



EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
Journal of Ege University Nursing Faculty



ISSN 2147-3463
E-ISSN 2667-6648



Yıl 2021
Year 2021

Cilt 37
Volume 37

Sayı 2
Number 2



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2021

Cilt (Volume) : 37

Sayı (Number) : 2

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN (Dekan Yrd.)

Prof. Dr. Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ (Dekan) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Oya KAVLAK (Baş Editör) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIEERSBERGEN (Dil Editörü) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Ayşe OKANLI - Medeniyet Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU - Erzurum Teknik Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU - Başkent Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Yıldız DENAT - Aydın Adnan Menderes Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Emine KARAMAN (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Arş. Gör. Dr. Gizem BEYCAN EKİTLİ (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Online Yayın Tarihi

Ağustos 2021

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.

Türkiye Atıf ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index and SOBIAD.

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayımlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orijinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayımlanabilir.

Yayın Hakları

Yayımlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editör / Editor in Chief

Oya Kavlak

Alan Editörleri / Field Editor*

Fahriye Vatan
Figen Yardımcı
Şafak Dağhan
Şenay Ünsal Atan
Türkan Özbayır
Yasemin Kuzeyle Yıldırım

Editör Yardımcıları / Editor Assistants

Emine Karaman
Gizem Beycan Ekitli
Duygu Güleç Şatır

Hakem Kurulu / Advisory Board*

Adalet KUTLU (Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)
Çiler YEYĞEL (İzmir Tınaztepe Üniversitesi, İzmir)
Dilek ERGİN (Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)
Dilek ÖCALAN (Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat)
Eda DOLGUN (Ege Üniversitesi, İzmir)
Elif GÜNAY İSMAİLOĞLU (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)
Esma ÖZŞAKER (Ege Üniversitesi, İzmir)
Fatma ETİ ASLAN (Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul)
Filiz KANTEK (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
Hacer ÇETİN (Mersin Üniversitesi, Mersin)
Hande YAĞCAN (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
İlknur Göl (Çankırı Karatekin Üniversitesi, Çankırı)
Kadriye SAYIN KASAR (Aksaray Üniversitesi, Aksaray)
Melek ARDAHAN (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
Meryem YAVUZ van GİERSBERGEN (Ege Üniversitesi, İzmir)
Murat BEKTAŞ (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
Nurdan GEZER (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın)
Özlem GÜNER (Sinop Üniversitesi, Sinop)
Rahşan ÇAM (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın)
Sezer ER GÜNERİ (Ege Üniversitesi, İzmir)
Şeyda BİNAY YAZ (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)
Tülin YILDIZ (Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ)
Türkan ÖZBAYIR (Ege Üniversitesi, İzmir)
Yelda CANDAN DONMEZ (Ege Üniversitesi, İzmir)

Dil Editörü

Meryem YAVUZ van GİERSBERGEN

* İsimler alfabetik sıralanmıştır. Bu sayıya verdikleri katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları ile Stresle Başa Çıkma ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki

The Relationship Between Infertile Women's Distress From Infertility, Coping With Stress, and Perceived Social Support

Semra ZORLU, Nuriye ERBAŞ..... 95-105

Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determination of Nurses' Quality of Work Life and Influencing Factors

Ezgi TAMER, Havva ÖZTÜRK 107-119

Detection of Drug Medication Errors of Nursing Students in Pediatric Patients Through a Hospital Simulation

Simüle Edilmiş Hastane Ortamında Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk Hastalarda İlaç Uygulama Hatalarının Belirlenmesi

Suat TUNCAY, Ayşe ŞAHİN, Kamile AKÇA, Duygu ARIKAN..... 121-129

Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi

Examining The Attitudes of the Patients At A University Hospital Towards Using Patient Rights

Ayşe Aslı OKTAY, Filiz TAŞ, Merve GÜLPAK, Fadime YEL 131-139

Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yüğü ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Cancer Information Overload and Healthy Lifestyle Behaviors of Female Workers

Fatma Sultan ÖZTOPRAK, Emel EGE..... 141-156

Derlemeler / Reviews

Kalp Cerrahisi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü

Enhanced Recovery After Cardiac Surgery Protocol

Selda MERT, Aylin AYDIN SAYILAN 157-170

Diz Hastalıklarına Bağlı Ağrıda Kullanılan Zencefil Uygulaması Cerrahi Sonrası Bir Öneri Olabilir mi?

Ginger Used For Pain Related To Knee Problems Can it Be A Suggestion After Surgery?

Kıymet YUMUŞAK, Özlem CEYHAN 171-177

Cerrahi Hasta Bakımında Venöz Tromboembolizmin Önlenmesinde Kanıt Temelli Uygulama Önerileri

Evidence-Based Practice Recommendations in Preventing Venous Tromboembolism in Surgical Patient Care

Sinem GEÇİT, Meryem YAVUZ van GIERBERGEN 179-187

Değerli okurlarımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021 yılının ikinci sayısını sizlere sunmaktan gururluyuz. Dergimizin bu sayısında ilginizi çekeceğini düşündüğümüz 5 araştırma ve 3 derleme olmak üzere toplam 8 makaleye yer verdik. Bunlar, “*İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki*”, “*Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*”, “*Detection of drug medication errors of nursing students in pediatric patients through a hospital simulation*”, “*Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi*”, “*Kadın işçilerin kanser bilgi yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelenmesi*”, “*Kalp cerrahisi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü*”, “*Diz hastalıklarına bağlı ağrıda kullanılan zencefil uygulaması cerrahi sonrası bir öneri olabilir mi?*” ve “*Cerrahi hasta bakımında venöz tromboembolizmin önlenmesinde kanıt temelli uygulama önerileri*” başlıkları adı altında toplanmıştır.

Bu makalelerin hemşirelik alanında hizmet veren hemşirelere ve akademisyenlere yararlı olacağını düşünüyoruz. Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörlerinin çok önemli sorumlulukları vardır. Bu sayının hazırlanmasında yayınları olan yazarlara, makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize, hazırlık aşamasında tüm işlemlerin gerçekleştirilmesinde özveri ile çalışan dergi ekibimize ve dergi tasarımı yapan Medine DEMİR’e desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ederiz.

Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha birçok sayıya imza atacağımıza olan inancımız tamdır. Dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere sağlık ve mutluluklar dileriz.

Sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Baş Editör

Semra ZORLU¹
Orcid: 0000-0001-7566-0060

Nuriye ERBAŞ²
Orcid: 0000-0001-9141-2382

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

² Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Semra ZORLU
skocatas@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Başa çıkma; hemşirelik; infertilite; infertiliteden etkilenme; kadın; sosyal destek.

Key Words:

Coping; nursing; infertility; infertility distress; women; social support.

İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları ile Stresle Başa Çıkma ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki

The Relationship Between Infertile Women's Distress From Infertility, Coping With Stress, and Perceived Social Support

*Bu çalışma, 5-6 Ekim 2017 tarihinde Kocaeli ilinde düzenlenen 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresinde "İnfertil Kadınların Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve İnfertiliteden Etkilenme Durumları" başlıklı sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 19 Mart 2021

Kabul Tarihi: 2 Nisan 2021

ÖZ

Amaç: Bu araştırma; infertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı araştırmanın örneklemini; bir üniversite hastanesinin Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezine 15 Kasım 2016-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında başvuran, primer infertilite tanısı alarak tedaviye başlamış, tanılanmış psikiyatrik sorunu olmayan 202 infertil kadın oluşturmuştur. Veriler; kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren bir anket formu, İnfertilite Etkilenme Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak ve kadınlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Elde edilen veriler t testi, varyans analizi ve pearson korelasyon analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların İnfertilite Etkilenme Ölçeği puan ortalaması 38.20±9.66 olup, infertiliteden etkilenimlerinin düşük düzeyde olduğu, stresle işlevsel başa çıkma stratejileri alt ölçek puan ortalamalarının, stresle işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması 65.45±15.83 olup kadınlar tarafından algılanan sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Kadınların İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeğinin stresle işlevsel başa çıkma stratejileri alt ölçek puanları arasında negatif; stresle işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri alt ölçek puanları arasında anlamlı pozitif; İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve aile alt ölçek puanları arasında anlamlı negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Stresle etkin baş edemeyen ve sosyal destekleri yetersiz olan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendikleri bulunmuştur.

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine the relationship between infertile women's distress from infertility, coping with stress, and perceived social support.

Methods: The sample of this descriptive study consists of 202 infertile women who were admitted to the Assisted Reproductive Treatment Center of a university hospital between November 15, 2016, and May 15, 2017, and started treatment with a diagnosis of primary infertility and had no diagnosed psychiatric problems. The data were collected face-to-face, using a questionnaire containing questions on women's socio-demographic characteristics, Infertility Distress Scale, Ways of Coping Inventory, and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The obtained data were evaluated by using t-test, variance analysis and Pearson correlation analysis.

Results: It was found that participants' mean Infertility Distress Scale score was 38.20±9.66 and their infertility distress was low, their mean subscale scores of functional coping strategies with stress were higher than of non-functional coping strategies, and the mean Multidimensional Scale of Perceived Social Support score was 65.45±15.83 and the social support perceived by women was at a good level. It was determined that there was a negative correlation between the scores of the Infertility Distress Scale and the Stress Coping Scale's functional coping strategies subscale, a positive correlation between the Infertility Distress Scale and the Ways of Coping Inventory non-functional coping strategies subscale, and a negative correlation between the scores of the Infertility Distress Scale and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and family subscale.

Conclusion: It was determined that women who cannot effectively cope with stress and have insufficient social support are affected by infertility more than others.

Kaynak Gösterimi: Zorlu, S., Erbas, N. (2021). İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *EGEHFD*, 37(2), 95-105. Doi:10.53490/egehemsire.899608

How to cite: Zorlu, S., Erbas, N. (2021). The relationship between infertile women's distress from infertility, coping with stress, and perceived social support. *JEUNF*, 37(2), 95-105. Doi:10.53490/egehemsire.899608

GİRİŞ

İnfertilite, en az bir yıllık süre boyunca korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalınmaması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2009). İnfertilite, bireyde çeşitli psikolojik ve sosyal etkilenimlere yol açan ciddi bir stres faktörü ve yaşam krizi olarak ifade edilmektedir (Ramezanzadeh ve diğerleri, 2011). Çocuk sahibi olamama her iki cinsi duygusal olarak etkilese de kadınların daha fazla stres ve baskı hissettikleri, anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Naab ve diğerleri, 2013). Alosaimi ve diğerlerinin (2017) infertil erkek ve kadınlara yönelik yaptıkları çalışmada, infertiliteye bağlı psikososyal baskıların kadınlarda (%47.3) erkeklerden (%39.7) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, infertil kadınların %33'ünün klinik olarak depresyona girdiği, %59'unun ise yüksek düzeyde stres yaşadığı bulunmuştur (Carter ve diğerleri, 2011). Bir başka çalışmada infertil kadınlar arasında depresyon prevalansının %58-62 olduğu saptanmıştır (Alhassan ve diğerleri, 2014; Lakatos ve diğerleri, 2017). Yapılan sistematik bir derlemede; infertil bireylerin yaşam kalitelerinin ülkeler bazında İran, Türkiye ve Nijerya gibi ülkelerde daha düşük olduğu; Çin, Tunus ve Amerika gibi ülkelerde ise daha yüksek olduğu, ayrıca infertil kadınların fertil kadınlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Çağlar ve Satılmış, 2019).

Özellikle geleneksel toplumlarda kadının aile ve toplum içindeki rolü, doğurganlık ve çocuk bakımı ile özdeşleştirilmektedir. İnfertilitenin %40'ının erkeklerle, %40'ının kadınla ve %20'sinin ise bilinmeyen nedenlerle ya da her iki cinsiyetle ilişkili olmasına rağmen, bazı toplumlarda çocuk doğurma yetersizliği hemen her zaman sadece "kadına" atfedilir ve kadınlar genellikle infertilite nedeni onlardan kaynaklanmasa bile infertilite için suçlanır (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019; Naab ve diğerleri, 2013). Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damgalanma (etkilenme, stigma, küçük düşme), suçluluk duygusu yaratır ve utanç verici bir durum olarak algılanır (Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015). Görüldüğü gibi infertilite, özellikle kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunudur (Naab ve diğerleri, 2019).

İnfertil insanların çoğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı ve bu ortamlarda çocuk sahibi olmanın, özellikle de erkek çocuk doğurmanın genellikle kadınlar için toplumdaki statülerini artırmanın tek yolu olduğu bildirilmektedir (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019). Gelişmekte olan ülkelerde; çocuklar sosyal, kültürel ve ekonomik nedenlerden dolayı son derece değerlidir (Naab ve diğerleri, 2013). Bu ülkelerde çocuksuz olma; kişisel, sosyal ve ailevi sorunlara, evlilikte istikrarın azalmasına yol açar ve ayrıca sosyal dışlanmanın da bir nedenidir. Bazı kadınların infertilite tanısını, dışlanacaklarını düşündükleri için saklama eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015). Çocuğu olmayan kadın aile ve komşuları tarafından dışlanmakta, hor görülebilmekte, kendisine "eksik", "yarım kadın", "kısır", "uğursuz", "kuru dal", "meyvesiz ağaç" gibi ifadeler kullanılabilir (Daibes ve diğerleri, 2018). Neredeyse her toplumda infertil kadınlar fertilitate problemlerinden dolayı sorumlu tutulmakla ve sosyal destekten mahrum kalmakla birlikte, geleneksel kültürlerde yaşayan kadınların infertiliteyi daha büyük bir yük olarak taşıdıkları görülmektedir (Daibes ve diğerleri, 2018).

İnfertilitenin yanı sıra; uygulanan testler, kullanılan yardımcı üreme tedavileri ve bu test ve tedavilerin daha çok kadınlar üzerinde gerçekleştirilmesi de kadınlar da ek duygusal strese ve infertilite için kendilerini sorumlu tutmalarına neden olmaktadır (Hasanpoor-Azghdy ve diğerleri, 2015). Tedavi sürecine bağlı yaşanan stres, başarısız tedavi denemeleri ile daha da artmakta ve bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Ramezanzadeh ve diğerleri, 2011). Bu bağlamda, infertilite ile kadının etkin bir şekilde baş edebilmesi ve tedavi sürecinin başarılı olmasında sağlık bakımının temel insan gücünü oluşturan hemşirelerin rolü büyüktür. İnfertilite ünitesindeki sağlık çalışanları, bireylerin psikososyal gereksinimlerini belirleyebilmede ve gerektiğinde bireylere yönelik psikososyal müdahalelerde bulunarak destek ve danışmanlık sağlayabilmede iyi bir konumdadırlar (Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015). Özellikle infertilite ünitesinde çalışan hemşirelerin; "infertilite" tanısı almanın kadınlar üzerindeki psikososyal etkilerini, infertilite stresi ile nasıl baş ettiklerini ve sosyal desteklerini dikkate alarak bakım vermeleri, etkili bir psikososyal müdahalenin, destek ve danışmanlığın da temelini oluşturacaktır. Yılmaz ve diğerleri (2020) tarafından yürütülen çalışmada, infertilite sorunu olan kadınlarda infertilite stresi ile ilişkili olan faktörler üzerinde durulmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda infertil kadınların kişisel ve evlilik alanında ileri düzeyde stres yaşadıkları, sosyal alanda ise orta düzeyde stres yaşadıkları (Sis Çelik ve Kırcı, 2018), anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu (Alhassan ve diğerleri, 2014; Lakatos ve diğerleri, 2017) belirtilmiş ve kadınların altta yatan sıkıntılarının yeterli psikososyal müdahalelerle azaltılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu çalışmalarda infertilite stresi ile başa çıkma ve sosyal destek arasındaki ilişki doğrudan ele alınmamıştır. Literatürde; infertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi birlikte ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçlarının; genelde tüm sağlık çalışanlarının özelde hemşirelerin, kadınları infertil olmanın psikososyal etkilenimleri yönünden değerlendirmeleri ve bu yönde desteklemeleri açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Katılımcıların infertiliteden etkilenmeleri ne düzeydedir?
2. Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları nasıldır?
3. Katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi nedir?

4. Katılımcıların sosyodemografik ve infertilite ile ilgili bazı özellikleri ile infertiliteden etkilenme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark var mıdır?
5. Katılımcıların infertiliteden etkilenme düzeyleri, stresle başa çıkma tarzları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; infertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Araştırma tanımlayıcı ve analitik tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırma; Sivas il merkezinde yer alan bir üniversite hastanesinin Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezinde (ÜYTM) yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin ÜYTM'ye 15 Kasım 2016-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında infertilite sorunu nedeniyle başvuran kadınlar oluşturmuş (N=724) ve G-power analizi yapılarak örneklem sayısı 202 olarak belirlenmiştir. G-power analizi sonucu, alfa değeri=0.05, etki büyüklüğü=0.23 ve power değeri=0.9466309 olarak bulunmuştur. Araştırmaya alınma kriterleri; primer infertilite tanısı alarak tedaviye başlamış, sadece erkek kaynaklı infertilite tanısı almamış, tanılanmış psikiyatrik bir sorunu olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü kadınlardan oluşmuştur. Dışlanma kriterleri ise, sekonder infertilite tanısı olan, sadece erkek kaynaklı infertilite tanısı olan, tanılanmış psikiyatrik sorunu olan ve çalışmaya katılmayı istemeyen kadınlardan oluşmaktadır.

Veri Toplama Tekniği ve Araçları: Veri toplama aracı olarak dört form kullanılmıştır.

Birey Tanıtım Formu: Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür taranarak (Dimka ve Dein, 2013; Hasanpoor-Azghdy ve diğerleri, 2015; Kavak ve Kavak, 2018; Patel ve diğerleri, 2018) oluşturulmuş olan formda; kadınların sosyodemografik ve infertilite ile ilgili özelliklerini değerlendiren toplam 28 soru yer almaktadır.

İnfertilite Etkilenme Ölçeği (İEÖ): Akyüz ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ölçek, infertiliteye ilişkin olarak bireylerin kendilerini nasıl hissettiğini ve duygu durumlarını tanımlamaktadır. Ölçek 16'sı düz, beşi ters olmak üzere toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tiplidir ve pozitif maddeler 1: hiç bir zaman, 4: her zaman olarak puanlanırken, negatif maddeler (3., 10., 13., 14. ve 21. madde) tam tersi puanlanmaktadır. Ölçekten 21 ila 84 arasında bir puan alınabilir. Ölçeğin bir kesme noktası ve alt ölçekleri bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, infertiliteden etkilenmenin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin madde puanlarının güvenirlik katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Bulunan değer Akyüz ve diğerlerinin (2008) Cronbach Alpha değerine yakındır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ): Şahin ve Durak (1995) tarafından, bireylerin stresle başa çıkmada kullandıkları tarzları ölçmek amacıyla Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş olan Başa Çıkma Yolları Envanterinden (Ways of Coping Inventory) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek; kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18), sosyal destek arama yaklaşımı (1, 9, 29, 30), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28) ve boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24) olmak üzere beş alt ölçekten ve toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye verilebilecek cevaplar, bana hiç uygun değil (%0); bana uygun değil (%30); bana uygun (%70); bana çok uygun (%100) biçiminde değerlendirilmektedir. Alt ölçeklere ilişkin iç tutarlık katsayıları; kendine güvenli yaklaşım için 0.62 ila 0.80, iyimser yaklaşım için 0.49 ila 0.68, sosyal destek arama için 0.45 ila 0.47, çaresiz yaklaşım için 0.64 ila 0.73 ve boyun eğici yaklaşım için 0.47 ila 0.72 arasında değişmektedir. Dörtlü likert tipinin kullanıldığı ölçeğin her bir maddesi 0-3 puan arası puanlanmakta olup, 1. ve 9. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Alt ölçek puanları her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması kişinin ilgili başa çıkma tarzını daha fazla kullandığını göstermektedir. Ölçeğin özgün formunda alt ölçeklere ilişkin iç tutarlık katsayıları; kendine güvenli yaklaşım için 0.62 ila 0.80, iyimser yaklaşım için 0.49 ila 0.68, sosyal destek arama için 0.45 ila 0.47, çaresiz yaklaşım için 0.64 ila 0.73 ve boyun eğici yaklaşım için 0.47 ila 0.72 arasında değişmektedir. Ölçeğin bu çalışma için Cronbach Alpha değerleri; kendine güvenli yaklaşım için 0.78, iyimser yaklaşım için 0.51, sosyal destek arama için 0.54, çaresiz yaklaşım için 0.68 ve boyun eğici yaklaşım için 0.52 olarak bulunmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Bu ölçek (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 1995'de Eker ve Arkar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Aynı yazarlar tarafından 2001 yılında ölçeğin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği incelenmiş ve ölçeğin ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach Alpha katsayıları= 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker ve diğerleri, 2001). Ölçek, üç farklı kaynaktan alınan

sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insan (1, 2, 5, 10. maddeler) şeklinde üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin her bir alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir (en düşük puan 12, en yüksek puan 84). Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışma için kadınlara ÇBSDÖ’nin “özel insan” olarak sorulan sorulara “eş” düşünülerek cevap verilmesi istenmiştir. Düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destekten yoksun olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin bu çalışma için Cronbach Alpha değeri 0.80 olarak bulunmuştur.

Araştırma Verilerinin Toplanması:

Araştırmanın verileri 15 Kasım 2016-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. ÜYTM’de belirtilen tarihler arasında, kadınların yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından formlar kadınlar ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırma kriterlerine uyan kadınlara öncelikle araştırma hakkında kısa bir bilgi verilmiş, anket ve ölçek formlarının ortalama ne kadar sürede doldurulacağı açıklanmış, katılımcıların anlamadığı veya sormak istediği konularda ek açıklamalar yapılmıştır. Kadınlara ÜYTM’de yer alan sessiz sakin bir görüşme odasında, yüz yüze iletişime geçilmiş ve araştırmacı tarafından sırasıyla anket formu, İEÖ, SBCTÖ ve ÇBASDÖ uygulanmıştır. Formların uygulanması, araştırmacının formdaki soruları kadınlara yöneltmesi ve verdikleri cevabı işaretlemesi şeklinde gerçekleştirilmiş ve ardından veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Bir kadın için formların doldurulması yaklaşık 30 dakika kadar sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 15.00 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılımda olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov normallik testi ile bakılmış, tüm değişkenlerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Verilerin değerlendirilmesinde; Pearson korelasyon analizi, t testi, tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) analizi ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin sunumu için ortalama, standart sapma ve yüzdelik kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırma yapılmadan önce üniversite hastanesinden kurum izni ve aynı üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Etik Karar No: 2016-10/19) alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, elde edilen bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve kişisel bilgilerinin gizliliğinin korunacağı hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın her bir aşamasında Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uyulmuştur. Ölçeklerin kullanımından önce, ölçekleri Türkçe’ye uyarlayan ölçek sahipleri ile mail yoluyla iletişime geçilmiş ve izin alınmıştır.

Çalışmanın Sınırlılıkları: Araştırma, bir üniversite hastanesinin ÜYTM’sine infertilite tedavisi için başvuran ve araştırmaya katılma kriterlerine uyan kadınlarla sınırlıdır.

BULGULAR

Araştırmada yer alan kadınların sosyodemografik ve infertilite ile ilgili özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Kadınların İEÖ puan ortalamasının 38.20 ± 9.66 (Min:21;Max:69) puan olduğu, infertiliteden etkilenimlerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. SBCTÖ alt ölçek puan ortalamaları; Kendine Güvenli Yaklaşım 2.20 ± 0.52 (Min:0;Max:3), İyimser Yaklaşım 2.06 ± 0.52 (Min:0;Max:3), Sosyal Destek Arama 1.81 ± 0.52 (Min:0;Max:3), Çaresiz Yaklaşım 1.53 ± 0.59 (Min:0;Max:3) ve Boyun Eğici Yaklaşım 1.54 ± 0.54 (Min:0;Max:3) puandır. Stresle işlevsel başa çıkma stratejileri alt ölçek puan ortalamalarının (kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı), stresle işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri alt ölçek puan ortalamalarından (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım) daha yüksek olduğu saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 65.45 ± 15.83 (Min:12;Max:84) olup; ÇBASDÖ alt ölçek puan ortalamaları; Aile 23.79 ± 5.18 (Min:4;Max:28), Arkadaş 21.52 ± 6.88 (Min:4;Max:28) ve Özel İnsan (Eş) 20.13 ± 6.98 (Min:4;Max:28) puandır. ÇBASDÖ toplam puan ortalamasına göre kadınlar tarafından algılanan sosyal desteğin genel olarak iyi düzeyde olduğu ve alt ölçek toplam puanlarına göre kadınların aileden aldıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Kadınların İEÖ toplam puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve infertilite özellikleri ile dağılımı incelendiğinde; aile tipi, gelir durumu, yaşanılan yer, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, infertilite tanı ve tedavi süresi, infertilite sorunuyla baş etmede kullandığı yöntem ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Geniş aile tipine sahip, geliri giderinden az, şehirde yaşayan, eşi ilköğretim mezunu olan, eşi çalışmayan, infertilite tanısı alma ve tedavi süresi 3 yıl ve üzerinde olan, infertilite sorunuyla sosyal ortamlardan kaçınarak baş etmeye çalışan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır. İEÖ toplam puan ortalamaları ile

kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite sorununun kaynağı ve infertilite tedavisi alma kararı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Kadınların İEÖ ve SBÇTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçek puanları arasında negatif; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek puanları arasında anlamlı pozitif bir korelasyon olduğu; İEÖ ile ÇBASDÖ toplam ölçek puanı, aile ve özel insan (eş) alt ölçek puanları arasında anlamlı negatif bir korelasyon olduğu, İEÖ ile arkadaş alt ölçeği arasında ise negatif bir korelasyon olduğu ancak bu korelasyonun anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik ve İnfertilite İle İlgili Özellikleri (n=202)

Sosyodemografik Özellikleri		n	%
Yaş ortalaması	30.71±5.65 (Min:18;Max:46)		
Yaş grubu	18-34 yaş	149	73.8
	35-46 yaş	53	26.2
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	58	28.7
	Ortaöğretim mezunu	90	44.6
	Yükseköğretim mezunu	54	26.7
Çalışma durumu	Çalışmıyor (ev hanımı)	154	76.2
	Çalışıyor	48	23.8
Ekonomik durumu	Gelir giderden az	61	30.2
	Gelir gidere eşit	123	60.9
	Gelir giderden fazla	18	8.9
Aile tipi	Çekirdek	144	71.3
	Geniş	58	28.7
Yaşadığı yer	Şehir	135	66.8
	İlçe	33	16.3
	Köy	34	16.8
Evlilik süresi	1 yıldan az	3	1.5
	1-3 yıl arası	38	18.8
	3 yıl ve üzeri	161	79.7
Eşinin eğitim durumu	İlköğretim mezunu	51	25.2
	Ortaöğretim mezunu	92	45.5
	Yükseköğretim mezunu	59	29.2
Eşinin çalışma durumu	Çalışmıyor	29	14.4
	Çalışıyor	173	85.6
İnfertilite Özellikleri			
İnfertilite sorununun kaynağı	Kendisinden kaynaklı	100	49.5
	Kendisi ve eşinden kaynaklı	55	27.2
	Bilinmeyen nedenli	47	23.3
İnfertilite tanısı alma süresi	2 yıl ve altı	140	69.3
	3 yıl ve üzeri	62	30.7
İnfertilite tedavi süresi	2 yıl ve altı	166	82.2
	3 yıl ve üzeri	36	17.8
İnfertilite tedavisi alma kararı	Kadının kendisi	10	4.9
	Kadının eşi	4	2.0
	Kendisi ve eşi birlikte	188	93.1
İnfertilite sorunuyla baş etme yöntemi	Sosyal ortamlardan kaçınarak baş etme	21	10.4
	İbadete yönelerek baş etme	45	22.3
	Başkalarıyla konuşarak baş etme	136	67.3

Tablo 2. Kadınların İnfertilite Etkilenme Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Ölçekleri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları (n=202)

Ölçekler	X±SS	Minimum-Maksimum Puan	Ölçekten Alınabilecek Minimum-Maksimum Puan
İnfertilite Etkilenme Ölçeği Toplam	38.20±9.66	Min:21; Max:69	Min:21; Max:84
SBÇTÖ-Kendine Güvenli Yaklaşım	2.20±0.52	Min:0; Max:3	Min:0; Max:21
SBÇTÖ-İyimser Yaklaşım	2.06±0.52	Min:0; Max:3	Min:0; Max:15
SBÇTÖ-Sosyal Destek Arama	1.81±0.52	Min:0; Max:3	Min:0; Max:12
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	1.53±0.59	Min:0; Max:3	Min:0; Max:24
SBÇTÖ-Boyun Eğici Yaklaşım	1.54±0.54	Min:0; Max:3	Min:0; Max:18
ÇBASDÖ-Aile	23.79±5.18	Min:4; Max:28	Min:4; Max:28
ÇBASDÖ-Arkadaş	21.52±6.88	Min:4; Max:28	Min:4; Max:28
ÇBASDÖ-Özel İnsan (Eş)	20.13±6.98	Min:4; Max:28	Min:4; Max:28
ÇBASDÖ-Toplam	65.45±15.83	Min:12; Max:84	Min:12; Max:84

Tablo 3. Kadınların Bazı Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre İnfertilite Etkilenme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=202)

Sosyodemografik özellikler	İnfertilite Etkilenme Ölçeği				
	n	%	X±SD		
Yaşı	18-34 yaş	149	73.8	37.99±9.76	t=-0.504 p=.615
	35-46 yaş	53	26.2	38.77±9.45	
Eğitim düzeyi	İlköğretim mezunu	58	28.7	40.10±11.22	F=1.720 p=.182
	Ortaöğretim mezunu	90	44.6	37.74±9.04	
	Yükseköğretim mezunu	54	26.7	36.91±8.68	
Çalışma durumu	Çalışmıyor (Ev hanımı)	154	76.2	38.46±9.88	t=0.692 p=.490
	Çalışıyor	48	23.8	37.35±9.00	
Aile tipi	Çekirdek aile	144	71.3	36.53±7.95	t=-3.381 p=.001*
	Geniş aile	58	28.7	42.34±12.09	
Gelir durumu	Gelir giderden az	61	30.2	41.16±11.28	F=4.883 p=.009*
	Gelir gidere denk	123	60.9	37.25±8.43	
	Gelir giderden fazla	18	8.9	34.61±9.70	
Halen yaşadığı yer	Şehir	135	66.8	43.56±10.87	F=6.714 p=.002*
	İlçe	33	16.3	36.58±10.31	
	Köy	34	16.8	37.24±8.76	
Eşinin eğitim düzeyi	İlköğretim mezunu	51	25.3	42.76±10.49	F=8.622 p=.000*
	Ortaöğretim mezunu	92	45.5	37.22±8.97	
	Yükseköğretim mezunu	59	29.2	35.78±8.76	
Eşinin çalışma durumu	Çalışmıyor	29	14.4	42.24±8.19	t=2.465 p=.015*
	Çalışıyor	173	85.6	37.52±9.75	
İnfertilite özellikleri					
İnfertilite sorununun kaynağı	Kendisinden kaynaklı	100	49.5	37.32±9.96	F=0.820 p=.442
	Kendisi ve eşinden kaynaklı	55	27.2	38.98±10.12	
	Bilinmeyen nedenli	47	23.3	39.15±8.43	
İnfertilite tanısı alma süresi	1 yıldan az	75	37.1	36.35±8.79	F=5.404 p=.001*
	1-2 yıl arası	65	32.2	36.68±9.55	
	3 yıl ve üzeri	62	30.7	42.63±10.45	
İnfertilite tedavi süresi	1 yıldan az	103	51.0	35.98±8.23	F=12.763 p=.000*
	1-2 yıl arası	63	31.2	37.98±9.46	
	3 yıl ve üzeri	36	17.8	44.92±10.93	
İnfertilite tedavisi alma kararı	Kadının kendisi	10	4.9	41.40±5.30	F=0.879 p=.417
	Kadının eşi	4	2.0	41.75±11.32	
	Kendisi ve eşi birlikte	188	93.1	37.95±9.80	
İnfertilite sorunuyla baş etme yöntemi	Sosyal ortamlardan kaçınarak baş etme	21	10.4	40.62±8.78	F=0.965 p=.012*
	İbadete yönelerek baş etme	45	22.3	37.92±9.75	
	Başkalarıyla konuşarak baş etme	136	67.3	36.84±7.72	

*p<0.05

Tablo 4. Kadınların İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Ölçekleri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki^a (n=202)

	SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	SBÇTÖ İyimser Yaklaşım	SBÇTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım	SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	ÇBASDÖ Aile	ÇBASDÖ Arkadaş	ÇBASDÖ Özel İnsan (Eş)	ÇBASDÖ Toplam Ölçek Puanı
İEÖ Toplam Puanı	rho= -.35 p=.001*	rho= -.43 p=.001*	rho= -.40 p=.001*	rho=.51 p=.001*	rho= .21 p=.002*	rho= -.39 p=.001*	rho= -.12 p=.066	rho= -.19 p=.006*	rho= -.27 p=.001*

^a Pearson korelasyon testi, *p<0.05

TARTIŞMA

Mevcut araştırmalar, infertilitenin kadınları erkeklerden çok daha fazla etkilediğini göstermektedir (Hasanpoor-Azghdy ve diğerleri, 2015; Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019). Bazı kültürlerde; infertilite durumu yasal ve dini olarak evliliğin sona ermesinde haklı bir gerekçe olarak gösterilebilmektedir. Hatta, boşanan infertil kadınlar için tekrar evlenme şansının düşük olması, yalnız yaşamının sosyal olarak onaylanmaması ve birçok kadın için sosyal ve ekonomik destek eksikliği gibi bazı faktörler infertil kadınların yaşadıkları psikolojik travmayı daha da derinleştirmektedir (Fahami ve diğerleri, 2010).

Araştırmada kadınların İEÖ puan ortalamasının 38.20±9.6 puan olduğu, infertiliteden etkilenimlerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Türkiye’de infertilite polikliniğine başvuran kadınlarla yapılan bir başka çalışmada da kadınların İEÖ puan ortalamasının 39.01±9.6 puan olduğu ve infertiliteden etkilenimlerinin benzer düzeyde olduğu belirlenmiştir (Ünal ve diğerleri, 2010). Ülkemizde primer infertil kadınlarla yürütülen başka bir çalışmada, kadınların infertiliteden psikolojik olarak olumsuz etkilenme düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Nuri Turhal ve Sis Çelik, 2019). Afrika’da yapılan bir çalışmada; infertil kadınların yarısının genel sağlık durumlarını kötü olarak tanımladıkları ve yapılan psikolojik değerlendirme testi sonucuna göre dörtte birinin psikolojik sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Hess ve diğerleri, 2018). İran’daki çalışmada da infertil kadınların yarısından fazlasının genel sağlıklarını ve yaşam kalitelerini iyi bulmadıkları ortaya çıkmıştır (Namdar ve diğerleri, 2017). Araştırma bulgularına benzer olarak yapılan başka çalışmalarda da infertil kadınların infertilite nedeniyle hafif düzeyde damgalanma ve minimal umutsuzluk yaşadıkları saptanmıştır (Hess ve diğerleri, 2018; Kaya ve Oskay, 2019). Literatürde, infertilite tedavisinin de infertiliteden etkilenimi ve yaşanan psikolojik sorunları (düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete, kaygı, yalnızlık, keder gibi) artırdığı belirtilmektedir (Hasanpoor-Azghdy ve diğerleri, 2015, Olarino ve diğerleri, 2019). İnfertil kadınların infertiliteden etkilenimlerinin düşük düzeyde olduğuna ilişkin araştırma bulguları, Ünal ve diğerlerinin (2010) benzer bulguları dışında, infertiliteye bağlı kadınların yaşadıkları sorunlara ve olumsuz etkilenimlere vurgu yapan literatür bulgularından farklılık göstermektedir. Bu araştırmada, kadınların depresyon, anksiyete ya da stres düzeylerini doğrudan değerlendiren bir ölçek kullanılmamıştır. Ayrıca infertiliteden düşük düzeyde etkilenimin, araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun genç yaş grubunda (18-34 yaş arası) olması ve infertilite tedavi sürelerinin iki yıl ve altında olması nedeniyle umut düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan kadınların stresle işlevsel başa çıkma stratejileri alt ölçek puan ortalamalarının (kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı), stresle işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri alt ölçek puan ortalamalarından (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada infertilite sorunuyla başkalarıyla ve eşle konuşarak, ibadete yönelerek baş etmeye çalışan kadınların infertiliteden daha az etkilendikleri, sosyal ortamlardan kaçınarak baş etmeye çalışan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir. Kaplan (2018) tarafından ele alınan derlemede, infertil bireylerin aşırı yemek yeme, içe kapanma, aşırı tepki gösterme gibi etkisiz baş etme; egzersiz, gevşeme yöntemleri gibi bedene özgü, sosyal desteği kullanma, durumu kabullenmeye çalışma gibi duruma yönelik ve duygularını başkalarıyla paylaşma gibi duygu ve düşüncelere yönelik etkili baş etme yöntemlerini kullanabildikleri bildirilmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Kaya ve Oskay’ın (2019) çalışmasında, infertil kadınların başa çıkma mekanizması olarak duygu odaklı başa çıkma yollarını (kabullenme, mizah, dini uygulamalara yönelme), fonksiyonel olmayan başa çıkma yollarından (inkâr, madde kullanımı, ruhsal ve davranışsal geri çekilme) daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Türk infertil kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada, kadınların infertiliteden olumsuz olarak etkilendikleri, yaşadıkları stres ile baş etmek için eşleri ve diğer infertil kadınlarla sorunlarını paylaştıkları ve spiritual yöntemleri kullandıkları ortaya çıkmıştır (Karaca ve Unsal, 2015). Yapılan bir derlemede de araştırma bulguları ile uyumlu olarak; eşlerin infertiliteye ilişkin duygu ve düşünceleri hakkında konuşmaları, yakın çevreleriyle duygu ve düşüncelerini paylaşmaları, infertiliteyi deneyimleyen diğer insanlarla konuşulmasının stresi azaltacağı belirtilmektedir (Kaplan, 2018). Türkiye’de yapılan sistematik bir derlemede araştırma bulguları ile tutarlı olarak; infertilite stresi ile başa çıkmada en fazla kullanılan yöntemlerin; din ve maneviyata yönelme, sosyal izolasyon, durumu yok sayma ve dikkati başka yöne çekme olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Şahin, 2020). Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalarda da araştırma bulgularına benzer

şekilde kadınların infertilite stresiyle sosyal çevreden destek alma, maneviyata yönelme (İlerisoy, 2015), yakın çevresiyle iletişime geçme, kendini izole etme, umut, destek arama (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015) gibi başa çıkma yöntemlerini kullanarak baş etmeye çalıştıkları bulunmuştur. Başka bir çalışmada infertil kadınların başa çıkma stratejileri arasında dini inanç ve uygulamalara yönelme ve kendini izole etmenin yer aldığı saptanmıştır (Hess ve diğerleri, 2018). Çoğu literatür bulgusu, infertilite sorunuyla daha çok yakın çevreyle konuşarak ve manevi yöntemlere, dini inanca başvurarak baş edilmesi yönündeki araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (İlerisoy, 2015; Karaca ve Ünsal, 2015; Kaya ve Oskay, 2019; Yılmaz ve Şahin, 2020; Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). Hasanpoor-Azghdy ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada, infertil kadınların çoğunun infertilitenin sosyo-psikolojik stresiyle uğraşmaktan kaçınmayı, sosyal ortamlardan uzak durmayı yani uygun olmayan bir başa çıkma mekanizması kullanmayı tercih ettikleri bulunmuştur. Türkiye’de primer infertil kadınlarla yürütülen ve araştırma bulgularını destekler nitelikte olan bir çalışmada, kadınların infertilite stresi ile başa çıkmak ve sosyal baskılara maruz kalmamak için yalnızlığı tercih ettikleri, bu durumun da sosyal alandaki stres düzeylerini artırabileceği bildirilmiştir (Sis Çelik ve Kırca, 2018). Araştırma ve literatür bulguları; infertil kadınların dini uygulamalara yöneldikleri ve sosyal destek aldıkları zaman infertiliteden daha az düzeyde, sosyal ortamlardan kaçınmaları durumunda ise infertiliteden daha fazla düzeyde etkilendiklerini göstermektedir. Bu bulgular, kadınların infertilite tedavisi sürecinde psikososyal olarak desteklenmelerinin önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmada İEÖ ile ÇBASDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. Sosyal desteği kullanmanın ve duygularını başkalarıyla paylaşmanın infertilite ile baş etmede etkili yöntemler arasında olduğu bildirilmektedir (Kaplan, 2018). Türkiye’de primer infertil kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların algılanmış oldukları sosyal destek arttıkça infertiliteden olumsuz etkilenme düzeylerinin de anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (Nuri Turhal ve Sis Çelik, 2019). Ülkemizde yürütülen başka bir çalışmada, infertil kadınların algıladığı sosyal destek arttıkça, depresyon belirtilerinin azaldığı bulunmuştur (Erdem ve Ejder Apay, 2014). Literatür bulguları, sosyal desteğin infertiliteden etkilenimi azalttığına ilişkin araştırma bulgusunu destekler niteliktedir.

ÇBASDÖ toplam puan ortalamasına göre kadınlar tarafından algılanan sosyal desteğin genel olarak iyi düzeyde olduğu ve alt ölçek toplam puanlarına göre kadınların aileden aldıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularından farklı olarak; High ve Steuber (2014), infertil kadınların genellikle arkadaşlarından ve ailelerinden hoş karşılanmayan tavsiye ve bilgi aldıklarını, arkadaşların ve ailenin istenen sosyal destek veya empatiyi sunmak yerine infertil kadınları bunalttıklarını ileri sürmektedir. Başka bir çalışmada da, infertilite tedavisinden gerçekçi olmayan beklentileri olan ve aşırı müdahil olmuş (çok müdahaleci) aile üyelerine sahip infertil kadınların üç kat daha fazla stres yaşadıkları belirlenmiştir (Patel ve diğerleri, 2018). Literatürde; ailevi desteğin infertilite kaynaklı iletişim ve sosyal sorunları azalttığı, çocuksuz bir yaşam tarzının kabul edilmesini kolaylaştırdığı ve infertiliteye bağlı yaşanan stresini azalttığı bildirilmektedir (Anokye ve diğerleri, 2017; Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015). Ürdün’de infertil çiftlerle yapılan bir çalışmada aileden algılanan sosyal desteğin arkadaşlardan algılanan sosyal destekten daha fazla olduğu saptanmıştır (Mahadeen ve diğerleri, 2018). İran’da infertil kadınlara yönelik yürütülen çalışmada, eş desteğinin infertil kadınlar için hayati bir rol oynadığı ve diğerlerinin desteğine olan ihtiyacı azalttığı belirlenmiştir (Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015). Aile desteğine vurgu yapan çoğu literatür bulgusu, çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Araştırmada, özellikle aile desteğinin daha fazla algılanması, kültürel olarak Türk toplumunda aile kavramının önemini koruması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada geniş aile tipine sahip, geliri giderinden az, şehirde yaşayan, eşi ilköğretim mezunu olan, eşi çalışmayan, infertilite tanısı alan ve tedavi süresi 36 ay üzerinde olan, infertilite sorunuyla sosyal ortamlardan kaçınarak baş etmeye çalışan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır ($p<0.05$). İEÖ toplam puan ortalamaları ile kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi ve infertilite sorununun kaynağı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kaya ve Oskay’ın (2019) infertil kadınlara yönelik çalışmasında geniş aile tipine sahip olan kadınların umutsuzluk ve damgalanma puan ortalamalarının çekirdek aile tipine sahip olan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada; infertilite tedavi sürecinden gerçekçi olmayan beklentileri olan ve aşırı müdahaleci aile üyelerine sahip infertil kadınlarda, tedavi detaylarını aileleriyle paylaşmayan kadınlara göre stresin üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Patel ve diğerleri, 2018). Araştırmadan ve Kaya ve Oskay (2019) tarafından yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, geleneksel olarak geniş aile tipinde evli çiftlere yönelik çocuk beklentisinin yüksek olduğunu gösteren Türk toplumunun kültürel yapısını yansıtmaktadır. Literatür bulguları da araştırma bulgularıyla tutarlı olarak; infertil kadınlara yönelik aile baskısının, infertiliteden olumsuz olarak etkilenildiğini gösteren umutsuzluk, depresyon ve stres düzeylerini artırdığını ortaya koymaktadır (Kaya ve Oskay, 2019; Patel ve diğerleri, 2018). Bu bulgular, infertil bireyler kadar ailelerinin de bu süreçte bilgilendirilmeleri ve infertilite sorunu olan aile üyelerine destek olmaları konusunda yönlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir.

Anlamlı olmamakla birlikte kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe İEÖ toplam puan ortalamaları düşmüştür. Bir çalışmada daha düşük eğitim düzeyine sahip infertil kadınların infertiliteye bağlı daha yüksek stres yaşadıkları, daha uzun süre tedavi gören kadınların ise daha az sosyal izolasyon yaşadıkları bulunmuştur (Naab ve diğerleri, 2013). Türkiye’de yapılan birçok çalışmada da kadınların eğitim ve gelir düzeyleri düştükçe infertiliteden etkilenme düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Akyüz ve diğerleri, 2008; Eren Bodur ve diğerleri, 2013; Sis Çelik ve Kırca, 2018; Ünal ve diğerleri, 2010). Kaya ve Oskay’ın (2019) çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan, Hasanpoor-Azghdy ve

diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada da kırsal alanda yaşayan ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların daha fazla damgalanma yaşadıkları belirlenmiştir. Maliyetlerini karşılayamayan düşük sosyal sınıflardan insanlar arasında infertilitenin ve dolayısıyla olumsuz psikolojik sonuçlarının daha yaygın olduğu (Hasanpoor-Azghdy ve diğerleri, 2015) şeklindeki literatür bilgisi, bu araştırmadaki geliri giderinden az olan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendiklerine ilişkin bulguyu destekler niteliktedir. Araştırma bulgularından farklı olarak, Donkor ve Sandall'ın (2007) yaptıkları çalışmada; şehirde yaşayan kadınlara kıyasla köyde yaşayan kadınların infertiliteye ilişkin daha yoğun damgalanma algıladıkları, daha yüksek eğitim düzeyine ve sosyal statüye sahip olmanın kadınların infertiliteden etkilenimlerini ve algıladıkları damgalanmayı azalttığı saptanmıştır. Araştırmada infertilite tanı ve tedavi süresi uzadıkça infertiliteden etkilenme ölçeği puan ortalamalarının yükseldiği ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda, infertilite tedavisi sıklığı ve süresi arttıkça kadınların infertilite stres ölçeği puan ortalamalarının da yükseldiği bulunmuştur (Dag ve diğerleri, 2015; Yılmaz ve diğerleri, 2020). İnfertil çiftlerle yürütülen bir çalışmada daha uzun tanı süresi olan çiftlerin daha yüksek depresyon ve daha düşük iyimserlik puanlarına sahip oldukları saptanmıştır (Mahadeen ve diğerleri, 2018). Literatürde infertilite tanı ve tedavi süresi ile kadınların infertiliteden etkilenimleri arasındaki ilişkiye ait bulgular, araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Kadınların İEÖ ve SBÇTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçek puanları arasında negatif; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu; İEÖ ile ÇBASDÖ toplam ölçek puanı, aile ve özel insan (eş) alt ölçek puanları arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu, İEÖ ile arkadaş alt ölçeği arasında ise negatif bir ilişki olduğu ancak bu ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Araştırma bulguları ile tutarlı olarak, Türkiye'de infertil kadınlarla yapılan başka bir çalışmada, ÇBASDÖ ile Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir (Kavak ve Kavak, 2018). İnfertil kadın öğretmenlerle yürütülen bir çalışmada; uygunsuz başa çıkma stratejileri olan ve psikolojik sıkıntı düzeyleri fazla olan bireylerin infertilite ile ilişkili yüksek düzeyde stres yaşama olasılıkları olduğu bulunmuştur (Busari ve Agokei, 2018). Araştırma bulgularını destekler nitelikte olan bir başka çalışmada da, olumsuz başa çıkma stratejileri geliştiren kadınların infertilite stres puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Dag ve diğerleri, 2015). İnfertil çiftlerle yapılan bir çalışmada; stres ile başa çıkma ve depresyon arasında pozitif, depresyon ile algılanan sosyal destek, iyimserlik ve başa çıkma arasında negatif, başa çıkma ile iyimserlik ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir (Mahadeen ve diğerleri, 2018). Türk infertil kadınlarla yürütülen bir çalışmada; ÇBASDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile toplam depresyon puanları arasında anlamlı, negatif bir ilişki olduğu, kadınların algıladıkları sosyal destek arttıkça depresyon semptomlarının azaldığı saptanmıştır (Erdem ve Ejder, 2014). Kaya ve Oskay (2019) tarafından yapılan çalışmada; infertil kadınların damgalanma puanları ile umutsuzluk skorları arasında anlamlı zayıf pozitif ilişki, damgalanma puanları ile problem odaklı baş etme skorları arasında anlamlı zayıf negatif ilişki, umutsuzluk skorları ile problem odaklı baş etme skorları arasında anlamlı zayıf negatif ilişki olduğu belirlenmiştir. Patel ve diğerlerinin (2018) çalışmasında infertil bireyler için düşük eş desteğinin, sosyokültürel baskıların ve tedavi için finansal destek yetersizliğinin infertilite stresinin belirleyicilerinden olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, aşırı aile müdahalesinin kadınlarda ek bir stres unsuru olarak algılandığı da bulunmuştur. Algılanan sosyal desteğin yüksek olması ve infertiliteden kaynaklı stres ile işlevsel başa çıkma stratejileri kullanarak baş edilmesi durumunda infertiliteden etkilenimin daha düşük olduğunu ortaya koyan araştırma bulgusu, literatür bulgularıyla paralellik göstermektedir. Bu bulgular; infertil kadınların yaşadıkları tanı ve tedavi süreçlerinden etkilenimlerinin en az olması için algıladıkları sosyal desteklerin yeterli olması gerektiğini ve etkili baş etme stratejileri geliştirmeleri konusunda yönlendirilmelerinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

SONUÇ

Araştırmaya katılan ve infertilite sorunu yaşayan kadınların infertiliteden etkilenimlerinin düşük düzeyde olduğu, infertil kadınların stresle işlevsel başa çıkma stratejilerine (kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı), işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinden (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım) daha fazla başvurdukları ve algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. İleri yaşta olan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan, infertilite tanı ve tedavi süresi uzun olan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendikleri ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; infertilite tanı ve tedavi sürecindeki kadınların infertiliteden olumsuz olarak etkilenmemeleri için, sosyal desteklerini artırmaya ve stresle etkin baş etme stratejileri geliştirmelerine yönelik sağlık çalışanları özellikle de hemşireler tarafından eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması önerilmektedir. ÜYTM'de çalışan hemşirelerin; infertilite tedavisi için başvuran çiftleri, özellikle de kadınları aileleriyle birlikte bütüncül olarak ele alarak tedavi süreci hakkında bilgilendirmeleri, tedavi olan bireylerin infertiliteden etkilenimlerini, stresle baş etme stratejilerini ve algıladıkları sosyal destekleri değerlendirerek yetersizlik durumunda desteklemeleri gerekmektedir. Bunlara ilaveten, kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesi ve ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin iyileştirilmesine yönelik politikaların geliştirilmesi de genel olarak infertilitenin tanı ve tedavi sürecinden olumsuz etkilenimi azaltmada önemlidir.

Yazarların Makaleye Katkısı

Semra Zorlu: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi, literatür taraması, çalışmanın raporlaştırılması, çalışmanın yayınlanması (%60)

Nuriye Erbaş: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması, çalışmanın raporlaştırılması (%40)

Çıkar Çatışması: Araştırmacılar arasında çıkar çatışması yoktur.

Maddi Destek

*Bu araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu (CÜBAP) tarafından SBF-043 no'lu A-Tipi Bireysel Araştırma Projesi olarak desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

- Akyüz, A., Gürhan, N., Bakir, B. (2008). Development and validation of an infertility distress scale for Turkish women. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 469-476.
- Alhassan, A., Ziblim, A.R., Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health*, 14, 42.
- Alosaimi, F.D., Bukhari, M., Altuwirqi, M., Habous, M., Madbouly, K., Abotalib, Z., Binsaleh, S. (2017). Gender differences in perception of psychosocial distress and coping mechanisms among infertile men and women in Saudi Arabia. *Human Fertility*, 20,1, 55-63, Doi: 10.1080/14647273.2016.1245448
- Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W.K., Ope, J.O., Barivure, T.N. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Res Notes*, 10, 690. Doi:10.1186/s13104-017-3008-8
- Busari, A.O., Agokei, S.P. (2018). Psychosocial factors as predictors of infertility-related stress among female secondary school teachers in Ibadan, North Local Government Area, Oyo State, Nigeria. *EC Psychology and Psychiatry*, 7(4), 169-178.
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R.E., Rosenwaks, Z. (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: The emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility and Sterility*, 95(2), 711-716. Doi:10.1016/j.fertnstert.2010.10.004
- Çağlar, M., Satılmış, İ.G. (2019). İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistemantik derleme. *Androl Bul*, 21, 170-176. Doi:10.24898/tandro.2019.79836
- Dag, H., Yigitoglu, S., Aksakal, B.I., Kavlak, O. (2015). The association between coping method and distress in infertile woman: A cross-sectional study from Turkey . *Pak J Med Sci*, 31(6),1457-1462. doi: Doi: 10.12669/pjms.316.8605
- Daibes, M.A., Safadi, R.R., Athamneh, T., Anees, I.F., Constantino, R.E. (2018). 'Half a woman, half a man; that is how they make me feel': A qualitative study of Rural Jordanian women's experience of infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 20(5), 516-530. Doi:10.1080/13691058.2017.1359672
- Donkor, E.S., Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 65(2007):1683-1694. Doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.003
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Perceived social support: Psychometric properties of them SPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 121-126.
- Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12, 17-25.
- Erdem, K., Ejder Apay, S. (2014). A sectional study: The relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *Int J Fertil Steril*, 8(3), 303-314.
- Eren Bodur, N., Çoşar, B., Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 51-62.
- Fahami, F., Hosseini-Quchani, S., Ehsanpour, S., Zargham-Boroujeni, A. (2010). Lived experience of infertile men with male infertility cause. *Iran J Nurs Midwifery Res IJNMR*, 15(Supp/1), 265-271.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Hasanpoor-Azghdy, S.B., Simbar, M., Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: A qualitative study. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8(4), 409-420.
- Hess, R.F., Ross, R., GililandJr, J.L. (2018). Infertility, psychological distress, and coping strategies among women in Mali, West Africa: A mixed-methods study. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1), 60-72. Doi: 10.29063/ajrh2018/v22i1.6

- High, A.C., Steuber, K.R. (2014). An examination of support (in) adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communication Monographs Commun. Monogr*, 81(2), 157-178. Doi: 10.1080/03637751.2013.878868
- Höbek Akarsu, R., Kızılkaya Beji, N. (2019). Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, Doi:10.1007/s10943-019-00884-w
- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of infertile couples' support requirements: A qualitative study. *Int J Fertil Steril*, 9(1), 81-92.
- Kaplan, E. (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 20, 61-64. Doi:10.24898/tandro.2018.24993
- Karaca, A., Unsal, G. (2015). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*, 9(3), 243-250. Doi: 10.1016/j.anr.2015.04.007
- Kavak, F., Kavak, M. (2018). The relationship between perceived social support and depression in infertile women. *Annals of Medical Research*, 25(4), 559-563. Doi: 10.5455/annalsmedres.2018.07.143
- Kaya, Z., Oskay, U. (2019). Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Doi: 10.1080/02646838.2019.1650904
- Lakatos, E., Szigeti, J.F., P Ujma, P.P., Sexty, R., Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health* 17(48). doi: 10.1186/s12905-017-0410-2
- Mahadeen, A., Mounsour, A.M., Al-Halabi, J., Al Habashneh, S., Kenana, A. (2018). Psychosocial wellbeing of infertile couples in Jordan. *East Mediterr Health J*, 24(2),169-176. Doi: 10.26719/2018.24.2.169.
- Naab, F., Brown, R., Heidrich, S.M. (2013). Psychosocial health of infertile Ghanaian women and their infertility beliefs. *J Nurs Scholarsh*, 45(2), 132-140. Doi: 10.1111/jnu.12013 PMID: 23731032
- Naab, F., Lawali, Y., Donkor, E.S. (2019). "My mother in-law forced my husband to divorce me": experiences of women with infertility in Zamfara State of Nigeria. *PLoS ONE*, 14(12), e0225149. Doi: 10.1371/journal.pone.0225149
- Namdar, A., Naghizadeh, M.M., Zamani, M., Yaghmaei, F., Sameni, M.H. (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 139. Doi: 10.1186/s12955-017-0712-y
- Nuri Turhal, G, Sis Çelik, A. (2019). Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 91-104. Doi: 10.17681/hsp.410980
- Olarinoye, A.O, Ajiboye, P.O. (2019). Psychosocial characteristics of infertile women in a Nigerian Tertiary Hospital. *Trop J Obstet Gynaecol*, 36, 252-257. Doi: 10.4103/TJOG.TJOG_54_18
- Patel, A., Sharma, P.S., Kumar, P., Binu, V.S. (2018). Sociocultural determinants of infertility stress in patients undergoing fertility treatments. *J Hum Reprod Sci*, 11, 172-179. Doi: 10.4103/jhrs.JHRS_134_17
- Ramezanzadeh, F., Noorbala, A.A., Abedinia, N., Rahimi Forooshani, A., Naghizadeh, M.M. (2011). Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. *Malaysian Journal of Medical Sciences Malays J Med Sci*, 18(1), 16-24.
- Sis Çelik, A., Kırca, N. (2018). Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 104-114.
- Şahin, N.H., Durak, A. (1995). "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması". *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Ünal, S., Kargin, M., Akyüz, A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 481-486.
- WHO. (2009). Infertility definitions and terminology. Erişim adresi: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
- Yılmaz, B., Şahin, N. (2020). İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi (CBU-SBED)*, 7(1), 84-95.
- Yılmaz, T., Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *HSP*, 2(1), 100-112.
- Yılmaz, T., Yazıcı, S., Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(4), 275-281. Doi: 10.1080/0167482X.2019.1708318
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Ezgi TAMER¹
Orcid: 0000-0002-8008-8801

Havva ÖZTÜRK²
Orcid: 0000-0001-8515-6263

¹İstinye Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ameliyathane Hizmetleri Programı, İstanbul/ Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon/ Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Ezgi TAMER
ezgiitamer93@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Hemşireler; hemşirelik; hemşirelik personeli; yaşam kalitesi; kamu sektörü.

Key Words:

Nurses; nursing; nursing staff; quality of life; public sector.

Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determination of Nurses' Quality of Work Life and Influencing Factors

*Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Hemşirelik Esasları ve Yönetim yüksek lisans programı kapsamında yüksek lisans tezi olarak yürütülmüş ve 2018 yılında tamamlanmıştır.

Çalışmanın bazı sonuçları 21-23 Kasım 2019 tarihinde Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi Konak/İzmir'de 6. SAYKAD Uluslararası Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 4 Haziran 2020

Kabul Tarihi: 20 Mayıs 2021

ÖZ

Amaç: Hastanede çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesini ve iş yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Trabzon'daki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan toplam 1752 hemşire oluştururken, örneklemini hastanelere göre tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 315 hemşire oluşturmuştur. Veriler; bilgi formu, hemşirelik iş yaşam kalitesi ölçeği ile toplanmış, ANOVA, t-testi, korelasyon ve regresyon testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin %57.8'i lisans/lisansüstü eğitime sahip, %77.1'i 4A kadrosunda ve %58.7'si kamu hastanelerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları toplam puan 2.85 ± 0.46 'dır. Ayrıca 6-10 yıl arasında mesleki deneyime sahip, dahili ve cerrahi servislerde çalışan, mesleğinden ve çalıştığı kurumdan memnun olmayan, iş yaşam kalitelerini genel olarak kötü bulan ve yönetici-ast ilişkilerini iş yaşam kalitesi faktörü olarak değerlendiren hemşirelerin toplamda iş yaşam kalitesi ölçek puanları diğerlerinden daha düşüktür ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Özellikle hemşirelerin çalıştıkları kurumdan ($\beta = -12.231$) ve meslekten ($\beta = -7.136$) memnun olmadıklarını belirtmeleri, iş yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir ($F = 35.379$; $p = 0.000 < 0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin iş yaşam kalite düzeyleri orta düzeydedir. Özellikle çalışılan kurumdan ve hemşirelikten memnun olmamak hemşirelerin iş yaşam kalite düzeyleri üzerinde olumsuz etkiye neden olmaktadır.

SUMMARY

Objective: This study is to determine the factors which influence the quality of working life of nurses working at the hospital and the quality of working life.

Method: As the population of the study comprised 1752 nurses working at public hospitals and a university hospital, its sample consisted of 315 nurses selected through stratified sampling according to the hospitals. Data was collected with information form, the scale of quality of working life in nursing, analyzed with ANOVA, t-test, correlation and regression test.

Results: Of the nurses, 57.8% had undergraduate/postgraduate study, 77.1% of the nurses worked in the position 4A and 58.7% of them worked at public hospitals. The total score was 2.85 ± 0.46 which the nurses got from the scale of the quality of working life. Besides, the total scale points of the quality life of the nurses who had experiences within the range 6-10 years, worked in internal and surgery services, were not satisfied with their job and the institution where they work, generally found the quality of working life bad and evaluate the relations manager and subordinate as a factor of the quality of working life were lower than the others and these findings were statistically significant. ($p < 0.05$). Moreover, being displeased especially with the institution worked ($\beta = -12.231$), and with the job ($\beta = -7.136$) which was one of these variables had a negative effect on the quality of working life of nurses. ($F = 35.379$; $p = 0.000 < 0.05$).

Conclusion: The quality of working life of nurses was at medium level. Being displeased especially with the institution worked and with nursing had a negative impact on the quality levels of working life of nurses.

Kaynak Gösterimi: Tamer, E., Öztürk, H. (2021). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *EGEHFD*, 37(2), 107-119.

Doi: 10.53490/egehemsire.748208

How to cite: Tamer, E., Öztürk, H. (2021). Determination of nurses' quality of work life and influencing factors. *JEUNF*, 37(2), 107-119.

Doi: 10.53490/egehemsire.748208

GİRİŞ

İş yaşam kalitesi, kavram olarak insanların örgüt üyeliği ve iş koşulları ile ilgili algılarını ifade eden geniş bir anlama sahiptir (Yeşil ve diğerleri, 2010). İş yaşamında benimsenen kalite anlayışı, personelin refah düzeyini artıran, örgüt kültüründe değişiklik olmasını sağlayan ve bütün personelin bireysel değerini artırmayı hedefleyen yönetsel bir felsefedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Çalışanların genel yaşam doyumları, ruhsal ve fiziksel sağlığı iş yaşam kalitesi tarafından önemli derecede etkilenmektedir (Royuele ve diğerleri, 2009). Çünkü insanlar günlerinin üçte birini işlerinde geçirmektedir. Bu durum, bireylerin ruhsal, fiziksel ve sosyal gereksinimlerinin iş ortamından karşılanmasını (Alan ve Yıldırım, 2015), çalışanlara sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sunulmasını ve sağlıklarının korunmasını gerektirmektedir (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Böylece çalışanların hem iş yaşamı ve hem de sundukları hizmetin kalitesinin artırılması sağlanabilir (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Ancak yapılan değerlendirmeler sonucunda, hemşirelerin halen çalışma ortamlarının yetersiz olduğu ve uygun olmadığı görülmektedir (Buerhaus ve diğerleri, 2005; Özkan ve Emiroğlu, 2006). Oysa iş yaşam kalitesi, çalışan ile çalışma koşulları ve iş ortamı arasındaki ilişkinin kalitesi ve uyumunu kapsamaktadır (Buerhaus ve diğerleri, 2005).

Hemşirelikte iş yaşam kalitesi; hemşirelerin işle ilgili refah düzeyini artıran, hemşirelere sağlıklı çalışma ortamı sunan, kaliteli çalışan ve hasta sonuçlarının alındığı ve hemşireleri tatmine ulaştıran kapsamlı bir yapıdır (Şirin, 2011). Aynı zamanda çalışılan alanda düzenlemeler yaparak, kaliteli çalışma koşulları oluşturmayı (Brooks ve Anderson, 2005), bu sayede hemşirelerin yaşam kalitesinin geliştirilmesini amaçlamaktadır (Brooks ve diğerleri, 2007).

Olumlu iş koşulları sayesinde çalışanlar önemli kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilme olanağı yakalayabilir, çalışma ortamındaki koşullardan memnun olabilir, çalışma performansları artabilir (Khani ve diğerleri, 2008). Dolayısıyla hastaların hastalıkla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, anksiyete düzeylerinde azalma ve erken rehabilitasyon gibi hastalarla ilgili elde edilecek olan bulgularda da olumlu yönde gelişme sağlanabilir (Danford ve diğerleri, 2008). Bu bağlamda sağlık personeli arasında en büyük iş gücünü oluşturan ve sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yeri olan hemşirelerin, çalışma ortamlarının daha güvenli ve rahat olması kurumlar için önem kazanmaktadır (Şirin, 2011). Hemşirelerin çalışma ortamlarının rahat olmasının, iş yaşam kalitesinde iyileştirmeler yapılarak yükseltilmesi ile mümkün olduğu bilinmektedir (Uğur ve Abaan, 2008). Hemşireler hastanelerde hastayla en fazla zaman geçiren ve 7-24 saat hizmet veren bir meslek grubudur. Bu nedenle hemşirelerin iş yaşam kalitesi düzeylerini bilmek ve arttıracak koşulları yerine getirmek kurumlar için bir zorunluluktur (Şirin, 2011; Uğur ve Abaan, 2008). Çünkü hemşirelik fiziksel dayanıklılık, özveri ve sabır gerektiren bir meslektir (Mollaoğlu ve diğerleri, 2010). Bu durum tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi döneminde de kendini göstermiş, bu mücadelede ön safta yer alan hemşireler kendi yaşamları da tehdit altında çalışırken birçok zorlukla mücadele etmek zorunda kalmışlardır. Sağlık sisteminde hemşire işgücü tarafından karşılanması gereken görev, yetki ve sorumlulukların yanı sıra, pandemi sürecinde enfekte olan hastaların tüm bakımından sorumlu olmuşlardır (Maben ve Bridges, 2020). Enfeksiyon bulaş riski nedeni ile onlara tahsis edilen pandemi otellerinde konaklamak ve enfeksiyondan korunmak adına aile üyelerinden uzak kalmak zorunda kalmışlardır. Dolayısıyla aile rollerindeki aksaklıklar ve güçlükler yaşanırken, iş yaşam kaliteleri önemli ölçüde olumsuz etkilenmiştir. Ayrıca hemşirelik bakımının dikkat ve özen gerektiren doğasına salgının getirdiği yeni iş koşulları ve çalışma düzenlerinin eklenmesi, artan iş yoğunluğu ve sayısı, yeni protokollere uyum sağlama çabası hemşireleri daha da zorlamıştır (Hiçdurmaz ve Özçetin, 2020). Bu koşullar altında hemşirelerin verimli bir bakım hizmeti verebilmesi için nitelikli bir iş çevresine ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Nitelikli iş çevresi kaliteli ve profesyonel bakım hizmeti uygulamalarını destekleyecek özelliklere sahip olmalıdır. Çünkü hemşirelerin, olumlu çalışma ortamına sahip olması ayrıca sağlık ve morallerin iyi olması daha kaliteli bakım hizmeti sunmalarını sağlayabilir (Alçelik ve diğerleri, 2005; Mollaoğlu ve diğerleri, 2010). Hem kendilerinin hem de hastaların memnuniyet düzeyini artırabilir, dolayısıyla kurumun performansını artırabilir (Alçelik ve diğerleri, 2005).

Bu doğrultuda hemşirelerin iş yaşam kalitesine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, genel olarak hemşirelerin iş yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu (Altuntaş ve Baykal, 2008; Mollaoğlu ve diğerleri, 2010), hemşirelerin çalışma koşullarının farklı olmasına bağlı olarak yoğun baskı ve stres altında yaşadıkları görülmüştür (Hiçdurmaz ve Özçetin, 2020). Bunların yanı sıra hemşirelikte halen kadınların çoğunlukta olması, iş yaşamının getirdiği zorluklara ev yaşamındaki sorunların ve toplumsal baskının eklenmesi ile iş yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği vurgulanmaktadır (Aytaç, 2005). Çalışmalarda hemşirelerin, vardiyalı ve uzun çalışma saatleri, ağır iş yükü, mesleki gelişim olanaklarının azlığı, çalışma koşullarının kötülüğü, hemşirelik dışındaki görevlerden de sorumlu olma, işle ilgili streslerin fazlalığı gibi birçok nedenle çalışma koşullarının ve mesleğin zorluklarından yakındıkları belirtilmektedir (Bostan ve Köse, 2011; Hiçdurmaz ve Özçetin, 2020; Mollaoğlu ve diğerleri, 2010). Ayrıca, bu nedenlerden dolayı hemşirelerin meslekten ayrılma eğiliminde oldukları görülmektedir (Alçelik ve diğerleri, 2005). İş yaşam kalitesinin düzeyini etkileyen ve belirleyen bu sonuçlar ele alındığında ülkemizde, hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmelerin yapılmasına rağmen, buna yönelik iyileştirmelerin yetersiz olduğu bilinmektedir.

Bu doğrultuda çalışmanın yürütüldüğü ilde konuya ilişkin hemşireler üzerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanılmaması nedeni ile bu çalışma, hastanede çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesini ve iş yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Araştırma, hastanede çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesini ve iş yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tarama modeli ve tanımlayıcı tasarım kullanılarak dört kamu hastanesi, bir üniversite hastanesinde Nisan 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Evren-Örneklem

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı hastanelerde görev yapan toplam 1752 hemşire oluşturmuştur. Örneklem evreni bilenen örneklem yöntemi ile hesaplanmıştır ve hastanelerden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 315 hemşire alınmıştır. Araştırma kabul koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılmakta gönüllü olan 315 hemşire hastanelerin servislerinden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ve çalıştığı kurumdan memnun olma durumu, çalıştığı kurumdan ayrılmak isteyip-istememe durumu, iş yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiğini ve iş yaşam kalitesini etkilediğini düşündükleri faktörlere yönelik 20 soru bulunmaktadır.

Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeği (HiYKÖ): Brooks tarafından 2001 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlanması 2011 yılında Şirin tarafından yapılmıştır (Şirin, 2011). Ölçeğin Türkçe formu, yöneticilerle ilişkiler, iş/çalışma ortamı, iş algısı, destek hizmetler ve iş koşulları olmak üzere toplam 35 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır (Tablo 2). Beşli Likert tipindeki ölçek her bir soru için 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin 3,11,16 ve 20. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35, en yüksek puan 175'tir. Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan toplam puanın artması hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin yüksek olduğunu, azalması ise hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu çalışmada ölçek puanlarının ortalamaları alınarak, ölçek puanı 1.00-1.79 arası çok düşük, 1.80-2.59 arası düşük, 2.60-3.39 arası orta, 3.40-4.19 arası yüksek ve 4.20-5.00 arası çok yüksek olarak değerlendirilmiştir. Şirin'in yapmış olduğu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.89 ve ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları ise 0.62-0.81 arasındadır. Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler lisanslı SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak yapılmış olup, anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Hemşirelerin demografik özelliklerini tanımlamak için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma testleri kullanılmıştır. Hemşirelerin demografik özellikleri ile ölçek toplam ve alt boyut puanlarını karşılaştırmak için ANOVA, t- testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere ileri analiz olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Hemşirelerin iş yaşam kalitelerinde üzerinde etkili olan değişkenleri saptamak için ise Pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için çalışmanın gerçekleştirildiği üniversitenin bilimsel etik kurulundan etik kurul izni (Karar No: 24237859-410), araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin, ölçeğin kullanımı için ölçek sahibinden yazılı izin ve araştırma kapsamına alınan hemşirelerden sözel onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %49.8'i 30 yaş ve altında, %85.1'i kadın, %62.2'si evli, %44.8'si çocuk sahibi değilken %57.8'i lisans mezunudur. Hemşirelerin %58.7'si kamu hastanesinde, %71.1'i 4A kadrosunda, %63.5'i dahili ve cerrahi servislerde, %67'si 5 yıl ve altında servis hemşiresi olarak görev yapmakta, %40.6'sı 10 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahiptir. Ayrıca hemşirelerin %73.7'si 3000 TL ve altında gelir düzeyine sahipken, %51.4'ünün ailesinin gelir düzeyi 5000 TL ve altındadır.

Hemşirelerin %56.5'i aylık 6 ve üzerinde nöbet, %77.5'i vardiyalı, %74'ü haftalık 40 ya da 45 saat olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %68.9'u hemşirelik mesleğinden ve %55.2'si kurumlarından memnundur. Bununla birlikte hemşirelerin %65.4'ü çalıştıkları kurumdan ayrılmak istemediklerini belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin genel olarak iş yaşam kalitelerine ilişkin görüşleri sorulduğunda, %63.8'i iş yaşam kalite durumlarını orta olarak bildirmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma, Mesleklerine ve İş Yaşam Kalitelerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (N=315)

Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlarına ve Mesleklerine İlişkin Görüşleri		n	%
Çalışma Şekli	Sadece gece/gündüz çalışma	71	22.5
	Vardiyalı çalışma	244	77.5
Aylık Nöbet Sayısı	Nöbet yok	68	21.6
	1 ve 5 nöbet	69	21.9
Haftalık Çalışma Saati	6 nöbet ve üzeri	178	56.5
	40 ve 45 saat	233	74.0
Meslekten Memnuniyet	46 saat ve üzeri	82	26.0
	Memnun	217	68.9
Kurumdan Ayrılmayı İsteme Durumu	Memnun değil	98	31.1
	Ayrılmak istiyorum	109	34.6
Kurumdan Memnuniyet Durumu	Ayrılmak istemiyorum	206	65.4
	Memnun	174	55.2
Genel iş yaşam kalitesi durumu	Memnun değil	141	44.8
	İyi	41	13.0
Yönetimsel Faktörler	Orta	201	63.8
	Kötü	73	23.2
Fiziksel ve Çevresel Faktörler	Mesleki politika, yasa ve yönetmelikler	127	40.3
	İş güvencesi	56	17.8
İşletimsel Faktörler	Yönetici-ast ilişkisi	76	24.1
	Sosyal ve motive edici etkinlikler	56	17.8
Toplam	Diğer sağlık ekibi ile ilişkiler	52	16.5
	Kreş, lojman, otopark imkânları	39	12.4
	Servis gibi ulaşım imkânları	42	13.3
	Yeterli sayıda hemşire, hekim, personel ile çalışma	182	57.8
	Eğitim ve kariyer geliştirme fırsatları	60	19.0
	Yeterli maaş	99	31.4
	Fazla mesai	85	27.0
	İş güvenliği sağlanmış çalışma ortamı	71	22.6
Toplam		315	100.0

Hemşirelerin iş yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 2.85 ± 0.46 , iş yaşam kalitesi ölçek alt boyutlarından iş çalışma ortamı puan ortalaması 2.54 ± 0.65 , yöneticiler ile ilişkiler puan ortalaması 3.26 ± 0.81 , iş koşulları puan ortalaması 2.34 ± 0.57 , iş algısı puan ortalaması 3.47 ± 0.57 , destek hizmetler puan ortalaması 3.27 ± 0.72 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (N=315)

Ölçek Alt Boyutları	Ort±SS	Min.	Maks.	Puan Aralığı
İş Çalışma Ortamı	2.54±0.65	1.00	4.00	1-5
Yöneticiler İle İlişkiler	3.26±0.81	1.00	5.00	1-5
İş Koşulları	2.34±0.57	1.00	4.10	1-5
İş Algısı	3.47±0.57	1.71	4.86	1-5
Destek Hizmetler	3.27±0.72	1.25	5.00	1-5
İş Yaşam Kalitesi Toplam	2.85±0.46	1.34	4.23	1-5

Hemşirelerin demografik özellikleri ile iş yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde, hemşirelerin yaşları ile HİYKÖ'nin iş çalışma ortamı alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=3.971$; $p=0.02<0.05$). Bu farka göre 40 yaş üzerinde olan hemşirelerin iş çalışma ortamı puan ortalamaları 40 yaş ve altında olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$). Bununla birlikte hemşirelerin HİYKÖ toplamı ve yöneticiler ile ilişkiler, iş koşulları, iş algısı, destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Cinsiyet değişkenine göre kadın hemşirelerin HİYKÖ'nin iş koşulları alt boyut puan ortalamalarının erkek hemşirelerin puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-2.387$; $p=0.018<0.05$). Hemşirelerin cinsiyeti ile HİYKÖ toplamı, yöneticiler ile ilişkiler, iş çalışma ortamı, iş algısı, destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin kadro durumları ile HİYKÖ'nin iş koşulları alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=6.310$; $p=0.002<0.05$). Bu farka göre 4B kadrosundaki hemşirelerin iş koşulları puan ortalamaları, 4A ve 4C kadrosundaki hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$). Ancak hemşirelerin kadro durumları ile HİYKÖ toplamı, iş çalışma ortamı, yöneticiler ile ilişkiler, iş algısı, destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin mesleki deneyim yılları ile HİYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, HİYKÖ toplamı ($F=8.667$; $p=0.000$), iş çalışma ortamı ($F=6.234$; $p=0.002$), yöneticiler ile ilişkiler ($F=4.260$; $p=0.015$), iş koşulları ($F=6.115$; $p=0.002$) ve destek hizmetler ($F=6.772$; $p=0.001$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farka göre mesleki deneyim yılı 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin HİYKÖ toplam ve destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları 1-5 yıl ile 11 yıl olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşüktür ($p<0.05$). Bununla birlikte mesleki deneyim yılı 10 yıl ve altında olan hemşirelerin "iş çalışma ortamı" alt boyut puan ortalamaları 10 yıl üzerinde mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin puan ortalamalarından, ayrıca mesleki deneyim yılı 6 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin de yöneticiler ile ilişkiler ve iş koşulları alt boyut puan ortalamaları 1-5 yıl arasında deneyime sahip hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşüktür. Hemşirelerin mesleki deneyim yılı ile HİYKÖ iş algısı alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin HİYKÖ'nin iş koşulları ($t=3.090$; $p=0.002$) alt boyut puan ortalamalarının üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından düşük olması, oysa destek hizmetler ($t=-3.379$; $p=0.001$) alt boyutunda yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları hastaneler ile HİYKÖ toplamı, iş çalışma ortamı, yöneticiler ile ilişkiler, iş algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin çalıştıkları servis ile HİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, HİYKÖ toplamı ($F=3.357$; $p=0.036$), iş çalışma ortamı ($F=5.834$; $p=0.003$) ve iş koşulları ($F=3.673$; $p=0.027$) alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bu farka göre dahili ve cerrahi serviste çalışan hemşirelerin HİYKÖ toplamı ve iş çalışma ortamı alt boyut puan ortalamaları yoğun bakım ile ameliyathane ve acil birimde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşüktür ($p<0.05$). Yine dahili ve cerrahi servisler ile yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş koşulları alt boyut puan ortalamaları ameliyathane ve acil birimde çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları servis ile HİYKÖ'nin yöneticiler ile ilişkiler, iş algısı ve destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Bununla birlikte servisteki çalışma yılı 5 yıl ve altında olan hemşirelerin iş algısı alt boyut puan ortalamalarının servisteki çalışma yılı 5 yıldan daha fazla olan hemşirelerin puan ortalamalarından düşük istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2.038$; $p=0.042$). Hemşirelerin servisteki çalışma yılları ile HİYKÖ toplamı, iş çalışma ortamı, yöneticiler ile ilişkiler, iş koşulları ve destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Haftalık çalışma saati 46 saat ve üzerinde olan hemşirelerin ise iş koşulları alt boyut puan ortalamasının 40-45 saat arasında çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3.035$; $p=0.003$). Hemşirelerin HİYKÖ toplamı, iş çalışma ortamı, yöneticiler ile ilişkiler, iş algısı ve destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Mesleklerinden memnun olmayan hemşirelerin HİYKÖ toplamı ($t=6.695$; $p=0.000$), iş çalışma ortamı ($t=5.548$; $p=0.000$), yöneticiler ile ilişkiler ($t=3.496$; $p=0.001$), iş koşulları ($t=2.976$; $p=0.003$), iş algısı ($t=7.927$; $p=0.000$) ve destek hizmetler ($t=4.277$; $p=0.000$) alt boyut puan ortalamalarının mesleklerinden memnun olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 3).

Çalıştığı kurumdan ayrılmak isteyen hemşirelerin de HİYKÖ toplamı ($t=-5.631$; $p=0.000$), iş çalışma ortamı ($t=-4.751$; $p=0.000$), yöneticiler ile ilişkiler ($t=-2.589$; $p=0.010$), iş koşulları ($t=-3.188$; $p=0.002$), iş algısı ($t=-4.781$; $p=0.000$) ve destek hizmetler ($t=-5.151$; $p=0.000$) alt boyut puan ortalamalarının ayrılmak istemeyenlerden düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Demografik Özellikleri ve Kurumlarındaki Durumlarına Göre İş Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (N=315)

Demografik Özellikler	n	İş Çalışma Ortamı	Yöneticiler İle İlişkiler	İş Koşulları	İş Algısı	Destek Hizmetler	İş Yaşam Kalitesi Toplam
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 yaş ve altı ⁽¹⁾	157	2.50±0.61	3.24±0.80	2.37±0.61	3.44±0.55	3.22±0.71	2.84±0.45
31-40 yaş ⁽²⁾	111	2.48±0.64	3.27±0.85	2.27±0.50	3.47±0.59	3.26±0.68	2.82±0.44
40 yaş üzeri ⁽³⁾	47	2.78±0.77	3.35±0.73	2.42±0.59	3.61±0.58	3.45±0.80	3.00±0.55
F=		3.971	0.350	1.501	1.718	1.941	2.743
p=		0.020	0.705	0.224	0.181	0.145	0.066
Scheffe=		3>1,2 (p<0.05)					
Kadro Durumu							
4A ⁽⁴⁾	224	2.52±0.67	3.22±0.83	2.29±0.55	3.48±0.57	3.27±0.73	2.83 ± 0.48
4B ⁽⁵⁾	58	2.69±0.56	3.37±0.72	2.58±0.53	3.48±0.59	3.23±0.64	2.98 ± 0.40
4C ⁽⁶⁾	33	2.39±0.65	3.37±0.77	2.31±0.66	3.40±0.53	3.31±0.74	2.81 ± 0.48
F=		2.596	1.122	6.310	0.322	0.149	2.383
p=		0.076	0.327	0.002	0.725	0.862	0.094
Scheffe=		5>4,6 (p<0.05)					
Mesleki Deneyim Süresi							
1-5 yıl ⁽⁷⁾	108	2.57±0.60	3.39±0.75	2.45±0.58	3.47±0.57	3.30±0.71	2.91 ± 0.42
6-10 yıl ⁽⁸⁾	79	2.32±0.60	3.05±0.86	2.16±0.57	3.37±0.58	3.03±0.69	2.67 ± 0.47
10 yıl üzeri ⁽⁹⁾	128	2.64±0.70	3.29±0.79	2.36±0.53	3.54±0.56	3.39±0.70	2.92 ± 0.47
F=		6.234	4.260	6.115	2.074	6.772	8.667
p=		0.002	0.015	0.002	0.127	0.001	0.000
Scheffe=		9>7,8 (p<0.05)	7>8,9 (p<0.05)	7>8,9 (p<0.05)		7,9>8 (p<0.05)	7,9>8 (p<0.05)
Çalışılan Hastane							
Üniversite hastanesi	130	2.52±0.67	3.33±0.74	2.46±0.60	3.47±0.55	3.11±0.73	2.88 ± 0.48
Kamu hastanesi	185	2.55±0.64	3.22±0.85	2.26±0.54	3.47±0.58	3.38±0.68	2.84 ± 0.46
t=		-0.368	1.134	3.090	-0.025	-3.379	0.623
p=		0.713	0.258	0.002	0.980	0.001	0.534
Çalışılan Servis							
Dahili ve cerrahi servisler ⁽¹⁰⁾	200	2.44±0.67	3.28±0.85	2.30±0.56	3.42±0.59	3.24±0.71	2.81 ± 0.48
Yoğun bakım ⁽¹¹⁾	69	2.71±0.58	3.17±0.73	2.34±0.57	3.54±0.50	3.40±0.59	2.91 ± 0.37
Ameliyathane ve acil ⁽¹²⁾	46	2.69±0.62	3.34±0.72	2.55±0.57	3.61±0.56	3.18±0.87	2.98 ± 0.49
F=		5.834	0.750	3.673	2.698	1.608	3.357
p=		0.003	0.473	0.027	0.069	0.202	0.036
Scheffe=		12,11>10 (p<0.05)		12>10,11 (p<0.05)			11,12>10 (p<0.05)
Serviste Çalışma Süresi							
5 yıl ve altı	211	2.55±0.63	3.28±0.82	2.36±0.59	3.43±0.58	3.28±0.71	2.86 ± 0.46
5 yıl üzeri	104	2.50±0.69	3.23±0.78	2.30±0.52	3.57±0.53	3.25±0.72	2.85 ± 0.48
t=		0.663	0.584	0.824	-2.038	0.304	0.230
p=		0.508	0.559	0.389	0.042	0.761	0.818

Haftalık Çalışma Saati							
40 ve 45 saat	233	2.54±0.68	3.28±0.80	2.40±0.58	3.48±0.57	3.24±0.73	2.87 ± 0.49
46 saat ve üzeri	82	2.51±0.57	3.21±0.83	2.18±0.50	3.46±0.56	3.34±0.66	2.80 ± 0.40
t=		0.337	0.686	3.035	0.186	-1.045	1.200
p=		0.715	0.493	0.003	0.853	0.297	0.231
Meslekten Memnuniyet Durumu							
Evet	217	2.67±0.63	3.37±0.76	2.41±0.57	3.63±0.52	3.38±0.67	2.97 ± 0.45
Hayır	98	2.25±0.60	3.03±0.86	2.20±0.55	3.13±0.51	3.02±0.75	2.61 ± 0.42
t=		5.548	3.496	2.976	7.927	4.277	6.695
p=		0.000	0.001	0.003	0.000	0.000	0.000
Kurumdan Ayrılmayı İsteme Durumu							
Ayrılmak istiyorum	109	2.30±0.65	3.10±0.84	2.20±0.59	3.27±0.52	2.99±0.72	2.66 ± 0.45
Ayrılmak istemiyorum	206	2.66±0.62	3.35±0.78	2.42±0.55	3.58±0.57	3.41±0.67	2.96 ± 0.44
t=		-4.751	-2.589	-3.188	-4.781	-5.151	-5.631
p=		0.000	0.010	0.002	0.000	0.000	0.000
Çalışılan Kurumdan Memnuniyet Durumu							
Evet	174	2.77±0.61	3.47±0.70	2.50±0.53	3.65±0.53	3.50±0.65	3.05 ± 0.41
Hayır	141	2.24±0.58	3.01±0.86	2.15±0.56	3.26±0.54	2.98±0.70	2.61 ± 0.41
t=		7.897	5.167	5.611	6.493	6.819	9.369
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
İş Yaşam Kalitesinin Genel Değerlendirmesi							
İyi ⁽¹³⁾	41	3.08±0.55	3.69±0.58	2.80±0.57	3.84±0.52	3.66±0.65	3.30 ± 0.41
Orta ⁽¹⁴⁾	201	2.56±0.60	3.30±0.75	2.35±0.48	3.49±0.53	3.33±0.65	2.88 ± 0.39
Kötü ⁽¹⁵⁾	73	2.16±0.62	2.94±0.94	2.05±0.63	3.23±0.59	2.87±0.75	2.54 ± 0.46
F=		31.553	12.609	25.860	17.171	20.507	46.952
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Scheffe=		13>14,15 (p<0.05)	13>14,15 (p<0.05)	13>14,15 (p<0.05)	13>14,15 (p<0.05)	13,14>15 (p<0.05)	13,14>15 (p<0.05)
Yönetimsel Faktörler							
Mesleki politika, yasa ve yönetmelikler ⁽¹⁵⁾	127	2.46±0.66	3.35±0.82	2.32±0.53	3.56±0.56	3.27±0.75	2.86 ± 0.45
İş güvencesi ⁽¹⁶⁾	56	2.69±0.60	3.14±0.74	2.29±0.58	3.55±0.55	3.30±0.73	2.88 ± 0.46
Yönetici-ast ilişkisi ⁽¹⁷⁾	76	2.46±0.67	3.09±0.80	2.33±0.59	3.26±0.52	3.12±0.66	2.75 ± 0.45
Sosyal ve motive edici etkinlikler ⁽¹⁸⁾	56	2.66±0.63	3.44±0.79	2.46±0.63	3.49±0.61	3.43±0.68	2.97 ± 0.51
F=		2.761	3.138	1.074	5.125	2.161	2.634
p=		0.042	0.026	0.360	0.002	0.093	0.050
Scheffe=		16>15,17,18 (p<0.05)	18>15,16,17 (p<0.05)		15,16>17,18 (p<0.05)		18>17 (p<0.05)

Çalıştığı kurumdan memnun olmayan hemşirelerin de HİYKÖ toplamı (t= 9.369; p= 0.000), iş çalışma ortamı (t= 7.897; p= 0.000), yöneticiler ile ilişkiler (t= 5.167; p= 0.000), iş koşulları (t= 5.611; p= 0.000), iş algısı (t= 6.493; p= 0.000) ve destek hizmetler (t= 6.819; p= 0.000) alt boyut puan ortalamalarının memnun olanların puan ortalamalarından daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05) (Tablo 3).

Hemşirelerin iş yaşam kalitesine ilişkin genel değerlendirmeleri ile HİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, HİYKÖ toplamı ($F= 46.952$; $p= 0.000$), iş çalışma ortamı ($F= 31.553$; $p= 0.000$), yöneticiler ile ilişkiler ($F= 12.609$; $p= 0.000$), iş koşulları ($F= 25.860$; $p= 0.000$), iş algısı ($F= 17.171$; $p= 0.000$) ve destek hizmetler ($F= 20.507$; $p= 0.000$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farka göre iş yaşam kalitesini kötü bulan hemşirelerin HİYKÖ toplamı ve destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları, iş yaşam kalitesini iyi ya da orta olarak değerlendiren hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşüktür. Ayrıca iş yaşam kalitesini yine kötü ya da orta bulan hemşirelerinde HİYKÖ'nin iş çalışma koşulları, yöneticiler ile ilişkiler, iş koşulları ve iş algısı alt boyut puan ortalamaları iş yaşam kalitesini iyi bulan hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 3).

Hemşirelere göre iş yaşam kalitesini etkileyen yönetsel faktörler ile HİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, HİYKÖ toplamı ($F= 2.634$; $p= 0.05$), iş çalışma ortamı ($F= 2.761$; $p= 0.042$), yöneticiler ile ilişkiler ($F= 3.138$; $p= 0.026$) ve iş algısı ($F= 5.125$; $p= 0.002$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farka göre iş güvencesi faktörünü belirten hemşirelerin iş çalışma ortamı, sosyal ve motive edici etkinlikler faktörünü belirten hemşirelerin ise yöneticiler ile ilişkiler alt boyut puan ortalamaları diğer tüm faktörleri belirten hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$). Ancak yönetici-ast ilişkisi ile sosyal ve motive edici etkinlikler faktörünü belirten hemşirelerin "iş algısı" alt boyut puan ortalamaları, mesleki politika, yasa ve yönetmelikler ile iş güvencesi faktörünü belirten hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşüktür. Son olarak yönetici-ast ilişkisini belirten hemşirelerin HİYKÖ toplam puan ortalaması, sosyal ve motive edici etkinlikler faktörünü belirten hemşirelerin puan ortalamasından daha düşüktür. Bununla birlikte hemşirelere göre yönetsel faktörler ile HİYKÖ'nin iş koşulları ve destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Korelasyon analizi ile meslekten memnuniyet, çalıştığı kurumdan ayrılmayı isteme durumu ve çalışılan kurumdan memnuniyet ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu doğrultuda meslekten memnuniyet, çalıştığı kurumdan ayrılmayı isteme durumu ve çalışılan kurumdan memnuniyetin iş yaşam kalitesi toplam puanı üzerine etkisini belirlemek üzere regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, hemşirelerin mesleklerinden ve çalıştıkları kurumdan memnuniyet durumu ile iş yaşam kalitesi toplam puanları arasındaki neden sonuç ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=35.379$; $p=0.000<0.05$) ve bu ilişkinin açıklayıcılık gücünün güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0.247$). Korelasyon analizi sonucunda hemşirelerin mesleklerinden ($\beta=-7.136$) ve çalıştıkları kurumdan ($\beta=-12.231$) memnun olmamalarının, iş yaşam kalitelerini azalttığı bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları kurumdan ayrılmayı isteme durumlarının ise iş yaşam kaliteleri üzerinde etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir ($p=0.660>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Mesleklerinden ve Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet, Çalıştığı Kurumdan Ayrılmayı İsteme Durumunun İş Yaşam Kalite Düzeyleri Üzerine Etkisi (N=315)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p
İş Yaşam Kalitesi	Sabit ^a	125.472	20.855	0.000*
Toplam	Meslekten Memnuniyet	-7.136	-3,813	0.000*
	Çalıştığı Kurumdan Ayrılmayı	0.929	0.440	0.660
	İsteme Durumu			
	Çalışılan Kurumdan Memnuniyet	-12.231	-5.757	0.000*

a İş Yaşam Kalitesi Toplam Puanı $R^2=0.247$; $F= 35.379$; $*p<0.001$

TARTIŞMA

Hemşirelerin nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmeleri için kurumlardaki iş çevresi ve ortamı önemli bir etkiye sahiptir (Uğur ve Abaan, 2008). Bu nedenle yoğun stres, iş yükü, uzun çalışma saatleri gibi zor çalışma koşulları altında çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin ölçülmesi önemlidir. Bu doğrultuda hemşirelerin iş yaşam kalitesinin ve iş yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmada, yarısına yakını 30 yaş altında, çoğunluğu kadın, lisans/lisansüstü eğitime sahip, 4A kadrosunda, kamu hastanelerinin dahili ve cerrahi birimlerde, haftada 40-45 saat arasında çalışan hemşirelerin çoğunluğu genel olarak iş yaşam kalitelerini orta olarak belirtmiş ve hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği genel puan ortalamalarının da orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara benzer şekilde Brooks ve Anderson'ın (2005) hemşirelerin iş yaşam kalitelerini tanımladıkları çalışmada, hemşirelerin iş yaşam kalitesi orta düzeyde bulunmuştur (Brooks ve Anderson, 2005). Öztürk'ün (2010) çalışmasında ise hemşirelerin iş yaşam kalitesi düzeylerinin ortanın altında olduğu belirtilmiştir (Öztürk, 2010).

Bununla birlikte hemşirelerin iş yaşam kalitelerini mesleki deneyimlerinin, çalıştıkları servisin, kurumdan ayrılmayı isteme durumunun, meslekten ve çalıştıkları kurumdan memnuniyet düzeylerinin etkilediği belirlenmiştir.

Bu faktörler arasında en etkili faktörün, kurumdan ve meslekten memnuniyet olduğu belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle kurumlarından ve mesleklerinden memnun olmayan hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, hemşirelerin memnuniyetini etkileyen faktörlerle iş yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin birbirleri ile örtüşmesinden kaynaklanabilir. Örneğin hemşirelerin iş doyumunu ya da işteki memnuniyetini düşüren iş yükü, uzun çalışma saatleri gibi olumsuz çalışma koşulları, hemşirelerin iş yaşam kalitelerini düşüren önemli etkenlerdendir. Yürütülen çalışmada da, iş yaşam kalitesi ölçeğine göre hemşirelerin iş yaşam kalitesinin en çok iş koşulları alt boyutunda düşük olması bu görüşü doğrular niteliktedir. İş koşullarının hemşireler üzerindeki etkisi, pandemi döneminde de kendini göstermiştir. COVID-19 pandemi döneminde artan hasta sayıları, enfekte olan sağlık personelinin çalışmaya devam edememesi, kliniklerde hemşireye duyulan ihtiyacın artması, tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşirelerin de iş yükünün artmasına ve yasal sürelerinden daha uzun süre çalışmasına neden olmuştur (Maben ve Bridges, 2020).

Cimete ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, hemşirelerin iş yaşam kaliteleri ve iş doyum arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş ve hemşirelerin iş doyum ile iş yaşam kalite puanlarını yaşlarının, ekonomik düzeylerinin, medeni durumlarının, çalışma süresi ve işteki pozisyonlarının etkilediği bulunmuştur (Cimete ve diğerleri, 2003). Bu çalışmada ise hemşirelerin iş yaşam kalitelerini en çok etkileyen iş koşulları boyutunun hemşirelerin kurumlarından ve mesleklerinden memnuniyetlerinin yanı sıra cinsiyeti, kadro derecesi, mesleki deneyim süresi, çalıştıkları kurum, çalışılan servis, haftalık çalışma saatinden etkilendiği belirlenmiştir.

Sırasıyla etkili bu faktör ele alındığında, kadın hemşireler iş yaşam kalitelerine ilişkin iş koşullarını erkek hemşirelere göre daha olumsuz değerlendirmişlerdir. Bu durum, kadının toplumsal rolü ile ilişkili olabilir. Hemşireliğin halen bir kadın mesleği olarak algılanması ve meslekte kadınların çoğunlukta olması, iş yaşamının getirdiği zorluklara, ev yaşamındaki kadın ve anne rolünün getirdiği sorunların ve toplumsal baskının eklenmesi, uzun süren çalışma saatleri ile iş yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir (Aytaç, 2005). Uğur ve Abaan'ın (2008) yaptıkları çalışmada ise cinsiyetin hemşirelerin iş yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Uğur ve Abaan, 2008).

Cinsiyetin yanı sıra 4B kadrosundaki hemşireler de 4A ve 4C kadrosundaki hemşirelere göre iş koşulları boyutunda iş yaşam kalitesini daha olumsuz bulmuşlardır. Bu durum 4C kadrosundaki hemşirelerin iş güvencesi ya da özlük haklarına sahip olmamalarından, 4A kadrosundaki hemşirelerin ise kurumun daimi hemşiresi olması ve diğerlerinin değişmesine rağmen onların kalıcı ve sürekli olarak iş koşullarının olumsuz durumlarına maruz kalmasından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin iş koşullarına ilişkin iş yaşam kalitelerini etkileyen bir diğer faktör ise mesleki deneyim yılları olmuştur. Çalışmada 6 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip hemşireler, 1-5 yıl arasındaki hemşirelere göre iş koşullarını daha olumsuz değerlendirmişlerdir. Çatak ve Bahçecik'in (2015) yapmış oldukları çalışmada, çalışma bulgularımıza benzer şekilde mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin, 5 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip hemşirelerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Çatak ve Bahçecik, 2015). Bu durum hemşirelerin mesleki deneyim süresi arttıkça olumsuz iş koşullarını tolere edememelerinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada, iş koşullarını etkileyen bir diğer faktör ise çalışılan kurumdur. Kamu hastanelerinde çalışan hemşireler, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre iş koşullarına ilişkin iş yaşam kalitesini daha olumsuz değerlendirmişlerdir. Ancak iş yaşam kalitesini destek hizmetler boyutunda daha olumlu bulmuşlardır. Bu durum, kamu hastanelerindeki hemşirelik hizmetlerinin temizlik, yemek, yeterli destek malzeme ve ekipman gibi destek hizmetler tarafından desteklendiği gösterse de yaşam kalitesi açısından hemşirelerin iş koşullarından yeterince memnun olmadığını düşündürmüştür. Yaşamakta olan COVID-19 pandemi sürecinde de hemşirelerin koruyucu ekipmanlara ulaşma konusunda yaşadıkları sorunlar, özellikle uzun çalışma saatleri gibi durumlar destek hizmetlerinin eksikliğinin önemini göstermiştir (Kiyat ve diğerleri, 2020). Bununla birlikte güvenli çalışma koşullarının sağlandığı, çalışan motivasyonunun önemini farkında olduğu ve sağlığın korunduğu kurumlarda, işgücü kayıplarının az, hizmet kalitesinin beklenen düzeyde ve örgütsel bağlılığın yüksek olduğunun belirtilmesi bu sonuçları destekler niteliktedir (Bakoğlu, 2014).

Çalışılan kurumun dışında hemşirelerin iş koşullarına ilişkin değerlendirmelerini çalıştıkları servisler de etkilemiştir. Dahili ve cerrahi servislerde çalışan hemşireler yoğun bakım ve acil birimde çalışan hemşirelere göre iş koşullarını olumsuz değerlendirmişlerdir. Brooks'un (2005) yoğun bakım ünitelerinde yaptığı çalışmada ise hemşirelerin iş yaşam kalite düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (Brooks ve Anderson, 2005). Dahili ve cerrahi birimlerde iş koşullarının olumsuz değerlendirilmesi, bu birimlerde çalışan hemşire sayısının yoğun bakım ve acil gibi birimlere göre daha az olması, dolayısıyla hemşire başına düşen hasta sayısının, iş yükünün fazla olması ve uzun çalışma saatlerinden kaynaklanabilir. Bazı çalışmalarda bu görüşü doğrulayacak şekilde iş koşulları ile ilişkili olan fazla çalışma saatinin, nöbet usulü ya da vardiyalı çalışmanın ve ağır iş yükünün tükenmeye neden olduğu (Güntaş ve Üstün, 2010), fiziksel ya da ruhsal sağlığa olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir (Arcak ve Kasımoğlu, 2006).

Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili düzenlemeler 657 sayılı Devlet memurları kanunu ve 2003 yılında çıkan 4857 sayılı iş kanunu esas alınarak düzenlenmektedir. Hemşireler devlet memuru veya özel sektörde

sözleşmeli sağlık çalışanı olarak çalışabilmektedir. Devlet Memurları Kanununun (657 sayılı) 99. maddesine göre; “Haftalık çalışma saati genelde 40 saattir” (Türk Hemşireler Derneği, 2008). Ayrıca Sağlık Bakanlığının, hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili düzenlemesine göre; “Hemşireler nöbet usulü çalışır. Vardiya usulü çalışma ise 08-24 saatleri arasında, poliklinik ve laboratuvar hizmetlerinde çalışan hemşireler için tanımlanmıştır. Gece çalışması nöbet olarak tanımlanmıştır” (Sağlık Bakanlığı, 2015). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), hemşirelerin çalışma saatinin; “Haftada 40 saat, günlük çalışma saatinin 8-12 saat olmasını; haftalık kesintisiz 36-48 saat dinlenme ve nöbetler arası en az 12 saat kesintisiz dinlenme süresinin olması; yıllık ücretli izinlerin en az dört hafta olması gerektiğini bildirmiştir” (World Health Organization). Oysa yürütülen çalışmada hemşirelerin dörtte birinden biraz fazlası 46 saat ve üzerinde çalışmaktadır ve fazla mesai yapan bu hemşirelerin iş yaşam kalitesi iş koşulları boyutunda anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Pandemi yaşanan bu günler de hemşirelerin iş yaşam kalitesini daha fazla olumsuz etkilemiş, hemşirelerin iş yükü ve çalışma süreleri daha fazla artmış, izinler gerektiğinde iptal edilmiştir (Türk Hemşireler Derneği, 2020).

İş koşulları ile birlikte yine dahili ya da cerrahi birimlerde çalışan hemşireler, iş ya da çalışma ortamına ilişkin iş yaşam kalitelerini olumsuz değerlendirmişlerdir. İş/çalışma ortamı; güvenli çevre, politika, prosedür ve talimatlarla desteklenme, ekip iletişimi, eğitimlere katılımı ve ilerlemeleri destekleme, iş güvenliği ve üst yönetimin hemşirelere saygı duymasını kapsamaktadır. Hem iş koşulları hem de iş/çalışma ortamı boyutunu kapsayan Saraji ve Dargahi'nin (2006) yapmış olduğu çalışmada da saptadığı gibi çalışanların gelir düzeyleri, işlerinde ve aile hayatında geçirdikleri zaman arasındaki denge, iş güvenliği ve sağlığı, yöneticiler ile ilişkiler iş doyumunu açısından belirleyicidir ve bu çalışmada hastane çalışanlarının iş yaşamı kalitesi düşük bulunmuştur (Saraji ve Dargahi, 2006). Çalışmamızda da özellikle yönetsel faktörler kapsamında yönetici-ast ilişkilerinin hemşirelerin genel olarak iş yaşam kalitesini ve iş/çalışma ortamını daha olumsuz etkilediğini belirtmesi bu bulgularla ilişkilendirilebilir. Çünkü yöneticilerin hemşirelerin hemşirelere saygı duyması ve onlarla olumlu ilişkiler kurması hemşirelerin iş yaşam kalitelerine ilişkin değerlendirmelerini değiştirmektedir (Bohle ve diğerleri, 2004).

Hemşirelerin iş/çalışma ortamına ilişkin değerlendirmelerini yaşları da etkilemiştir. Mesleki deneyim yılı 10 yıl altında olan ve 40 yaş ve altındaki hemşireler de, iş ya da çalışma ortamına ilişkin yaşam kalitelerini daha olumsuz bulmuşlardır. Bunun nedeni beklentilerle ilişkili olabileceği gibi bu yaş ve deneyim grubundaki hemşirelerin daha az iş güvenliği, ekip iletişimi hissetmesi, eğitim fırsatlarından daha az yararlanması ve üst yönetim ile ilişkilerini daha sınırlı olması ve yaşın ya da deneyimin getirdiği saygınlığın daha az olmasından kaynaklanabilir. Bunların yanı sıra 6 ile 10 yıl arasında mesleki deneyime sahip hemşireler özellikle genel toplamda ve destek hizmetler boyutunda iş yaşam kalitesini daha olumsuz değerlendirmişlerdir. Bu durum bu aralıktaki hemşirelik grubunun diğer deneyime sahip hemşirelere göre daha fazla yoğun aile ve iş yaşamı içinde olmalarından kaynaklanabilir.

Mesleki deneyimin yansısı hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin tüm boyutları üzerinde etkili olan bir diğer faktör ise hemşirelerin genel iş yaşam kalitesine ilişkin görüşleridir. Çalışmamızda iş yaşam kalitesini özellikle kötü bulan hemşirelerin genel iş yaşam kalitesini ve iş kalitesinin tüm boyutlarını daha olumsuz değerlendirmesi bulgularımızı destekler niteliktedir. Bununla birlikte Perim'in (2007) çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğunun iş/çalışma ortamı kapsamında çalıştıkları kurumdaki var olan fiziksel çevreyi sağlıklı bulmamışlardır ve hemşireler yaşam kalitesi düzeylerini kötü olarak değerlendirmişlerdir (Perim, 2007).

Son olarak 5 yıl üzerinde çalışanlara göre 5 yıl ve altında servislerinde çalışma süresine sahip hemşirelerin iş yaşam kalitesinin iş algısı boyutunu daha olumsuz değerlendirdiği görülmüştür. İş algısı boyutu; hasta bakımı ile ilgili konularda karar verirken otonomiye sahip olmak, hekimler tarafından kabul görmek, iyi iletişim kurmak ve iş yerine ait olma ile ilgilidir. Dolayısıyla bu durum serviste geçirilen süre, servis/birim tarafından kabul görme ve ait olma ile ilişkili olarak gelişmiş olabilir.

Bunların yanı sıra hemşirelerin medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, kendisinin ve ailesinin gelir durumu, çalışma şekli, aylık nöbet sayısı hemşirelerin iş yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerini etkilememiştir. Bohle ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında medeni durum, eğitim durumu gibi özellikler hemşirelerin iş yaşam kalitesini etkilememiş (Bohle ve diğerleri, 2004), oysa Çatak ve Bahçecik'in (2015) çalışmasında gelir durumu hemşirelerin iş yaşam kalitesi düzeyini etkilemiştir (Çatak ve Bahçecik, 2015).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve iş yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin incelendiği bu çalışmada, hemşirelerin yarısına yakını 30 yaş altında ya da genç, çoğunluğu kadın, evli, lisans/lisansüstü eğitime sahip, 4A kadrosunda, kamu hastanelerinin dahili ve cerrahi birimlerde çalışan, 2/5'si 10 yıl üzerinde mesleki deneyime ve çoğunluğu 5 yıl ve altında servislerinde çalışma süresine sahiptir. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğu vardiyalı çalışmakta, ayda 6 veya daha fazla nöbet tutmakta ve haftada 40-45 saat çalışmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu mesleklerinden ve kurumlarından memnun olduğunu ve kurumlarından ayrılmak istemediklerini belirtmişlerdir. İş yaşam kalitelerini de yönetsel faktörler kapsamında öncelikle mesleki politika, yasa ve yönetmeliklerin (%40) etkilediğini bulunmuştur.

Hemşirelerin çoğunluğu genel olarak iş yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğuna ilişkin görüş bildirirken, bu görüşlerini doğrulayacak şekilde HİYKÖ kapsamında iş yaşam kalitelerini orta düzeyde değerlendirmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin iş yaşam kalitelerini orta düzeyde tutan ve azaltan boyut ise iş koşulları boyutu olmuştur. Dahili ve cerrahi servislerde çalışan, 6-10 yıl arasında mesleki deneyime sahip, mesleğinden ve çalıştığı kurumdan memnun olmayan, iş yaşam kalitelerini genel olarak kötü bulan ve iş yaşam kalitelerine ilişkin yönetsel faktörler kapsamında en çok yönetici-ast ilişkilerinin etkili olduğunu düşünen hemşirelerde, genel olarak iş yaşam kalitelerini daha düşük bulmuşlardır.

Alt boyutlar kapsamında ise özellikle kadın, 4A ve 4C kadrosunda, 6 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip, kamu hastanelerinde, dahili ve cerrahi servisler ile yoğun bakım birimlerinde, haftada 46 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin HİYKÖ'nin "iş koşulları" boyutunda; 40 yaş ve altındaki hemşirelerin "iş çalışma ortamı" boyutunda; yine kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin "destek hizmetler" boyutunda; servislerinde 5 yıl ve altı çalışma süresine sahip hemşirelerin "iş algısı" boyutunda; mesleklerinden ve çalıştığı kurumdan memnun olmayan ve çalıştığı kurumdan ayrılmayı isteyen, ayrıca iş yaşam kalitesini genel olarak kötü değerlendiren hemşirelerin HİYKÖ'nin "tüm alt boyutlarında" iş yaşam kalitelerini daha düşük bulduğu görülmüştür.

Son olarak bazı değişkenler açısından değerlendirildiğinde, genel olarak hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile meslekten memnuniyet, çalıştığı kurumdan ayrılmayı isteme durumu, çalışılan kurumdan memnuniyet değişkenleri arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiş, başta kurumdan ve sonra meslekten memnuniyetsizliğin hemşirelerin iş yaşam kalite düzeylerini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İş koşulları kapsamında; hemşirelerin iş yükünü azaltmak için hemşire sayısı artırılmalı, maaşlarının iyileştirilmesi, hemşirelik dışı işlerinin azaltılması, haftalık çalışma saatinin 40 saati geçmemesi için kurum ve kurum yöneticileri tarafından yeniden düzenlemeler ve iyileştirmeler yapılmalıdır. Ayrıca 4C kadrosundaki hemşirelerin mümkünse 4B kadrolarına geçirilmesi için girişimler başlatılmalıdır.
- Kamu hastanelerinde olumlu değerlendirilen destek hizmetlerinin üniversite hastanesinde de iyileştirilmesi için üst yönetimlerle görüşülmeli, ilgili iyileştirmeler başlatılmalıdır.
- 40 yaş altında, mesleki deneyimi 10 yıl altında ve yine dahili ve cerrahi birimlerde çalışan hemşireler için ise güvenli, etkili iletişim ve eğitim fırsatlarının sunulduğu, yönetici-ast ilişkilerinin daha pozitif olduğu iş ya da çalışma ortamının iyileştirilmesi için olumlu bir çalışma ortamı ve iklim sağlanmalıdır.
- Bununla birlikte adaletli davranma tutumları oluşturulması, eşit işe eşit ücret imkânlarının sağlanması ve çalışan ayrımcılığının önüne geçilmesi gibi düzeltici ve iyileştirici girişimler planlanarak uygulanmalıdır.
- Ayrıca hemşirelerin iş yaşam kalitelerini artırmak için kurumlarından ve mesleklerinden memnuniyetsizlik durumlarının nedenleri araştırılmalı, iş doyumlarını olumsuz etkileyen faktörlere yönelik ve hemşirelerin iş yaşam kaliteleri üzerinde etkili olan faktörlere yönelik girişimler ve hemşirelerin memnuniyetlerini artıracak uygulamalar ve politikalar hayata geçirilmelidir. Hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, kuruma çekilmesi, kurumda tutulması ve örgütsel bağlılıklarının yükseltilmesi noktasında büyük önem taşıyan miktatsız hastane standartlarının benimsenerek sağlık kurumlarında uygulamaya aktarmak için düzenlemeler yapılmalıdır.
- En fazla 5 yıldır servislerinde çalışan, genellikle genç ve deneyimsiz olan hemşirelerin iş algısı iyileştirmek için de serviste takım çalışmalarının belirlenmesi, kararların beraber interdisipliner bir şekilde alınması, ekip içi sosyal ya da informal toplantıların düzenlenmesi yarar olabilir.
- Ayrıca çalışmanın il merkezinde bulunan özel hastanelerde çalışan hemşirelerle de yapılarak sonuçların karşılaştırması yapılabilir.

Yarar Katkıları

E.T.: Fikir, Tasarım, Veri Toplama ve İşleme, Analiz ve Yorum, Kaynak Taraması, Makalenin Yazımı

H.Ö.: Fikir, Tasarım, Denetleme/Danışmanlık, Analiz ve Yorum, Eleştirel İnceleme

Çıkar Çatışması

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

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

Çalışma hazırlanırken; veri toplanması, sonuçların yorumlanması ve makalenin yazılması aşamalarında herhangi bir çıkar çatışması alanı bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Alan, H., Yıldırım, A. (2015). A scale for quality of work-life among nurses accuracy and reliability study. *MedPub Journals*, 7(1), 3.
- Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A.S., Şerifi, B.A. (2005). AİBU Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(2), 55-65.
- Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33 (1), 23-30.
- Altuntaş, S., Baykal, Ü. (2008). İşe karşı tutum ölçeğinin hemşireler için uyarlanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (1), 51-61.
- Aytaç, S. (2005). Çalışanların işlerine ilişkin duygularının stres tepkileri üzerindeki etkisi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 55(1), 834-851.
- Bakoğlu, N. (2014). İyi Bir Çalışma Ortamı ve Bakıma Etkisi. <https://www.researchgate.net/search?q> (Erişim Tarihi: 15.03.2021).
- Brooks, B.A., Anderson, M.A. (2005). Defining quality of nursing work life. *Nurse Economic*, <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200407000-00014>, 23(6): 319-326.
- Brooks, B.A., Storffell, J., Omoike, O., Ohlson, S., Stemler, I., Shaver, J., Brown, A. (2007). Assessing the quality of nursing work life. *Nurse Economic*, 31(2), 152-157.
- Bohle, P., Quinlan, M., Kennedy, D. (2004). Working hours, work-life conflict and health in precarious and “permanent” employment. *Rev. Saúde Pública*, 38,19-25.
- Bostan, S., Köse, A. (2011). Hemşirelerin yönetsel hizmetleri ve çalışma ortamlarını değerlendirmesi-bir üniversite hastanesi örneği. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 178-183.
- Buerhaus, P., Donelan, K., Ulrich, B., Norman, L., Dittus, R. (2005). Is the shortage of hospital registered nurses getting better or worse? Findings from two recent national surveys of RNs. *Nursing Economic*, 23(2), 61-72.
- Cimete, G., Gencalp, N.S., Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *J Nurs Care Qual*, 18(2), 151-158.
- Çatak, T., Bahçecik, N. (2015). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5(2), 85-95.
- Danford, A., Richardson, M., Stewart, P., Tailby, S., Upchurch, M. (2008). Partnership, high performance work systems and quality of working life. *New Technology Work and Employment*, 23(3), 151-165.
- Günüşen, N.P., Üstün, B. (2010). Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1, 40-51.
- Hiçdurmaz, D., Öztekin, (2020). COVID-19 Pandemisinde ön safta çalışan hemşirelerin ruhsal sağlığının korunması ve ruhsal travmanın önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7 (Özel Sayı), 1-7: doi: 10.31125
- Kiyat, İ., Karaman, S., Ataşen, G.,İ., Kiyat, Z. (2020). Yeni Koronavirüs (COVID-19) ile mücadelede hemşireler. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 1 (1), 81-90.
- Khani, A., Jaafarpour, M., Dyrekvandmogadam, A. (2008). Quality of nursing work life. *JCDR*, 2, 1169-1174.
- Maben, J., Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses’ psychological and mental health. *J Clin Nurs*, (15-16), 2742-2750. doi.org/10.1111/jocn.15307
- Mollaoğlu, M., Fertelli, T.K., Tuncay, F.O. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15), 17-30.
- Ozkan, O., Emiroğlu, O.N. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 10(3):43-52.

- Öztürk, D.A. (2010). *Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve iş yaşam kalitesinin iş doyum düzeyine etkileri*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Perim, A. (2007). *Trakya üniversitesi eğitim, araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.
- Royuele, V., Lopez-Tamayo, J., Surinach, J. (2009). Results of quality of work life index in Spain. A comparison of survey results and aggregate social indicators. *Soc Indic Res*, 90, 225-241.
- Sağlık Bakanlığı, Yönetmelikler. (2015). <https://www.saglik.gov.tr/TR,10413/yonetmelikler.html> (Erişim Tarihi 15.03.2021).
- Saraji, G.N., Dargahi, H. (2006). Study of quality of work life (QWL). *Iranian J Publ Health*, 35(4): 8-14.
- Şirin, M. (2011). *Hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Erzurum.
- Türk Hemşireler Derneği, (2020). *COVID-19 Özel Bülteni*. <https://www.thder.org.tr/uploads/files/covid19-2-ozel.pdf> (Erişim Tarihi 15.03.2021).
- Türk Hemşireler Derneği, (2008). Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. <https://www.thder.org.tr/turkiye-de-hemşirelerin-calisma-kosullari> (Erişim Tarihi 15.03.2021).
- Uğur, E., Abaan, S. (2008). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 297-310.
- Work Organisation & Stress-World Health organization. http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf. (Erişim tarihi 15.03.2021).
- Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., Er, F. (2010). Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 111-117.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *J Psy Nurse*, 2(2), 61-68.

Suat TUNCAY¹
Orcid: 0000-0001-5493-6507

Ayşe ŞAHİN²
Orcid: 0000-0003-1240-0178

Kamile AKÇA³
Orcid: 0000-0002-2833-8754

Duygu ARIKAN⁴
Orcid: 0000-0001-9451-8799

Detection of Drug Medication Errors of Nursing Students in Pediatric Patients Through a Hospital Simulation

Simüle Edilmiş Hastane Ortamında Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk Hastalarda İlaç Uygulama Hatalarının Belirlenmesi

Gönderilme Tarihi: 2 Şubat 2021

Kabul Tarihi: 08 Haziran 2021

¹RN, M.Sc, Research Assistant, Bingöl University, Faculty of Health Sciences, Department of Pediatric Nursing, Bingöl, TURKEY

²RN, M.Sc, Lecturer, Amasya University, Sabuncuoğlu Şerefeddin Health Services Vocational School, Child Development, Amasya, TURKEY

³RN, M.Sc, Research Assistant, Gaziantep University, Faculty of Health Sciences, Department of Pediatric Nursing, Gaziantep, TURKEY,

⁴RN, M.Sc, Professor, Atatürk University, Nursing Faculty, Department of Pediatric Nursing, Erzurum, TURKEY

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Suat Tuncay
suat.tuncay@gmail.com

Key Words:

Pediatrics; nursing student; drug medication errors; simulation.

Anahtar Sözcükler:

Çocuk; hemşirelik öğrencisi; ilaç uygulama hataları; simülasyon.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to detect nursing students' drug medication errors in pediatric patients.

Methods: The study used a comparative descriptive and qualitative design and was carried out after the necessary ethical and official permissions had been obtained. The universe of the research consisted of the students of the Faculty of Nursing. The sample of the study included 94 students (third-year n=47 and fourth-year n=47). A laboratory of the Faculty of Nursing was simulated as a room where a nurse provides treatment. The students who participated in the study with the determined drug order were asked to prepare the drugs with the most appropriate technique, and they were observed by the researchers. Data were collected one by one by the researchers using a drug medication errors checklist prepared by the researchers.

Results: The third-year students did not consider dry powder dosage and obtained the lowest score ($\bar{X}=0.68$). The fourth-year students did not attach the right label on the drug taken and received the lowest score ($\bar{X}=0.42$). The third-year students were more successful in attaching the right label on the remaining drug ($p=0.20$) and the fourth-year students were more successful in observing aseptic rules ($p=0.03$). Students in both groups ignored the dry powder dosage of the drug in total and earned the lowest score from this practice ($\bar{X}=0.64$).

Conclusion: Drug medication errors committed by the students in both groups were high, and the students did not consider dry powder dosage when reconstituting the drug.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin çocuk hastalarda ilaç uygulama hatalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma karşılaştırmalı tanımlayıcı ve niteliksel türde tasarlanmış ve gerekli etik ve resmi izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Hemşirelik Fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Örnekleme ise 94 öğrenci (üçüncü sınıf n=47 ve dördüncü sınıf n=47) dahil edilmiştir. Hemşirelik Fakültesi laboratuvarı, hemşirelik tedavi odası şeklinde simüle edilmiştir. Belirlenen ilaç sırası ile çalışmaya katılan öğrencilerden ilaçları en uygun teknikle hazırlamaları istenmiş ve araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan ilaç uygulama hataları kontrol listesi kullanılarak tek tek toplanmıştır.

Bulgular: Üçüncü sınıf öğrencilerin ilaç kuru toz hacmini dikkate almadığı ve en düşük puanı aldıkları belirlendi ($\bar{X}=0.68$). Dördüncü sınıf öğrencilerinin kalan ilaca doğru etiketi yapıştırmadığı ve en düşük puanı aldıkları bulundu ($\bar{X}=0.42$). Üçüncü sınıf öğrencileri kalan ilaca doğru etiketi yapıştırmada daha başarılı ($p=0.20$) ve dördüncü sınıf öğrencileri aseptik kurallara uymada daha başarılı olduğu tespit edildi ($p=0.03$). Her iki gruptaki öğrencilerin ilaçların kuru toz hacmini göz ardı ettiği ve bu uygulamadan en düşük puanı aldıkları bulundu ($\bar{X}=0.64$).

Sonuç: Her iki gruptaki öğrencilerin yaptığı ilaç uygulama hatalarının yüksek olduğu ve öğrenciler ilacı sulandırırken kuru toz hacmini dikkate almadığı görüldü.

Kaynak Gösterimi: Tuncay, S., Şahin, A., Akça, K., Arıkan, D. (2021). Simüle edilmiş hastane ortamında hemşirelik öğrencilerinin çocuk hastalarda ilaç uygulama hatalarının belirlenmesi. *EGEHFD*, 37(2), 121-129. Doi: 10.53490/egehemsire.873143

How to cite: Tuncay, S., Şahin, A., Akça, K., Arıkan, D. (2021). Detection of drug medication errors of nursing students in pediatric patients through a hospital simulation. *JEUNF*, 37(2), 121-129. Doi: 10.53490/egehemsire.873143

INTRODUCTION

The United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) defines medication errors as any preventable event that lead to inappropriate medication use or patient harm. Medication errors are among the most frequently encountered errors during the treatment of hospitalized patients (NCCMERP).

Children constitute a risky community for medication errors. Frequency of medication errors is higher in pediatric patients than in adults due to developmental characteristics of children, lack of many drugs for children, and administration of drugs through reconstitution (Al-Ramahi et al., 2017; Lalande et al., 2018). The effects of drug medication errors on infants and children can be very serious. A study examining medication errors reported that 55.2% of the errors reaching the child caused a harmful effect at a level that would not need follow-up, 12.1% had not harmed the child, and 27.2% were noticed before they had reached the child. In addition, 3.2% resulted in temporary damage and required intervention or long-term hospitalization, 0.3% of the children suffered from permanent damage but survived through intervention, 1.9% were noticed before almost reached the child, and 0.04% were errors that could be related to the child's death (Manias et al., 2014).

Nurses are the most important element in recognizing and preventing errors to reduce the risks in the process of drug administration to children (Sears et al., 2016). Nurses are responsible for having knowledge about the drugs they administer, their preparation, control, administration, and evaluation of the effectiveness of the treatment; therefore, they need to have continuous education throughout their professional life to minimize errors regarding drug applications (Di Muzio et al., 2017). One of the most important points in reducing and preventing drug medication errors is to allow nursing students, who are preparing for the profession, to exhibit their knowledge and experience about drug administration, enable them to review the drug administration education they received during their education, and detect the areas they think are insufficient (Grandell-Niemi et al., 2005). Many training methods and strategies are used to develop knowledge and skills in nursing education. One of the methods adopted for students to gain and improve their competence inpatient care management is simulations (Edeer & Sarikaya, 2015).

The World Health Organization (WHO) published gold standards in education for nurses and, accordingly, recommended using electronic learning and simulation methods in the programs of nursing schools for learning and teaching (WHO, 2009). The American Association of Colleges of Nursing (AACN) and the US National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) reported that using simulation and online learning methods in nursing education was useful (AACN, 2005; NCSBN, 2005). In its report on the underlying proficiency of nurse educators, the US National League for Nursing (NLN) suggested using information technologies (computer programs, simulations, the internet, etc.) to facilitate students' learning and support their learning process (NLN, 2021).

When teaching drug application during professional nursing education, theoretical knowledge about drugs and applications is first given, and then this knowledge is reinforced through laboratory and clinical applications (Zaybak et al., 2017).

This study was conducted to determine drug medication errors of the nursing students who were taking or had taken Pediatric Nursing lesson in a simulated hospital environment before they administered drugs to children. Detecting drug medication errors committed by nursing students is necessary for the prevention of medical errors. The results of the study show that initiatives should be planned to minimize drug medication errors and eliminate their causes.

This study was planned to determine and compare the drug medication errors of the third and fourth-year nursing students who were taking or had taken Pediatric Nursing lesson in pediatric patients.

METHOD

Design

This research was designed with a comparative descriptive and qualitative feature.

This research was carried out at a school in eastern Turkey 4-year nursing education. The data were collected from the 3rd and 4th grade nursing students in the laboratory simulated in the pediatric clinic in the last week of May 2019.

Participants

The third-year and fourth-year students (n=263 and n=262, respectively) studying at a faculty of nursing and who were taking or had taken Pediatric Nursing lesson comprised the universe of the study. Using the known universe formula, 94 students were selected with a confidence interval of 90% and a margin of error of 7%. Totally, using the random sampling method, 94 students (third-year n=47 and fourth-year n=47) who were randomly selected and agreed to participate were included in the study.

Setting

The process of pediatrics nursing course

Pediatric Nursing is taught in the second semester of the third-year in the Faculty of Nursing. During the spring semester, students receive 12 hours of practice in the hospital in addition to weekly theoretical lessons at the faculty. Research nurses assigned by the Faculty of Nursing supervise clinical practice. Practice on pediatric patients is implemented individually and in a safely. Research nurses work with students 12 hours a week. Clinical nurses and research nurses cooperate. Accordingly, clinical nurses also direct students and participate in their education. Care and treatment are provided together.

Fourth-year students are intern students. They practice only with clinical nurses. They do not receive any theoretical lessons.

Creating the simulation room

The study was conducted in the laboratory of the Nursing Faculty. The laboratory is simulated as a pediatrics clinic with treatment and patient room. Necessary materials (serums, syringes, drugs, medical gloves, masks, medical waste boxes, labels, etc.) were provided by the researchers.

There was a nurse desk, various equipment cabinets, three intervention dummies, and venous access on the dummies in the laboratory.

The simulation was prepared by mimicking a hospital environment. A mini pediatric clinic was designed in the laboratory of the faculty within the context of the simulation. Medical gloves, injectors, masks, bonnets, waste boxes, a medicine cart, physician orders, labels, child dummies, and different types of drugs and reconstitution solutions were placed in the simulation environment.

Data collection tools

Drug application errors checklist

The Drug Application Errors Checklist was created based on the literature within the scope of the study. The order of action in the Drug Application Errors Checklist was prepared according to the specified literature (Bülbül et al., 2014; Kim & Lee, 2020; Musharyanti et al., 2019; Sears et al., 2016). After the "Checklist" was prepared, approval was obtained from two experts in the field of pediatric nursing.

Drug Application Errors Checklist consists of 17 techniques. The techniques in the checklist were created in a specific order. The students were given 5 points in the circumstance they applied the technique competently, and other scores were as follows: 4= Good, applied confidently, 3= Pass, applied confidently 2= Pass, did not apply confidently, 1= Bad, was not competent, 0= Did not apply. The maximum and minimum scores the students could obtain from the checklist were 85 and 0, respectively.

This checklist examines the following techniques; Ensuring hand hygiene, checking the physician's order, wearing medical gloves, checking medication time, reconstituting the drug with the correct solvent, observing aseptic rules when reconstituting the vial, considering the dry powder dosage when reconstituting the drug, taking the right dose, paying attention to no loss of dose, attaching the right label on the drug taken, attaching the right label on the remaining drug, checking the right room, confirming the right patient (wristband), confirming the route of administration, considering the speed of administration, recording the given medicine, disposing of the waste properly.

Data collection procedure

Data were collected using a "Drug Application Errors Checklist" prepared by the researchers in the last week of May 2019 and by checking the items on the form individually and sequentially.

Nobody, except the researchers and the student, was allowed into the simulation environment during the data collection process. The students were asked to prepare and administer the drugs according to the order specified in the laboratory that was simulated as a pediatrics clinic environment. The ordered drugs included vials with powder dosages. The student was not interfered during the preparation and administration of drugs; the student was just observed from afar. In the research, each student was observed by 3 specialist pediatric nurses of this research. Points were given by consensus according to the checklist.

After each student had conducted the last practice, he/she was told, "This is not an exam. We would like to get your opinions. Why did you follow these steps? Do you think you made an error? If you think you did, where did you make it? Could you please explain to us?" Then, the responses were evaluated.

Each meeting lasted approximately 20 minutes.

Data analysis

The data were analyzed electronically using the Kolmogorov Smirnov test, frequency, and mean. Independent groups were evaluated using the Student's t test.

Ethical considerations

For the study, ethical compliance approval from the University Ethics Committee (2019-2/16) were obtained. Written permission was obtained from the faculty to use the laboratory within the scope of the study. The students were interviewed individually and they were informed about the process of the study. The students who agreed to participate were included in the study.

RESULTS

The results of the study conducted to detect the errors committed by third and fourth-year nursing students who were taking or had taken the Pediatric Nursing lesson in drug administration practices in pediatric patients in a simulated environment are as follows:

In the study, it was determined that 76.6% (n = 36) of both 3rd and 4th grade students were female students and 23.4% (n = 11) were male students. The study also found that the mean age of 3rd grade students was 22 (SD =±1.2, range = 19-30), and the average age of 4th grade students was 22.4 (SD =±1.71, range = 21-32). It was determined that these two groups were homogeneous ($p = 0.28$).

The practices on which the third and fourth-year nursing students (n=94) received the lowest scores were "Considering the powder dosage when reconstituting the drug" ($\bar{X}=0.64$), "Attaching the right label on the drug taken" ($\bar{X}=0.71$), and "Attaching the right label on the remaining drug" ($\bar{X}=0.87$). The highest scores were obtained from the items "Checking the physician's order" ($\bar{X}=4.21$) and "Disposing the waste properly" ($\bar{X}=3.89$) (Table 1).

The third-year students (n=47) scored the lowest on "Considering the powder dosage when reconstituting the drug" ($\bar{X}=0.68$). They obtained the highest score on "Disposing the waste properly" ($\bar{X}=4.17$) (Table 1).

In examining the errors made by the fourth-year students, they received the lowest scores on "Attaching the right label on the drug taken" ($\bar{X}=0.42$) and "Considering the powder dosage when reconstituting the drug" ($\bar{X}=0.61$). They obtained the highest score from "Checking the physician's order" ($\bar{X}=4.36$) (Table 1).

Table 1. Medical Error Practices of the Third and Fourth-year Nursing Students

	Third and Fourth-year Students (n=94)	Third-year Students (n=47)	Fourth-year Students (n=47)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
1. Ensuring hand hygiene	0.8 (1.6)	1.00 (1.47)	0.78 (1.74)
2. Checking the physician's order	4.21 (1.04)	4.06 (1.16)	4.36 (0.89)
3. Wearing medical gloves	1.56 (2.15)	1.42 (1.89)	1.70 (2.39)
4. Checking medication time	3.52 (1.68)	3.21 (1.70)	3.82 (1.61)
5. Reconstituting the drug with the correct solvent	3.76 (1.85)	3.80 (1.84)	3.72 (1.88)
6. Observing aseptic rules when reconstituting the vial	2.38 (1.20)	2.12 (1.24)	2.63 (1.11)
7. Considering the dry powder dosage when reconstituting the drug	0.64 (1.04)	0.68 (0.91)	0.61 (1.17)
8. Taking the right dose	1.78 (1.85)	1.48 (1.58)	2.08 (2.06)
9. Paying attention to no loss of dose	1.31 (1.47)	1.59 (1.62)	1.04 (1.26)
10. Attaching the right label on the drug taken	0.71 (1.24)	1.00 (1.31)	0.42 (1.11)
11. Attaching the right label on the remaining drug	0.87 (1.46)	1.06 (1.48)	0.68 (1.43)
12. Checking the right room	2.93 (2.29)	3.17 (2.19)	2.70 (2.38)
13. Confirming the right patient (wristband)	1.87 (1.99)	1.65 (1.95)	2.08 (2.03)
14. Confirming the route of administration	3.59 (1.84)	3.42 (1.95)	3.76 (1.73)
15. Considering the speed of administration	2.68 (1.95)	2.95 (1.78)	2.40 (2.09)
16. Recording the given medicine	2.25 (2.25)	2.23 (2.17)	2.27 (2.34)
17. Disposing the waste properly	3.89 (1.99)	4.17 (1.67)	3.61 (2.26)

Note: For each practice, the maximum score is 5, the minimum score is 0.

The comparison of the medical error practices of the third and fourth-year nursing students showed a significant difference between the groups in the practices "Observing aseptic rules when reconstituting vial" ($p=0.03$) and "Attaching the right label on the drug taken" ($p=0.02$) (Table 2). In the practice of "Observing aseptic rules when reconstituting the vial," the fourth-year students were more successful; however, the third-year students were more successful in the practice of "Attaching the right label on the drug taken" (Table 2).

The third and fourth-years students received 39.08 and 38.74, respectively, from the drug medication errors checklist out of 85, and the difference was not statistically significant ($p=0.88$) (Table 1, Table 2).

Table 2. Comparison of Medical Error Practices of the Third and Fourth-year Nursing Students

	t	p
1. Ensuring hand hygiene	0.63	0.52
2. Checking the physician's order	1.38	0.16
3. Wearing medical gloves	0.62	0.53
4. Checking medication time	1.79	0.07
5. Reconstituting the drug with the correct solvent	0.22	0.82
6. Observing aseptic rules when reconstituting the vial	2.09	0.03
7. Considering the dry powder dosage when reconstituting the drug	0.29	0.76
8. Taking the right dose	1.57	0.12
9. Paying attention to no loss of dose	1.84	0.06
10. Attaching the right label on the drug taken	2.27	0.02
11. Attaching the right label on the remaining drug	1.27	0.20
12. Checking the right room	0.98	0.32
13. Confirming the right patient (wristband)	1.03	0.30
14. Confirming the route of administration	0.89	0.37
15. Considering the speed of administration	1.38	0.17
16. Recording the given medicine	0.09	0.92
17. Disposing the waste properly	1.34	0.18

The responses of the students to the questions "Why did you follow these steps? Do you think you made an error? If you think you did, where did you make it?" are as Table 3.

Table 3. Students' Opinion on Medication Administration Errors

Of the students, 76.5% responded with the same or similar answers as: <i>"I did just the way clinical nurses do. Moreover, they are fast and practical. I think researcher nurses love details. That's why I believe that clinical nurses are doing more correct practices."</i>
Of the students, 19.2% gave the same or similar answers as: <i>"Theoretically I should have considered the powder dosage of the drugs, but I did not. I think I made an error there."</i>
Of the students, 4.3% gave the same or similar answers as: <i>"In the first year when drug administrations were taught in the lesson of principles of nursing, the issue of powder dosage was not taken into consideration. Therefore, I did not consider it, either. I guess I cannot change it because I learned it so at first."</i>

DISCUSSION

Simulation training is a way of providing learning using the desired professional knowledge and skills by preventing the patient from being harmed and offering unlimited repetition opportunities in special settings similar to the hospital environment. Also, the simulation environment; Using problem-based scenarios can be an alternative way to facilitate drug safety. Nursing schools and hospitals should consider integrating these teaching strategies for students and nurses to prevent medication errors (Kuo et al., 2020; Vural Doğru & Zengin Aydın, 2020). There are studies that examine the knowledge and skills of nurses students with a computer-based virtual reality simulation environment (Dubovi et al., 2017), or simulated the classroom environment and investigate medication errors (Kuo et al., 2020). In our study, the laboratory environment was simulated in the hospital environment. Rather than increasing the knowledge and skill level of the students, this study is to determine the medication errors and examine the reasons before the medication is administered to the patient.

The results of the study conducted to detect the errors committed by the third and fourth-year nursing students, who were taking or had taken Pediatric Nursing lesson, in drug administration practices in pediatric patients in a simulated environment are discussed and presented in the light of literature below.

Drug medication errors are one of the most common and patient safety threatening errors in hospitals, and its prevalence is reported to vary. Pharmaceutical management is among the basic steps of nursing practices as well as being the ethical and legal responsibility of the nurse (Al-Ramahi et al., 2017; Özyazıcıoğlu et al., 2018). The practices from which the third and fourth-year nursing students in the study obtained highest scores were “Checking the physician's order,” “Checking medication time,” and “Confirming the route of medication.” A study investigating drug medication errors committed by nursing students reported that practices with the lowest error rate were drug administration without physician's order (6.7%), drug administration at the wrong time (5.0%), and drug administration using the wrong route (2.7%) (Ayık et al., 2010). This supports that the students were more sensitive about confirming the route of drug administration, checking the physician's order, and the drug administration time.

This study found that another practice on which the third and fourth-year students obtained highest scores was “Disposing the waste properly.” (Table 1). A study conducted to determine the knowledge and attitudes of healthcare professionals about hospital waste reported that the majority of the professionals stated that cutting and piercing medical waste should be collected in separate boxes (İncesu & Evirgen, 2017). Based on this, nurses, who are the key members of healthcare workers, are thought to provide nursing students with the attitude of disposing medical waste properly by guiding them in clinical practices.

The item on which the nursing students received the lowest score was “Considering the powder dosage when reconstituting the drug” (Table 1). In a simulated scenario-based study, it was found that students in the control group failed to consider the drug powder volume (Kuo et al., 2020). Another study was conducted by Kim and Lee (2020). In this study, the students were included in the Medication Error Encouragement Training (MEET) program and their competencies were tested. As a result of the study, it was observed that the control group students were unsuccessful in drug preparation compared to the experimental group. Similarly, in another study, it was determined that 34% of the students calculated the pediatric drug dose incorrectly or underestimated (Özyazıcıoğlu et al., 2018).

This highlights the need to provide more information about considering the powder dosage when reconstituting drugs in Pediatric Nursing lesson and to improve students' drug dose calculation skills in clinical practice. Furthermore, students should be given opportunities to repeat until they have done the right thing during the learning process with simulation education. Therefore, the errors committed in the clinical environment can be reduced. Another reason why students calculate the wrong dose of medication is their lack of math skills. As a matter of fact, Özyazıcıoğlu et al. (2018) stated that students should acquire these skills during their school years.

In this study also; of the students, 19.2% gave the same or similar answers as: “*Theoretically I should have considered the powder dosage of the drugs, but I did not. I think I made an error there.*” (Table 3). Based on these results, it is seen that the students made mistakes in calculating the drug dose but did not turn their thoughts into behavior.

Another practice on which the third and fourth-year students obtained low score was “Ensuring hand hygiene.” The reasons for the low scores in the practice of ensuring hand hygiene could be related to the fact that there were not enough sinks in clinics, false confidence of using gloves, and solutions used for hand hygiene irritate hands.

Other practices in which the students scored low were “Attaching the right label on the drug taken,” “Attaching the right label on the remaining drug,” and “Taking the right dose.” In a study conducted with nurses to determine the medication administration errors of nursing students, it was stated that the students did not pay enough

attention to labeling the remaining drugs. It was also stated in the study that the students only marked the patient's room number on the drugs to be administered (Musharyanti et al., 2019). These results may be related to the insufficient knowledge and skills of the students and their lack of awareness about patient care (Table 1).

In the study, it was observed that 4th grade students got higher scores on "Observing aseptic rules when reconstituting the vial". It can be deduced from this result that 4th grade students practice more and have more experience. Another result was that 3rd grade students got higher scores on "Attaching the right label on the drug taken". This result makes us think the fact that 3rd grade students are inexperienced and sensitive about this issue and 4th grade students are more self-confident and neglect this (Table 2).

Both theoretical and practical training on "Ensuring hand hygiene", "dry powder volume", "Attaching the right label on the drug taken", "Attaching the right label on the remaining drug", and "checking the patient's wristband" are given to the students included in the study in the lessons. However, it was observed that students both the 3rd grade who were taking or 4th grade who had taken Pediatric Nursing lesson got similarly low scores. The students were asked if they made a medication mistake and, if so, where they did it. 76.5% of the students stated that the researcher nurses look at too much details. In addition, they stated that they took clinical nurses as an example and that they were both practical and more accurate. 19.2% of the students stated that they were aware that they made a mistake, and 4.3% of the students stated that they did not get information about the dry powder volume in the 1st grade and had difficulty in changing it (Table 3.).

Musharyanti et al. (2019), who investigated the reasons of nursing students' medication errors has stated that there are reasons such as "insufficient knowledge and skills", "lack of good role model", "incomplete supervision", "nurses are not interested in students due to their intense workload". Özyazıcıoğlu et al. (2018) argued that the analytical skills of nursing students are insufficient and that training should be given with reliable and sustainable learning methods. Kim and Lee (2020), who created the MEET program, also stated that students make similar mistakes and that this will be overcome with effective learning methods.

Strengths and limitations

The results of the study were obtained only from the students of a faculty of nursing, which was one of the limitations of the study. Another limitation was that the students thought they were in an exam, so they felt stressed. Some of the students may have made mistakes because they felt stressed.

CONCLUSION

The results of the study showed the practices on which the third and fourth-year nursing students received the lowest scores were "Considering the powder dosage when reconstituting the drug," "Attaching the right label on the drug taken," and "Attaching the right label on the remaining drug." They received the highest scores from the practices "Checking the physician's order" and "Disposing the waste properly." In the practice of "Observing aseptic rules when reconstituting the vial," the fourth-year students were more successful; however, the third-year students were more successful in the practice of "Attaching the right label on the drug taken." It is important to identify the lowest and highest scores students obtain from drug application steps according to the results of the study.

- Detecting drug medication errors is essential for preventing medical errors. In addition, providing students with opportunities to benefit more from the laboratory environment and practice can help reduce medical errors.
- It is recommended that drug administration in children should be taught not only in pediatrics but also starting from the basics of nursing course.
- Pediatrics instructors are recommended to increase one-to-one practices with students and to be supervisory in correct practices.
- Misapplications of students from nurses working in pediatric clinics were observed. In a sensitive area such as pediatrics, nurses are advised to demonstrate and supervise correct practices through in-service training.

Author Contributions: Concept: S.T., Design: S.T., A.Ş., Data Collection and/or Processing: S.T., A.Ş., K.A., Analysis and/or Interpretation: S.T., A.Ş., K.A., Writing and Literature Review: S.T., A.Ş., K.A., Critical Review or Revision: S.T., A.Ş., K.A., D.A.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest between the authors.

Funding

There is no financial support for this research.

REFERENCES

- Al-Ramahi, R., Hmedat, B., Alnajrah, E., Manasrah, I., Radwan, I., & Alkhatib, M. (2017). Medication dosing errors and associated factors in hospitalized pediatric patients from the South Area of the West Bank - Palestine. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 25(6), 857-860. doi:10.1016/j.jsps.2017.01.001
- American Association of Colleges of Nursing (AACN), 2005. Faculty shortages in baccalaureate and graduate nursing programs: scope of the problem and strategies for expanding the supply. Retrieved from <https://www.aacnursing.org/news-information/position-statements-white-papers/faculty-shortages>. 02.01.2021
- Ayık, G., Özsoy, S. A., Çetinkaya, A. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin ilaç uygulama hataları [Medication Errors of Nursing Students]. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18(3), 136-143.
- Bülbül, A., Kunt, A., Selalmaz, M., Sözeri, Ş., Uslu, S., & Nuhoglu, A. (2014). Assessment of knowledge of pediatric nurses related with drug administration and preparation. *Turkish Archives of Pediatrics*, 49(4), 333-339. doi:10.5152/tpa.2014.1751
- Di Muzio, M., De Vito, C., Tartaglino, D., & Villari, P. (2017). Knowledge, behaviours, training and attitudes of nurses during preparation and administration of intravenous medications in intensive care units (ICU). A multicenter Italian study. *Applied Nursing Research*, 38, 129-133. doi:10.1016/j.apnr.2017.10.002
- Dubovi, I., Levy, S. T., & Dagan, E. (2017). Now I know how! The learning process of medication administration among nursing students with non-immersive desktop virtual reality simulation. *Computers & Education*, 113, 16-27. doi:10.1016/j.compedu.2017.05.009
- Edeer, A. D., & Sarıkaya, A. (2015). The use of simulation in nursing education and simulation types/Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon tipleri. *Journal of Education and Research in Nursing*, 12, 121+.
- Grandell-Niemi, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H., & Puukka, P. (2005). Finnish nurses' and nursing students' pharmacological skills. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 685-694. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01131.x
- İncesu, E., Evirgen, H. (2017). Sağlık çalışanlarının hastane atıkları konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve atık minimizasyonu: Konya kamu hastaneleri birliği genel sekreterliği örneği [Evaluation of the knowledge of hospital staff about hospital waste material and waste minimization: a study at Konya general secretariat of association of state hospitals]. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 6(3), 56-64.
- Kim, K., & Lee, I. (2020). Medication error encouragement training: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 84, 104250. doi:10.1016/j.nedt.2019.104250
- Kuo, S.-Y., Wu, J.-C., Chen, H.-W., Chen, C.-J., & Hu, S. H. (2020). Comparison of the effects of simulation training and problem-based scenarios on the improvement of graduating nursing students to speak up about medication errors: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 87, 104359. doi:10.1016/j.nedt.2020.104359
- Lalande, J., Vrignaud, B., Navas, D., Levieux, K., Herbreteau, B., Guillou, A., . . . Launay, E. (2018). A prospective observational study of medication errors in a pediatric emergency department. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 355-358. doi:10.1016/j.arcped.2018.06.005
- Manias, E., Kinney, S., Cranswick, N., & Williams, A. (2014). Medication errors in hospitalised children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(1), 71-77. doi:10.1111/jpc.12412
- Musharyanti, L., Claramita, M., Haryanti, F., & Dwiprahasto, I. (2019). Why do nursing students make medication errors? A qualitative study in Indonesia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(3), 282-288. doi:10.1016/j.jtumed.2019.04.002
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). What is a Medication Error? URL: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>. Access Date: 05.01.2021
- National Council of State Boards of Nursing (NCSBN), 2005. Clinical instruction in prelicensure nursing programs. <https://www.n.ncsbn.org/pdfs/forms/ncsbn-clinstruct.pdf>. Access Date: 15.01.2021
- National League for Nursing (NLN).. Simulation. Retrieved from <http://www.nln.org/professional-development-programs/simulation>. Access Date: 13.01.2021
- Özyazıcıoğlu, N., Aydın, A. İ., Sürenler, S., Çınar, H. G., Yılmaz, D., Arkan, B., & Tunç, G. Ç. (2018). Evaluation of students' knowledge about paediatric dosage calculations. *Nurse Education in Practice*, 28, 34-39. doi:10.1016/j.nepr.2017.09.013

- Sears, K., O'Brien-Pallas, L., Stevens, B., & Murphy, G. T. (2016). The Relationship Between Nursing Experience and Education and the Occurrence of Reported Pediatric Medication Administration Errors. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), e283-e290. doi:10.1016/j.pedn.2016.01.003
- Vural Doğru, B., & Zengin Aydın, L. (2020). The effects of training with simulation on knowledge, skill and anxiety levels of the nursing students in terms of cardiac auscultation: A randomized controlled study. *Nurse Education Today*, 84, 104216. doi:10.1016/j.nedt.2019.104216
- World Health Organization (WHO), 2009. Nursing & Midwifery human resources for health, Global standards for the initial education of professional nurses and midwives, Switzerland. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
- Zaybak, A., Taskiran, N., Telli, S., Ergin, E. Y., & Sahin, M. (2017). Hemsirelik öğrencilerinin ilaç uygulamalarına ilişkin bilgilerinin yeterli bulma durumları [The opinions of nursing students regarding sufficiency of their drug administration knowledge]. *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(1), 6-13.

Ayşe Aslı OKTAY¹
Orcid: 0000-0002-3876-4765

Filiz TAŞ²
Orcid: 0000-0002-8466-2735

Merve GÜLPAK³
Orcid: 0000-0003-0585-3160

Fadime YEL⁴
Orcid: 0000-0003-3512-6255

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

³ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

⁴ Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Ayşe Aslı OKTAY
ayseaslioktay@ksu.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Hasta hakları; hemşirelik; hasta.

Key Words:

Patient rights; nursing; patient.

Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi

Examining The Attitudes of the Patients At A University Hospital Towards Using Patient Rights

Bu çalışma Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresinde (11-12 Eylül 2017 İzmir) Sözel Bildiri olarak sunulmuş, kongre kitabında özet bildiri şeklinde yer almıştır.

Gönderilme Tarihi: 12 Aralık 2020

Kabul Tarihi: 24 Haziran 2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hastaların hasta haklarını kullanmalarına ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan bu araştırma Haziran 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi gören ve çalışma kriterlerini sağlayan 326 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı-yüzde dağılımı, ortalama ve Student t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 51.5±17.5 olup, %46.3'ü kadın, %53.7'si erkektir. Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 9.4±17.8 gün olup, bu hastaların %48.5'i dahili kliniklerde, %51.5'i cerrahi kliniklerde tedavi görmektedir. Çalışmaya katılan hastalardan %53.1'i hasta hakları konusunda bilgisinin olmadığını ifade ederken, %54.9'u hastanede hasta hakları birimi olduğunu bilmediğini belirtmiştir. Hastaların ölçekten aldıkları toplam puan ortalamasının 122.0±14.8 olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ile ölçeğin toplam ve alt boyutları karşılaştırıldığında sadece organ nakli alt boyutunda kadınların puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede (p=0.00) yüksek bulunmuştur. Hasta hakları hakkında bilgisi olan (p=0.00) ve hastanede hasta hakları birimi olduğunu bildiğini ifade eden hastaların (p=0.00) ölçekten aldıkları puan ortalaması daha yüksektir. Eğitim durumu, yaş grubu, yaşadığı yer, ekonomik durum, kronik hastalığın varlığı ve daha önce yatarak tedavi görme durumunun hasta haklarını kullanma tutumları üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların haklarını kullanma tutum ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu ve dolayısıyla da hasta hakları kullanmaları konusunda olumlu tutum geliştirdikleri sonucuna varılmıştır.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to evaluate patients' attitudes towards exercising their patient rights.

Methods: The study was planned in the cross-sectional design, and was conducted between the dates June 2017-September 2017. It was carried out with 326 patients who were hospitalized in Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Practice and Research Hospital and met the study criteria. The data of the study were collected with the Introductory Information Form and the Patient Rights Use Attitude Scale. Number-percentage distribution, mean and student t-test were used in the statistical analysis of the data.

Results: The mean age of the patients participating in the study was 51.5±17.5%, 46.3% of them were female and 53.7% of them were male. The hospitalization period of the patients was 9.4±17.8 days in average; and 48.5% of these patients were receiving treatment in Internal Diseases Clinics, and 51.5% were treated in Surgery Clinics. While 53.1% of the patients participating in the study stated that they did not know about patient rights, 54.9% stated that they did not know that there was a patient rights unit in the hospital. It was determined that the average score received by the patients from the scale was 122.0±14.8. When the gender variable and the total scores and the sub-dimensions of the scale were compared, it was found out that the scores of the female patients were higher at a statistically significant level (p=0.00) only in the organ transplantation sub-dimension. The average scores of the patients who stated that they knew that they had information on Patient Rights (p=0.00), and knew that there were Patient Rights Departments in hospitals (p=0.00) were higher. It was also determined in the present study that educational status, age group, residential area, economic status, existence of chronic disease, and previous hospitalization were not influential on the attitudes of the patients towards using Patient Rights.

Conclusion: It was observed in the present study that the scores received by the patients from the Patient Rights Use Attitude Scale were high, and therefore, it was concluded that the patients developed positive attitudes on using Patient Rights.

Kaynak Gösterimi: Oktay, A.A., Taş, F., Gülpak, M., Yel, F. (2021). Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *EGEHFD*, 37(2), 131-139. Doi: 10.53490/egehemsire.706867

How to cite: Oktay, A.A., Taş, F., Gülpak, M., Yel, F. (2021). Examining the attitudes of the patients at a university hospital towards using patient rights. *JEUNF*, 37(2), 131-139. Doi: 10.53490/egehemsire.706867

GİRİŞ

İnsan, tarihsel süreç boyunca dünya genelinde meydana gelen demografik değişiklikler ve tüketici hareketleri nedeniyle farklılaşarak artış gösteren hak ve özgürlüklere sahip bir varlıktır. En temel hak olarak kabul edilen yaşam hakkı ve devamlılığının sağlanması diğer bazı hakların da kullanılmasını gerektirmektedir (Kablay,2013). Bireyin insan olması yönüyle kazanmış olduğu ve yaşamı boyunca sahip olması gereken temel hak ve özgürlükler, insan hakları olarak tanımlanmıştır (Aydemir ve Özhan, 2011; Toygar ve diğerleri, 2015). Vazgeçilemez ve devredilemez olması yönüyle ön plana çıkan insan hakları her yerde ve durumda saygınlık çerçevesinde devamlılığı korunması gereken haklardır (Bilgin ve Diğer, 2020). Bu hakların sağlık hizmetlerinin uygulanması ile karşımıza çıkan boyutu ise hasta hakları olarak açıklanmaktadır (Aydemir ve Özhan, 2011; Toygar ve diğerleri, 2015). Hasta hakları, daha iyi bir tedavi süreci amacıyla hastaların gereksinimlerinin karşılanması doğrultusunda hasta ve sağlık çalışanları tarafından sahip çıkılması gereken haklardır (Erdem ve Akgün, 2018; Gurung ve Ghimire,2020). Hasta hakları yönetmeliğinde hasta hakları şu başlıklar altında toplanmıştır; sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, sağlık durumu hakkında bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi girişimlerde hasta onayı, klinik araştırmalar ve diğer haklar (hasta güvenliği, dini sorumluluklar, insani değerlere saygı, ziyaret, refakat) (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, Madde 1; Özer ve diğerleri, 2009).

Hasta hakları kavramı, sağlık hakkının gelişmesi ve kullanımı ile birlikte özellikle son 35-40 yılda alana yeni bir kavram olarak dahil olmuştur. Günümüzde tanı ve tedavi edici sağlık uygulamaları ve tıp dünyasındaki teknolojik gelişmelerin çok hızlı seyretmesi sonucu tedavi seçeneklerinin çoğalması, hasta haklarına olan ilgide artışa neden olmuştur (Kablay, 2013). İnsan onuruna yakışır şekilde sağlık hizmetlerinin sunulması ile hastalarda hak kayıplarının korunabilmesi ve gerektiği durumlarda hukuki yollar ile korunmayı aktif olarak kullanabilmesi, herkese eşit, erişilebilir ve devamlı hizmet sağlanması hasta haklarının en önemli hedeflerini oluşturmaktadır (Tanrıverdi, 2012).

Sağlık bakım profesyonelleri, hasta haklarını kullanma tutum seviyesinin yüksek olmasına öncelik vermektedir ve bu durum genel sağlık düzeyinin toplumlar arasında bir gelişmişlik göstergesi olarak görülmektedir (Joolae ve Hajibabae, 2012; Mohammed ve diğerleri, 2015). Sunulan sağlık bakım hizmetinin yüksek kalitede olması ve hasta hakları ihlallerine bağlı ortaya çıkan sorunların engellenmesi amacıyla yönelik bu sorumlulukların sağlık profesyonelleri tarafından çok iyi kavranması ve uygulamaya aktarılması son derece önem taşımaktadır (Tanrıverdi ve Özmen, 2011). Hastaların, hekimlerin ve hemşirelerin, hasta haklarını desteklemek ve uygun koşulları sağlamak için işbirliği içinde çalışması gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşirelerin bu konuda hekimlerden daha fazla sorumluluğu vardır, çünkü genellikle hastalarla diğer sağlık çalışanlarından daha yakın temas halindedirler. Böylece hemşireler hasta haklarının en uygun destekçisidir. Aynı zamanda, hasta haklarının iyi uygulanması birçok avantaj sağlayabilmektedir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, azaltılmış maliyetler, daha hızlı hayat kurtarma, hastanelerde kalma süresinin azalması, geri dönüşü olmayan fiziksel ve manevi zarar riskinin azaltılması, ve daha da önemlisi, karar almaya katılma hakları konusunda bilgilendirilerek hastaların saygınlığının artırılması gibi noktalar ön plana çıkmaktadır (Ghanem ve diğerleri, 2015).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde hasta haklarının ön plana çıkmasına paralel olarak, ülkemizde konu hakkında yönetmelik (1 Ağustos 1998) ve yönergeler çıkartılmış (15 Ekim 2003, Nisan 2005), Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren hastanelere hasta hakları ile ilgili birimler kurulmuştur (Erbil, 2009; Öztürk ve diğerleri, 2007). Bu gelişmelerin tümü, hasta haklarının önemine dikkat çekmektedir. Bundan dolayı sağlık kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanlarının hasta hakları yönetmeliğine uygun davranmasının yanı sıra, bireyler de yönetmelikte yer alan hasta hakları konusunda bilgili olmalı ve haklarını kullanabilme noktasında büyük önem arz eden tutum ve davranışları sergilemelidirler (Zaybak ve diğerleri, 2012).

Hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının belirlenmesi ile bireylerin hastane hizmetlerinden faydalanma ve iyi düzeyde sağlık bakım hizmeti alma imkânlarının artacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda sağlık kurumları açısından da hastalara haklarını anlatıp davranış kazandırmaya dair yeni stratejiler belirlenmesi için de yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Hasta hakları konusunda ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunun hastaların bilgi düzeylerine yönelik olduğu görülmektedir (Bilgin ve Diğer, 2020; Erdem ve Akgün, 2018; Ertaş ve Kıracı, 2018; Soysal ve Kuşçu, 2018; Taylan ve Baydoğan 2015). Hastaların haklarını kullanma tutumlarının saptanması ile birlikte, yapılan farkındalık ve bilgilendirme çalışmalarının hastaların ne yönde tutum geliştirdikleri üzerine sonuçlar aktarması beklenmektedir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, hastaların hasta haklarını kullanmalarına ilişkin tutumlarını belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Kesitsel olarak planlanan çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Haziran 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma, araştırmaya katılma kriterlerine sahip, cerrahi ve dahili bilim kliniklerinde tedavi görmekte olan hastalar ile tamamlanmıştır. Cerrahi bilimler kapsamında yer alan servisler; genel cerrahi, beyin cerrahi, ortopedi ve üroloji olmakla birlikte

dahili bilimlerde yer alan servisler; dahiliye, nöroloji, kardiyoloji ve göğüs hastalıklarıdır. Servislerin her biri 20 yataklı birimlerdir.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde cerrahi ve dahili bilim kliniklerinde yatarak tedavi gören tüm hastalar (N:822) oluşturmuştur.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada evreni bilinen örnekleme yöntemine göre %5 hata ve %95 güven aralığında araştırmanın örnekleme 263 kişi olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmaya katılım sağlamak isteyen gönüllü ve araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan 326 hasta örnekleme alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; kliniklerde yatarak tedavi görmesi, 18 yaş ve üstünde olması, bilinci açık, iletişim sorunu olmaması, araştırmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği (HHKTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze toplanmış ve her bir veri toplama formunun doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Bilgi Formu: Tanıtıcı bilgi formu hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastane deneyimlerini, hastanede kalış sürelerini, hasta hakları konusunda bilgili olma ve hasta hakları hakkında eğitim almış olma durumlarını belirleyen soruları kapsamaktadır. Literatür (Erzincanlı ve Zaybak, 2015; Mastaneh ve Mouseli, 2013; Mohammed ve diğerleri, 2015; Öztaş ve İyigün, 2016; Taylan ve Baydoğan, 2015) taranarak oluşturulan tanıtıcı bilgi formu 16 sorudan oluşmaktadır.

Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği (HHKTÖ): HHKTÖ, Erbil (2009) tarafından geliştirilerek geçerlik güvenirliği yapılmış ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,88 olarak saptanmıştır. Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipindeki ölçekte “her zaman kullanırım” yanıtı için 5 puan, “genellikle kullanırım” yanıtı için 4 puan, “bazen kullanırım” yanıtı için 3 puan, “genellikle kullanmam” yanıtı için 2 puan, “hiçbir zaman kullanmam” yanıtı için 1 puan verilmiştir. Ölçekten alınabilecek puan 29-145 arasındadır ve elde edilen toplam puan hasta haklarını kullanma tutumunu yansıtmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yükselmesi, hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının olumlu bir şekilde geliştiğini göstermektedir. Ölçek; “Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı”, “Personel seçme, değiştirme, kayıtları inceleme hakkı”, “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikayet hakkı”, “Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı”, “Personelden tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı”, “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” ve “Organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” olmak üzere 7 alt boyuttan meydana gelmektedir (Erbil, 2009). Çalışmamızdan elde edilen bulgular neticesinde Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0.89 olduğu görülmüştür.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce hastane kurum yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalara bilgilendirme yapılarak gönüllü olur formu ile izin alınmıştır. “Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği”nin çalışmada kullanılabilmesi için ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini gerçekleştiren Erbil'den e-mail aracılığı ile izin alınmıştır. KSÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (2017/05) onay alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin tanımlayıcı istatistik ölçümünde sayı, yüzdelik ve ortalama gibi değerler incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesi için nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ($p>0.05$) ile yapılmıştır. Normal dağılım gösterdiği tespit edilen değişkenlerde iki grup karşılaştırmaları için student t testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların %46.3'ü kadın, %53.7'si erkek olup, yaş ortalaması 51.5 ± 17.5 'tir. Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 9.4 ± 17.8 gün olup, bu hastaların %48.5'i dahili kliniklerde, %51.5'i cerrahi kliniklerde tedavi görmektedir. Hastaların %56.7'sinin kronik bir hastalığı yoktur. Çalışmaya katılan hastalardan %53.1'i hasta hakları konusunda bilgisinin olmadığını ifade ederken, %54.9'u hastanede hasta hakları birimi olduğunu bilmediğini belirtmiştir. Hastaların %90.5'i hasta hakları birimine başvuruda bulunmadığını belirtirken, %62.6'sı hastanede sunulan olanakların yeterli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1).

Hastaların, hasta hakları kullanma tutumu ölçeğinden (HHKTÖ) aldıkları toplam puan ortalamasının 122.09 ± 14.82 olduğu saptanmıştır. Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; organ nakli alt boyutunda 8.10 ± 1.81 , bilgili hizmet alt boyutunda 34.91 ± 4.35 , personel seçme alt boyutunda 27.25 ± 5.41 , ziyaretçi hakkı alt boyutunda 17.16 ± 2.77 , tedaviyi reddetme alt boyutunda 8.37 ± 2.06 , uygun hizmet alt boyutunda 17.28 ± 2.81 ve rıza hakkı alt boyutunda 9.00 ± 1.45 puan aldıkları görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 3'te hastaların sosyodemografik özellikleri ile HHKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmalarına yer verilmiştir. Cinsiyet ile HHKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece organ nakli alt boyutunda kadınların puan ortalaması erkeklere oranla istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($t=2.639$, $p=0.00$). Hasta hakları hakkında bilgili olma durumu ile HHKTÖ puan ortalamalarına bakıldığında; hasta hakları konusunda bilgili olan hastaların personel seçme ($t=3.310$, $p=0.00$) ve ziyaretçi hakkı ($t=2.211$, $p=0.02$) alt boyutları ile birlikte HHKTÖ toplam puan ortalamaları ($t=2.629$, $p=0.00$) daha yüksek bulunmuş olup aradaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hastanede hasta hakları birimi varlığını bilme durumu ile HHKTÖ puan ortalamaları kıyaslandığında; hastanede hasta hakları birimi olduğunu bildiğini ifade eden hastaların bilgili hizmet ($t=4.031$, $p=0.00$), personel seçme ($t=4.550$, $p=0.00$), ziyaretçi hakkı ($t=3.499$, $p=0.00$), tedaviyi reddetme ($t=2.659$, $p=0.00$), uygun hizmet ($t=2.538$, $p=0.01$), rıza hakkı ($t=2.085$, $p=0.03$) alt boyutları ve HHKTÖ toplam puan ortalamaları ($t=4.705$, $p=0.00$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastaların tedavi gördüğü klinik ile toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; dahili kliniklerde tedavi gören hastaların bilgili hizmet ($t=3.173$, $p=0.00$) ve ziyaretçi hakkı ($t=2.203$, $p=0.02$) alt boyutları ile birlikte HHKTÖ toplam puan ortalamalarının ($t=2.100$, $p=0.03$) cerrahi kliniklerde yatan hastalara göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		Toplam	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	151	46.3
	Erkek	175	53.7
Yaş grubu	18-35	71	21.8
	36-50	68	20.8
	51-64	99	30.4
	65 ve üzeri	88	27.0
Medeni Durum	Evli	258	79.4
	Bekâr	67	20.6
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	50	15.3
	Okur yazar	44	13.5
	İlkokul mezunu	102	31.3
	Ortaokul mezunu	46	14.1
	Lise mezunu	48	14.8
	Üniversite mezunu	36	11.0
Kronik hastalık	Var	141	43.3
	Yok	185	56.7
Tedavi gördüğü klinik	Dahili klinik	158	48.5
	Cerrahi klinik	168	51.5
Hasta hakları hakkında bilgi	Var	153	46.9
	Yok	173	53.1
Hasta hakları birimini bilme durumu	Biliyor	147	45.1
	Bilmiyor	179	54.9
Hasta haklarına başvurma durumu	Evet	31	9.5
	Hayır	295	90.5
Hastanede Sunulan Olanakların Yeterlilik durumu	Yeterli	202	62.6
	Yetersiz	33	10.1
	Kısmen	89	27.3

Tablo 2. Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği	n	Minimum	Maximum	Ort ± SS
Organ Nakli	326	2.00	10.00	8.10 ± 1.81
Bilgili Hizmet	326	22.00	40.00	34.91 ± 4.35
Personel Seçme	326	0.00	35.00	27.25 ± 5.41
Ziyaretçi Hakkı	326	0.00	20.00	17.16 ± 2.77
Tedavi Reddetme	326	2.00	10.00	8.37 ± 2.06
Uygun Hizmet	326	0.00	20.00	17.28 ± 2.81
Rıza Hakkı	326	2.00	10.00	9.00 ± 1.45
Toplam HHKTÖ Puanı	326	54.00	145.00	122.09 ± 14.82

Eğitim durumu, yaş grubu, yaşadığı yer, ekonomik durum, kronik hastalığın varlığı ve daha önce yatarak tedavi görme durumunun hasta haklarını kullanma tutumları üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Karşılaştırılması

Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği	Cinsiyet		Hasta Hakları Hakkında Bilgili Olma Durumu						Hasta Hakları Birimi Bilgisi			Tedavi Gördüğü Klinik				
	Erkek		Bilgisi var		Bilgisi yok		Bilgisi var		Bilgisi yok		Dahili klinik		Cerrahi klinik			
	Ort ± SS	t	Ort ± SS	p	Ort ± SS	t	Ort ± SS	p	Ort ± SS	t	Ort ± SS	p	Ort ± SS	t	p	
Organ Nakli	8.38±1.7	2.639	7.85±1.8	0.00	8.07±1.88	8.12±1.75	-2.16	0.82	8.17±1.89	8.01±1.75	0.786	0.43	8.00±1.91	8.19±1.71	-0.974	0.33
Bilgili Hizmet	35.1±4.2	0.981	34.6±4.4	0.981	35.22±3.97	34.63±4.66	1.230	0.22	35.95±3.99	34.03±4.46	4.031	0.00	35.70±4.06	34.19±4.48	3.173	0.00
Personel Seçme	26.7±6.1	1.541	27.6±4.7	0.12	28.30±5.27	26.33±5.39	3.310	0.00	28.70±4.61	26.02±5.75	4.550	0.00	27.64±5.35	26.95±5.41	1.166	0.24
Ziyaretçi Hakkı	17.2±2.8	0.678	17.0±2.6	0.49	17.52±2.72	16.84±2.76	2.211	0.02	17.75±2.54	16.68±2.87	3.499	0.00	17.51±2.43	16.83±3.04	2.203	0.02
Tedavi Reddetme	8.44±2.0	0.590	8.30±2.0	0.55	8.51±1.96	8.23±2.14	1.240	0.21	8.69±1.86	8.08±2.18	2.659	0.00	8.52±1.99	8.25±2.09	1.226	0.22
Uygun Hizmet	17.2±3.0	0.142	17.3±2.6	0.88	17.58±2.76	17.02±2.85	1.768	0.07	17.71±2.40	16.92±3.08	2.538	0.01	17.50±2.72	17.10±2.88	1.271	0.20
Rıza Hakkı	9.0±1.6	0.030	9.0±1.3	0.97	9.15±1.27	8.88±1.59	1.650	0.10	9.19±1.22	8.85±1.61	2.085	0.03	9.04±1.57	8.98±1.34	0.386	0.70
Toplam HUKTÖ Puanı	122.2±15.57	0.226	121.9±14.1	0.82	124.37±14.40	120.08±14.97	2.629	0.00	126.19±13.19	118.62±15.32	4.705	0.00	123.94±14.01	120.52±15.30	2.100	0.03

TARTIŞMA

Hasta haklarının uygulanması, sağlık hizmeti sunum sisteminin iyileştirilmesine, hastaların memnuniyetine, hastanede kalış süresinin kısalmasına ve hastalar ve sağlık personeli arasında eşit sorumluluk paylaşımını sağlamaktadır (Masood ve diğerleri, 2016). Bu kapsamda en önemli nokta, hastaların hasta hakları konusunda bilgili olmalarının yanı sıra bu bilgilerini tutuma dönüştürmeleridir. Çünkü hastaların bilgi düzeylerinin ölçülerek yetersiz kalınan noktaların tamamlanması ancak bu sayede olabilir. Aynı zamanda var olan yetersizlikler geliştirilebilir ve yeni planlamalara olanak sağlanabilir (Erzincanlı ve Zaybak, 2015). Çalışmamızda hastaların hasta haklarını kullanma tutumlarının yüksek seviyede olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; Kalaycı ve Duruk (2020) tarafından 400 hastanın katılımı ile gerçekleşen çalışmada HHKTÖ toplam puan ortalamaları 115.61±19.42, Soysal ve Mahanoğlu (2018) tarafından bir aile sağlığı merkezine gelen 100 hasta ile yapılan çalışmada 115.09±18.59, Yousefzadeh ve diğerleri (2017) tarafından 85 ebelik öğrencisi ile yapılan çalışmada 145.40±12.33, Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in 136 hasta ile yaptıkları çalışmada 125.61±16.19, Çelik ve Taşhan (2014) tarafından 171 birey ile yapılan çalışmada bireylerin HHKTÖ toplam puan ortalamaları 118.07±14.55 bulunmuştur ve hastaların hasta haklarını kullanma tutumlarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Çelik ve Taşhan, 2014; Erzincanlı ve Zaybak, 2015; Kalaycı ve Duruk, 2020; Soysal ve Mahanoğlu, 2018; Yousefzadeh ve diğerleri, 2017). Gurung ve Sapkota (2019) tarafından 72 hasta ile yapılan çalışmada katılımcıların hasta haklarına ilişkin farkındalık düzeyine bakıldığında, ankete katılanların %59.72'sinin yüksek farkındalığa sahip olduğu görülmüştür (Gurung ve Sapkota, 2019). Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Gurung ve Ghimire (2020) tarafından 122 hemşire ile yapılan çalışmada katılımcıların yarısının hasta hakları konusunda tutum geliştirdikleri tespit edilmiştir (Gurung ve Ghimire, 2020). Öztaş ve İyigün (2016) tarafından 100 hasta ile yapılan çalışmada HHKTÖ toplam puan ortalaması 86.61±47.83 olarak orta seviyede bulunmuştur (Öztaş ve İyigün, 2016). Mohammed ve diğerleri (2015) tarafından 100 hasta ve 100 hemşire ile yapılan çalışmada hastaların hasta hakları farkındalık düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Mohammed ve diğerleri, 2015). Mastaneh ve Mouseli (2013) tarafından 200 hasta ile yapılan çalışmaya göre katılımcıların %59.4'ünün hasta hakları farkındalıklarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Mastaneh ve Mouseli, 2013). Tanrıverdi (2012) tarafından 110 hasta ile yapılan çalışmada hastaların hasta haklarının farkındalığının orta düzeyde olduğu görülmüştür (Tanrıverdi, 2012). Zaybak ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışma yatarak tedavi görmekte olan 196 hasta ile tamamlanmıştır ve hastaların hasta hakları kullanma tutumu puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (Zaybak ve diğerleri, 2012). Younis ve diğerleri (2017) tarafından 263 hasta ile yapılan çalışmada katılımcıların hasta hakları farkındalıklarının çok düşük olduğu tespit edilmiştir (Younis ve diğerleri, 2017). Çalışmamızda örneklem gruplarının farklı olması ve aynı zamanda son yıllarda bireyler üzerindeki etkisi artan kitle iletişim araçları aracılığı ile yapılan farkındalık çalışmalarının hastalarda haklarını kullanma tutumları yönünden olumlu etkiler gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır.

Cinsiyet ile ölçeğin toplam ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; ölçekten alınan toplam puan ortalaması kadınlarda yüksek bulunmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alt boyutlar incelendiğinde sadece organ nakli alt boyutunda kadınların puan ortalaması istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; Çelik ve Taşhan (2014) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin HHKTÖ puan ortalamaları 119.95±14.58 iken kadınların HHKTÖ puan ortalamaları 116.16±14.36'dır. Araştırmada cinsiyet ile HHKTÖ puan ortalaması karşılaştırması anlamlı bulunmamıştır (Çelik ve Taşhan, 2014). Mohammed ve diğerleri (2015) tarafından 100 hasta ve 100 hemşire ile yapılan çalışmalarında hastalardan elde edilen bulgulara göre kadın ve erkeklerin hasta haklarını kullanma tutumu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Mohammed ve diğerleri, 2015). Erzincanlı ve Zaybak (2015) tarafından yapılan çalışmada, hastaların hasta hakları kullanma tutum ölçeği puan ortalaması erkeklerde daha yüksek çıkmasına karşın istatistiki anlamlılık görülmemiştir (Erzincanlı ve Zaybak, 2015). Tanrıverdi (2012) tarafından yapılan çalışmada, hastaların hasta hakları farkındalıkları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmıştır (Tanrıverdi, 2012). Mastaneh ve Mouseli (2013) tarafından 200 hasta ile yapılan çalışmada, katılımcıların hasta hakları farkındalık düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Mastaneh ve Mouseli, 2013). Zaybak ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada, kadın hastaların ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikayet hakkı alt boyut puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Zaybak ve diğerleri, 2012). Agrawal, Souza ve Seetharam (2017) tarafından 350 hasta ile yapılan çalışmaya göre kadınların, 21 hasta hakları maddesinin 11'inde erkeklere göre haklarının daha fazla farkında oldukları tespit edilmiştir (Agrawal, Souza ve Seetharam, 2017). Soysal ve Mahanoğlu (2018) tarafından yapılan çalışmada kadınların tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı ve organ-doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı alt boyutu puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Soysal ve Mahanoğlu, 2018). Kırılmaz ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmada, sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı ile aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı düzeyleri kadınlarda yüksek bulunmasına rağmen anlamlı fark görülmemiştir (Kırılmaz ve diğerleri, 2018). Kalaycı ve Duruk (2020) tarafından 400 hastanın katılımı ile yapılan çalışmada kadın katılımcıların hasta haklarını kullanma tutum

puanı, erkek katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Kalaycı ve Duruk, 2020). Bilgin ve Diğer (2020) tarafından yatarak tedavi gören 247 hasta ile yapılan çalışmada kadınların hasta hakları bilgi ve sorumluluk düzeyleri erkeklere oranla yüksek bulunmasına karşın aralarında istatistiki anlamlılık tespit edilmemiştir (Bilgin ve Diğer, 2020). Toplum ve aile yaşantısı doğrultusunda kadına biçilen rollerin gereği, sorumlulukları ve yaşamın her alanında aktif olmasını gerekli kılan duyarlılıkları açısından kadınlar erkeklere oranla daha hassastır. Bu hassasiyetin getirisi olarak bilme ve öğrenme arzusundaki artışa bağlı olarak hasta hakları bilgi ve tutumlarının yüksekliği ile neticelendiği düşünülmektedir.

Hasta hakları hakkında bilgisi olma durumlarına göre hastaların hasta hakları kullanma tutum puan ortalamalarına bakıldığında; hasta hakları hakkında bilgisi olan hastaların ölçekten aldıkları puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup aradaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan diğer araştırmalara bakıldığında; Kalaycı ve Duruk (2020) tarafından yapılan çalışmada; hasta hakları konusunda bilgisi olan katılımcıların hasta haklarını kullanma tutumu puanı, hasta hakları konusunda bilgisi olmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Kalaycı ve Duruk, 2020). Zaybak ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada, hasta haklarından haberdar olmadığını bildiren hastaların, personel seçimi, değiştirme, kayıtların incelenmesi hakkı, tedaviye onay verme ve reddetme hakkı ve organ doku naklinde izin alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı alt boyut puan ortalamalarının haberdar olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Zaybak ve diğerleri, 2012). Erzincanlı ve Zaybak (2015) tarafından yapılan çalışmada hastaların hasta hakları konusunda bilgisi olduğunu bildiren hastaların, alt boyut ve HHKTÖ toplam puan ortalamalarının diğer hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Erzincanlı ve Zaybak, 2015). Çelik ve Taşhan (2014) tarafından yapılan araştırmada hasta hakları konusunda bilgi alan bireylerin HHKTÖ puan ortalamaları 120.80 ± 14.56 iken, bilgi almayan bireylerin puan ortalaması 114.82 ± 13.95 bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak önemli çıkmıştır (Çelik ve Taşhan, 2014). Bu çalışmalar araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. Çalışma grubumuzun %60.1'i okuma yazma bilmeyen ve ilkokul mezunu bireylerden oluşmasına rağmen, hasta hakları konusunda bilgili olmalarında medyanın yüksek oranda etkisi olduğu düşünülmüştür. Hasta haklarını medya ve iletişim araçları ile öğrenmenin, hastaların haklarını kullanmaları üzerine tutum ve davranış geliştirmeleri yönünde etkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Hemşirelerin eğitici rollerini kullanarak hasta hakları konusunda eğitimler planlaması ve yataklı servislerin girişlerine afiş ve broşürler asılarak hasta haklarına kolay ulaşılabilirliği sağlaması gibi faaliyetler ile hastaların bilgi düzeyini artırarak olumlu yönde tutum geliştirme süreçlerinde yararlı olacaktır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre, hastanede hasta hakları birimi olduğunu bildiğini ifade eden hastaların ölçekten aldıkları puan ortalaması yüksek bulunmuş olup aradaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Aydemir ve Özhan (2011) tarafından yapılan çalışmada hasta ve yakınlarının %48.6'sı haklarının ihlal edilmesi durumunda nerelere başvurabileceğini bildiğini belirtirken, %61'i hastanedeki hasta hakları biriminin yerini bilmediklerini ifade etmiştir (Aydemir ve Özhan, 2011). Taylan ve Baydoğan (2015) tarafından hasta ve yakınlarının katılımı ile yapılan çalışmaya göre; katılımcıların %46.3'ü hasta haklarının ihlali ve uygulanmaması durumunda hangi birime başvuracağını bildiğini ifade ederken, %58.7'si sağlık kurumunda hasta hakları biriminin yerini bildiğini belirtmiştir (Taylan ve Baydoğan, 2015). Hastaların hastanede hasta hakları birimi olduğunu bilmeleri, haklarını kullanma ve herhangi bir ihlal olması durumunda başvuruda bulunma konusunda bilinçli olduklarını göstermesi açısından çok önemlidir. Bu birimleri biliyor olmaları ile haklarını kullanma yönünde tutum geliştirmiş oldukları düşünülmüştür. Çalışmamızda katılımcıların %54.9'u hasta hakları birimi olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Bu oranı düşürmek ve bireylerde hasta hakları konusunda farkındalık yaratmak amacıyla; her hastaya muayene sonrasında memnuniyet anketleri uygulaması kapsamında hasta hakları konusunda da sorular yöneltilebilir ve 26 Ekim Hasta Hakları günü kapsamında kitle iletişim araçları (televizyon, sosyal medya, sms vs) ile haklar ve ihlal durumunda başvuruda bulunabilecekleri birimler konusunda bilgilendirmeler yapılabilir.

Çalışmamızda dahili kliniklerde tedavi gören hastaların hasta haklarını kullanma tutumları cerrahi kliniklerde yatan hastalara göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; araştırmamızdan elde edilen bulguların aksine, Toygar ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamaları değerlendirilmiş olup genel cerrahi servisinde tedavi gören hasta ve yakınlarının, bilgilendirme alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Toygar ve diğerleri, 2015). Özer ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada Göğüs Cerrahisi ve Üroloji kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların bilgi puanlarının diğer cerrahi kliniklerde tedavi gören bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özer ve diğerleri, 2009). Dahili kliniklerde yatan hastaların daha uzun süre tedavi görmeleri nedeniyle hasta hakları konusunda daha fazla bilgi ve tutum geliştirdikleri düşünülmüştür.

SONUÇ

Çalışmaya katılan bireylerin hasta haklarını kullanma tutum ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu kapsamda hastaların hasta haklarını kullanmaları doğrultusunda olumlu yönde tutum geliştirdikleri sonucuna varılmıştır.

Çalışmada yer alan hastaların hasta hakları kullanma tutumları ile cinsiyetleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı diğer bir deyiş ile kadın ve erkek hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırmada bireylerin hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmalarının geliştirdikleri tutumları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler şu şekildedir;

- Eğitim birimleri, kitle iletişim araçları ve medya gibi benzeri yollarla hasta hakları konusunda bilgilendirmeler artırılmalı,
- Hekimlerin ve hemşirelerin hasta hakları konusunda bilgi ve uygulamalarını güncellemeleri için hizmet öncesi (oryantasyon dönemi) ve hizmet içi eğitim programları geliştirilmeli,
- Hastane, hasta haklarını, hastane personeli ve hastalar tarafından görülebilecek uygun bir yerde saklamalı,
- Hemşireler, her bir hasta dosyasına hasta hakları belgesini iliştiirmeli ve başvuru sırasında veya herhangi bir zamanda hastanın talebi üzerine hasta haklarının bir kopyasını hastaya vermeli,
- Hekimlerin ve hemşirelerin hasta haklarına ilişkin uygulamalarını izlemek için kalite tedbirleri / göstergeleri geliştirilmeli,
- Tüm sağlık personeli hasta hakları konusunda kurumsal düzeyde bilgilendirilmeli, toplumun bu konudaki bilgi düzeyinin yükseltilmesi ve tutuma dönüştürmenin artırılması için sağlık hizmeti veren tüm kuruluşlar etkin rol almalıdır.

YAZAR KATKISI

A.A.O.: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması, çalışmanın raporlaştırılması, çalışmanın yayınlanması (%25)

F.T.: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması, çalışmanın raporlaştırılması (%25)

M.G.: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%25)

F.Y.: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%25)

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma boyunca Helsinki Deklarasyonu kurallarına riayet edilmiştir.

Maddi Destek

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

KAYNAKLAR

- Agrawal, U., Souza, B. C. D., Seetharam, A. M. (2017). Awareness of patients' rights among inpatients of a tertiary care teaching hospital– a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(9), IC01-IC06. DOI: 10.7860/JCDR/2017/24961.10544
- Aydemir, İ., Özhan, A. (2011). Hasta hakları uygulamalarının hasta ve yakınları tarafından değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal*, 22(1), 85-104.
- Bilgin, R., Diğler, H. (2020). Hastanede yatan bireylerin, hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeyleri: Tokat ilindeki bir devlet hastanesi örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 307-327.
- Çelik, H., Taşhan, S.T. (2014). Bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düşüncesiyle ilişkisinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 89-98.
- Erbil, N. (2009). Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 824-837.
- Erdem, Ö., Akgün, H.S. (2018). Hasta ve sağlık çalışanlarının, hasta hakları konusunda bilgi düzeyleri: bir müdahale çalışması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 518-524.
- Ertaş, H., Kırac, F.Ç. (2018). Hastaneye müracaat eden hastaların hasta hakları konusundaki bilgilerinin ölçülmesi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(27), 2939-2945.

- Erzincanlı, S., Zaybak, A. (2015). Hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 39-51.
- Ghanem, M., Megahed, H., Mohamed Aly, N.A.E. (2015). Practice of patient's rights among physicians and nurses in two Egyptian hospitals from patients' perspective. *Journal of Natural Sciences Research*, 5(16), 159-169.
- Gurung, T., Ghimire, S. (2020). Knowledge and attitude regarding patients right among nurses in a teaching hospital: a descriptive cross-sectional study. *J Nepal Med Assoc*, 58(222), 88-93. doi: 10.31729/jnma.4661
- Gurung, S., Sapkota R. (2019). Awareness regarding patient rights among hospitalized patients in a hospital of Rupandehi. *Journal of Universal College of Medical Sciences*, 7(19), 51-54. DOI: <https://doi.org/10.3126/jucms.v7i1.24693>
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). T.C. Resmi Gazete. Sayı: 23420, Tarih: 01 Ağustos 1998.
- Joolae, S., Hajibabae, F. (2012). Patient rights in Iran: a review article. *Nursing Ethics*, 19(1), 45-57. DOI: 10.1177/0969733011412100
- Kalaycı, F., Duruk, N. (2020). Evaluation of patients' attitudes towards using patient rights. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care TJFMPC*, 14(4), 621-632. DOI: 10.21763/tjfm.767160
- Kablay, S. (2013). Sağlık emekçilerinin gözünden hasta hakları uygulaması. *İnsan Hakları Yıllığı*, 31, 63-82.
- Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y., Şimşir, İ. (2018). Hasta hakları farkındalığına yönelik bir araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 233-258.
- Masood, S., Rahman, M., Mahmood, H., Nisar, S., Mohsin, S. (2016). Awareness among hospitalized patients of their rights: a cross sectional survey from tertiary care hospital of Rawalpindi. *Pak Armed Forces Med J*, 66(5), 651-656.
- Mastaneh, Z., Mouseli, L. (2013). Patients awareness of their rights: insight from a developing country. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 143-146. doi: 10.15171/ijhpm.2013.26
- Mohammed, S.A., Shabla, A.S., Wehieda, S.M. (2015). Patients' rights: patients' and nurses' perspectives. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 4(4), 54-60. DOI: 10.9790/1959-04475460
- Özer, N., Özlü, Z.K., Sarıtaş, S. (2009). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastalar haklarını biliyorlar mı? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(4), 19-28.
- Öztaş, B., İyigün, E. (2016). Kalp-damar cerrahisi geçirmiş hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Derg*, 58, 256-260. doi: 10.5455/Gülhane.174094
- Öztürk, H., Yılmaz, F., Hindistan, S., Çilingir, D., Yesilççek, K. (2007). Hekim, hemşire ve hastaların hastanede uygulanan hasta haklarını değerlendirmeleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 15(3), 145-152.
- Soysal, A., Kuşçu, F. N. (2018). Hasta hakları: üniversite öğrencileri üzerinde bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 102-111.
- Soysal, A., Mahanoğlu, E. (2018). Hastaların hasta haklarını kullanma tutumlarının belirlenmesi: birinci basamak sağlık kuruluşunda bir araştırma: (Hatay ili örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(30), 138-158.
- Tanrıverdi, H. (2012). Hastaların, hasta hakları konusundaki farkındalık düzeylerinin incelenmesi. *TSA*, 16(3), 101-122.
- Tanrıverdi, H., Özmen, M.E. (2011). Sağlık çalışanlarının hasta haklarına ilişkin bilgi düzeylerinin hasta memnuniyetine etkisi. *TSA*, 15(3), 85-109.
- Taylan, H.,H., Baydoğan, T. (2015). Hasta ve yakınlarının hasta hakları ve "hasta hakları birimi" hakkındaki bilgi düzeylerinin ve faydalanma durumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 248-256.
- Toygur, Ş.A., Akyürek, Ç.E., Turaç, İ.S. (2015). Hasta hakları uygulamalarına ilişkin tarafların görüşleri: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 136-159.
- Younis, A.A., Hassan, A.H., Dmyatti, E.M., Elmubarak, M.A., Alterife, R.A., Salim, R.E.,... Ahmed, W.S. (2017). Awareness and practice of patients' rights among hospitalized patients at Wad-Medani Teaching Hospital, Sudan. *East Mediterr Health J.*, 23(2), 80-86.
- Yousefzadeh, S., Zahani, M., Mazlom, S.R., Feyzabadi, M.G. (2017). Knowledge and attitude of midwifery students towards observing the ethical and legal standards of patients' rights. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(3), 978-987. DOI: 10.22038/jmrh.2017.8888
- Zaybak, A., Eşer, İ., İsmailoğlu, E.G. (2012). Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(2), 104-111.

Fatma Sultan ÖZTOPRAK¹
Orcid: 0000-0003-0971-5419

Emel EGE²
Orcid: 0000-0002-5640-5563

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp
Fakültesi Hastanesi, Kadın Doğum Servisi
Konya-Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Konya-Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Fatma Sultan ÖZTOPRAK
fsultanoztoprak@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Kanser; kanser bilgi yükü; sağlıklı yaşam biçimi.

Key Words:

Cancer; cancer information overload; healthy lifestyle.

Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yükü ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Cancer Information Overload and Healthy Lifestyle Behaviors of Female Workers

*Bu çalışma yüksek lisans tez çalışması olarak hazırlanmıştır.

Başvuru Tarihi: 10.12.2020

Kabul Tarihi: 05.07.2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışma kadın işçilerin kanser bilgi yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde Karaman il merkezinde bulunan vardiyalı sistemi ile çalışan kadın işçilerle yapılmıştır. Fabrikalardaki kadın işçi sayıları kurum politikası gereği gizli tutulmuştur. Bu nedenle toplam kadın işçi sayısına ulaşılamamıştır. Bu araştırma 380 kadın işçi ile tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Anket Formu, Kanser Bilgi Yükü Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ile toplanmıştır. Veri analizinde Pearson korelasyon analizi, t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kadınların kanser bilgi yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadın işçilerin %70.6'sı 31 yaş ve üzerinde olup, % 51.3'ü okuryazar/ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır. Katılımcıların %95.3'ü kanser tarama testlerini duymuş olup, %57.9'u sağlık çalışanlarından duyarken %42.1'i basın/yayından duymuştur. Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yükü Ölçeği puan ortalaması 19.32±5.38, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması 119.14±22.29'dur. Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yükü Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuç: Kadın işçilerin kanser bilgi yükü arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkilerinin de arttığı sonucuna varılmıştır.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to examine the relationship between cancer knowledge burden and healthy lifestyle behaviors of female workers.

Methods: The research was conducted with a descriptive and relationship seeking female workers working in the shift system in the city center of Karaman. The number of female workers in the factories has been kept confidential as per the corporate policy. For this reason, the total number of female workers could not be reached. This research was completed with 380 women workers. The data were collected using the Questionnaire Form, Cancer Information Overload Scale and Healthy Lifestyle Behaviors II Scale prepared by the researcher. Pearson correlation analysis, t test and Mann Whitney U test were used in data analysis. Independent variables that had an effect on women's cancer knowledge overload and healthy lifestyle behavior scores in the primary analyzes were evaluated by multiple regression analysis.

Results: %70.6 of female workers are 31 years old and over, %51.3 of them have received education at the literate/primary level. %95.3 of the participants heard about cancer screening tests, while %57.9 heard from healthcare professionals, %42.1 heard from the press/broadcast. Cancer Information Overload Scale mean score of female workers is 19.32±5.38, Healthy Lifestyle Behaviors II Scale mean score is 119.14±22.29. It was determined that there was a weak and positive significant relationship between the Cancer Information Overload Scale scores of female workers and the nutrition, spiritual development and interpersonal relations sub-dimension scores of the Healthy Lifestyle Behaviors II Scale (p<0.05).

Conclusion: It was concluded that as the cancer knowledge load of female workers increased, healthy lifestyle behaviors such as nutrition, spiritual development and interpersonal relations also increased.

Kaynak Gösterimi: Öztoprak, F.S., Ege, E. (2021). Kadın işçilerin kanser bilgi yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelenmesi. *EGEHFD*, 37(2), 141-156. Doi: 10.53490/egehemsire.809621

How to cite: Öztoprak, F.S., Ege, E. (2021). Investigation of the relationship between cancer information overload and healthy lifestyle behaviors of female workers. *JEUNF*, 37(2), 141-156. Doi: 10.53490/egehemsire.809621

GİRİŞ

Kanser, organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz bölünüp çoğalmasıyla oluşan anormal hücrelerden oluşur ve vücudun her bölümünü etkileyebilir. Kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada önde gelen ölüm nedeni kanserdir. Dünya sağlık örgütünün 2018 yılındaki verilerine göre 18.1 milyon kişinin kanser tanısı aldığı ve 9.6 milyon kişinin kanser sebebi ile hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Globocan'ın verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseridir ve kanser tanısı konulan her 4 kadından 1'i meme kanseridir. Meme kanseri en sık teşhis edilen kanser türüdür. Serviks kanseri sonucu görülen ölümlerin büyük çoğunluğu Sahra Altı Afrika ve Güney Doğu Asya'dadır. En yüksek insidans ve mortalite oranları Afrika'da görülmektedir. Dünya'da erkeklerde en sık görülen kanserler arasında kolorektal kanser üçüncü sıradadır. Kadınlarda ise meme kanserinden sonra en sık görülen kanser kolorektal kanserdir (Globocan, 2018). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 2017 verilerine göre kadınlarda en sık görülen (%43) kanser meme kanseridir. Sağlık bakanlığının 2013 yılı kanser istatistiğine göre serviks kanser taramaları yurt genelinde %23 oranında artarak yaklaşık 2,5 milyona ulaşmıştır. Türkiye'de kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 22,8, kadınlarda ise yüz binde 13,8'dir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Kanser, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Küresel olarak 6 ölümden bir tanesi kanserden kaynaklanmaktadır (Siegel ve diğerleri, 2018).

Kanser erken teşhis ve tarama programlarına yönelik toplumda farkındalık oluşturmak önemlidir. Toplumdaki tüm bireyler kanserin nedenini, oluşturan risk faktörlerini ve belirtilerini doğru ve güvenilir kişilerden öğrenmelidir. Yapılan araştırma sonuçlarında katılımcıların kanser taramalarıyla ilgili bilgileri yeterli düzeyde değildir (Bayçelebi ve diğerleri, 2015; Erdem ve diğerleri, 2017; Ersin ve diğerleri, 2017). Katılımcılar kanser taramasını yaptırmayı isteseler bile ne yapılması gerektiğini bilmedikleri için tarama yaptıramamaktadırlar (Tekpınar ve diğerleri, 2018). Kanser isminin oluşturduğu endişe ile bazı kişiler erken tarama yaptırmak istemekte bazı kişiler ise tarama testlerinden uzaklaşmaktadır (Aşilar ve diğerleri 2015). Kanser erken tanı ve tarama yöntemlerini uygulayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilenmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, morbidite ve mortalite oranlarını düşürmekte aynı zamanda kanserin önlenmesini sağlamaktadır (Uğur ve Avcı, 2015). Toplumda kanserin sık görülmesiyle birlikte hasta ve yakınlarının kanser hakkında bilgi alma sıklığı artmaktadır. Bilgiler genellikle sağlık çalışanı, televizyon, radyo, gazete, kitap, broşür, dergi, internet ve arkadaştan edinilmektedir (Tan ve diğerleri 2014). Güvenilir ve kaliteli bilgiye ulaşmaya çalışan bireyler doğru bilgi kaynaklarını kullanamamaktadırlar. Medyada ve diğer kaynaklarda kanser ile ilgili bilgilere ulaşmak çok kolaylaşmıştır. Kanser hakkında edinilen bilgiler tarama programlarına katılma oranını artırmaktadır. Bunun yanı sıra edinilen bilgilerin fazla olması kişilerin bilgi karmaşası yaşamasına da neden olmaktadır (Kelly ve diğerleri, 2010). Bilgi yüklemesi sorunu, kanser bilgisini arayanlar için çeşitli nedenlerden dolayı risklidir. Kanser farklı tiplerde ortaya çıkan komplike bir hastalıktır. Kanser bilgisine yönelik çalışmalar her yıl yapılmaktadır. Bilgiye erişimin artmasıyla insanlar kanser ile ilgili bilgilere daha kolay ulaşmakta ve bu durum yanıltıcı bilgi alma riskini de artırdığı için sorun oluşturmaktadır (Kim ve diğerleri, 2007). Yapılan çalışmalarda kanser bilgi yükü arttıkça kişilerin kansere yönelik bilgilerden kaçtığı ve sağlığı koruyucu, önleyici davranışlarının oldukça azaldığı tespit edilmiştir (Chae, 2016; Jensen ve diğerleri, 2014; Niederdeppe ve diğerleri, 2014). Güvenilir ve kaliteli bilgiye ulaşan bireylerin yaşam kaliteleri de artmaktadır (Yirmibeşoğlu ve diğerleri, 2005).

Kanserde farkındalığı artırmak ve doğru bilgiyi doğru kaynaktan öğrenebilmek için toplumun farklı kesimlerinde eğitim programları düzenlenmeli ve örneklem büyüklüğünün fazla seçildiği alanlarda çalışmalar yapılmalıdır. Ülkemizde en çok kadın çalışanı bulunan iş yerlerinden biri de fabrikalardır. Fabrikadaki çalışma ortamları işçi sağlığı üzerinde bazı riskleri barındırmaktadır. Bu nedenle çalışanların sağlıklı yaşam alışkanlıklarının incelenmesi ve işçi

sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir (Kolaç ve diğerleri, 2018). Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde kanser taramalarına yönelik bilgi durumunu araştıran birçok çalışma vardır. Ancak fabrika çalışanlarında kanser tarama yöntemlerine yönelik çalışmaya çok az rastlanılmıştır (Avcı, 2008; Yılmazel ve diğerleri, 2015). Sağlığın sürdürülmesi her ne kadar sağlık personelinin görevi olsa da bireyin kendi sorumluluğu daha da önemlidir. Sağlığı geliştirmek için olumlu davranışlar kazanmak, sağlıkla ilgili kontrolleri ihmal etmemek ve doğru bilgiyi doğru kaynaktan edinmek gerekir (İlhan ve diğerleri, 2010). Bilginin aşırı yüklenmesi etkisiz bilgi yönetimi, stres, endişe ve belirsizlik oluşturur. Bu nedenle aşırı bilgi yükü zihinsel karışıklığa sebep olup insanların gerçek bilgiye ulaşmasını engellemektedir. Geçerli ve etkin bilgilerin sağlık çalışanları tarafından verilmesi endişeyi azaltmakta, doğru bilgiyi öğretmekte, kanser erken tanı ve tarama programlarına yönelik uygulamaları artırmaktadır (Chae, 2016).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma kadın işçilerin kanser bilgi yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Karaman İl’inde bulunan iki fabrikada yapılmıştır. Bölgede çok sayıda büyük ve küçük ölçekli fabrika bulunmakla birlikte, sadece iki fabrika isimleri gizli kalmak şartı ile çalışmaya izin vermiştir. Veriler 02.08.2019-20.12.2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Karaman il merkezinde bulunan vardiya sistemi ile çalışan kadın işçilerle yapılmıştır. Fabrikalardaki kadın işçi sayısı kurum politikası gereği gizli tutulmuştur. Evrene ulaşılamadığı için belirli sayıda veriye ulaşıldıktan sonra G*Power programı ile örneklem sayısı hesaplanmıştır. Araştırma 380 kadın işçi ile tamamlanmıştır. Bu çalışmanın primer sonuçlarından birisi olan, kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanı üzerine dört bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen regresyon analizinde elde edilen R²: 0.07 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f²: 0.08 (küçük etki) ve güç 0.995 (%99.5) olarak bulunmuştur. Diğer primer sonuç olan, kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı üzerine beş bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen regresyon analizinde elde edilen R²: 0.07 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde de etki büyüklüğü f²: 0.08 (küçük etki) ve güç 0.993 (%99.3) olarak bulunmuştur. Her iki sonuç değişkenine göre de örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür. Basılan 400 anket iki fabrikanın sağlık birim çalışanları tarafından kadınlara ulaştırılmış, A fabrikasından 200, B fabrikasından 180 toplam 380 anketin veri işlemeye uygun olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen Anket Formu (Duman ve diğerleri, 2015; Jensen ve diğerleri, 2014; Yiğitbaş ve diğerleri, 2017), Kansere Bilgi Yükü Ölçeği (İnci ve diğerleri, 2019) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır (Bahar ve diğerleri, 2008). Basılan 400 anket iki fabrikanın sağlık birim çalışanları tarafından kadınlara ulaştırılmış, A fabrikasından 200, B fabrikasından 180 toplam 380 anketin veri işlemeye uygun olduğu tespit edilmiştir. Çalışma 380 kadın işçi ile tamamlanmıştır. Veriler vardiya sistemi ile A ve B fabrikası sağlık biriminde çalışan hemşireler tarafından toplanmıştır. Fabrikada çalışan hemşirelere anket öncesi anket içerisindeki sorulara yönelik bilgi verilmiştir. Verilerin toplanmasında olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişi

güzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Hemşireler tarafından kadın işçilere dağıtılan anket formları tekrar geri toplanmıştır.

Soru Formu

Literatür gözden geçirilerek araştırmacı tarafından oluşturulan soru formunda; sosyo-demografik özelliklerle ilgili 5, genel sağlık özellikleri ile ilgili 4, kanser taraması bilgisine yönelik 4, meme kanseri ile ilgili 6, serviks kanseri ile ilgili 5 ve kolorektal kanser ile ilgili 3 olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği

Özgün ölçek ismi The Cancer Information Overload (CIO) Scale olup, Jensen ve diğerleri tarafından (2014) yılında geliştirilmiştir. Sekiz maddeden oluşan ölçek kesinlikle katılıyorum ile kesinlikle katılmıyorum arasında değişen dörtlü Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Kanser Bilgi Yüğü Ölçeğinden en az 8, en fazla 32 puan alınabilmektedir. Özgün ölçek tek boyutludur ve kanser hastalığına ilişkin kişinin bilgi yükünü değerlendirmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması aşırı bilgi yükünü göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.87'dir. Orijinal ölçek Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin örneklem grubunda geliştirilmiştir (Jensen ve diğerleri, 2014). İnci ve diğerlerinin (2019)'da Türkçe'ye uyarlayarak yaptıkları geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin toplam Cronbach Alpha güvenilirlik kat sayısı 0.77 olarak belirlenmiştir ve toplam puan ortalaması 18.69 ± 4.12 'dir. Bu çalışmada Kanser Bilgi Yüğü Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği

Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (Walker ve diğerleri, 1996). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Bahar ve diğerleri (2008) tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 madde ve 6 alt faktörden oluşmuştur. Alt gruplar, manevi gelişim sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha coefficientreliability değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir (Walker ve diğerleri, 1996). Bahar ve diğerlerinin (2008) yaptığı araştırmada, ölçeğin toplam Cronbach Alpha güvenilirlik kat sayısının 0.92 olduğu belirlenmiştir ve toplam puan ortalaması 0.30 ile 0.59'dur. Bu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.94 olarak bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı sağlık sorumluluğu için 0.80, fiziksel aktivite için 0.82, beslenme için 0.66, manevi gelişim için 0.80, kişiler arası ilişkiler için 0.77, stres yönetimi için 0.74 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Fabrikada çalışan kadın işçilerin kanser bilgi yüğü düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyidir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Kadın işçilerin sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık özellikleri, kanser taraması bilgi düzeyi, meme kanseri bilgi düzeyi, serviks kanseri bilgi düzeyi ve kolorektal kanser bilgi düzeyidir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, puan düzeyi ve standart sapma verilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu için; normallik testinde örneklem>50 olduğundan Kolmogorov-Smirnov testi ($p>0.05$), histogram grafiğinde normal dağılım eğrisi ve Skewness (-0.31 ile 0.78 arası) ve Kurtosis (-0.17 ile 0.50 arası) ile değerlendirilmiştir. Bu değerlere göre bağımlı değişkenlerin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Kadınların kanser bilgi yükü puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlere göre analizinde normallik analizi dikkate alınarak t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans (=ANOVA) analizi (ileri analizi Tukey HSD) ve Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ve Tukey HSD) kullanılmıştır. Kadınların kanser bilgi yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (backward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı'ndan 12.07.2019 tarihli ve 2019/2007 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı her iki fabrikadan yazılı izin alınmıştır. Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin çalışmada kullanılabilmesi için ölçek yazarlarından yazılı izin alınmıştır. Veri toplama formunun başına araştırmanın yapılma amacı, süresi, kimlik bilgilerinin gizli kalacağı ve gönüllü katılımın önemi ile ilgili gerekli açıklamanın bulunduğu bir metin oluşturulmuştur. Çalışmayı uygulayacak olan iş yeri hekim ve hemşirelerine çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Veriler iş yeri hemşireleri tarafından gönüllü olarak toplanmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadın işçilerin %35.3'ünün 31-40 yaş arasında, %51.3'ünün okuryazar/ilköğretim eğitim düzeyinde, %79.2'sinin evli, %75.8'inin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Kadın işçilerin %53.4'ü 6 yıl ve üzeri fabrikada çalışmakta ve %61.3'ünün geliri giderinden azdır. Kadın işçilerin %37.4'ünün ailesinde kanser tanısı almış birey vardır. Ailesinde kanser tanısı almış birey ile birinci derece yakınlığı olan kadın işçilerin oranı %62 olarak bulunmuştur. Araştırmaya alınan kadın işçilerin %95.3'ü kanser tarama testlerini duymuştur. Kadın işçilerin %57.9'u kanser tarama testlerini sağlık personelinin, %42.1'i basın/yayından duymuştur (Tablo 1).

Katılımcıların meme kanseri taramasına ilişkin bilgi ve uygulamaları şu şekildedir: Kadın işçilerin %70.3'ünün kendi kendine meme muayenesini (KKMM) bilmek ve %54.2'si KKMM yapmaktadır. Katılımcıların KKMM yapmama nedenleri olarak kadınların %49.5'i muayene yapmayı bilmediğini, %24.7'si ihmal ettiğini, %14.9'u ele gelen kitleden korktuğunu ve %10.9'u işlemi gereksiz bulduğunu belirtmiştir. Araştırmaya alınan kadın işçilerin %56.8'i mamografi işlemini bildiğini ancak sadece %17.1'i mamografi işlemini yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların mamografi işlemini yaptırmama nedenleri olarak kadınların %41.7'si mamografi işlemini bilmediğini, %29.8'i ihmal ettiğini, %16.5'i kitle çıkmasından korktuğunu, %7.6'si gereksiz bulduğunu ve %4.4'ü ağırlı bir işlem olduğu için yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların serviks kanseri taramasına ilişkin bilgi ve uygulamaları şu şekildedir: Çalışmaya katılan kadın işçilerin %55.8'inin pap-smear testini bildiği, ancak %25.5'inin pap-smear testini yaptırdığı saptanmıştır. Kadın işçilerin pap-smear testini yaptırmama nedenleri olarak %47.6'sının pap-smear testini bilmediği, %26.9'unun ihmal ettiği, %16.3'ünün muayene olmaktan utandığı ve %9.2'sinin kitle çıkmasından korktuğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi ve uygulamaları şu şekildedir: Araştırmaya alınan kadın işçilerin %44.2'sinin kolonoskopi işlemini bildiği, sadece %4.7'sinin şuaana kadar kolonoskopi işlemini yaptırdığı bulunmuştur. Kolonoskopi işlemini yaptırmama nedeni olarak kadınların %51.9'u işlemini bilmediği, %26.3'ü ihmal ettiği, %14.1'i kitle çıkmasından korktuğu ve %7.7'si muayene olmaktan utandıği belirlenmiştir (Tablo 2).

Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yükü Ölçeği toplam puan ortalaması 19.32±5.38, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 119.14±22.29 olarak bulunmuştur. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin 6 alt boyutundan sağlık sorumluluğu alt boyutunun puan ortalaması 20.59±4.95, fiziksel aktivite alt boyutunun puan ortalaması 14.64±4.60, beslenme alt boyutunun puan ortalaması 20.41±4.26, manevi gelişim alt boyutunun puan ortalaması 23.71±4.98, kişiler arası ilişkiler alt boyutunun puan ortalaması 22.77±4.61, stres yönetimi alt boyutunun puan ortalaması 17.02±4.13 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada kadınların Kanser Bilgi Yükü Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanlarının ilişkisi incelenmiştir. Kanser Bilgi Yükü Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kanser Bilgi Yükü Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yükü Ölçeği puanları arttıkça beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları artmaktadır (Tablo 3).

Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yükü Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenlerin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesine yönelik bulgular değerlendirilmiştir.

Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları: kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan dört değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) yaş ($p<0.001$), manevi gelişim alt boyut puanı, kanser tarama testlerini duyma ($p<0.01$) ve KKMM yapma ($p<0.05$) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu dört bağımsız değişken kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanına ait değişimi (varyansı) %7 olarak açıklamaktadır. Yaşı 31 ve üzerinde olan kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanları yaşı 30 ve altında olanlara göre 2.33 puan artmaktadır. Kadın işçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin manevi gelişim alt boyut puanlarındaki 1 puanlık artış kanser bilgi yükü puanını 0.16 puan arttırmaktadır. Kanser tarama testlerini basın/yayımdan duyan kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanları kanser tarama testlerini hiç duymayan ve sağlık personeline duyanlara göre 1.44 puan artmakta, kendi kendine meme muayenesi yapmayan kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanı kendi kendine meme muayenesi yapanlara göre 1.40 puan artmaktadır (Tablo 4).

Kadın İşçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları: kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan beş değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) çalışma süresi, eğitim düzeyi, mamografi yaptırma, KKMM yapma ve gelir durumu ($p<0.05$) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu beş bağımsız değişken kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanına ait değişimi (varyansı) %7 olarak açıklamaktadır. Çalışma süresi beş yıldan fazla olan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı çalışma süresi beş yıl ve altında olanlara göre 5.70 puan azalmaktadır. Lise ve üniversite mezunu olan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı eğitimi ilköğretim ve daha az düzeyde olanlara göre 6.58 puan artmaktadır. Mamografi yaptıran kadın

işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı mamografi yaptırmayanlara göre 7.20 puan artmakta, kendi kendine meme muayenesi yapan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı da yapmayanlara göre 5.15 puan artmaktadır. Geliri gidere eşit/fazla olan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı geliri giderden az olanlara göre 4.44 puan artmaktadır (Tablo 5).

Tablo 1. Kadın İşçilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
≤ 30 yaş	112	29.5
31-40 yaş	134	35.3
≥ 41 yaş	134	35.3
Eğitim düzeyi		
Okuryazar/ ilköğretim	195	51.3
Ortaokul	95	25.0
Lise ve üniversite	90	23.7
Medeni durum		
Evli	301	79.2
Bekar	79	20.8
Çocuk durumu		
Var	288	75.8
Yok	92	24.2
Çalışma süresi		
≤ 5 yıl	177	46.6
≥ 6 yıl	203	53.4
Gelir durumu		
Gelir giderden az	233	61.3
Gelir gidere eşit/fazla	147	38.7
Ailede kanser tanısı alma durumu		
Var	142	37.4
Yok	238	62.6
Kanser tanısı alan birey ile akrabalık düzeyi (n: 142)		
Birinci derece	88	62.0
İkinci derece	54	38.0
Kanser tarama testlerini duyma		
Evet	362	95.3
Hayır	18	4.7
Kanser tarama testlerini duyma kaynağı (n: 362)		
Sağlık personeli	206	56.9
Basın/yayın	156	41.1

Tablo 2. Kadın İşçilerin Meme, Serviks ve Kolorektal Kanseri Taramasına İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

Özellikler	n	%
KKMM bilme		
Biliyor	267	70.3
Bilmiyor	113	29.7
KKMM yapma		
Evet	206	54.2
Hayır	174	45.8
KKMM yapmama nedenleri (n: 174)		
Kitle çıkmasından korkma	26	14.9
İhmal etme	43	24.7
Gereksiz bulma	19	10.9
Bilgi yetersizliği	86	49.5
Mamografi işlemi bilme		
Biliyor	216	56.8
Bilmiyor	164	43.2
Mamografi işlemi yaptırma		
Evet	65	17.1
Hayır	315	82.9
Mamografi işlemi yaptırmama nedenleri (n: 315)		
İşlemin ağırlı olması	14	4.4
Kitle çıkmasından korkma	52	16.5
İhmal etme	94	29.8
Gereksiz bulma	24	7.6
Bilgi yetersizliği	131	41.7
Pap-smear testi bilme		
Biliyor	212	55.8
Bilmiyor	168	44.2
Pap-smear testi yaptırma		
Evet	97	25.5
Hayır	283	74.5
Pap-smear testi yaptırmama nedenleri (n:283)		
Kitle çıkmasından korkma	26	9.2
Muayene olmaktan utanma	46	16.3
İhmal etme	76	26.9
Bilgi yetersizliği	135	47.6
Kolonoskopi işlemi bilme		
Biliyor	168	44.2
Bilmiyor	212	55.8
Kolonoskopi işlemi yaptırma		
Evet	18	4.7
Hayır	212	95.3
Kolonoskopi işlemi yaptırmama nedenleri (n: 362)		
Kitle çıkmasından korkma	51	14.1
Muayene olmaktan utanma	28	7.7
İhmal etme	95	26.3
Bilgi yetersizliği	188	51.9

Tablo 3. Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının İlişkisi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği	
		r	p
SYBDÖ Toplam Puan		0.09	0.093
SYBDÖ Alt Boyutları	Sağlık Sorumluluğu	0.07	0.187
	Fiziksel Aktivite	-0.05	0.338
	Beslenme	0.12	0.016
	Manevi Gelişim	0.13	0.013
	Kişilerarası İlişkiler	0.10	0.044
	Stres Yönetimi	0.04	0.414

Tablo 4. Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 380)

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	t	p	Collinearity İstatistikleri		
						B için %95 Güven Aralığı	Tolerance	VIF
(Sabit)	7.44	2.09		3.564	0.000	3.33	11.54	
Yaş	2.33	0.59	0.20	3.965	0.000	1.18	3.49	0.979
Manevi Gelişim*	0.16	0.05	0.15	2.999	0.003	0.06	.27	0.988
Kanser tarama testlerini duyma	1.44	0.55	0.13	2.626	0.009	0.36	2.52	0.967
KKMM yapma	1.40	0.54	0.13	2.589	0.010	0.34	2.47	0.969

R: 0.29 Adjusted R²: 0.07 F: 8.59 p: 0.000 Durbin Watson: 1.95

* Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutu

Tablo 5. Kadın İşçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 380)

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	t	p	Collinearity İstatistikleri		
						B için 95% Güven Aralığı	Tolerance	VIF
(Sabit)	97.00	7.37		13.168	0.000	82.52	111.49	
Çalışma süresi	-5.70	2.25	-0.13	2.528	0.012	-10.13	-1.27	0.944
Eğitim düzeyi	6.58	2.63	0.13	2.504	0.013	1.41	11.74	0.955
Mamografi yaptırma	7.20	3.00	0.12	2.402	0.017	1.31	13.10	0.934
KKMM yapma	5.15	2.25	0.12	2.291	0.023	0.73	9.57	0.951
Gelir durumu	4.44	2.25	0.10	1.974	0.049	0.02	8.87	0.992

R: 0.28 Adjusted R²: 0.07 F: 6.57 p: 0.000 Durbin Watson: 1.90

TARTIŞMA

Toplumda yaygın olarak görülen kanser hastalığında ölümlerin azaltılması için erken teşhis ve tarama önemlidir. Bilgiyi etkili yöneten bireylerin sağlığı koruyucu ve önleyici davranışları artmaktadır. Bu çalışmada kadın işçilerin meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama davranışları ile kanser bilgi yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Toplumda kanserin sık görülmesiyle birlikte hasta ve yakınlarının kanser hakkında bilgi alma sıklığı artmaktadır. Kadın işçilerin %57.9'u tarama testlerini sağlık personelinen, %42.1'i basın/yayımdan duymuştur. Yapılan çalışma sonuçlarında bilgiler genellikle sağlık çalışanı, televizyon, radyo, gazete, kitap, broşür, internet ve arkadaşan edinilmektedir (Yılmaz ve Aksüyek, 2012; Yılmazel ve diğerleri, 2015; Şeker ve diğerleri, 2017). Yapılan çalışma ile

bulguların benzer olduğu ve sağlık çalışanlarının doğru bilgiye ulaşmada anahtar bir role sahip olduğu söylenebilir. Kanserde farkındalığı artırmak için doğru bilgiyi doğru kaynaktan öğrenmek önemlidir.

Çalışma sonucuna göre kadın işçilerin kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi gibi meme kanserine yönelik tarama davranışlarının sıklığı yeterli düzeyde bulunmamıştır. Meme kanseri tarama programları ile ilgili kadınların bilgisinin olduğu ancak bilginin eyleme dönüşmesi noktasında bu oranların düşük olduğu görülmüştür. Meme kanseri tarama davranışlarından kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi yaptırma davranışlarının incelendiği birçok çalışmada meme kanserine yönelik tarama davranışlarının yetersiz olduğu görülmektedir. Tarama yöntemlerine karşı ön yargılar vardır ve bu ön yargıların en önemli nedenleri kitle bulma korkusu, işlemleri gereksiz bulma, ihmal etme, ağırlı işlem olduğunu düşünme ve tarama ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olmaktır (Aygın ve diğerleri, 2004; Chee ve diğerleri, 2003; Duman ve diğerleri, 2015; Günay ve Beşer, 2011).

Çalışma sonucuna göre kadın işçilerin serviks kanserine yönelik pap-smear testi bilme durumunun yaptırma durumuna göre düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların pap-smear testi bilgi durumunun yetersiz olduğu görülmektedir. Kadınların pap-smear testi yaptırmadaki engeller utangaçlık ve korku olarak belirtilmiştir (Chee ve diğerleri, 2003; Duman ve diğerleri, 2015; Işık ve diğerleri, 2016; Keshavarz ve diğerleri, 2011; Sudenga ve diğerleri, 2017; Torgbor ve diğerleri, 2017).

Çalışma sonuçlarına kolon kanserine yönelik kolonoskopi işlemini bilme durumunun yaptırma durumuna göre düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların kolonoskopi işlemi bilgi durumunun yetersiz olduğu görülmektedir. Kolorektal kanser taramalarını yaptırmama nedeni bilgisizlik, risk olmadığı için yaptırmama, sonucundan korkma, zaman yetersizliğidir (Pirinççi ve diğerleri, 2015; Şahin ve diğerleri, 2015; Yiğitbaş ve diğerleri, 2017). Çalışma sonuçlarına göre kolorektal kanser taramalarına yönelik bilgi durumu ve yaptırma oranı düşük seviyededir. Bireylerin çoğunluğunun işlem hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, bilgisi olanların da utanma ve korku nedeniyle işlemden kaçındıkları sonucuna varılmıştır.

Kadın işçilerin kanser bilgi yükü puan ortalaması 19.32 ± 5.38 bulunmuştur. Kanser bilgi yükü ölçeğinden alınabilecek puan en az 8, en fazla 32'dir (Jensen ve ark. 2014). Bu konuda literatür bilgisi sınırlıdır. Çalışma sonucu değerlendirildiğinde kadın işçilerin kanser bilgi yükü orta düzeyde olduğu düşünülebilir. Kanser ile ilgili bilgiler belirsizlik uyandırır.

Kanserin nedeni ve tedavisi karmaşıktır. Bireyler kanser ile ilgili bilgileri öğrendikçe kaygılanır. Kanser bilgi yükü olumsuzluğa neden olduğu için önemli bir araştırma konusudur. Ancak kanser bilgi yükü ile ilgili araştırmalar yetersizdir. Kanser bilgi yükünü eğitim düzeyi, kaygı durumu, ailesinde kanser öyküsü olanlar ve kanser ile ilgili edinilen bilgi kaynakları etkilemektedir (Chae ve diğerleri, 2016). Hastaların olumlu hastalık algısı arttıkça öz-bakım gücü de artmaktadır (Küçükkaya ve Erçel, 2019). Kadın işçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması 119.14 ± 22.29 'dur. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 208'dir (Bahar ve diğerleri, 2008). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısının incelendiği bir çalışmada çalışanların puan ortalaması 130.70 ± 21.98 'dir (Kolaç ve diğerleri, 2018). Fabrika çalışanlarında yapılan bir diğer çalışmada ölçek puan ortalaması 126.3 ± 21.8 'dir (Aydın ve Erdoğan, 2015). Yılmazel ve diğerleri (2015), bir sanayi kuruluşunda yaptığı çalışmada ölçek puan ortalaması 126.00 ± 20.28 'dir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde işçilerin orta düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışları olduğu söylenebilir. Çalışma sonuçlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt grupları değerlendirildiğinde puan ortalamaları sırayla şu şekildedir: Sağlık sorumluluğu 20.59 ± 4.95 , fiziksel aktivite 14.64 ± 4.60 , beslenme 20.41 ± 4.26 , manevi

gelişim 23.71 ± 4.98 , kişilerarası ilişkiler 22.77 ± 4.61 , stres yönetimi 17.02 ± 4.13 'dür. Araştırma sonucuna göre ölçek alt grupları arasında en yüksek puan manevi gelişim, en düşük puan fiziksel aktivitedir. Fabrika çalışanlarında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre ölçek alt grupları arasında en yüksek puan manevi gelişim, en düşük puan fiziksel aktivitedir (Kolaç ve diğerleri, 2018; Küçük, 2016; Yılmazel ve diğerleri, 2015). Çalışma sonuçlarına benzer olarak katılımcıların manevi gelişim puanları yüksektir. Stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanları ise düşüktür. Sonuçlara göre çalışanların fiziksel aktivite yönünden yetersizlikleri vardır. Bu durumu kadın işçilerin çalışma şartlarının yoğun olmasının etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği puanları arttıkça beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları da artmaktadır. Nierdeppe ve diğerlerinin (2014), yaptığı bir çalışmada kanser bilgi yükü ile beslenme ve egzersiz arasında negatif ilişki görülmektedir. Bilgi yükü artan kişilerde kansere yönelik koruyucu davranışların azaldığı tespit edilmiştir. Kanser bilgi yükü ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada bilgi yükü arttıkça kanser tarama davranışlarında azalma görülmektedir (Jensen ve diğerleri, 2014). Yapılan çalışmada kadın işçilerin kanser bilgi yükü arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı görülmektedir. Kadınların kanser bilgi yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildiğinde yapılan çalışmada bu durum Nierdeppe ve diğerleri (2014) ve Jensen ve diğerleri (2014), çalışmasına göre pozitif yönde olduğu sonucuna varılmıştır. Bilgi yükü artan kadın işçilerin beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkilerde anlamlı bir ilişki vardır. Artan bilgi yüküne rağmen kadın işçilerin sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarının da arttığı görülmüştür. Kanser bilgi yükü bireylerde kaygıyı arttıran bir durum olmakla birlikte, farkındalık artışı sağlamakta, sağlığı korumaya yönelik tedbirlere yönlendirmektedir. Kanser endişesi yaşayan bireyler kanserle ilgili bilgileri daha fazla aramaktadır. Kişinin sağlığıyla ilgili duyduğu endişenin sağlık bilgisi arayışı ile olumlu ilişkide olduğu bulunmuştur (Beckjord ve diğerleri, 2008; Renahy ve diğerleri, 2008). Sağlık bilgisini arttıran kişilerin günlük yaşantısında yaşam kalitesini artırır, olumsuz düşüncelerini azaltır ve sağlık hizmetlerine katılımı kolaylaştırır (Jensen ve diğerleri, 2014). Çalışmamızın sonucunda da kanser bilgi yükü arttıkça Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları pozitif yönde anlamlı bir artış göstermiştir. Bilgi yükü arttıkça yaşanan kaygının bireylerin sağlığını olumlu etkileyebilecek, yaşam alanlarını destekleyebilecek konuları öncelediği, olumlu davranış geliştirdiği sonucuna varılmıştır.

Kadın işçilerin kanser bilgi yükü ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği üzerine bağımsız değişkenlerin çoklu regresyon analiz sonuçları tartışılmıştır. Regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan ileri analiz sonucunda kadın işçilerin kanser bilgi yükü toplam puanı üzerine yaşı 31 ve üzerinde olan kadın işçilerin, yaşı 30 ve altında olanlara göre 2.33 puan fazla ve çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=3.965$; $p < 0.000$). Yapılan çalışmalarda cinsiyet, yaş ve bireysel faktörler bireylerin bilgi ihtiyaçlarını etkilemektedir (Ankem, 2006; Illic ve diğerleri, 2005). Aşırı bilgi yüklemesi üzerinde yapılan bir çalışmada cinsiyet ve yaş gibi demografik değişkenlerin aşırı bilgi yüklemesi ile bağlantılı olduğu ifade edilmektedir. Yaş arttıkça aşırı bilgi yüküne eğilim artmaktadır (Akin, 1997). Çalışmada yaşı 31 ve üzerinde olan kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanının arttığı görülmektedir. Yapılan ileri analizde ileri yaş kanser bilgi

yükü açısından risk faktörü olarak saptanmıştır. Yaş arttıkça bireylerin bilgiye olan ihtiyaçlarının da arttığı ve doğru bilgiye doğru kaynaktan ulaşamayan bireylerin bilgi yüküne maruz kaldığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca kanser gibi kronik hastalıkların yaş ile ortaya çıkma riskinin artması da bu sonucu destekler niteliktedir. Çalışmaya göre kadın işçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin manevi gelişim alt boyut puanlarındaki 1 puanlık artış kanser bilgi yükü puanını 0.16 puan arttırmaktadır ve çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=2.999$; $p<0.003$). Bilgi yükünün artması ile kadın işçilerin manevi gelişim alt boyut puanı da artmaktadır. Artan bilgi yükünün bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını etkilemiş olabileceği söylenebilir. Çalışmaya göre kanser tarama testlerini basın/yayımdan duyan kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanları kanser tarama testlerini hiç duymayan ve sağlık personelinin duyanlara göre 1.44 puan fazla ve çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=2.626$; $p<0.009$). Günümüzde kanser hastalığı artış göstermektedir. Bununla birlikte kanser ile ilgili bilgi arayışı da artış göstermiştir. Bilgiler çoğunlukla sağlık personeli, televizyon, gazete, arkadaş ve internetten alınmaktadır (Tan ve diğerleri, 2014). İnternet ortamı giderek günlük yaşantımızın bir parçası haline gelmiştir. Bu durumun olumlu tarafı olduğu gibi yanıltıcı bilgi alma riskinden dolayı olumsuz tarafları da mevcuttur. Yapılan bir çalışmada medyada bilgi arayan kişilerin kanser bilgi yükü puanı daha yüksek bulunmuştur. Ancak çevrimiçi sağlık bilgisi arayan bireylerde, hekimleriyle e-posta yoluyla iletişim kuranlarda doğru bilgiye ulaşım söz konusu olacağı için olumlu sonuçların gelişeceği ifade edilmektedir (Kim ve diğerleri, 2007). Bireylerin tıbbi olan ve tıbbi olmayan kaynaklardan yaptığı taramalar kanser tarama ve önleme kararlarını etkilediği düşünülmektedir (Hornik ve diğerleri, 2013). Doğru bilgiyi doğru kaynaktan edinmek önemlidir. Güvenilir bilgi alan kişilerin yaşam kalitesi artmaktadır. Bilgileri yanlış kaynaklardan edinmekse kafa karışıklığına sebep olan bir faktördür. Bu durumun endişe düzeyini ve bilgi yükünü arttıran bir durum olduğu belirtilmektedir (Yirmibeşoğlu ve diğerleri, 2005). Yapılan çalışma sonuçları çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Kadın işçilerin kanser tarama testlerini basın-yayımdan duyması ile yanıltıcı bilgi alma riski ve zihinsel karışıklıklar olabilir. Doğru bilgiyi doğru kaynaktan edinemeyen bireylerin kanser bilgi yükünün arttığı sonucuna varılmıştır. Çalışmaya göre kendi kendine meme muayenesi yapmayan kadın işçilerin kanser bilgi yükü puanı kendi kendine meme muayenesi yapanlara göre 1.40 puan fazladır ve çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=2.589$; $p<0.010$). Günümüzde bilgiye erişim artmıştır. Artan bilgi bireylerin bilgiyi yorumlarken olumsuzluklar yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu durum kanser tarama davranışlarını da etkilemiştir. Yapılan bir çalışmada kanser bilgi yükü arttıkça kansere ilişkin bilgilerden bireyler uzaklaşmaktadır (Chae ve diğerleri, 2016). Yapılan diğer çalışmalarda kanser bilgi yükü arttıkça kanseri koruyan, önleyen davranışların azaldığı ve kanser tarama davranışlarının azaldığı belirtilmiştir (Jensen ve diğerleri, 2014; Niederdeppe ve diğerleri, 2014). Çalışma sonucunda da kanser tarama yöntemlerinden biri olan kendi kendine meme muayenesi yapma durumunda muayeneyi yapmayan kadınların kanser bilgi yükü yüksek bulunmuştur. Bu durumun kanser tarama programlarına katılma, erken tanı ve tedavi sürecini etkilediği görülmektedir. Kanser tarama programlarına yönelik bilgilendirmelerin doğru kaynaktan yapılması ile farkındalığın artacağı ve kaygının azalacağı söylenebilir.

Yapılan ileri analiz sonucunda çalışma süresi beş yıldan fazla olan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı çalışma süresi beş yıl ve altında olanlara göre 5.70 puan düşük ve çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=2.528$; $p<0.012$). Mevsimlik tarım işçilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada beş yıl ve üzerinde çalışan işçilerin iş tecrübesine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Göçer ve diğerleri, 2020). Yılmazel ve diğerleri (2015), yaptığı çalışmada 10 yıl ve daha az süredir çalışan işçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanı daha yüksektir. Cürcani ve diğerleri (2010), hemşirelerle yaptığı bir çalışmada çalışma süresi 1-5 yıl arasında olanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Göçer ve diğerleri (2020), yaptığı çalışmada beş yıl

ve üzeri çalışan işçilerin iş tecrübesinden dolayı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı tespit edilirken yapılan çalışmada bu durum Yılmazel ve diğerleri (2015) ile Cürcani ve diğerleri (2010) çalışmalarıyla benzer olduğu söylenebilir. Beş yıl ve altı fabrikada çalışan kadın işçilerin olumsuz etkenlerle daha az karşılaşmış olmasının bu durumu etkilemiş olduğu düşünülebilir. Çalışmaya göre lise ve üniversite mezunu olan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı eğitimi ilköğretim ve daha az düzeyde olanlara göre 6.58 puan fazla ve anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=2.504$; $p<0.013$). Mevsimlik tarım işçilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada ilkokul ve üzeri eğitim seviyesinde olanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt boyutlarından olan beslenme ve kişiler arası ilişkiler puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Göçer ve diğerleri, 2020). Yılmazel ve diğerleri (2015), bir sanayi kuruluşunda yaptığı çalışmada eğitim durumu lise üzeri olan işçilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanını daha yüksek bulmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarının olumlu yönden etkilendiği düşünülebilir. Çalışmaya göre mamografi yaptıran kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı mamografi yaptırmayanlara göre 7.20 puan fazla ve anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=2.402$; $p<0.017$). Çalışmaya göre kendi kendine meme muayenesi yapan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı da yapmayanlara göre 5.15 puan fazla ve anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=2.291$; $p<0.023$). Özen ve diğerleri (2013), yaptığı çalışmada kadınların meme kanserini bilme ve meme kanseri erken tanının önemli olma durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Uğur ve Avcı'nın (2015) yaptığı bir çalışmada kendi kendine meme muayenesi yapma durumu ve mamografi çektirme durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gözüyeşil ve diğerleri (2019), yaptığı çalışmada kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi yaptırma durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır. Yapılan çalışma ile benzer olarak kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi işlemini yaptırma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu olarak etkilediği görülmektedir. Bilgiyi eyleme dönüştürmenin bu durumu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Çalışmaya göre geliri gidere eşit/fazla olan kadın işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı geliri giderden az olanlara göre 4.44 puan fazla ve anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=1.974$; $p<0.049$). Koçoğlu ve diğerleri (2009), yaptığı bir çalışmada ekonomik durumunu kötü algılayanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanları daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Özyazıcıoğlu ve diğerleri (2011), yaptığı çalışmada gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarından olan beslenme puanı oldukça düşük olup anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir ($p<0.01$). İlhan ve diğerleri (2010), yaptığı çalışmada ekonomik durumu çok iyi olanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir durumu iyi olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösteren beslenme (diyetisyene gitmek) ve fiziksel aktivite (spor salonuna gitmek) gibi sağlık davranışlarına daha çok önem verdiği söylenebilir. Gelir durumunun iyi olmasının bireylerin olumlu sağlık davranışlarını teşvik etmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda Kadın işçilerin Kanser Bilgi Yüklü Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin toplam puanı arasında ilişki bulunmazken, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadın işçilerin kanser bilgi yüküne yaş, manevi gelişim alt boyut puanı, kanser tarama testlerini duyma ve kendi kendine meme muayenesi yapmanın anlamlı düzeyde etkisinin olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına çalışma süresi, eğitim düzeyi, mamografi yaptırma, kendi kendine meme muayenesi yapma ve gelir durumunun anlamlı düzeyde etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; kanser erken tanı ve taramasının önemi konusunda eğitim programları düzenlenerek farkındalık oluşturulması, iş yeri hekim ve hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik işçilere eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi, tarama programları kapsamında kadın kanser türlerine yönelik sağlık muayeneleri ve taramaların yapılması önerilebilir. Araştırmacıların kadın işçilerin kanser bilgi yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının nelerden etkileneceğine ilişkin tarama ölçeklerinden faydalanmaları ve bu faktörlere yönelik müdahale araştırmaları yapılması önerilebilir.

YAZAR KATKISI

Çalışmanın planlanması, veri toplama aşamalarında gerekli uygulamaların gerçekleştirilmesi ile çalışmanın rapor haline getirilmesinde yazarlar eşit düzeyde katkı sağlamıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkara dayalı ilişkisi yoktur.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma boyunca Helsinki Deklarasyonu kurallarına riayet edilmiştir.

Maddi Destek

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

KAYNAKLAR

- Akin, LK. (1997). Information overload: a multi-disciplinary explication and citation ranking within three selected disciplines: library studies, psychology/psychiatry, and consumer science: 1960-1996. (Unpublished doctoral dissertation). *Texas Woman's University, Denton, Texas, USA*.
- Ankem, K. (2006). Factors influencing information needs among cancer patients: a metaanalysis. *Library Information Science Research*, 28, 7-23. doi: 10.1016/j.lisr.2005.11.003
- Aşlar, R., Köse, S., Yıldırım, A. (2015). Kadınların servikal kanser ve pap smear testine ilişkin bilgi, inanç ve davranışları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 7(2), 102-111. doi: 10.5336/nurses.2014-42620
- Avcı, İ. (2008). Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a muslim community. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 127-133. doi:10.1016/j.ejon.2007.11.006
- Aydın, Aİ., Erdoğan, KT. (2015). Fındık fabrikasında çalışan işçilerde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*, 14, 364-369.
- Aygın, D., Uludağ, C., Şahin, S. (2004). Gençlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(4), 1-6.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Bayçelebi, G., Aydın, F., Gökosmanoğlu, F., Tat, T., Varım, C. (2015). Trabzon'da kanser tarama testleri farkındalığı. *J Hum Rhythm*, 1(3), 90-94.
- Beckjord, EB., Finney, Rutten, LJ., Arora, NK., Moser, RP., Hesse, BW. Information processing and negative affect: Evidence from the 2003 health information national trends survey. *Health Psychol*, 27(2), 249-257. doi: 10.1037/0278-6133.27.2.249
- Chae, J. (2016). Who avoids cancer information? Examining a psychological process leading to cancer information avoidance. *J Health Commun*, 21, 837-844. doi.org/10.1080/10810730.2016.1177144
- Chae, J., Lee, CJ., Jensen, JD. (2016). Correlates of cancer information overload: Focusing on individual ability and motivation. *Health Communication*, 31(5), 626-634. doi.org/10.1080/10410236.2014.986026
- Chee, HL., Rashidah, S., Shamsuddin, K., Intan, O. (2003). Factors Related to the Practice of Breast Self Examination (BSE) and Pap Smear Screening Among Malaysian Women Workers in Selected Electronics Factories. Erişim adresi: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/3/3> doi: 10.1186/1472-6874-3-3

- Cürcani, M., Tan, M., Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 487-492.
- Duman, N., Koçak, D., Albayrak, S., Topuz, Ş., Yılmazel, G. (2015). Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren*, 1(1), 30-38. doi: 10.5222/jaren.2015.030
- Erdem, SS., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, AS., Bolu, F., Durak, AA., Şener, Ö. (2017). Düzce’de yaşanların kanser ve kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-10.
- Ersin, F., Kissal, A., Polat, P., Koca, B., Erdoğan, M. (2017). Kadın sağlık personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 18(2-3), 31-43.
- Günay, E., Beşer, A. (2011). Sociodemographic characteristics of women who engage in early breast cancer diagnostic behaviors. *AAOHN Journal*, 59(10), 421-428.
- Göçer, Ş., Mazıcıoğlu, MM., Ulutabanca, RÖ., Ünalın, D., Karaduman, M. (2020). Assessment of healthy lifestyle behaviors in travelling seasonal. *Public Health 180*. 149-153. doi.org/10.1016/j.puhe.2019.11.013
- Gözüyeşil, E., Taş, F., Düzgün, AA. (2019). 15-49 yaş kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Çukurova Medical Journal*, 44(4), 1215-1225. doi: 10.17826/cumj.493360
- Globocan, Cancer Today , (2018). Erişim Tarihi: 25.12.2019 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Hornik, R., Parvanta, S., Mello, S., Freres, D., Kelly, B., Schwartz, S. (2013). Effects of scanning-routine health information exposure-on cancer screening and prevention behaviors in the general population. *J Health Commun*, 18(12), 1422-1435. doi:10.1080/10810730.2013.798381
- İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 34-44.
- İnci, F., Başkale, H., Ak, P. (2019). Kanser bilgi yükü ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Çukurova Medical Journal*, 44(1), 127-135. doi: 10.17826/cumj.423997
- Illic, D., Risbridger, GP., Green, S. (2005). The informed men: Attitudes ad information needs on prostate C-cancer screening. *Journal of Men's Health and Gender*, 2(4), 414-420. doi: 10.1016/j.jmhg.2005.10.006
- Işık, O., Çelik, M., Keten, H., Dalgacı, A., Yıldırım, F. (2016). Kadın doktorların pap smear testi konusunda bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Çukurova Medikal Journal*, 41(2), 291-98. doi: 10.17826/cutf.208422
- Jensen, JD., Carcioppolo, N., King, AJ., Scherr, CL., Jones, CL., Niederdeppe, J. (2014). The cancer information overload (CIO) scale: Establishing predictive and discriminant validity. *Patient Educ Couns*, 94, 90-96. doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.016
- Kelly, B., Hornik, R., Romantan, A., Schwartz, JS., Armstrong, K., Demichele, A., Fishbein, M., Gray, S., Hull, S., Kim, A., Nagler, R., Niederdeppe, J., Ramirez, AS., Smith, A., Wong, N. (2010). Cancer information scanning and seeking in the general population. *J Health Commun*, 15(7), 734-753. doi:10.1080/10810730.2010.514029
- Keshavarz, Z., Simbar, M., Ramezankhani. (2011). Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: A qualitative-model study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1587-1592.
- Kim, K., Lustria, M., Burke, D., Kwon, N. (2007). Predictors of cancer information overload: Findings from a national survey. Erişim adresi: <http://informationr.net/ir/12-4/paper326.html>
- Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEUHYO ED*, 2(4), 145-154.
- Kolaç, N., Balcı, AS., Şişman, FN., Ataçer, BE., Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 267-274. doi: 10.5350/BTDMJB.20170328092601
- Küçük, E. (2016). Health perception and healthy lifestyle behaviors of female factory workers. *Archives of Environmental and Occupational Health*, 71, 216-221. doi.org/10.1080/19338244.2015.1058237
- Küçükkaya, B., Erçel, Ö. (2019). Jiinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisi. *EGEHFD*, 35(3):137-145.
- Niederdeppe, J., Lee, T., Robbins, R., Kim, HK., Kresovich, A., Kirshenblat, D. (2014). Content and effects of news stories about uncertain cancer causes and preventive behaviors. *Health Commun*, 29, 332-346. doi.org/10.1080/10410236.2012.755603

- Özen, B., Zincir, H., Erten, ZK., Özkan, F., Elmalı, F. (2013). Genç kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *J Breast Health*, 9, 200-204. doi: 10.5152/tjbh.2013.33
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 277-232.
- Pirinççi, S., Benli, C., Okyay, P. (2015). Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(3), 209-214. doi: 10.5455/pmb.1-1398327138
- Renahy, E., Parizot, I., Chauvin, P. (2008). Health information seeking on the internet: a Double Divide? Results from a representative survey in the Paris Metropolitan Area, France, 2005–2006. *BMC Public Health*, 8(69), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-8-69
- Siegel, R., Miller, K., Jemal, A. (2018). Cancer Statistics, 2018. *Cancer Journal For Clinicians*, 68, 7-30. doi: 10.3322/caac.21442
- Sudenga, S., Rositch, A., Otineo, W., Smith, J. (2013). Brief Report: Knowledge, attitudes, practices and perceived risk of cervical cancer among kenyan women. *NIH-PA Author Manuscript Int J Gynecol Cancer*, 23(5), 895-899. doi:10.1097/IGC.0b013e31828e425c
- Şahin, N., Üner, B., Aydın, M., Akçan, A., Gemalmaz, A., Dişçigil, G., Demirağ, S., Başak, O. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 19(1), 37-48. doi: 10.15511/tahd.15.01037
- Şeker, N., Yasin, Y., Özaydın, E., Çapacı, B., Okyay, P. (2017). Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(1), 14-18.
- Tan, A., Gibson, L., Zafar, H., Gray, S., Hornik, R., Armstrong, K. (2014). Associations between cancer-related information seeking and receiving PET imaging for routine cancer surveillance-an analysis of longitudinal survey data. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 23, 481-489. doi:10.1158/1055-9965.EPI-13-0999
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. (2017). Erişim Tarihi: 02.05.2018 http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR_uzun.pdf
- Tekpınar, H., Aşık, Z., Özen, M. (2018). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 28-36. doi: 10.15511/tahd.18.00128
- Torgbor, J., King, J., Velez, I. (2017). Barriers and facilitators of cervical cancer screening practices among african immigrant women living in Brisbane Australia. *European Journal of Oncology Nursing*, 31, 22-29. doi.org/10.1016/j.ejon.2017.09.005
- Uğur, H., Avcı, İ. (2015). Kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 244-258.
- Yılmaz, H., Aksüyek, H. (2012). Bursa ilinde meme kanserinin erken tanısında farkındalığın önemi-alan çalışması. *The Journal of Breast Health*, 8(2), 76-80.
- Yılmazel, G., Naçar, M., Çetinkaya, F. (2016). Bir sanayi kuruluşunda çalışan işçilerin sağlığı geliştirme davranışları. *TAF Prev Med Bull*, 14, 161-170. doi:10.5455/pmb1-1410340413
- Yiğitbaş, Ç., Bulut, A., Semerci, M. (2016). Bingöl devlet hastanesine başvuran yetişkinlerin kanser tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutumları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2, 29-38. Erişim Adresi: <https://www.researchgate.net/publication/319180445>
- Yirmibeşoğlu, E., Öztürk, AS., Erkal, HŞ., Egehan, İ. (2005). Kanser hastalarının bilgi arayışında internet kullanımı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2), 125-128.
- Walker, SN., Hill-Polerecky, DM. (1996). Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.*
- World Cancer Day. World Health Organization (WHO). (2018). Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/world-cancer-day/2018/en/>

Selda MERT¹
Orcid: 0000-0002-8123-2211

Aylin AYDIN SAYILAN²
Orcid: 0000-0003-0576-8732

Kalp Cerrahisi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü

Enhanced Recovery After Cardiac Surgery Protocol

Gönderilme Tarihi: 28 Kasım 2019

Kabul Tarihi: 27 Eylül 2020

¹ Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Hizmetleri

Meslek Yüksekokulu, Kocaeli, Türkiye

² Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,

Hemşirelik Bölümü, Kırklareli, Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Selda MERT

selda.mertboga@kocaeli.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme; hemşire; kalp cerrahisi.

Key Words:

Cardiac surgery; enhanced recovery after surgery; nurse

ÖZ

Son yıllarda ortaya çıkan gelişmeler, sağlık bakım hizmetini doğrudan etkilemektedir. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü, cerrahi bakım kalitesini yükseltmeyi hedefleyen, ameliyat öncesi ve sonrası iyileşmeyi kapsayan bir süreç olup, sağlık bakım hizmetlerinde çok önemli bir rol üstlenmiştir. Kalp cerrahisine yönelik hızlandırılmış iyileşme protokolü ise oldukça yeni uygulanmaya başlanmıştır. Kalp cerrahisine özgü geliştirilen kanıta dayalı cerrahi dönem bakım rehberi, klinik sonuçlarda iyileşme ve maliyette azalma olarak olumlu etkisini göstermekte; kalp cerrahisi uygulanan hastaların iyileşmesinde standart bir bakımı hedeflemektedir. Bu derlemenin içeriğinde; ameliyat öncesi dönem izlemleri (hemogloblin A1 ölçümü, albumin ölçümü, beslenme yetersizliğinin düzeltilmesi, anestezi öncesi berrak sıvı tüketimi, karbonhidrat yüklemesi, hasta tarafından iletilen sorunlara yönelik eğitim, uygulamalar, prehabilitasyon, sigara ve alkol tüketimi), ameliyat sonrası izlem (cerrahi alan enfeksiyonunu azaltma, hipertermi, sert sternal fiksasyon, traneksamik asit veya epsilon aminokaproik asit) ve ameliyat sonrası izlem (glisemik kontrol, insülin infüzyonu, ağrı yönetimi, sistematik deliryum taraması, inatçı hipotermi, göğüs tüpü açıklığı, tromboprofilaksi, ekstübasyon, böbrek stresi ve akut böbrek hasarı, hedefe yönelik sıvı tedavisi) ve diğer cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme önerileri yer almaktadır. Elde edilen veriler derecelendirilerek, önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Derneği tarafından onaylanmıştır. Bu derlemede, Engelman ve diğerleri, (2019) tarafından kalp cerrahisine özgü oluşturulan hızlandırılmış iyileşme protokolü önerilerinden söz edilmektedir.

ABSTRACT

Recent developments have a direct impact on health care services. Enhanced Recovery After Surgery is a process that aims to improve the quality of surgical care and includes pre- and post-operative recovery and has a very important role in health care services. Enhanced Recovery After Surgery protocols for cardiac surgery have recently been introduced. The evidence-based peri-operative care guide developed specifically for cardiac surgery has a positive effect on improvement in clinical outcomes and the reduction in costs; it also aims to provide a standard care for the recovery of patients undergoing cardiac surgery. This review includes pre-operative strategies (measurement of hemoglobin A1c for risk stratification, measurement of albumin for risk stratification, preoperative correction of nutritional deficiency, consumption of clear liquids before general anesthesia, carbohydrate loading, patient engagement tools, prehabilitation, smoking and hazardous alcohol consumption), intra-operative strategies (surgical site infection reduction, hyperthermia, rigid sternal fixation, tranexamic acid or epsilon aminocaproic acid), post-operative strategies (perioperative glycemic control, insulin infusion, pain management, postoperative systematic delirium screening, persistent hypothermia, chest tube patency, chemical thromboprophylaxis, extubation strategies, kidney stress and acute kidney injury, goal-directed fluid therapy) and other Enhanced Recovery After Surgery recommendations. After the evaluation of the data, recommendations were stated. These recommendations were approved by Enhanced Recovery After Surgery Society. In this review, Engelman ve diğerleri, (2019) proposed enhanced recovery protocol recommendations specific to cardiac surgery.

Kaynak Gösterimi: Mert, S., Aydın Sayılan, A. (2021). Kalp cerrahisi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü. *EGEHFD*, 37(2), 157-170. Doi: 10.53490/egehemsire.651868

How to cite: Mert, S., Aydın Sayılan, A. (2021). Enhanced recovery after cardiac surgery protocol. *JEUNF*, 37(2), 157-170. Doi: 10.53490/egehemsire.651868

GİRİŞ

Cerrahide tedavi ve bakıma ilişkin güncel yaklaşım ve kanıta dayalı uygulamalar ile cerrahi sonrası iyileşmenin hızlanabileceği ve cerrahiye bağlı ölümlerin azalabileceği bilinmektedir. Bu doğrultuda ortaya çıkan kanıt temelli uygulamalardan biri de ERAS Derneği (ERAS Society) tarafından geliştirilmiş olan Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) ya da diğer adıyla Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery; FTS) protokolüdür (Abdikarim ve diğerleri, 2015; Mert Boğa, 2018). FTS ya da multimodel yaklaşım olarak da bilinen ERAS protokolü, “cerrahiye bağlı travmanın, cerrahi süreç boyunca bireylerde ortaya çıkardığı psikolojik sorunlar ve organ fonksiyon bozukluklarını engelleyerek bu süreci standardize etmek ve olası en iyi tedavi ve bakımı sağlayarak bireyi en kısa sürede taburcu etmek” olarak tanımlanabilmektedir (Çilingir ve Candaş, 2017; Jimenez ve diğerleri, 2014; Mert Boğa, 2018).

Tablo 1. Öneriler ve Kanıt Düzeyleri

Kanıt düzeyi	Öneriler
I	
A	Ameliyat boyunca Traneksamik asit veya epsilon aminokaproik asit pompalama
B-R	Perioperatif glisemik kontrol
B-R	Cerrahi alan infeksiyonlarını azaltmada kanıta dayalı bir bakım paketi
B-R	Hedefe yönelik sıvı tedavisi
B-NR	Perioperatif dönem, multimodal, (opioidden kaçınma) ağrı yönetimi
B-NR	Kardiyopulmoner bypass sonrası erken dönem uzun süreli hipotermiden kaçınma (<36.0 ° C)
B-NR	Göğüs tüpü bakımı
B-NR	Her nöbet değişimi öncesi hemşirelerin deliryum değerlendirmesi
C-LD	Elektif cerrahiden dört hafta önce sigara ve alkol tüketiminden kaçınma
IIa	
B-R	Ameliyat sonrası böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi (akut böbrek yetmezliğinin önlenmesinde erken müdahale)
B-R	Sternal yara iyileşmesini hızlandırmak ve mediastinal yara komplikasyonlarını önlemek amacıyla rijid sternal tespit kullanımı
B-NR	Elektif cerrahi girişim geçirecek komorbid sorunları olan hastalarda risklerin değerlendirilmesi
B-NR	Ameliyat sonrası dönem hiperglisemi tedavisinde insülin infüzyonu yapılması
B-NR	Ameliyat sonrası altı saat içerisinde ekstübasyonu sağlama
C-LD	Hasta tarafından iletilen sorunlara yönelik eğitim, uygulamalar (online / aplikasyon temelli)
C-LD	Ameliyat sonrası tromboproflaksi
C-LD	Risk sınıflandırmasına yardımcı olmak amacıyla yapılan hemoglobin A1c'nin preoperatif ölçümü
C-LD	Preoperatif dönem yetersiz beslenmenin giderilmesi
IIb	
C-LD	Anestezi öncesi 2-4 saat sıvı tüketimini sürdürülmesi
C-LD	Preoperatif dönem oral karbonhidrat yüklemesi
III (Yararı yok)	Göğüs tüplerinin steril alanında yer alan pıhtıların çıkarılması
A	
III (Zararlı)	
B-R	Kardiyopulmoner bypass sonrası ısıtmada Hipertermi (> 37.9 ° C)
Kısaltmalar: B-R Randomize Çalışmalar; B-NR Randomize Olmayan Çalışmalar; C-LD Yetersiz Kanıt Düzeyi	

Kaynak: Engelman, D.T., Ben Ali, W., Williams, J.B. ve diğerleri. (2019). Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *JAMA Surg*, s. E2 'den alındı.

ERAS protokolü, hastanın cerrahi sonrası iyileşme sürecinin hızlandırılması için sinerjik olarak çalışan ve ameliyat sürecinin farklı basamaklarında, hasta bakımı hakkında öneriler içeren kanıta dayalı bulgular birleşimi olup, multidisipliner (cerrah, anestezi uzmanı, hemşire, fizyoterapist ve diyetisyen) yaklaşım gerektirmektedir (Karen ve diğerleri, 2015; Mert Boğa, 2018; Varadhan ve diğerleri, 2010; Watson, 2017). Protokolün temel amacı; hastanın cerrahi süreçte beslenme durumunu en iyi düzeye getirmek, opioidler olmadan analjeziyi ve ameliyat sonrası erken beslenmeyi destekleyerek vücudun cerrahi strese olan reaksiyonunu azaltmak (Li ve diğerleri, 2018; Ljungqvist ve diğerleri, 2017; Mert Boğa, 2018), ameliyat sonrası morbidite ve mortaliteyi azaltmak, hastanede kalış süresini ve maliyeti azaltmak ve de hastaların cerrahiye ilişkin algılarını olumlu yönde etkilemektir (Çilingir ve Candaş, 2017; Li ve diğerleri, 2018; Yang ve diğerleri, 2017). Ayrıca ERAS protokolü ile taburculuk sonrası oluşabilecek ağrı, komplikasyon ve işlevsel bozukluklarının en aza indirilmesi hedeflenmektedir (Hübner ve diğerleri, 2015; Jimenez ve diğerleri, 2014; Mert Boğa, 2018). Konuya ilişkin çeşitli cerrahi uzmanlık alanlarında, kanıta dayalı ERAS protokollerinin uygulanması durumunda hastanede kalış süresinin %50 oranında azaldığı bildirilmektedir (Thiele ve diğerleri, 2015). Kalp cerrahisine (KC) yönelik ERAS protokolleri oldukça yeni uygulanmaya başlanmıştır (Ljungqvist ve diğerleri, 2017). ERAS'ın başarısı, protokolün tercihen tam olarak yerine getirilmesine bağlıdır ve hemşireler bu programın önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Mert Boğa, 2018). KC sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolüne ilişkin öneri ve kanıt düzeyinin belirlenmesinde, 2017 yılında Göğüs Cerrahileri / Amerikan Göğüs Cerrahisi Birliği tarafından güncellenmiş olan rehber baz alınmıştır (Jacobs ve diğerleri, 2014), KC sonrası perioperatif süreci kapsayan 22 girişim üzerinde fikir birliği sağlandığı belirtilmiştir (Engelman ve diğerleri, 2019) (Tablo 1).

KC sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolünün ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemi bileşenleri aşağıda yer almaktadır.

1. Ameliyat Öncesi Dönem İzlemleri

Hemoglobin A1c Ölçümü

Risk Sınıflandırmasında ameliyat öncesi Hemoglobin A1c'nin ölçüm yüzdesi, derin sternal yara enfeksiyonunda, iskemik olaylarda ve diğer komplikasyonların gelişiminde anlamlı bulunmuştur (Narayan ve diğerleri, 2017). Meta analiz çalışmaları ve rehberler, cerrahi girişim deneyimleyecek tüm hastalara tarama yapılmasını önermektedir. Preoperatif diyabet ve glisemik kontrolün iyileştirilmesinde erken müdahale önem taşımaktadır (Wong ve diğerleri, 2010). Mevcut kanıta dayalı uygulamalardan yararlanılmadığından dolayı, kardiyak cerrahi (KC) geçiren hastaların %25'inde hemoglobin A1c düzeyinin %7'den daha yüksek olduğu, %10'unda ise henüz tanı konmamış diyabet olduğu bildirilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019). Retrospektif yapılan bir çalışmada, glisemik kontrol, uzun süreli sağkalım ile ilişkilendirilmiştir (Robich ve diğerleri, 2019). KC deneyimleyecek hastalarda, riskin azalması için preoperatif dönemde ölçüm önerilmektedir (sınıf IIa, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Albümin Ölçümü

KC girişim deneyimleyecek hastalarda, ameliyat öncesi düşük serum albümin düzeyinin ameliyat sonrası artan morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Beden Kütle İndeksi'nden bağımsız olarak) (Engelman ve diğerleri, 2019). Ameliyat öncesi dönemde bir risk faktörü olarak görülen hipoalbumineminin, aynı zamanda, akut böbrek hasarı, ventilatörde kalış süresinin uzaması, enfeksiyon ve mortalite artışına da yol açtığından söz edilmektedir. Düşük kalite meta analiz çalışmalarında, KC girişim komplikasyonlarını azaltmada, ameliyat öncesi dönem albümin ölçümünün yapılması gereği bildirilmektedir (Karas ve diğerleri, 2015). Orta düzey kanıtlara dayanarak KC öncesi risk belirlemede, ameliyat öncesi albümin ölçümünün yapılmasının yararlı olabileceği belirtilmektedir (sınıf IIa, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Beslenme Yetersizliğinin Düzeltilmesi

Yetersiz beslenen hastalarda, ameliyat öncesi dönemde 7-10 gün süreli oral besin takviyesinin, kolorektal sorunların önlenmesinde çok önemli rolü olduğu bildirilmekte, aynı zamanda bu takviyenin infeksiyon prevelansını da azalttığı vurgulanmaktadır. Albumin düzeyi 3.0 g/dL'nin altında olan KC hastalarında (g/L'ye dönüştürmek için 10 ile çarpılması), 7-10 gün süreli takviye yapılması önerilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019). Yüksek riskli olarak değerlendirilen KC girişim deneyimleyecek hastalarda yeterince güçlü bir beslenme takviyesi yapılmadığı da bildirilmektedir (Yu ve diğerleri, 2015). Beslenme yetersizliğinin değerlendirilmesi, acil durumlarda mümkün olmamakla birlikte, zamanlamanın önemli olduğu, gerektiğinde ameliyatın ertelenmesinin, olumlu sonuçlar doğurabileceği ve bu konuya ilişkin daha fazla çalışmaya gereksinim duyulduğu bildirilmektedir (sınıf IIa, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Genel Anestezi Öncesi Berrak Sıvı Tüketimi

KC girişimlerinin büyük çoğunluğu, hastanın ağızdan hiçbir şey almamasını zorunlu kılmaktadır. Cerrahi girişime yönelik, gece yarısından sonra veya en az 6-8 saat öncesi katı gıda alımının durdurulması gerekmektedir. Ancak, çeşitli randomize klinik çalışmalar, anestezi 2 saat öncesine kadar alkolsüz berrak sıvıların güvenle verilebileceğini, 6 saat öncesine kadar da hafif bir yemek yenebileceğini bildirmektedir (American Society of Anesthesiologists Committee, 2017). Anestezi öncesi 2-4 saate kadar berrak sıvı alımının teşvik edilmesi ERAS protokollerinin önemli bir bileşenidir. KC'nde, bu konuda yapılan net bir çalışma olmamakla birlikte, diğer cerrahi girişimler bu bulguyu destekler niteliktedir. KC girişiminden iki saat öncesinde oral karbonhidrat içilen bir çalışmada aspirasyon pnömonisi olmadığı bildirilmektedir. KC'nde mevcut verilere dayanarak, genel anestezi 2-4 saate kadar berrak sıvı alımı önerilmektedir (sınıf IIb, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Karbonhidrat Yükleme

Ameliyattan iki saat önce tüketilecek bir karbonhidrat içeceği (340.19 g berrak bir içecek veya 24 g kompleks karbonhidrat içeceği) insülin direncini azaltmakta, ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarının geri dönüş hızını arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, KC girişimi geçiren hastaların, ameliyat sonrası insülin direncinin ve hastanede kalış süresinin azaldığı bildirilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019). Randomize bir çalışmada da KC geçiren hastalarda karbonhidrat tüketiminin kardiyopulmoner baypas sonrası kalp fonksiyonlarının iyileşmesini olumlu etkilediği, ancak insülin direncini etkilemediği belirtilmektedir (Feguri ve diğerleri, 2017). KC hastalarında karbonhidrat yüklemesine yönelik mevcut veriler yetersiz olup, zayıf öneri düzeyinde değerlendirilmektedir (sınıf IIb, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Hasta tarafından iletilen sorunlara yönelik eğitim, uygulamalar (online / aplikasyon temelli)

Ameliyat öncesi hasta eğitimi ve danışmanlığının yapılması, bireysel, online, görsel veya işitsel olarak mümkün olabilmektedir. İlgili açıklamaların yapılması, hasta korkusunun ve yorgunluğunun azalmasında etkili olabilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019). Pilot çalışmalarda, e-sağlığın sağlık sonuçlarını iyileştirdiği ve bakımdaki çeşitliliği arttırdığı bildirilmektedir (Cook ve diğerleri, 2013). Bununla birlikte bu uygulamalar tavsiye niteliğinde kabul edilmiştir (sınıf IIa, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Prehabilitasyon

Prehabilitasyon, hastaların ameliyat stresiyle başetme kapasitelerini arttırmaktadır. Ameliyata ilişkin fiziksel ve psikolojik hazırlığın yapılmasının, ameliyat sonrası

komplikasyonlar ve hastanede kalış süresini azalttığı belirtilmiştir (Stammers ve diğerleri, 2015). Prehabilitasyonun içeriğinde, beslenme, egzersiz eğitimi, sosyal destek bulunmaktadır. Bu konuda mevcut veriler sınırlı olup (Orange ve diğerleri, 2018), daha fazla çalışmaya gereksinim duyulduğu bildirilmektedir (sınıf IIa, seviye B-NR) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Sigara ve Alkol Tüketimi

Sigara ve alkol tüketimi, ameliyat sonrası dönem, solunum sıkıntısı, yara iyileşmesinde gecikme, kanama vb. gibi komplikasyonları arttırdığı için, ameliyat öncesi dönem bırakılmalıdır. Bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu, daha spesifik çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (Tonnesen ve diğerleri, 2009). Cerrahi girişimden 4 hafta öncesinde sigara ve alkol tüketiminin durdurulması gereği; ancak acil durumlarda bu uygulamanın mümkün olmayacağı da belirtilmektedir (sınıf I, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

2. Ameliyat Dönemi

Cerrahi Alan Enfeksiyonunu Azaltma

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE)'nin azaltılmasına yardımcı olmada KC programları; sigara bırakma, yeterli glisemik kontrol, topikal intranazal tedaviler, iyileşme sırasında normoterminin sağlanması ile birlikte, kıl temizliği protokollerini, sigara bırakma, uygun zamanlama, profilaktik antibiyotik yönetimi konularını içeren bir bakım paketini içermelidir. Bu konu, Lazar ve diğerlerinin (2016) uzman ortak görüş incelemesinde, öneri sınıfı ve kanıt düzeyi ile birlikte kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Kanıtlar, KC geçiren hastalarda stafilocok kolonizasyonunu ortadan kaldırmada topikal intranazal tedavileri desteklemektedir (Lazar ve diğerleri, 2016). Cerrahi uygulanan hastaların %18 ile %30'u Staphylococcus aureus taşıyıcılarıdır ve bu hastalarda CAE ve bakteriyemi riski 3 kat daha fazladır (Paling ve diğerleri, 2018). Konuyla ilgili çalışmalar, mupirocin alan hastalarda bu tür enfeksiyonların azalmasını doğrulamaktadır (Bode ve diğerleri, 2010). Seviye IA verileri, ağırlık temelli sefalosporinlerin cilt insizyonundan 60 dakika önce uygulanması gerektiğini ve KC'nin tamamlanmasından sonra 48 saat boyunca devam etmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ameliyat 4 saatten fazla olduğunda, antibiyotiklerin azaltılması gerekmektedir. Sürekli ya da aralıklı sefazolin dozu tercih edilmesi ile ilgili daha fazla veriye gereksinim duyulmaktadır (Engelman ve diğerleri, 2007). Cilt hazırlığı ve kıl temizliği protokolleri ile ilgili meta analiz çalışması, tıraş için kesmenin tercih edildiğini göstermektedir. Elektrikli makas kullanarak kesme, ameliyat zamanına yakın gerçekleşmelidir. Ameliyat öncesi klorheksidinli duşun ise sadece yaradaki bakteri sayısını azalttığı gösterilmiş, ancak belirgin etkinlik düzeyleriyle ilişkili bulunmamıştır. Ameliyat sonrası 48 saat içinde steril pansumanların alınması ve günlük klorheksidin ile insizyonun yıkanması içeren ameliyat sonrası önlemlerin yararlı olduğu belirtilmektedir (Trent ve diğerleri, 2015). Özet olarak, stafilocok kolonizasyonunu azaltmak için topikal intranasal tedavileri, cilt insizyonundan 60 dk önce ağırlığa dayalı sefalosporin infüzyonu, 4 saatten daha uzun süren vakaların azaltılması, cilt hazırlığı, CAE'ni azaltmak için her 48 saatte bir pansuman değişikliği ve kıl temizliği protokollerini içeren bakım paketinin uygulanması önerilmektedir (sınıf I, seviye B-R) (Engelman ve diğerleri, 2019). Lazar ve diğerleri tarafından (2016) hazırlanan CAE'ni azaltan öneriler paketi, önerilerin sınıflandırılması ve kanıt düzeyi ile Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Kanıt Düzeyi ve Öneri Sınıflamasını İçeren CAE Paketi

KD	ÖS	Öneri
I	A	Cerrahi öncesi topikal intranazal dekolonizasyon gerçekleştirin
	A	Ameliyattan 30-60 dakika önce intravenöz sefalosporin profilaktik antibiyotik uygulayın
	C	Ameliyattan hemen önce (tıraşın aksine) tüyleri kesin
IIb		
	C	Ameliyattan önce cilt hazırlığı için klorheksidin-alkol bazlı bir çözelti kullanın
IIa		
	C	48 saat sonra insizyon yeri sargısını çıkarın

Kısaltmalar: KD: Kanıt Düzeyi; ÖS: Öneri Sınıflaması

Kaynak: Engelman, D.T., Ben Ali, W., Williams, J.B. ve diğerleri (2019). Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *JAMA Surg*, s. E4 'den alındı.

Hipertermi

Orta kalitedeki prospektif çalışmalar, kardiyopulmoner baypas girişiminde yeniden ısıtma sırasında oluşan hiperterminin (vücut sıcaklığı > 37.9°C) bilişsel bozukluklar, enfeksiyon ve böbrek fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Koroner arter baypas greftlemesinden sonraki 24 saat içinde herhangi bir hipertermi, 4-6 haftada bilişsel işlev bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (Grocott ve diğerleri, 2002). Kardiyopulmoner baypas sırasında normotermiye karşı yeniden ısıtma sürekli yüzey ısınması ile birleştirilmelidir. Bu nedenle, kardiyopulmoner bypassta (sınıf III, seviye B-R) yeniden ısıtırken hipertermiden kaçınılması önerilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019).

Sert Sternal Fiksasyon

Çoğu kalp cerrahi, sternotomi kapanması için algılanan düşük sternal yara komplikasyon oranı ve düşük tel maliyeti nedeniyle tel serklaj kullanmaktadır. Tel serklaj, kemiğin 2 kısmını veya etrafına bir tel veya bandı sararak ve ardından 2 parçayı birlikte çekmek için tel veya bandı sıkılaştırarak kemiğin kesik kenarlarını bir araya getirmektedir. Bu yaklaşım birleştirmeyi başarmakta, ancak yan yana hareketi önleyememekte ve bu nedenle tel serklajında sıkı bir sabitleme yapılamamaktadır. Çok merkezli randomize klinik çalışmada, tel serklajı ile karşılaştırıldığında sert plak fiksasyonu, sternotomi kapanması ameliyattan sonraki 6 ayda anlamlı derecede daha iyi sternal iyileşme, daha az sternal komplikasyon ve hiçbir ek maliyete yol açmamıştır (Allen ve diğerleri, 2017). Hasta tarafından bildirilen sonuçlar, toplam 90 günlük maliyette bir fark olmadan anlamlı derecede daha az ağrı, daha iyi üst ekstremitte fonksiyonu ve gelişmiş yaşam kalitesi skorları göstermiştir. Başka bir araştırmada ise tel serklaj ile karşılaştırıldığında sert plak fiksasyonu, mediastinitin azaldığını, sternotomi sonrası ağrılı sternal kaynamama tedavisi ve üstün kemik iyileşmesi göstermiştir (Park ve diğerleri, 2017). Bu çalışmalara dayanarak, sternotomi yapılan hastalarda rijit sternum fiksasyonunun yararları olduğu ve özellikle yüksek beden kütle indeksi, önceki göğüs duvarı radyasyonu, ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlar veya steroid kullanımı gibi yüksek risk altındaki bireylerde göz önünde bulundurulması gerektiği konusunda fikir birliğine varılmıştır. Sert sternal fiksasyon, sternal iyileşmeyi hızlandırmak ve mediastinal yara komplikasyonlarını azaltmak için yararlı olabilir (sınıf IIa, seviye B-R) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Traneksamik Asit veya Epsilon Aminokaproik Asit

Kanama, KC sonrası sık görülen bir durumdur ve sonuçları olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kanama ile ilgili yayınlar daha çok ameliyat öncesi aneminin tanınması ve tedavisi, güvenli transfüzyonun sağlanması, ameliyat sırasında pıhtıların temizlenmesine ilişkin

veri odaklı algoritmalar yoluyla eritrosit transfüzyonlarının azaltılmasına odaklanmaktadır. Bu durum daha önce yayınlanmış, geniş, kapsamlı, çok disiplinli, çok meslekli klinik uygulama kılavuzlarında odaklanılan bir konu olmuştur (**Pagano ve diğerleri, 2018**). ERAS protokollerinde, hastanın da kan yönetiminin tüm yönlerine dahil edilmesi istenmesine rağmen, mevcut rehberler bu istemi desteklememiştir. Eğitim, denetim ve sürekli uygulayıcı geri bildirim de bu duruma dahildir. Evrensel erişilebilirlik, düşük risk profili, maliyet etkinliği ve uygulama kolaylığı nedeniyle, traneksamik asit veya epsilon aminokaproik asit ile antifibrinolitik kullanımı değerlendirilmiştir. Koroner revaskülarizasyon uygulanan hastaların ele alındığı, geniş randomize bir klinik çalışmada, total kan ürünleri transfüze edilmiş ve tekrar ameliyat gerektiren majör kanama veya tamponad, traneksamik asit kullanılarak düşürülmüştür (Myles ve diğerleri, 2017). Bununla birlikte, daha yüksek dozlar, nöbetlerle ilişkili görülmektedir. Maksimum toplam 100 mg / kg doz tavsiye edilmektedir (Tengborn ve diğerleri, 2015). Bu kanıtlara dayanarak, pompalı KC sırasında (sınıf I, seviye A) traneksamik asit veya epsilon aminokaproik asit önerilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019).

3. Ameliyat Sonrası Dönem

Glisemik Kontrol

Glisemik kontrolü geliştirmek için yapılan girişimlerin sonuçları iyileştirdiği belirtilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019). Çeşitli hasta kohortları ile yapılan çoklu randomize klinik çalışmalar (Macisaac ve diğerleri, 2011; Moghissi ve diğerleri, 2009), cerrahi süreçte sık glukoz kontrolünü desteklemektedir. Ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi, abdominal cerrahi ve KC sonrası düşük glikoz seviyelerine neden olmaktadır (Williams ve diğerleri, 2018). KC sırasında epidural analjezinin hiperglisemi insidansını azalttığı gösterilmiştir. KC sonrası, hiperglisemi morbiditesi çok faktörlüdür ve glukoz toksisitesine, oksidatif strese, protrombotik etkilere ve enflamasyona bağlanmaktadır (Wong ve diğerleri, 2010). Randomize kontrollü ve yüksek kaliteli çalışmalarda, KC geçiren hastalara cerrahi süreçte glisemik kontrol önerilmektedir (sınıf I, seviye B-R) (Engelman ve diğerleri, 2019).

İnsülin İnfüzyonu

KC uygulanan hasta için insülin infüzyonu ile hipergliseminin tedavisi, gelişmiş perioperatif glisemik kontrol ile ilişkili olabilir. Ameliyat sonrası özellikle kan şekeri hedef aralığı kritik olan hastalarda (yani 80-110 mg / dL) hipoglisemiden kaçınılmalıdır (Gandhi ve diğerleri, 2007). Randomize klinik çalışmalar, periyodik olarak hiperglisemiyi tedavi etmek için insülin infüzyon protokollerini desteklemekle birlikte, daha kaliteli, KC'ye özgü çalışmalara gereksinim olduğunu belirtmektedir (sınıf IIa, seviye B-NR) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Ağrı Yönetimi

Yakın zamana kadar, parenteral opioidler, KC sonrası ağrı yönetiminin temelini oluşturmaktaydı (Engelman ve diğerleri, 2019). Opioidler, sedasyon, solunum depresyonu, bulantı, kusma ve ileus gibi birçok yan etki ile ilişkilidir. Multimodal opioid-koruma yaklaşımlarının, farklı tipteki analjeziklerin ilave edilmesi veya sinerjistik etki yaratmaları sonucunda, daha düşük opioid dozlarına gereksinim duyulduğuna ilişkin artan kanıtlar vardır (Wick ve diğerleri, 2017). Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, KC sonrası böbrek fonksiyon bozukluğu ile ilişkilidir. En güvenli nonopioid analjezik, asetaminofen olabilir. İntravenöz asetaminofen, ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonu iyileşene kadar daha iyi emilebilir (Engelman ve diğerleri, 2019). Orta kalitede bir meta analizde, asetaminofenin, düşük doz opioidlere eklendiğinde, üstün analjezi yaratarak yüksek doz opioidlere olan gereksinimi azalttığı ve aynı zamanda antiemetik etkiye neden olduğu bildirilmektedir (Apfel ve diğerleri, 2013). Asetaminofen dozu her 8 saatte bir 1 g'dır. Opioidlerle kombinasyon halinde asetaminofen preparatları kesilmelidir (Engelman ve diğerleri, 2019). Tramadol'un çift opioid ve nonopioid

etkisi vardır, ancak deliryum riski yüksektir. Tramadol, morfin tüketimini %25 azaltır, ağrı skorlarını azaltır ve ameliyat sonrası hasta konforunu artırır. Pregabalin ayrıca opioid tüketimini azaltmakta ve ameliyat sonrası multimodal analjezide kullanılmaktadır. Ameliyattan 1 saat önce ve ameliyat sonrası 2 gün boyunca verilen pregabalin, plaseboya göre ağrı skorlarını iyileştirmektedir. KC'nden 2 saat önce 600 mg gabapentin dozu, ağrı skorlarını, opioid gereksinimini, postoperatif bulantı ve kusmayı azaltmaktadır (Engelman ve diğerleri, 2019). Bir intravenöz α -2 agonisti olan deksmedetomidin, opioid gereksinimlerini azaltmaktadır. Orta kalite meta-analiz çalışmaları, deksmedetomidin infüzyonunun 30 gün içinde ameliyat sonrası deliryum insidansını ve ekstübasyon süresini kısalttığını, ayrıca tüm nedenlere bağlı ölümleri azalttığını bildirmektedir. Deksmetomidin KC'den sonra akut böbrek hasarını azaltabilir. Ketamin, uygun hemodinamik profili, minimal solunum depresyonu, analjezik özellikleri ve azalmış deliryum insidansı nedeniyle KC'nde kullanılmaktadır; ancak daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır (Engelman ve diğerleri, 2019). Cerrahi süreçte analjezi hedeflerine uygun beklentiler oluşturmak için hastalara ameliyat öncesi danışmanlık yapılmalıdır. En düşük etkili opioid dozunu sağlamak için entübe hastaya ağrı değerlendirmeleri yapılmalıdır. Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Aracı, Davranışsal Ağrı Ölçeği ve Bispektral İndeks izleminin bu ortamda rolü olabilir (Rijkenberg ve diğerleri, 2017). Multimodal opioid koruyucu ağrı yönetimi için tek bir yol bulunmamasına rağmen, KC programlarında daha çok (sınıf I, B-NR düzeyi) asetaminofen, Tramadol, deksmedetomidin ve pregabalin (veya gabapentin) kullanmasını öneren yeterli kanıt bulunmaktadır (Engelman ve diğerleri, 2019).

Sistematik Deliryum Taraması

Deliryum, KC sonrası hastaların yaklaşık %50'sinde mental durumda dalgalanma, dikkatsizlik, düzensiz düşünce veya bilinç düzeyinde değişiklik ve karışık düşünce ile karakterize akut kafa karışıklığı durumu olarak tanımlanmaktadır (Engelman ve diğerleri, 2019). Deliryum, bilişsel ve fonksiyonel örüntüyü bozarak, hastanede kalış süresinin uzamasına ve sağkalımın azalmasına yol açmaktadır. Erken deliryum tespiti, altta yatan sebebi (yani ağrı, hipoksemi, düşük kalp debisi ve sepsis) belirlemek ve uygun tedaviyi başlatmak için esastır (Engelman ve diğerleri, 2019; Yavuz Karamanoğlu ve diğerleri, 2015). Yoğun Bakım Ünitesi için Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi veya Yoğun Bakım Ünitesi Deliryum Tarama Kontrol Listesi gibi sistematik bir deliryum tarama aracı kullanılmalıdır. Cerrahi ekip, her bir hemşirelik vardiyasında en az bir kez rutin deliryum izlemesini göz önünde bulundurmalıdır. Deliryum patogenezinin karmaşıklığı nedeniyle, tek bir müdahalenin veya farmakolojik bir maddenin KC'nden sonra deliryum insidansını azaltacağı olası değildir (Maldonado, 2013). Farmakolojik olmayan izlemler, deliryum yönetiminin önemli bir bileşenidir. Profilaktik antipsikotik kullanımın (örneğin, haloperidol) deliryumu azalttığına dair bir kanıt yoktur. Kalp dışı cerrahi geçiren hastalarda, orta derecede kaliteli, randomize olmayan çalışmalara dayanarak, risk altındaki hastaları belirlemek, önlemlerin uygulanmasını kolaylaştırmak ve tedavi protokollerinin uygulanmasını kolaylaştırmak için (sınıf I, seviye B-NR) hemşirelik vardiyalarında en az bir kez deliryum taraması yapılması önerilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019).

İnatçı Hipotermi

Ameliyat sonrası hipotermi, KC ile ilişkili olarak, hastanın yoğun bakım ünitesinden alındıktan 2-5 saat sonra istenen normotermiye ($> 36^{\circ}C$) 2 - 5 saat içinde geri dönememesi veya normotermiyi sürdürememesidir (Engelman ve diğerleri, 2019). Hipotermi, artmış kanama, enfeksiyon, uzun süreli hastanede kalış ve ölüm ile ilişkilidir. Hipotermi kısa süreli ise, sonuçların iyileştirilebileceği belirtilmektedir (Karalapillai ve diğerleri, 2011). Ameliyat sonrası erken dönemde hipotermiden kaçınmak için ısıtılmış battaniyelerin kullanılması, ortam sıcaklığının yükseltilmesi, irrigasyon ve intravenöz sıvıların ısıtılarak hipoterminin önlenmesi tavsiye edilmektedir (Sınıf I, seviye B-NR) (Grocott ve diğerleri, 2002).

Göğüs Tüpü Açıklığı

KC'nden hemen sonra çoğu hastada bir miktar kanama vardır. Kan boşaltılmadan bırakılırsa, biriken kan tamponad veya hemotoraksa neden olabilir. Bu nedenle, KC'den sonra mediastinal kanı akıtmak için perikardiyal drenaj daima gereklidir. Biriken mediastinal kanı boşaltmak için kullanılan drenler, hastaların %36'sı kadarında pıhtı ile tıkanma eğilimindedir (Grocott ve diğerleri, 2002). Bu tüpler tıkanığında, mediastinal kan dolaşımına akciğerde birikecek, bunun sonucunda da gelişecek tamponad ya da hemotoraks durumları ek müdahale gerektirecektir. Biriken bu kan, hemolize ek olarak; plevral prerikardiyal efüzyonlara yol açan ve ameliyat sonrası atriyal fibrilasyonu tetikleyebilecek yeni bir oksidatif inflamatuvar bir süreci başlatacaktır (Boyle ve diğerleri, 2015). KC sonrası tüp açıklığını korumak için yaygın olarak kullanılan göğüs tüpü teknikleri uygulanabilir nitelikte ve güvenlidir. Bu tekniklerden biri de, uygulayıcının görünür pıhtıları ayırmak veya drenaj kabına çıkarmak için kısa negatif basınçla yaptığı göğüs tüpü sağım yöntemidir. Ancak, randomize klinik çalışmalarda, göğüs tüpü sağma işleminin etkisiz ve potansiyel olarak zararlı olduğu gösterilmektedir. Açıklığı korumak amacıyla kullanılan bir başka teknik ise daha küçük bir tüp kullanarak steril bir şekilde göğüse girmektir. Bu teknik tehlikeli olabilir, çünkü enfeksiyon riskini artırabilir ve iç yapılara zarar verebilir (Engelman ve diğerleri, 2019). Göğüs tüpü tıkanmasını önlemek için steril alanı bozmadan tıkanmayı önlemek için aktif göğüs tüpü temizleme yöntemleri kullanılabilir. Bu yöntem geleneksel göğüs tüpü drenajı ile karşılaştırıldığında, biriken kanı tedavi etmek için sonraki girişimlere duyulan gereksinimi azalttığı gösterilmiştir (Grieshaber ve diğerleri, 2018). Aktif göğüs tüpü açıklığının postoperatif atriyal fibrilasyonu da azalttığı gösterilmiştir, bu da tutulan kanın bu yaygın sorun için tetikleyici olabileceğini düşündürmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019). Mediastinal drenajın çıkarılma zamanı için standart bir kriter bulunmamakla birlikte, kanıtlar drenaj makroskopik olarak seröz hale gelir gelmez güvenli bir şekilde çıkarılabileceğini göstermektedir. Bu klinik çalışmalara dayanarak, komplikasyonları önlemek için steril alanı bozmadan göğüs tüpü açıklığının korunması önerilmektedir (sınıf I, seviye B-NR). Pıhtıyı çıkarmak için göğüs tüpleri ile steril alana girilmesi veya sağma işlemi önerilmez (sınıf IIIA, seviye B-R) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Kimyasal Tromboprofilaksi

Vasküler trombotik olaylar, hem derin venöz tromboz hem de pulmoner embolizmi içeren ve KC sonrası potansiyel olarak önlenemez komplikasyonlardır. Hastalar KC sonrası hiperpıhtılaşmaya devam eder ve vasküler trombotik olay riskini artırır (Engelman ve diğerleri, 2019). Tüm hastalar, ameliyat sonrası, farmakolojik tedavileri olmasa bile yeterli hareketi kazanıncaya kadar, derin ven trombozunu önlemek amacıyla, kompresyon çoraplarından veya aralıklı pnömatik kompresyondan faydalanmalıdır (Sachdeva ve diğerleri, 2018). Vasküler trombotik olaylar için profilaktik antikoagülasyon, ameliyat sonrası birinci günde ve sonrasında günlük olarak düşünülmelidir. Yakın tarihli bir orta dereceli meta analiz, kimyasal profilaksinin, kanama veya kardiyak tamponadı artırmadan vasküler trombotik olay riskini azaltabileceğini göstermiştir (Ho ve diğerleri, 2015). Bu kanıtlara dayanarak, farmakolojik profilaksi tatmin edici hemostaz sağlandığı anda kullanılmalıdır (en yaygın olarak ameliyat sonrası 1. günden taburculuğa kadar) (sınıf IIa, seviye C-LD) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Ekstübasyon Stratejileri

KC sonrası uzun süreli mekanik ventilasyon, daha uzun hastaneye yatış, daha fazla morbidite, mortalite ve artan maliyetlerle ilişkilidir. Uzun süreli entübasyon, ventilatör ilişkili pnömoni ve anlamlı disfaji ile ilişkilidir. YBÜ'ne alındıktan sonraki 6 saat içinde erken ekstübasyon, zaman yönelimli ekstübasyon protokolleri ve düşük dozlu opioid anestezisi ile sağlanabilir. Bu yöntem güvenlidir (yüksek risk altındaki hastalarda bile) ve YBÜ kalış süresinde ve maliyetlerde azalma ile ilişkilidir (Flynn ve diğerleri, 2019). Çalışmalar erken ekstübasyonun

güvenli olduğunu göstermiştir, ancak komplikasyonları azaltmada etkinlik kesin olarak gösterilmemiştir. Bu kanıtlara dayanarak, ameliyattan sonra 6 saat içinde ekstübasyonun sağlanması için stratejileri önerilmektedir (sınıf IIa, seviye B-NR) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Böbrek Stresi ve Akut Böbrek Hasarı

Akut böbrek hasarı (ABH), KC işlemlerin %22 ile %36'sını zorlaştırır ve toplam hastane maliyetini iki katına çıkarır. ABH'nı azaltma stratejileri, hangi hastaların risk altında olduğunu değerlendirmeyi ve ardından insidansı azaltmak için uygulanacak olan tedavileri içerir. Üriner biyobelirteçler (örneğin, metaloproteinazlar-2 doku inhibitörü ve insülin benzeri büyüme faktörü bağlayıcı protein 7 gibi), KPB'dan 1 saat kadar önce, ABH gelişme riski yüksek olan hastaları tanımlayabilir (Engelman ve diğerleri, 2019). KC sonrası yapılan randomize bir klinik çalışmada, müdahale algoritmasına atanmış pozitif idrar biyobelirteçleri olan hastalar sonraki ABH'nda azalma göstermiştir (Meersch ve diğerleri, 2017). Algoritma, nefrotoksik ajanlardan kaçınmayı, anjiyotensin-dönüştüren enzim inhibitörlerini ve anjiyotensin II antagonistlerini 48 saat boyunca durdurmayı, kreatinin ve idrar çıkışını yakından takip etmeyi, hiperglisemi ve radyokontrast maddelerini önlemeyi ve hacim durumunu ve hemodinamik parametreleri optimize etmek için yakın izlemeyi içerir (Engelman ve diğerleri, 2019). Her ne kadar KC'den sonra ABH için birçok risk skoru olsa da, bu skorlama sistemleri düşük riskli grupların değerlendirilmesinde iyi ayırt edicidir, ancak orta ve yüksek riskli hastalarda göreceli olarak zayıf ayırt etme etkisi vardır. Bu, KC uygulanan tüm hastaların ABH'nı önlemek için değiştirilebilir erken böbrek stresi tespitinden fayda sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmalara dayanarak, biyobelirteçlerin risk altındaki hastaları erken tanı ve ABH'nı azaltmak için bir müdahale stratejisine rehberlik etmesi önerilmektedir (sınıf IIa, seviye B-R) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Hedefe Yönelik Sıvı Tedavisi

Hedefe yönelik sıvı tedavisi, klinisyenlere hipotansiyon ve düşük kalp debisini önlemek için sınırları, vazopresörleri ve inotropaları uygulamada rehberlik etmek için izleme tekniklerini kullanır. Birçok klinisyen bunu gayri resmi olarak yaparken, hedefe yönelik sıvı tedavisi tüm hastaların sonuçları iyileştirmesi için standart bir algoritma kullanır. Belirlenen hedefler kan basıncı, kalp indeksi, sistemik venöz oksijen saturasyonu ve idrar çıkışını içerir. Ek olarak, oksijen tüketimi, oksijen açıklığı ve laktat seviyeleri terapötik dayanıklılığı artırabilir. Hedefe yönelik sıvı tedavisi denemeleri sürekli olarak düşük komplikasyon oranlarını ve genel olarak ve özellikle KC'nde ameliyatta kalış sürelerini göstermektedir (Osawa ve diğerleri, 2016). Buna dayanarak, postoperatif komplikasyonları azaltmak için hedefe yönelik sıvı tedavisi önerilmektedir (sınıf I, seviye B-R) (Engelman ve diğerleri, 2019).

Diğer Önemli, Derecesiz ERAS Elemanları

Ameliyat öncesi dönemde anemi yaygındır ve kalp dışı cerrahi geçiren, yatan hasta sonuçları ile ilişkilidir. KC için programlanan hastalar akut veya kronik kan kaybı, B12 vitamini veya folat eksikliği ve kronik hastalığın anemisi dahil, anemi için çok faktörlü nedensel mekanizmalara sahip olabilir. Zaman kalırsa, aneminin tüm nedenleri araştırılmalıdır, ancak KC ile ilgili literatürdeki iyileştirilmiş sonuçları destekleyen veriler zayıftır. İntraoperatif anestezi ve perfüzyon konuları da önemli ERAS unsurlarıdır. KPB sırasında renal oksijenlenmede bozulma görülmekte; bu durum KPB akışındaki artışla düzelmektedir (Lannemyr ve diğerleri, 2019). Bu durum, postoperatif böbrek fonksiyon bozukluğuna katkıda bulunabilir ve hedefe yönelik perfüzyon izlemlerinin dikkate alınması gerektiğini gösterir. Diğer anestezi hususlar kapsamlı bir koruyucu akciğer ventilasyon stratejisi içerebilir. Birçok çalışma, klinisyenlerin KC için mekanik ventilasyon için düşük tidal hacim stratejisi kullanması gerektiğini ortaya koymuştur. Ameliyat sonrası postoperatif erken enteral beslenme ve mobilizasyon, ERAS cerrahi protokollerinin diğer temel bileşenleridir. Beslenme, erken kardiyak rehabilitasyon ve

fizik tedavi konularında uzman kadrosu ile çalışarak bu hedeflere ulaşmak için bu önerilerin uyarlanması tavsiye edilmektedir (Engelman ve diğerleri, 2019).

Sonuç

1990'lı yıllarda kolorektal bakım alan hastalar için perioperatif bakımı geliştirmek için bir grup akademik cerrah tarafından başlatılan ERAS protokolü şu anda çoğu ameliyat alanında uygulanmaktadır. ERAS, KC için nispeten yeni olsa da, programlardaki gereksiz farklılıkları azaltmak ve hastalar için kaliteyi, güvenliği ve değeri arttırmak için protokoller geliştirilmesinde bu önerilerden yararlanabileceği önerilmektedir. KC, tüm bakım aşamalarında uyum içinde çalışan büyük bir klinisyen grubunu içermektedir. Uygulamaları gerçekleştirmek için hasta/bakıcı eğitimi ve sistem çapında sorumluluk (uzman destekleyiciler ve hemşire koordinatörler tarafından) gerekmektedir. ERAS protokolünün başarılı bir biçimde uygulanması mümkün görünmekle birlikte, başarı için geniş tabanlı, çok disiplinli bir yaklaşım zorunludur.

YAZAR KATKISI

Çalışma Fikri: SM; Çalışmanın Tasarımı: SM, AAS; Kaynak Taraması: SM, AAS; Çalışmanın Yazılması: SM, AAS; Eleştirel İnceleme: SM, AAS; Yayınlama Süreci: SM

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkarı dayalı ilişkisi yoktur.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma boyunca Helsinki Deklarasyonu kurallarına riayet edilmiştir.

Maddi Destek

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

TEŞEKKÜR

Daniel T. Engelman'a çalışmayı Türkçe'ye çevirmemizde izin verdiği için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Allen, K.B., Thourani, V.H., Naka, Y., Grubb, K.J., Grehan, J., Patel, N. ... Cohen, D.J. (2017). Randomized, multicenter trial comparing sternotomy closure with rigid plate fixation to wire cerclage. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 153(4), 888-896. doi: 10.1016/j.jtcvs.2016.10.093
- Apfel, C.C., Turan, A., Souza, K., Pergolizzi, J., Hornuss, C. (2013). Intravenous acetaminophen reduces postoperative nausea and vomiting: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 154(5), 677-689. doi: 10.1016/j.pain.2012.12.025
- American Society of Anesthesiologists Committee. (2017). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 126(3), 376-393.
- Bode, L.G., Kluytmans, J.A., Wertheim, H.F., Bogaers, D., Vandenbroucke-Grauls, C.M., Roosendaal, R. ... Vos, M.C. (2010). Preventing surgical-site infections in nasal carriers of staphylococcus aureus. *N Engl J Med*, 362(1), 9-17. doi: 10.1056/NEJMoa0808939
- Boyle, E.M Jr., Gillinov, A.M., Cohn, W.E., Ley, S.J., Fischlein, T., Perrault, L.P. (2015). Retained blood syndrome after cardiac surgery: A new look at an old problem. *Innovations (Phila)*, 10(5), 296-03. doi: [10.1097/imi.0000000000000200](https://doi.org/10.1097/imi.0000000000000200)
- Cook, D.J., Manning, D.M., Holland, D.E., Prinsen, S.K., Rudzik, S.D., Roger, V.L. ... Deschamps, C. (2013). Patient engagement and reported outcomes in surgical recovery: effectiveness of an e-health platform. *J Am Coll Surg*, 217(4), 648-655. doi: [10.1016/j.jamcollsurg.2013.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.05.003)

- Çilingir, D., Candaş, B. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20, 137-43. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/348666>
- Engelman, R., Shahian, D., Shemin, R., Guy, T.S., Bratzler, D., Edwards, F. ... Bridges, C. (2007). Workforce on Evidence-Based Medicine, Society of Thoracic Surgeons. The society of thoracic surgeons practice guideline series: antibiotic prophylaxis in cardiac surgery, Part II: Antibiotic Choice. *Ann Thorac Surg*, 83(4), 1569-76. doi: 10.1016/j.athoracsur.2006.09.046
- Engelman, D.T., Ben Ali, W., Williams, J.B., Perrault, M.D., Reddy, V.S., Arora, R.C. ... Boyle, E.M. (2019). Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *JAMA Surg*, doi: 10.1001/jamasurg.2019.1153.
- Feguri, G.R., de Lima, P.R.L., de Cerqueira Borges, D., Toledo, L.R., Batista, L.N., e Silva, T.C. ... Aguilar Nascimento, J.E. (2017). Preoperative carbohydrate load and intraoperatively infused omega-3 polyunsaturated fatty acids positively impact nosocomial morbidity after coronary artery bypass grafting: A double-blind controlled randomized trial. *Nutr J*, 16(1), 24.
- Flynn, B.C., He, J., Richey, M., Wirtz, K., Daon, E. (2019). Early extubation without increased adverse events in high-risk cardiac surgical patients. *Ann Thorac Surg*, 107(2), 453-59.
- Gandhi, G.Y., Nuttall, G.A., Abel, M.D., Mullany, C.J., Schaff, H.V., O'Brien, P.C. ... McMahon, M.M. (2007). Intensive intraoperative insulin therapy versus conventional glucose management during cardiac surgery: A randomized trial. *Ann Intern Med*, 146(4), 233-43.
- Grieshaber, P., Heim, N., Herzberg, M., Niemann, B., Roth, P., Boening, A. (2018). Active chest tube clearance after cardiac surgery is associated with reduced reexploration rates. *Ann Thorac Surg*, 105(6), 1771-77.
- Grocott, H.P., Mackensen, G.B., Grigore, A.M., Mathew, J., Reves, J.G., Phillips- Bute, B. ... Newman, M.F. (2002). Neurologic Outcome Research Group (NORG); Cardiothoracic Anesthesiology Research Endeavors (CARE) Investigators' of the Duke Heart Center. Postoperative hyperthermia is associated with cognitive dysfunction after coronary artery bypass graft surgery. *Stroke*, 33(2), 537-41.
- Ho, K.M., Bham, E., Pavey, W. (2015). Incidence of venous thromboembolism and benefits and risks of thromboprophylaxis after cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*, 4(10), e002652.
- Hübner, M., Addor, V., Sliker, J., Griesser, A.C., Lécureux, E. ... Demartines, N. (2015). The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A retrospective cohort study. *Int J Surg*, 24(Pt A): 45-50.
- Jacobs, A.K., Anderson, J.L., Halperin, J.L. (2014). The Evolution and future of ACC/AHA clinical practice guidelines: A 30-Year Journey: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 64(13), 1373-84.
- Jiménez, R.S., Álvarez, A.B., López, J.T., Jiménez, A.S., Conde, F.G., Carmona Sáez, J.A. (2014). ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) in colorectal surgery. In J.S. Khan (Eds.), *Colorectal cancer - surgery, diagnostics and treatment*. doi: 10.5772/57136.
- Karalapillai, D., Story, D., Hart, G.K., Bailey, M., Pilcher, D., Cooper, D.J. ... Bellomo, R. (2011). Postoperative hypothermia and patient outcomes after elective cardiac surgery. *Anaesthesia*, 66(9), 780-84.
- Karas, P.L., Goh, S.L., Dhital, K. (2015). Is Low Serum Albumin Associated With Postoperative Complications in Patients Undergoing Cardiac Surgery? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 21(6), 777-86.
- Karen, M.B., Deborah, S.K., Conor, P.D. (2015). Successful Implementation of an enhanced recovery pathway: The nurse's role. *AORN J*, 102, 470-78.
- Lannemyr, L., Bragadottir, G., Hjärpe, A., Redfors, B., Ricksten, S.E. (2019). Impact of cardiopulmonary bypass flow on renal oxygenation in patients undergoing cardiac operations. *Ann Thorac Surg*, 107(2), 505-11.
- Lazar, H.L., Salm, T.V., Engelman, R., Orgill, D., Gordon, S. (2016). Prevention and management of sternal wound infections. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 152(4), 962-72.
- Li, M., Zhang, J., Gan, T.J., Qin, G., Wang, L., Zhu, M. ... Wang, E. (2018). Enhanced recovery after surgery pathway for patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *Eur J Cardiothorac Surg*, 54(3), 1-7.
- Ljungqvist, O., Scott, M.D., Fearon, K.C. (2017). Enhanced recovery after surgery a review. *JAMA Surg*, 152(3), 292-98.
- Macisaac, R.J., Jerums, G. (2011). Intensive glucose control and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *Heart Lung Circ*, 20(10), 647-654.

- Maldonado, J.R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: Review of current etiologic theories and common pathways. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1190-1122.
- Meersch, M., Schmidt, C., Hoffmeier, A., Van Aken, H., Wempe, C., Gerst, J. ... Zarbock, A. (2017). Prevention of cardiac surgery-associated AKI by implementing the KDIGO guidelines in high risk patients identified by biomarkers: The prevaki randomized controlled trial. *Intensive Care Med*, 43(11), 1551-1561.
- Mert Boğa, S. (2018). The enhanced recovery after surgery protocol and the role of surgical nurses. In B. Yüksel ve M.S. Karagül (Eds.), *Health and natural sciences* (p p. 65-82). Nova Science Publishers, Inc.
- Moghissi, E.S., Korytkowski, M.T., DiNardo, M., Einhorn, D., Hellman, R., Hirsch, I.B. ... Umpierrez, G.E. (2009). American Association of Clinical Endocrinologists; American Diabetes Association. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. *Diabetes Care*, 32(6), 1119-1131.
- Myles, P.S., Smith, J.A., Forbes, A., Silbert, B., Jayarajah, M., Painter, T. ... Wallace, S. (2017). ATACAS investigators of the ANZCA Clinical Trials Network. Tranexamic acid in patients undergoing coronary-artery surgery. *N Engl J Med*, 376(2), 136-148.
- Narayan, P., Kshirsagar, S.N., Mandal, C.K., Ghorai, P.A., Rao, Y.M., Das, D. ... Das M. (2017). Preoperative glycosylated hemoglobin: a risk factor for patients undergoing coronary artery bypass. *Ann Thorac Surg*, 104(2), 606-612.
- Orange, S.T., Northgraves, M.J., Marshall, P., Madden, L.A., Vince, R.V. (2018). Exercise prehabilitation in elective intra-cavity surgery: a role within the ERAS pathway? A narrative review. *Int J Surg*, 56, 328-333.
- Osawa, E.A., Rhodes, A., Landoni, G., Galas, F.R., Fukushima, J.T., Park, C.H. ... Hajjar LA. (2016). Effect of perioperative goal-directed hemodynamic resuscitation therapy on outcomes following cardiac surgery: a randomized clinical trial and systematic review. *Crit Care Med*, 44(4), 724-733.
- Pagano, D., Milojevic, M., Meesters, M.I., Benedetto, U., Bolliger D, von Heymann, C. ... Boer, C. (2018). 2017 EACTS/EACTA Guidelines on patient blood management for adult cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*, 53(1),79-111. doi: 10.1093/ejcts/ezx325.
- Paling, F.P., Olsen, K., Ohneberg, K., Wolkewitz, M., Fowler, V.G. Jr., DiNubile, M.J. ... Kluytmans, J.A.J.W. (2018). Risk prediction for staphylococcus aureus surgical site infection following cardiothoracic surgery: A secondary analysis of the V710-P003 Trial. *PLoS One*, 13(3), e0193445.
- Park, J.S., Kuo, J.H., Young, J.N., Wong, M.S. (2017). Rigid sternal fixation versus modified wire technique for poststernotomy closures: a retrospective cost analysis. *Ann Plast Surg*,78(5), 537-542.
- Rijkenberg, S., Stilma,W., Bosman, R.J., van der Meer, N.J., van der Voort, P.H.J. (2017). Pain measurement in mechanically ventilated patients after cardiac surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 31(4), 1227- 1234.
- Robich, M.P., Iribarne, A., Leavitt, B.J., Malenka, D.J., Quinn, R.D., Olmstead, E.M. ... DiScipio, A.W. Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. (2019). Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. Intensity of glycemic control affects long-term survival after coronary artery bypass graft surgery. *Ann Thorac Surg*, 107(2), 477-484.
- Sachdeva, A., Dalton, M., Lees, T. (2018). Graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD001484.
- Stammers, A.N., Kehler, D.S., Afilalo, J., Avery, L.J., Bagshaw, S.M., Grocott, H.P. ... Arora, RC. (2015). Protocol for the PREHAB study-pre-operative rehabilitation for reduction of hospitalization after coronary bypass and valvular surgery: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 5(3), e007250.
- Tengborn, L., Blomback, M., Berntorp, E. (2015).Tranexamic acid-an old drug still going strong and making a revival. *Thromb Res*, 135(2), 231-242.
- Thiele, R.H., Rea, K.M., Turrentine, F.E., Friel, C.M., Hassinger, T.E., McMurry, T.L. ... Hedrick, T.L. (2015). Standardization of care: Impact of an enhanced recovery protocol on length of stay, complications, and direct costs after colorectal surgery. *J Am Coll Surg*, 220(4), 430-443.
- Tønnesen, H., Nielsen, P.R., Lauritzen, J.B., Møller, A.M. (2009). Smoking and alcohol intervention before surgery: Evidence for best practice. *Br J Anaesth*, 102(3), 297-306.
- Trent, M.J., Grimm, J.C., Dungan, S.P., Shah, A.S., Crow, J.R., Shoulders, B.R. ... Barodka, V. (2015). Continuous intraoperative cefazolin infusion may reduce surgical site infections during cardiac surgical procedures: a propensity-matched analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 29(6), 1582-1587.
- Varadhan, K.K., Lobo, D.N., Ljungqvist, O. (2010). Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care. *Crit Care Clin*, 26(3), 527-547.

- Watson, D.J. (2017). The role of the nurse coordinator in the enhanced recovery after surgery program. *Nursing*, 47(9), 13-17.
- Wick, E.C., Grant, M.C., Wu, C.L. (2017). Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: A review. *JAMA Surg*, 152(7), 691-697.
- Williams, J.B., McConnell, G., Allender, J.E., Woltz, P., Kane, K., Smith, P.K. ... Bradford, W.T. (2018). One-year results from the first us-based Enhanced Recovery After Cardiac Surgery (ERAS cardiac) Program. *J Thorac Cardiovasc Surg*, pii:S0022-5223(18)33225-2.
- Wong, J., Zoungas, S., Wright, C., Teede, H. (2010). Evidence-based guidelines for perioperative management of diabetes in cardiac and vascular surgery. *World J Surg*, 34(3), 500-513.
- Yang, L., Kaye, A.D., Venkatesh, A.G., Green, M.S., Asgarian, C.D., Luedi, M.M. ... Liu, H. (2017). Enhanced Recovery after Cardiac Surgery: An Update on Clinical Implications. *Int Anesthesiol Clin*, 55(4), 148-162.
- Yavuz Karamanoğlu, A., Gök, F., Demir Korkmaz, F. (2015). Kalp cerrahisi hastalarında deliryum ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(2), 113-129.
- Yu, P.J., Cassiere, H.A., Dellis, S.L., Manetta, F., Kohn, N., Hartman, A.R. (2015). Impact of preoperative prealbumin on outcomes after cardiac surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 39(7), 870-874.

Kıymet YUMUŞAK¹
Orcid: 0000-0001-8644-8831

Özlem CEYHAN²
Orcid: 0000-0002-1869-8713

¹ Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik ABD, Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği BD, KAYSERİ, Türkiye

² Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
38039, Melikgazi/Kayseri

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Kıymet YUMUŞAK
kiymedlim@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Diz hastalıkları; total diz protezi
ameliyatı; ağrı ve zencefil kullanımı.

Key Words:

Knee diseases; total knee
replacement surgery; pain and use of
ginger.

**Diz Hastalıklarına Bağlı Ağrıda Kullanılan Zencefil
Uygulaması Cerrahi Sonrası Bir Öneri Olabilir mi?**

Ginger Used For Pain Related To Knee Problems Can it Be A
Suggestion After Surgery?

Gönderilme Tarihi: 10 Ocak 2020

Kabul Tarihi: 27 Eylül 2020

ÖZ

Vücudun yükünü taşıyan diz kapağı eklemlerinde ortaya çıkan birtakım dejeneratif farklılaşmalar hasta yaşantısını etkilemekte hareket kısıtlılığı ve ağrılara sebep olmaktadır. Bu dejeneratif değişiklikler eklemlerde bir takım sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunları gidermek amacıyla uygulanan tedavinin amacı ağrıyı gidermek, hareket kabiliyetini artırmak ve hasta konforunu sağlamaktır. Tedavi yöntemlerinden biride total diz protezi ameliyatlarıdır. Ameliyat sonrasında da cerrahi işleme bağlı ağrı, hareket kabiliyetinde azalma ve bağımlılık gelişebilmektedir. Dejeneratif sorunlara bağlı olduğu gibi cerrahi işlem sonrasında da bu yakınmaları azaltmak amacıyla farmakolojik tedavi yöntemlerinin yanı sıra farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin kullanımı dikkat çekicidir. Bu derleme diz hastalıklarına bağlı gelişen ağrı kontrolünü sağlamada kullanılan zencefil uygulamalarına yönelik farkındalık oluşturmak ve cerrahi sonrası kullanımına bir öneri sağlamaktır.

ABSTRACT

A number of degenerative differences occurring in the knee cap joints carrying the body's load affect the patient's life, causing movement limitation and pain. These degenerative changes cause a number of problems in the joints. The purpose of the treatment applied to eliminate these problems is to relieve pain, increase mobility and provide patient comfort. One of the treatment methods is total knee replacement surgeries. Postoperative pain may be associated with surgical procedures, reduced mobility and dependence. It is noteworthy that the use of non-pharmacological treatment methods as well as pharmacological treatment methods in order to reduce these complaints after surgery, as well as due to degenerative problems. This review aims to raise awareness of ginger applications used to provide pain control due to knee diseases and to provide a suggestion for its use after surgery.

Kaynak Gösterimi: Yumuşak, K., Ceyhan, Ö. (2021). Diz hastalıklarına bağlı ağrıda kullanılan zencefil uygulaması cerrahi sonrası bir öneri olabilir mi?. *EGEHFD*, 37(2), 171-177. Doi: 10.53490/egehemsire.673161

How to cite: Yumuşak, K., Ceyhan, Ö. (2021). Ginger used for pain related to knee problems can it be a suggestion after surgery?. *JEUNF*, 37(2), 171-177. Doi: 10.53490/egehemsire.673161

GİRİŞ

Sağlık alanında yaşanan gelişmelerle dünyada beklenen yaşam süresinin uzadığı ve yaşlı nüfus popülasyonunun gün geçtikçe arttığı bilinmektedir. Yaşlı popülasyonun artması birçok sağlık problemlerinin de ortaya çıkmasına neden olmaktadır (İlhan, İnanmaz, Uslu, 2013; Karabacak, 2019). Yaşlanma ile beraber kendini gösteren sağlık sorunlarından biride diz eklemlerinde meydana gelen değişikliklere bağlı gelişen hareket kısıtlılığıdır (İlhan ve diğerleri, 2013; Karabacak, 2019). Diz eklemleri sportif aktivitelerin yapılabilmesi ve gün içerisinde hareketliliğin devamının sağlanmasından sorumlu eklemlerden biri olması sebebiyle önem taşımaktadır (Durgut, 2015; Karabacak, 2019).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte diz eklemlerindeki artan yük eklemlerde şekilsel değişiklikler görülmesine neden olmuş, bireylerin tedaviye başvurma sayısında artış yaşanmıştır (Kalav ve Bektaş, 2018; Savcı ve Bilik, 2014). Diz problemlerinde uygulanan tedavide farmakolojik yöntemler ile masaj, egzersiz, akupunktur, sıcak soğuk uygulama gibi farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden bir ya da birkaçı uygulanmaktadır (Durgut, 2015; Koç, Boyraz ve Sarman, 2015). Birden fazla tedaviye rağmen hastalarda sonuç alınmadığında hareket kabiliyetini artırmak ve diz eklemlerindeki ağrıyı azaltmak amacıyla “Total Diz Protezi (TDP)” ameliyatına başvurulmaktadır (Durgut, 2015; Koç, Boyraz ve Sarman, 2015). TDP; hareket kabiliyetinin artması, ağrıların azalması ve sakatlık riskinin en aza indirilmesini sağlamak için eklemlerin mekanik yollarla şekillendirildiği bir ameliyattır (McIsaac at all, 2017). Bu ameliyatın amacı eklemlerin arasına yerleştirilen materyal vesilesiyle sürtünmeyi azaltmaktır (Cooper ve diğerleri, 2017).

Diz eklemlerinin cerrahi işlem ile değiştirilmesi gerektiği fikri eski Mısırlılardan günümüze modernleşerek gelmiştir. Ülkemizde ise 1990’lardan sonra yaygınlaştırılmıştır. Dünya sağlık örgütü diz kapağı problemlerini en büyük sakatlık nedenlerinden biri olarak belirtmektedir (Güney, 2019). Total diz protezlerinde cerrahi işlemin güncellenmesi, yeni ortaya çıkan tekniklerle ameliyatlarda yapılması ve protezlerin geliştirilerek kullanım ömürlerinin uzatılması ameliyat sonrası hasta konforunu artırmakta, erken taburculuk sağlayarak bakım maliyetlerini düşürmektedir (Akıncı, 2019).

Total diz protezi ameliyatları sonrası ağrıyı engellemek, dizin mevcut fonksiyonlarını korumak, eklem hareketliliğini sağlamak, sakat kalma risklerini ortadan kaldırmak, ameliyatın oluşturacağı komplikasyonları tedavi etmek, hasta ve hastaya bakım verecek bireylere ameliyat sonrası bilgilendirme yaparak yaşam kalitesini ve bağımsızlıklarını artırmak tedavinin amaçları arasında yer almaktadır (Güney, 2019).

Diz protezi ameliyatlarından sonra hastalar şiddetli ağrı yaşamakta ve bu ağrılar 6 hafta boyunca şiddeti azalarak devam etmektedir (Güney, 2019). Ağrının en önemli sebebinin ameliyat sonrası yaşanan kemik travması ve ameliyat esnasında kullanılan turnikenin esnetilmesinin ardından kan dolaşımının artması olduğu düşünülmektedir (Yıldırım ve Şendir, 2019; Güney, 2019). Cerrahi işlem ardından hastada yaşanan ağrı ameliyat sonrası solunum egzersizlerini yapamamasına, hareket kısıtlılığının yaşanmasına sebep olduğundan hastanın ameliyat sonrası konforunu azaltmaktadır (Yıldırım ve Şendir, 2019). Bu sebeple hasta ağrı düzeyi açısından değerlendirilmeli ve uygun tedavinin yapılması planlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası ağrının azaltılmasının hastane enfeksiyonları bulaşma riskini azaltmaya yardımcı olduğu, hastaların aktivitesini artırdığı ve ameliyat sonrası iyilik halini artırdığı bildirilmektedir (Öztürk ve Utkan, 2019).

Total diz protezi ameliyatı sonrası ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla çeşitli uygulamalar yapılmaktadır. Ağrıyı kontrol etmek için kullanılan farmakolojik tedavi yöntemleri “parasetamol, opioid analjezikler, psikotrop vb.” ilaçlardır. Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri ise “egzersiz, yürümeyi dengeleyen cihaz kullanımı, TENS uygulaması, aromaterapi vs” dir (Şentürk ve Taşçı, 2019). Cerrahi işlem sonrası ağrının ortadan kaldırılması amacıyla kullanılacak tamamlayıcı ve bütünlük uygulamalardan biride zencefildir (Sari, 2019; Şentürk ve Taşçı, 2019).

Tamamlayıcı ve bütünlük tedavi yöntemlerinden biri olarak sıklıkla kullanılan zencefil Hint mitolojisinden itibaren bir tedavi aracı olarak kullanılmaktadır. Vücuttaki dengenin sağlanması amacıyla yüzyıllardır kullanıldığı bilinmektedir (Aslam ve Casasas, 2019). “Uluslararası Antroposofik Tıp Dernekleri Federasyonu (International Federation of Anthroposophic Medical Associations/IVAA)” dünyada özel kliniklerde kullanılan zencefil ve zencefilli böbrek kompres uygulamalarını ağrıyı geçirmek, vücut sıcaklığını artırmak, gerginliği hafifletmek, yorgunluğu gidererek rahatlığı sağlamak, mide bulantılarını azaltmak, analjezi ve antienflamatuar etki oluşturmak amacıyla kullanılmasını önermektedir. Ayrıca zencefilin insan bedeni için eşsiz bir tedavi unsuru olduğunu belirtmektedir (IVAA, 2018; Şentürk ve Taşçı, 2014; Therklason, 2012).

Total diz protezi ameliyatları sonrasında da yaşanan ağrı yorgunluk ve enfeksiyon riski gibi sorunlar olmasına rağmen hastalara tamamlayıcı ve bütünlük tıp yöntemlerinden zencefil kullanımı ve uygulaması ile alakalı sınırlı sayıda çalışma olduğu fark edilmiştir. Bu derleme diz hastalıklarına bağlı gelişen ağrı kontrolünü sağlamada kullanılan zencefil uygulamalarına yönelik farkındalık oluşturmak ve cerrahi sonrası kullanımına bir öneri sağlamaktır.

Zencefilin Kullanımı ve Tarihi

Milattan önce 4. yüzyıldan bu yana önceleri Çin ve Hindistan'da kullanılan zencefil, Hint mitolojisinde büyük tıp olarak isimlendirilmiştir. Zencefil, bulantı gidermek, gaz problemlerini önlemek, mide ağrısını azaltmak, ishali iyileştirmek, iştahı artırmak, balgamin atılmasını kolaylaştırmak ve antienflamatuar ajan olarak kullanılabilmesi ve birçok hastalık etkenine iyi geldiği görülmüştür (Elujoba, Odeleye ve Ogunyemi, 2015). Arap kavimlerinde zencefil cinsel uyarıyı artırdığı için kullanılırken, Afrikalılar zencefilin düzenli oral tüketiminde sivrisineklerin kendilerini ısırmasını engellediğinden dolayı kullanmışlardır. Endonezya da doğum sonrası arınmak için ve Amerika kültüründe ise sabah bulantılarını engellemek için kullanıldığı bilinmektedir (Jakribettu at all; 2016). Çin tıbbında ise bitkisel tedavide, maksübüsyon, akupunktur ve kompress uygulamalarında (bitkisel ürünlerle) kullanılmıştır (Göktaş ve Gıdık, 2019).

Türklerde ise ilk ilaç kanunnamelerinden biri olan Düstur-ül edviye'de zencefilin kullanımından bahsedilmiş ve Şerafettin Mağmumi'nin 1910 tarihli Kamus'unda tıbbi zencefilin iştah artırma etkisi ve cinsel istek artırıcı etkisine yer verilmiştir. İbni Sina ise zencefilin saçları güzelleştirdiği, kabızlıkta etkili olduğu, mide bağırsak sorunlarına, görme problemlerine iyi geldiği, cinsel istek artırdığı, böcek ısırıklarında şifalı olduğu, cildin mikroplardan temizlenmesinde etkili olduğunu söylemiş ve hastalarında kullanmıştır (Baylav, 1968).

Çin inanışında bireylerin hastalığa maruz kalma sebebi Yin (karanlık, pasiflik, kadın oluş, kış, gölge, aşağılık) ve Yang (yukarı, erkek, sıcak, yaz, aydınlık) arasındaki denge bozulmasıdır (Jouko ve Nikolo, 2019). Bu dengenin yerine getirilmesi chi ile bağlantılıdır. Chi sürekli hareket hali, aktiflik, ısı etkisiyle tüm hayatı etkileyen enerji olarak açıklanır (Zhu ve diğerleri, 2019). Chi bireyleri manevi dünya ile birleştirir (Zhu ve diğerleri, 2019). Hastalık durumunda chi enerjisi yüksek olan zencefil tüketilmesi buradan gelmektedir. Çünkü zencefil sıcaklığın arttığı zamanlarda filizlendiğinden dolayı Yang etkisinin yüksek olduğu kabul edilir (Chi ve Park, 2019). Ayrıca ılıman iklimlerde ışığın az olmasıyla da üretilebileceği fark edilince Yin özelliği de bulunmuştur (Chi ve Park, 2019). Bu özelliklerinden dolayı zencefil kompres şeklinde uygulayan çin tıbbi bilginleri, zencefilli kompresin vücudun kan dolaşımını etkileyen birikintilerden kurtardığını, damarların vazodilatasyonunu sağladığını Yin ve Yangı dengeye getirdiğini düşünmektedir (Şentürk ve Taşçı, 2014).

Zencefil bitkisinin; anti-fungal, anti-mikrobiyal, anti-emetik, anti-oksidan, antienflamatuar, antiviral, antilipidemik, antiemetik, analjezik vs. birden fazla etkisini araştırmak için birçok klinik çalışma yapılmıştır (Bredveld, 2004). Bir çalışmada diz eklemine uygulanan toz zencefilin ağrıyı azalttığı ispatlamıştır (Pramdeep, 2013). Zencefilin vazodilatasyon etkisi ile kan dolaşımını hızlandırdığı ve kan volüm dolaşımını artırarak insan vücudundan atık maddeleri uzaklaştırdığı düşüncesiyle ağrı kontrolünde kullanıldığını belirten kaynaklarda mevcuttur. Ayrıca sinir uçlarındaki çeşitli uyarı alabilen özelleşmiş hücrelere etki ederek ağrı kesici özelliği olduğu belirtilmiştir (Çalık ve Kapucu, 2019).

Zencefilin Farklı Kullanım Alanları

Zencefilin farklı etkilerinden dolayı birçok alanda kullanımı mevcuttur. Bunlardan birisi taşıt tutmalarıdır. Taşıt tutmalarında 5 yaş üzerindeki çocuklarda 300-500mg zencefilin yolculuğa başlamadan önce kullanılmasının yolculuk esnasında rahatlama sağladığı bildirilmiştir (Baser Can, 2013).

Bir diğer kullanımı ise bulantı kusmadaki etkinliğidir. Gebe kadınlarla (120 kişi) yapılan bir çalışmada günde 1gr toz zencefil yedirilen kadınların bulantı-kusma problemlerinin azaldığı bildirilmiştir (Konuklugil, 2001). Aslan'ın (2014) meme kanserli kadınlarda yaptığı çalışmada, deney grubunda bulunan kadınların zencefil kullanımıyla beraber bulantı ve öğürme problemlerinin anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur. Bir diğer çalışmada 14 gün düzenli ve kontrollü zencefil kullanan AIDS'li hastaların bulantı problemlerinde azalma belirlenmiştir (Bilgi, 2019). Özdelikara ve Aslan (2017)'in yaptıkları çalışmada da zencefil kullanımının kemoterapiye bağlı bulantı kusma sayısını azalttığı bildirilmiştir. Durmaz ve Burucu'nun (2019) yaptığı çalışmada ise ameliyat sonrası bulantı kusmayı önlemede zencefil kullanımının kanıt düzeyinin A derecesinde olduğu ifade edilmiştir.

Zencefil kullanılan başka bir alan ise dismenoredir. Yapılan çalışmada adet sancısının başladığı günden itibaren ağırlı dönem geçene kadar günde 3 kez 500 mg zencefil tüketmenin ağrıların azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Bilgi, 2019). Ayrıca doğum sonrası dönemde zencefil tüketiminin plasenta parçalarından kurtulmayı hızlandırarak kanama kontrolü ve ağrıda etkili olduğu belirtilmektedir (Bozkuş ve Konak, 2011).

Osteatritli hastalarda zencefil kullanımı da oldukça sık görülmektedir. Zencefilin eklem ağrılarını azalttığı ve ağrı kontrolünde etkili olduğundan kullanımı önerilmektedir (Çalık ve Kapucu, 2019). Aydın, Tezcan ve Kılıçaslan'da (2008) yaptıkları çalışmada zencefilin osteatrit ağrılarında da etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Zencefile yapılan bir çalışmada da baş dönmesini engellemede yarar sağladığı belirlenmiştir (Bilgi, 2019). Sari (2019) 16 katılımcıyla yaptığı deneysel araştırmasında sarı zencefil rendesi kompresinin gut artritli hastalarda ağrıyı azaltmada önemli bir uygulama olduğunu kanıtlamıştır. Ayrıca zencefilin böcek ısırığı, egzama, göz problemleri, grip ve soğuk algınlığında kullanımları olduğu da bilinmektedir (Bilgi, 2019).

Diz Ağrılarında Zencefil ve Kompres Uygulamaları

Zencefilin birçok kullanım alanlarından bir tanesi de zencefilin solüsyon halinde kompresle uygulanmasıdır. Yuniarti, Windarik ve Akbar (2019) kırmızı zencefili sıkıştırarak hastaların bel bölgesine uygulamışlar ve tedavi etkinliğini değerlendirmişlerdir. Yapılan ön test de ağrı puan ortalaması 4-6 ve 7-9 arasında değişen grubun 14 gün boyunca 30 dakika kırmızı zencefil kompres uygulaması sonrası ağrı puanlarının 1-3 ve 4-6 olarak ölçüldüğü ve bu yöntemin etkili olduğu belirlenmiştir. Kırmızı zencefil kompresinin etkinliğini araştıran çalışmalar 2018 yılından itibaren yapılmaya başlanmış ve enfeksiyona bağlı diz ağrılarının da etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve uygulanan hastaların memnuniyet düzeyleri yüksek çıkmıştır (Kumala ve Nur'Aeni, 2019; Mustayah ve Anggraeni, 2019).

Therlekson (2014) yaptığı çalışmada, diz ağrısı olan atritli hastalara 7 gün boyunca araştırmacı tarafından, devamında ise 24 hafta boyunca evde kendi kendine zencefil kompres uygulaması yaptırılmış ve hastaların ağrıları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda hastaların ön test son test puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuş ve zencefil kompresinin diz ağrılarında kullanılması önerilmiştir.

Lem ve Lee (2017) 15 katılımcı ile yaptığı çalışmada, spesifik olmayan bel ağrılı hastalara ağrı bölgesine uygulanan zencefil kompres uygulamasının ağrı üzerine etkisine bakmıştır. Toplamda 3 hafta 8 seans yapılan uygulamaların ardından hastalara ağrı ve fonksiyonel yetersizlik testi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda zencefilli kompresin ağrı ve fonksiyonel yetersizliği önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir. Adam (2013) ve Therloson (2009)'da yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bu uygulamaların yanında zencefil etkinliğini artırmak için ısıtılmış olarak uygulanan zencefil kompreslerinde ağrı üzerinde etkili olduğu ispatlanmıştır (Tunny, Djarami ve Tambipessy, 2018). Bu uygulamalardan farklı olarak diz ağrılarında ağrı olan bölgeden farklı bir alana uygulanan Zencefil ve Böbrek Kompres Uygulamalarının diz ağrısı üzerine etkinliği de çalışmalarda incelenmiştir.

Zencefilli böbrek kompres uygulaması, sıcak kompreslerin böbrek bölgesine uygulanması ile yapılan bir girişimdir. Kompreslerin deriye sıkı bir bant/flaster ile yapıştırılmasında, nem ve ısı flaster yapıştırılan alanda kalarak derinin ve intrasellüler bölgelerin şişmesine neden olmakta ve zencefilin etkinliğinin arttığı düşünülmektedir. Bu nedenle uygulamalar sıcak uygulama ile birlikte yapılmaktadır (Şentürk ve Taşçı, 2019; Therkson ve Sherwood, 2014). Sıcaklığın artmasıyla vazodilatasyon oluşmakta, kan hacmi artmakta ve ağrıya neden olan atık maddeler vücuttan uzaklaştırılmaktadır (Tunny, Djarami ve Tambipessy, 2018). Isıtılmış zencefil kompresinin böbreğe uygulanma nedenlerinden birisi ise afferent ve efferent sinirlerin ağrı duygusunu ve gerginliği azaltmada etkisinden yararlanılmasıdır (Şentürk ve Taşçı, 2019; Therloson, 2012). Özellikle diz ağrılarının hafifletilmesi amacıyla yedi gün aynı saatte böbrek üzerine uygulanan 30 dakikalık zencefil uygulamasının yapılması önerilmektedir. (IVAA, 2018, Therkson, 2012; Therkson, 2014). Yine diz ağrısı üzerine yapılan çalışmalarda hastalara 7 gün boyunca düzenli olarak 50-60 dereceye kadar ısıtılarak uygulanan zencefilli böbrek kompresin hastaların ağrı puanlarını önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir (Şentürk ve Taşçı, 2014; Therkson ve Sherwood, 2004)

Böbrek kompres uygulamasının duygusal değişimler, bağırsak rahatsızlıkları, akciğer problemleri, yorgunluk, halsizlik ve ağrıda etkili olduğu bilinmekte ve bu problemleri yaşayan hasta bireylere önerilmektedir (IVAA, 2018; Therkson, 2014). Literatür incelendiğinde sınırlı sayıda zencefilli sıcak böbrek kompresyon uygulamaları olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda zencefilin pek çok faydasının ilk çağlardan itibaren bilindiği ve insanlar tarafından kullanıldığı görülmektedir. Özellikle diz ağrılarının kontrolünde ve hareket kısıtlılığının engellenmesinde alternatif bir yöntem olarak güvenle kullanılabilceği yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır. Bunlara dayanarak diz protez ameliyatı sonrasında da diz problemlerinde olduğu gibi yaşanan benzer şekil ağrı ve hareket kısıtlılıklarının önlenmesinde zencefil uygulaması önerilebilir. Ayrıca zencefilli kompres ve böbrek kompres uygulamasının tedavi programları içerisinde yer alması ve kliniklerde farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması ve bu alanda çalışmaların yapılması önerilebilir.

YAZAR KATKISI

1. yazar %60 oranında, 2. yazar %40 oranında katkı sağlamıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma boyunca Helsinki Deklarasyonu kurallarına riayet edilmiştir.

Maddi Destek

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

KAYNAKLAR

- Adams, C. (2013). Ginger treats osteoarthritis with topical application. Erişim adresi: <http://rinf.com/alt-news/editorials/ginger-treats-osteoarthritis-with-topical-application>. Erişim tarihi: 08.01.2020.
- Akıncı, M. (2019). *Total kalça ve diz protezi yapılan osteoartritli yaşlı kadınlarda ağrı, fonksiyonel durum ve günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Aktaş, Y., Gürçayır, D., Atalay, C. (2018). Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(3), 341-351.
- Akyol, Ö., Karayurt, Ö., Salmond, S. (2009). Experiences of pain and satisfaction with pain management in patients undergoing total knee replacement. *Orthopaedic Nursing*, 28(2), 79-84.
- Arslan, M. (2014). *Meme kanserli kadın hastalarda kemoterapiye bağlı gelişen bulantı, kusma ve öğürme üzerine zencefil kullanımının etkisi*. (Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aslam, S., Casanas, B. (2019). Advances in nutraceutical applications in cancer: Recent research trends and clinical applications. In: S. V. Gupta and Y.V. Pathak (Eds), *Cancer therapy* (pp. 5,151-175). London.
- Baser Can, H. (2013). Zencefil (Zingiber Officinale Roscoe). Erişim adresi: [researchgate.net/publication/291971937_Zencefil_Zingiber_offinale_Roscoe](https://www.researchgate.net/publication/291971937_Zencefil_Zingiber_offinale_Roscoe). Erişim tarihi: 08.01.2020.
- Baylav, N. (1968). *Eczacılık tarihi*. (3.Baskı) İstanbul: Yörük Matbaası.
- Bilgi, G. (2019). Zencefil: kullanımlar, yan etkiler, etkileşimler, dozaj ve uyarı, İstanbul. Erişim adresi: <https://tr.medicineofme.com/99-details-27325>. Erişim tarihi: 08.01.2020.
- Bozkuş Eğri, G., Konak, A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. *Zeitschrift Für Die Welt Der Türken/Journal Of World Of Turks*, 3(1), 143-155.
- Chi, G., Park, S.H. (2019). Pathological entity of jueyin disease and the relationship between the concept of three-yin-three-yang in shanghanlug. *Journal of Physiology and Pathology in Korean Medicine*, 33(2), 75-81.
- Cooper, N.A., Rakel, B.A., Zimmerman, B., Tonelli, S.M., Herr, K.A., Clark, C.R., Sluka, K.A. (2017). Predictors of multidimensional functional outcomes after total knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Research*, 6(1), 2790-2798.
- Çalık, A., Kapucu, S. (2019). Diz osteoartritli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 50-58.
- Döner, D.B., Özdemir, A.(2017). Tıp tarihinde fitoterapi ve paeonia (Bocur, Şakayık, İtecik Lalesi) bitkisine genel bir bakış. *Uşak Üniversitesi Fen Ve Doğa Dergisi*, 4(2), 30-35.
- Durgut, F. (2015). *Total diz protezi cerrahisinde intraartiküler uygulanan traneksamik asit ve adrenalinin postoperatif kanama üzerine etkinliklerinin karşılaştırılması*. (Uzmanlık Tezi). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Konya.
- Durmaz, M., Burucu, R. (2019). Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerin kanıt düzeyleri. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 97-104.
- Elujoba, A.A., Odeleye, O.M., Ogunyemi, C. (2005). Traditional medicine development for medical and dental primary health care delivery system in Africa. *Afr J Trad Cam.*, 2, 46-61.
- Göktaş, Ö., Gıdık, B. (2019). Tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanım alanları. *Bayburt Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2(1), 145-151.
- Güney, G. (2019). *Total Diz Artroplastili bireylerde aktivite öz algısının kinezyofobi ve fonksiyonel iyileşmeye etkisi*. (Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Haque, M. A., Jantan, I. (2017). Recent updates on the phytochemistry, pharmacological, and toxicological activities of zingiber zerumbet (L.) Roscoe ex Sm. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 18(9), 696-720.
- International Federation of Anthroposophic Medical Associations (IVAA). Erişim adresi: <http://www.ivaa.info/home/> Erişim tarihi: 08.01.2020.
- İlhan, M., İnanmaz, M. E., Uslu, M. (2013). Total diz artroplastisinde yakın dönem sonuçlarımız. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(1), 27-30

- Joukov, V., De Nicolo, A. (2019). The centrosome and the primary cilium: the Yin and Yang of a hybrid organelle. *Cells*, 8(7), 701.
- Kalav, S., Bektaş, H. (2018). Romatoid artrit semptom yönetimi ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(2), 112-118
- Karabacak E. (2019). *Total diz protezi uygulanan hastalarda öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. (Yükseklisans Tezi)*. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Koç, B., Boyraz, İ., Sarman, H. (2015). Gonartrozun patofizyolojisi ve klinik değerlendirilmesi. *Abant Medical Journal*, 4 (4), 413-419.
- Konuklugil, B. (2001). Zencefil'in (Zingiber Officinale) tarih boyunca önemi ve günümüzdeki kullanımı. Erişim adresi: Researchgate.net/profile/Guelbin_Oezcelikay/publication/314416689_Zencefil_in_zingiber_officinale_tarih_boyunca_onemi_ve_gunumuzdeki_kullanimi. Erişim tarihi: 8.01.2020.
- Kumala, T. F., Nur'aeni, N. (2019). Effect of red ginger (zingiber officinale linn var. rubrum) compress therapy on pain intensity among elderly with osteoarthritis. *Kne Life Sciences*, 4(2), 476-487.
- Lem, H. W., Lee, A. C. (2017). The effectiveness of ginger compress on non-specific low back pain. *Journal of Fundamental and Applied Sciences*, 9(6), 1173-1186.
- Mustayah, M., Anggraeni, S. D. (2019). Effects of use of red ginger compress on pain in elderly that suffer uric acid: Case study. *International Conference Of Kerta Cendekia Nursing Academy*, 1(1), 42-48.
- Özdelikara, A., Arslan, B. (2019). Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 218-223.
- Özkurt, B., Utkan, A. (2019). Primer total diz artroplastisi sonrası yara yeri sorunları ve yüzeysel enfeksiyon. *TOTBID Dergisi*, 18, 128-137.
- Rahayu, H.T., Sri, N., Sunardi, S. (2017). The effectiveness of red ginger compress therapy (zingiber officinale rosc. var. rubrum) on elders with joint pain. in health science international conference. *Atlantis Press*, 6(4), 218-223.
- Sari, R. (2019). The effect of compressive therapy with ginger yellow (zingiber officinale) on the reduction of intensity of pain in elderly with gout arthritis in Lampung. *Indonesia* 6(4), 218-223.
- Savcı, A., Bilik, Ö. (2019). Experiences of patients undergoing total knee arthroplasty: a qualitative study. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 11(1). 5(4), 102-108.
- Şentürk S, Taşcı S. (2014). *Diz osteoartriti olan bireylerin bel bölgesine uygulanan zencefilli böbrek kompres uygulamasının ağrı düzeyi ve fiziksel fonksiyonlara etkisi.* (Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Şentürk, S., Taşcı, S (2019). Osteoartritte ağrı ve zencefilli böbrek kompres uygulaması. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(3), 201-210.
- Therkleson, T. (2012). Ginger and osteoarthritis. In Q. Chen (Eds.), *Osteoarthritis - diagnosis, treatment and surgery* (pp.157-168). China, IntechOpen.
- Therkleson, T. (2014). Topical ginger treatment with a compress or patch for osteoarthritis symptoms. *J Holist Nurs*, 32, 173-82.
- Tunny, R., Djarami, J. and Tambipessy, Y.T.Y. (2018). The effect of warm ginger compress toward pain level of arthritis gout sufferer in Waimital village, kairatu subdistrict, west of Seram regency. *Health Notions*, 2(7), 788-791.
- Yıldırım, A., Şendir, M. (2019). Total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanınması ve ağrı yönetimi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 157-164.
- Yuniarti, E. V., Windartik, E., Akbar, A. (2017). Effect of red ginger compress to decrease scale of pain gout arthritis patients. *International Journal Of Scientific and Technology Research*, 6 (10), 23-25.
- Zhu, Z., Yang, Y., Guo, J., Yan, Y., Li, K., Wang, J., and Zhu, Y. (2019). Occupational therapy practice in Tai chi diagram: Adopted from traditional chinese culture. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 75(1), 50-58.
- McIsaac, D. I., Huang, A., Wong, C. A., Wijesundera, D. N. (2017). Effect of Preoperative Geriatric Evaluation on Outcomes After Elective Surgery: A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(12): 2665-2672. <https://doi.org/10.1111/jgs.15100>

- Jakribettu, R. P., Bloor, R., Bhat, H. P., Thaliath, A., Haniadka, R., Rai, M. P. & Baliga, M. S. (2016). *Ginger (Zingiber officinale Rosc.) Oils. In Essential Oils in Food Preservation, Flavor and Safety (pp. 447-454). Academic Press.*
- Bredveld FC. (2004). *Osteoarthritis - the impact of a serious disease. Rheumatol; 43:4-8.*
- Paramdeep, Gill (2013). *Efficacy and tolerability of ginger (Zingiber officinale) in patients of osteoarthritis of knee. Indian J Physiol Pharmacol, 57(2), 177-183.*
- Therkleson T.(2014) *Topical ginger treatment with a compress or patch for osteoarthritis symptoms. J Holist Nurs. 32:173-82.*
- Therkleson T.(2009) *The experience of receiving ginger compresses in persons with Osteoarthritis: A phenomenological study (PhD Thesis). New Zealand, Edith Cowan University.*
- Therkleson T, Sherwood P.(2004) *Patients' experience of the external therapeutic application of ginger by antroposophically trained nurses. IPJP. 4:1-11.*
- Therkleson T.(2012). *Ginger and Osteoarthritis. In Osteoarthritis - Diagnosis, Treatment and Surgery, (Ed Chen Q): China, InTec.;157-168.*

Sinem GEÇİT¹
Orcid: 0000-0002-4780-7667

Meryem YAVUZ van GİERSBERGEN¹
Orcid: 0000-0002-8661-0066

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Cerrahi Hasta Bakımında Venöz Tromboembolizmin Önlenmesinde Kanıt Temelli Uygulama Önerileri

Evidence-Based Practice Recommendations in Preventing Venous Thromboembolism in Surgical Patient Care

Gönderilme Tarihi: 5 Ocak 2020

Kabul Tarihi: 27 Eylül 2020

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sinem Geçit
sinengecit@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Venöz tromboembolizm; kanıt temelli uygulama; cerrahi; hasta.

Key Words:

Venous thromboembolism; evidence-based practice; surgeon; patient.

ÖZ

Venöz tromboembolizm, derin ven trombozu ile başlayan ve pulmoner emboli ile sonuçlanan önemli bir sağlık sorunudur. Derin ven trombozu, hastanede yatan ve özellikle de ameliyat sonrası dönemde olan hastalar için ölüm riski taşımakta ve önlenemez ölümlerin nedeni olarak kabul görmektedir. Tüm koruyucu girişimlerde olduğu gibi venöz tromboembolizmde de trombus oluşumunun önlenmesi en önemli basamaklardan biridir. Venöz tromboembolizmin oluşmasına neden olan önemli risk faktörlerinden biri cerrahi ya da diğer invaziv işlemlerdir. Hastanın venöz tromboembolizm riskinin değerlendirilmesi ve belirlenmesi ameliyat öncesi dönemde önemli yere sahiptir. Uygun venöz tromboembolizm profilaksisi sağlanmadan cerrahi girişim geçiren hastalarda %25-60 oranında derin ven trombozu görülmektedir. Çoğunlukla asemptomatik seyreden derin ven trombozu ve komplikasyonların önlenmesinde, hasta bakımında sürekli hizmet veren hemşireler önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların venöz tromboembolizm riski yönünden değerlendirilmesi ve önlenmesi için uygulanan girişimleri izlemede hemşireler aktif rol almaktadır. Bu makale cerrahi hastaların venöz tromboembolizm riskinin değerlendirilmesi ve önlenmesi konusunda hemşirelere son rehber önerileri doğrultusunda bilgilerini güncellemede kaynak oluşturulması amacıyla hazırlanmıştır.

ABSTRACT

Venous thromboembolism is an important health problem that starts with deep vein thrombosis and results in pulmonary embolism. Deep vein thrombosis is considered to be the cause of preventable deaths with mortality risk for hospitalized patients, and especially those who are in the postoperative period. Prevention of thrombus formation is one of the most important steps in venous thromboembolism as in all preventive procedures. Surgical or other invasive procedures are one of the important risk factors that cause venous thromboembolism. Evaluation and determination of the patient's risk of venous thromboembolism has an important role in the preoperative period. Deep vein thrombosis is seen in 25-60% of patients who underwent surgical intervention without proper venous thromboembolism prophylaxis. Nurses, who provide continuous care in patient care, play an important role and responsibilities in the prevention of deep vein thrombosis and complications which are mostly asymptomatic. In the preoperative period, nurses play an active role in monitoring the interventions for the evaluation and prevention of venous thromboembolism. This article was prepared to provide information to the nurses in order to update their knowledge in line with the latest guidelines for evaluating and preventing the risk of venous thromboembolism in surgical patients.

Kaynak Gösterimi: Geçit, S., Yavuz Van Giersbergen, M. (2021). Cerrahi hasta bakımında venöz tromboembolizmin önlenmesinde kanıt temelli uygulama önerileri. *EGEHFD*, 37(2), 179-187. Doi:10.53490/egehemsire.667667

How to cite: Geçit, S., Yavuz Van Giersbergen, M. (2021). Evidence-based practice recommendations in preventing venous thromboembolism in surgical patient care. *JEUNF*, 37(2), 179-187. Doi:10.53490/egehemsire.667667

GİRİŞ

Venöz tromboembolizm (VTE), venöz dolaşımında dolaşan trombozların genel adıdır (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010) ve derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner emboli (PE)'yi içeren, önlenilebilir, akut dönemde ölümcül olabilen veya kronik hastalığa ya da sakatlığa yol açabilen klinik bir tablodur (Konstantinides ve diğerleri, 2014; Petrozzello, 2017; Streiff, 2016). DVT genellikle bacakta, bazen kolda veya diğer derin damarlarda, en sık da alt ekstremitelerde bir pıhtı olarak oluşur (Roberts ve Lawrence, 2017). Bir DVT pıhtısının bir ven duvarından ayrılarak akciğerlere gitmesi sonucu kan akımının kısmen veya tamamen engellenmesi ile PE ortaya çıkar ve DVT tedavi edilmediğinde PE'ye neden olur (Amerikan Kalp Derneği, 2017; Roberts ve Lawrence, 2017). VTE gelişimini kolaylaştıran üç temel mekanizma Rudolf Karl Virchow tarafından yaklaşık 150 yıl önce tanımlanmıştır. Virchow üçlüsü (triadı) olarak tanımlanan bu mekanizmalar, kan akımının yavaşlaması (venöz staz), endotel hasarı (venin iç yüzeyini kaplayan endotel tabakasının hasarı) ve hiperkoagülasyondur (kan pıhtılaşma eğiliminin fazla olması) (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010; Petrozzello, 2017; Roberts ve Lawrence, 2017; AORN, 2018). Bu temel mekanizmalar halen kabul görmekte olup, günümüz teknolojisi ile bu mekanizmalara genetik değişiklikler (polimorfizmler/mutasyonlar) eklenmiştir (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010). Venöz staz genellikle hareketsizlik ya da uzun süreli yatak istirahatinde ortaya çıkar (Roberts ve Lawrence, 2017). VTE yıllık olarak genel nüfusta her 1000 kişiden 1-2'sinde genellikle DVT olarak görülmektedir (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda yaklaşık 2 milyon DVT olgusu ve 600.000 PE olgusu görüldüğü belirtilmektedir (Amerikan Kalp Derneği, 2017).

Hemşirelik uygulamalarındaki bakımın standardize edilmesinde, sonuçlardaki kalitenin ve hasta-hemşire memnuniyetinin artırılmasında kanıta dayalı uygulamalar önemli bir yere sahiptir (Sarı ve Yavuz van Giersbergen, 2017). Kanıta dayalı uygulamaların klinik alanlarda kullanılmasında rehberler en önemli yol göstericilerdendir. VTE ve DVT ile ilgili pek çok rehber yayımlanmıştır. Bu rehberlerden güncel olanları aşağıda yer almaktadır:

- Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN), Venöz Tromboembolizm Önlenmesi Rehberi, 2018
- Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN), Venöz Tromboembolizm Rehberi, 2018
- İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence-NICE) Rehberi, 16 Yaş Üzeri Bireylerde Venöz Tromboembolizm: Hastane Kaynaklı Derin Ven Trombozu veya Pulmoner Emboli Riskinin Azaltılması, 2018
- Amerikan Göğüs Hekimleri Koleji (American College of Chest Physicians), VTE'de Antitrombotik Tedavi: Antitrombotik Tedavi ve Trombozun Önlenmesi (10. baskı), Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Kılavuzu, 2016
- Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology-ESC), Akut Pulmoner Embolinin Tanı ve Tedavisi Rehberi, 2014
- Güven Platformu, Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010.

Geliştirilen bu rehberlerdeki amaç; VTE ve DVT açısından risk altındaki bireyleri sağlık çalışanlarının en iyi şekilde tanınması, VTE ve DVT riskini azaltmak için kullanılabilir tedavi ve girişimlerin belirlenmesidir. Bu makalede, DVT ve VTE ile ilgili 2018 yılında yayınlanan/güncellenen en güncel rehberler olan Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği ve İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü tarafından yayınlanan rehberler ışığında, cerrahi hasta bakımında VTE'in önlenmesinde kanıta dayalı uygulama önerileri sunulmaktadır.

VTE Risk Faktörleri

Venöz staz, damar duvarı hasarı ve hiperkoagülasyona neden olan risk faktörleri; 40 yaş üzeri olmak, kanser tanısı veya kanser tedavisi olması, büyük ortopedik ameliyatlara, şişmanlık, hipertansiyon, üç günden fazla yatak istirahati ya da hareketsizlik, varis, santral venöz kateter varlığı, omurilik yaralanması, kalıtsal veya edinilmiş trombofili, östrojen tedavisi, yoğun bakımda tedavi görüyor olmak, dehidratasyon, sigara, ek hastalık varlığı, hamilelik veya lohusalık, steroid tedavisi, yeni cerrahi girişim geçirme, cerrahi öncesi yatış süresi, kan transfüzyonu, ASA (American Society of Anesthesiologist) sınıflandırmasında ASA III veya daha fazla olması, kan grubunun 0 dışında bir grup olması, travma, VTE/inme öyküsü veya birinci derece yakınında VTE olması, trigliserit düzeyinin yüksek olması, obstrüktif uyku apnesi, aspleni ve hareketsizliktir (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010; Roberts ve Lawrence, 2017; AORN 2018).

Cerrahi ile ilişkili risk faktörleri ise; ameliyatın süresi, bariatrik ameliyatlara, basınçlı turnike kullanımı, kardiyotorasik cerrahi, cerrahi sırasında hasta pozisyonu, damar ameliyatlara, beyin cerrahisi ameliyatlara, omurga ameliyatlara, alt ekstremitenin hareketsizleşmesi, herhangi bir açık cerrahi, acil girişimler, eşzamanlı cerrahi girişimler, organ nakil ameliyatlara, büyük ayak ve ayak bileği ameliyatlara, sezaryen doğum, el ve el bileği, dirsek

ameliyatları, büyük plastik ameliyatları ve karın veya pelvisi içeren ürolojik veya genel cerrahi ameliyatlarıdır (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010; Roberts ve Lawrence, 2017; AORN, 2018).

VTE Belirti ve Bulguları

VTE'de bacak ağrısı veya uyluk/baldırda hassasiyet, ayağın dorsafleksiyonu ile gelişen baldır ağrısı olarak tanımlanan Homans belirtisi, aşırı duyarlılık, bacak şişmesi (gode bırakan ödem), eritem, dokunulduğunda ciltte sıcaklık hissi, kırmızımsı renk değişikliği veya kırmızı çizgiler, açıklanamayan nefes darlığı, hızlı nefes, göğüs kafesinin altında herhangi bir yerde göğüs ağrısı ve kalp hızının artması en yaygın görülen belirtiler arasındadır (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010; Amerikan Kalp Derneği, 2017).

VTE'nin Önlenmesi ve Koruyucu Yöntemler

VTE'nin önlenmesinde Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of periOperative Registered Nurses-AORN) tarafından yayınlanan ve 2018 yılında yenilenen öneriler aşağıda belirtilmiştir:

1. Sağlık kuruluşları tarafından VTE'nin önlenmesi için disiplinler arası bir ekip ile kanıta dayalı ve klinik uygulamada kullanımı kolay bir protokol oluşturulur ve uygulanır.
2. Hemşire, VTE risk faktörleri açısından ameliyat öncesi dönemde hastaları değerlendirir.
3. Hemşire, önerilen mekanik VTE profilaksisini güvenli ve etkili bir şekilde uygular.
4. Hemşire, önerilen farmakolojik VTE profilaksisini güvenli ve etkili bir şekilde uygular.
5. Hemşireler VTE'nin önlenmesi ve reçete edilen koruyucu önlemlerle ilgili uygulamaları hasta ve hastanın bakımından sorumlu kişilere öğretir.
6. VTE'yi önleme faaliyetleri kayıt edilir (AORN, 2018).

DVT ve PE'den korunmada farmakolojik ve mekanik önlemler yer almaktadır (Konstantinides ve diğerleri, 2014). Koruyucu önlemlerin amacı venöz stazı ve pıhtılaşma oluşumunu azaltmaktır.

Mekanik Koruyucu Yöntemler

Mekanik koruyucu yöntemler; elastik basınçlı çorapların kullanımını, aralıklı pnömatik basınç cihazları, ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkma ve ayak bacak egzersizlerini içerir. Mekanik koruyucu yöntemler; kanama riskini azaltır, kanama riski yüksek olan hastalarda kullanılabilir, birçok hasta grubunda etkilidir, antikoagülanların etkinliğini artırır ve bacak ödemi azaltır (Geerts ve diğerleri, 2008). Mekanik koruyucu yöntemler genellikle farmakolojik yöntemlere ek olarak, farmakolojik yöntemler kanama riski nedeniyle kontrendike ise veya hasta VTE için düşük risk altında ise tek bir tedavi olarak önerilmektedir (AORN, 2018; Stanton, 2011).

Elastik Basınçlı Çoraplar

Elastik basınçlı çoraplar, DVT'yi azaltmak için hastanede yatan hastalarda en sık uygulanan yöntemlerdendir (AORN, 2018; Dirimeşe, Yavuz ve Nurulke, 2012). Elastik basınçlı çoraplar Virchow triadındaki damar yaralanmasını, venöz stazı ve pıhtılaşma oluşumunu azaltma ile etkisini gösterir. Yüzeysel venlerin kan akımını derin venlere kanalize eder ve derin ven kan akımını artırır. Ven çapını azaltır, venöz hipotansiyon gelişmesini engeller, ödemi kontrol eder, venöz kapak fonksiyonunu düzenler ve semptomları azaltır (Saiid ve diğerleri, 2006). Ameliyatlar sırasında venöz staz riski çok yüksektir. Venöz kapak fonksiyonunu geliştirmek için elastik basınçlı çoraplar kullanılarak ameliyat süresince hareketsizliğin neden olduğu venöz yetmezliğin önüne geçilir (Morrison, 2006).

Elastik basınçlı çorapların kullanımı ile ilişkili dikkat edilmesi gerekenler aşağıda belirtilmiştir:

- Hemşire, elastik basınçlı çorapların kullanımıyla ilgili aşağıda belirtilen kontrendikasyonlar açısından hastayı değerlendirir:
 - Çorapların şiddetlendirebileceği herhangi bir cilt rahatsızlığı ya da vasküler durum
 - Ciddi periferik nöropati veya diğer duyuşsal bozukluklar, gangren
 - Çorap malzemesine bilinen alerji veya duyarlılık
 - Konjestif kalp yetersizliğinden kaynaklanan kardiyak yetmezlik veya pulmoner ödem
 - Çorapların doğru giyilmesini engelleyen herhangi bir durum
- Hemşire, çorapların kullanımına dair herhangi bir uygunsuzlukta uzman ve anestezi uzmanını bilgilendirir.
- Hemşire, hastanın kalçaya kadar uzanan dereceli basınç çorabını doğru giyip giyemediğini kontrol eder.
- Hemşire, elastik basınçlı çorapları her hasta için bireysel kullanılır ve değerlendirir. Hastanın bacakları ayrı ayrı ve üreticinin talimatlarına göre ölçülür.
- Hemşireler, elastik basınçlı çorapların kullanımında ayak ya da bacakta katlanmamasına, giyildiğinde kırışık olmasına, çorabın boşluğunun ayak parmaklarının altında kalmasına, topuk yamalarının doğru pozisyonda olmasına ve uyluk köşebentlerinin hastanın iç bacağına yerleştirilmesine dikkat eder.

- Hemşire, hastanın ameliyat masasına alınması, pozisyon verilmesi veya ameliyat masasından alınması sırasında elastik basınçlı çorapların ayak ya da bacakta toplanmamasını kontrol eder.
- Ameliyat sonrası bacak ödemi gelişen hastalarda çoraplar çıkarılır, bacaklar yeniden ölçülür ve çoraplar yeniden giyilir.
- Elastik basınçlı çoraplar yerine elastik bandaj kullanılmamalıdır.
- Elastik basınçlı çoraplar bölgesel veya genel anestezi uygulamadan önce giyilir.
- Hemşire, elastik basınçlı çorapların kullanımı ile ilgili cilt yaralanması, uyuşukluk, karıncalanma, rahatsızlık veya ağrı ve diz boyu olan elastik basınçlı çorapların neden olduğu iskemi gibi yan etkiler açısından hastayı değerlendirir (AORN, 2018).

Elastik basınçlı çoraplar, sıklıkla aralıklı pnömatik basınç cihazları ve farmakolojik yöntemler ile birlikte kullanılır. Çoraplar yanlış ölçüde veya şekilde giyildiğinde, hastalar elastik basınçlı çoraplardan zarar görebilir.

Aralıklı Pnömatik Basınç Cihazları

Pnömatik basınç cihazları bacak etrafında pnömatik basınç ile hemodinamiği etkileyerek venöz stazı önler, pasif bacak kas kontraksiyonu sağlar ve mekanik etki ile venöz dönüşü artırırlar, fibrinolitik aktiviteyi de stimüle ederler. Aralıklı pnömatik basınç cihazının bedene tam uygunluğunun sağlanması ve uygulaması oldukça önemlidir (NICE, 2014). Pnömatik basınç cihazları ameliyat sonrasında hasta ayağa kalkıncaya kadar kullanılabilir (Larkin, Mitchell ve Petrie, 2012).

Aralıklı pnömatik basınç cihazlarının kullanımı ile ilişkili dikkat edilmesi gerekenler aşağıda belirtilmiştir:

- Aralıklı pnömatik basınç cihazları bölgesel veya genel anestezi uygulamadan önce uygulanır.
- Hemşire, aralıklı pnömatik basınç cihazının güvenli ve etkin kullanımını sağlar.
- Aralıklı pnömatik basınç cihazlarının kullanımıyla ilgili aşağıda belirtilen kontrendikasyonlar açısından hemşirenin de içinde bulunduğu ekip tarafından hasta değerlendirilir:
 - Bacakta cihazın şiddetlendirebileceği herhangi bir durum veya önceden var olan DVT
 - Kılıf veya boru malzemesine bilinen alerji veya duyarlılık
 - Konjestif kalp yetersizliğinden kaynaklanan kardiyak yetmezlik veya pulmoner ödem
 - Manşonların doğru takılmasını engelleyen herhangi bir durum (örneğin, ciddi bacak ödemi, deformite)
 - Ağır arterioskleroz veya diğer iskemik vasküler hastalıklar
- Hemşire, çorapların kullanımına dair herhangi bir uygunsuzlukta cerrah ve anestezi uzmanını bilgilendirir.
- Cihaz, üreticinin kullanım talimatlarına göre uygulanır.
- Manşonun uygulanması sırasında, manşonun dış yüzeyindeki boru kılıfın dış yüzeyine, hastanın cildinden uzağa ve basınç yaralanmasına neden olabilecek yerlerden uzağa yerleştirilir.
- Hemşire, aralıklı pnömatik basınç cihazına ait manşonların doğru uygulandığını, cihazın pompaya bağlı olduğunu, hastanın ameliyat masasına transferinde ya da yeniden pozisyon verildiğinde basınç yaralanmasına neden olabilecek herhangi bir durum olmadığını kontrol eder.
- Aralıklı pnömatik basınç cihazlarının kullanımında hipotermi önlenir.
- Steril alanda kullanılan aralıklı pnömatik basınç cihazının hortumları da steril olmalıdır.
- Ameliyat sırasında manyetik rezonans görüntülemesi yapıldığı durumlarda nonferromanyetik aralıklı pnömatik basınç cihazı kullanılır.
- Aralıklı pnömatik basınç cihazı uygulamasına, hastaya özgü herhangi bir neden gelişmediği sürece ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemde en az 18 saat süre devam edilir.
- Aralıklı pnömatik basınç cihazı taşınabilir olmalıdır.
- Hemşire, aralıklı pnömatik basınç cihazının kullanımı ile ilgili cilt yaralanması, hipotermi, uyuşukluk, karıncalanma, rahatsızlık veya ağrı ve iskemi gibi yan etkiler açısından hastayı hemşire değerlendirir.
- Aralıklı pnömatik basınç cihazının kullanımı sırasında herhangi bir yaralanma ya da cihaz arızası meydana geldiğinde; cihaz çıkarılır, tüm kılıf ve bağlantı aksesuarları korunur ve cihaza dair olumsuz detayları da içeren rapor, sağlık kuruluşunun protokollerine uygun olarak kayıt altına alınır (AORN, 2018).

Aralıklı pnömatik basınç, hem VTE hem de kanama riskini azaltır. Farmakolojik profilaksiye aralıklı pnömatik basıncın eklenmesi, tek başına kullanımı ile karşılaştırıldığında VTE riskini azaltmaktadır (AORN, 2018; Dirimeşe ve Yavuz, 2010).

Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Ayağa Kalkma

Hareketsizlik DVT gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Normal venöz pompa fonksiyonu yatak istirahati sonucunda azalır ve venöz staz belirginleşir. Ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkma stazı önler ve trombüs oluşum riskini azaltır (NICE, 2014). Rehberlerde ayağa kalkma ile ilgili iyi klinik uygulama önerileri vardır. Ameliyat öncesi organ fonksiyonunu korumak ve ameliyat sonrası stresi azaltarak ameliyat sonrası erken iyileşmeyi

sağlamak amacıyla 1990'ların sonuna doğru Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) ya da diğer adıyla Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery-FTS) protokolleri oluşturulmuştur. ERAS protokolleri kanıta dayalı uygulamalar arasında yer almaktadır. ERAS protokollerinde ameliyat sonrası dönemde tromboemboli riski arttığı için erken ayağa kalkma önerilmektedir. ERAS protokolüne göre, hastanın ameliyat günü 2 saat, takip eden günlerde ise taburcu olana kadar günde 6 saat yatak dışında kalması önerilmektedir (ERAS, 2019). Hemşireler hastanın ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kaldırılmasını sağlamada en aktif görev alan sağlık ekibi üyesidir (AORN, 2018; Morrison, 2006). Amerika Göğüs Hekimleri Birliği (American Collage of Chest Physicians) yayınladığı rehberde, düşük riskli genel cerrahi hastalarının özel koruyucu önlem kullanımı yerine ameliyat sonrası erken ve sürekli hareketliliği önerilmektedir (Kanıt Düzeyi 1C) (Caprini ve Arcelus, 2006).

Ayak Bacak Egzersizleri

Ayak-bacak egzersizleri kalbe venöz dönüşü arttırmada etkilidir. Bacak egzersizleri sırasında baldır kası pompası, derin bacak venlerinin kompresyonu ve venöz kapaklar kalbe kan akışının artmasına yardımcı olur. İyi klinik uygulamalarda ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkma ve hareket edemeyen hastalar için bacak egzersizleri önerilmektedir (NICE, 2014).

Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Farmakolojik tedavide kan pıhtılaşmasını engelleyen antikoagülan ilaçlar kullanılır. Kullanılan antikoagülan ilaçlar; standart heparin (SH), düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH), varfarin (Coumadin), fundaprinex ve pentasakkarittir. VTE tedavi ve profilaksisinde, kalp kapağı ya da atriyal fibrilasyona bağlı emboli gelişiminin önlenmesinde kullanılmaktadır (Dirimeşe ve Yavuz, 2010).

- Hemşire, farmakolojik VTE profilaksisi ile ilgili aktif kanama, geçirilmiş kanama öyküsü, bilinen/tedavi edilmemiş kanama bozukluğu, ağır böbrek veya karaciğer yetmezliği, trombositopeni akut inme, kontrolsüz sistemik hipertansiyon, son 12 saat içinde lomber ponksiyon veya epidural ya da spinal anestezi yapılmış olması, antikoagülan, antiplatelet tedavi veya trombolitik ilaçların birlikte kullanımı, kanama komplikasyonlarının özellikle ciddi sonuçlara yol açabileceği ameliyatlara, bakteriyel endokardit, ilaç alerjisi, hamilelik, göz ameliyatlara ve protez kalp kapağı olması gibi kontrendikasyonlar açısından hastayı değerlendirir.
- Hemşire, belirlenen kontraendikasyonları doktora bildirir.
- Hemşire, farmakolojik VTE profilaksisi ile ilgili kanama, hematoma, trombositopeni, osteoporoz, osteopeni, cilt nekrozu, kalsifikasyon, ateroembolizm ve enjeksiyon bölgesinde tahriş, ağrı, morarma, kanama ve kaşıntı gibi yan etkiler açısından hastayı değerlendirir.
- Hemşire, çorapların kullanımına dair herhangi bir soruyla karşılaştığında hastanın sorumlu hekimini ve anestezi uzmanını bilgilendirir (AORN, 2018).

Cerrahi Girişimler, VTE ve Hemşirelik Bakımı

Hastanede yatan cerrahi hastalarının %64'ü DVT açısından risk altındadır ve bunların sadece %59'una tromboprofilaksi uygulandığı saptanmıştır (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010). Uygun VTE profilaksisi olmadan cerrahi girişim geçiren hastaların % 25 ile % 60'ında DVT geliştiği görülmektedir (Petrozzello, 2017). Ameliyat öncesi dönemde hastanın VTE riskinin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin belirlenmesi önemli yere sahiptir (AORN, 2018). VTE risk faktörlerinin belirlenmesi hastanın ilk tanılmasında başlar, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem ile hastanın taburculuğuna kadar devam eder (Geerts ve diğerleri, 2008).

Hemşire hastayı ameliyat öncesi dönemde venöz staz, damar duvarı hasarı veya hiperkoagülüteye katkıda bulunan risk faktörleri ve işlemlerle ilişkili risk faktörleri açısından değerlendirir (AORN, 2018; Stanton, 2017). Hemşire ve diğer sağlık ekibi DVT belirtilerini, tanı ve tedavi yöntemlerini bilmeli, hastaları takip edebilmelidir ve bu konuda hizmet içi eğitimlerin sürekliliği önerilmektedir (Michota, 2007). Hemşireler bağımsız uygulayabileceği mekanik koruyucu yöntemleri uygulamaya aktarabilmeli, DVT alanında geliştirilen ya da güncellenen rehberleri yakından izlemelidir.

- Hemşireler, hasta ve hasta yakınlarını VTE'nin önlenmesi ile ilgili aşağıdaki konular hakkında bilgilendirir:
 - DVT ve PE'nin ortak belirti ve bulguları
 - DVT ya da PE'den şüphelendiğinde hastanın kime başvurması gerektiği
 - Önerilen VTE profilaksisine tam olarak uymanın önemi
 - Ameliyat sonrası erken ayağa kalkma ve ayak bacak egzersizlerinin önemi
 - Yeterli hidrasyonun sağlanması ve sürdürülmesi
 - Ameliyat sonrası dönemde yapılan uzun süreli seyahatler için önleyici öneriler

- Alt ekstremiteleri sıkı giysilerden kaçınmak
- Uzun süre dizler bükülmüş şekilde ya da bacak bacak üzerine atarak oturmaktan kaçınmak
- Uzun süre oturma veya ayakta kalmadan kaçınma (AORN, 2018).
- Hemşireler, hasta ve hasta yakınlarını ameliyat öncesi ve sonrası dönemde mekanik koruyucu yöntemler ile ilgili bilgilendirir:
 - Mekanik profilaksinin yararları ve uyumun önemi
 - Elastik basınçlı çorapların üreticinin kullanım talimatlarında önerildiği şekilde ölçülmesi ve kullanılmasının önemi, çıkarılması, yıkanması ve yeniden kullanılması için öneriler
 - Aralıklı pnömotik basınç cihazının ayağa kalkma sonrasında çıkarılması hakkında bilgilendirme
 - Ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kalmanın önemi ve potansiyel komplikasyonlar
 - Hasta mekanik koruyucu yöntemlerin kullanımında her hangi bir problemle karşılaştığında başvuracağı kişiler konusunda bilgi verilir (AORN, 2018).

Genel cerrahi hastalarında %15-40 oranında DVT, yaklaşık %60 oranında VTE görülmektedir (Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, 2010). Bunun sonucunda, tüm önerilere ek olarak İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü tarafından ameliyat olacak hastalarda VTE riskinin azaltılmasına yönelik belirlenen önerilere Tablo 1’de yer verilmiştir. Rehber 6 ana madde olmak üzere toplam 129 öneriden oluşmaktadır. Cerrahi hastalar için VTE ve DVT riskini değerlendirmeyi ve azaltmayı amaçlayan 75 öneri bulunmaktadır (NICE, 2019). Tablo 1’de VTE gelişimi açısından yüksek risk grubunda olan genel cerrahi hastalarına yönelik belirlenen öneriler derlendi ve hemşirelere yönelik belirlenen öneriler İtalyan Font yazı karakteri ile belirtildi.

Tablo 1. 16 Yaş Üzeri Bireylerde Venöz Tromboembolizm: Hastane Kaynaklı Derin Ven Trombozu veya Pulmoner Emboli Riskinin Azaltılması Rehberinde Cerrahi Hastaları İçin Sunulan Öneriler (NICE, 2019).

Uygulama Önerileri	
1.1.	Risk Değerlendirmesi
1.1.1.	<i>Tüm hastalar VTE ve kanama riskini belirlemek için değerlendirilir [2018].</i>
Cerrahi Girişim ve Travma Geçiren Hastalar	
1.1.5.	<i>VTE ve kanama riskini belirlemek için tüm cerrahi girişim ve travma geçiren hastalar değerlendirilir:</i> *Hastaneye kabul edildikten ya da ilk değerlendirmeden sonra mümkün olan en kısa sürede, *Ulusal bir kuruluş, profesyonel ağ veya hakemli dergiler tarafından yayınlanan bir araç kullanılarak değerlendirilir [2018].
1.1.6.	<i>Cerrahi girişim ve travma geçiren hastalara farmakolojik tromboprofilaksi uygulanıp uygulanmayacağına karar verirken hastanın VTE riski kanama riskine karşı dengelenir [2018].</i>
1.1.7.	<i>Cerrahi girişim ve travma geçiren hastalar için farmakolojik VTE profilaksisi kullanılıyorsa, popülasyona özgü tavsiyelerde aksi belirtilmedikçe, en kısa sürede ve hasta kabul edildikten sonra 14 saat içinde VTE profilaksisi başlatılır [2018].</i>
VTE ve kanama riskinin yeniden değerlendirilmesi	
1.1.8.	<i>Tüm tıbbi, cerrahi ve travma hastaları, VTE ve kanama riski açısından değerlendirilir, klinik durumları değiştiğinde yeniden değerlendirilir [2018].</i>
1.2.	Bilgilendirme ve taburculuk için plan yapmak
1.2.1.	<i>Bireyler kuruma kabul edildiklerinde VTE ve kanama risk değerlendirilmesi yapılır [2018].</i>
1.2.2.	<i>Hastaneye başvuran ve VTE riski olan bireylere VTE profilaksisi başlamadan önce, bireye, aile üyelerine veya bakım verenlerine sözlü ve yazılı bilgiler verilir:</i> *Bireyin VTE riskleri ve olası sonuçları, *VTE profilaksisinin önemi ve olası yan etkileri (örneğin, farmakolojik profilaksinin kanama riskini arttırması) *VTE profilaksisinin doğru kullanımı (örneğin anti embolizm çorapları, aralıklı pnömatik basınç aleti) *VTE riskinin nasıl azaltılabileceği (örneğin, sıvı dengesinin sağlanması ve mümkünse egzersiz yapma ve hareketin arttırılması gibi) [2018].
1.2.3.	<i>Heparinlerin hayvansal kaynaklı olduğu ve bunun bazı bireyler için endişe verici olabileceği unutulmamalıdır. Hayvansal ürünleri kullanmayla ilgili kaygıları olan bireylere heparin kullanmanın uygunluğu, avantajı, dezavantajı ve alternatifleri açıklanır [2018].</i>
1.2.4.	<i>Taburculuk planında bireye, aile üyelerine veya bakım verenlerine sözlü ve yazılı bilgi verilir:</i> *DVT ve pulmoner embolinin belirtileri ve semptomları, *VTE riskinin nasıl azaltılabileceği (örneğin, sıvı dengesinin sağlanması ve mümkünse egzersiz yapma ve hareketin arttırılması gibi) [2018]. *DVT, pulmoner embolizm veya diğer advers olaylardan şüphelenildiğinde yardım istemenin önemi [2018].
1.2.5.	<i>VTE profilaksisi ile taburcu olacak bireylere, aile üyelerine veya bakım verenlerine sözlü ve yazılı bilgi verilir:</i>

	<p>*VTE profilaksisinin doğru kullanılmasının önemi (doğru uygulama ve farmakolojik profilaksinin atılması),</p> <p>*Önerilen süre boyunca devam eden tedavinin önemi,</p> <p>*VTE profilaksisine bağlı advers olayların belirti ve bulguları,</p> <p>*VTE profilaksisinin kullanılması sonucunda problem yaşandığında yardım istemenin ve yardım isteyeceği kişilerle iletişim kurmanın önemi [2018].</p>
	<p>1.2.6. Anti embolizm çoraplarıyla taburcu edilen bireylere aşağıdaki bilgiler verilir:</p> <p>*Anti embolizm çoraplarını giymenin yararları,</p> <p>*Anti embolizm çoraplarını doğru giymenin önemi,</p> <p>*Anti embolizm çoraplarının hijyeninin sağlanması amacıyla günlük olarak çıkarılması,</p> <p>*Anti embolizm çoraplarının çıkarılması veya değiştirilmesi ya da bunları yapabilecek bireylerin bulundurulması,</p> <p>*Bir problem yaşandığında nerelere bakacağını bilmesi (örneğin, özellikle topuklar ve kemik çıkıntıları üzerinde cilt işaretlemesi, kabarma veya renk solması gibi bir sorun olduğunda kiminle iletişime geçeceğini bilmesi)</p> <p>*Anti embolizm çoraplarını ne zaman giymemesi gerektiğini bilmesi [2018].</p>
	<p>1.2.7. Farmakolojik ve/veya mekanik VTE profilaksisi ile taburcu edilen bireylerin doğru bir şekilde kullanabildiklerinden veya onlara yardım edebilecek birisinin bulunabilmesi için düzenlemeler yapabildiğinden emin olunur [2018].</p>
	<p>1.2.8. Evde kullanılmak üzere farmakolojik ve/veya mekanik VTE profilaksisi ile taburcu edilen bireyler doktoruna bildirilir [2018].</p>
1.3.	<p>Profilaksi (Önleme)</p> <p>Tüm Cerrahi Girişimlerde</p>
	<p>1.3.13. Östrojen içeren oral kontraseptif veya hormon replasman tedavisi alan bireylerde, tedavi elektif cerrahiden 4 hafta önce durdurulur. Durdurulduğunda, alternatif kontraseptif yöntemler hakkında önerilerde bulunulur.</p>
1.5.	<p>Cerrahi ve Travma Hastaları İçin Girişimler</p> <p>Anestezi</p>
	<p>1.5.1. Eğer mümkünse, diğer VTE profilaksisi yöntemlerine ek olarak genel anesteziye göre daha düşük VTE riski taşıdığı için rejyonal anestezi tercih edilmelidir. Bireyin tercihleri, bölgesel anestezi için uygunluğu ve diğer planlanmış VTE profilaksisi yöntemleri dikkate alınır.</p>
	<p>1.5.2. Rejyonal anestezi kullanılırsa, epidural hematom riskini en aza indirmek için farmakolojik VTE profilaksisinin zamanlaması planlanır. Antiplateletler veya antikoagülan ajanlar kullanılıyorsa veya bunların kullanımı planlanıyorsa, rejyonal anestezi kullanımıyla ilgili güvenlik ve zamanlama hakkında rehberlik için ürün özellikleri dikkate alınır.</p>
	<p>1.5.3. Lokal anestezi ile cerrahi işlem geçiren bireylere, hareket kısıtlaması olmaksızın lokal infiltrasyon yoluyla rutin olarak farmakolojik veya mekanik VTE profilaksisi verilmaz.</p>
	<p>Abdominal Cerrahi</p>
	<p>1.5.37. Batın (gastrointestinal, jinekolojik, ürolojik) ameliyatı geçiren ve VTE riski olan bireylere VTE profilaksisi önerilir [2018].</p>
	<p>1.5.38. Batın ameliyatı geçiren bireylerin kabulünde birey normal veya beklenen hareketliliğine göre hareketliliğini önemli ölçüde arttırana kadar anti embolizm çorapları veya aralıklı pnömotik basınç cihazı ile mekanik VTE profilaksisi başlanır [2018].</p>
	<p>1.5.39. VTE riski kanama riskinden daha fazla olan ve batın ameliyatı geçiren bireylerde bireysel faktörler ve klinik karar dikkate alınarak DMAH veya Fondaparinux Sodyum ile en az 7 gün boyunca farmakolojik VTE profilaksisi ilave edilir [2018].</p>
	<p>1.5.40. Batında büyük kanser ameliyatı geçiren bireyler için abdominal VTE profilaksisi ameliyat sonrası dönemde 28 güne uzatılır [2018].</p>
	<p>Bariatrik Cerrahi</p>
	<p>1.5.41. Bariatrik cerrahi geçiren bireylere VTE profilaksisi önerilmelidir [2018].</p>
	<p>1.5.42. Bariatrik cerrahi geçiren bireylerin kabulünde anti embolizm çorapları veya aralıklı pnömotik basınç cihazı ile mekanik VTE profilaksisi başlanır. Birey normal veya beklenen hareketliliğine göre hareketliliğini önemli ölçüde arttırana kadar devam edilir [2018].</p>
	<p>1.5.43. VTE riski kanama riskinden daha fazla olan ve bariatrik cerrahi geçiren bireyler için DMAH veya Fondaparinux Sodyum ile en az 7 gün boyunca farmakolojik VTE profilaksisi eklenir [2018].</p>

Cerrahi hastalarında önemli komplikasyonlardan biri olan VTE, DVT ve PE'nin önlenmesinde hastalarla 24 saat bir arada olan hemşirelerin aktif rol alması önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda makalenin, komplikasyonların önlenmesi ve bakım kalitesini arttırmada okuyuculara yararlı olacağı düşünülmektedir.

YAZAR KATKISI

Çalışma Fikri: SG, MYG; Çalışmanın Tasarımı: SG, MYG; Kaynak Taraması: SG, MYG; Çalışmanın Yazılması: SG, MYG; Eleştirel İnceleme: SG, MYG; Yayınlama Süreci: SG, MYG

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkara dayalı ilişkisi yoktur.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma boyunca Helsinki Deklarasyonu kurallarına riayet edilmiştir.

Maddi Destek

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

KAYNAKLAR

- Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association). What is venous thromboembolism? Last reviewed 2017. (2019). Erişim adresi: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/VascularHealth/VenousThromboembolism/What-is-Venous-Thromboembolism-VTE_UCM_479052_Article.jsp#.WzOBPy3BIWo
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2018). Guideline quick view: venous thromboembolism. *AORN*, 107(2), 281-285.
- Caprini, J.A., Arcelus, J.I. (2006). Venous thromboembolism prophylaxis in the general surgical patient. In J.J. Bergan (Eds), *The vein book* (pp.369-380). London: Elsevier Academic Press.
- Dirimeşe, E., Yavuz, M. (2010). Cerrahi kliniklerde venöz tromboembolinin önlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 98-105.
- Dirimeşe, E., Yavuz, M., Nurulke, B. (2012). Investigate of eligibility usage of graduated compression stockings. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 354-361.
- ERAS Protokollerinin Temel Öğeleri. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Türkiye Derneği. (2019). Erişim adresi: <http://eras.org.tr/page.php?id=10&saglikCalisani=true>
- Geerts, W.H., Bergqvist, D., Pineo, G.F., Heit, J.A., Samama, C.M., Lassen M.R. ... Colwell C.W. (2008). Prevention of venous thromboembolism: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *CHEST*, 133, 381-453.
- Konstantinides, S., Torbicki, A., Agnelli, G., Dachin, N., Fitzmaurice, D., Galie, N.R.... Spyropoulos A.C. (2014). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *European Heart Journal*, 1-48.
- Larkin, B.G., Mitchell, K.M., Petrie, K. (2012). Translating evidence to practice for mechanical venous thromboembolism prophylaxis. *AORN J*, 96(5), 513-527.
- Michota, F. (2007). Bridging the gap between evidence and practice in venous thromboembolism prophylaxis: the quality improvement process. *J. Gen. Intern Med*, 22(12), 1762-70.
- Morrison, R. (2006). Venous thromboembolism: Scope of the problem and the nurse's role in risk assessment and prevention. *Journal of Vascular Nursing*, 25(4), 70-74.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guideline. (2019). Venous thromboembolism in over 16s: Reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. Last updated 2019. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng89>
- National Institute for Health And Clinical Excellence (NICE). (2014). Venous thromboembolism: reducing the risk of venous collaborating thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in inpatients undergoing surgery. Developed By The National Centre For Acute Care. 2007. Erişim adresi: http://www.spitalmures.ro/_files/protocoale_terapeutice/chirurgie/reducerea_riscului_de_embolie_la_pacientii_chirurgicali
- Petrozzello, D. (2017). Venous thromboembolism prevention practices during hospitalization. *AORN*, 105(6), 7-9.

- Streiff, M.B., Agnelli, G., Connors, J.M., Crowther, M., Eichinger, S., Lopes, R., et al. (2016). Guidance for the treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *J Thromb Thrombolysis*, 41, 32-67.
- Roberts, S.H., Lawrence, S.M. (2017). Venous thromboembolism: updated management guidelines. *AJN*, 117(5), 38-47.
- Sajid, M.S., Tai, N.R., Goli, G., Morris, R.W., Baker, D.M., Hamilton, G. (2006). Knee versus thigh length graduated compression stocking for prevention of deep venous thrombosis: a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 32(6), 730-36.
- Sarı, N., Yavuz van Giersbergen, M. (2017). Yaşlılarda deliryum, demans ve depresyonun değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım rehberi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 138-152.
- Stanton C. (2017). Guideline for prevention of venous thromboembolism. *AORN*, 106(3), 7-9.
- Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu. (2010). Demir, M., Erdemli, B., Kurtoğlu, M., Öngen, G. (Eds). Güven Platformu.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları ile Stresle Başa Çıkma ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki
The Relationship Between Infertile Women's Distress From Infertility, Coping With Stress, and Perceived Social Support
Semra ZORLU, Nuriye ERBAŞ 95-105
- Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Determination of Nurses' Quality of Work Life and Influencing Factors
Ezgi TAMER, Havva ÖZTÜRK 107-119
- Detection of Drug Medication Errors of Nursing Students in Pediatric Patients Through a Hospital Simulation
Simüle Edilmiş Hastane Ortamında Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk Hastalarda İlaç Uygulama Hatalarının Belirlenmesi
Suat TUNCAY, Ayşe ŞAHİN, Kamile AKÇA, Duygu ARIKAN 121-129
- Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi Examining
The Attitudes of the Patients At A University Hospital Towards Using Patient Rights
Ayşe Aslı OKTAY, Filiz TAŞ, Merve GÜLPAK, Fadime YEL 131-139
- Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yüklü ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi
Investigation of the Relationship Between Cancer Information Overload and Healthy Lifestyle Behaviors of Female Workers
Fatma Sultan ÖZTOPRAK, Emel EGE 141-156

Derlemeler / Reviews

- Kalp Cerrahisi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü
Enhanced Recovery After Cardiac Surgery Protocol
Selda MERT, Aylın AYDIN SAYILAN 157-170
- Diz Hastalıklarına Bağlı Ağrıda Kullanılan Zencefil Uygulaması Cerrahi Sonrası Bir Öneri Olabilir mi?
Ginger Used For Pain Related To Knee Problems Can it Be A Suggestion After Surgery?
Kıymet YUMUŞAK, Özlem CEYHAN 171-177
- Cerrahi Hasta Bakımında Venöz Tromboembolizmin Önlenmesinde Kanıt Temelli Uygulama Önerileri
Evidence-Based Practice Recommendations in Preventing Venous Tromboembolism in Surgical Patient Care
Sinem GEÇİT, Meryem YAVUZ van GİERSBERGEN 179-187

