlar artık daha uzun yaşadıkça, sakatlığın önlenmesi, fiziksel fonksiyonların sürdürülmesi, kronik hastalıklardan kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi ve yaşanacak yıllar yerine yıllara yaşam katmak daha önemli hale gelmiştir. Bu nedenle sağlık ve sağlıklı yaşlanma kavramını açıklamak bilim dünyasının öncelikli konuları arasında yer almıştır (1). Tarihsel olarak bakıldığında, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin ve toplumların sorunlarına ve risk faktörlerine odaklanan patojenik yaklaşımlar tarafından yönetilmiştir. Patojenik yaklaşımın sağlığın psikososyal boyutlarını, kapasite ve kaynakları görmezden gelme eğiliminde olmasından dolayı, birey ve toplum sağlığının geliştirilmesinde sınırlı kalmıştır (2). Bu süreçte tıbbi sosyolog Aaron Antonovsky (1987) tarafından ilk kez, strese ve zorluklara rağmen neden bazı insanlar sağlıklı kalırken, diğerlerinin kalamadığı gibi kritik bir soruya yönelik açıklamalar üretilmiş ve salutojenik model formüle edilmiştir (3,4). Model, hastalığa neden olan faktörlerden ziyade sağlığın nedenlerine odaklanan tıbbi bir yaklaşımdır. Spesifik olarak model, sağlık, stres ve başa çıkma arasındaki ilişki ile ilgilenmektedir (3). Sağlıkla ilgili herhangi bir sorun ortaya çıktığında model, öncelikle sorunun çözümüne, ikinci aşamada ise bireyin problemin çözümü için kullanabileceği kaynakları kullanmaya yönelmiştir (2,5). Bunun için, salutogenez paradigması belirli kavramlar, varsayımlar ve araçlar sunmaktadır (4). Model sağlığın geliştirilmesi müdahalelerine rehberlik etmek ya da sağlık hizmeti araştırmalarını yönlendirmek amacıyla sağlık hizmetlerinde kullanılabilir (6).

Salutojenik yaklaşım, sağlıklı yaşlanma stratejilerinin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi için de teorik bir temel sunmuştur. Literatürde, salutojenik modelin temel kavramları üzerinden toplumda ve yaşlı bakımevlerinde kalan yaşlıların sağlıklarının açıklandığı araştırmalar dikkati çekmektedir (6,7). Model yaşlı bireylerde sağlığı sürdürmek ve geliştirmek adına değerli katkılar sağlamasına rağmen bilimsel çevrede İskandinav ülkeleri, bazı Avrupa ve Asya ülkeleri dışında (8,9,10,11) hala beklenen yaygınlıkta kullanılmamaktadır (5,12). Türkiye’de salutojenik yaklaşımın hemşirelik alanında kullanıldığı çok sınırlı olan yayınlar, psikiyatri hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği alanlarında yapılmıştır (5,12,13).

Gelişme

Salutojenik Modelin Gelişme Süreci

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1970’li yılların sonunda “Sağlık” kavramının yeniden tanımlanmasının ve Alma-Ata bildirgesinde yer alan “Herkes İçin Sağlık” görüşünün etkilerinin fakında olmak salutojenik modelin geliştirilme sürecinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Sağlığın “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanması ve herkes için sağlık görüşünün devletleri halkları için sağlığı en üst düzeyde sağlamak ve yükseltmenin politika hedefleri ve sorumluluk alanlarında olduğu bilincinin gelişmesini beraberinde getirmiştir (5,14).

Yeni sağlık anlayışının özellikle de biyopsikososyal tıp modeline çevrilmesinde Amerikalı sağlık alanı ile ilgili sosyolog ve psikologlar öncü rol oynamışlardır. Bu bilim insanlarından biri de sağlık sosyoloğu olan Aaron Antonovsky (1923-1994)’dir (15). Daha geniş anlamda sosyal ve psikolojik iyilik halini gerektiren DSÖ’nün geniş sağlık kavramına yönelik şüphecilik, Antonovsky’nin daha kesin bir sağlık tanımını savunmasını sağlamıştır (14).

Antonovsky, salutojenik yaklaşımı oluşturan kritik soruyu sormuştur: “Sağlığı yaratan nedir?”. Salutogenezis terimi Yunanca “salus (= sağlık)” ve “genesis (= kaynak)” kelimelerinden türemiş olup, diğer bir deyişle sağlığın kaynağı anlamına gelmektedir. Salutojenik model ilk kez Antonovsky tarafından 1979’da ortaya konarak, daha sonra 1987 yılında geliştirilmiştir. Bu çalışmayla Antonovsky, hastalıkların etiyojisine ilişkin geleneksel soruyu, sağlığı anlamlandırmaya odaklanarak alt üst etmiştir: Kişiler sağlıklarını nasıl sürdürür? Nasıl geliştirir ve hangi etmenler bu süreci olumlu yapar? Salutojenik model özetle bu sorulara cevap vermek için geliştirilmiştir (4,15).

Antonovsky, salutogenezisin özünü “Yaşam Nehri” metaforuyla tasvir etmiştir. Bu metaforla salutogenezis, hastalıkların tedavisini simgeleyen “Akıntı yönünde düşünce”den, önleyici yaklaşımı ifade eden “Akıntıya karşı düşünce”ye doğru hareket ederek nehir metaforu ile açıklanmıştır. Halk sağlığı içerisinde yer alan koruma ve önleme paradigması, hastalıklara ve bunlardan nasıl kaçınılacağına odaklanmakta olup, bu paradigmanın amacı riskleri azaltarak ya da ortadan kaldırarak kişileri nehirde boğulmaktan korumaktır. Antonovsky’e göre, kişileri nehirde boğulmaktan korumak yeterli değildir. Bunun yerine, kişiler nasıl yüzeceğini öğrenmelidir (3,15,16). İşte bu düşünceye göre “sağlık”, akıntının tüm nehir kıyısı boyunca aralıksız sürdüğü “Yaşam Nehri”nde yaratılmıştır. Doğumda, hepimiz nehre düşmüşüzdür. Bazılarımızın bu nehirde boğulmadan su üstünde kalabilmesi için sıkı çalışması gerekirken, bazılarımız zaten bizi suyun üzerinde tutan birçok ulaşılabilir kaynağın bulunduğu bir nehirde doğmuşuzdur. Hayatın kendisi gibi nehir de risklerle ve kaynaklarla doludur. Bu nedenle, nehirdeki seyrimiz ve nehrin içindeki çıkıntılardan geçebilmemiz, temel olarak yüzme kabiliyetimize bağlıdır ki burada bahsedilen yüzme kabiliyeti, sağlığımızı geliştirmemiz için ulaşılabilir kaynakları tanımlamamız, bu kaynakları gerektiğinde kullanmamız, hatta yaşama dair umutlarımızdır (3,17). Antonovsky oluşturduğu salutojenik modelde, “Bütünlük Duygusu” kavramına oldukça dikkat çekmiştir; ancak bu model bütünlük duygusu kavramından çok daha fazlasını içermektedir (17).

Antonovsky (1996) salutogenezisin, sağlığın geliştirilmesi için güçlü bir çatı olarak hizmet edebileceğini savunmuştur. “Sağlığın kaynakları nelerdir?” sorusuna Antonovsky’nin cevabı, “Bütünlük Duygusu” olmuştur. Antonovsky, bütünlük duygusunun, salutojenik modelin temel kavramı olduğunu düşünmüştür. Bu kapsamlı salutogenezis (sağlığın kaynağı) ifadesi, birçok sağlık kaynağını ve ana kavramı (örneğin; sosyal destek, bütünlük duygusu, özetkililik, dayanıklılık ve eylem yeteneği) etkili biçimde birleştirerek, Lindström ve Eriksson’un “Şemsiye” modelini oluşturmuştur. Keza şemsiye modeli; yaşam kalitesi, gelişme ve refah gibi olumlu sağlık kavramlarını kapsamaktadır. Bu açıdan bakıldığında, salutogenezis, kişisel, toplumsal kaynakların; diğer kişilerin ve toplumların sağlıkları ile refahlarının birbirine bağlı olduğu süreçler olarak tanımlanabilmektedir (16,17).

Salutojenik Model'in Kuramsal Çerçevesi

Modelin Ontolojik Temeli

Ontoloji, bir gerçeklik araştırmasıdır (16). Antonovsky, ikinci kitabı *Sağlığın Gizemini Çözme*'de, dünyayı nasıl algıladığını anlatmış ve kitapta iki şey üzerinde durmuştur. Bunlardan birincisi, Antonovsky insanoğlunun çevresiyle etkileşim içinde olduğunu, ikincisi de kaos ve değişimin yaşamın normal bir parçası olduğunu belirtmiştir. Antonovsky daha sonraları, gündelik hayatı, homeostatik duruma zıt şekilde sürekli değişen, heterostatik bir durum olarak algılamıştır. Bireyin, gündelik yaşamdaki değişikliklerle baş etmek için stratejiler, ulaşılabilir kaynaklar bulma ve kaosu yönetme dürtüsü olduğunu belirtmektedir (16,17).

Aaron Antonovsky, 1990'lı yılların başlangıcında, "Altı C" hakkında bir makale yayınlamıştır: Complexity (Karmaşa/karışıklık), Conflict (Çatışma), Chaos (Kaos), Coherence (Bütünlük), Coercion (Baskı) ve Civility (Nezaket). Antonovsky burada, topluma ve insanoğluna hangi bağlamda baktığını açıklamıştır (17).

Antonovsky, salutojenik modelin ve bütünlük duygusunun, yalnızca bireysel düzeyde değil toplumsal düzeyde de uygulanabileceğini ileri sürmüştür. Antonovsky'ye göre, karmaşa, bir sistemin nasıl organize olduğuyla ilişkilidir. Karmaşa, bir sistemin örgütlenme düzeyini ifade eder. Bu düzey hem problemleri çözer hem de alt ve üst sistemlerle etkileşim kurarak, sistemin devamlı dinamik bir durumda kalmasına olanak sağlar. Böylesine süreklilik arz eden bir durum betimlemesi, sağlığı tanımlamanın tek yoludur. Karmaşa; çatışmalara, daha büyük karışıklıklara ve daha derin savaflara yol açabilir (16). Antonovsky, özellikle medeniyetler arası çatışmadan şu şekilde bahsetmiştir: "Çatışma, insanoğlunun iç gerilimlerini, kişiler arası gerilimleri, bireyin parçası olduğu üst sistemlerle arasındaki gerilimleri ve üst sistemler arasındaki ya da içerisindeki gerilimleri ifade eder" (17).

Karmaşa aynı zamanda, farklı ve esnek seçimler için fırsatlar, değişime uyum sağlama ve sistemlerin (toplumların) kendilerini yeniden organize etmeleri için olanaklar sağlar. Çatışma gerilime yol açar; bu nedenle, gerilimle nasıl baş edebildiğimiz ve stresten nasıl kaçınabildiğimiz toplum için oldukça önemlidir. Kaos, şiddet ve savaşı beraberinde getirebilmektedir. Çatışmaları çözümedeki zorluklar, çocuklar, kadınlar ve yaşlı bireyler gibi savunmasız grupların bulunduğu ailelerin paramparça olmasına kadar gidebilmektedir. Bu kaosa karşı biçimde, Antonovsky, bütünlüğe ulaşmanın yolunu aramıştır (17).

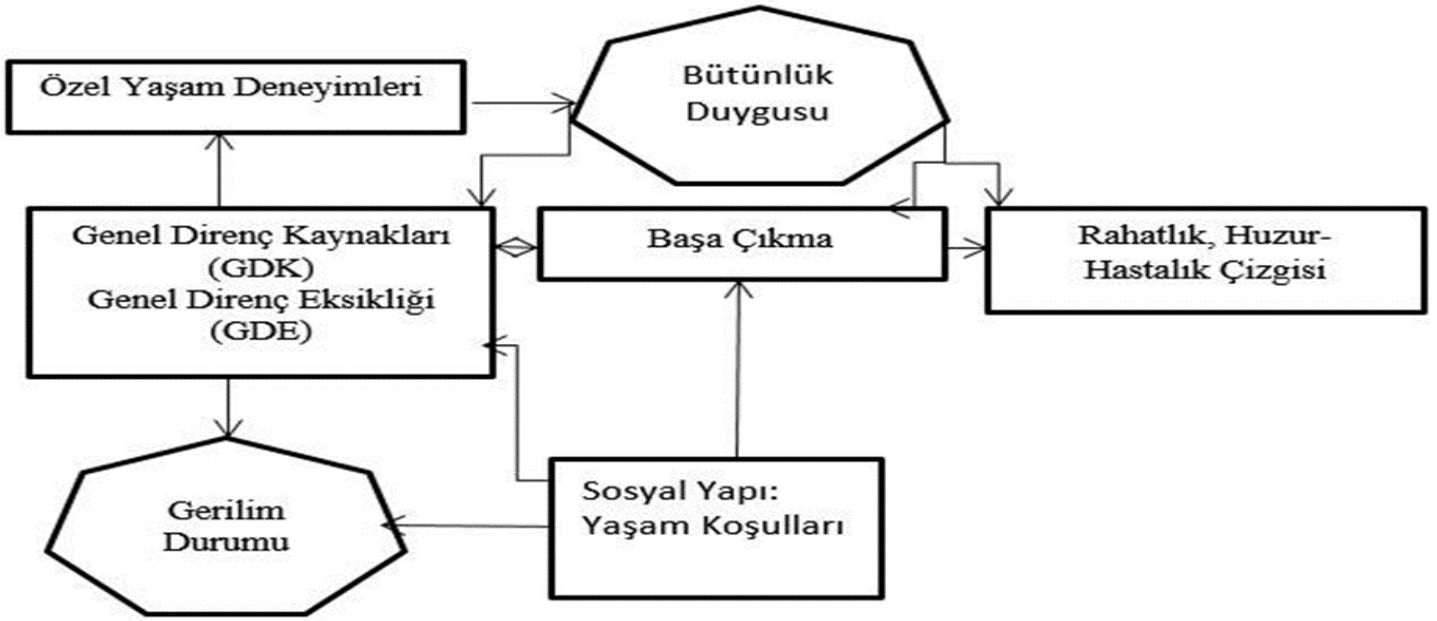
Nezaket, diğer kişilerle nasıl bir ilişkide olduğumuz, farklı güçleri, kabiliyetleri, kusurları ve eksiklikleri olan kişilere nasıl baktığımız konusunda bize ayna tutan, salutogenezisin temel değerlerinden biridir. Nezaket, diğer kişilere karşı gösterdiğimiz saygı ve iletişim kurmadaki kişiliğimizle ilgilidir. Antonovsky, diğer kişilere karşı saygı bağlamında, kişilik ve değerleri tartışarak kendi deyimini kullanmıştır ve O'na göre çözüm, "Birbirleriyle ilgilenen toplumun ve kişilerin içerisinde yatmaktadır". Nezaketin ve saygının zıttı, baskıdır. Nitekim, kişilere saygı göstermeye özen gösteren bir toplum olmak, baskıya, zulme ve yoksulluğa karşı mücadeleyi gerektirmektedir (16,17).

Bir Süreç Olarak: Sağlık

Antonovsky'ye göre sağlık, rahatlığın ve rahatsızlığın sürekliliği üzerindeki harekettir. Tüm koşulları anlama becerisini ve ulaşılabilir kaynakları kullanma kapasitesini, bütünlük duygusu olarak ifade etmiştir. Bu kapasite, kişilerin içinde buldukları durumları ele alma ve anlama, sağlığı geliştirme yönünde hareket etmek için bir anlam bulma, aynı zamanda bunu yapmak için kapasite sahibi olmanın bileşimidir. Antonovsky'nin kendi terimlerini kullanmak gerekirse bu; anlaşılabilirlik, anlamlılık ve yönetilebilirliktir (18,19).

Böyle bir yaklaşımda, hiç kimse sağlıklı ya da hastalıklı olarak kategorize edilmemektedir. Tüm kişiler, popülasyonlar, hayali toplam sağlık ve toplam hastalık kutupları arasında bir yerde bulunmaktadır. Tamamen güçlü, enerjik, semptomsuz, tamamen işlevsel bir birey bile gözlük takar, depresyon anları vardır, grip nedeniyle yatağa düşer ve henüz tespit edilmeyen malign hücrelere sahip olabilir. Hatta terminal dönemdeki hastanın beyni ve duyguları tamamen işlevsel olabilir. Sağlık hizmetlerindeki öncelik, haklı olarak sağlık-hastalık sürekliliğinde, hasta olan taraftaki bireylere verilmektedir. Antonovsky'ye göre asıl soru şu olmalıdır: "Bir kişi, sürekliliğin neresinde olursa olsun, sağlıklı kutuba doğru nasıl hareket etmektedir?" (16).

Antonovsky, sürekli olarak değişikliklere ve olaylara maruz kalmanın stresörler olarak düşünülebileceğini ileri sürmüştür. Bu stresörler; ailede birinin hasta düşmesi, ailedeki değişiklikler ya da işyerinde değişiklikler (örgütsel değişiklikler ya da işsizlik) gibi majör yaşam olaylarını içerebilmektedir. Böyle majör olaylar, sağlığı geçici olarak sarsabilmekte; ancak aynı zamanda uzun dönem içerisinde stresi yönetmeye olanak sağlayan şekilde güçlendirebilmektedir. Salutojenik modelde vurgu, kişinin her zaman karşılaşılan stresli durumları yönetmek için eldeki hem iç hem de dış genelleştirilmiş direnç kaynaklarını kullanma becerisidir (5,16) (Şekil 1).



Şekil 1. Salutojenik Model Tasarımı (5).

Genelleştirilmiş ve Özel Direnç Kaynakları (Generalized and Specific Resistance Resources)

Bütünlük duygusu ile birlikte, salutojenik modeldeki bir ana kavram da genelleştirilmiş ve özelleştirilmiş kaynakları içeren direnç kaynaklarıdır. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları (GDK), güçlü bir bütünlük duygusunun gelişiminde köşe taşlarıdır ve genetik ve yapısal, psikososyal, kültürel ve manevi, maddi, koruyucu sağlığa yönelim gibi birçok farklı türü bulunmaktadır: Direnç kaynakları bireyde, grupta (aile), alt kültürde ve tüm toplum düzeylerinde bulunmaktadır. Bütünlük duygusu inşa etmede genelleştirilmiş direnç kaynaklarının rolü üzerine yapılan araştırmalar sınırlıdır. Araştırmalar, güçlü bir bütünlük duygusu geliştirme için özellikle önemli olarak görülen üç faktörden bahsetmektedir: Tutarlılık, düşük ve aşırı yük arasındaki denge, birinin kendi durumunu etkileyen kararları verme fırsatı (16,18,19) (Şekil 2).



Şekil 2. Genelleştirilmiş Direnç Kaynaklarının Tanımı (16).

Antonovsky'nin ileri sürdüğü gibi genelleştirilmiş direnç kaynakları; birine tutarlılık, sonuçları şekillendirmeye katılma ve düşük yük-aşırı yük dengesi ile karakterize bir dizi yaşam deneyimi sağlayan bir olguyu ifade etmektedir. Antonovsky'ye göre, böyle kaynaklar şu faktörleri içerebilmektedir (22): Maddi kaynaklar (örn; para), bilgi ve zeka (örn; gerçek dünyayı tanıma ve beceriler kazanma), benlik karakteri (örn; entegre fakat esnek kişilik), baş etme stratejileri, sosyal destek, birinin kültürel

köklerine olan bağlılığı ve bu kökleriyle birleşmesi, kültürel kararlılık, ritüel aktiviteler, din ve felsefe (örn; yaşamın tereddütlerine dengeli yanıtlar oluşturma), koruyucu sağlık oryantasyonu, genetik ve yapısal genelleştirilmiş direnç kaynakları ve bireyin zihin durumu.

Antonovsky, genelleştirilmiş direnç kaynakları kavramını daha önce üzerinde çalıştığı stresörler ile birleştirmiş ve “Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları-Direnç Yetersizlikleri” olarak tek bir kavram haline getirmiştir. Buna göre, bu genelleştirilmiş direnç kaynaklarının her biri, süreklilik çizgisi üzerinde bulunmaktadır. Böylece, süreklilik çizgisi üzerinde daha yüksek noktada yer alan bir kişi, tutarlı, dengeli yaşam deneyimleri edinme ve karar vermeye yüksek katılım sergileme eğiliminde olmaktadır. Aksine, süreklilik çizgisinde daha düşük noktada olan bir birey, tutarsız, düşük dengeli yaşam deneyimleri ve karar vermeye düşük katılım sergileme eğiliminde olmaktadır (14).

Salutojenik modelde bireylerin yaşam döngüleri boyunca başarılı Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları uygulamaları aracılığıyla güçlü bütünlük duygusu geliştirdiklerini varsaymasına rağmen, aynı zamanda Bütünlük Duygusu ve Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları arasında karşılıklı, dinamik bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Böylece, Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları, bir bireyin bütünlük duygusu düzeyine ve bireyin bütünlük duygusu düzeyi de gerilim yönetimini artırma için genelleştirilmiş direnç kaynaklarını harekete geçirmeye katkıda bulunabilmektedir (15,20).

Bütünlük duygusunun gelişim sürecine katkısı olduğu ileri sürülen Tutarlılık, Yük Dengesi ve Sonuçları Şekillendirmeye Katılım olmak üzere üç tür yaşam deneyimi bulunmaktadır. Bu yaşam deneyimlerimden ilki (Tutarlılık) birinin çevresindeki kaostan ziyade, büyüme-gelişme süreci boyunca mesajların ne kadar açık, düzenli olduğunu ve yapıyı ifade etmektedir. Antonovsky'nin ileri sürdüğü gibi bir bireyin yaşamındaki tutarlılık deneyimleri, Bütünlük Duygusu'nun “anlaşılabilirlik” bileşeni için dayanak sağlar. İkinci yaşam deneyimi (Yük Dengesi) büyüme-gelişme süreci boyunca, bir kişinin üzerinde çevreden gelen talepler ile o kişinin kaynakları arasındaki dengede, kişinin deneyimlediği aşırı yük ya da düşük yükü ifade etmektedir. Böylesi bir yük dengesi, bütünlük duygusunun “yönetilebilirlik” bileşeni için önemlidir. Üçüncü yaşam deneyimi (Sonuçları Şekillendirmeye Katılım) birinin kendi kaderine karar vermede ne derece önemli rol oynadığını, başkalarının gücünün ve kaptislerinin nesnesi olmadığını ifade etmektedir. Sonuçları şekillendirmeye katılım, “anlamlılık” bileşeni için dayanak sağlamaktadır. Dördüncü yaşam deneyimi (Duygusal Yakınlık) birinin ne kadar tutarlı duygusal bağlar ve kişinin üyesi olduğu sosyal gruplara ait olmayı hissettiğini ifade etmektedir. Duygusal yakınlık kaynağının, sonuçları şekillendirmeye katılıma benzer şekilde, “anlamlılık” bileşenine uygun olduğu varsayılmıştır (20).

Genelleştirilmiş direnç kaynakları (21):

- Fiziksel ve biyokimyasal: Genelleştirilmiş direnç kaynakları ve gerilimle başarılı şekilde baş etme arasındaki olası bağlantı bağışıklık sistemini güçlendirici mekanizmalardır.
- Maddi: Gıda, giyim ve barınma vb.
- Bilişsel ve duygusal: Bilgi, zeka ve kendini tanıma. Bilgi, içgörü verir ve seçimleri gerçekleştirmeye yarar. Kendini tanıma, baş etme için oldukça önemli bir kaynaktır.
- Değersel-tutumsal: Aktif eylem ve etkili duygu yönetimi içeren, mantıksallık, esneklik ve sağduyu ile karakterize baş etme stratejileri gibi.
- Kişilerarası-ilişkisel: Başkalarıyla yakın bağları olan kişiler, ilişkilerindeki bu kaliteden yoksun olan kişilere göre, gerilimleri çok daha kolayca çözmektedirler. Sosyal destek, oldukça önemli bir baş etme kaynağıdır.
- Makro sosyokültürel yönler: Bireyin kültürü ona dünyada bir yer verir ve genelleştirilmiş direnç kaynaklarının ulaşılabilir olduğu farklı düzeylerde bulunmaktadır.

Antonovsky, genelleştirilmiş direnç kaynaklarının fiziksel ve biyokimyasal mekanizmalar (örn; bağışıklık işlevi) aracılığıyla çalıştıklarını, özel direnç kaynaklarının kazanılmasına olanak sağladığını (paranın yapabileceği şeyler gibi), içsel (örn; benlik karakteri, zeka ve baş etme), sosyal (kişilerarası bağlar ve toplumsal bütünleşme) ve kültürel (stresörlerin nasıl karşılanması gerektiği) olduklarını tartışmıştır. Genelleştirilmiş direnç kaynakları, bütünlük duygusunun gücünü belirlemeye yardım etmek ve özel direnç kaynaklarının kullanımını sağlamak olmak üzere baş etmede iki önemli rol oynamaktadır (22). Salutojenik modelde, güçlü bütünlük duygusu, genelleştirilmiş ve özel direnç kaynaklarını harekete geçiren bir güç olarak gösterilmiş; fakat bu iki direnç kaynağı arasındaki farklılığa yer verilmemiştir. Antonovsky'nin intihar eden bir kişi tarafından intihar yardım hattının kullanılması şeklinde verdiği örnekte olduğu gibi, özel direnç kaynakları, belirli stresörlerle karşılaşıldığında kullanılan özel kaynaklardır (14).

Genelleştirilmiş ve özel direnç kaynakları arasındaki ilişki, genelleştirilmiş direnç kaynaklarının bütünlük duygusu aracılığıyla bir bireyin, kendisinde ve çevresinde var olan genelleştirilmiş direnç kaynaklarını tanınmasına, bu kaynakları kendisinde toplamasına ve gerilimin yıkıcı strese dönüşmesini önleyen yollarla özel direnç kaynaklarını kullanmasına olanak sağlamaktır (3,20). Normalde, özel direnç kaynakları, gerilim yaşamı tehdit eden yıkıcı bir strese dönüşmedikçe devreye girmemektedir, zaten çoğu gerilim de hayatı tehdit eden boyutta olmamaktadır. Salutojenik sağlık modeli, sağlığı tehdit eden stres düzeylerine dönüşme potansiyeli olan ve her yerde karşımıza çıkabilecek gerilimlerle ilgilidir. Antonovsky, bu türdeki gerilimleri şöyle sıralamıştır: kazalar ve sağ kalımlar, bizim sosyal ağlarımızda bulunan diğer kişilerin neden olduğu şanssız deneyimler, geçmişte içinde bulunduğumuz korkular, bilinçsiz çatışmalar ve anksiyeteler, saldırı, yıkım ve sakatlanma korkusu, oturduğumuz salona kadar gelen geçmiş olaylar, içinde yaşadığımız kısıtlı dünyanın değişiklikleri, gelişim evresine özgü psikososyal krizler, diğer normal yaşam krizleri-rol girdileri ve çıktıları; yetersiz sosyalizasyon; az yük ve aşırı yük; tüm sosyal ilişkilerin doğasında olan çatışmalar; kültürel olarak kafamıza sokulan amaçlar ve toplumsal olarak yapılandırılan anlamlar arasındaki fark (3,4).

Bütünlük Duygusu (Sense of Coherence- SOC)

Salutojenik modele dayalı olarak bir bireyin sağlığı, çevresel tehditlerin (uyaranlar) etkileşimi, bireyin kullanımına hazır şekilde elinde bulunan geliştirilmiş direnç kaynakları ve o bireyin bütünlük duygusunun gücü tarafından belirlenmektedir. Bütünlük duygusu, çatışmaları çözmeyi ve insan yaşamının kaçınılmaz stresine dayanmayı amaçlayan, insanın bilgiyi işleme sisteminin merkezinde yer alan bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu yapı, dünyayı ve bireyin çevresini anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı olarak görmesi için bir evrensel uyumdur. Bu nedenle, bütünlük duygusu üç bileşenden oluşmaktadır: anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık. Yüksek düzeydeki bir bütünlük duygusu, kişilerin, yaşam olaylarını tehdit değil meydan okuma olarak algılamalarını (anlamlılık duygusu), yaşam olaylarının bir nedenden ötürü meydana geldiklerini düşünmelerini (anlaşılabilirlik duygusu) ve hatta kendi kişisel kontrolleri altında olmasa bile, çaresiz hissetmek yerine ellerindeki diğer kaynaklar ile olayların üstesinden gelebileceklerini farketmelerini (yönetilebilirlik duygusu) sağlayarak, onları stresten korumaktadır (3,15).

Antonovsky (1987), İsrail’de farklı etnik kadın grupları arasında, menopoz semptomlarını incelemek amacıyla geleneksel epidemiyolojik bir çalışma gerçekleştirmiştir. Kadınlarla algılanan sağlık ve görme yeteneğinin kaybı, eşin kaybı, kol ya da bacak gibi herhangi bir uzvun amputasyonu, ciddi bir hastalıktan muzdarip olma gibi kadınları etkileyen çeşitli yaşam olayları hakkında onlarla görüşme yapmıştır. Görüşmeleri analiz ettikten sonra Antonovsky, kadınların %29’unun Nazi soykırımından sağ çıkmalarına rağmen, iyi sağlık algısı bildirdiklerini saptamıştır. Antonovsky, Nazi soykırımı gibi zor bir travmayı deneyimlemiş olmaları gerçeğine rağmen, kadınların iyi sağlığı deneyimleyebileceğinin nasıl mümkün olabileceği sorusunu sormuştur. Bu soru, Antonovsky’nin bu küçük yanıtlayıcı sayısına odaklanmasına ve onların sağlık kaynaklarını araştırmasına rehber olmuştur. Böylece, Antonovsky’nin patogeneze doğru olan yaklaşım değişikliği başlamıştır (15,16).

İsraili kadınlarla yapılan görüşmelere dayalı olarak, önemli bir etmen ortaya çıkmıştır: Bütünlük Duygusu. Bütünlük duygusu, bir kişinin yaşam görüşünü ve stresli koşullara yanıt kapasitesini yansıtmaktadır. Aynı zamanda bütünlük duygusu, kişilerin ellerindeki kaynakları tanımları, onlardan yararlanmaları, kaynakları kullanmaları ve gerektiği her zaman kaynakları yeniden kullanabilmelerine rehberlik eden bir iç güvenle var olma, düşünme ve hareket etmenin bir yolu olarak görülmektedir. Antonovsky’ye göre bütünlük duygusu, yaşama uyum sağlamadır (3,4,16).

Güçlü bütünlük duygusuna sahip kişilerin, stresli olayların doğurduğu ihtiyaçları karşılamak için, kaynakların ulaşılabilir olduğuna dair güvenleri bulunmaktadır. Bu, bütünlük duygusunun, yaşam kalitesi üzerinde stresin etkisini hafifletme becerisi olduğu anlamına gelebilmektedir. Antonovsky, güçlü bütünlük duygusunun, stresli bir olayın sonucunun zararlı mı, nötr mü yoksa sağlığa yararlı mı olacağını belirlediğini ifade etmiştir. Bununla birlikte Antonovsky, bütünlük duygusunun çocukluk çağında geliştirildiğini ve nispeten durağan olduğunu; fakat özellikle stresli bir durum ile bireydeki bütünlük duygusunun örselenebileceğini belirtmiştir. Bütünlük duygusunun, kronik ağrı gibi bir rahatsızlık sahibi olma ile ilişkisi olabilmektedir ve bu ilişki bazı bireylerde bütünlük duygusunu baskılayabilmektedir. Bütünlük duygusu zayıf olan kişiler, psikolojik semptomları güçlü bütünlük duygusuna sahip kişilerden daha fazla algılamaktadırlar (15,17).

Bütünlük duygusunun kuvvetlendirilmesini etkileyen temel faktörler; çocukluk ve ergenlik deneyimleri, sosyal rol ve iş (16). Buna ek olarak, aileler, çevreler ve kişilerarası ilişkiler, bütünlük duygusunun derecesini etkilemesi muhtemel olan önemli etmenlerdir (23). Bütünlük duygusu düzeyi, erken çocukluk döneminde, ortalama düzeydedir; fakat otuzlu yaşlarda tamamen geliştirilmekte ve nispeten durağan kalmaktadır. Yavaş ya da minör değişiklikler, büyük yaşam olayı değişiklikleri ile meydana gelebilmektedir. Bütünlük duygusunun durağanlığı konusunda tartışmalar hala sürmektedir (19).

Lindmark ve arkadaşları (2010), 20-80 yaş grubunda yer alan 910 İsveçli bireyde bütünlük duygusunun dağılımını incelemiş ve bütünlük duygusunu ölçmek için SOC-13 (13 maddelik bütünlük duygusu ölçeği) kullanmıştır. Çalışma sonucunda, 20 yaşındaki bireylerin bütünlük duygularının, daha yaşlı gruplara göre önemli derecede düşük olduğu saptanmıştır (23).

Yaşlılarda Salutojenik Yaklaşım

Salutojenik yaklaşımın bakım ve sağlığı geliştirme uygulamalarına başarılı bir şekilde entegrasyonu yaşlı bireylerin sağlığının daha iyiye gidebileceği vurgulanmaktadır. Yaşlı sağlığına salutojenik bir yönelim, “yaşlılık” denildiğinde hastalıklı kişiler klişe düşünceye karşı koymaya yardımcı olmakta ve sağlıkla ilgili yaşlı bir kişinin kronik hastalıkları ve engelleriyle neden ve nasıl sağlıklı kaldığına ilişkin saptamalar oluşturmayı sağlamaktadır(11). Bu bakış açısı ile yaşlı bireylerin sağlık ve iyilik durumlarının değerlendirilmesinin daha çok salutojenik modelin iki temel kavramı olan “Bütünlük Duygusu” ve “Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları” içeriği üzerinden yapıldığı görülmektedir (9,11,24).

Bütünlük duygusu yapısını dikkate alma, sağlıklı yaşlanma sürecini daha iyi anlamaya katkıda bulunabilmektedir. Örneğin, güçlendirilmiş bütünlük duygusu, yaşlının bağımsız bir apartman sakini haline gelmesini nasıl kolaylaştıracağına ışık tutan bir kanıt olmaktadır (9). Daha geniş bir çerçeveden bakıldığında, hemşirelik alanında hastalara verilen hemşirelik bakımını genelleştirilmiş direnç kaynağı olarak kavramsallaştıran hemşirelik teorisi ile salutojenik paradigmayı bütünlüştürmeye yönelik bazı girişimler olduğu görülmektedir. Bu girişimlere ek olarak, evde yaşlı bakımındaki hemşirelik uygulamasının, salutojenik yaklaşım kullanılarak gerçekleştirilmesi ve bütünlük duygusu ölçeğinin, risk altındaki kişileri (örneğin, hızlı gerçekleşen işlevsel statü azalması) belirlemeye yönelik bir tarama aracı olarak kullanılması için öneriler bulunmaktadır (11). Salutojenik modelinin kullanıldığı 1979-2011 yılları arasındaki yapılan çalışmaların incelendiği sistematik analizde; genelleştirilmiş direnç kaynaklarını değerlendirebilen ve gereksinim halinde kullanabilen 65 yaş üstü bireylerin bütünlük duygusu ve yaşam kalitesinin iyi olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre bu kişiler ayrıca kendilerini çok daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir (18).

Yaşlı bireylerin Bütünlük Duygusu, toplum sakinleri, hastanede yatan hastalar ve huzurevi sakinleri dahil olmak üzere farklı ortamlarda kapsamlı bir şekilde çalışılmıştır (9,24-28). Bütünlük Duygusu üzerine yapılan önceki çalışmalar, temel olarak

fizyolojik konular, psikolojik durum, yaşam kalitesi, refah, yaşam doyumu, kişisel ve sosyal başa çıkma kaynakları ile olan ilişkisine odaklanmıştır. Anksiyete, yorgunluk, yalnızlık, öfke, düşük moral, çaresizlik, depresyon, stres, farkındalık, düşük sosyal destek, düşük duygusal destek ve travma sonrası stres sendromunun Bütünlük Duygusu ile negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir (3,24).

Quehenberger ve Krajic (2017), salutojenik modelinin yaşlı bakım merkezlerinde ve kendi evlerinde kalan yaşlı bireylere uygulandığı araştırmaları (1996-2013) sistematik olarak sunduğu makalelerinde, özellikle tanımlayıcı ve karşılaştırmalı çalışmaların yoğunlukta olduğu, yaşlıların sağlığın geliştirilmesine modele uygun müdahale çalışmalarının çok az olduğuna dikkat çekmiştir (11). Günümüze kadar, müdahale çalışmaları için çeşitli öneriler bulunmasına rağmen, yaşlı bireylerin bütünlük duygusunu açıkça ele alan ve test eden birkaç çalışmaya rastlanmıştır (9,12). Bu çalışmalardan biri Tan ve arkadaşları (2014), 65 yaş ve üzeri bölge sakini yaşlılarda yürüttükleri toplum temelli bir randomize kontrollü araştırmadır. Bu araştırmada özbakım programının, yaşam kalitesini ve bütünlük duygusunu artırıp artırmayacağını belirlemek için deneysel bir protokol hazırlanmış, salutojenik modele dayalı bu girişim programının, yaşlılarda bütünlük duygusunu ve yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (9). Eren ve Uysal Toraman (2018) tarafından, salutojenik modele dayalı eğitim programının yaşlıların yaşam kalitesi, bütünlük duygusu ve psikolojik sağlamlıkları üzerine etkisini belirlemek üzere yürütülen randomize kontrollü araştırma İzmir ilinde evde yaşayan 65 yaş üstü 80 birey ile yürütülmüştür. Girişim grubuna “Salutojenik Model”in temel kavramları üzerinden bir eğitim programı düzenlenmiştir. Eğitim programı sonrası girişim ve kontrol grubu yaşlıların Bütünlük Duygusu Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > .05$). Ancak girişim ve kontrol grubu yaşlıların Bütünlük Duygusu Ölçeği'nin “Anlamlılık Alt Boyutu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < .05$) (12).

Yaşlı bireylerin bütünlük duygusunun değerlendirilmesi, bakımevindeki yaşam kalitesini ortaya koyması bakımından anlamlı bir gösterge olarak önerilmektedir. Yeterli ve devamlı şekilde profesyonel bakım sağlamak, anlaşılabilirliği arttırmaktadır. Sağlık bakım personeli, bakımevinde kalan bireylerin kendi kaynakları (örneğin, sosyal destek) üzerinde kontrol sahibi olduklarını hissetmeleri konusunda duyarlıysa ve kaynaklarını kullanmalarında bakımevinde kalan yaşlıları destekliyse, bu durum onların yönetilebilirlik duygularını arttırmaktadır. Yakın ilişkileri sürdürmede destek, duygusal destek ve amaçsal aktiviteler (örneğin, mesleki terapi) için fırsatların sağlanması, bakımevinde kalan yaşlıların anlamlılık duygularını besleyebilmektedir. “Salutojenik standartlar”, bakımevleri ve diğer sağlık kuruluşlarının da dizaynına entegre edilebilmektedir (21).

Salutojenik Yaklaşımın Hemşirelik Alanında Kullanımı

Salutojenik yaklaşımın 1990'lı yılların ortalarında hemşire araştırmacıların araştırmalarında yer aldığı görülmektedir (30). Hemşirelik araştırmalarının daha çok modelin temel kavramlarından olan bütünlük duygusunu ölçmek üzere geliştirilmiş ölçeklerin farklı örneklerde geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması, bireylerin bütünlük duygusu ve ilişkili faktörlerin saptanmasına yönelik kesitsel araştırmalar olduğu görülmektedir (10,13,25,26,30). Ward ve arkadaşlarının (2014) hemşirelerin bütünlük duygusunun ölçüldüğü ve ilişkili faktörlerin incelendiği araştırmaları sistematik olarak sundukları çalışmalarında, modelin sağlık çalışanlarının sağlığının tanımlanması ve geliştirilmesi boyutunda değerli veriler sunmaktadır (30). Bu sistematik derlemede, hemşirelere uygulanan eğitim veya başka bir programın etkisinin ölçüldüğü müdahale çalışmalarının sonuçları dikkat çekicidir. İncevçer topluluğu hemşireleri üzerinde yapılan müdahale çalışmasında tükenmişlik, empati ve bütünlük duygusu arasında önemli ilişkiler bulunmuştur. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular hemşire yöneticilere yol gösterici olması ve hemşirelerin çalışma ortamından doyum sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmasını sağlayacaktır.

Salutojenik model, hemşirelerin bakım verdikleri bireylerin sağlığının geliştirilmesi ve daha iyi sağlık bakımının sağlanmasında da rehberlik edebilen yaklaşımlar sunmaktadır. Bu kapsamda hemşire araştırmacılar tarafından, yaşlı bireylerin sağlığı ve sağlıklı olma ile ilişkili faktörlerin belirlenmesine yönelik salutojenik yaklaşımın kullanıldığı araştırmalarda yer aldığı görülmektedir (9,24,26,28,29). Bu yönelimde nüfusunun yaşlanmasının yanı sıra sağlıklı yaşlanma bakış açısının ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırma çabalarının etkisinin olabilir.

Türkiye’de salutojenik modelin hemşirelik literatürüne girişi oldukça yenidir. Ülkemizde modele yönelik çalışmalar daha çok sosyal ve eğitim bilimleri ile başlamıştır. Hemşirelik bakış açısı ile modelin açıklanması ve temel kavramlarının ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği bakış açısını ile ele alınma Bağ (2014) tarafından yayınlanan bir derleme ile olmuştur (5). Modelde yer alan bütünlük duygusu ölçeklerinin farklı örneklem gruplarında geçerlilik ve güvenilirliklerinin yapıldığı lisansüstü tez çalışması (13), yine salutojenik yaklaşım doğrultusunda geliştirilen yaşlılara yönelik bir eğitim programının yaşlıların bütünlük duygusu, yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik durumlarına etkisini ölçüldüğü deneysel bir araştırma (12) ilkler arasında yer almaktadır. Muhakkak henüz yayınlanmamış, ulaşılamamış hemşirelik araştırmaları, lisansüstü tezler vardır. Ancak ülkemizde hemşirelik çalışmalarında sağlık modelleri yoğun kullanılmasına rağmen, salutojenik model hakettiği ilgiyi henüz görmediği bir gerçektir. Salutojenik yaklaşım konusunun hemşirelik lisans ve lisansüstü programlarında yer verilmesi, bu alanda yayınların artması ile modele yönelik araştırma ilgisi artacak ve daha çok Türkiye verisi elde edilebilecektir.

Sonuç

Antonovsky'nin, bilim dünyasını salutogenez kavramıyla tanıştırmasının üzerinden yaklaşık yarım asır geçmiştir. Salutojenik yaklaşımın felsefesinin, temel kavramları sağlığın temel kavramları olan sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşlanma boyutlarıyla başlayıp, sağlık hizmetlerine entegrasyonu, yaşlılar, mental sağlık sorunu olan hastalar gibi risk gruplarında kullanımı gibi birçok alt başlıkta açıklandığı kapsamlı bir literatür bulunmaktadır. Bunun paralelinde salutojenik yaklaşımın kavramsal boyutunu içeren ölçüm araçları da bulunmaktadır. Model yaşlı bireylerde sağlığı sürdürmek ve geliştirmek adına değerli katkılar sağlamasına rağmen bilimsel çevrede İskandinav ülkeleri ve bazı Avrupa ülkeleri dışında (8,10,11) hala beklenen yaygınlıkta kullanılmamaktadır(5,12). Son yıllarda modelin Japonya, Kore gibi Asya ülkelerinde kullanıldığı yayınların olması sevindiricidir (9,18,30).

Modelin sağlığa yaklaşımı ve sağlığı tanımla hemşirelik bilimine çok değerli katkı sunacak nitelikte olsa da gerek dünyada gerekse ülkemizde hemşirelik alanında diğer sağlık modelleri kadar ilgi görmemiştir. Buna karşın sağlık ve hastalık tanımına yeni bir bakış açısı getirmesi, kişinin sağlığını koruma ve geliştirmesine vurgu yapması modelin, uygulama alanında her geçen gün ilgi görmesini sağlamaktadır. Bilimsel kanıtlar hem salutojenik modelinin sağlık ve iyi bir yaşam için ne kadar önemli olduğunu açıkça göstermektedir. Bu bilgi birikiminin daha büyük ölçüde uygulamaya geçirilmesine ihtiyaç vardır. Modelin uygulamada kullanımına ilişkin şunlar önerilebilir (3):

- Tüm politikalarda/sağlıklı toplum politikasında salutojenik kavramın ilkelerini ve bakış açılarını uygulamak (toplum)
- Bütünlük Duygusu' nun sağlık gösterge sistemlerine dahil edilmesi (toplum)
- Bu bakış açısını ve Bütünlük Duygusu ölçeğini müdahalelerde ve tedavide kullanmak (grup/birey)
- Öğrenme sürecinde ve okul gelişiminde salutojenik bakış açısını kullanmak (birey/grup)

Bilgilendirme

Bu derlemeye yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: Fikir ve kavram A.U.T, D.E.; tasarım A.U.T, D.E.; literatür tarama A.U.T, D.E.; literatür verilerinin analizi ve yorumlaması A.U.T.; makalenin yazımı A.U.T, D.E.; eleştirel düşünme A.U.T.

Bu derleme, araştırma ve bilimsel yayın etiğine uyularak yazılmıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derleme yazımı ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Minkler M, Schauffler H and Clements-Nolle K. Health promotion for older Americans in the 21st century. *American Journal of Health Promotion* 2000; 14(16): 371-379.
2. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* 2006; 21(3):238-244.
3. Eriksson M, Lindström B A. Salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International* 2008; 23(2):190–199.
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11(1):11–18.
5. Bag B. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde salutogenez modeli, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2017; 9(3):284-300.
6. Pelikan JM. The application of salutogenesis in healthcare settings. İçinde Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstrom B, Espnes GA. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer International Publishing; 2017:261-261.
7. Billings J and Hassem F. Literature review salutogenesis and the promotion of positive mental health in older people. *Mental Health and Well-being in Older People Making It Happen*, EU Thematic Conference; 19-20 April 2010; Madrid.
8. Wiesmann U, Hannich HJ. A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. *Aging Mental Health* 2008; 12:56–65.
9. Tan KK, Chan S WC, Vehviläinen-Julkunen K. Self-care program for older community-dwellers: Protocol for a randomized controlled trial. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2014;5(4): 145–155.
10. Drageset J, Nygaard HA, Eide GE, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008; 6:85.
11. Quehenberger V, Krajic K. Applications of salutogenesis to aged and highly-aged persons: Residential care and community settings. İçinde Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstrom B, et al. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer International Publishing; 2017:325-335.
12. Eren D, Uysal Toraman A. Sağlıklı olmayı desteklemeye yönelik eğitim programının yaşlıların yaşam kalitesi, bütünlük duygusu ve psikolojik sağlamlıkları üzerine etkisi. 5.Ulusal 1.Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi; 15-17 Kasım 2018; Sakarya.
13. Sağlam Y, Yıldırım Şişman N. Adölesanlarda salutogenez sağlık göstergesi ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 2.Uluslararası, 3.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi; 7-9 Ocak 2021; Ankara
14. Vinje HF, Langeland E and Bull T. Aaron Antonovsky's development of salutogenesis, 1979 to 1994, İçinde Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstrom B et al. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer International Publishing; 2017:25-40.
15. Mittelmark MB, Bauer GF. The meanings of salutogenesis. İçinde Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstrom B et al. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer International Publishing; 2017: 7-13.
16. Eriksson M. The sense of coherence in the salutogenic model of health. İçinde Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstrom B et al. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer International Publishing; 2017:91-96.
17. Antonovsky A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science Medicine* 1993; 37(8): 969-74
18. Tan KK, Vehviläinen-Julkunen K, Chan SW. Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. *J Adv Nurs*.2014;70:497-510.
19. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59(6): 440-442.
20. Lindström B, Eriksson M. The hitchhiker's guide to salutogenesis. *Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan and IUHPE Global Working Group on Salutogenesis. 2010
21. Langeland E, Astrid KW, Kristoffersen K, Hanestad BR. Promoting Coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing* 2007; 28:275–295.
22. Idan O, Eriksson M, and Al-Yagon M. The Salutogenic model: The role of generalized resistance resources. İçinde Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstrom B et al. (Eds.),*The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer International Publishing; 2017: 57-68.
23. Lindmark U, Stenstrom U, Gerdin EW, Hugoson A. The distribution of sense of coherence among Swedish adults: a quantitative cross-sectional population study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010; 38: 1-8.
24. Jueng RN, Tsai DC, Chen IJ. Sense of Coherence among older adult residents of long-term care Facilities in Taiwan: A cross sectional analysis. *PLoS ONE* 2016; 11(1): e0146912.doi:10.1371/journal.pone.0146912.
25. Naaldenberg J, Tobi H, van den Esker F, Vaandrager L. Psychometric properties of the OLCQ-13 scale to measure Sense of Coherence in a community dwelling older population. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9: 37.
26. Söderhamn O, Söderhamn U. Sense of coherence and health among home-dwelling older people. *Br J Community Nurs*. 2010; 15: 376–380.
27. Helvik AS, Engedal K, Selbæk G. Sense of coherence and quality of life in older in-hospital patients without cognitive impairment—a 12 month follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 82.

28. Thygesen E, Sævareid HI, Lindstrøm TC, Engedal K, Nygaard HA. Predicting needs for nursing home admission—does sense of coherence delay nursing home admission in care dependent older people? *Int J Older People Nurs.* 2009; 4: 12–21.
29. Drageset J, Espehaug B, Hallberg IR, Natvig GK. Sense of coherence among cognitively intact nursing home residents—a five- year longitudinal study. *Aging Ment Health.* 2014; 18: 889–896.
30. Ward M, Schulz M, Bruland D, Lohr M. A systematic review of antonovsky's sense of coherence scale and its use in studies among nurses: Implications for psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric Nursing,* 2014; 5(2):61-71.