



HEMŞİRELİK **BİLİMİ** Dergisi

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





HEMŞİRELİK Bilimi
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Editör

Prof. Dr. Gülgün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Gülgün TÜRK	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Sakine BOYRAZ	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Belgin YILDIRIM	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Filiz ADANA	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Raşan ÇAM	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şengül CANGÜR	Biyostatik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı	Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Yıldız DENAT	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Elem KOCAÇAL GÜLER	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER	Yönetim Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Nükhet KIRAĞ	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Yayın Yeri ve Adresi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, AYDIN, TÜRKİYE

Tel: +902562138866

e-posta: journalofnursingscience@gmail.com

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

İçindekiler/ Contents

16.09.2021

Editörden Önsöz/ Editor's Foreword

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Araştırma Makaleleri/ Research Articles

Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determination of Individual Social Responsibility Level and The Factors Affecting Them in Students at The Faculty of Health Sciences **46-51**

Uzm. Hem. Hasan YETİŞ, Doç. Dr. Betül AKTAŞ,

Evaluation of Nursing Students' Medical Waste Knowledge Level

Hemşirelik Öğrencilerinin Tıbbi Atık Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

Res. Asst. Ozlem TOLUK, Assoc. Prof. Dr. Aysel OZDEMIR, PhD student Ibrahim SAHIN, MSc. Sinem YILDIZ, MSc. Seyma NUR **52-58**

ERKUL, Prof.Dr. Ilker ERCAN

Ergenlerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Anlayışı ile Zorba Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Determining the Relationship between Adolescents' Gender Equality Perception and Bullying Behaviors **59-65**

Yüksek Lisans Öğrencisi Abdullah TARDU, Dr. Öğr. Üyesi Arzu AKCAN

Nurses' Views on Physical Examination Use and Related Factors

Hemşirelerin Fiziksel Muayene Kullanımı ile İlgili Görüşleri ve İlişkili Faktörler

MSc. Res. Asst. Aysegül KORKMAZ DOGDU, Phd. Assoc. Prof. Emine KOL **66-75**

Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler

Factors Influencing The Attitudes and Successes Related to Mothers' Breastfeeding In The Early Postpartum Period **76-86**

Uzm. Ebe Döndü KURNAZ, Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR

Derleme/ Review

Dahili-Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Uygulama Kapsam ve Standartları

Scope and Standards of Medical-Surgical Nursing Practice

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin USLU, Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN **87-93**

Prekonsepsiyonel Sağlık Bakımı ve Primer Bakımda Danışmanlık

Preconception Healthcare and Counselling in Primary Care

Öğr. Gör. Emine TEMİZKAN SEKİZLER, Doç. Dr. Zeynep DAŞIKAN **94-105**

Olgu Sunumu/ Case Report

Kateter Yeri Enfeksiyonu Gelişen Hemodiyaliz Hastasının Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of a Hemodialysis Patient with Catheter Site Infection According to Functional Health Patterns: Case Report **106-113**

Öğr. Gör. Dr. Nazan KOŞTU, Yüksek Lisans Öğrencisi Durdu OK



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Önsöz

16.09.2021

Değerli Okuyucularımız;

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin 2021 yılı ikinci sayısını siz değerli okurlarımızla paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayımızda da hemşirelik bilimini ele alan güncel çalışmalarla bilime önemli katkılar sağladığımızı düşünmekteyiz.

Dergimizin bu sayısında; ergenlerin toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile zorba davranışları arasındaki ilişkiyi, sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri ve etkileyen faktörleri, hemşirelik öğrencilerinin tıbbi atık bilgi düzeyini, hemşirelerin fiziksel muayene kullanımı ile ilgili görüşlerini ve erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını konu alan beş araştırma makalesi; dahili-cerrahi hastalıklar hemşireliği uygulama kapsam ve standartları, prekonsepsiyonel sağlık bakımı konulu iki derleme ve kateter yeri enfeksiyonu gelişen hemodiyaliz hastasının Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre hemşirelik bakımı konulu bir olgu sunumu olmak üzere toplam sekiz makale yer almaktadır.

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

Saygı ve sevgilerimizle.

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determination of Individual Social Responsibility Level and The Factors Affecting Them in Students at The Faculty of Health Sciences

Hasan YETİŞ ^{ID}*,^a, Betül AKTAŞ ^{ID}^b

^a *Uzm. Hem. 25 Aralık Devlet Hastanesi, GAZİANTEP, TÜRKİYE*

^b *Doç. Dr. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE*

ÖZET

Amaç: Bu araştırma Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde; Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ve Hemşirelik Bölümünde okuyan toplam 620 öğrencinin katılımı ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği ve öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacı ile Tanımlayıcı Özellikler Formu kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %71.5'inin kız, %40.2'sinin dördüncü sınıfta ve %35'nin hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması 113.5±12.7 olarak belirlenmiştir. Beslenme ve Diyetetik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin (115.5±10.8), Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde öğrenim gören öğrencilere (111.3±13.2) göre Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Kız öğrencilerin (114.5±12.0) erkeklerle (111.0±14.2) göre, daha önce sosyal sorumluluk çalışmalarına katılan öğrencilerin (116.0±14.7) herhangi bir sosyal sorumluluk çalışmasına katılmayan öğrencilere (112.5±11.6) göre Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Çalışma sonucuna göre öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Sorumluluk, Bireysel Sosyal Sorumluluk, Hemşirelik, Sağlık

ABSTRACT

Aim: This research is important due to the absence of sufficient number of studies on the subject in Turkey.

Methods: This study was conducted to determine the individual social responsibility levels and the factors affecting of the students studying in the Faculty of Health Sciences. The study was conducted with the participation of total number of 620 students studying at the Department of Nutrition and Dietetics, Department of Physiotherapy and Rehabilitation and Nursing Department at the Faculty of Health Sciences of the university. In the data collection, Personal Social Responsibility Scale and Descriptive Characteristics Form to determine the socio-demographic characteristics of the students were used.

Results: It was determined that 71.5% of the students who participated in the study were female, 40.2% were in fourth grade and 35% were studying in nursing department. The mean score of the Individual Social Responsibility Scale of the students was found to be 113.5±12.7 individual social responsibility levels of students were found to be high. The mean score of the Individual Social Responsibility Scale of the students studying in the Nutrition and Dietetics Department (115.5±10.8) was higher than the students studying in the Physiotherapy and Rehabilitation Department (111.3±13.2) (p <0.05). Female students (114.5±12.0) compared to boys (111.0±14.2), students who previously participated in social responsibility studies (116.0±14.7) compared to students who did not participate in any social responsibility studies (112.5±11.6), the average score of the Individual Social Responsibility Scale It was found to be high (p <0.05).

Conclusion: According to the results of the study, it was determined that students' individual social responsibility levels are high.

Key words: Social Responsibility, Individual Social Responsibility, Nursing, Health

* Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

*Sorumlu Yazar: Betül AKTAŞ

Adres: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Çiğli/İZMİR / TÜRKİYE

e-posta: betulaktas36@gmail.com

Geliş tarihi:18.06.2021

Kabul tarihi:27.08.2021

GİRİŞ

Toplumsal hayatta insanlar ve toplum birbirini olumlu-olumsuz yönde etkiler. Bu etkilenme hali; kişinin cemiyyetten beklentilerini “bireysel istek ve beklentiler” olarak, toplumun bireyden beklentilerini ise “toplumsallaşma” olarak ortaya çıkarmaktadır (Eraslan, 2011). Bu etki birey ve toplumun varlığını devam ettirebilmesi için önemlidir. Bu etkileşimin az olması, toplumsal uzaklık ile açıklanabilir. Sosyolojik açıdan toplumsal uzaklık, toplumsal kümeler arasında iletişimin ve etkileşimin çeşitli nedenlerle kısıtlanması, engellenmesi sonucu ilişkilerin azalması ya da kopması durumu şeklinde ifade edilmiştir. Coşkun (2009) toplumsal uzaklığın toplumsal yalnızlığa sebep olabileceğini ifade etmiş ve bunun sonucunda ise hem kişide hem de toplumun yapısında yıkım oluşturacağını ve bu yıkımın engellenmesinin ise toplumsal yakınlık kavramının güçlendirilmesi ile mümkün olacağını dile getirmiştir. Toplumsal yakınlığı ise “kişiler arasında, kişiyle gruplar ya da toplumun diğer üyeleriyle arasındaki ilişkiler bakımından duygu, ilgi ve kültür yakınlığı” şeklinde ifade etmiştir. Toplumsal sorumluluğun gelişmesi toplumsal yakınlığın güçlü olmasına bağlıdır. Toplumsal yalnızlık, uzaklaşma ve yabancılaşmanın giderilmesi bireysel sorumluluk duygusunun yükseltilmesi ile mümkün olabilir (Coşkun, 2009). Küreselleşen dünyada ekonomik, teknolojik ve politik gelişmelerin artması, sosyal sorunların da artmasını beraberinde getirmiştir. Teknolojik imkânların artmasıyla; üretim artmış, insanlara hizmet sunan işletme sayısı artmış olsa da beraberinde çevresel sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler çerçevesinde insanlar, temel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayacak çok sayıda seçenekle karşılaşırken, diğer yandan çevre kirliliği, doğal kaynakların tükenmesi, iklim değişikliği ve küresel ısınma gibi birçok problemle karşılaşmaktadır. Toplumsal bilincin artmasıyla, bireylerin kendi menfaatlerinin yanı sıra topluma faydalı olması ve sosyal sorumluluklarını yerine getirmesi beklenmektedir. Özellikle son yıllarda bireyler, sadece bireysel faydalarını değil toplumsal faydaları da göz önünde bulundurarak toplumsal duyarlılık projelerine destek vermektedirler (Akkoyunlu ve Kalyoncuoğlu, 2014). Küreselleşmeyle birlikte eğitim, sanayi, teknoloji, insan hakları, gibi birçok alandaki gelişmelere paralel olarak insanların sosyal hayatlarında ve toplumsal yapılarında önemli değişimler meydana gelmiştir. Bu gelişmelerle birlikte genelde sosyal sorumluluk kavramı özelden bireysel sosyal sorumluluk kavramı daha çok önem kazanmış ve üzerinde daha çok durulan bir kavram haline gelmiştir. Genel anlamda sosyal sorumluluk, başkalarının ihtiyaçlarının savunulması ve çağdaş küresel toplumları ve toplulukları etkileyen sosyal konulara odaklanmayı yansıtan program uygulamasıdır (Tyer-Viola et al., 2009). Sosyal sorumluluk, birçok meslekle yakından bağlantılı ve bu mesleklerin ve melek üyelerinin genel gelişimine rehberlik etmek için önemli bir yapı oluşturmaktadır. Ayrıca, sosyal sorumluluk insan hakları, sosyal adalet ve toplum katılımı da

dahil olmak üzere bir dizi insancıl yapıyla yakından ilişkili olarak görülmektedir (Kelley et al. 2008). Toplumun sağlık bakım kalitesini yükseltmeyi amaç edinen meslekler için sosyal sorumluluğun yeri önemlidir (Erdoğan ve Erdem, 2017). Kendini geliştirme, hayata atılma ve meslek sahibi olma konusunda bir eşikte olan üniversite öğrencileri ve genç nesil için bireysel sosyal sorumluluk bilincinin üst düzeyde olması kendilerine önemli katkılar sunar. Kendini tanıma fırsatı bulmak, okul ve iş hayatında başarıyı yakalamak ve sosyal becerilerinin gelişmesi bireysel sosyal sorumluluğun üniversite öğrencilerine sağladığı önemli katkılardandır. Sağlıklı, suçtan uzak bireyler olarak, kendi hayatlarında mutlu olmak ve topluma en üst düzeyde katkı vererek topluma faydalı bireyler olmak, bireysel sosyal sorumluluğun üniversite öğrencilerine ve genç nesile bir diğer olumlu katkısıdır. Toplumdaki diğer insanlara faydalı olmak öğrencilerin öz saygılarını artırır ve kişiliklerine katkı sağlar. Bireysel sosyal sorumluluk farkındalıkları ve duyarlılıkları artan öğrenciler ikili ilişkilerinde daha başarılı olmaktadır (Elmadam, 2015). Günümüzde ve gelecekte toplumun sağlık bakım kalitesinden sağlık bilimlerinde okuyan öğrenciler sorumlu olduğu için, bu kişilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeylerinin yüksek olması önem arz etmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışma sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Gaziantep İlindeki bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde Eylül 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 722 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip evren örnekleme oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 620 öğrenci (katılım oranı %85.87) ile çalışma tamamlanmıştır.

Veri toplama araçları

Araştırmada veriler, sınıf ortamında öğrenciler tarafından formlar doldurularak toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Özellikler Formu ve Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen form, 11 tane sosyo-demografik özellikleri içeren, 3 tane de bireysel sosyal sorumluluğa ilişkin özellikleri belirleyici toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği (BSSÖ)

Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği (BSSÖ), Eraslan (2011) tarafından geliştirilmiştir. 28 maddeli beşli likert tipi olan ölçek, olumlu maddeler (1, 2, 3, 4, 6, 8, 11, 13, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28) ve olumsuz maddelerden (5, 7, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 19, 27) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, bireysel sosyal sorumluluk düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa geçerlik katsayısı 0.86'dır (Eraslan, 2011). Bu çalışma için Cronbach Alfa geçerlik katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Kolmogorov Smirnov Testi, normalite testi sonucuna göre verilerin analizinde, One-Way Anova testi, bağımsız gruplarda t testi, Post Hoc Tukey HSD testi ile sayı, yüzdelik ve ortalama değerleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada kullanılan Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği'ni geliştiren yazardan ölçek kullanım izni, etik kurul izni (Tarih:29.03.2018 Tarih ve Karar No:22), kurum izni ve katılımcılardan onam alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılmaları ile İlgili Özellikleri

Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılma Özellikleri	Sayı	%
Öğrencinin Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılma Durumu		
Katılan	120	19.4
Katılmayan	500	80.6
Öğrencilerin Katıldığı Sosyal Sorumluluk Çalışması		
Tema/Ağaç Dikmek	34	5.4
Sağlık Eğitimi Verme	22	3.7
Yardıma İhtiyacı Olanlara Yardım Etme	16	2.9
Kızılay'a Kan Bağışında Bulunma	19	3.3
Hasta Bireylere ve Yaşlılara Destek Ziyareti	18	3.1
Diğer	11	1.9
Öğrencilerin Ailelerindeki Bireylerin Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılma Durumu		
Katılan	105	16.9
Katılmayan	515	83.1
Öğrencilerin Çevresindeki Bireylerin Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılma Durumu		
Katılan	131	21.1
Katılmayan	489	78.9

Tablo 2. Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeğinden (BSSÖ) Alınabilecek ve Öğrencilerin Aldığı En Düşük ve En Yüksek Puanlar ile Puan Ortalamaları (n:620)

Ölçek	Ölçekten Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puan		Örneklem Grubunun Aldığı En Düşük ve En Yüksek ve Ortalama Puan		$\bar{X} \pm SS$
	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	
BSSÖ	28	140	51	140	113.55±12.75

Çalışmaya katılan öğrencilerin %71.5'i kız, %40.2'si dördüncü sınıfta öğrenim görmekte %35'i hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte, %63.5'nin ailesinin geliri giderine eşit, %36,9'unun annesi lise mezunu, %44.7'sinin babası üniversite mezunu, %73.2'sinin annesi çalışmıyor, %39.8'nin babası memurdur. Çalışmaya katılan öğrencilerin %63.5'i büyükşehirde yaşadığını ve %72.6'sının ailesi ile birlikte kalmakta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği Puan Ortalamasının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	BSSÖ $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık	İleri Analiz
Cinsiyet				
Erkek	177	111.09±14.21	t=3.055	
Kız	443	114.53±12.00	p=0.000*	
Sınıf				
Birinci sınıf	74	112.12±13.32	F=2.517	
İkinci sınıf	158	112.18±12.53	p=0.05	
Üçüncü sınıf	139	112.84±12.81		
Dördüncü sınıf	249	115.23±12.57		
Bölüm				
Beslenme ve Diyetetik (BD)	212	115.50±10.87	F=1.923	BD>FTR
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR)	191	111.32±13.27	p=0.000*	
Hemşirelik (HEM)	217	113.59±13.69		
Ailenin Gelir Durumu				
Gelir giderden az	86	111.70±13.63	F=1.052	
Gelir giderine eşit	394	113.89±12.09	p=0.35	
Gelir giderden çok	140	113.70±13.97		
Anne Eğitim Durumu				
İlkokul	154	113.43±13.49	F=1.487	
Ortaokul	95	115.06±11.85	p=0.21	
Lise	229	112.33±12.85		
Üniversite	142	114.62±12.26		
Baba Eğitim Durumu				
İlkokul	93	112.52±14.73	F=1.106	
Ortaokul	7	115.26±11.59	p=0.34	
Lise	172	112.59±12.47		
Üniversite	277	114.00±12.52		
Anne Mesleği				
Ev Hanımı/Çalışmıyor/Emekli	454	112.64±14.04		
Memur	132	111.50±11.32	F=1.518	
İşçi	17	112.08±12.90	p=0.25	
Esnaf	17	113.91±13.17		
Baba Mesleği				
Çalışmıyor/Emekli	135	111.64±14.01	F=1.548	
Memur	247	114.50±11.72	p=0.20	
İşçi	79	113.08±11.40		
Esnaf	159	113.91±13.70		

En Uzun Süre Yaşanılan Yer			
Köy	23	111.56±19.92	F=0.355
İlçe	66	114.09±12.87	p=0.78
İl	137	112.96±12.14	
Büyükşehir	394	113.75±12.46	
Şu Anda Kaldığı Yer			
Aile ile Birlikte	450	113.66±12.57	F=1.214
Arkadaşlar ile Birlikte Evde	69	112.69±13.48	p=0.30
Devlet Yurdu	67	115.25±12.95	
Özel Yurt	34	110.38±13.08	

*p<0.05, F: One-Way Anova testi, t: Bağımsız gruplarda t testi, Çoklu karşılaştırmalarda Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin, %80.6'sının daha önce bir sosyal sorumluluk çalışmasına katılmadığını, %83.1'nin ailelerindeki bireylerin ve %78.9'nun çevrelerindeki bireylerin bir sosyal sorumluluk projesinde yer almadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması 113.5±12.7 olup, ölçekten aldıkları en düşük puan 51 en yüksek puan 140'tır (Tablo 2).

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında; kız öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması (114.5±12.0) erkeklere (111.9±14.2) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Beslenme ve Diyetetik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması (115.5±10.8) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde öğrenim gören öğrencilere (111.3±13.2) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Hemşirelik bölümü puan ortalaması (113.5±13.6) Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması (113.5±12.7) ile paralel nitelikte ve yüksektir. Öğrencilerin, yaşı, sınıfı, geliri, anne ve baba eğitim durumu, anne ve baba mesleği, en uzun süre yaşanılan yer ve şu an kaldıkları yere göre Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği Puan Ortalamasının Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılmalarına Göre Karşılaştırılması

Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılanların Özellikleri	Sayı	BSSÖ X̄ ± SS	İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık
Öğrencinin Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılma Durumu			
Katılan	120 (19.4)	116.03±14.76	t=4.352
Katılmayan	500 (80.6)	112.52±11.69	p=0.000*
Öğrencinin Ailelerindeki Bireylerin Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılma Durumu			
Katılan	105 (16.9)	113.10±15.55	t=4.900
Katılmayan	515 (83.1)	113.64±12.12	p=0.74
Öğrencinin Çevresindeki Bireylerin Sosyal Sorumluluk Çalışmalarına Katılma Durumu			
Katılan	131 (21.1)	115.23±14.79	t=2.121
Katılmayan	489 (78.9)	113.09±12.12	p=0.08

*p<0.05, t: Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Öğrencilerin sosyal sorumluluk çalışmalarına katılma durumuna göre Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; daha önce sosyal sorumluluk çalışmalarına katılan öğrencilerin (116.0±14.7), katılmayan öğrencilere (112.5±11.6) göre Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ailedeki bireylerin sosyal sorumluluk çalışmalarına katılma durumu ve çevredeki bireylerin sosyal sorumluluk çalışmalarına katılma durumuna göre öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Sosyal sorumluluk ile ilgili yapılan çalışmalar ülkemizde oldukça yenidir. Bununla beraber, literatür incelendiğinde kurumlar ve işletmeler açısından sosyal sorumluluk kavramı incelenmiş (Coşkun ve Vural, 2011; Tekin, 2018; Ergül ve Kurtulmuş vb.) ancak bireysel sosyal sorumluluk ile ilgili az sayıda araştırmaya (Asar, 2017; Kesici, 2018; Erdoğan ve E 2016) ulaşılmış olması bu konunun önemini arttırmaktadır.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeği puan ortalaması 113.5±12.7 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (140) göz önüne alındığında bu çalışmaya katılan öğrencilerin puan ortalamasının yüksek olduğu ifade edilebilir. Asar (2017) ve Kesici (2018)'nin yaptıkları çalışmada katılımcıların bireysel sosyal sorumluluklarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesinin bölümlerine ve bölümlerin ders içeriğine baktığımızda teori ve saha uygulaması olduğunu görüyoruz. Saha uygulamasında öğrenciler hasta ve yardıma ihtiyacı olan bireylere destek olmaktadır. Bu da öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyini olumlu yönde etkileyen faktörlerden bir tanesi olabilir.

Bu çalışmada kız öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri erkek öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Kesici (2018) kız öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeylerinin erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Asar'da (2017) çalışmasında kadınların yardımlaşma düzeyini erkeklerden yüksek bulmuştur. Erdoğan ve Erdem (2016) kadınların çevreye karşı sorumluluğunun erkeklerden daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Toplumumuzun sosyo-kültürel yapısı düşünüldüğünde ailelerin kız çocuklarına sorumluluğu erken yaşta verdiğini, bu durumun erkek çocuklarında biraz daha geç olduğunu söyleyebiliriz. Ailelerin kız çocuklarına sorumluluk vermesi bireysel sosyal sorumluluğu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri diğer sınıflara göre anlamlı olmamasına rağmen yüksek bulunmuştur. Asar (2017), çalışmasında doktora öğrencilerinin bireysel sosyal sorumluluk düzeylerinin yüksek lisans yapan öğrencilere göre

yüksek olduğunu bildirmiştir. Farklı olarak Kesici (2018), lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada sınıf düzeyinin sosyal sorumluluk üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu veriler ele alındığında sosyal sorumluluğun eğitimle ilişki olduğunu eğitim düzeyi arttıkça sosyal sorumluluk düzeyinin arttığını söyleyebiliriz. Sorumluluğun doğuştan var olan bir değer olmadığı, insanda potansiyel olarak var olduğu ve eğitimle kazanılabileceği bildirilmektedir (Nazıroğlu ve ark., 2016; Töremen, 2011; Özen, 2015).

Bu çalışmada Beslenme ve Diyetetik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde öğrenim gören öğrencilere göre daha önce sosyal sorumluluk çalışmalarına katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilere göre bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sosyal sorumluluk çalışmasına katılanların puan ortalamasının sosyal sorumluluk çalışmasına katılmayanlara göre yüksek olması önemli bir bulgudur. Sosyal sorumluluğun farkında olan ve önce kendi hayatına sonra başkalarının hayatına ve genelde topluma faydalı olma duygusu insanlara iç huzuru ve mutluluğun kapısını açabilir. Bireyleri çevresindeki ve dünyadaki sorunların çözümüne yöneltecek ve bu yönde harekete geçmesini sağlayacak etmenlerden en önemlisi, bireylerin kendilerini bu durumdan sorumlu hissetmeleridir (Başer ve Kılınç, 2015). Bayraktar ve arkadaşları (2016) “sorumluluğun gelişmesinde, insanların kendileri için ve içinde yaşadıkları toplum için geliştirdikleri duygu, düşünce ve davranışlar etkilidir.” şeklinde sorumluluğa vurgu yapmaktadır. Bireylerin sosyal konularda yapacağı çalışmada, katılacağı sosyal projelerde ve çevresinde sorun olarak algıladığı diğer konularda atacağı adımlar ve ortaya koyacağı fikirlerde yalnız olmadığını bilmesi ve çevresinden destek geleceğini bilmesi önemlidir çünkü toplumsal destek cesareti ve azmi pekiştirir, kişilerin ileriye dönük olmasını sağlayabilir.

SONUÇ

Bu araştırmanın sonucunda öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeylerinin yüksek olduğu, kız öğrencilerin erkek öğrencilere, dördüncü sınıf öğrencilerinin diğer sınıflara, Beslenme ve Diyetetik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümündeki öğrencilere göre bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri daha yüksektir. Yaş, sınıf, bölüm, gelir, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, baba mesleği, en uzun süre yaşanan yer ve şu an kaldıkları yerin öğrencilerin bireysel sosyal sorumluluk düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda, üniversitelerin farklı bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin dahil olduğu daha büyük örneklemle çalışmaların yapılması, üniversite öğrencilerinin ders müfredatına sosyal sorumluluk ile ilgili derslerin konulması ve öğrencilerin dahil olduğu sosyal sorumluluk projelerinin yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akıncı Vural, Z. B., Coşkun, G. (2011). Kurumsal sosyal sorumluluk ve etik. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*. e-gifder, 1,61-87.
2. Akkoyunlu, G, Kalyoncuoğlu, S. (2014). İşletmelerin Kurumsal Sosyal Sorumluluk Çalışmalarının Marka Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 125-144.
3. Asar, İ. (2017). *Lisansüstü Öğrencilerinin Kişilik Yapılarıyla Bireysel Sosyal Sorumluluk Bilinçleri Arasındaki İlişkiler*. (Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi, Karabük.
4. Başer, E. H., Kılınç, E. (2015). Küresel Sosyal Sorumluluk Ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Sakarya University Journal of Education*, 5(3),75-89.
5. Bayraktar, G., Tozoğlu, E., Gülbahçe, Ö., Öztürk, M.E., Gülbahçe, A. (2016). Evaluation of individual social responsibility level of university students for sport and other different variables. *International Refereed Academic Journal of Sports, Health and Medical Sciences*, 18, 77-88.
6. Elmadam, J. (2015). Youth social responsibility. <https://classroom.synonym.com/youth-social-responsibility-8039901.html> Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2019.
7. Eraslan, L. (2011). Bireysel Sosyal Sorumluluk Ölçeğinin (BSS) Geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 7(24), 81-91.
8. Erdoğan, E., Erdem, R. (2017). Hemşirelerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri ile yaşam doyumunun demografik değişkenlere göre araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(28), 293-312.
9. Ergül, H. F., Kurtulmuş, M. (2014). Sosyal sorumluluk anlayışının geliştirilmesinde topluma hizmet uygulamaları dersine ilişkin öğretim elemanlarının görüşleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(49), 221-232.
10. Kelley, M.A., Connor, A., Kun, K.E., Salmon, M.E. (2008). Social responsibility: Conceptualization and embodiment in a school of nursing. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 5(1), 1-16.
11. Kesici, A. (2018). Lise öğrencilerinin sorumluluk düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 38(3), 965-985.
12. Nazıroğlu, B., Gün, A., Kılıç, A. İ. ve Kaya, F. (2016). Temel ahlaki değerler. Köylü, M. (Ed.) Teoriden pratiğe değerler eğitimi içinde. Ankara: Nobel, 181-252.
13. Özen, Y. (2015). Sorumluluk Eğitimi. Ankara: Vize Yayıncılık.
14. Tekin E., (2018). Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinde sosyal medyanın rolü: GSM firmaları örneği. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(1), 23-67.
15. Töremen, T. (2011). The responsibility education of teacher candidates. *Educational Sciences: Theory&Practice*, 11(1), 263-277.

-
16. Tyer-Viola, L., Nicholas, P.K., Corless, I.B., Barry, D.M., Hoyt, P., Fitzpatrick, J.J., Davis S.M. (2009). Social responsibility of nursing: a global perspective. *Policy Polit Nurs Pract.* 10(2), 110-118.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Evaluation of Nursing Students' Medical Waste Knowledge Level Hemşirelik Öğrencilerinin Tıbbi Atık Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

Ozlem TOLUK ^{a,*}, Aysel OZDEMIR ^b, Ibrahim SAHIN ^c, Sinem YILDIZ ^d, Seyma NUR ERKUL ^e, Ilker ERCAN ^f

^a Res. Asst. Bezmialem Vakif University, Faculty of Medicine, Department of Biostatistics and Medical Informatics, ISTANBUL, TURKEY

^b Assoc. Prof. Dr. Bursa Uludag University, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health Nursing, BURSA, TURKEY

^c PhD student, Bursa Uludag University, Institute of Health Sciences, Department of Biostatistics, BURSA, TURKEY

^d MSc, Bursa Uludag University, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health Nursing, BURSA, TURKEY

^e MSc, Bursa Uludag University, Faculty of Engineering, Department of Environmental Engineering, BURSA, TURKEY

^f ProfDr. Bursa Uludag University, Faculty of Medicine, Department of Biostatistics, BURSA, TURKEY

ABSTRACT

Aim: Failure to properly manage medical waste potentially exposes healthcare professionals, waste handlers, patients, and the general public to risks such as infection, toxic effects, injuries, and environmental pollution. The study was planned in a descriptive cross-sectional type and it was aimed to evaluate the medical waste knowledge levels of nursing students.

Methods: The sample consisted of 100 nursing students studying in the 1st, 2nd, 3rd, and 4th grades of a state university. The Kuder Richardson 20 coefficient was found to be 0.744 by collecting data based on the self-reports of the participants with the questionnaire created by the researchers in the study. The level of significance is taken $\alpha=0.05$. Categorical variables were analyzed with the Chi-Square test, Fisher's exact Chi-square test, and Fisher Freeman Halton test.

Results: In our study, 70 (70.00%) people take a course on medical waste, 6 (6.00%) people work in any health institution. It was found that the rate at which medical waste bags should be filled and the evaluation of expired or unused drugs as pharmaceutical waste was statistically significant according to gender ($p = 0.028$, and $p = 0.047$).

Conclusion: As nursing students take lectures or courses on medical waste, and their grade levels rise, their knowledge of medical waste increases. Based on the results of our study, increasing medical waste education is of great importance in terms of public health, personnel health, and environmental health.

Key words: Environmental Health, Medical Wastes, Nursing Students, Public Health

ÖZET

Amaç: Tıbbi atığın uygun şekilde yönetilmemesi, potansiyel olarak sağlık çalışanlarını, atık işleyicilerini, hastaları ve toplumu, enfeksiyon, toksik etkiler, yaralanmalar ve çevre kirliliği gibi risklere maruz bırakmaktadır. Çalışma tanımlayıcı kesitsel türde planlanarak hemşirelik öğrencilerinin tıbbi atık bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bir devlet üniversitesinde 1., 2., 3., ve 4. sınıflarda öğrenim gören 100 hemşirelik öğrencisi ile örneklem oluşturulmuştur. Çalışmada araştırmacılar tarafından oluşturulan anket ile katılımcıların öz bildirimlerine dayalı olarak veriler toplanarak Kuder Richardson 20 katsayısı 0.744 bulunmuştur. Anlamlılık seviyesi $\alpha=0.05$ olarak alınmıştır. Kategorik değişkenler Ki Kare testi, Fisher'in Kesin Ki kare testi ve Fisher Freeman Halton testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin 70 (%70.00)'ünün tıbbi atık kursu aldığı, 6 (%6.00)'ünün hemşire olarak çalıştığı bulunmuştur. Tıbbi atık poşetlerinin doldurulma oranının, son kullanma tarihi geçmiş veya kullanılmayan ilaçların farmasötik atık olarak değerlendirilmesinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0.028$ ve $p = 0.047$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencileri tıbbi atıklarla ilgili dersler veya kurslar aldıklarında ve sınıf seviyeleri yükseldikçe tıbbi atıklarla ilgili bilgi düzeyleri de artmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak, tıbbi atık eğitimlerinin artırılması halk sağlığı, personel sağlığı ve çevre sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çevre Sağlığı, Halk Sağlığı, Hemşirelik Öğrencileri, Tıbbi Atıklar

*Corresponding Author: Ozlem TOLUK

Adres: Bezmialem Vakif University Topkapı, Adnan Menderes Blv., 34093 Fatih/ISTANBUL, TURKEY

e-posta: erozlem@outlook.com.tr

Geliş tarihi:24.05.2021

Kabul tarihi:09.09.2021

INTRODUCTION

Wastes are generated in the field of health; blood contains a wide variety of materials, from used needles and syringes to dirty dressings, body parts, diagnostic samples, chemicals, drugs, medical devices, and radioactive materials. An estimated 16 billion injections are made worldwide each year; however, most needles and syringes are not properly disposed of after use. Incineration of medical wastes can cause emissions of dioxins, furans, and particulates in some cases. It is essential that all medical waste is segregated at the point where it is produced, handled properly, and disposed of safely (World Health Organization, 2014).

Hospitals and other healthcare facilities, laboratories and research facilities, morgue and autopsy centers, animal research and testing laboratories, blood banks and collection services, and nursing homes for the elderly are major sources of medical waste (WHO, 2014). Since 85% of the wastes obtained by healthcare professionals are domestic waste, they are not dangerous; but the remaining 15% is classified as hazardous waste that can be infectious, toxic, or radioactive. The failure to manage the hazardous wastes generated in health services can infect both the health workers themselves, the waste carriers, processors, and the society, causing toxic effects and injuries. In addition, it can cause the spread of drug-resistant microorganisms to the environment (WHO, 2017).

The "Medical Waste Control Regulation" regulates the procedures and principles of the stages up to the formation and disposal of medical waste. This regulation includes articles 3, 8, 11, 12, and 13, dated 9/8/1983 and numbered 2872, and article 2, article 8 of the Decree of the Ministry of Environment and Urbanization dated 29/6/2011 and numbered 644. 33 (Ministry of Environment and Urbanization, 2017).

In the current COVID-19 pandemic, protective face masks are considered as medical waste as they are potential carriers of pathogens. In the current pandemic period, medical waste management gains importance to reduce the risk of epidemics in hospitals (Jie and et al, 2020).

High-income countries produce up to 0.5 kg of hazardous waste per day per hospital bed, while low-income countries produce an average of 0.2 kg. Medical waste is generally not separated into hazardous or non-hazardous waste in low-income countries, suggesting that the actual amount of waste is higher (WHO, 2014).

Separation is an important element of inefficient medical waste management. By separating the hazardous wastes specified in Table 1 from non-hazardous wastes, the volume of waste that requires special treatment can be significantly reduced. Other elements of medical waste management include waste classification, waste minimization, containerized handling, color coding, labeling, use of signs,

waste handling, shipping, storage, treatment, and finally disposal. The continuity of such a system can be provided by continuous training, planning, budgeting, monitoring, evaluation, documentation, and record-keeping (UNEP, 2012). Although most of the developed countries have medical waste legislation, there is little information about which objects should be identified as infectious (Brooks and Windfeld, 2015). Healthcare professionals' awareness of medical waste management can prevent the spread of infectious diseases and epidemics (Joseph and et al, 2015). The contents of medical wastes are presented in Table 1.

Table 1. Medical Wastes And Their Contents

Wastes	Content of waste
Infectious waste	Waste contaminated with blood and other body fluids (e.g. from diagnostic discarded samples), cultures and stockpiles of infectious agents from laboratory studies (e.g. waste from autopsies and laboratories from infected animals), or waste from infected patients (e.g. bandages and disposable medical devices)
Pathological waste	Human tissues, organs or fluids, body parts, and contaminated animal carcasses;
Cutting waste	Syringes, needles, disposable scalpels, and blades, etc.
Chemical waste	Solvents and reagents for medical preparations (eg mercury in broken thermometers) and laboratory preparations, disinfectants, sterilants, and heavy metals in batteries
Pharmaceutical waste	Expired, unused and contaminated medicines, and vaccines
Cytotoxic wastes	Substances containing genotoxic properties (i.e. very dangerous substances that are mutagenic, teratogenic, or carcinogenic), such as cytotoxic drugs used in cancer therapy and their metabolites
Radioactive waste	Radioactive diagnostic material or products contaminated with radionuclides, including radiotherapeutic materials
Non-hazardous or general waste	Wastes that do not pose any biological, chemical, radioactive, or physical hazards

METHODS

There are various studies in the literature on the level of medical waste information. In general, some results were obtained by measuring the knowledge levels of health professionals. Our study included nursing students.

Type of Research

The study was planned in a descriptive cross-sectional type.

Place of Research

It was done at the Department of Nursing in a state university between July and September in 2019.

Population and Sample of the Research

Aimed to evaluate the medical waste knowledge levels of 100 students studying at the Department; approximately 700 students are studying in the department.

Data Collection Tools

The questionnaire consists of 22 questions created by the researchers according to the relevant literature. The questionnaire was prepared according to the curriculum including the definition, collection, separation of medical wastes, as well as demographic characteristics such as age, gender, and taking a course or not about medical wastes.

The questionnaire was prepared based on the literature and similar studies on medical waste (Ministry Of Environment And Urban Planning, 2017; Altinkaya, Arslan, Hascuhadar, Kaya and Serbetcioglu, 2007; Ertas and Guden, 2019; Ministry of Environment and Forestry. Medical Waste Control Regulation, 2005).

Evaluation of Data

Questionnaire's the first 8 questions were prepared to measure demographic characteristics, and questions 9-22 were prepared to measure their knowledge levels.

Data were analyzed with SPSS software (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp). The answers given to the questionnaire we created were coded as 1 if correct and as zero if incorrect. Kuder Richardson 20 coefficient is 0.744. The level of significance is taken $\alpha=0.05$. Descriptive statistics were given with median(minimum-maximum) and frequency with percentages. In comparisons of categorical variables between groups were analyzed with Chi-Square test, Fisher's Exact Test, and Fisher Freeman Halton test.

Ethical Aspect of Research

The research was conducted by the Helsinki Declaration Principles. The research was approved by the Medical and Health Sciences Research and Ethics Committee of Bursa Uludağ University where the study was conducted (Ethics Committee Approval Date: 19/06/2019, 26468960-044 / 21587). Necessary permissions were obtained from the Bursa Uludağ University Faculty of Health Sciences Dean's Office to conduct the survey

RESULTS

According to the statistical analysis results of our study, 79(79.00%) female and 21(21.00%) male participants' median age is 21(18-31). In our study, 70 (70.00%) people take a course on medical waste, 6 (6.00%) people work in any health institution. The number of people who consider their level of knowledge as sufficient about medical waste is 44 (44.00%). While 57 (57.00%) of the nursing students participating in this study found their level of knowledge about the disposal of

medical waste originated from home as sufficient, 71 (71.00%) people gave the wrong answer when the level of knowledge was measured for this question. Demographic information is shown in Table 2, and the comparison results of the survey questions with demographic characteristics are presented in Table 3.

There are some issues caused by the fact the following issues are not considered important, as, where to dispose of medical wastes originated from homes and which color of the bag to be placed, which infectious body fluids to be placed in the correct waste bag; the wastes such as amalgam, genotoxic and pharmaceutical wastes are not classified as hazardous, pouring and spreading of infectious medical wastes. It was found that it was statistically significant to receive a course or training on medical wastes in giving correct answers about concentrating infectious fluids with appropriate absorbent material (paper towel, etc.) by the "biological emergency spill-scatter procedure" (respectively $p=0.024$, $p=0.026$, $p<0.001$, $p=0.017$, $p=0.012$, $p=0.006$, $p=0.026$, and $p=0.035$).

Table 2. Demographic Features

	n	(%)
Gender		
Female	79	79.00
Male	21	21.00
What grade are you in?		
1st class	4	4.00
2nd class	44	44.00
3rd class	31	31.00
4th class	21	21.00
Did you take a course or training on medical waste?		
Yes	70	70.00
No	30	30.00
Do you work on a permanent or contracted basis in any health institution?		
Yes	6	6.00
No	94	94.00
Do you consider your level of knowledge about medical waste sufficient?		
Yes	44	44.00
No	56	56.00
Do you find your knowledge about the disposal of medical waste at home sufficient?		
Yes	57	57.00
No	43	43.00

It was found that the rate at which medical waste bags should be filled, that the personnel responsible for carrying medical wastes had gloves that they were obliged to wear during the study, and the evaluation of expired or unused drugs as pharmaceutical waste was statistically significant according to gender ($p=0.028$, $p=0.042$ and $p=0.047$).

Table 3. Comparison of The Answers Given To The Questionnaire And Demographic Characteristics

	Gender		p	Did you take a course or training on medical waste?		p	What grade are you in?				p
	Female (n=79)	Male (n=21)		Yes (n=70)	No (n=30)		1st (n=4)	2nd (n=44)	3th (n=31)	4rd (n=21)	
What would you do in the disposal of medical waste at home?	20 (25.32%)	9 (42.86%)	0.115	25 (35.71%)	4 (13.33%)	0.024	0 (0.00%)	10 (22.72%)	9 (29.03%)	10 (47.62%)	0.136
Which colored bags or sacks can the household waste be collected with?	35 (44.30%)	12 (57.14%)	0.295	38 (54.29%)	9 (30.00%)	0.026	0 (0.00%)	19 (43.18%)	13 (41.93%)	15 (71.43%)	0.025
Which colored bag or bags can medical waste be collected?	75 (94.94%)	19 (90.48%)	0.603	66 (94.29%)	28 (93.33%)	1.000	4 (100.00%)	41 (93.18%)	30 (96.77%)	19 (90.48%)	0.665
What rate should the bags for medical waste be filled at most?	78 (98.73%)	18 (85.71%)	0.028	69 (98.57%)	17 (90.00%)	0.079	3 (75.00%)	42 (95.45%)	30 (96.77%)	21 (100.00%)	0.237
Which unit or units are responsible for medical waste?	29 (36.71%)	10 (47.62%)	0.362	25 (35.71%)	14 (46.67%)	0.303	2 (50.00%)	10 (22.72%)	15 (48.39%)	12 (57.14%)	0.017
Please mark each of the information given on medical waste bags according to your knowledge											
- Bags for medical waste are in black.	74 (93.67%)	18 (85.71%)	0.359	66 (94.29%)	26 (86.67%)	0.236	3 (75.00%)	39 (88.64%)	29 (93.55%)	21 (100.00%)	0.176
- "Caution Medical Waste" is written on the bag.	78 (98.73%)	19 (90.48%)	0.111	69 (98.57%)	28 (93.33%)	0.213	4 (100.00%)	41 (93.18%)	31 (100.00%)	21 (100.00%)	0.392
- There is an "International Biohazard" emblem on the bag.	58 (73.42%)	18 (85.71%)	0.241	56 (80.00%)	20 (66.67%)	0.153	3 (75.00%)	29 (65.91%)	25 (80.64%)	19 (90.48%)	0.142
- There is a "Caution Hazardous Waste" inscription on the bag.	26 (32.91%)	7 (33.33%)	0.971	25 (35.71%)	8 (26.67%)	0.378	2 (50.00%)	17 (38.64%)	5 (16.13%)	9 (42.86%)	0.077
Mark the items that are suitable for medical waste bags.											
- Infectious body fluids	56 (70.87%)	16 (76.19%)	0.630	58 (82.86%)	14 (46.67%)	<0.001	2 (50.00%)	26 (59.09%)	24 (77.42%)	20 (95.24%)	0.007
- Contaminated laboratory waste (Pipette, slide, coverslip)	66 (83.54%)	16 (76.19%)	0.523	58 (82.86%)	24 (80.00%)	0.733	3 (75.00%)	36 (81.82%)	24 (77.42%)	19 (90.48%)	0.576
- Serum, medicine bottle waste	31 (39.24%)	10 (47.62%)	0.488	33 (47.14%)	8 (26.67%)	0.056	1 (25.00%)	16 (36.36%)	9 (29.03%)	15 (71.43%)	0.011
- Plastic waste	50 (63.29%)	15 (71.43%)	0.487	46 (65.71%)	19 (63.33%)	0.819	2 (50.00%)	28 (63.64%)	23 (74.19%)	12 (57.14%)	0.529
- Cleaning material waste	62 (78.48%)	13 (61.90%)	0.119	50 (71.43%)	25 (83.33%)	0.208	3 (75.00%)	32 (72.72%)	22 (70.97%)	18 (85.71%)	0.633
- Injectors and scalpel blades	32 (40.51%)	7 (33.33%)	0.549	26 (37.14%)	13 (43.33%)	0.561	1 (25.00%)	24 (54.54%)	11 (35.48%)	3 (14.29%)	0.011
Tick the items related to hazardous waste.											
- Pharmaceutical waste	46 (58.23%)	12 (57.14%)	0.929	46 (65.71%)	12 (40.00%)	0.017	0 (0.00%)	22 (50.00%)	21 (67.74%)	15 (71.43%)	0.024
- Amalgam waste	53 (67.09%)	12 (57.14%)	0.396	51 (72.86%)	14 (46.67%)	0.012	0 (0.00%)	27 (61.36%)	24 (77.42%)	14 (66.67%)	0.023
- Blood products and objects contaminated with them	9 (11.39%)	0 (0.00%)	0.198	8 (11.43%)	1 (3.33%)	0.272	0 (0.00%)	5 (11.36%)	4 (12.90%)	0 (0.00%)	0.373
- Guinea pigs used in biological experiments	7 (8.86%)	0 (0.00%)	0.340	5 (7.14%)	2 (6.67%)	1.000	0 (0.00%)	3 (6.82%)	3 (9.68%)	1 (4.76%)	0.836
- Genotoxic wastes	59 (74.68%)	16 (76.19%)	0.887	58 (82.86%)	17 (56.67%)	0.006	0 (0.00%)	36 (81.82%)	26 (83.87%)	13 (61.90%)	0.002
Mark the items that the personnel responsible for transporting medical waste are obliged to wear while working.											
- Mask	70 (88.61%)	18 (85.71%)	0.712	62 (88.57%)	26 (86.67%)	0.749	4 (100.00%)	35 (79.54%)	29 (93.55%)	20 (95.24%)	0.222
- Protective goggles	64 (81.01%)	15 (71.43%)	0.371	57 (81.43%)	22 (73.33%)	0.362	4 (100.00%)	28 (63.64%)	28 (90.32%)	19 (90.48%)	0.014
- Glove	79 (100.00%)	19 (90.48%)	0.042	69 (98.57%)	29 (96.67%)	0.512	4 (100.00%)	43 (97.72%)	30 (96.77%)	21 (100.00%)	1.000
- Blue dress	16 (20.25%)	5 (23.81%)	0.766	15 (21.43%)	6 (20.00%)	0.872	2 (50.00%)	7 (15.91%)	3 (9.68%)	9 (42.86%)	0.011
Please mark each of the information on medical waste in line with your knowledge.											
- Medical waste transport vehicles are regularly cleaned and disinfected weekly	15 (18.99%)	5 (23.81%)	0.759	14 (20.00%)	6 (20.00%)	1.000	0 (0.00%)	9 (20.45%)	4 (12.90%)	7 (33.33%)	0.279
- Medical wastes and domestic wastes can be loaded into the same vehicle.	69 (87.34%)	17 (80.95%)	0.485	60 (85.71%)	26 (86.67%)	1.000	4 (100.00%)	38 (86.36%)	24 (77.42%)	20 (95.24%)	0.298
- Medical wastes and hazardous wastes can be loaded into the same vehicle.	45 (56.96%)	9 (42.86%)	0.249	36 (51.43%)	18 (60.00%)	0.431	2 (50.00%)	25 (56.82%)	19 (61.29%)	8 (38.09%)	0.399
- During the transportation of medical wastes, it is mandatory to have personnel in charge of medical wastes.	73 (92.40%)	17 (80.95%)	0.211	65 (92.86%)	25 (83.33%)	0.161	4 (100.00%)	39 (88.64%)	26 (83.87%)	21 (100.00%)	0.269

For what reasons do you think problems with medical waste arise; mark it.											
- The issue is not considered important	70 (88.61%)	16 (76.19%)	0.164	64 (91.43%)	22 (73.33%)	0.026	3 (75.00%)	38 (86.36%)	27 (87.10%)	18 (85.71%)	0.867
- Not meeting enough waste bags	53 (67.09%)	10 (47.62%)	0.100	44 (62.86%)	19 (63.33%)	0.964	2 (50.00%)	28 (63.64%)	19 (61.29%)	14 (66.67%)	0.934
- Lack of information	76 (96.20%)	18 (85.71%)	0.105	67 (95.71%)	27 (90.00%)	0.361	4 (100.00%)	40 (90.91%)	29 (93.55%)	21 (100.00%)	0.593
- Other	59 (78.67%)	14 (73.68%)	0.758	52 (78.79%)	21 (75.00%)	0.687	3 (75.00%)	34 (80.95%)	26 (86.67%)	10 (55.56%)	0.079
Please tick each of the information provided for Liquid Infectious Medical Wastes to your knowledge											
- Liquid infectious waste is never drained into the sink.	68 (86.08%)	15 (71.43%)	0.187	60 (85.71%)	23 (76.67%)	0.270	3 (75.00%)	33 (75.00%)	26 (83.87%)	21 (100.00%)	0.045
- Liquid infectious waste is collected in a desktop waste collection container with an autoclave bag.	37 (46.83%)	7 (33.33%)	0.268	27 (38.57%)	17 (56.67%)	0.095	1 (25.00%)	21 (47.73%)	16 (51.61%)	6 (28.57%)	0.332
- It is decontaminated with the collection container when the job is finished, waiting to be filled.	13 (16.46%)	3 (14.29%)	1.000	9 (12.86%)	7 (23.33%)	0.236	0 (0.00%)	8 (18.18%)	5 (16.13%)	3 (14.29%)	1.000
- Infectious fluids spreading into the environment as a result of spillage-spillage are also concentrated with an appropriate absorbent material (paper towel, etc.) by the "biological emergency spill-scatter procedure".	44 (55.70%)	12 (57.14%)	0.906	44 (62.86%)	12 (40.00%)	0.035	0 (0.00%)	25 (56.82%)	21 (67.74%)	10 (47.62%)	0.059
What are the characteristics of the container or bag in which the highly infectious waste is disposed of?											
- Red-colored, labeled, durable, waterproof, plastic bag or autoclave resistant containers.	54 (68.35%)	13 (61.90%)	0.576	46 (65.71%)	21 (70.00%)	0.676	3 (75.00%)	33 (75.00%)	20 (64.52%)	11 (52.38%)	0.311
- They are yellow-red colored, labeled, waterproof, plastic bags or containers.	12 (15.20%)	3 (14.29%)	1.000	13 (18.57%)	2 (6.67%)	0.220	0 (0.00%)	9 (20.45%)	2 (6.45%)	4 (19.05%)	0.333
- They are yellow-colored, labeled, puncture-resistant containers.	15 (18.99%)	3 (14.29%)	0.757	13 (18.57%)	5 (16.67%)	0.820	0 (0.00%)	11 (25.00%)	4 (12.90%)	3 (14.29%)	0.492
- Yellow labeled plastic bags or containers.	13 (16.46%)	4 (19.05%)	0.751	12 (17.14%)	5 (16.67%)	0.954	0 (0.00%)	8 (18.18%)	5 (16.13%)	4 (19.05%)	1.000
Which of the following or which are considered as pharmaceutical waste?											
- Batteries and broken thermometers	28 (35.44%)	7 (33.33%)	0.857	24 (34.29%)	1 (36.67%)	0.819	2 (50.00%)	18 (40.91%)	7 (22.58%)	8 (38.09%)	0.319
- Blood pressure measuring devices	35 (44.30%)	12 (57.14%)	0.295	34 (48.57%)	13 (43.33%)	0.631	2 (50.00%)	26 (59.09%)	11 (35.48%)	8 (38.09%)	0.169
- Excess fluids from radiotherapy or laboratory research	11 (13.92%)	5 (23.81%)	0.317	11 (15.71%)	5 (16.67%)	1.000	0 (0.00%)	9 (20.45%)	4 (12.90%)	3 (14.29%)	0.840
- Tools and tissues that come into contact with infected patients	27 (34.18%)	5 (23.81%)	0.365	22 (31.43%)	10 (33.33%)	0.852	0 (0.00%)	17 (38.64%)	7 (22.58%)	8 (38.09%)	0.262
- Expired or unused drugs	59 (74.68%)	11 (52.38%)	0.047	49 (70.00%)	21 (70.00%)	1.000	3 (75.00%)	28 (63.64%)	26 (83.87%)	13 (61.90%)	0.186
Which of the following or which are considered as pharmaceutical waste?											
- Batteries and broken thermometers	28 (35.44%)	7 (33.33%)	0.857	24 (34.29%)	1 (36.67%)	0.819	2 (50.00%)	18 (40.91%)	7 (22.58%)	8 (38.09%)	0.319
- Blood pressure measuring devices	35 (44.30%)	12 (57.14%)	0.295	34 (48.57%)	13 (43.33%)	0.631	2 (50.00%)	26 (59.09%)	11 (35.48%)	8 (38.09%)	0.169
- Excess fluids from radiotherapy or laboratory research	11 (13.92%)	5 (23.81%)	0.317	11 (15.71%)	5 (16.67%)	1.000	0 (0.00%)	9 (20.45%)	4 (12.90%)	3 (14.29%)	0.840
- Tools and tissues that come into contact with infected patients	27 (34.18%)	5 (23.81%)	0.365	22 (31.43%)	10 (33.33%)	0.852	0 (0.00%)	17 (38.64%)	7 (22.58%)	8 (38.09%)	0.262
- Expired or unused drugs	59 (74.68%)	11 (52.38%)	0.047	49 (70.00%)	21 (70.00%)	1.000	3 (75.00%)	28 (63.64%)	26 (83.87%)	13 (61.90%)	0.186

The n (%) values of the correct answers are given. $p < 0.05$ is considering statistical significance.

On the other hand, knowledge of disposal of medical waste at home, bag color of household waste, bag color of medical waste, responsible units, information of medical waste bags, knowledge of the items which should be put in medical waste bags except for infectious body fluids, contaminated blood products and guinea pigs used in biological experiments knowledge of these substances as hazardous waste, knowledge of obliged to wear while transporting medical wastes, some of the liquid infections, characteristics of the container or bag for highly infectious waste, pharmaceutical wastes had no statistically significant difference between gender ($p>0.05$). It was found statistically significant that the person obliged to carry are protective glasses and blue clothes among the items they are obliged to wear during the work, and that liquid infectious wastes should never be emptied into the sink, differing according to their grade (respectively $p=0.025$, $p=0.017$, $p=0.007$, $p=0.011$, $p=0.011$, $p=0.024$, $p=0.023$, $p=0.002$, $p=0.014$, $p=0.011$, and $p=0.045$). On the other hand, knowledge of disposal of medical waste at home, bag color of medical waste, the filling rate of medical waste bags, information of medical waste bags, knowledge of the items which should be put in medical waste bags except for infectious body fluids, serum, medicine bottle, injectors, and scalpel blades; contaminated blood products and guinea pigs used in biological experiments knowledge of these substances as hazardous waste, knowledge of obliged to wear while transporting medical wastes except protective goggles and blue dress and other questions as presented in Table 3 had no statistically significant difference between grade levels ($p>0.05$).

DISCUSSION

Hospital wastes are threatened public health and caused environmental pollution. Additionally, they are much more dangerous than household wastes.

Healthcare professionals, especially nurses are injured or infected as a result of medical waste in hospitals and laboratories. For this reason, in the USA in 1980, the institutions named 'Centers for Disease Control and Prevention (CDC)', 'Environmental Protection Agency (EPA)', 'Occupational Safety and Health Administration (OSHA)' made several regulations and they have brought rules (Altinkaya, Arslan, Hascuhadar, Kaya and Serbetcioglu, 2007). As our study taking a course or training in medical wastes are increased the knowledge.

The first studies in this field in our country started with the Framework Law No. 2872 of 09.08.1983 and the Medical Waste Control Regulation No. 21586, dated 20.05.1993, issued by this law (Akbolat, Cimen, Dede and Isik, 2012).

In our study, most of the respondents stated that they were trained in medical waste, however, there is 56(56.00%) participant who thinks that their level of knowledge about

medical waste is not sufficient and 43(43.00%) who think that their level of knowledge about medical waste at home is not sufficient.

It was observed that 25(35.71%) of the participants who received medical waste training gave correct answers about the disposal of medical waste generated at homes. Additionally, 46(65.71%) persons answered correctly that pharmaceutical wastes were hazardous wastes, 51(72.86%) persons that amalgam wastes were hazardous wastes, and 58(82.86%) persons that genotoxic wastes were included in this category. It was observed that 44(62.86%) people gave the correct answer that infectious fluids spilled into the environment as a result of spillage-scattering should be concentrated with appropriate absorbent material (paper towel, etc.) by the "biological emergency spill-scatter procedure".

It was observed that 0(0%) of the first-year participants, 19(43.18%) of the second-year students, 13(41.93%) of the third-year students and 15(71.43%) of the fourth year students answered the color of the bag correctly. It was observed that there were 2(50%) people in the 1st grade, 10(22.72%) in the 2nd grade, 15(48.39%) in the 3rd grade, and 12(57.14%) in the 4th grade, who knew that the responsibility for medical waste belongs to the chief physician. 2(50%) people in the 1st grade, 26(59.09%) in the 2nd grade, 24(77.42%) in the 3rd grade, and 20(95.24%) in the 4th grade, who know that infectious body fluids are among the materials that are suitable to be put in medical waste bags. It was observed that there was 1(25.00%) participant in the 1st grade, 16(36.36%) in the 2nd grade, 9(29.03%) in the 3rd grade, and 15(71.43%) in the 4th grade who knew that it was not appropriate to put the serum and medicine bottle wastes in the medical waste bag. It was observed that there were 1(25.00%) in the 1st grade, 24(54.54%) in the 2nd grade, 11(35.48%) in the 3rd grade, and 3(14.29%) in the 4th grade, who knew that injectors and scalpel blades should be placed in medical waste bags.

It was observed that there were 0(0%) people in the 1st grade, 22(50.00%) in the 2nd grade, 21(67.74%) in the 3rd grade, and 15(71.43%) in the 4th grade who knew that pharmaceutical wastes were hazardous waste. Knowing that amalgam wastes are hazardous wastes, there are 0(0%) people in the 1st grade, 27(61.36%) in the 2nd grade, 24(77.42%) in the 3rd grade, and 14(66.67%) in the 4th grade. There were 0(0%) people in the 1st grade, 36(81.82%) in the 2nd grade, 26(83.87%) in the 3rd grade, and 13(61.90%) in the 4th grade who correctly answered that genotoxic wastes are hazardous waste.

Participants of 1st grade 4(100.00%), 28(63.64%) in the 2nd grade, 28(90.32%) in the 3rd grade, and 19(90.48%) in the 4th grade, knowing that the personnel responsible for the transportation of medical wastes are obliged to wear gloves while working. It was observed that there were 2(100.00%) people in the 1st grade, 7(15.91%) in the 2nd grade, 3(9.68%)

in the 3rd grade, and 9(42.86%) in the 4th grade who knew that the person carrying the medical waste is not obliged to wear blue clothes.

Most of the students participating in the questionnaire gave the correct answer for the color of the bag in which the household waste was put, but they gave the wrong answer for the color of the bag in which medical waste should be put.

The first rule in waste management is the process of sorting wastes according to their types. It is important and necessary to know the colors of the bags to be placed in household and medical wastes to perform the separation correctly (Terzi and Yuce, 2017). In the process of collecting and transporting medical wastes, nursing students to be able to implement medical waste training will be an important step in preventing the damages that may occur as a result of medical wastes (Cansaran, 2017). We obtained the same results in our study. Likewise, we have seen that as grade level increases, the level of knowledge increases.

CONCLUSION

Based on the results of our study, increasing medical waste education is of great importance in terms of public health, personnel health, and environmental health. Our study showed that medical waste education at this state university improves nursing students' knowledge.

Healthcare professionals have a crucial role to solve the medical waste problem at its source and reflect their knowledge to their practices therefore continuing training should be provided for nurses and all health professionals.

Conflict of Interest

No conflicts of interest between the authors and/or family members of the scientific and medical committee members or members of the potential conflicts of interest, counseling, expertise, working conditions, shareholding, and similar situations in any firm.

REFERENCES

1. Akbolat M., Isık O., Dede C & Cimen M. (2011). Assessment of health professionals' knowledge levels about medical waste. *Acibadem University Health Sciences Journal*, 2:131-140.
2. Cansaran D. (2017). A study on the assessment of medical waste awareness levels of employees: A case of Merzifon State Hospital. *MANAS Journal of Social Studies*, 6(3):271-284.
3. Ertas H. & Guden M.A. (2019). Medical waste management in hospitals. *Journal of Social Research and Management*, 1:53-67.
4. Hascuhadar M., Kaya Z., Serbetcioglu S., Arslan T. & Altinkaya S. (2007). The awareness level among the employees working in Ankara Ataturk Training and Research Hospital about medical wastes. *Turkish Medical Journal*, 1:138-144.
5. Jie Peng, Xunlian Wu, Rongli Wang, Cui Li, Qing Zhang, Daiqing Wei. (2020). Medical waste management practice during the 2019-2020 novel coronavirus pandemic: Experience in a general hospital. *American Journal of Infection Control*. 48:918-921.
6. Joseph L., Paul H., Premkumar J., Rabindranath, Paul R. & Michael J. S. (2015). Biomedical waste management: Study on the awareness and practice among healthcare workers in a tertiary teaching hospital. *Indian J Med Microbiol.*, 33:129-31.
7. Ministry of Environment and Forestry (2005). Medical waste control regulation. *Official Gazette*, 25883.
8. Ministry Of Environment And Urban Planning (2017). Regulation on the control of medical waste. *Official Gazette*, 29959:1-104.
9. Terzi O. & Yuce M. (2017). Evaluation of information levels of trainee students in a hospital about medical waste management. *Gumushane University Journal Of Health Sciences*, 6(1):58-64.
10. United Nations Environment Programme (UNEP) (2012). Compendium of technologies for treatment/destruction of healthcare waste. Osaka, Japan: UNEP, UNEP Division of Technology, Industry and Economics. *International Environmental Technology Centre*, 3-236.
11. Windfeld ES & Brooks M.S. (2015). Medical waste management-a review. *Journal of Environmental Management*, 163:98-108.
12. World Health Organization (2014). Safe management of wastes from healthcare activities. 2nd ed. Geneva: *WHO press*, 20-329.
13. World Health Organization (2017). Safe management of wastes from health-care activities: a summary. Geneva, (*WHO/FWC/WSH/17.05*). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Ergenlerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Anlayışı ile Zorba Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Determining the Relationship between Adolescents' Gender Equality Perception and Bullying Behaviors

Abdullah TARDU ^{ID}*,^a, Arzu AKCAN ^{ID}^b

^a Yüksek Lisans Öğrencisi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, ANTALYA, TÜRKİYE

^b Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı ergenlerin toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile zorba davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Analitik kesitsel tipte olan bu çalışmanın örneklemini Türkiye’de bir ilçedeki tüm liselerde 9.,10. ve 11.sınıfta okuyan 805 ergen oluşturmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu", "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği" (iki alt boyut) ve "Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu" (Kurban ve zorba olmak üzere iki ölçek) ile 2018-2019 eğitim öğretim yılında toplanmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda T-Testi, Mann-Whitney U Testi ve Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan ergenlerin yaş ortalaması 16.39±1.09; %50.3’ü kızdır. Her iki ölçekte de erkekler kızlardan daha yüksek puan ortalamasına sahiptir (p<0.01). Erkeği üstün gören anlayış ile kurban ve zorba arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Böylece erkeği üstün gören anlayış puanı arttıkça ergenlerin zorba ve kurban olma puanının da arttığı belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuç: Ergenlerde zorba davranışlar ile toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı arasında erkeği üstün gören anlayış açısından düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study is to determine the relationship between the gender equality perception of adolescents and their bullying behaviors.

Methods: The sample of this study is analytical cross-sectional type is 805 adolescents who are at 9th, 10th and 11th grade in all high schools in a district in Turkey. The data were collected by "Personal Information Form", "Gender Equality Scale" (two sub-dimensions) and "Peer Bullying Scale Adolescent Form" (two scales, victim and bully) in the academic year of 2018-2019. They were used Independent Samples T Test, Mann-Whitney U Test and Spearman Correlation Test to compare the data.

Results: The mean age of the adolescents participating in the study was 16.39±1.09; 50.3% of them were girls. The boys have higher mean scores than the girls in both scales (p<0.01). As a result of the correlation, a low level positive relationship was found between the perception of men as superior and the victim and the bully. Thus, it was determined that as the perception score for men increases, the bully and victim scores of adolescents increase (p<0.05).

Conclusion: A low level of positive correlation was found between bullying behaviors and gender equality perception in adolescents in terms of perception that considers men superior.

Anahtar kelimeler: Ergen, Kurban, Toplumsal Cinsiyet, Zorba

Keywords: Adolescent, Bully, Gender, Victim

* Bu çalışma, 07-09 Ocak 2021 tarihinde online olarak gerçekleştirilen 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Arzu AKCAN

Adres Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

e-posta: arzu@akdeniz.edu.tr

Geliş tarihi:27.04.2021

Kabul tarihi:27.06.2021

GİRİŞ

Zorbalık, cinsel, fiziksel saldırı hatta cinayete kadar varan birçok eylemi içeren gençlik şiddeti ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü genç erkeklerin ortalama %42'sinin ve kızların %37'sinin zorbalığa maruz kaldığı bildirmektedir (World Health Organization, 2020a). Şiddet biyolojik cinsiyetleri ya da cinsiyet kimlikleri nedeniyle kız ya da erkek çocuklara yönelik olduğunda toplumsal cinsiyete dayalı şiddet kavramı karşımıza çıkmaktadır (World Health Organization, 2020b). Ne yazık ki toplumdaki cinsiyete dayalı ilişkiler kadın ve çocuk düzeyinde yaşanan şiddetin içselleştirildiğini, maalesef büyük oranda da her seviyede kabul edildiğini göstermektedir (Taşdemir Afşar, 2015). Çocuk şiddetinin toplum düzeyinde risk faktörleri, şiddetin teşvik edildiği veya normalleştirildiği bir ortam yaratan yasal ve sosyal normları içerir. Bu sosyal normların içinde de toplumsal cinsiyet eşitsizliği yer alır (World Health Organization, 2016). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin oluşmasında kültürel olarak kadına ve erkeğe uygun görülen kişilik özellikleri, sorumluluklar ve davranışların toplum eliyle toplumsal cinsiyet kalıp yargılarına dönüştürülmesi rol almaktadır (Zeyneloğlu, 2008). Bu bağlamda kadınlara ve erkeklere yöneltilen kalıp yargılara bakıldığında erkeksi özelliklerin aktif, akılcı, atılgan, güvenli, bağımsız, soğukkanlı, korkusuz, katı, güçlü, saldırgan; kadınsı özelliklerin ise pasif, hassas, ılımlı, duygusal, şefkatli, bağımlı, narin, sevecen, bakım veren, boyun eğen, mütevazı gibi sıfatlarla tanımlandığı saptanmıştır (Dökmen, 2012). Erkeğe uygun görülen bu özellikler kadınlar üzerinde kullanılan hegemonik bir güce ve kültürel bir anlayışa dönüşmektedir (Cangöz, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün liderliğinde, on uluslararası kuruluştan oluşan bir grup, "çocuklara yönelik şiddeti sona erdirmek için yedi strateji" (INSPIRE) adlı kanıtla dayalı bir teknik paket geliştirmiştir (World Health Organization, 2020b). Bu paket içerisinde sunulan stratejiler arasında toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik de önemli bildirimler bulunmaktadır. Çocuk şiddetine yönelik ev, okul, işyeri gibi alanlarda toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ele alınması gerektiği; şiddetin azaltılmasına yönelik yasalar uygulanırsa cinsiyet eşitliğini destekleyen sosyal norm ve tutumlarda artış olabileceği; norm ve değer değişikliği ile de cinsiyet eşitliği ve cinsiyet eşitliğine dayalı iş bölümüne yönelik daha olumlu inançlar gelişeceği belirtilmektedir (World Health Organization, 2016).

Ülkemizde 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA) fiziksel şiddete yönelik tutumlarla ilgili bulgular ne yazık ki konunun güncelliğini yitirmediğini göstermektedir. Buna göre, genel olarak kadınların %9'u fiziksel şiddetin yaşanmasına ilişkin en az bir durumu kabul etmektedir. Bu oran 2013 yılında ise %13 olarak karşımıza çıkmaktadır (2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2019). Her ne kadar azalma olduğunu rakamlar çerçevesinde söyleyebilirsek de büyük oranda bir düşüş olduğunu söylemek mümkün değildir. Hatta bu oranın sadece fiziksel şiddet ile

ilgili bir rakam olduğu göz önünde bulundurulursa durum hiç de iç açıcı görünmemektedir. Diğer bir ifade ile şiddet hala varlığını sürdüren bir konudur. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, Türkiye'de pek çok alanda kendini göstermesine rağmen bu alanlar içerisinde okullar, son zamanlarda öğrenciler arasında yaşanan olumsuz olaylar nedeniyle daha fazla ön plana çıkmaktadır (Özaydınlık, 2014). Aynı zamanda bu tür olaylarla birlikte okullar önlem alınması gereken kurumlar haline gelmiştir (Ayas ve Pişkin, 2011). Okullarda şiddetin yaygın bir biçimi olarak görülen akran zorbalığının nedenlerini anlayabilmek gerekli girişimlerin planlanmasında çok önemlidir. Ergenlerin okulda şiddet ve zorbalık davranışları göstermesinde; cinsiyete dayalı şiddet, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, cinsiyet rol beklentileri ve toplumsal cinsiyet kalıp yargıları etkili olmaktadır (Aslan ve Öney Doğan, 2017). Yapılan bir çalışmada öğrenciler tarafından kadınların şiddet görmesinin nedenleri; kadınların itaatkâr olmamaları, çok konuşmaları, erkeğe saygı göstermemeleri ve erkeğin işine karışmaları gibi toplumsal cinsiyet kalıp yargı davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca erkek öğrencilerin, var olan üstünlük durumlarını sürdürülebilmek için kadınların gelişmelerini ve güçlerini kullanmalarını istemedikleri, zorba davranışlar gösterdikleri saptanmıştır (Acar Erdol ve Gözütok, 2017). Diğer taraftan erkek öğrencilerin zorbalık deneyimlerinin erkeklikle ilgili cinsiyete dayalı beklentilerden nasıl etkilendiğini anlamayı amaçlayan bir çalışmada gücün, cinsiyetin ayrılmaz bir parçası olduğu ve erkeklerin kızlara göre statüsünü veya sıralamasını güçlendirdiğinden söz edilmektedir. Hegemonik erkeklikle ilişkili ideallerin, ortaokul erkek çocuklarının zorbalık deneyiminde açıkça mevcut olduğu; bu çocukların mağduriyeti ise normalleştirdikleri görülmektedir. Ne yazık ki erkekler arasında zorbalığın ciddi bir endişe olmadığı ve bunun yerine ergenlik döneminin doğal bir parçası olduğu fikri güçlenmektedir (Rosen ve Nofziger, 2019).

Özellikle ülkemizin doğusunda yer alan bir ilde toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik bir çalışmanın yapılması literatüre önemli katkı sağlayacaktır. Çünkü, ne yazık ki ülkemizin doğusunda yaşayan kadınların %17'si batı bölgesinde yaşayanlara (%6) göre bazı koşullar için fiziksel şiddet doğru bulmaktadır (2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2019). Ayrıca Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitliğine ve zorbalığa yönelik çalışmalar bulunmasına rağmen toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ve zorbalık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda diğer çalışmalardan farklı olarak, bu araştırma toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışının yaşamın erken evrelerinde şiddetle olan ilişkisini ortaya koymaktadır. Ayrıca sonuçlarının okullarda cinsiyet algısına yönelik zorbalığı önleyici programların geliştirilmesine ışık tutması da bir diğer özgün değerini oluşturmaktadır. Böylelikle ergenlerin toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı geliştirilerek, zorba davranışlardan

korunması sağlanacak ve toplumun geleceği olumlu yönde etkilenecektir. Bu çalışmanın amacı ergenlerin toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile zorba davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ergenlerin toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile zorba davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla analitik kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Bitlis'in bir ilçe merkezindeki tüm liselerde öğrenim gören 9., 10. ve 11. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Bu okullarda öğrenim gören 9.sınıf, 10.sınıf ve 11.sınıf öğrenci sayısı (N=4000) esas alınarak (tatvan.meb.gov.tr ET:03.05.2018), 0.1 etki gücü 0.05 hata payı 0.80 güç ile çift yönlü hipoteze göre minimum örneklem 779 öğrenci olarak hesaplanmış olup; çalışmanın örneklemini 805 öğrenci oluşturmuştur. Okullardan örnekleme alınan öğrenciler, her üç sınıftan eşit sayıda olacak şekilde sınıf listelerine göre numaralanarak kura yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmaya katılan ergenlere ilişkin tanıtıcı bilgiler tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Ergenlerin Bazı Tanıtıcı Bilgileri

Tanıtıcı Bilgiler		
Yaş (AO±SS)	16.39±1.09	
Cinsiyet	n	%
Kız	405	50.3
Erkek	400	49.7
Sınıf		
9. sınıf	262	32.5
10. sınıf	268	33.3
11. sınıf	275	34.2
Anne Eğitimi		
Okur Yazar Değil	219	27.2
Okur Yazar	74	9.2
İlkokul	272	33.8
Ortaokul	141	17.5
Lise	51	6.3
Üniversite	9	1.1
Bilmiyorum	31	3.9
Annem yok	8	1.0
Anne Çalışma		
Çalışıyor	42	5.2
Çalışmıyor	755	93.8
Annem yok	8	1.0
Anne Meslek(n=42)		
İşçi	17	40.5
Baba Eğitimi		
Okur Yazar Değil	30	3.8
Okur Yazar	40	5.0
İlkokul	228	28.3
Ortaokul	210	26.1
Lise	150	18.6
Üniversite	97	12.0
Bilmiyorum	16	2.0
Babam yok	34	4.2
Baba Çalışma		
Çalışıyor	624	77.5
Çalışmıyor	147	18.3
Babam yok	34	4.2
Baba Meslek (n=624)		
İşçi	189	30.3
Esnaf	140	22.4
Memur	121	19.4
Serbest	107	17.1
Çiftçi	52	8.4
Cevap yok	15	2.4

Araştırma Soruları

Çalışma sonunda cevaplanmak istenen sorular şöyle sıralanmaktadır:

- Ergenlerin cinsiyetleri ile toplumsal cinsiyet eşitliği puanları arasında fark var mı?
- Ergenlerin cinsiyetleri ile akran zorbalığı puanları arasında fark var mı?
- Ergenlerin cinsiyetleri ile kurban olma puanları arasında fark var mı?
- Ergenlerde toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile akran zorbalığı arasında ilişki var mı?
- Ergenlerde toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile kurban olma arasında ilişki var mı?

Veri Toplama Araçları

Veriler “kişisel bilgi formu”, “Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği” ve “Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu” ile elde edilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formunda; öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin altı soru (yaş, sınıf, cinsiyet, anne-babanın eğitim düzeyi, anne-babanın çalışma durumu) yer almaktadır.

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği lise öğrencilerinin toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla Gözütok, Toraman ve Acar-Erdol tarafından 2017'de geliştirilmiştir. Ölçek biri, “erkeği üstün gören anlayışa (EÜGA)” ilişkin bilgi verirken; diğeri “kadını erkeğe bağımlı kılan anlayışla (KEBKA)” ilgili bilgi sağlayan iki alt boyuttan ve 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipinde olup, EÜGA boyutundan en düşük “8” en yüksek “40” puan alınabilmekte ve yüksek puan almak erkeğin kadından üstünlüğü, erkek egemenliğinin kabulü anlamına gelmektedir. KEBKA boyutundan en düşük “5” en yüksek “25” puan alınabilmekte ve yüksek puan almak aile içi ilişkide kadının erkeğe bağımlılığı, kadının kocasından izin alarak hareket etmesi gerektiğiyle ilgili görüş anlamına gelmektedir. EÜGA boyutunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının 0.88, KEBKA boyutunun ise 0.70 olduğu belirlenmiştir (Gözütok, Toraman ve Acar Erdol, 2017). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı EÜGA boyutunda 0.86, KEBKA boyutunda ise 0.67 bulunmuştur.

Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu

Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu zorbalığa uğrama ve zorbalık yapma düzeylerini belirlemek amacıyla biri “zorba ölçeği” diğeri “kurban ölçeği” olarak adlandırılan ve aynı maddelerin farklı biçimde sorulmasından oluşan toplam 53 maddeyi içeren iki ölçekten oluşmuştur. Ölçekte altı faktör vardır. Bu faktörler Fiziksel Zorba ve Kurban, Sözel Zorba ve Kurban, İzolasyon Zorba ve Kurban, Söylenti Yayma Zorba ve Kurban, Eşyalara Zarar Verme

Zorba ve Kurbanı, Cinsel Zorba ve Kurbanıdır. Ölçek 5'li Likert tipindedir. Ölçeğin zorba ve kurban boyutlarından alınabilecek en düşük puan 53, en yüksek puan 265'tir. Puanlar arttıkça zorba ve kurban olma durumu artar. Kurban olma ölçeğinin orijinal formunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.93 olup; fiziksel, sözel, izolasyon, söylenti yayma, eşyalara zarar verme, cinsel kurban alt ölçekleri için sırasıyla 0.82, 0.75, 0.77, 0.75, 0.80 ve 0.88'dir. Zorbalık ölçeğinin orijinal formunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.92 olup; fiziksel, sözel, izolasyon, söylenti yayma, eşyalara zarar verme, cinsel zorba alt ölçekleri için sırasıyla 0.83, 0.74, 0.75, 0.66, 0.79 ve 0.88'dir (Ayas ve Pişkin, 2015). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kurban olma ölçeği için sırasıyla 0.95, 0.87, 0.81, 0.85, 0.81, 0.86 ve 0.90; zorbalık ölçeği için sırasıyla 0.95, 0.88, 0.84, 0.83, 0.84, 0.88 ve 0.90'dır.

Verilerin Toplanması

Araştırmacı çalışmanın verilerini 2018 yılı Kasım ve Aralık aylarında okullara giderek toplamıştır. Veriler form ve ölçekler yardımıyla sınıf ortamında öğrencilerden özbildirim yöntemiyle alınmıştır. Ergenlerin form ve ölçekte yer alan soru içeriğini birbirleri ile paylaşımlarını engellemek için uygulama her okulda tek seferde ve birbirini izleyen ders saatlerinde yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0 (IBM SPSS Corp.; Armonk, NY, USA) programı kullanılmıştır. Araştırmada karşılaştırma analizlerinde parametrik ya da parametrik olmayan analizlerinden hangisinden yararlanılacağı belirlenmesi için Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği ve Akran Zorbaları Belirleme Ölçeği Ergen Formu aracılığıyla elde edilen puanlar dikkate alınmıştır. Bu doğrultuda karşılaştırmalar yapılırken Bağımsız Gruplarda T-Testi, Mann-Whitney U Testi ve Spearman Korelasyon kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde ortalama, sayı, yüzde dağılımları ve normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyreklerarası aralık verilmiştir. Normal dağılım basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. En az biri normal dağılmayan değişkenler arası ilişki için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman Korelasyon Testi ile hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık için tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi tüm araştırmacılar tarafından imzalanmış olup; etik kuruldan (27.06.2018 tarih, Karar no:453), İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (17.08.2018 tarihli 67429907-200-E.14830298 sayılı) izin yazıları alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılardan (ergen ve

velileri) aydınlatılmış onam alınmıştır. Ayrıca ölçeklerin araştırmada kullanımı için izinler alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan ergenlerin tanıtıcı bilgileri incelendiğinde yaş ortalamasının 16.39 ± 1.09 , %50.3'ünün kız; %33.8'inin annesinin ilkökul mezunu olduğu, %93.8'inin annesinin çalışmadığı, çalışan annelerin %40.5'inin işçi olduğu bulunmuştur. Ergenlerin %28.3'ünün babasının ilkökul mezunu olduğu, %77.5'inin babasının çalışmadığı, çalışan babaların %30.3'ünün işçi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Ergenlerin cinsiyeti ile Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği ve Akran Zorbaları Belirleme Ölçeği puanlarının karşılaştırması tablo 2'de verilmiştir. Ergenlerin cinsiyeti ile EÜGA ve KEBKA puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkeklerin kızlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür ($p < 0.01$). Ergenlerin cinsiyeti ile Akran Zorbaları Belirleme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise izolasyon zorba/kurban, eşyalara zarar verme zorba/kurban ve söylenti yayma kurban puanları dışında tüm ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p < 0.01$) olduğu belirlenmiştir. Buna göre yine erkeklerin ölçek puan ortalamaları ve sıralar ortalaması kızlarınkinden yüksek bulunmuştur.

Tablo 2. Ergenlerin Cinsiyeti ile Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Anlayışı ve Akran Zorbalarına/Kurban Olmaya Yönelik Karşılaştırmalar

Ölçekler	AO±SS		Test, p		
	Kız	Erkek	Kız	Erkek	
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği					
EÜGA	14.39±6.52	21.27±7.46	t=-13.934	p=0.000	
KEBKA	13.87±4.32	17.30±4.49	t=-11.060	p=0.000	
Akran Zorbaları Belirleme Ölçeği	Medyan (IQR)		Sıralar Ortalaması		
	Kız	Erkek	Kız	Erkek	
Zorbalık	60 (54-75)	67 (56-86)	368.30	438.14	MWU=66945.500 p=0.000
Fiziksel zorba	19 (15-26)	22 (17-30)	363.40	443.10	MWU=64960.500 p=0.000
Sözel zorba	8 (7-11)	9 (7-14)	376.16	430.18	MWU=70129.000 p=0.001
İzolasyon zorba	6 (6-8)	6 (6-8)	401.04	404.99	MWU=80204.500 p=0.785
Söylenti yayma zorba	5 (5-5)	5 (5-6)	377.69	428.63	MWU=70749.00 p=0.000
Eşyalara zarar verme zorba	10 (10-11)	10 (10-12)	394.07	412.05	MWU=77381.500 p=0.193
Cinsel zorba	10 (10-10)	10 (10-11)	374.47	431.88	MWU=69446.500 p=0.000
Kurban	74 (61-89)	79 (63-107)	374.63	431.73	MWU=69508.50 p=0.000
Fiziksel kurban	24 (18-31)	27 (19-39)	364.90	441.57	MWU=65571.500 p=0.000
Sözel kurban	11 (7-15)	11 (7-19)	380.27	426.02	MWU=71794.000 p=0.005
İzolasyon kurban	7 (6-10)	7 (6-11)	390.81	415.35	MWU=76061.500 p=0.116
Söylenti yayma kurban	6 (5-8)	6 (5-9)	393.85	412.26	MWU=77295.500 p=0.231
Eşyalara zarar verme kurban	11 (10-15)	11 (10-16)	400.71	405.32	MWU=80073.000 p=0.768
Cinsel kurban	10 (10-12)	10 (10-14)	380.78	425.50	MWU=72002.000 p=0.002

IQR: Çeyreklerarası aralık (25%-75%), MWU: Mann Whitney U, EÜGA: Erkeği Üstün Gören Anlayış, KEBKA: Kadını Erkeğe Bağımlı Kılan Anlayış

Araştırmaya katılan ergenlerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği puanları ile Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği puanları arasındaki korelasyon tablo 3'te gösterilmiştir. Tabloya göre EÜGA ile kurban ve zorba arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Böylece EÜGA puanı arttıkça ergenlerin zorba ve kurban olma puanının da arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 3. Ergenlerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği ile Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=805)

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği / Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Puanları	Kurban Alt Boyutu (r)	p	Zorba Alt Boyutu (r)	p
KEBKA	.024	0.489	.055	0.116
EÜGA	.073*	0.039	.075*	0.034

* $p<0.05$ anlamlılık düzeyindedir. (Correlation is significant at the 0.05 level).
r: Spearman Korelasyon Katsayısı, EÜGA: Erkeği Üstün Gören Anlayış,
KEBKA: Kadını Erkeğe Bağlı Kılan Anlayış

TARTIŞMA

Bu çalışmada 805 ergenin toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile zorba davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçta, toplumsal cinsiyet eşitliği ve zorba davranışların cinsiyetlere göre farklı düzeyde olduğu ve toplumsal cinsiyet eşitliği ile zorba davranışlar arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışma ile zorbalığı önleme programlarında cinsiyetçi yaklaşımlara yönelik girişimlerin olmasının gerekliliği gözler önüne serilmiştir. Araştırma sorularına yönelik bulgular birbiriyle bağlantılı olduğundan tek tek değil bir arada tartışılmıştır. Tartışmada toplumsal cinsiyet ve şiddet ya da zorbalık konularını birlikte ele alan çalışmaların yer almasına özellikle dikkat edilmiştir.

Çalışmada ergenlerin toplumsal cinsiyet eşitliği ölçeği ile akran zorbalığı ve kurban olma puan ortalamalarının erkeklerde daha yüksek olduğu; EÜGA ile kurban olma ve akran zorbalığı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Ortaokul öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ataerkil cinsiyet inançlarını destekleyen tutumların erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Erkeklerde ataerkil cinsiyet inançlarını destekleyen tutumların akran şiddeti mağduru ve/veya faili olma ile pozitif olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir (Saed Ali ve ark., 2017). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre daha fazla şiddet davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Gençlerin geleneksel erkeklik algıları ile şiddet davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, gençlerin geleneksel kadınlık rolleri ile şiddet davranışları arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür (Demirkan, 2009). Yapılan bir çalışmada 15-25 yaş arası gençlerde kavgaya karışma oranının en fazla 15-17 yaş arasında olduğu; erkeklerin kızıllardan daha fazla kavgaya karıştıkları belirlenmiştir (Nair, 2015). Benzer çalışmalar üniversite öğrencileri ile de yapılmış olup yine toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeği ve şiddet eğilim ölçeği puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği; kadınların daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları ve şiddet eğiliminin ise erkeklerde daha

fazla olduğu belirlenmiştir. Şiddet eğilimleri ile toplumsal cinsiyet rolleri tutumu arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, şiddet eğilimi yüksek olan öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri tutumunun daha düşük olduğu görülmüştür (Baş, 2020). Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada toplumsal cinsiyet algısı puanları ve şiddet eğilimi puanlarının cinsiyetlere göre farklılık gösterdiği, kadınların toplumsal cinsiyet algısı puanlarının (olumlu yönde) daha yüksek, şiddet eğilimi puanlarının ise erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplumsal cinsiyet algısı puanları ile şiddet eğilimi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, toplumsal cinsiyet algısı (olumlu algı) puanları yükseldikçe, şiddet eğiliminin azaldığı saptanmıştır (Kul Uçtu ve Karahan, 2016). Birçok çalışma zorbalık, şiddet gibi davranışların ve olumsuz yönde toplumsal cinsiyet algısının erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Siber zorbalıkta da yine erkek öğrenciler lehine bir farklılaşma olduğu, bunun olmasında etkili olan etmenlerin başında toplumsal cinsiyet rollerinin geldiği görülmektedir (Baştürk Akca ve Sayımer, 2017). Tüm bunların altında yatan nedenler ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir. Çünkü şiddet de toplumsal cinsiyet algısı da zaman içinde sürekli güncellenen konulardır. Örneğin ortaokul öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ergenler, kadının toplumsal cinsiyet rollerini ihlal ettiği durumda eşinin kadına bağırmasını daha doğru, adil ve hak edilmiş olarak değerlendirmektedir. Bunun da toplumsal cinsiyet rolleri ihlal edildiği durumda bu ihlali gerçekleştiren kişilere gösterilen saldırgan davranışların ne yazık ki daha mazur görülebildiğine işaret etmektedir (Şat, 2019). Bazen yetişkinler fark etmeden ergenlerin bu tür davranışlarını pekiştirebilir, bazen de herhangi bir kitaptaki bir yazı, bir görsel buna neden olabilir. Nitekim ortaokul düzeyindeki ders kitaplarının incelendiği bir çalışmada öğretim programlarında toplumsal cinsiyet eşitsizliğine vurgu yapan kavramların zaman içinde giderilmiş olduğu belirlense de toplumsal eşitlik örneklerinin yeterli olmadığı görülmüştür (Karakuş, Mutlu ve Diker Coşkun, 2018). Lise sosyoloji kitabındaki görsellerde erkeklerin daha çok yer aldığı, erkeğin güvenilir, akıllı, koruyan, güçlü; kadının ise duygusal, yardıma muhtaç, korkak, şefkatli, narin zayıf iradeli niteliklerle anıldığı ise başka bir çalışmada belirlenmiştir (Odabaş Koç, 2017).

Literatüre bakıldığında (Demirkan, 2009; Nair, 2015; Kul Uçtu ve Karahan, 2016; Baştürk Akca ve Sayımer, 2017; Saed Ali ve ark., 2017; Şat, 2019; Baş, 2020) ortaokul düzeyinden üniversite düzeyine uzanan çalışmalarda sonuçların bizim çalışmamızla ve birbirleriyle benzer olması toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı şiddet davranışlarının daha erken yaşlarda ele alınması gerektiğini göstermektedir. Dolayısıyla bu cinsiyete dayalı yaklaşımların, rollerin sadece okullarda değil çok daha küçük yaşlarda ailelerde başlayıp, ilerleyen süreçte okulların da katılımıyla devam etmesi uygun olacaktır. Özellikle olumsuz sonuçların erkek cinsiyetiyle

karşımıza çıkması daha açıklayıcı çalışmalara gereksinim duyulduğunu da göstermektedir. Ancak cinsiyet eşitsizliklerinde insanların gereksinimlerinin daha doğru bir şekilde belirlenebilmesi için çok disiplinli, çok sektörlü, çok paydaşlı yaklaşımlar sergilenmelidir (Manandhar, Hawkes, Buse, Nosratid ve Magar, 2018). Zorbalıkta toplumsal cinsiyet normlarından kaynaklanan etmenleri ortaya koyacak daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim vardır. Ergenler toplumsal cinsiyete yönelik bu algılarının farkında bile olmayabilir. Öncelikle bu farkındalıkları sağlamak iyi bir başlangıç olacaktır. Her iki cinsiyet için de önemli fırsatlar vardır ve bunları uygun şekilde değerlendirmek önemlidir. Şiddet ve toplumsal cinsiyet anlayışları zaman içinde değişim gösterebilir. Ancak, evrensel yaklaşım toplumsal cinsiyetteki dönüşümlerin şekillenmesinde iyi bir destek olabilir. Örneğin, altı ülkede, 13-17 yaş grubu ergenlerde partner şiddetini önlemek amacıyla çalışma yapılmaktadır. Çalışmada toplumsal cinsiyet için de koruyucu olan iletişim becerileri, empati, olumlu sosyal duygusal yeterlilikler, öfke yönetimi ve şiddetsiz çatışma yönetimi gibi müdahaleler yer almaktadır (Vives Cases ve ark., 2019). Bu çalışmanın yürütüldüğü ülkelerden biri olan İspanya'dan elde edilen sonuçlar ise bu müdahalelerin faydalı olabileceği yönündedir (Pérez-Marco, Soares, Davó-Blanes ve Vives-Cases, 2020).

SONUÇ

Ergenlerin toplumsal cinsiyet anlayışını ve zorba davranışları birlikte ele alan bu çalışmanın sonuçları cinsiyetçi yaklaşımları ve zorba davranışları önlemeye yönelik yeni düzenlemelerin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Ergenlerin sağlıklı birer yetişkin olabilmeleri adına yapılacak düzenlemeler özellikle aileler ve okullarla birlikte yürütülürse daha etkin olabilecektir. Ergenler arasında zorba davranışlar oldukça yaygındır ve geleceklerini çeşitli yönlerden olumsuz etkileyebilmektedir. Ancak ne yazık ki göz ardı edilebilmektedir. Özellikle cinsiyetçi yaklaşımlar ve zorbalık aslında her alanda dikkat edilmesi gereken konulardır. Bu nedenle multidisipliner yaklaşım çözümleri daha kalıcı sonuçlara götürebilir. Ayrıca unutulmamalıdır ki ergenlik döneminde cinsiyetçi yaklaşımlara ve zorbalığa maruz kalmak, ne yazık ki ergenin geleceğini tehlikeye atmak anlamına gelmektedir. Hatta ergenin kendisi farkında olmadan bu sürecin içinde sürüklenip gidebilmektedir. Ergenlerdeki cinsiyetçi yaklaşımları ve zorba davranışları irdelemek farkındalık oluşmasında önemli unsurlardır. Böylelikle ergenlerin hangi yönde desteklenebilecekleri konusunda öngörü sahibi olunabilir.

Bu çalışmanın sonuçları sadece bir ilçenin liseye kayıtlı 805 ergenini kapsıyordu. Gelecekte daha büyük örneklemli çalışmalara yer verilmelidir. Ayrıca çalışmada toplumsal cinsiyet anlayışını ve zorba davranışları etkileyebilecek faktörler değerlendirilememiştir. Gelecekteki çalışmalarda bu özellikler de değerlendirilebilir, hatta ülkenin kültürel

çeşitliliği gözetilerek farklı bölgelerde yaşayan ergenlerden veriler alınarak kültürel yansımalar da ortaya konabilir. Ayrıca kültürel yansımaları tartışmak için ergenlerin erkek ve kadına ilişkin toplumsal algısını derinlemesine inceleyen nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir. Böylelikle elde edilen sonuçlar daha geniş örneklemli nicel araştırmalara yol gösterecek; okullarda yeni düzenlemelere olanak tanyacaktır. Ergenlere yönelik cinsiyetçi yaklaşımların ve zorbalığın önlenmesi için ailelerle ve okullarla çalışmalar yapılabilir. Tüm bu çalışmaların etkinliği sürekli değerlendirilebilir. Cinsiyetçi yaklaşımlar ve zorba davranışlar önemli halk sağlığı sorunlarıdır ve multidisipliner çalışmaların yapılması oldukça önemlidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma mevcut örneklem ile sınırlı olduğundan sonuçları sadece çalışma evrenine genellenebilir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje numarası: TYL-2018-4227).

Teşekkür

Bu çalışmanın yürütülmesini sağlayan ergenlere, ailelerine ve okul çalışanlarına katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne (Proje numarası: TYL-2018-4227) çalışmayı destekledikleri için teşekkür ederiz.

Raporlama sürecinde elim bir kaza sonucu hayatını kaybeden ve bu çalışmanın planlama ve veri toplama aşamalarına katkıda bulunan Abdullah Tardu'yu minnetle anıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Acar Erdol, T., Gözütok, F. D. (2017). Needs assessment for gender equality curriculum among high school students: an example of an anatolian high school. *Education and Science*, 42(190), 39-65. doi: 10.15390/EB.2017.6429.
2. Aslan, A., Önay Doğan, B. (2017). Çevrimiçi şiddet: Bir siber zorbalık alanı olarak "Potinss" örneği. *Marmara İletişim Dergisi*, 27, 95-119. doi: 10.17829/midr.20172729524.
3. Ayas, T., Piskin, M. (2011). Lise öğrencileri arasındaki zorbalık olaylarının cinsiyet, sınıf düzeyi ve okul türü bakımından incelenmesi. *İlköğretim Online*, 10(2), 550-568. Erişim adresi: <http://ilkogretim-online.org.tr/index.php/io/article/view/1602/1438>
4. Ayas, T., Pişkin, M. (2015). Akran zorbalığı belirleme ölçeği ergen formu. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 50, 316-24. Erişim adresi: <https://www.akademikbakis.org/file/50.pdf>
5. Baş, D. (2020). Trakya Üniversitesinin merkez ilçede eğitim gören öğrencilerinin şiddet eğilimleri ve toplumsal cinsiyete ilişkin

- tutumları. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.
6. Baştürk Akca, E., Sayımer, İ. (2017). Siber zorbalık kavramı, türleri ve ilişkili olduğu faktörler: mevcut araştırmalar üzerinden bir değerlendirme. *Online Academic Journal of Information Technology Special Issue*, 8(30). doi: 10.5824/1309-1581.2017.5.001.x
 7. Cangöz, İ. (2013). İletişim fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet farkındalığı ve cinsiyetçi şiddetle ilgili görüşleri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 19, 41-64. Erişim adresi: <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/pub/issue/7379/96600>
 8. Demirkan, U. Z. (2009). Toplumsal cinsiyet bağlamında gençlerin şiddet davranışları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Muğla.
 9. Dökmen, Z. Y. (2012). Toplumsal cinsiyet: Sosyal psikolojik açıklamalar. İstanbul: Remzi Kitabevi.
 10. Gözütok, F. D., Toraman, Ç., Acar Erdol, T. (2017). Toplumsal cinsiyet eşitliği ölçeğinin (TCEÖ) geliştirilmesi. *İlköğretim Online*, 16(3), 1036-1048. Erişim adresi: <http://ilkogretim-online.org.tr/index.php/io/article/view/2443>
 11. IBM SPSS Corp., Version 23.0. Armonk, NY: USA
 12. Karakuş, E., Mutlu, M., Diker Coşkun, Y. (2018). Toplumsal cinsiyet eşitliği açısından öğretim programlarının incelenmesi. *Istanbul University Journal of Women's Studies*, 7, 31-54. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iukad/issue/39940/474136>
 13. Kul Uçtu, A., Karahan, N. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet algısı ve şiddet eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of the Human and Social Sciences Researches*, 5(8), 2882-2905.
 14. Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosratid, E., Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ*, 96, 644-653. doi: 10.2471/BLT.18.211607
 15. Nair, G. (2015). Gençlik şiddetinin toplumsal nedenleri (Sivas merkez ilçe örneği). (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Ana Bilim Dalı, Sivas.
 16. Odabaşı Koç, Ö. (2017). Lise sosyoloji ders kitaplarında toplumsal cinsiyet eşitliği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitim Programları ve Öğretim Bilim Dalı, Kayseri.
 17. Özyadınlık, K. (2014). Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye'de kadın ve eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 33, 93-112. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/198262>
 18. Pérez-Marco, A., Soares, P., Davó-Blanes, M.C., Vives-Cases, C. (2020). Identifying types of dating violence and protective factors among adolescents in Spain: A qualitative analysis of Lights4Violence materials. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 2443. doi:10.3390/ijerph17072443.
 19. Rosen, N. L., Nofziger, S. (2019). Boys, bullying, and gender roles: how hegemonic masculinity shapes bullying behavior. *Gender Issues*, 36, 295-318. doi:10.1007/s12147-018-9226-0.
 20. Saed Ali, T., Karmaliani, R., Mcfarlane, J., Khuwaja, H. M. A., Somani, Y., Chirwaf, E. D., Jewkes, R. (2017). Attitude towards gender roles and violence against women and girls (VAWG): baseline findings from an RCT of 1752 youths in Pakistan. *Global Health Action*, 10(1). doi: 10.1080/16549716.2017.1342454
 21. Şat, F. (2019). Ergenlerin toplumsal cinsiyet rol ihlallerine yönelik tutumlarının incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Genel Psikoloji Bilim Dalı, Bolu.
 22. Taşdemir Afşar, S. (2015). Türkiye'de şiddetin "kadın yüzü". *Sosyoloji Konferansları*, 52(2), 715-73. doi: 10.18368/IU/sk.04297.
 23. Vives-Cases, C., Davo-Blanes, M. C., Ferrer-Cascales, R., Sanz-Barbero, B., Albaladejo-Blázquez, N., Sánchez-SanSegundo, M., et al. (2019). Lights4Violence: A quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health*, 19, 389. doi: 10.1186/s12889-019-6726-0.
 24. World Health Organization. *INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against*, (2016). Erişim tarihi: 08 Eylül 2020, <https://www.who.int/publications-detail-redirect/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
 25. World Health Organization. *Youth Violence*, (2020a). Erişim adresi: 08 Eylül 2020, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>
 26. World Health Organization. *Youth Violence*, (2020b). Erişim tarihi: 08 Eylül 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
 27. Zeyneloğlu, S. (2008). Ankara'da hemşirelik öğrenimi gören üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
 28. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim Tarihi: 21 Mayıs 2021, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Nurses' Views on Physical Examination Use and Related Factors

Hemşirelerin Fiziksel Muayene Kullanımı ile İlgili Görüşleri ve İlişkili Faktörler

Aysegül KORKMAZ DOĞDU^{ID}*,^a, Emine KOL^{ID}^b

^a MSc. Res. Asst. Akdeniz University, Faculty of Nursing, ANTALYA, TURKEY

^b Phd. Assoc. Prof. Akdeniz University, Faculty of Nursing, ANTALYA, TURKEY

ABSTRACT

Aim: This study aimed to determine the views of nurses regarding the use of physical examination methods and related factors affecting these views. Although nurses have long been expected to use physical examination methods in clinical practice, these techniques have not always been regularly used. Factors affecting the use of physical examination are nurses' negative views about physical examination and the institutional features they work in.

Methods: The study was conducted as descriptive study between July 2017 and February 2018 in adult clinical and intensive care units. The study sample comprised 606 nurses. Data were collected using the Nurses' Views of the Use of Physical Examination Questionnaire.

Results: The mean age of nurses was 35.05 ± 7.59 years. Of the nurses, 64.69% had a bachelor's degree, 82.51% had taken training on physical examination on undergraduation. The views of 88.1% of the nurses were that physical examination methods were an important tool providing information regarding the patient's clinical condition and assisting the early detection of deteriorating clinical conditions. Nurses' perspectives on physical examination methods were affected by their hospital setting, education level, and education on physical examination methods ($p < .05$).

Conclusion: According to the results, although nurses stated the necessity of using physical examination methods, it can be said that institutional policies affect the use in practice.

Key words: Health assessment, Nursing care, Physical examination, Physical examination methods

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelerin fiziksel muayene yöntemlerinin kullanımına ilişkin görüşleri ve bu görüşleri etkileyen faktörleri belirlemektir. Hemşirelerden klinik uygulamada fiziksel muayene yöntemlerini kullanmaları beklense de fiziksel muayenenin düzenli olarak kullanılmadığı bilinmektedir. Fiziksel muayene kullanımını etkileyen faktörler, hemşirelerin fiziksel muayene hakkındaki olumsuz görüşleri ve çalıştıkları kurum özellikleridir.

Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı olarak Temmuz 2017- Şubat 2018 tarihleri arasında erişkin klinik ve yoğun bakım ünitelerinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini 606 hemşire oluşturdu. Veriler, Hemşirelerin Fiziksel Muayene Kullanımına İlişkin Görüşleri Anketi kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 35.05 ± 7.59'dir. Hemşirelerin% 64.69'u lisans mezunudur, % 82.51'i fiziksel muayene yöntemleri ile ilgili lisans eğitiminde ders almıştır. Hemşirelerin %88.10'unun görüşleri, fiziksel muayene yöntemlerinin hastanın klinik durumuna ilişkin bilgi sağlamada ve kötüye giden klinik durumların erken farkedilmesinde önemli bir araç olduğu yönündedir. Hemşirelerin fiziksel muayene yöntemlerine ilişkin görüşleri çalıştığı hastane, eğitim düzeyi ve fiziksel muayene yöntemlerine ilişkin aldıkları eğitimden etkilenmektedir ($p < .05$).

Sonuç: Elde edilen sonuçlara göre hemşireler fiziksel muayene yöntemlerinin kullanılmasının gerekli olduğu görüşünde olsalar da kurumsal politikaların fiziksel muayenenin uygulamada kullanımını etkilediği ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel muayene, Fiziksel muayene yöntemleri, Hemşirelik bakımı, Sağlıkın değerlendirilmesi

*Corresponding Author: Aysegül KORKMAZ DOĞDU

Adres: Akdeniz University, Faculty of Nursing, Department of Fundamentals Nursing, ANTALYA, TURKEY

e-posta: ayseguldogdu@akdeniz.edu.tr

Geliş tarihi:16.06.2021

Kabul tarihi:08.09.2021

INTRODUCTION

Physical examination refers to the process by which objective data are collected on patients and the whole body is comprehensively assessed (Bayer, 2016; Olgun & Tosun, 2017). Physical examination methods are part of the stage of data collection, which is the main step of the nursing process (Birks, Cant, James, Chung, & Davis, 2013; A. Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Nurses need physical examination data to identify patients' care needs and plan their care. The national and international literature has regulations and standards stipulating that nurses be informed of physical examination methods to assess patients' health conditions (British Columbia College of Nursing Professionals, 2018; Singapore Nursing Board, 2018; TR Official Newspaper, 2011).

Although the widespread use of physical examination methods in nursing began in the 1970s, nurses were observing and applying such methods as body temperature and blood pressure measurement and fetal heart sound auscultation in the second half of the nineteenth century (Holzemer, Barkauskas, & Ohlson, 1980; Sandelowski, 2000; Weber & Kelley, 2014). During World Wars I and II, nurses were expected to monitor the skin color of patients in septic shock, measure pulse and respiration rates, and with the opening of intensive care units, assess patients quickly and in a solution-oriented manner (D'Antonio, Fairman, & Whelan, 2013; Fuller & Schaller-Ayers, 2000; Holder, 2004). In the following years, they continued to use physical examination methods such as taking patients' health history and assessing them physically and psychosocially (Holzemer et al., 1980; Weber & Kelley, 2014). As nurses' roles expanded, the need for physical examination increased. The New Deal Initiative and Calman Report were influential in the development of these roles, introducing regulation of general practitioners and including traditional medical roles in nursing roles. The new Agenda for Change has stressed the importance of vocational training for nurses. These strategies have made it imperative that nurses use physical examination (Rushforth, Warner, Burge, & Glaspe, 1998; Wheeldon, 2005).

When the views of nurses on the use of physical examination methods have been examined, several limitations in physical examination practice have been identified, including nurses reporting certain barriers to performance of examination methods, variability in views based on department, and an overall lack of knowledge on these methods (Bauer, Fetherstonhaugh, & Winbolt, 2018; Khoran, Alhani, & Hajizadeh, 2018; Liyew, Dejen Tilahun, & Kassew, 2020; Rylance, Chapman, & Harrison, 2012; Schmitt, Maia, Almeida, & Adamy, 2015). For example, nurses working in the acute psychiatry clinic stated that physicians are active in this role, physical changes can be adequately detected through patient observation, the working environment is too intense to

include examination, and nurses have inadequate knowledge regarding patient assessment (Rylance et al., 2012). However, the majority of critical care nurses viewed comprehensive physical examination of patients as necessary (Liyew et al., 2020). On the other hand, nurses have reported irregularities in working hours, insufficient staff, large patient volume, and lack of knowledge on physical examination as barriers to performing physical examination methods (Schmitt et al., 2015). Bauer et al. (2018) also revealed similar barriers. In a previous study the barriers most commonly reported by nurses were lack of time, inadequate assessment materials, and patients' health, cognitive, and cooperation status (Bauer et al., 2018). Nurses rejected physical examination as a responsibility, did not attach importance to it, maintained the belief that their role does not include examination, and used evaluation methods only in the event of a clinical change. Physicians' failure to consider nurse evaluation results is also seen as an obstacle to evaluation, and nurses often trust others and technology to gather reliable evaluation findings (Khoran et al., 2018).

In this context, nurses' use of physical examination methods is limited due to numerous institutional and individual factors (Chua & Liaw, 2016; Douglas et al., 2014; Fennessey, 2019; Hartigan, Murphy, Flynn, & Walshe, 2010; Hendrich, Chow, Skierczynski, & Lu, 2008; McElhinney, 2010; Rylance et al., 2012; Schmitt et al., 2015; Shi, He, Zhang, Morrow, & Zhao, 2020; Tan et al., 2021). The institutional factors include ward culture, unrecognition of nurses' use of physical examination methods by other disciplines, imbalance in patient–nurse ratio and working hours, lack of standard physical assessment documentation forms, lack of time, insufficient support and guidance, and burnout (Douglas et al., 2014; Fennessey, 2019; Schmitt et al., 2015; Shi et al., 2020). The individual factors include nurses' low perceived self-efficacy to use physical examination, difficulty in diagnosing the problems of a particular system accurately, low self-confidence in clinical measurements, lack of current information, and lack of training (McElhinney, 2010; Rylance et al., 2012; Schmitt et al., 2015; Shi et al., 2020). Other factors preventing nurses from using physical examination methods are that they may believe that these methods have little effect on patient care (Adib-Hajbaghery & Safa, 2013; Aydın & Dörtbudak, 2004; Osborne, Douglas, Reid, Jones, & Gardner, 2015).

In the literature, discussions have addressed whether nurses should perform detailed physical examination, whether physical examination contributes to the development of nursing roles or is an extension of different occupational roles, and whether data contribute to the objective of nursing care (Lesa, Cert, & Dixon, 2007; Wheeldon, 2005). However, studies are now investigating how physical examination can be

taught more effectively in nursing education and how nurses can use physical examination (Choi et al., 2020; Jamerson, 2019; Sushmitha, Krishnan, Tessy John N, & Jose, 2020) and be supported to do so (Donnelly & Martin, 2016; M. Khoran, Alhani, & Hajizadeh, 2016; Mitoma & Yamauchi, 2018). This body of research indicates that physical examination methods, which have become more common in recent years, should be simplified for nurses. Thus, it is necessary to evaluate the current practices regarding the use of physical examination techniques in order to strengthen the application of these methods in clinical practice by the nurses of our country. The aim of this study was then to determine adult clinical and intensive care unit nurses' views on the use of physical examination and related to factors.

The research questions

1. What are nurses' views on the use of physical examination methods?
2. What are the factors that affect the use of physical examination by nurses?

METHODS

This study aimed to determine nurses' views on the use of physical examination methods and related factors.

Type of Research

This research was conducted as descriptive. Research data will be collected through a questionnaire.

Place of Research

The study was conducted with the nurses of adult clinical and intensive care units of three public hospitals: Akdeniz University Hospital (Hospital 1), Antalya Training and Research Hospital (Hospital 2), and Antalya Atatürk Public Hospital (Hospital 3). Hospital 1 has 983 beds and 880 nurses. Nursing students in the bachelor's degree program at Akdeniz University Nursing Faculty attend Hospital-1 for clinical practice, the nurses of the hospital receive postgraduate education at the Nursing Faculty, and in-service training of all nurses is conducted by the professors of the Nursing Faculty. In the last five years, the educators of the Akdeniz University Nursing Faculty have provided the nurses of Hospital-1 with training on the development of physical examination methods, development of care behaviors, drug applications, and symptom management in oncology.

Hospital-2; has 1,270 beds and 850 nurses. Hospital-2 provides five in-service training sessions per year for nurses and other healthcare professionals, but the training not included to physical examination methods.

Hospital-3; has 525 beds and 387 nurses. Hospital-3 has been verbally reported to provide nurses with training for their postgraduate development, but formal education records have not been available.

Functional nursing services are provided in in all three institutions, and the management service comprises a healthcare services directorate and a nurse in charge.

Population and Sample of the Research

The study population consisted of 1,417 nurses of the three public hospitals. The inclusion criterion was nurses working in services for at least one year. The exclusion criteria were working in pediatrics, psychiatry clinics, and emergency units. Sample selection was not used in the study, and it aimed to reach the whole population. Those who agreed to participate in the study were included in the sample. A total of 606 questionnaires were collected due to nurses' unwillingness to participate in the study, being on annual or maternity leave, and filling in the questionnaire incompletely. Approximately 250 nurses did not participate in the study because they were on annual leave, maternity leave, or on report, and 180 nurses were excluded due to working for less than one year. Three hundred twenty-nine nurses chose not to participate in the study because physical examination was not performed in their hospitals. Ultimately, 606 questionnaires were analyzed after exclusion of 52 incomplete questionnaires.

Data Collection Tools

The researcher herself collected the data. Nurses were informed about the purpose and procedure of the study. The number of nurses in the clinics was obtained from head nurses and the work charts. The completed forms were marked on the name-list of nurses provided by the hospital administration and were then checked to see whether they were completed by participants. Based on the nurses' work schedules, the clinic was visited and the nurse was asked to complete the data collection form. The researcher remained in the clinic in case any questions arose in the process of filling out the form, though there was no active interaction between nurses. The nurses who chose not to complete the form were asked for their reason for not participating.

The research data were collected between July 2017 and February 2018 using the Nurses' Views of the Use of Physical Examination Questionnaire developed by the researcher based on a literature review (Birks et al., 2013; Douglas et al., 2014; McElhinney, 2010; Schmitt et al., 2015). The questionnaire consists of 16 items scored on a three-point Likert scale (disagree, undecided, agree). The questionnaire items were developed to determine the views of nurses about the use of physical examination methods. Four experts were consulted on the clarity and applicability of the questionnaire, which was then revised based on their feedback. A pilot study was conducted with 40 nurses, who were not included in the main study. They reported that the items were intelligible, short, and easy to read. The time required to complete the questionnaire was determined as five to seven minutes.

Evaluation of Data

The data were analyzed using SPSS for Windows 22.0. Data compatibility was determined using the Shapiro–Wilk test. The data showed a normal distribution, and parametric tests were used in the statistical analysis. The demographic and professional characteristics of the nurses were summarized using descriptive analyses including arithmetic mean, frequency, and percentage analysis. As the questionnaire was not employed as a scale, no scoring was performed; the frequency and percentage for each item was instead calculated and interpreted. The institutional and educational factors that may affect nurses' views on physical examination were analyzed with chi-square tests. The statistical significance level was accepted as .05.

Ethical Aspect of Research

Institutional Review Ethics Board approval was obtained for conducting the research (approval date 17/08/2016 and number 2012-KAEK-20). Afterward, permission was obtained from the General Secretariat of the Association of Antalya Public Hospitals for Hospital-2 and Hospital- 3 (document number 20387 and date 28/04/2017) and from the Head Physician of Hospital-1 (document number E58711 and date 02/05/2017). Nurses were verbally informed about the purpose, procedure, and confidentiality of the study and that participation was voluntary. Participants' names were not used for confidentiality reasons.

RESULTS

The average age of the nurses was 35.05 ± 7.59 years. Females comprised 93.07% of the sample, and 64.69% of the

sample had a bachelor's degree while 9.08% had a postgraduate degree (Table 1). Among the physical examination methods used frequently, 36.50% and 26.90% of nurses used palpation and inspection, respectively. In this study, 82.51% of nurses had physical examination methods education in the under graduation period and 28.71% of nurses had in-service training.

Agreement was noted among 88.1% of the nurses in the study that physical examination is an important tool in defining the clinical condition of the patient, and 86 % of the nurses agreed that it is more satisfying to use physical examination methods to know and understand patients and their problems (Table 2).

Table 2. Responses of nurses regarding views the use of physical examination methods (n: 606)

Nurses' Views	Agree n (%)	Undecided n (%)	Disagree n (%)
1. Nurses are responsible for using physical examination methods	400 (66.00)	98 (16.20)	108 (17.80)
2. Information on physical examination methods provided during nursing education is sufficient for my professional life	251 (41.40)	165 (27.20)	190 (31.40)
3. Information on physical examination methods provided during nursing education is consistent with clinical practice	328 (54.10)	139 (22.90)	135 (22.30)
4. Post-graduation in-service training is necessary	488 (80.50)	56 (9.20)	61 (10.10)
5. I use physical examination methods in the clinic where I work	470 (77.60)	59 (9.70)	73 (12.00)
6. Physical examination methods are an important way to provide information on patients' clinical condition	534 (88.10)	23 (3.80)	49 (8.10)
7. Physical examination methods are an important way to determine patients' deteriorating clinical conditions	534 (88.10)	25 (4.10)	45 (7.40)
8. Using or applying physical examination methods is useful for professional development	524 (86.50)	35 (5.80)	47 (7.80)
9. Physicians are not responsible for the physical examination methods I use	414 (68.30)	100 (16.50)	86 (14.20)
10. I use physical examination methods because nurses are responsible for them	437 (72.10)	75 (12.40)	92 (15.20)
11. I would like to use physical examination methods as long as the institution where I work supports it	453 (74.80)	82 (13.50)	68 (11.20)
12. The more years of work and experience nurses have, the more often they use physical examination methods	406 (67.00)	84 (13.90)	113 (18.60)
13. If physical examination methods are constantly used in my workplace, it motivates me to use them	454 (74.90)	84 (13.90)	65 (10.70)
14. I would rather use physical examination methods than do paperwork	486 (80.20)	54 (8.90)	62 (10.20)
15. It is more satisfying to use physical examination methods to know and understand patients and their problems	521 (86.00)	42 (6.90)	42 (6.90)
16. It is easier to prepare a nursing care plan using physical examination data.	503 (83.00)	59 (9.70)	43 (7.10)

Of the nurses working in Hospital 1, 79.91% agreed with the item “nurses are responsible for using physical examination methods,” a higher rate than other hospitals ($p < .00$). Similarly, 88.79% of nurses working in Hospital-1 agreed with the item “post-graduation in-service training is necessary” (88.79%; $p < .00$), and 83.19% agreed with the item “I would like to use physical examination methods as long as the institution where I work supports it” (83.18%; $p < 0.002$). A statistically significant difference was found compared to the other hospitals (Table 3).

Table 1. Demographic and professional characteristics of nurses

Demographic and occupational characteristics	Total	
Age Groups	n	%
20-30	197	32.94
31-40	252	42.14
41+	149	24.92
Gender		
Female	564	93.07
Male	42	6.93
Marital status		
Married	427	70.58
Single	178	29.42
Educational Level		
High school	35	5.78
Associate degree	124	20.46
Bachelor's degree	392	64.69
Postgraduate degree	55	9.08
Institution		
Hospital 1	231	38.1
Hospital 2	255	42.1
Hospital 3	120	19.8
Department		
Surgery Services	236	39.20
Internal Medicine Services	192	31.89
Intensive Care Units (ICUs)	174	28.90

Table 3. The relationship between the nurses' views and the institution

Nurses' views	*Institution			χ^2/p
	Hospital 1 (%)	Hospital 2 (%)	Hospital 3 (%)	
1. Agree	79.91	58.26	55.00	39.173/ <.000*
Undecided	11.68	19.83	17.50	
Disagree	8.41	21.90	27.50	
2. Agree	36.92	45.04	40.00	6.447/ .168
Undecided	31.78	25.62	23.33	
Disagree	31.31	29.34	36.67	
3. Agree	54.21	54.96	52.50	2.776/ .596
Undecided	24.30	20.25	25.00	
Disagree	21.50	24.79	22.50	
4. Agree	88.79	76.86	74.17	19.284/ .000*
Undecided	6.07	9.50	14.17	
Disagree	5.14	13.64	11.67	
5. Agree	84.11	72.31	78.33	18.154/ .001**
Undecided	7.94	13.64	4.17	
Disagree	7.94	14.05	17.50	
6. Agree	92.99	88.02	80.00	14.406/ .006**
Undecided	1.87	4.13	6.67	
Disagree	5.14	7.85	13.33	
7. Agree	83.18	88.43	84.17	4.898/ .298
Undecided	3.27	3.72	5.83	
Disagree	5.61	7.85	10.00	
8. Agree	91.12	85.54	79.17	12.427/ .015**
Undecided	2.80	6.61	9.17	
Disagree	6.07	7.85	11.67	
9. Agree	82.10	61.40	60.00	34.326/ <.000*
Undecided	10.90	21.90	16.70	
Disagree	7.00	16.70	23.30	
10. Agree	83.00	66.10	65.00	21.853/ .000*
Undecided	8.30	15.40	14.20	
Disagree	8.70	18.50	20.80	
11. Agree	83.18	71.49	66.67	16.632/ .002**
Undecided	9.81	14.88	16.67	
Disagree	7.01	13.64	16.67	
12. Agree	70.09	68.60	59.17	7.730/ .102
Undecided	14.02	14.46	13.33	
Disagree	15.89	16.94	27.50	
13. Agree	78.97	75.21	69.17	5.527/ .237
Undecided	12.62	12.40	17.50	
Disagree	8.41	12.40	13.33	
14. Agree	84.11	79.75	75.00	6.384/ .172
Undecided	8.41	8.26	11.67	
Disagree	7.48	11.98	13.33	
15. Agree	91.12	84.71	81.67	9.575/ .048**
Undecided	4.21	7.85	8.33	
Disagree	4.67	7.44	10.00	
16. Agree	86.45	81.82	80.00	5.581/ .233
Undecided	8.88	9.50	10.00	
Disagree	4.67	8.68	10.00	

* < .001 ** < .05 Hospital 1: Akdeniz University Hospital, Hospital 2: Antalya Training and Research Hospital Hospital 3: Antalya Atatürk Public Hospital

Nurses with bachelor's degrees and postgraduate degrees showed high rates of agreeing with the item "nurses are responsible for using physical examination methods" (69.71% and 83.02%, respectively) compared to other education level groups ($p < 0.000$). Nurses who had received undergraduate training in physical examination methods agreed more with this item (71.91%) than those who had not received training ($p < 0.000$). Of the nurses who had received in service education on physical examination methods, 68.48% with the item "information on physical examination methods provided during nursing education is consistent with clinical practice" ($p < 0.000$; Table 4).

DISCUSSION

This study found that nurses frequently used palpation and inspection methods. Studies have shown that nurses mostly use these methods, with auscultation and percussion used less frequently (Birks et al., 2013; Cicolini et al., 2015; Majczak & Hohl, 2015; Osborne et al., 2015). Researchers have stated that nurses prefer inspection to observe the general condition of patients and use palpation to measure heart rate and body temperature (Cicolini et al., 2015; Osborne et al., 2015). Studies have likewise indicated that physical examination methods are frequently used to evaluate critical situations, such as monitoring the patient's hemodynamic parameters (Cicolini et al., 2015; Liyew et al., 2020; Osborne et al., 2015). A study conducted in Japan revealed that nurses tended to use auscultation more than inspection (Maejima & Ohta, 2019). Estes (2013, p. 262), described physical examination as assessing patients systematically using these methods. According to this definition, physical examination should be done completely and systematically to demonstrate that nurses use physical examination methods. However, as shown in the literature, monitoring only vital signs with inspection and palpation, and the use of auscultation mainly in the assessment of the chest area, does not cover a complete physical examination process and may not define the patient's critical condition as a whole. Therefore, the use of inspection, palpation, percussion, and auscultation methods as a whole is necessary in patient evaluation to improve the physical examination skills of nurses.

In this study, nurses expressed that physical examination was an effective method of collecting data about the patient's condition and identifying critical health status (Table 2). It has been reported that the assessment, interpretation, and actions taken based on the findings obtained by nurses through physical examination contributes to positive health outcomes for patients (Wombeogo, Azongo, & Abugre, 2018).

Table 4. The relationship between the nurses' views and their education status and their education on physical examination methods

Nurses' Views	Education Status				χ^2/p	Training on Physical Examination Methods						
	High School %	Associate Degree %	Bachelor Degree %	Postgraduate Degree %		Undergraduation		χ^2/p	In service training		χ^2/p	
						Yes %	No %		Yes %	No %		
1.	Agree	51.52	48.72	69.71	83.02	71.91	35.35		68.48	64.48		
	Undecided	30.30	21.37	15.01	5.66	30.161/ <0.000*	13.21	31.31	52.131/ <0.000*	12.73	17.76	3.165/ .206
	Disagree	18.18	29.91	15.28	11.32		14.88	33.33		18.79	17.76	
2.	Agree	45.45	40.17	41.55	35.85		44.44	24.24		58.18	34.06	
	Undecided	21.21	27.35	27.08	33.96	2.188/ 0.902	26.62	31.31	15.213/ .000*	19.39	30.66	29.896/ <0.000*
	Disagree	33.33	32.48	31.37	30.19		28.93	44.44		22.42	35.28	
3.	Agree	54.55	52.14	54.16	58.49		58.28	34.34		68.48	48.42	
	Undecided	33.33	23.08	21.72	22.64	0.568/ .568	21.17	30.30	18.529/ < .000*	15.76	25.55	19.169/ <0.000*
	Disagree	12.12	24.79	24.13	18.87		20.55	35.35		15.76	26.03	
4.	Agree	87.88	70.94	82.84	83.02		82.81	70.71		85.45	78.83	
	Undecided	9.09	12.82	8.58	5.66	12.460/ .053	7.76	16.16	13.893/ .001**	6.06	10.46	5.012/ .0816
	Disagree	3.03	16.24	8.58	11.32		9.43	13.13		8.48	10.71	
5.	Agree	81.82	72.65	78.55	83.02		81.34	61.62		85.45	74.94	
	Undecided	12.12	11.11	8.85	9.43	4.089/ .665	8.60	14.14	18.459/ <0.000*	6.67	10.71	8.028/ .018**
	Disagree	6.06	16.24	12.60	7.55		10.06	24.24		7.88	14.36	
6.	Agree	93.94	82.91	88.74	92.45		89.52	81.82		90.30	87.35	
	Undecided	3.03	5.98	3.49	1.89	5.263/ .511	2.94	8.08	9.008/ .011**	3.03	4.14	1.686/ .431
	Disagree	3.03	11.11	7.77	5.66		7.55	10.10		6.67	8.52	
7.	Agree	96.97	82.91	89.01	92.45		88.89	86.87		90.91	87.59	
	Undecided	-	4.27	4.56	1.89	9.433/ .151	3.14	8.08	10.093/ .006**	3.03	4.38	1.97/ .373
	Disagree	3.03	12.82	6.43	5.66		7.97	5.05		6.06	8.03	
8.	Agree	90.91	80.34	86.33	96.23		87.63	79.80		90.91	84.43	
	Undecided	6.06	5.98	6.43	-	11.0800/ 0.086	4.40	12.12	13.069/ .002**	1.82	7.30	7.85/ .020**
	Disagree	3.03	13.68	7.24	3.77		7.97	8.08		7.27	8.27	
9.	Agree	45.70	56.10	73.50	81.50		73.50	47.60		68.40	69.20	
	Undecided	37.10	19.50	14.90	9.30	31.787/ .000*	13.30	32.40	30.141/ .000*	14.90	17.40	1.381/ .501
	Disagree	17.10	24.40	11.60	9.30		13.10	20.00		16.70	13.40	
10.	Agree	54.30	57.30	76.90	85.50		76.90	50.90		73.40	71.90	
	Undecided	20.00	20.20	10.50	3.60	29.497/ .000*	9.00	28.30	36.842/ .000*	9.80	13.50	1.721/ .423
	Disagree	25.70	22.60	12.60	10.90		14.10	20.80		16.80	14.60	
11.	Agree	78.79	70.09	75.34	79.25		78.20	58.59		76.97	73.97	
	Undecided	15.15	12.82	13.67	11.32	4.734/ .578	11.53	22.22	17.63/ .000*	11.52	14.11	1.619/ .445
	Disagree	6.06	17.09	10.99	9.43		10.27	19.19		11.52	11.92	
12.	Agree	72.73	71.79	64.88	69.81		67.09	67.68		71.52	65.45	
	Undecided	15.15	9.40	15.28	15.09	4.495/ .610	14.26	13.13	0.056/ .972	15.15	13.63	2.797/ .247
	Disagree	12.12	18.80	19.84	15.09		18.66	19.19		13.33	20.92	
13.	Agree	69.70	72.65	75.87	81.13		77.78	63.64		78.18	74.21	
	Undecided	21.21	15.38	12.60	11.32	4.531/ .605	11.95	21.21	14.160/ .000*	12.12	14.11	1.442/ .486
	Disagree	9.09	11.97	11.53	7.55		10.27	15.15		9.70	11.68	
14.	Agree	78.79	78.63	80.70	83.02		82.18	71.72		79.39	80.78	
	Undecided	12.12	6.84	9.38	9.43	3.510/ 0.744	7.76	15.15	7.204/ .027**	10.91	8.27	0.862/ .650
	Disagree	9.09	14.53	9.92	7.55		10.06	13.13		9.70	10.95	
15.	Agree	87.88	81.20	86.33	98.11		88.68	75.76		86.67	86.37	
	Undecided	6.06	9.40	6.70	-	7.476/ 0.279	5.03	14.14	19.8433/ <0.000*	5.45	7.06	1.2441/ .5369
	Disagree	6.06	9.40	6.97	1.89		6.29	10.10		7.88	6.57	
16.	Agree	87.88	80.34	82.31	92.45		84.28	77.78		84.24	82.73	
	Undecided	9.09	11.11	9.38	5.66	4.976/ .547	8.39	14.14	7.831/ .021**	7.88	9.98	1.456/ .483
	Disagree	3.03	8.55	8.31	1.89		7.34	8.08		7.88	7.30	

* < .001 ** < .05

Consistent with this study results, different studies have shown that frequent observation and use of physical examination methods help in evaluating changes in condition (Fennessey, 2019; Hogan, 2006; Zambas, Smythe, & Koziol-Mclain, 2016). Hogan (2006) reported that it is important to evaluate blood pressure, pulse, and respiratory rate to identify critically ill patients. The patient assessment process must include physical examination as well as the health history for a rapid condition assessment of the patient using vital signs and specific clues. McElhinney (2010) observed that nurses believe they can better understand patients and their problems and recognize critical situations more easily with physical examination methods. In a qualitative study, stakeholders consisting of nurses, doctors, nurse managers, and educators stated that the use of systematic physical examination skills by advanced-practice nurses in the community had a protective effect on health and enabled disease symptoms to be identified at an early stage (Raleigh & Allan, 2017).

The importance of physical assessment in managing critical situations and handling the patient as a whole is clear. In this context, the views of nurses on the use of physical examination methods found by this study may be considered positive in the dimension of obtaining data from patients and recognizing critical situations.

In this study, nurses with bachelor's degree and postgraduate degree evaluated the use of physical examination within the scope of their duties (Table 4). This degree programs have a more extensive scope than high-school and associate-degree programs in training professional nurses and providing students with professional philosophy. Nursing students in bachelor's and postgraduate degree programs have more detailed information about physical examination and have the opportunity to apply high-level skills. Studies have shown that nursing education is effective in the use of physical examination. Khoran et al. (2018) reported that non-standard nursing education curricula and lack of knowledge about patient assessment were among the barriers faced by nurses in health assessment. Egilsdottir, Byermoen, Moen, and Eide (2019) reported that during three-year undergraduate nursing education, basic physical examination skills are increasingly being used in clinical practice education. Training of intensive care nurses about physical examination has been shown to positively affect their physical examination knowledge (Liyew et al., 2020). The importance of assessing the individual as a whole in nursing education has been often discussed, and this process forms the basis for the nursing student's use of physical examination. However, the evaluation of the individual and the use of physical examination methods are skills that a nurse must use throughout their professional life, and continuous training and information updates after graduation keep these skills current. In accordance with studies showing the effect of education on the use of physical examination methods, this study found that the rate of physical examination use was high

in hospitals organizing in-service training and holding activities such as congresses and courses.

The results of this study suggest that the training and institutional support affected the adoption of physical examination use and evaluation within the scope of their professional roles. The high frequency and rate of physical examination use by Hospital 1 and 2 nurses is an important finding in this sense (Table 3). Hospitals in Turkey are divided into groups according to their working activities. In Hospitals 1 and 2, job descriptions of employees are clear, scientific activities and studies are performed, and in-service training is intensive. On the other hand, nurses working at Hospital 3, where in-service training education records were not available, were less willing to practice physical examination. Bauer et al. (2018) stated that organisational and managerial support facilitates the nurses use of physical examination. The positive effect of nurses' training under graduation and postgraduation period on their willingness to use physical examination methods is a result compatible with the literature. International studies have indicated that nurses who received training on physical examination after graduation used physical examination more frequently in practice than those who did not (Baid, Bartlett, Gilhooly, Illingworth, & Winder, 2009; Mitoma & Yamauchi, 2018; Neville, Gillon, & Milligan, 2011). Nurses who received physical examination training after graduation also applied physical examination related to the respiratory and cardiovascular systems more frequently and were able to recognize the problems of patients faster. The effect on nurses' use of physical examination methods of an institutional culture in which physical examination is practiced, a culture of patient care, and training in physical examination methods cannot be denied. In this direction, it will be important to reinforce and update the physical examination knowledge and skills obtained in nursing education with post-graduation training and to create a culture of physical examination practice in clinics.

CONCLUSION

Our research findings show that the use of physical examination is effective in constantly observing the individual in patient care and determining their critical condition, as well as that nurses working in institutions where post-graduation training is given and job descriptions are clear are more inclined to use physical examination methods. Nurses who have received training in physical examination methods in their nursing education and are supported by in-service training after graduation use physical examination methods more consciously.

The fact that nurses have positive opinions about the use of physical examination methods is an important finding. The effects of education level of nurses, their education about physical examination, and the influence of the institution where they work should be further evaluated. In this context, it will

be important to support nurses with continuous training on the use of physical examination methods after graduation, guide them at an institutional level, and provide single-level undergraduate nursing education to popularize the use of physical examination methods, especially considering that some in Turkey have a high-school nursing education. In addition, the effect on physical examination methods of nurses' working hours and the number of patients they care for has not been examined, and these relationships should be investigated in future studies.

Limitations

The first limitation of the study is that the sample is not representative of Turkey as a whole, and therefore, the results may not be generalizable to a wider population. The second limitation is that some nurses did not volunteer to participate in the study due to an excessive workload, and the high number of patients being cared for.

Author Contributions

All authors confirmed that they are in agreement with the content of the manuscript.

- Study conception and design: AKD, EK
- Data collection: AKD
- Data analysis and interpretation: Statistics Support From expert statistician, AKD, EK
- Drafting of the article: AKD
- Critical revision of the article: EK

Acknowledgment

We would like to thank the clinical nurses who participated in this study. We thank the Akdeniz University Scientific Research Projects Coordination Unit for supporting this study with project number TYL-2017-2138.

Conflict of Interest

No conflict of interest has been declared by the authors.

REFERENCES

1. Adib-Hajbaghery, M., & Safa, A. (2013). Nurses' Evaluation of Their Use and Mastery in Health Assessment Skills: Selected Iran's Hospitals. *Nursing and Midwifery Studies*, 2(3), 39-43.
2. Aydın, D., & Dörtbudak, Z. (2004). Nurse's knowledge and use of physical assessment methods within the context of patient assessment. *Journal of Education and Research in Nursing*, 1(1), 29-33.
3. Baid, H., Bartlett, C., Gilhooly, S., Illingworth, A., & Winder, S. (2009). Advanced physical assessment: the role of the district nurse. *Nursing Standard*, 23(35).
4. Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., & Winbolt, M. (2018). Perceived barriers and enablers to conducting nursing assessments in residential aged care facilities in Victoria, Australia. *Australian Journal Of Advanced Nursing* 36(2), 14-22.
5. Bayer, L. (2016). Patient Clinical Examination of Adults: Learning Videos in English. (Degree Programme Bachelor's Thesis). Lahti University, Lahti University of Applied Sciences Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/fdcb/e5b4b8b8bfd985efefd865404051bf919ec.pdf>
6. Birks, M., Cant, R., James, A., Chung, C., & Davis, J. (2013). The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian*, 20(1), 27-33. doi:10.1016/j.colegn.2012.02.004
7. British Columbia College of Nursing Professionals. (2018). Professional Standards for Registered Nurses and Nurse Practitioners. Canada: Granville St Vancouver Retrieved from www.bccnp.ca
8. Büyüköztürk, Ş. (2005). Anket geliştirme. *Dergi Park Akademi*, 3(2), 133-151. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/tebd/issue/26124>.
9. Choi, J., Lee, S. E., Bae, J., Kang, S., Choi, S., Tate, J. A., & Yang, Y. L. (2020). Undergraduate nursing students' experience of learning respiratory system assessment using flipped classroom: A mixed methods study. *Nurse Educ Today*, 104664. doi:10.1016/j.nedt.2020.104664
10. Chua, W. L., & Liaw, S. Y. (2016). Assessing beyond vital signs to detect early patient deterioration. *Evid Based Nurs*, 19(2), 53. doi:10.1136/eb-2015-102092
11. Cicolini, G., Tomietto, M., Simonetti, V., Comparcini, D., Flacco, M. E., Carvello, M., & Manzoli, L. (2015). Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: a quantitative survey. *J Clin Nurs*, 24(23-24), 3700-3706. doi:10.1111/jocn.12997
12. D'Antonio, P., Fairman, J. A., & Whelan, J. C. (2013). *Routledge handbook on the global history of nursing*. U.S.A: Routledge.
13. Donnelly, M., & Martin, D. (2016). History taking and physical assessment in holistic palliative care. *British Journal of Nursing*, 25(22), 1251-1255.
14. Douglas, C., Osborne, S., Reid, C., Batch, M., Hollingdrake, O., Gardner, G., & Members of the, R. P. A. R. C. (2014). What factors influence nurses' assessment practices? Development of the Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale. *J Adv Nurs*, 70(11), 2683-2694. doi:10.1111/jan.12408
15. Egilsdottir, H. O., Byermoen, K. R., Moen, A., & Eide, H. (2019). Revitalizing physical assessment in undergraduate nursing education - what skills are important to learn, and how are these skills applied during clinical rotation? A cohort study. *BMC Nurs*, 18, 41. doi:10.1186/s12912-019-0364-9
16. Estes, M. E. Z. (2013). *Health Assessment & Physical Examination* (5th ed., pp. 241-871).
17. Fennessey. (2019). Physical Assessments are Essential to Patient Outcomes: Are RNs Really Performing Them. Paper presented at

- the Creating Healthy Work Environments, New Orleans, USA. <https://stti.confex.com/stti/chwe19/webprogram/Paper93716.html>
18. Fennessey, A., & Wittmann-Price, R. A. (2011). Physical Assessment: A Continuing Need for Clarification. *Nursing Forum*, 46(1), 45-50.
 19. Fuller, J., & Schaller-Ayers, J. (2000). *Health Assessment a Nursing Approach* (3rd ed.): Lippincott.
 20. Hartigan, I., Murphy, S., Flynn, A. V., & Walshe, N. (2010). Acute nursing episodes which challenge graduate's competence: perceptions of registered nurses. *Nurse Educ Pract*, 10(5), 291-297. doi:10.1016/j.nepr.2010.01.005
 21. Hendrich, H., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., & Lu, Z. (2008). A 36-Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time? *The Permanente Journal/ Summer*, 12(3), 25-34.
 22. Hogan, J. (2006). Why don't nurses monitor the respiratory rates of patients? *British Journal of Nursing*, 15(9), 489-492.
 23. Holder, V. L. (2004). From Handmaiden to Riah Hand-World War I rrl and Advancements in Medicine. *AORN Journal* 80(5), 911-923.
 24. Holzemer, W., Barkauskas, V., & Ohlson, V. (1980). A program evaluation of four workshops designed to prepare nurse faculty in health assessment. *The Journal of nursing education*, 19(4), 7-18.
 25. Implementing Regulation Amending the Nursing Regulation/ Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.R Official Newspaper. Retrieved from <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/yasa-veyonetmelik/hemsirelik-yonetmeliği-2010-2011>.
 26. Jamerson, L. (2019). Skills Checklist Utilization and the Impact on Nursing Student Skill Acquisition of the Pediatric Physical Assessment. (The DNP Project). American Sentinel University,
 27. Khoran, Alhani, F., & Hajizadeh, E. (2018). Nurses challenges in health assessment skills in Iran and another country: An integrative review. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 5(1). doi:10.4103/jnms.Jnms_3_18
 28. Khoran, M., Alhani, F., & Hajizadeh, E. (2016). Nurses Self-Assessment in Pediatric Physical Examination skills. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(2), 1-9. doi:10.21859/jpen-03021
 29. Lesa, R., Cert, P. G., & Dixon, A. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review* 54, 166-172.
 30. Liyew, B., Dejen Tilahun, A., & Kasew, T. (2020). Knowledge, Attitude, and Associated Factors towards Physical Assessment among Nurses Working in Intensive Care Units: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Crit Care Res Pract*, 2020, 9145105. doi:10.1155/2020/9145105
 31. Maejima, S., & Ohta, R. (2019). Physical assessment by Japanese community hospital nurses compared to that performed overseas: A cross-sectional study. *J Gen Fam Med*, 20(2), 55-61. doi:10.1002/jgf2.230
 32. Majczak, J. A., & Hohl, M. (2015). he Physical Nursing Examination Of The Hospitalized Older Adult. *Cogitare Enferm*, 20(2), 314-322.
 33. McElhinney, E. (2010). Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module--an electronic Delphi study. *J Clin Nurs*, 19(21-22), 3177-3187. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03304.x
 34. Mitoma, R., & Yamauchi, T. (2018). Effectiveness of a learning support program for respiratory physical assessment: A quasi-experimental study. *PLoS One*, 13(9), e0202998. doi:10.1371/journal.pone.0202998
 35. Neville, S. J., Gillon, D., & Milligan, K. (2011). New Zealand registered nurses' use of physical assessment skills: A pilot study. *Research and Reviews*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/43506106>.
 36. Olgun, N., & Tosun, N. (2017). *Health Assessment Clinical Decision Making* (F. Eti Aslan Ed.). İstanbul: Akademisyen Bookstore.
 37. Osborne, S., Douglas, C., Reid, C., Jones, L., & Gardner, G. (2015). The primacy of vital signs--acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: a cross sectional study. *Int J Nurs Stud*, 52(5), 951-962. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.014
 38. Raleigh, M., & Allan, H. (2017). A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. *J Clin Nurs*, 26(13-14), 2025-2035. doi:10.1111/jocn.13613
 39. Rushforth, H., Warner, J., Burge, D., & Glaspe, G. E. (1998). Nursing physical assessment skills: implications for UK practice. *British Journal of Nursing* 7(16).
 40. Rylance, R., Chapman, H., & Harrison, J. (2012). Who Assesses the Physical Health of Inpatients? *Mental Health Practice*, 16(2), 14-20.
 41. Sandelowski, M. (2000). *Nursing History Review* (J. E. Lynaugh Ed.). New York: Springer Publishing Company.
 42. Schmitt, M. D., Maia, J. C., Almeida, M. A., & Adamy, E. K. (2015). Obstacles Reported by Nurses feom the service of Primary Care in Health at Data Collection *J Nurs UFPE on line*, 9(3), 7688-7694. doi:10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201523
 43. Sevinç, E. (2009). Kariyer Planlama Ve Geliştirme Uygulamalarına İlişkin Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Görüşleri /The Opinions Related To Career Planning And Developing Applications Of The Nurses Who Works At A Private Hospital. (Yüksek Lisans Yüksek Lisans). T.C. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
 44. Shi, G., He, G. F., Zhang, L. L., Morrow, M. R., & Zhao, Y. (2020). Barriers to Physical Assessment: Registered Nurses in Mainland China. *Nurs Sci Q*, 33(1), 65-72. doi:10.1177/0894318419881809

45. Singapore Nursing Board. (2018). Core Competencies of Registered Nurse. Retrieved from https://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider4/publications/core-competencies-generic-skills-of-rn_snb_april-2018.pdf
46. Sushmitha, A. V. S., Krishnan, A., Tessy John N, & Jose, G. (2020). Effectiveness of peer teaching on physical assessment among student nurses in selected nursing college, Mangalore. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(1).
47. Tan, M. W., Lim, F. P., Siew, A., Levett-Jones, T., Chua, W. L., & Liaw, S. Y. (2021). Why Are Physical Assessment Skills Not Practiced? A Systematic Review with Implications For Nursing Education. *Nurse Education Today*, 104759. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104759>
48. Implementing Regulation Amending the Nursing Regulation, 27910 C.F.R. (2011).
49. Weber, J. R., & Kelley, J. H. (2014). *Health Assesment in Nursing* (5th ed.). China: LippinCott Williams & Wilkins.
50. Wheeldon, A. (2005). Exploring nursing roles: Using physical assessment in the respiratory unit. *Britishjournal of Nursing*, 14(10), 571-574.
51. Wombeogo, M., Azongo, T. B., & Abugre, D. (2018). A Study on the Perspective of Integrating Comprehensive Physical Assessment in to Nursing Practice in Ghana. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7(1), 65-74. doi:10.9790/1959-0701016574
52. Zambas, S. I., Smythe, E. A., & Koziol-Mclain, J. (2016). The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 11, 32090. doi:10.3402/qhw.v11.32090



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science



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

e-ISSN:2636-8439

Orijinal Araştırma

Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler

Factors Influencing The Attitudes and Successes Related to Mothers' Breastfeeding In The Early Postpartum Period

Döndü KURNAZ *,^a Hale UYAR HAZAR ^b

^a *Uzm. Ebe.* Başakşehir Devlet Hastanesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

^b *Dr. Öğr. Üyesi.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Çalışmanın amacı erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırma, Mart-Ağustos 2013 tarihlerinde, Aydın'da 573 anneye yürütüldü. Veriler tanıtıcı bilgi formu, Emzirme Gözlem Formu ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği ile toplandı. Frekans ve Histogram tablolarıyla tutarlılığı belirlendi. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi, student-t testi, korelasyon, cronbach alfa, çoklu regresyon ve stepwise metodu ile çoklu linear regresyon kullanıldı.

Bulgular: Emzirme tutum ve başarısını; antenatal bakım ve emzirme ile ilgili bilgi almanın pozitif yönde etkilediği, plansız gebelik, dörtten fazla doğum yapma, bilgiyi sağlık personeli dışındaki kaynaktan alma, bebeğine anne sütü dışında besin vermenin ise negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca emzirme tutum ve başarısının annenin özgüveni, eşi ile olan ilişkisi ve bebeğin cinsiyeti gibi psiko-sosyal ve kültürel faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir.

Sonuç: Emzirme tutum ve başarısı çok boyutlu ve kültürel faktörlerden de etkilenmektedir. Bu faktörlerin bilinmesi, etkili emzirmenin sağlanması için nasıl bir yol izleyeceği konusunda ebe ve hemşirelerin karar vermesinde etkili olarak emzirme oranlarının artırılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu, Emzirme Başarısı, Emzirme Tutumu.

ABSTRACT

Background: The aim of the study is to determine the factors affecting mothers' attitudes and success towards breastfeeding in the early postpartum period.

Methods: This cross-sectional study was conducted in Aydın Province between March-August 2013 with 573 mothers. Data were collected with an introductory information form, Breastfeeding Observation Form, and Breastfeeding Attitude Evaluation Scale. Consistency with Frequency and Histogram tables was determined. Descriptive statistics, analysis of variance, student-t test, correlation, cronbach's alpha, multiple regression and stepwise method and multiple linear regression were used in the analyzes.

Results: Breastfeeding attitude and success; It was found that obtaining information about prenatal care and breastfeeding positively affected, unplanned pregnancy, giving birth more than four, obtaining information from sources other than health personnel, and giving the baby food other than breast milk had a negative effect. In addition, it was determined that the breastfeeding attitude and success were affected by psycho-social and cultural factors such as the mother's self-esteem, her relationship with her husband and the gender of the baby.

Conclusion: Breastfeeding attitude and success are also affected by multidimensional and cultural factors. Knowing these factors can contribute to increasing breastfeeding rates by being effective in the decision of midwives and nurses about how to ensure effective breastfeeding.

Key Words: Breastfeeding Attitude, Breastfeeding Success, Postpartum.

☆ Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

*Sorumlu Yazar: Döndü KURNAZ

Adres: Başakşehir Devlet Hastanesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

e-posta: zsk2001@hotmail.com

Geliş tarihi:09.06.2021

Kabul tarihi:15.09.2021

GİRİŞ

Çocuk ölümlerinin yarısına yakınının öncelikli sebebi olan yetersiz beslenme yılda 2.7 milyon çocuk ölümüyle ilişkilidir. Bir bebeğin hayatının ilk iki yılında etkili beslenmesi morbidite ve mortaliteyi düşürmek, kronik hastalık riskini azaltmak ve bebek gelişimini desteklemek için oldukça önemlidir (WHO, 2020). Yenidoğanın beslenmesi için gerekli olan en önemli gıda anne sütüdür, anne sütünün bebeklere en sağlıklı ulaşma yöntemi ise emzirmedir (Balci, 2011; Yapıcı, 2012). Emzirme oranlarının artırılması Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "Binyıl Kalkınma Hedefleri" arasında en önemli küresel öncelik olarak kabul edilmektedir (WHO, 2019). Bebek ölümlerini azaltmak, anne-bebek sağlığını korumak ve geliştirmek amacı ile her bebeğin doğumdan itibaren ilk altı ay sadece anne sütü alması, ek gıdalarla birlikte emzirmenin en az iki yaşına kadar sürdürülmesi gerekmektedir (UNICEF, 2019; WHO, 2019). Başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için emzirmenin, anne ve bebeğin en hazır olduğu erken postpartum dönemde başlatılması gerekmektedir (WHO, 2018). Ayrıca bu dönemde, sağlık personelinin emzirmeye yönelik risk gruplarını belirleyebilmesi de mümkündür (Tornese, Ronfani, Pavan, Demarini, Monasta ve Davanzo, 2012).

Emzirmenin bebek ve toplum sağlığı açısından önemi her zaman güncelliğini korumakta ve ülkelerin etkili emzirme konusunda uygun politikalar geliştirmek için kendi toplumsal yapısına uygun çalışmalar planlaması gerekmektedir. Etkili emzirme ile her yıl beş yaşın altındaki 820.000'den fazla çocuğun hayatının kurtarılacağı bilinmektedir (WHO,2020). DSÖ'nün en üst düzey karar alma organı olan "Dünya Sağlık Asamblesi" (2012), Küresel Beslenme Hedeflerinde dünya genelinde % 38 olan ilk altı ayda yalnızca anne sütüyle besleme oranını, 2025'te en az % 50'ye çıkarma hedefi belirlemiştir. Her zaman önemini koruyan bu eksikliğin giderilmesi için üye devletlerin altı aydan küçük bebeklerin emzirme oranlarını iyileştirmede yardımcı olabilecek bir dizi müdahale ve politika geliştirmesine karar verilmiştir (WHO, 2014). Hedeflenen orana çıkılmasa da yapılan küresel eylem planları ile bu oran yaklaşık %44'e çıkmış fakat henüz istenen seviyede değildir (WHO, 2020). Türkiye'de de bebeklerin yaygın bir şekilde emzirildiği, ancak ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmede ve etkili emzirmede yetersizlikler olduğu rapor edilmektedir (Ata Yüzüğüllü, Aytaç ve Akbaba, 2018; TNSA, 2003. 2018).

Etkili emzirme, annenin emzirme tutum ve başarısından etkilenmektedir (Khasawneh, Kheirallah, Mazin ve Abdunabi, 2020). Emzirme başarısı, annenin emzirme konusundaki bilgi ve becerisini kullanarak emzirmeyi etkili ve doğru şekilde yerine getirmesi olarak tarif edilebilir (Aktaş ve Küçük Alemdar, 2018; Forster ve McLachlan, 2007). Birçok kadın emzirirken zorluk yaşar ve bu durumun emzirmenin etkin sürdürülmesi üzerinde etkisi vardır (Doyle, 2011).

Emzirme tutumu da emzirme üzerindeki en etkili faktörlerden biridir (Awaliyah, Rachmawati ve Rahmah, 2019). Annelerin emzirmeye yönelik tutum ve başarısını ortaya koymak amacı ile yapılan çalışmalarda annelerin emzirmeye karşı olumlu bir tutum gösterdikleri belirtilmektedir (Ghasemi ve ark, 2019; González-Pascual ve ark, 2018; Hamze, Jing ve Reifsnider, 2019). Türkiye'de ise annelerin emzirmeye yönelik olumlu tutum (Özsoy, 2014; Yiğitbaş, Kahrman, Yeşilçiçek Çalık ve Kobya Bulut, 2012) ve davranış (Kılcı ve Çoban, 2016; Özsoy, 2014) gösterdiklerini rapor eden çalışmaların yanında emzirme tutum (Gölbaşı ve Koç, 2008) ve başarısının (Yeşilçiçek Çalık, Ayar Kocatürk ve Gönenli, 2019) düşük olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır.

Emzirme tutum ve başarısı, doğum şekli, çocuk sayısı, emzirme konusundaki bilgi, eş (Gebrekidan, Hall, Plummer ve Fooladi, 2020; Khasawneh ve ark, 2020) ve aile tutumu, annenin çalışma şekli, fiziksel olanaklar (Gebrekidana ve ark, 2020), annenin desteklenmesi, ülkelerin emzirme eğitimi politikaları, emzirme sonuçları hakkında doğru verilerin toplanması ve olumlu toplum tepkisi (Freney, Johnson ve Knox, 2016) gibi faktörlerden etkilenmektedir. Emzirmenin çok faktörlü belirleyicilerinin iyi bilinmesi, yasal ve politik düzenlemelerden, sosyal tutum ve değerlere, kadınların çalışma ve istihdam koşullarına ve kadınların emzirmesini sağlamak için sağlık hizmetlerine kadar birçok düzeyde destekleyici önlemlere ihtiyaç duyar. İlgili müdahaleler yeterince yapıldığında, emzirme uygulamaları yanıt verir ve hızla gelişebilir. En iyi sonuçlar, müdahaleler birkaç kanal aracılığıyla aynı anda uygulandığında elde edilir. Emzirme, çocuklara, kadınlara ve topluma kısa ve uzun vadeli sağlık, ekonomik ve çevresel avantajlar sağlar. Bu kazanımları gerçekleştirmek için emzirmeyi korumak, teşvik etmek ve desteklemek için devletlerin kendi içinde emzirmeyi etkileyen güncel faktörleri iyi bilmesi gerekmektedir (Rollins ve ark, 2016).

Ebe ve hemşirelerin, emzirmenin desteklenmesi ve sürdürülmesinde önemli rollerinin bulunduğu ve emzirme konusundaki gelişmelerden haberdar olmaları gerektiği bilinmektedir (ICM; 2019). Emzirme tutum ve başarısını etkileyen faktörlerin bireysel olduğu kadar sosyo-kültürel farklılıklar gösterebileceği düşüncesi, bu konuda yapılan çalışmaların çoğunlukla gebelerde yapılması ve annelerin bebeğinin sağlığı için tutum ve davranış değiştirmeye en hazır oldukları erken postpartum döneme ilişkin çalışma sayısının sınırlı olması bu çalışmanın yapılmasında etkilidir. Çalışmadan elde edilen verilerin, bireysel bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda yol gösterici olması, bu konudaki literatüre katkı sağlaması beklenmektedir. Bu araştırma, erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada ise,

1. Annelerin emzirme tutumları nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
2. Annelerin emzirme başarıları nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir? sorularına cevap aranmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma annelerin erken postpartum dönemde emzirme tutum ve başarısını etkileyen faktörleri belirlemek için analitik kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma Türkiye’de Aydın il merkezinde bulunan bir devlet hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Mart-Ağustos 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, hastanede 2012 yılındaki doğum sayısı oluşturmuştur. Örneklem sayısı evreni bilinen örneklem yöntemi ile belirlenmiş ve araştırmaya katılacak anneler olasılıksız örneklem yöntemi olan gelişigüzel örneklem yöntemine göre seçilmiştir. Evreni oluşturan doğum sayısı 4170’dir ve %5 hata oranına göre örneklem sayısı 573 olarak hesaplanmıştır (Özdamar, 2010). Taburculukları onaylanan, gönüllü olarak katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerine uygun ve örneklem büyüklüğüne ulaşılmaya kadar olan bütün anneler araştırmaya alınmıştır. En az ilköğretim birinci kademe mezunu, Türkçe konuşup anlayabilen, emzirme kontrendikasyonu olmayan, miadında doğum yapmış, doğum sonrası herhangi bir nedenle bebeğinden ayrı tutulmayan ve herhangi bir sağlık sorunu olmayan anneler araştırmaya dahil edilmiştir. Postpartum ilk 6 saat içinde taburcu olan, bebeği ileri basamak sağlık kuruluşuna sevk edilen, işitme, görme ve ileri seviyede psikolojik sorunu olan, araştırmaya katılmak ve emzirmek istemeyen anneler araştırma dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu, Emzirme Gözlem Formu (EGF) ve Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği (ETDÖ) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür bilgisine uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan ve toplam 46 sorudan meydana gelen “tanıtıcı bilgi formu” annelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve emzirme ile ilgili özelliklerini içeren üç bölümden oluşmaktadır. Hazırlanan tanıtıcı bilgi formu için, uzman görüşüne sunulduktan sonra Lawshe içerik geçerlilik ve Davis kapsam geçerlilik indeksi belirlenmiştir (Yurdağül, 2005). Kapsam geçerlilik oranı için $\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde 10 uzmandan görüş alındığı için minimum değer 0.62 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada 0.80 değeri ölçüt olarak kullanılmıştır.

Emzirme Gözlem Formu

Annelerin emzirme anındaki emzirme başarısının değerlendirilmesi amacı ile DSÖ-UNİCEF tarafından önerilerek 1992 yılında yayımlanmıştır ve T.C. Sağlık Bakanlığı’na da kullanılmaktadır. Emzirme gözlem formunun puanlama sistemi yoktur. Gözlem sırasında ebe ve hemşireden gözlenmesi istenen “Emzirmenin iyi gittiğinin belirtileri ve olası sorun belirtileri” şeklinde iki parametre mevcuttur (SB, 2019). Gözlem sırasında her iki parametrenin de gözlenmediği durumlar olmaktadır. Özellikle erken postpartum süreçte olması nedeni ile karşılıklı iki parametrenin de gözlenmemesi durumunda tam bir başarı veya başarısızlıktan bahsedilemeyeceği ve daha önce yapılan çalışmalarda (İnce, 1996; Suar, 2018) kullanıldığı gibi bu araştırmada da gözlenen olumsuz maddelere “0”, gözlenemeyen cevapsız maddelere “1”, gözlenen olumlu maddelere “2” puan verilerek değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmeye göre EGF’den alınabilecek en yüksek puan 50’dir ve puan yükseldikçe emzirme başarısı da olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği

Annelerin emzirme davranışlarını yönlendiren tutumların çeşitli boyutlarının değerlendirilmesi amacı ile Arslan (1999) tarafından geliştirilen ve annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesinde kullanılan 46 sorudan oluşan 5’li likert tipte bir ölçektir. Ölçekte annelerin emzirme tutumunu etkileyebilecek özelliklere yer verilmiştir. Ölçekte 22 adet olumlu, 24 adet ise olumsuz emzirme tutumunu içeren madde bulunmaktadır. Ölçekte olumlu tutum maddeleri; tamamaen katılıyorum (4) katılıyorum (3), kararsızım (2), az katılıyorum (1), hiç katılmıyorum (0) ve olumsuz tutum maddeleri; tamamaen katılıyorum (0), katılıyorum (1), kararsızım (2), az katılıyorum (3) hiç katılmıyorum (4) olarak puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 184’tür. Ölçekten alınan puan yükseldikçe annelerin emzirmeye ilişkin tutumları olumlu olarak değerlendirilir. Cronbach Alpha katsayısı; ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmasının yapıldığı örneklem grubunda 0.63 (Arslan, 1999), bu çalışmada ise 0.82’dir.

Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliğini tespit etmek amacı ile 10 anne ile görüşülerek ön uygulama yapılmıştır. Gerekli düzenlemelerden sonra veri toplama formuna son şekli verilmiştir. Annenin etkilenmemesi için veri toplanmadan önce araştırmayı kabul eden annelere yapılandırılmış doğal gözlem yöntemi ile emziren anneye fark ettirilmeden gözlem yapılarak “Emzirme Gözlem Formu” araştırmacı tarafından doldurulmuştur. EGF doldurulduktan sonra “Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği” ve “Tanıtıcı Bilgi Formu” araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler Adnan Menderes Üniversitesi'nde kullanılan istatistik paket programında (SPSS 15.0) analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alfa, varyans analizi (ANOVA) t-testi, Tukey (HDS), korelasyon ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Frekans ve Histogram tabloları ile verilerin tutarlılığı ve dağılım özelliği belirlenmiştir. Emzirme tutum ve başarısını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan istatistiksel analizde birinci olarak, bağımsız değişkenler arasındaki korelasyonda çoklu bağlantı (multicollinearity) araştırılmıştır. Literatürde korelasyon kat sayıları 0.00-0.25 arasında değerler çok zayıf, 0.26-0.49 arasında zayıf, 0.50-0.69 arasında orta, 0.70-0.89 arasında yüksek 0.90-1.00 arasında çok yüksek korelasyon katsayı gücünü göstermektedir (Akgül, 2005). Bu çalışmada önceki bebeğini ilk altı ay besleme şekli ve önceki bebeğini sadece anne sütü ile besleme süresi arasında ($r=0.978$) çok yüksek korelasyon, annelerin gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arasında (sırası ile $r=0.859$; $r=0.845$; $r=0.976$) yüksek ve çok yüksek korelasyon, doğum öncesi bakım alma ve doğum öncesi bakım alma sıklığı arasında ($r=0.869$) yüksek korelasyon, 15 yaşına kadar en uzun süre yaşanan yer ve şu anda yaşanan yer arasında ($r=0.73$) yüksek korelasyon, bebeğinin gündüz emme sayısı ve gece emme sayısı arasında ($r=0.650$) orta korelasyon, gündüz emzirme sıklığı ve gece emzirme sıklığı ($r=0.610$) ve gebeliğin planlı olma durumu ve gebeliğin istenmiş olması ($r=0.594$) arasında orta düzeyde korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Tanıtıcı bilgi formunda sorulan sorulardan ebelik ve hemşirelik bakımı, desteği ve emzirme eğitimi ile ilgili olan ve korelasyon düzeyleri de dikkate alınarak gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi bakım alma, bebeğin şu anda beslenme şekli, gebelik döneminde ve doğum sonu döneminde emzirme hakkında bilgi alma durumu, doğum sayısının regresyon modeline alınmasına karar verilmiştir. İkinci olarak, emzirme başarılarını ve emzirme tutumlarını etkileyen değişkenlerin seçiminde stepwise metodu ile çoklu linear regresyon analizi kullanılmıştır.

Bağımsız Değişkenleri: Annelerin ve eşlerinin yaşı ve eğitimi, aile tipi, algıladıkları gelir düzeyi, sosyal güvence, obstetrik özellikleri ve emzirme ile ilgili özellikleri bağımsız değişkenlerdir.

Bağımlı Değişkenleri: Emzirme tutumunu değerlendirme ve emzirme gözlem formu ölçek puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (0.20.05.00/050.04-295/02.11.2012). Çalışmaya katılan anneler "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatılmıştır. Verilerin kullanılması ve

yayınlanmasında gönüllülerin isim belirtilmemiştir. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeğinin kullanımı için Arslan'dan yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmada annelerin Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği puan (ETP) ortalaması 110.86 ± 18.14 ve Emzirme Gözlem Form puan (EGP) ortalaması 29.86 ± 9.32 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Annelerin Emzirme Tutumu-Emzirme Gözlem Puan Ortalamaları

Özellik	n	Minimum	Maksimum	Ortalama±SS
Emzirme Tutum Puanı	573	77.00	155.00	110.86±18.14
Emzirme Gözlem Puanı	573	8.00	50.00	29.86±9.32

SS: Standart Sapma

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 26.02 ± 5.39 olup %43.5'i ilkököl mezunu, %21'i çalışmakta, %79'u çekirdek aile yapısında, %62'si il veya ilçede yaşamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Sosyo-Demografik Özellikler ve Annelerin Emzirme Tutumu-Emzirme Gözlem Puan Ortalamaları (n=573)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (%)	Emzirme tutumu puan ortalaması			Emzirme gözlem puan ortalaması		
		Ortalama±SS	F/t	P	Ortalama±SS	F/t	P
Yaş							
16-18	25 (4.40)	116.20±15.96	1.58	0.200	29.24±6.81	0.121	0.888
19-34	496 (86.60)	110.85±18.23			29.84±9.50		
35-45	52 (9.10)	108.34±18.05			30.32±8.72		
Gelir Durumu							
Gelir giderden az	167 (29.10)	105.75±17.58	11.21	0.000	27.03±9.86	11.520	0.000
Gelir gidere denk	384 (67.00)	113.33±17.78			31.10±9.02		
Gelir giderden çok	22 (3.80)	20.49±4.36			29.54±4.57		
Eğitim durumu							
İlköğül	249 (43.50)	104.88±17.82	29.79	0.000	28.12±8.93	8.42	0.000
Ortaokul	167 (29.00)	110.78±17.41			29.88±9.34		
Lise	112 (19.50)	117.99±15.60			31.92±9.11		
Üniversite	45 (8.00)	126.48±12.26			34.28±9.66		
Çalışma durumu							
Hayır	454 (79.00)	109.06±17.27	10.08	0.000	29.32±9.13	2.32	0.122
Evet	119 (21.00)	117.72±19.76			31.91±9.78		
Eşin Eğitim Durumu							
İlköğül	256 (44.70)	106.53±17.67	12.82	0.000	28.74±9.27	3.360	0.010
Ortaokul	128 (22.30)	114.76±17.48			30.90±9.04		
Lise	135 (23.60)	111.45±16.45			29.88±8.74		
Üniversite	54 (9.40)	120.62±21.03			32.61±10.91		
Eşin Çalışma Durumu							
Hayır	28 (4.90)	100.46±15.71	1.330	0.000	24.07±12.82	14.58	0.010
Evet	545 (94.10)	111.39±18.11			30.15±9.02		
Aile tipi							
Çekirdek aile	453 (79.00)	111.16±18.06	0.05	0.440	30.39±9.18	0.01	0.000
Geniş aile	120 (21.00)	109.72±18.51			27.83±9.61		
15 yaşına kadar yaşanan yer							
Köy	181 (31.60)	110.92±16.34	5.84	0.000	31.61±8.43	8.73	0.000
Kasaba	67 (11.70)	102.50±15.78			25.13±8.38		
İlçe	168 (29.30)	112.23±19.70			29.23±9.15		
İl	157 (27.40)	112.88±18.50			30.52±10.1		
Yaşadığı yer							
Köy	137 (23.90)	111.28±17.49	3.18	0.020	30.02±9.26	2.88	0.030
Kasaba	81 (14.10)	109.86±16.61			30.48±9.56		
İlçe	154 (26.90)	107.60±18.66			28.05±9.02		
İl	201 (35.10)	113.47±18.48			30.88±9.37		
Eşyle ilişki							
Olumsuz	7 (1.20)	85.28±5.34	39.42	0.00	18.00±3.74	39.49	0.000
Orta	103 (18.00)	99.13±16.05			23.66±6.92		
Olumlu	463 (80.80)	113.85±17.34			31.41±9.15		
Emzirme başarısı algısı							
Olumsuz	11 (1.90)	105.90±7.89	7.10	0.00	22.36±9.09	12.65	0.000
Orta	139 (24.30)	106.12±16.99			27.17±8.16		
Olumlu	423 (73.80)	112.54±18.43			30.94±9.44		

Tablo 3. Obstetrik Özellikler ve Annelerin Emzirme Tutumu-Emzirme Gözlem Puanı Ortalamaları (n=573)

Obstetrik Özellikler	Sayı (%)	Emzirme tutumu puan ortalaması			Emzirme gözlem puan ortalaması		
		Ortalama±SS	F/t	P	Ortalama±SS	F/t	P
Gebelik sayısı							
1	183 (31.90)	114.01±16.15			29.40±9.80		
2-4	350 (61.10)	110.21±19.06			30.27±9.08		
5-10	40 (7.00)	102.12±15.26	7.80	0.000	28.35±9.14	1.08	0.330
Doğum sayısı							
1	213 (37.20)	113.57±15.89			29.45±9.61		
2-4	346 (60.40)	109.92±19.25			30.26±9.08		
5-6	14 (2.40)	92.64±5.38	10.21	0.000	26.00±10.33	1.73	0.170
Yaşayan çocuk sayısı							
1	221 (38.60)	113.95±16.74			29.75±9.74		
2-4	338 (59.00)	109.59±18.79			30.09±8.99		
5-6	14 (2.40)	92.64±5.38	11.49	0.000	26.00±10.33	1.31	0.160
Son iki gebelik arasındaki süre (n=390)							
1-23 ay	95 (16.60)	103.73±16.65			25.03±8.47		
24-88 ay	295 (51.50)	111.10±19.21	3.49	0.000	31.64±8.69	2.01	0.000
Gebeliğin planlı olması							
Hayır	162 (28.30)	101.08±16.29			25.92±9.24		
Evet	411 (71.70)	114.71±17.39	1.10	0.000	31.41±8.81	0.19	0.000
Gebeliğin istenmesi							
Hayır	57 (9.90)	92.21±14.33			23.29±7.94		
Evet	516 (90.10)	112.92±17.34	11.50	0.000	30.58±9.19	8.28	0.000
Bebeğin cinsiyet beklentisi							
Hayır	376 (65.60)	111.43±18.66			30.53±9.32	0.00	0.010
Evet	197 (34.40)	109.77±17.11	3.18	0.300	28.57±9.22		
İstenen cinsiyet							
Kız	106 (18.50)	116.31±15.60			31.75±9.01		
Erkek	91 (15.90)	102.16±15.63	0.09	0.000	24.87±8.03	1.11	0.000
Bebeğin cinsiyeti							
Kız	290 (50.60)	108.76±17.91			28.23±9.59		
Erkek	283 (49.40)	113.01±18.16	0.47	0.000	31.53±8.74	3.610	0.000
Doğum öncesi bakım sayısı							
0-3	34 (5.90)	91.68±6.65			27.15±6.90		
4-20	539 (94.10)	111.78±18.20	12.92	0.000	30.12±9.29	0.23	0.010
Gebelikte sigara içme durumu							
Hayır	472 (82.40)	111.84±18.05			30.39±9.15		
Evet	101 (17.60)	106.26±17.97	0.00	0.000	27.35±9.75	0.38	0.000

Annelerin %31.9'unun primipar olduğu, %60.4'ünün iki-dört arası doğum yaptığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %28.3'ünün planlı olmayan ve %9.9'unun istenmeyen gebeliğe sahip olduğu, %65.6'sının gebelik döneminde bebeğin cinsiyeti ile ilgili beklentisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 3).

Annelerin %62.8'inin gebeliğinde, %40.8'inin doğumlarının gerçekleştiği hastanede yattıkları sürede emzirme ile ilgili bilgi aldığı, %52.5'inin emzirme hakkındaki bilgiyi sağlık personelinden aldığı, %43.1'inin bebeklerini sadece anne sütüyle altı aya kadar beslemeyi planladıkları belirlenmiştir. Annelerin doğum sonrası dönemde hastanede

yattığı sürede tamamının refakatçisinin olduğu, refakatçilerin %71.2'sinin annelerin emzirmesine destek oldukları ve en çok desteğin %85.29 oranında bebek bakımı olduğu bulunmuştur. Annelerin %24.05'inin taburculuktan sonra eşlerinden emzirme desteği alacağını düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 4). Annelerin %80.8'inin eşleri ile ilişkisini olumlu olarak ifade ettiği, %73.8'i emzirme performanslarını olumlu olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 2). Multipar annelerin %88.2'sinin bir önceki bebeklerine ilk olarak verdikleri besinin anne sütü olduğu, %67.4'ünün doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4).

Çalışmaya katılan annelerin yaşları ile ETP ve EGP arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan annelerin eğitim, gelir ve çalışma durumları ile ETP arasındaki ilişki, eğitim ve gelir durumları ile de EGP arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Bu çalışmada eşin eğitim ve çalışma durumunun ETP ($p<0.01$) ve EGP'yi ($p>0.05$) etkilediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan annelerin eşiyle ilişkisi ile emzirme tutumu ve başarısı arasındaki fark anlamlı, eşi ile ilişki düzeyini olumlu algılayan annelerin ETP ve EGP ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Kendi emzirme başarısını olumlu değerlendiren annelerin de her iki puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2).

Çalışmamıza katılan annelerin, doğum öncesi bakım, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayıları ile ETP arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.01$), ancak EGP arasındaki ilişki anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Araştırmaya katılan annelerin gebelik dönemindeki bebeğin cinsiyetine ilişkin beklentisi ile ETP arasında ilişki yokken ($p>0.05$) EGP ile ilişkisi anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki parametrede de istenen cinsiyetin kız veya erkek olması arasında istatistiksel açıdan anlamlılık olduğu, erkek bebeği olan annelerin ETP ortalamasının kız bebeği olan annelerden yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 3).

Tablo 4. Emzirmeye İlişkin Özellikler ve Annelerin Emzirme Tutumu-Emzirme Gözlem Puanı Ortalamaları (n=573)

Emzirmeye ilişkin özellikler	Sayı (%)	Emzirme tutumu puan ortalaması			Emzirme gözlem puan ortalaması		
		Ortalama±SS	F/t	P	Ortalama±SS	F/t	P
Gebelikte emzirme ile ilgili bilgi alma durumu							
Bilgi alan	360 (62.80)	115.79±18.07			31.52±9.55		
Bilgi almayan	213 (37.20)	102.52±14.98	9.50	0.000	27.04±8.20	11.66	0.000
Bilgi kaynakları							
Sağlık personeli	189 (52.50)	120.13±18.53			32.35±9.65		
Diğer	171 (47.50)	111.50±16.97	2.94	0.000	30.80±9.49	0.07	0.120
Hastanede emzirme ile ilgili bilgi alma durumu							
Bilgi alan	234 (40.80)	116.55±17.78			32.85±8.91		
Bilgi almayan	339 (59.20)	106.93±17.36	0.02	0.000	27.79±9.05	0.95	0.000

Tablo 4. Emzirmeye ilişkin özellikler ve Annelerin Emzirme Tutumu-Emzirme Gözlem Puanı Ortalamaları (n=573)

Emzirmeye ilişkin özellikler	Sayı (%)	Emzirme tutumu puan ortalaması			Emzirme gözlem puan ortalaması		
		Ortalama±SS	F/it	P	Ortalama±SS	F/it	P
Hastanede bebeğin beslenme şekli							
Anne sütü	424 (74.00)	112.40±18.33			31.93±8.91		
Diğer	149 (26.00)	106.47±16.90	2.79	0.000	23.96±7.85	8.14	0.000
Bebeği yalnız anne sütü ile beslemeyi planladığı süre							
0-5 ay	326 (56.90)	104.61±16.24			26.56±8.10		
6-24 ay	242 (43.10)	119.10±17.25	0.94	0.000	34.21±9.06	2.87	0.000
Bebeğini anne sütü ile beslemeyi planladığı süresi							
0-23 ay	196 (34.20)	104.95±15.45			27.39±8.99		
24-30 ay	377 (65.80)	113.93±18.69	11.16	0.000	31.14±9.24	2.30	0.000
Refakatçi (n=573)							
Anne	197(34.4)	114.98±19.71			30.70±9.58		
Kayınvalide	172(30.0)	109.84±15.88			29.69±8.65		
Kardeş/Görümce	103(18.0)	106.99±15.65			27.69±9.14		
Çocuk	14(2.4)	101.50±18.06			27.85±10.83		
Diğer	79(13.7)	117.25±15.70			33.13±8.66		
Hastane personeli	8(1.7)	120.50±12.88	8.27	0.000	36.50±4.69	4.51	0.000
Refakatçinin emzirmeyi desteklemesi (n=408)							
Bebek bakımı	348(85.29)	112.88±18.85			30.58±9.69		
Anne bakımı	33(8.08)	121.00±16.53			30.54±9.71		
Bilgi	9(2.20)	117.22±10.69			31.22±5.86		
Psikolojik destek	18(4.41)	119.33±15.39	2.60	0.050	30.22±8.02	0.02	0.990
Evlde emzirmeye destek kişi (n=424)							
Eş	102(24.05)	114.59±19.05			31.93±9.25		
Diğer akraba	322(75.94)	111.53±17.92	0.54	0.150	30.31±9.71	0.41	0.130
Önceki bebeğin ilk aldığı gıda							
Anne sütü	316 (55.10)	109.54±19.31			30.62±8.95		
Mama	31(5.40)	101.19±12.56			23.74±7.76		
Şekerli su	12 (2.10)	117.00±11.95	3.95	0.020	32.83±8.62	9.13	0.000
Önceki bebeğin ilk beslenme zamanı							
İlk yarım saat	242 (67.40)	111.62±18.48			30.84±9.32		
1-2 saat arası	17 (4.70)	112.52±18.95			35.82±3.77		
2 saat-1.5 ay	100 (27.90)	102.30±17.99	9.42	0.000	27.35±8.21	9.24	0.000
Önceki bebeğin yalnız anne sütü alma süresi							
0-5 ay	305 (85.00)	108.05±18.74			9.36±9.04		
6-18 ay	54 (15.00)	114.77±18.28	1.78	0.000	34.31±7.92	0.62	0.000

Annelerin son iki gebeliği arasında geçen süre, gebeliklerinin istenen ve planlı olması ile her iki parametre arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p<0.01$) Annelerin gebeliklerinde sigara içmesi de hem ETP hem de EGP etkilemiş ($p<0.01$) ve sigara içmeyen annelerin her iki puan ortalaması da daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Gebelik ve doğum sonu dönemde emzirme ile ilgili bilgi alma ile ETP ve EGP arasındaki ilişki ile bilgiyi sağlık personelinden alma ile ETP arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Hastanede bebeğini besleme şekli, annelerin bebeğini anne sütü ile beslemeyi planladıkları süre ve refakatçisinin kim olduğunun ise her iki parametreyi de etkilediği belirlenmiştir ($p<0.01$).

Araştırma kapsamına alınan annelerin bir önceki

bebeklerinin ilk olarak aldığı besinin, ETP ($p<0.05$) ve EGP'yi ($p<0.01$) etkilediği bulunmuştur. Önceki bebeklerini ilk emzirme zamanının ve sadece anne sütü ile besleme süresinin ETP ve EGP'yi etkilediği bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 4).

Annelerin emzirme tutumunu etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizine ebehemşirelik bakımı ve hizmetini etkileyen bağımsız değişkenler alınarak oluşturulan modelde yedi bağımsız değişkenin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Modelin gücüne en fazla katkıda bulunan bağımsız değişkenler; gebeliğin plansız olması, bebeğine anne sütü dışında besin verme, gebelikte bilgiyi sağlık personeli dışında kaynaktan alma, gebelikte anne sütü ve emzirmeye ilgili bilgi almış olma, dörtten fazla doğum yapmış olma, doğum sonu dönemde anne sütü ve emzirmeye ilgili bilgi almama, doğum öncesi bakım alma olarak belirlenmiştir. Bu model emzirme tutumlarının varyansının %131'ini açıklamıştır. Bu çalışmada, gebelikte anne sütü ve emzirmeye ilgili bilgi almış olma ve doğum öncesi bakım almanın emzirme tutumunu pozitif yönde etkilediği, gebeliğin plansız olması, bebeğine anne sütü dışında besin verme, gebelikte bilgiyi sağlık personeli dışında kaynaktan alma, dörtten fazla doğum yapmış olma, doğum sonu dönemde anne sütü ve emzirmeye ilgili bilgi almamanın negatif yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 5).

Tablo 5. Annelerin Emzirme Tutum Puanlarını Etkileyen Faktörler (n=573)

Emzirme tutum puanını etkileyen faktörler	β	SS	Sig	t	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Constant	131.54	1.42	0.000	92.48	128.66	134.25
Gebeliğin plansız olması	-11.90	1.83	0.000	-6.49	-15.50	-8.29
Dörtten fazla doğum yapma	-25.30	7.47	0.000	-3.38	-40.00	-9.76
Doğum öncesi bakım alma	16.43	6.85	0.010	2.39	2.94	-7.10
Gebelikte ASE ile ilgili bilgi alma	41.69	8.54	0.000	4.88	24.90	58.49
Gebelikte bilgiyi sağlık personeli dışında kaynaktan alma	-10.20	1.57	0.000	-6.47	-13.30	-10.60
Bebeğine anne sütü dışında besin verme	-13.53	1.91	0.000	-7.06	-17.29	-1.13
Doğum sonu dönemde ASE ile ilgili bilgi almama	-4.25	1.58	0.000	-2.68	-7.36	29.92

Dummy Kodlama: evet=1 hayır=0

Cumulative R²: 0.40

Durbin Watson: 1.95

P<0.01

Annelerin emzirme başarısını etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizine ebelik bakımı ve hizmetini etkileyen bağımsız değişkenler alınarak oluşturulan modelde beş bağımsız değişkenin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Modelin gücüne en fazla katkıda bulunan bağımsız değişkenler; gebeliğin plansız olması, bebeğine anne sütü dışında besin verme, gebelikte bilgiyi sağlık personeli dışında kaynaktan alma, gebelikte anne sütü ve emzirmeye ilgili bilgi almış olma, dörtten fazla doğum yapmış olma idi. Bu model emzirme başarısının varyansının %37'sini açıklamıştır. Bu çalışmada, gebelikte anne sütü ve emzirmeye ilgili bilgi almanın emzirme tutumunu pozitif yönde, gebeliğin plansız olması, bebeğine anne sütü dışında besin verme, gebelikte bilgiyi sağlık personeli dışında kaynaktan alma, dörtten fazla doğum yapmış olmanın negatif yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 6).

Tablo 6. Annelerin Emzirme Gözlem Puanlarını Etkileyen Faktörler (n=573)

Emzirme gözlem puanını etkileyen faktörler	β	SS	Sig	t	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Constant	37.32	0.69	0.000	54.12	35.97	38.68
Gebeliğin plansız olması	-5.55	0.98	0.000	-4.65	-6.48	-8.51
Dörtten fazla doğum yapma	-19.77	4.04	0.000	-4.89	-27.71	-2.62
Gebelikte ASE ile ilgili bilgi alma	16.70	4.63	0.000	3.60	7.58	-11.82
Gebelikte bilgiyi sağlık personeli dışında kaynaktan alma	-2.56	0.85	0.000	-3.01	-4.24	25.82
Bebeğine anne sütü dışında besin verme	-7.52	0.99	0.000	-10.52	-12.42	-0.89
Dummy Kodlama: evet=1 hayır=0	Cumulative R ² : 0.35	Durbin Watson: 1.82	p<0.01			

TARTIŞMA

Aydın İlinde yapılan bu çalışma, annelerin emzirme tutum ve başarısını etkileyen faktörleri belirlemek, etkili emzirme için ebek ve hemşirelik girişimlerini oluşturmak için önemli veriler ortaya koymaktadır. Çalışmamızda annelerin ETP ortalaması 110.86±18.14 olarak bulunmuştur. Formun ortalama puanı 184 olduğu için annelerin emzirme tutumu olumlu olarak değerlendirilmiştir. Lohusaların emzirme tutumunun belirlendiği bir çalışmada ETP ortalaması çalışmamızla paralel, gebe kadınlarıki ise daha düşük olarak bildirilmiştir (Güney ve Uçar, 2018). Bu durum bebek ile temas etmenin emzirme tutumunu yükseltebileceğini, ebe ve hemşirelerin lohusalık dönemini iyi değerlendirmesinin ve anne ile bebeğin gerekmedikçe ayırmamanın emzirme oranlarını arttırmakta etkili olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda ise annelerin emzirme tutumlarında bölgesel farklılıklar olduğu görülmektedir. Abu-Dabi de yapılan bir çalışmada annelerin %20.9'u emzirmeye karşı olumlu tutuma sahip iken (Isam Al Ketbi ve ark, 2018) bu oran Ürdün'de yapılan bir çalışmada %72 olarak bulunmuştur (Khasawneh ve ark, 2020). Bu durum emzirme tutumunun bölgelere göre farklı olabileceğini, kültürel yapı ve emzirme konusundaki devlet politikalarından etkilenebileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada EGP ortalaması 29.86±9.32 bulunmuştur. Formun ortalama puanı 25 olduğu için annelerin emzirme başarısının orta düzeyde olduğu düşünülmüştür. Isam Al Ketbi ve ark (2018)'nin çalışmasında ise annelerin emzirme başarısı çalışmamıza göre daha düşük bildirilmiştir. Bu sonuçlar başarıyı etkileyen faktörlerin farklılıklar gösterebileceği ve etkileyen faktörlerin değişebileceğini düşünülmüştür.

Çalışmamızda anne yaşının emzirme tutum ve başarısının üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çalışmamız ile paralel sonuçlar olduğu gibi (Jane, Colin, Wendy ve Kathleen, 2006) çalışmamızdan farklı olarak anne yaşının tutum puanını olumlu etkilediği çalışmalarda bulunmaktadır (Holbrook, Beyaz, Heymen ve Wojcicki, 2013). Bazı çalışmalarda ise emzirme başarısı ve anne yaşı arasında özellikle 20 yaş altı grupta negatif etkilenme bildirilmiştir (Goyal, Banginwar, Zivo ve Toveir, 2011; Tampah-Naah ve

Kumi-Kyereme, 2013). Tampah-Naah ve Kumi-Kyereme (2013)'nin çalışmasında ise en iyi emzirme başarısı puanı 20-35 yaş arası grupta bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin aynı yaş döneminde yığılmış olmasının anne yaşının emzirme tutum ve başarısını etkilememesine neden olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada annelerin eğitim durumu arttıkça emzirme tutum ve başarısının da arttığı saptanmıştır. Literatürde bu çalışmayla benzer sonuçlar bulunmaktadır (Chezem, 2012; Holbrook ve ark, 2013; Yılmaz ve ark, 2017). Kız çocuklarının eğitim düzeyinin yükseltilmesinin emzirme oranlarını arttırarak, anne, bebek ve toplum sağlığını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, literatüre paralel olarak (Isam Al Ketbi ve ark, 2018; Malini ve Janell, 2008; Merten, Dratva ve Ackermann, 2005) ailelerin gelir durumunun emzirme tutumunu etkilediği bulunmuştur. Annelerin gelir getiren bir işte çalışması da benzer bir şekilde ETP'yi etkilemiştir (Holbrook ve ark, 2013). Çalışmamızda eşlerin eğitim durumu ve gelir getiren bir işte çalışmasının ETP'yi önemli düzeyde etkilediği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda bu bulguya benzer sonuçlar bildirilmiştir (Yığıtbaş ve ark,2012; Yılmaz ve ark, 2017). Bu sonuçlar eşlerin eğitim durumunun artırılması ve bireylere istihdam sağlanması ile emzirme tutumunun artırılabilirliğini göstermektedir. Annelerin gelir durumu ve yaşadığı yer de emzirme başarısını etkilemektedir. Tampah-Naah ve Kumi-Kyereme (2013)'nin çalışmasında da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Eğitim, gelir durumu ve yaşadığı yerin, annelerin bilgi ve sağlık sistemine ulaşmasını kolaylaştırmasının emzirme başarısını artırıyor olabileceği düşünülmüştür. Bu sonuçlar ışığında ebe ve hemşireler özellikli grupları belirleyip, uygun hizmet ve eğitimlerle etkin emzirme oranlarını arttırabilecek fırsatlar geliştirebilir.

Çalışmamızda annelerin gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayıları, ETP'yi etkilemiştir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların sonuçları da çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. (Inoue, Katsuki ve Ouchi, 2013; Şencan, 2008; Yıldız, 2019). Aynı şekilde çalışmamızda annelerin son iki gebeliği arasında geçen sürenin yapılan çalışmalara paralel olarak (Tunçel, Dündar ve Pelken, 2005) ETP'yi etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar etkin aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ile emzirme tutumunun artırılabilirliğini göstermiştir. Bu çalışmada annelerin tek çocuğa sahip olması emzirme başarısını pozitif yönde etkilemiş fakat gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısının emzirme başarısı üstündeki etkisi istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Goyal ve ark (2011)'nin çalışmasında bu bulgudan farklı olarak doğum sayısı ve emzirme başarısı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda planlı ve istenen gebelik yaşayan annelerin emzirme başarısı daha yüksek bulunmuştur. Çelebioğlu ve ark (2005)'nin çalışmasında bu çalışmadan farklı (Çelebioğlu, Tezel ve Özkan, 2005) sonuçlar bildirilmiş olsada benzer sonuçların

olduğu çalışmalar bulunmaktadır (Aidam, Perez-Escamilla, Lartey ve Aidam, 2005; Yılmaz ve ark, 2017). Kadınlara sadece gebelik döneminde değil doğurganlık çağında her dönemde verilecek eğitimlerle plansız gebelikleri önleyerek emzirme başarısının artırılabilceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda annelerin cinsiyet beklentisinin ETP'yi etkilemediği fakat EGP'yi etkilediği bulunmuştur. Kız bebek beklentisi olan annelerin tutum puanı ve emzirme başarısı daha yüksek bulunmuştur. Erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi, kız bebek beklentisinin gerçekleşmemesine göre anneleri daha çok hayal kırıklığına uğrattığı veri toplama sırasında gözlenmiş ve farkın nedenin bu olabileceği düşünülmüştür. Kız çocuk beklentisi olan annelerin erkek bebek sahibi olmalarının tutum puanlarını düşürmemesi toplumsal cinsiyet eşitsizliği konusunda emzirme durumunun ele alınması gerekliliğini düşündürmektedir. Bu çalışmada erkek bebeğe sahip olan annelerin tutum puanı ve emzirme başarısı daha yüksek bulunmuştur. Bu oran araştırma batı illerinde yapılmasına rağmen toplumun erkek çocuğa verdiği değeri göstermektedir. Yapılan bir çalışmada erkek bebeklerin, (Tampah-Naah ve Kumi-Kyereme, 2013; Tanır, 2006) başka bir çalışmada ise kız bebeklerin sadece anne sütü ile besleme oranı daha yüksek (Isam Al Ketbi ve ark, 2018), başka bir çalışmada ise kız bebek annelerinin emzirme başarısının daha iyi olduğu bulunmuştur (Hamze, Jing ve Reifsnider, 2019). Bu durum toplumun cinsiyeti ile ilgili kültürel yapısının emzirme tutum ve başarısını etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ülkemizde ise son üç TNSA verilerine göre de ortalama emzirme süresinin erkek çocuklarda kız çocuklara göre iki ay daha fazla olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2008. 2013. 2018). Ülkemizde 10 yıldan daha uzun dönem içinde aynı verilere ulaşılması, emzirme ve bebeğin cinsiyeti ilişkisinin özellikle değerlendirilmesi, bu konuda multidisipliner paydaşlar ile ortak yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Doğum öncesi bakım alma sayısının bu çalışmada emzirme başarısını etkilediği bulunmuştur. Sonuçları destekleyen başka çalışmalar bulunmaktadır (Tampah-Naah ve Kumi-Kyereme, 2013; Yiğitbaş ve ark, 2012).

Bu çalışmada annelerin gebelikleri süresinde sigara içmeleri emzirme başarısını olumsuz etkilemiştir. Yapılan bir çalışmada da sonuçlar çalışmamızla paraleldir (Ata Yüzügüllü, Aytaç ve Akbaba, 2018). Gebelikte ve laktasyonda sigara kullanma bebek sağlığı açısından çok önemli olduğu için kadınların sigara kullanımını azaltmak için ilave çabalar gereksinim vardır.

Bu çalışmaya göre gebelik döneminde emzirme ile ilgili alınan eğitim emzirme tutumunu arttırmıştır. Sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir (Inoue ve ark, 2013; Khasawneh ve ark, 2020; Rhona, David, Baber ve Oprescu, 2008; Yılmaz ve ark, 2017). Ayrıca alınan bilginin kaynağının sağlık personeli olması da ETP'yi anlamlı derecede etkilemiştir. Bu

da bilgi almak değil etkin ve doğru bilgi almanın önemli olduğunu düşündürmektedir. Doğum sonu dönemde hastanede alınan eğitimi ve ETP arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu dönemde annelerin bebekleri için en iyisini yapmak istedikleri en hassas dönem olduğu için ebe ve hemşireler bu fırsatı iyi değerlendirmelidir. Nitelikli doğum öncesi bakım ve etkin emzirme eğitimi ile emzirme oranlarının artabileceği düşünülmektedir. Taburcu olduktan sonra evde emzirme desteği verecek kişinin eş olması emzirme başarısını artırırken aralarındaki fark anlamlı değildir. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (Kaun, 1999; Yıldız, 2019). Anneye destek olması planlanan kişiler ve babaların emzirme eğitimine katılmasını sağlamanın emzirme başarısını olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada annelerin hastanede bebeğini anne sütüyle beslemesi ETP'yi olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde benzer sonuçlar bildirilmiştir (Büyükkayaci Duman, 2012; İnce, Aktaş, Aktepe ve Aydın, 2017; Jane ve ark, 2006). Doğum sonu dönemde annelerin emzirmesinin sağlık personeli tarafından desteklenilmesinin emzirme oranlarının artırabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada annelerin eşyle ilişkisinin olumlu olması emzirme tutumu ve emzirme başarısı puanını arttırmıştır. Yapılan çalışmalarda çalışmamızla paralel sonuçlar bildirilmiştir (Khasawneh ve ark, 2020; Shahla, Fahy ve Kable, 2010). Ebe ve hemşirelerin aile tanılama sistemleri ile verileri toplayıp uygun girişimlerle aileye destek olmasının emzirme oranlarını arttıracığı düşünülmektedir. Çalışmamızda annelerin kendi emzirme başarısını olumlu değerlendirmesinin emzirme tutum ve başarısı arttırdığı bulunmuştur. Yıldız (2019)'ın çalışmasında da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Bu veri emzirme tutum ve başarısı ile özgüven arasında pozitif ilişki olduğunu düşündürmektedir. Annelere verilen emzirme eğitiminin önceliğinin özgüven ve cesaret verme olarak planlanmasının etkin emzirmede önemli olabileceğini düşünülmüştür. Emzirme başarısında annenin eşyle ilişkisi ve özgüveni oldukça önemlidir. Emzirme başarısını olumlu değerlendiren annelerin özgüvenlerinin fazla olduğu ve emzirme başarısını etkilediği düşünülebilir.

Bir önceki bebeğin ilk olarak aldığı besin, ilk besleme zamanı, annelerin önceki bebeklerini sadece anne sütü ile besleme süresi ve emzirme başarısı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda her ne kadar bir önceki bebeğine ilk olarak şekerli su veren annelerin emzirme tutum ve başarı puanları yüksek olarak bulunsun da, annelerin sadece %2'sinin şekerli su vermiş olması farkın anne sütü veren annelerden kaynaklandığını düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda daha önce emzirme deneyimi olan annelerin olumlu emzirme deneyimlerini bildirmiştir (Hamze, Jing ve Reifsnider, 2019; Holbrook ve ark, 2013; Isam Al Ketbi ve ark, 2018). Bu sonuçlar özellikle ilk gebeliklerinde annelerin emzirme konusunda bilgilendirilmesi, cesaretlendirilmesi ve

desteklenmesinin emzirme oranlarını arttıracaklarını düşündürmüştür.

Bu çalışmanın; verilerin toplanması annelerin taburculuğu onaylandıktan sonra yapıldığı için taburculuk işlemleri, annelerin yanında refakatçisinin olması veya bebeğin ağlaması gibi durumların görüşmeyi zorlaştırması, bulguların çalışmanın yapıldığı sağlık kurumunda, yapıldığı zaman diliminde başvuran anneler ve veri toplama formunda bulunan sorular ile sınırlı olması ve topluma genellenememesi gibi bazı sınırlılıkları bulunmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışma; emzirme tutum ve başarısının bilgi düzeyi, destek ve obstetrik özelliklerin yanında ailenin iletişimi, kadının özgüveni, bebeğin cinsiyeti gibi çok boyutlu faktörlerden ve toplumsal normlardan etkilendiği sonucunu göstermektedir. Araştırma bulgularına göre; anne sütünün önemi ve emzirme hakkında sağlık personelleri tarafından bölgesel ve bireysel özellikler göz önüne alınarak bireyselleştirilmiş etkin eğitimlerin planlanması ve uygulanması, annelere verilen eğitimde cesaret ve özgüven artırıcı ifadeler kullanılması, bebeğin en hazır olduğu dönemde ilk emzirmenin sağlık personelinin de desteği başlatılması, emzirme eğitim programlarında hedef kitle olarak özellikle bekâr, yeni evlenmiş veya ilk gebeliği olan kadınların alınması, ilk doğumunu yapan annelerin emzirme davranışlarının yakından izlenmesi ve yapılan yanlış uygulamaların alışkanlık haline gelmeden önlenmesi, ev ziyaretleri ile emzirme davranışının takip edilmesi, sağlık politikalarıyla emzirme eğitimlerinin yeterliliğinin ölçülmesi için denetleme mekanizmalarının oluşturulması, anne ve babanın eş ilişkileri ile ilgili veriler toplanarak aile danışmanlığının planlanması, gerekli durumlarda uzman görüşü almaları konusunda cesaretlendirilmesi, nicel araştırmaların yanında daha çok nitel araştırmaların yapılması ve tüm bunların yanısıra etkili aile planlaması hizmetlerinin sürdürülmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Bu araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak yapıldı. Araştırmaya katkı sağlayan tüm kadınlara, araştırmanın yürütüldüğü hastane yönetici ve çalışanlarına, araştırmanın analizlerindeki istatistik danışmanlığı ve editör desteği için teşekkürlerimizi sunarız.

Çıkar çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması veya anlaşmazlık bulunmamaktadır. “Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışma için aynı katkı veya parasal destek alınmadı.

KAYNAKLAR

1. Aidam, BA. Perez-Escamilla, R. Lartey, A. Aidam, J. (2005). Factors associated with exclusive breastfeeding in accra, ghana. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59:789-96.
2. Akgül, A. (2005). Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri, spss uygulamaları. Ankara: Emek Ofset. 382-90. 3. Basım
3. Aktaş, S. Küçük Alemdar, D. (2018). Correlation between infantile colic and maternal breastfeeding self-efficacy, breastfeeding success and breast milk amount. *Journal of Tropical Pediatrics*, 0:1-7.
4. Arslan, H. (1999). Emzirme tutumunu değerlendirme ölçeği. *Hemşirelik Forumu, Kadın Doğum Sayısı*, 2(3):132-136.
5. Ata Yüzüğüllü, D. Aytaç, N. Akbaba, M. (2018). Annelerin ilk altı ay sadece anne sütü verme durumlarına etki eden etmenlerin incelenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53:96-104.
6. Balcı, E. (2011). Anne sütünün çocuk büyüme ve gelişmesine etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(3):135-138.
7. Büyükkayaci Duman, N. (2012). The effect of counselling provided on the second postpartum day through home visits on breastfeeding success in turkey: randomized, controlled trial. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(1):91-100.
8. Chezem, C. (2012). Breastfeeding attitudes among couples planning exclusive breastfeeding or mixed feeding. *Breastfeeding Medicine*, 7 (3):155-162.
9. Çelebioğlu, A. Tezel, A. Özkan, H. (2005). Bebek dostu olan ve olmayan hastanelerde emzirme durumunun karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9:3.
10. Forster, D.A. Mclachlan, H.L. (2007). Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health*, 52(3):27-80.
11. Gebrekidan, K.G. Hall, H. Plummer, V. Fooladi, E. (2020). Exclusive breastfeeding continuation and associated factors among employed women in north ethiopia: a cross-sectional study. Erişim Tarihi: 30.05.2021. file:///C:/Users/Exper/Downloads/Exclusive_Breastfeeding_Continuation_and_Associate%20(1).pdf
12. Ghasemi, V. Simbar, M. Ghasemi, E. Ebadi, A. Kiani, Z. Keyghobad, F.M. Navand, P.H. (2019). Predictor factors of breastfeeding attitude in iranian breastfeeding mothers: a cross-sectional study. *International Journal of Pediatrics*, 7(3):9103-13.
13. González-Pascual, JL. Aguilar-Ortega, JM. Esteban-Gonzalo, L. Mesa-Leiva, C. Pérez-García, S. Cardenete-Reyes, C. (2018). Comparison of attitudes to breastfeeding among spanish-born and chinese-born postpartum women in madrid. *International Breastfeeding Journal*, 13(45):2.
14. Goyal, R.C. Banginwar, A.S. Zivo, F. Toveir, A.A. (2011). Breastfeeding practices: positioning, attachment (latch-on) and effective suckling – A hospital-based study in Libya. *Journal of Family and Community Medicine*, 18(2):74-79.
15. Gölbaşı, Z. Koç, G. (2008). Kadınların postpartum ilk 6 aylık

- süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 15(1):16-31.
16. Güney, E. Uçar, T. (2018). Gebelikteki beden imajının emzirme tutumu ve doğum sonu emzirme sürecine etkisi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 49(1):49-53.
 17. Hamze, L. Jing, M. Reifsnider, E. (2019). Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: a cross-sectional survey of postnatal mothers in china. Midwifery, 74: 68-75.
 18. Holbrook, K. Beyaz, M. Heymen, M. Wojcicki, J. (2013). Maternal sociodemographic characteristics and the use of the iowa infant attitude feeding scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, latina mothers: a prospective cohort study. International Breastfeeding Journal, 8.7.
 19. ICM, (2019). Breastfeeding within an hour after birth is critical for saving newborn. Erişim Tarihi: 02.03.2021. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement>.
 20. Isam Al Ketbi, M. Al Noman, S. Al Ali, A. Darwish, E. Al Fahim, M. Rajah, M. (2018). Knowledge, attitudes, and practices of breastfeeding among women visiting primary healthcare clinics on the island of abu dhabi. United Arab Emirates International Breastfeed Journal, 13:26.
 21. İnce, GN. (1996). İstanbul kentinde bebek dostu hastanelerde emzirme tekniği ve emzirme danışmanlığının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
 22. İnce, T. Aktaş, G. Aktepe, N. Aydın, A. (2017). Annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 7(3):183-190.
 23. İnoue, M. Katsuki, Y. Ouchi, M. (2013). Japanese mothers' breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the iowa infant feeding attitudes scale. Asia Pac Journal Clinical Nutrition, 22(2):261-5.
 24. Jane, A. Colin, W. Wendy, H. Kathleen, I. (2006). Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. Pediatrics, 117:646.
 25. Kaun, LW. (1999). Health system factors contributing to breastfeeding success. Pediatrics, 104:28.
 26. Khasawneh, W. Kheirallah, K. Mazin, M. Abdunabi, S. (2020). Knowledge, attitude, motivation and planning of breastfeeding: a cross-sectional study among jordanian women. International Breastfeeding Journal, 15:60.
 27. Kılıcı, H. Çoban, A. (2016). The correlation between breastfeeding success in the early postpartum period and the perception of self-efficacy in breastfeeding and breast problems in the late postpartum. Breastfeeding Medicine, 11(4):188-95.
 28. Malini, D. Janell, L. (2008). Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding Intent and socio-demographics among urban primiparas. Journal of Community Health, 33(2):53-60.
 29. Merten, S. Dratva, J. Ackermann, U. (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics, 116:70.
 30. Özdamar, K. (2010). PASW ile biyoistatistik. Ankara: Kaan Kitabevi. 274-278.
 31. Özsoy, S. (2014). Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. Florans Naytingel Hemşirelik Dergisi, 22(2):84-93.
 32. Rhona, J. David, M. Baber, A. Oprescu, F. (2008). Infant feeding attitudes and knowledge among socioeconomically disadvantaged women in glasgow. Maternal and Child Health Journal, 12(3):313-22.
 33. Rollins, C.N. Bhandari, N. Hajeebhoy, N. Horton, S. Lutter, C.K. Martines, J.C. Piwoz, E.G. Richter, L.M. Victora, C.G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet, 387:491-504.
 34. Sağlık Bakanlığı. (2019). Emzirme danışmanlığı el kitabı. Erişim Tarihi: 06.03.2021. http://ekutuphane_kitaplar_a%C3%A7sap23.pdf.
 35. Shahla, M. Fahy, K. Kable, K.A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. Erişim Tarihi 01.03.2013. http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1913&context=hahs_pubs.
 36. Suar, G. (2018). Normal doğum deneyiminin emzirme üzerine etkisi. (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı, Kocaeli.
 37. Şencan, İ. (2008). Anne sütü ile beslenme süresine etki eden faktörlerin araştırılması. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara, Fatih Üniversitesi.
 38. Tampah-Naah, A.M. Kumi-Kyereme, A. (2013). Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in ghana: a cross-section study. International Breastfeeding Journal, 8:13.
 39. Tanır, F. (2006). Bebekleri 0-2 yaş arasında olan bir grup annenin emzirmeye ilişkin inanç ve tutumları. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). İstanbul, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
 40. Tornese, G. Ronfani, L. Pavan, C. Demarini, S. Monasta, L. Davanzo, R. (2012). Does the latch score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at hospital discharge? Breastfeed Medicine, 7(6):423-30.
 41. Tunçel, E. DüNDAR, C. Pelken, Y. (2005). Ebelerin anne sütü ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Dergisi, 6: 43-48.
 42. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (TNSA). 2003. Yiğit, E.K. Tezcan, S. Bebeklerin beslenme alışkanlıkları, çocukların ve

- annelerin beslenme durumu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye 2004;141-155.
43. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (TNSA). 2008. Kurtuluş Yiğit, E. Tezcan, S. Tunçkanat, H. Çocukların ve annelerin beslenme durumu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye 2009;171-187.
44. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (TNSA). 2013. Türkyılmaz, A.S. Adalı, T. Çağatay Seçkiner, P. Beslenme durumu ve çocuk sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye 2014: 156-169.
45. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), (2018). Çocukların ve kadınların beslenme durumu. Erişim Tarihi: 18.03.2021. - http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.
46. UNICEF, (2019). Infant and young child feeding-2019. Erişim Tarihi: 02.03.2021. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
47. Yapıcı, M. (2012). Babaemzirmesi Erişim Tarihi: 11.08. 2012. www.aku.edu.tr/AKU/DosyaYonetimei/OKULONCESI/baba.doc.
48. Yeşilçiçek Çalık, K. Ayar Kocatürk, A. Selma Gönenli, S. (2019). Normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörler. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 28(3):191-200.
49. Yıldız, K. (2019). Yenidoğan yoğun bakımda bebeği yatan annelerin emzirme tutumu ve emzirme başarılarının belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bursa, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.
50. Yılmaz, E. Öcal, F.D. Vural Yılmaz, Z. Ceyhan, M. Kara, O.F. Küçüközkan, T. (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. Turk J Obstet Gynecol, 14:1-9.
51. Yiğitbaş, Ç. Kahrıman, İ. Yeşilçiçek Çalık, K. Kobyay Bulut, H. (2012). Trabzon il merkezindeki hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2):49-59.
52. Yurdagül, H. (2005. Eylül). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
53. World Health Organization, (Who). 2020. Infant and young child feeding. Erişim Tarihi: 24 .05.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
54. World Health Organization, (Who). 2019. Nutrition: Baby-friendly hospital initiative. Erişim Tarihi: 02.03.2021. <https://www.who.int/nutrition/bfhi/en/>.
55. World Health Organization, (Who). 2014. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief. Erişim Tarihi: 04.06.2021. https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/
56. World Health Organization, (Who). 2018. Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Erişim Tarihi: 02.03.2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215>.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Derleme

Dahili-Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Uygulama Kapsam ve Standartları Scope and Standards of Medical-Surgical Nursing Practice

Yasemin USLU ^{ID}*,^a, Meryem YAVUZ van GIERBERGEN ^{ID}^b

^a Dr. Öğr. Üyesi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL, TÜRKİYE

^b Prof. Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE

ÖZET

Sağlık bakım ortamının dinamik yapısı ve hemşirelikteki bilginin artan gücü Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği uygulamalarının tanımlanması ve yorumlanması ihtiyacını doğurmuştur. Dahili-Cerrahi ortamlarda profesyonel hemşirelik uygulamalarının yürütülmesi ve standart uygulamaların geliştirilmesi amacıyla Dahili-Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Akademisi (The Academy Of Medical-Surgical Nurses- AMSN) tarafından “Dahili-Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Uygulama Kapsam ve Standartları” rehberi geliştirilmiştir. Bu standartlar “Bakım Standartları” ve “Profesyonel Performans Standartları”dır. Bu makalede 2012 yılında yayınlanan rehberde yer alan kapsam ve standartlara yer verilmiştir. Bu makaleyi yazmanın amacı dahili-cerrahi hemşirelerinin bakım süreçlerinde kullandıkları kapsam ve standartları paylaşarak bakım uygulamalarına rehberlik sağlamasıdır.

Anahtar kelimeler: Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği, Hemşirelik uygulamaları, Hemşirelik süreci, Hemşirelik bakım standartları

ABSTRACT

The dynamic of health care and the growing power of knowledge in nursing has led to the identification and interpretation Medical-Surgical nursing practices. Scope and Standards of Medical-Surgical Nursing Practice is published by The Academy of Medical-Surgical Nurses- AMSN for conducting professional nursing practices and establishing standards in medical-surgical environments. These standards are “standards of care” and “standards of professional performance”. This paper contains the scope and standards in the 2012 guide. The purpose of this article is to provide guidance to care practices by sharing the scope and standards used by medical-surgical nurses in their care processes.

Key words: Medical-Surgical nursing, Nursing practices, Nursing process, Standards of care

*Sorumlu Yazar: Yasemin USLU

Adres: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL, TÜRKİYE

e-posta: yaseminuslu86@gmail.com

Geliş tarihi:31.05.2020

Kabul tarihi:18.08.2021

GİRİŞ

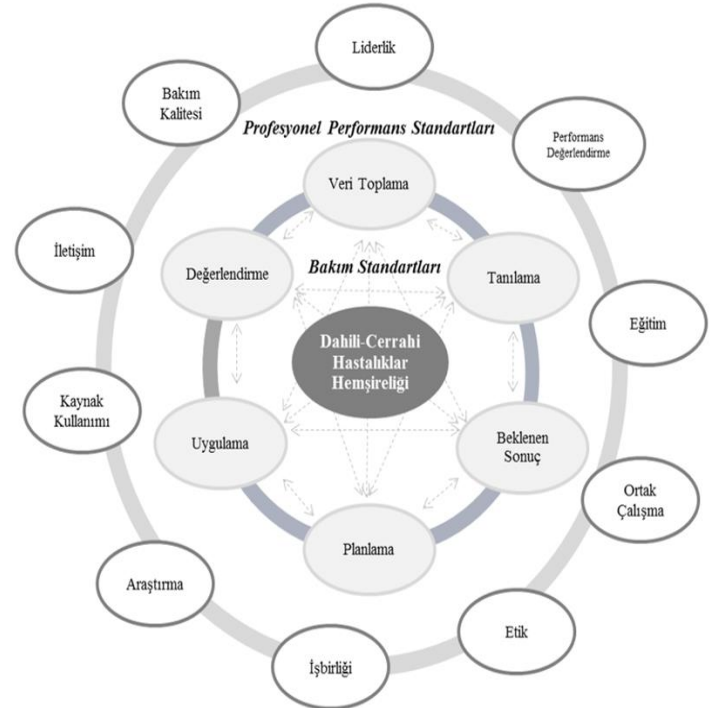
Sağlık bakım ortamının dinamik yapısı ve hemşirelikteki bilginin artan gücü Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği uygulamalarının tanımlanması ve yorumlanması ihtiyacını doğurmuştur (Ross, Armstrong, Reinhart, & Kraushar, 2012). Geleneksel olarak Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği, erişkin bireyin bakımı ile ilgilenen ergenlikten başlayarak yaşam boyu devam eden bir uzmanlık alanıdır ve hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri, hemşirelik profesyonelleri içerisindeki en büyük grubu oluşturmaktadır. Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliğinin amacı, bireyin sağlığını korumak, geliştirmek ve iyilik halini sürdürmektir ayrıca hastalıkların önlenmesinde, yarattığı fonksiyon bozukluğunu engellemekte, rehabilitasyonunun sağlanmasında ve bireylerin rahat ölüm deneyimini yaşamalarını sağlamada doğrudan görev alırlar (Ross et al., 2012).

Dahili-Cerrahi ortamlarda profesyonel hemşirelik uygulamalarının yürütülmesinde ve standart uygulamaların geliştirilmesinde, bir meslek örgütü olarak Dahili-Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Akademisi (The Academy Of Medical-Surgical Nurses-AMSN) Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşirelik uygulamalarına adanmış tek özel bakım organizasyonudur. 1990 yılında, Amerikan Hemşireler Birliğinin (American Nurses Association/ANA) yaptığı ön çalışmada Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliğinin hızlı değişen sağlık sistemi içerisinde ortaya çıkan ihtiyaçlarını karşılamak ve yeni gelişmeleri takip edilmesini sağlamak amacıyla, üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin “gizli ve sessiz” kahramanlarına ulaşmak için kurulmuştur. AMSN'nin temel amacı Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliğinin imajının değiştirilmesi, uygulama standartlarının geliştirilmesi ve bakım uygulamalarına temel oluşturan eğitim için çekirdek müfredat programının oluşturulmasıdır ("Academy of Medical-Surgical Nurses. History of AMSN, "). Uygulama standartları ve kapsamı, AMSN komite üyesi olan uzman hemşireler ve klinik hemşireler tarafından 2012 yılında beşinci kez, 2018 yılında ise altıncı kez revize edilmiştir.

Bir uğraşın en önemli meslekleşme kriterlerinden biri, o mesleğin uygulamasında kullanılabilen bilgi birikimidir. Hemşirelik bilgisini uygulamaya aktarmayı sağlayan hemşirelik süreci kavramı, bireyin hemşirelik bakım ihtiyaçlarını saptamak için problem çözme yaklaşımı ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Hemşirelik sürecinin hemşireliğe eleştirel olarak bakan bir model olduğu belirtilmektedir (Alfaro-Le Fevre, 2006; Chitty & Black, 2007; Craven & Hirnle, 2010; Kaya, Babadağ, Yeşiltepe Kaçar, & Uygur, 2010). Hemşirelik mesleğinin uygulamalarında hemşirelik süreci temel olup bilimsel olarak düşünme ve araştırmayı gerektiren, sağlıklı ya da hasta bireyin/ailesinin problemlerine sistematik ve mantıksal bir yaklaşımını ifade eder (Ay, 2008; Karagözoğlu, 2006; Kaya, 2013; Yıldırım

& Özkahraman Koç, 2013). Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği alanında da kapsam ve standartlar, bu alanda yetkili ve yetkin hemşirelik uygulama ve davranışları hemşirelik süreci kapsamında ele alınır.

Uygulama Kapsam ve Standartları, güvenli Dahili-Cerrahi bakım ortamını sağlamak amacı ile, uygulayıcı için bilgi, beceri ve tutumu anlamakta rehberlik sağlar. Bu standartlar amaca yönelik, ölçülebilir kriterlere göre oluşturulmuştur. Bu kriterler, yetkin Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği uygulamalarının da temel göstergeleridir. Yazılı, ölçülebilir şartları ve standartları tanımlamak, hemşirelerin sorumlu olduğu toplum ve bireyin sağlık çıktılarında hesap verilebilirliği de sağlar ("American Nurses Association. Code of ethics for nurses with interpretive statements," 2010). Dahili-Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Standartlarını “Bakım Standartları” ve “Profesyonel Performans Standartları” Şekil 1’de belirtilmiştir (Ross et al., 2012). Bu makalede 2021 yılında beşinci kez güncellenen rehberde yer alan kapsam ve standartlara yer verilmiştir.



Şekil 1: Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği uygulama kapsam ve standartları*

*Şekil yazarlar tarafından geliştirilmiştir

1. Bakım Standartları

Hemşirelik süreci Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşiresinin klinik karar verme temelini ve bireyin tüm bakımını kapsar. Bakım standartları hemşirelik bakım sürecindeki veri toplama, tanılama, beklenen sonuç, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını tanımlar.

1.1. Standart- Veri toplama

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri bireyin sağlığına ilişkin verileri toplamalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Veri toplama, bireyin hemen karşılanması gereken acil, kısa ve uzun süreli gereksinimlerine odaklanmayı gerektirir.
- Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşiresi bireye ilişkin verileri toplarken uygun değerlendirme parametrelerini kullanmalıdır. Bunlar;
 - Fonksiyonel yetenekleri,
 - Fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel, kültürel durumu,
 - Sağlığı etkileyen etik, çevresel (güvenlik ve destek sistemleri vb.), ekonomik, etnik, siyasi, hukuki ve dini faktörleri,
 - Sağlık ve hastalık geçmişi,
 - Sağlık inanç ve uygulamaları,
 - Bireyin sağlık algısı ve sağlıkla ilgili amaçları,
 - Sağlığı geliştirmek için kullanılabileceği güç ve yeterlilikleri,
 - Sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili bilgisi ve bakış açısı,
 - Sağlığı etkileyen diğer faktörlerdir.
- Birey ve ailesi, sağlık profesyonelleri, tıbbi kayıtlar ve toplum sağlığı istatistikleri kaynak olarak kullanılabilir. Toplanan verilerde kültürel özellikler, etnik köken, yaş, cinsiyet ve yaşam tarzı seçimlerine duyarlı davranılmalıdır.
- Sistematik veri toplama işlemi sürekli devam etmelidir.
- İlgili veri sentezlenmeli, özetlenmeli ve belgelenecek tekrar kayıt edilmelidir.

1.2. Standart-Tanımlama

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri toplanan verilerin analizini yaparak hemşirelik tanısına karar vermelidir.

Ölçüm Kriterleri

- Tanılar, verilerin değerlendirmesinden elde edilen sonuçlardan oluşmalıdır.
- Tanılar, birey, ailesi, yakınları ve sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.
- Tanılar bireyden beklenen sonuçların değerlendirilmesinde kanıt sağlamalıdır.
- Tanılar yeni ya da ilave olan uygun verilerin eklenmesi ile yeniden güncellenmelidir.
- Verilerin değerlendirilmesinde öncelikler bireyin ihtiyaç ve istekleri göz önüne alınarak belirlenmelidir.

1.3. Standart-Beklenen sonuçlar

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri bireye özgü beklenen sonuçları tanımlamalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Beklenen sonuçlar tanılardan oluşmalıdır.
- Beklenen sonuçlar mümkün olduğunca birey, ailesi ve sağlık profesyonelleri ile karşılıklı olarak belirlenmelidir.

- Beklenen sonuçlar bireyin mevcut ve potansiyel durumuna yönelik gerçekçi olmalıdır.
- Beklenen sonuçların belirlenmesinde ulaşılabilir kaynaklar kullanılmalıdır.
- Beklenen sonuçlara ulaşmak için bakımın sürekliliği göz önünde bulundurulmalıdır.
- Beklenen sonuçların geçerli bilimsel dayanakları olmalıdır.
- Beklenen sonuçlar sağlık ekibi ile iletişim kurularak ve ölçülebilir sonuçlarla belgelendirilmelidir.
- Beklenen sonuçlar bireyin durumuna göre yeniden güncellenmelidir.

1.4. Standart-Planlama

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşiresi, beklenen sonuçlara yönelik girişimde bulunmalı ve hemşirelik bakım planı geliştirmelidir.

Ölçüm Kriterleri

- Plan bireyin ihtiyaç ve durumuna göre bireye özgü hazırlanmalıdır (örn: yaş, kültürel yapısı).
- Plan birey, ailesi ve sağlık profesyonelinin desteğiyle hazırlanmalıdır.
- Plan güncel, kanıta dayalı hemşirelik girişimlerini yansıtmalıdır.
- Plan kayıt edilmeli ve tekrar edilebilir olmalıdır.
- Plan bakımın sürekliliğini sağlamalıdır.
- Plan hemşire, aile ve ulaşılabilir diğer kaynakların kullanımı ile uyumlu olmalıdır.
- Plan fonksiyonel bağımsızlığı teşvik edici, birey ve ailenin bağımsız karar verme becerilerini içermelidir.
- Bakım planı bireyin yanıtına göre tekrardan gözden geçirilmelidir.
- Bakım planı disiplinler arası ekibin sağlık bakım planının bir parçası olmalıdır.

1.5. Standart-Uygulama

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri bakım planında belirlenen girişimleri uygulamalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Girişimler disiplinler arası ekip çalışmasındaki planlamalar ile tutarlı olmalıdır.
- Girişimler bireyin sağlık verilerindeki değişimlerin sürekli değerlendirilmesiyle yeniden düzenlenmelidir.
- Girişimler kanıta dayalı, rehberler ve standartlar kullanarak, uzman görüşleri, bilimsel ilkelere ve/veya fikir birliğine dayalı olmalıdır.
- Girişimlerin seçimi, bireyin ihtiyaçlarını karşılayan hemşire tarafından yardımcı sağlık personelinin eğitim düzeyi ve deneyimlerine göre yapılmalıdır.
- Girişimler ve ilgili bireyin yanıtları kayıt edilmelidir.
- Girişimler birey, aile ve diğerlerinin bağımsızlığını geliştirmelidir.

1.6. Standart-Değerlendirme

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri bakım sürecinde beklenen sonuçları değerlendirmelidir.

Ölçüm Kriterleri

- Değerlendirme sistematik ve sürekli olmalıdır.
- Girişimlere bireyin yanıtları kayıt edilmelidir.
- Girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde, beklenen sonuçlara bakılmalıdır.
- Devam eden veri toplama aşamasına, tanının güncellenmesine ve bakımın yeniden planlanmasına ihtiyaç vardır.
- Birey, ailesi ve sağlık profesyoneli sürecin yenilenmesi ve değerlendirilmesine birlikte katılmalıdır.
- Düzeltmeler, tanılar, hedefler ve bakım planı üzerindeki güncellemeler kayıt edilmelidir.
- Değerlendirmede;
 - Bireyde elde edilen sonuçların değerine
 - Bireyin hedeflediği sonuçlara ulaşılmasına
 - Tedavi sürecinde risk/fayda analizine
 - Disiplinler arası sağlık bakım planlamasında maliyet etkinliğine dikkat edilmelidir.

2. Profesyonel Performans Standartları

Profesyonel Performans Standartları; bakım kalitesi, performans değerlendirme, eğitim, ortak çalışma, etik, işbirliği, araştırma, kaynak kullanımı, iletişim ve liderlik dahil olmak üzere Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşirelerinden beklenen bütün rolleri tanımlar.

2.1. Standart-Bakım kalitesi

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşiresi, hemşirelik uygulamalarının kalite ve etkinliğinin geliştirilmesine yönelik sistematik olarak değerlendirme yapmalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri eğitim, uygulama ve pozisyonlarına uygun olarak kaliteli bakım faaliyetlerinde bulunmalıdır. Bu faaliyetler arasında aşağıdakiler sayılabilir:
 - Hemşirelik bakımının değerini, etkinliğini ve kalitesini sağlamak için etkin veri toplama,
 - Bakım kalitesinin geliştirilmesi için kaliteli veri analizi yapma,
 - Hemşirelik uygulamalarında beklenen sonuçların iyileştirilmesi için fırsatları değerlendirme,
 - Hemşirelik uygulamalarının kalitesini artırmak için uygulamaların değerlendirilmesinde değişim yaratma,
 - Katılan disiplinler arası ekip ve komitelerle klinik uygulama ve sağlık hizmetlerini değerlendirme,
 - Bakım kalitesini ve değerini arttırmak için politika ve prosedür geliştirme,

- Uygulamadaki iyileştirmeleri başlatmak için belirlenen alanları kullanma,
- Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasında uygun kullanım alanlarını belirleme ve gelişmeler konusunda iş birliği sağlama.

2.2. Standart- Performans değerlendirme

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri uygulamaları ile ilgili mesleki uygulama standartları, yasa ve yönetmelikler konusunda kendi değerlendirmelerini yapmalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri kendi uygulamalarına yapıcı geribildirimde bulunmalıdır.
- Bireyi etkileyen kültürel çeşitlilik, yaş, dil, önyargı, ayrımcılık ve medeni haklar hususunda sürekli olarak öz değerlendirme yapmalıdır.
- Uygulama sırasında beklenen sonuçlara ulaşmak için performans değerlendirmesi yapmalıdır.
- Akran/meslektaş değerlendirmesine katılmalıdır.
- Güncel mesleki uygulama standartları, yasa ve yönetmelikler konusundaki bilgiyi bakıma yansıtmalıdır.

2.3. Standart-Eğitim

Eğitim konusunda yer alan standartlara bakıldığında Dahili-Cerrahi hastalıkları hemşirelerinin edindikleri temel bilgileri korumaları beklenir. Mesleki gelişimlerini sürdürmek ve uzmanlıklarını geliştirmek için bilgiyi takip etmeleri gerekmektedir.

Ölçüm Kriterleri

- Eğitim faaliyetlerini geliştirmek için klinik bilgi ve mesleki konulardaki bilgi teknolojilerini kullanmalıdır.
- Aktif ve düzenli olarak uygulamalarını devam ettirmeli, klinik beceri ve yetkinlikleri geliştirmelidir.
- Bilgi ve beceri edineceği uygun eğitim program ve etkinlikleri, konferanslar, bağımsız öğrenme aktiviteleri ve disiplinler arası mesleki toplantılar düzenlemeli ve katılmalıdır.
- Bireylerin sağlık bakımlarıyla ilişkisi olan kültürel, siyasal, bilimsel, fiziksel ve sosyal sorunlara yönelik bilgi birikimini artırmalıdır.
- Uzmanlık sertifikalarını resmi kuruluşlar aracılığıyla güncellemelidir.
- Profesyonel görev ve eğitim faaliyetleri belgelendirilmelidir.

2.4. Standart-Ortak çalışma

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri mesleki gelişime katkıda bulunması için meslektaşları ve diğer sağlık ekip üyeleri ile etkileşim içerisinde bulunmalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Bilgi, beceri ve klinik gözlemlerini uygulamalarda kullanabilmek amacıyla meslektaşları ve diğerleri ile paylaşmalıdır.
- Diğerlerinin klinik bakım ile ilgili öğretim/öğrenim ihtiyaçları, rol performansı ve mesleki gelişimlerine yardım etmelidir.
- Akranlarına uygulamalardaki profesyonel gelişimlerini sağlamak için yapıcı geribildirimlerde bulunmalıdır.
- Tüm uygulama alanlarında (hastaneler, sağlık bakım merkezleri, toplum vb.) hemşirelik öğrencileri ve tüm diğer sağlık profesyonellerinin öğrenme deneyimlerine katkıda bulunmalıdır.
- Kendi mesleki uygulamalarını geliştirmek için meslektaşları ile etkileşimde bulunmalıdır.
- Sağlıklı ve destekleyici bir çalışma ortamı sağlamalıdır.
- Mesleğin ilerlemesine katkıda bulunmak için uygulamalardaki gelişmeleri ve çıktıları paylaşmalıdır.
- Öğrencileri, hemşireleri ve diğer sağlık profesyonellerini kariyer gelişimine teşvik etmelidir.
- Klinik yönetmelik/yasaların geliştirilmesinde sağlık ekip üyeleri aracılığıyla rol modellik veya danışmanlık yapmalıdır.

2.5. Standart-Etik

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşiresi bakım hizmeti sunarken kültürel yeterliliğe sahip, eleştirel ve ayırmacı olmayan bakımı sağlamalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Etik davranış ilkeleri “Hemşirelikte Etik Kodlar” tarafından tanımlanmıştır (ANA 2015).
- Birey ile profesyonel ilişki sürekli devam etmelidir.
- Bireyin mahremiyetini korumak için profesyonel sınırlar belirlenmelidir.
- Bireyin hak ve mahremiyetin korunmasında mesleğin gizlilik standartları, etik ilkeleri kayıt edilmeli ve iletişim becerileri sürdürülmelidir.
- Bireyin kişisel haklarını savunarak, becerilerinin geliştirilmesi konusunda bireye yardımcı olunmalı, böylece bireylerin kendi savunuculuğunu da yapabilmesi sağlanmalıdır.
- Bireye eleştirel yaklaşımla ve ayırmacı olmayan bakım hizmeti sunmalıdır.
- Uygulama ortamı içinde meydana gelen etik ikilemler belirlenmeli ve uygun kaynaklardan yardım olarak etik sorunlar çözümlenmelidir.
- Bireyin haklarına olan görevi kötüye kullanma, etik olmayan ve yasadışı uygulamalar rapor edilmelidir.
- Bireylerin inanç ve değer sistemleri ile ilgili farkındalık sağlayarak bakımı sürdürmelidir.

- Bireyin bakım planı ile ilgili çatışmaları varsa meslektaşları ve yöneticileri ile iş birliği yapmalıdır.
- Bireyin karar verme sürecine katılımı desteklenmeli, bilgi paylaşılmalı ve tartışılmalıdır.
- Birey kaynakların kullanımı ile ilgili karar aşamasına katılmalıdır.
- Bireyin özerklik, özgürlük hak ve onurunu koruyacak düzeyde bakım hizmeti sunulmalıdır.

2.6. Standart-İş birliği

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri birey, aile ve diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde bakım sağlamalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Bireyin bakımı sırasında birey, aile ve diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim sağlanmalıdır.
- Birey, aile ve sağlık profesyonelleri amaçlarını iş birliği ile belirlemeli, bakım planlanmalı ve bakım ile ilgili kararlar verilmelidir.
- Diğer sağlık profesyonellerine danışılmalıdır.
- Bakımın sürekliliği için tavsiyeler alınmalıdır.
- Farklı disiplinlerin eğitimi, danışmanlık, yönetim ve araştırma faaliyetleri yeni ve farklı fırsatlar doğurabileceğinden iş birliğinde bulunulmalıdır.
- Klinik uygulama protokollerinin oluşturulmasında disiplinler arası iş birliği sağlanmalıdır.

2.7. Standart-Araştırma

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri araştırma bulgularını uygulamada kullanmalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri eğitim, uygulama ortamı ve pozisyonlarına uygun olarak araştırmalarda yer almalıdır. Bu tür faaliyetler şunları içerebilir:
 - Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği araştırmaları için klinik sorunları tanımlama,
 - Veri toplamaya katılma,
 - Birim, kurum veya topluluk araştırmalarına katılma,
 - Araştırma faaliyetlerini diğerleri ile paylaşma,
 - Araştırma ve bulgularını yaygınlaştırma,
 - Araştırma ve uygulama pratiği için diğer kanıtları eleştirme,
 - Sağlık bakımında kullanmak üzere araştırma sonuçlarına politika, prosedür ve rehberlerde yer verme.
- Savunmasız grupların gereksinimleri dikkate alınarak, insan onurunun korunmasını sağlamalıdır.

2.8. Standart-Kaynak kullanımı

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri bireyin bakımını sunarken etkinlik, maliyet ve planlama ile ilgili faktörleri göz önünde bulundurur.

Ölçüm Kriterleri

- Etkinlik, kullanılabilirlik, güvenlik ile ilgili faktörleri değerlendirerek ve iki veya daha fazla uygulama seçeneği bulunması durumunda, bireyde benzer çıktılar sağlayacaksa ucuz olanı tercih etmelidir.
- Bireyin ihtiyaçlarına dayalı eylemler ve seçilen bilgi, beceriler temsilci tarafından tanımlanmalıdır.
- Eğer Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri görev için temsilci belirlerse, bu bireyin ihtiyaçları, yaş, durumunun karmaşıklığı ve öngörülebilirlik sonucuna göre karar verilmelidir.
- Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarına değinmek için uygun güvenilir hizmetler kullanılmalıdır.
- Kaynak kullanımı sürekli gözden geçirilmelidir.
- Birey ve diğerlerini, tedaviler ve bakımın maliyeti, riskleri, faydaları hakkında bilgilendirmelidir.

2.9. Standart-İletişim

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri birey, aile ve diğer sağlık profesyonelleri ile etkili iletişimde bulunmalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Birey, aileleri ve meslektaşlarıyla olan iletişim biçimini değerlendirmelidir.
- Sağlık bakımı verdiği birey, aileler ve meslektaşlarıyla olan kendi iletişim becerilerini değerlendirmelidir.
- Kendi iletişim çatışmalarını ve çözme becerilerini sürekli geliştirmelidir.
- Bireye, aileye ve disiplinler arası ekibe bilgi aktarmak için doğru iletişim biçimleri teşvik etmelidir.
- Bireyin en ilgili olduğu alanları ortaya çıkarmak için bakım süreçlerini destekleyen sorular sormalı ve karar vermesine yardımcı olmalıdır.
- Uygulama ortamındaki tehlike ve bakım hatalarını gözlemlemeli ve açığa çıkarmalıdır.
- Hasta nakilleri ve tesliminden kaynaklanan risk faktörlerini en aza indirgeyerek iletişimi sağlamalıdır.

2.10. Standart-Liderlik

Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri, hasta sonuçlarını geliştirme ve uygulama alanı ile mesleğe ilişkin sağlıklı çalışma ortamını sürdürmek için yönetim becerilerini kullanmalıdır.

Ölçüm Kriterleri

- Profesyonel uygulama ortamı ve hasta bakımını geliştirmek için karar verme yapısını etkilemelidir.
- Meslekler arası ekibin etkinliğini arttırmak için yön vermelidir.
- Meslekler arası ekip üyelerine ve hastalara örnek uygulamalarda bulunmalıdır.
- Meslektaşlarına klinik bilgi, beceri ve karar verme yeteneği edinmede danışmanlık yapmalıdır.

- Hastalar, aileleri, akrabaları, yöneticiler ve sağlık bakımı ekibinin diğer üyeleri ile etkileşiminde gerçek liderlik, ekip oluşturma, müzakere ve çözüm becerilerini kullanmalıdır.
- Kalite geliştirme ve inovasyon çalışmalarının uygulanmasına liderlik yapmalıdır.
- Bakım açısından gereksinim ve dinamikleri anlamalı ve bu kapsamda sağlıklı çalışma ortamının vizyonunu geliştirmelidir.

SONUÇ

Tarihsel olarak, Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireleri toplumun sağlığına önemli katkılarda bulunmuşlardır. Bu katkının devam etmesi ve gelişmesi için bir uzmanlık alanı olarak Dahili-Cerrahi hastalıklar hemşireliği uygulamalarının kapsam ve standartlarının belirlenmesi esastır. Dahili-Cerrahi hastalıklar Hemşireliği Uygulama Kapsamı, Uygulama Standartlarının felsefi temelini oluşturur. Kapsam ve standartların hemşirelik uygulamalarında rehberlik sağlayarak bakımın kalitesini arttıracakı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Academy of Medical-Surgical Nurses. History of AMSN. <http://www.amsn.org/about/history> Erişim: 06.05.2017
2. Alfaro-Le Fevre, R. (2006). *Applying Nursing Process A Tool For Critical Thinking* (6th ed.). Lippincott Williams &Wilkins.
3. American Nurses Association (ANA). (2015). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: American Nurses Association Erişim: 16.02.2020
4. Ay, F. A. (2008). *Mesleki temel kavramlar: Temel hemşirelik: Kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. (2.Baskı ed.). İstanbul İstanbul Medikal Yayıncılık.
5. Chitty, K. K., & Black, B. P. (2007). Critical Thinking, The Nursing Process, and Clinical Judgment *Professional Nursing Concept and Challenges*. (pp. 188-210): Saunders Elsevier
6. Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2010). *Fundamentals of Nursing. Human Health and Function* (4th ed.): Philedelphia:Williams and Willkins.
7. Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(2), 64-71.
8. Kaya, N. (2013). Hemşirelik Esasları - Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. In K. A. Atabek Aştı T (Ed.), *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tamlaması* (pp. 137-138). İstanbul: Akademi Basın ve yayıncılık
9. Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe Kaçar, G., & Uygur, E. (2010). Hemşirelerin Hemşirelik Model/Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama

-
- Durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 25-31.
10. Ross, H., Armstrong, M., Reinhart, S., & Kraushar, V. (2012). *Scope and Standards of Medical-Surgical Clinical Nurse Specialist Practice*. 2nd. <https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/scope-and-standards/AMSN-Scope-Standards-MS-CNS.pdf> Erişim: 16.12.2014
11. Yıldırım, B., & Özkahraman Koç, Ş. (2013). Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecinde Uygulama. *Ejovoc*, 3(3), 29-35.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Derleme

Prekonsepsiyonel Sağlık Bakımı ve Primer Bakımda Danışmanlık

Preconception Healthcare and Counselling in Primary Care

Emine TEMİZKAN SEKİZLER^{id*}, a, Zeynep DAŞIKAN^{id} b

^a Öğr. Gör. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, GAZİMAĞUSA, KKTC

^b Doç. Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

ÖZET

Prekonsepsiyonel sağlık bakımı (PSB), maternal-fetal mortaliteyi azaltmak amacıyla, sağlık için risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak, uygun şekilde çözümlenme veya yönlendirmeye dayanan bir hizmettir. Bu derlemede, prekonsepsiyonel bakımın içeriğini değerlendirmek ve araştırma sonuçlarıyla önemini ortaya koymak amaçlanmıştır. Prekonsepsiyonel bakım; doğurganlık, paternal sağlık, genetik danışmanlık, kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBE), beslenme ve beden kitle indeksi (BKİ), folik asit takviyesi, sigara, alkol ve madde kullanımı, teratojenlere maruziyet, bağışıklama, şiddet ve mental sağlık değerlendirilmesini içermektedir. Prekonsepsiyonel bakım doğurganlık, konjenital anomaliler ve preterm eylem üzerinde önemli derecede etkilidir. Bu nedenle prekonsepsiyonel değerlendirme kriterlerinin iyileştirilerek gebeliğin sağlanması gerekmektedir. Maternal ve fetal sağlığı, dolayısıyla toplum sağlığını geliştirmek, erken tanı ve tedavi imkanı sağlamak, kadın ve erkeğe yaşam boyu olumlu sağlık alışkanlığı ve davranışı kazandırmak açısından prekonsepsiyonel bakımın bireylere sunulmasında en önemli rol ve sorumluluk hemşirelere düşmektedir. Hemşirelerin, kendi bilgi düzeylerini sürekli yenilemeleri ve bakımın sunumundaki engelleri tanımlayıp ortadan kaldırarak bireylere etkin danışmanlık hizmeti sunmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Hizmeti, Primer, Danışmanlık, Fetal Sağlık, Maternal Sağlık, Prekonsepsiyonel Sağlık

ABSTRACT

Preconception healthcare is a service based on determining the physical, medical and psychosocial conditions that pose health risks before pregnancy and analyzing or directing them appropriately in order to reduce maternal-fetal mortality. In this review, it is aimed to evaluate the content of preconceptional care and to reveal its importance with research results. Preconceptional care; includes fertility, paternal health, genetic counseling, chronic diseases and drugs used, sexually transmitted diseases, nutrition and body mass index, folic acid supplementation, cigarette, alcohol and substance use, exposure to teratogens, immunization, violence and mental health. Preconceptional care is significantly effective on fertility, congenital anomalies and preterm labor. Therefore, pregnancy should be ensured by improving preconceptional evaluation criteria. Nurses have the most important role and responsibility in providing preconceptional care to individuals in terms of improving maternal and fetal health, thus public health, providing early diagnosis and treatment opportunities, and providing lifelong positive health habits and behaviors to women and men. Nurses need to constantly renew their own knowledge and provide effective counseling services to individuals by identifying and removing barriers to the provision of care.

Key Words: Nursing Service, Primary, Counseling, Fetal Health, Maternal Health, Preconception Health

*Sorumlu Yazar: Emine TEMİZKAN SEKİZLER

Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, GAZİMAĞUSA, KKTC

e-posta: emine.temizkan@emu.edu.tr

Geliş tarihi: 22.10.2020

Kabul tarihi: 18.08.2021

GİRİŞ

Maternal sağlığın iyileştirilmesi ve çocuk mortalitesinin azaltılması küresel sağlık hedeflerindedir (United Nations, 2015). Anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesini azaltmak için prekonsepsiyonel sağlığa odaklanmak gerekmektedir (World Health Organisation [WHO], 2013). Prekonsepsiyonel sağlık, kadın ve erkeğin çocuk sahibi olabilecekleri üreme dönemleri boyunca, gelecekte sahip olacakları bebeğin sağlığını adım adım geliştirmeyi hedefleyen gebelik öncesi sağlık bakımını kapsamaktadır (Centers of Disease Control [CDC], 2006).

Prekonsepsiyonel sağlık, anne, baba ve bebeğin sağlık çıktılarının önemli bir belirleyicisidir (Cairncross ve ark., 2019). Prekonsepsiyonel sağlık hizmeti, prekonsepsiyonel bakım kapsamında danışmanlık hizmeti olarak sunulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) prekonsepsiyonel bakımın, yenidoğan, bebeklik, çocukluk ve adolesan dönem boyunca ve/veya gebelikten önce başlayarak alınmasını, ayrıca; gebelik, doğum ve postpartum dahil yaşam süreci boyunca sürmesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve DSÖ, prekonsepsiyonel bakımın önemini vurgulayarak, ülkeleri bakım programları geliştirmeye ve uygulamaya teşvik eden öneriler yayınlamıştır (Atrash ve Jack, 2020; WHO, 2013). Ancak PSB'nın, istendik düzeyde ve planlı olarak sunulmadığı ve hizmet sunumunda engellerin olduğu belirtilmektedir (Goossens ve ark., 2018). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'de yapılan bir çalışmada, gebelik öncesi bakım alma oranının %30.8 olduğu saptanmıştır (Ozafrank ve ark., 2014). İngiltere, Hollanda ve ABD gibi bazı ülkelerde, PSB hizmeti veren klinikler bulunmaktadır Türkiye'de bu hizmeti veren klinikler bulunmamakta ve özellikle doğum öncesi bakıma odaklanılmaktadır (Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Doğum öncesi bakım (DÖB) yönetimi rehberinde (2009), DÖB ile riskli gebeliklere yer verilmeyle birlikte, PSB hizmetine ayrı olarak değinilmemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, 2010). Türkiye'de PSB ayrı bir hizmet olarak sunulmamakta ancak; 2002 yılında yayınlanan Türk Medeni Kanunu'na göre, evlenecek olan çiftlerin sfiliz, lepra, tüberküloz, gonore ve akıl sağlıkları değerlendirilme şartı aranmaktadır. Bu hastalıklara ek olarak Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (AIDS), hepatit B ve hepatit C hastalıkları ile genetik geçişli hastalıklar değerlendirilmektedir (Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 2012).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 Raporunda, kadınların %90'ının gebeliklerinin 4. ayından önce DÖB aldığı ve yine %90'ının dört ya da daha fazla kez DÖB aldığı belirtilmekte ve PSB oranı belirtilmemektedir (TNSA, 2018). Bunun yanı sıra Yılmaz, Dinç ve Demirgöz Bal'ın (2015) gebelik takibi için polikliniğe başvuran 296 gebe ile yaptıkları çalışmada, kadınların %34'ünün prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti aldığı saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2015).

Yurtsever ve Set'in (2017) çalışmasında ise, prekonsepsiyonel bakım için herhangi bir sağlık profesyoneli veya hekimden danışmanlık alanların oranı %26.1 olarak bulunmuştur (Yurtsever ve Set, 2017).

Prekonsepsiyonel sağlık bakım hizmeti üreme çağındaki her çifte önerilmesine rağmen, gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere tüm dünyada bu hizmetlerden yararlanma oranı düşüktür. Sağlık profesyonelleri ebeveyn adayları ile genelde antenatal bakım sırasında karşılaşmakta ve bu sebeple gebelikten önce sağlığın optimum düzeye ulaştırılma fırsatı kaçırılmaktadır (Coşkun, 2011; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017).

Prekonsepsiyonel sağlık bakımı, üreme çağındaki çiftlere yönelik gebelik oluşmadan önce, sağlık risklerini belirleyen ve değiştiren bir dizi eğitim ve yönetim müdahalesine dahil etmeyi amaçlayan primer koruyucu yaklaşımları içermektedir. Sağlık profesyonelleri ve hemşireler olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili tıbbi durumların, çevresel maruziyetlerin, kişisel davranışların ve psikososyal risklerin çoğunu gebelik öncesi belirleyebilir ve değiştirilebilir. Bu anlamda primer sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonellerine, PSB'nın geliştirilmesi ve bakıma entegre edilmesinde, üreme çağındaki bireylerde PSB bilincinin oluşturulmasında önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici ve savunucu rolleri bağlamında PSB'nın sunulmasında yer almalıdır. Hemşirelerin, gebelik öncesi sağlığın değerlendirilmesi, riskli durumların tespiti, risklerin azaltılarak gebeliğin sağlanması, anne ve baba adayının bilgilendirilmesi, gerekli durumlarda sekin sağlanması gibi konularda önemli sorumlulukları mevcuttur.

PREKONSEPSİYONEL SAĞLIK BAKIMI

Prekonsepsiyonel sağlık bakımının amacı, sağlık durumunu optimize etmek, değiştirilebilir risk faktörlerini ele almak, sağlıklı gebelik hakkında eğitim vermek, kadın, fetus ve yenidoğan için olumsuz sağlık risklerini azaltmak, gebeliğin sağlıklı sürdürülmesi ve sonuçlandırılmasını sağlamaktır (Frayne, 2017; Kızılkaya Beji, 2016; ACOG, 2019). Prekonsepsiyonel sağlık bakımı, yaklaşık 30 yıl önce olumsuz obstetrik sonuçları önlemek için koruyucu bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır (Coşkun, 2011; Sevil ve Ertem, 2016; Frayne, 2017). Prekonsepsiyonel sağlık bakımı, maternal ve fetal risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak, uygun şekilde çözümleme veya yönlendirmeye dayanan bir hizmettir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012). Prekonsepsiyonel sağlık, sadece gebelik planlayan çiftler için değil, herkes için önemlidir. Sağlıklı alışkanlıklara sahip olmak, sağlıklı olmak, iyi yaşamak ve yaşam hakkında iyi hissetmektir. Prekonsepsiyonel sağlık, gelecek için plan yapmak ve bu plana ulaşmak için adımlar atmaktır ilgilidir.

Prekonsepsiyonel bakım, sağlıklı bir aile oluşturmanın harika bir yoludur (CDC, 2006).

Günümüzdeki kanıtlar, prekonsepsiyonel dönemin doğurganlık ve konjenital anomaliler, preterm eylem, fetal ve maternal mortalite üzerinde önemli etkisinin olduğunu göstermektedir (Cairncross ve ark., 2019, Stephenson ve ark., 2018; Hussein, Kai, Qureshi, 2016). Gebelik kayıpları, konjenital bozukluklar ve düşük doğum ağırlığı gibi sorunlar, önlenemez prekonsepsiyonel risk faktörleri ile ilişkilidir (Goossens ve ark., 2018). Bununla birlikte, plansız gebelikleri fark edene kadar geçen sürede organogenez sürecinin tamamlanması nedeniyle, perinatal risk faktörlerini değerlendirmek ve önlemek için geç kalınmaktadır (Yurtsever ve Set, 2017). Bu anlamda PSB, istenmeyen gebelikleri önleme şansını da sunmaktadır. Ayrıca, anne yaşı, akraba evliliği, anne BKİ, maternal sigara ve alkol kullanımı gibi değiştirilebilir faktörlere yönelik, gebelik öncesi davranış değişikliği sağlamış çiftlerin sağlıklı bebek sahibi olma şanslarının önemli derecede arttığı bildirilmektedir (Başgöl ve Oskay, 2012). Konsepsiyon öncesi bakım alan kadınların, düzenli antenatal vizite gitme alışkanlıkları kazandıkları ve gebeliklerini daha sağlıklı geçirdikleri bildirilmektedir (Coşkun, 2011). Bu dönemde alınan bakım sadece gebelik için sağlığın iyileştirilmesini değil, aynı zamanda tüm hayat boyunca maternal ve fetal sağlığı iyileştirme imkanı sağlamaktadır (DeCesare, Jackson ve Phillips, 2015).

Prekonsepsiyonel sağlık bakımının potansiyel faydaları göz önüne alındığında, Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği (ACOG), CDC ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar, doğurganlık çağındaki tüm kadın ve erkekler için, gebelik sonuçlarını iyileştirmek amacıyla PSB'ni önermektedir (WHO, 2013). Bununla beraber, gebelik planlayan çiftlerde PSB alma durumu istenilen düzeyde değildir (Goossens ve ark., 2018; Poels, Koster, Boeije, Franx ve Van Stel, 2016; Demisse ve ark., 2019). Demisse ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, kadının yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, gebelik öncesi bakım hizmetleri hakkındaki bilgisi ve PSB'ni aldığı yer, gebelik öncesi bakımın kullanımını etkileyen faktörler olarak sıralanmıştır (Demisse ve ark., 2019). Poels ve arkadaşlarının (2016) sistematik derlemesinde, PSB kavramına aşina olmama, farkındalık eksikliği ve gebeliklerin planlı olmamasının PSB'ni kullanılmasının önündeki engeller olarak belirtilmiştir (Poels, Koster, Boeije, Franx ve Van Stel, 2016). Ayrıca PSB'ni istenilen düzeyde olmamasının diğer bir nedeni ise sağlık profesyonelleri ile ilgilidir. Goossens ve arkadaşlarının (2018) sistematik derlemesinde, sağlık profesyonellerinin PSB'ni sunumunda engelleri kolaylaştırıcılara göre daha fazla yaşadıkları için, PSB hizmetinin düşük olduğu bildirilmiştir (Goossens ve ark., 2018). Bu bağlamda PSB'nin önemi göz önünde tutulduğunda, bakımın sunulmasındaki engeller ortadan kaldırılarak, çiftlere ulaştırılması büyük önem taşımaktadır.

PREKONSEPSİYONEL SAĞLIK BAKIMININ KAPSAMI

Prekonsepsiyonel sağlık bakımının içeriği; kadın ve erkeğin, üreme ve cinsel sağlığı, aile öyküsü ve genetik öykü, kronik ve enfeksiyon hastalıklarının yönetimi, yaşam tarzı davranışları, beslenme ve fiziksel aktivite, mental sağlık ve çevresel maruziyetler olarak değerlendirilmektedir. Prekonsepsiyonel değerlendirmede bilgi, davranış değişikliğinin kritik bir ölçütü ve bakım etkinliğinin önemli bir göstergesidir (Cairncross ve ark., 2019). Prekonsepsiyonel sağlık bakımı içeriğinin bilimsel rehber ve sağlık kuruluşları tarafından ele alınan içerik bileşenleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Prekonsepsiyonel Sağlık Bakımının Bilimsel Rehber ve Kuruluşlar Bazında İçerik Bileşenleri

Konular	WHO 2013	ACOG 2019	PHAC 2017	Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi 2014
Doğurganlık Bilinci/Üreme Öyküsü	x		x	x
Maternal Yaş			x	x
Gebeliklerin Planlanması	x	x	x	
Kadın Genital Mutilasyon	x		x	
Genetik Riskler ve Danışmanlık	x	x	x	x
Kronik Hastalıkların Yönetimi			x	x
Maternal İlaç Kullanımı		x	x	
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	x	x	x	
Beslenme Durumu	x		x	x
Folik Asit Kullanımı			x	x
Egzersiz/ Fiziksel Aktivite		x	x	
Maternal Beden Kitle İndeksi		x	x	
Sigara/ Alkol ve Madde Kullanımı	x	x	x	x
Çevresel Riskler ve Teratojenler	x	x	x	x
Bağısklama	x	x	x	x
Oral Sağlık			x	
Aile içi Şiddet ve Partner Şiddeti	x	x	x	
Mental Sağlık	x		x	
Paternal Sağlık			x	

(WHO, 2013; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019; Health Agency of Canada (PHAC), 2017; T.C. SB, Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi, 2014)

Doğurganlık Bilinci Kazanma

Doğurganlık bilinci, kadın ve erkeklerin üreme organlarının yapı ve fonksiyonları arasındaki ilişkiyi ve doğurganlığı bilmeleri şeklinde tanımlanmaktadır (Coşkun, 2011). Bireylerin, üreme siklusunu ve fertilitiyi anlamaları, doğurganlığı kontrol altına alma, kontrasepsiyonu etkili kullanma ve gebeliği planlama imkânı sağlamaktadır. Doğurganlık bilinci, bireysel doğurganlığın yaş ile ilişkisini anlamak üzerine temellenen, ayrıca; genetik ve yaşam tarzı faktörlerine dayanan bir eğitim ile sağlanabilmektedir. Birleşik Krallık'ta doğurganlık eğitimi konusundaki eksiklikleri gidermek amacıyla, öğretmenler, gençler, ebeveynler ve sağlık profesyonellerine hizmet veren Fertilitate Eğitimi Girişimi (Fertility Education Initiative) kurulmuştur (Harper ve ark., 2017). Ayrıca, çocuklarda ve gençlerde doğurganlık bilincinin oluşturulması için, eğitim müfredatında fertilitate eğitiminin yer alması gerektiği vurgulanmaktadır (Harper ve ark., 2017;

Nishioka, 2018). Özellikle kadınlarda yaş ve doğurganlık konusunda eksik veya yanlış bilgiye dayalı çocuk doğurmanın geciktirilmesi, infertiliteye sebebiyet vermesi açısından önemlidir (Nishioka, 2018). Sırp dördüncü sınıf tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin gelecekte ebeveyn olma ile ilgili olumlu algılarının olduğu, ancak; kadın doğurganlığının yaşa bağlı düşüşü ile ilgili yetersiz bilgileri nedeniyle eğitime ihtiyaçları olduğu saptanmıştır (Vujčić ve ark., 2017). Ukraynalı tıp öğrencilerinin ebeveynlik ve fertilitate bilgileri hakkında yapılan çalışmada ise, erkek öğrencilerin ebeveyn olma arzusunun net olmadığı ve öğrencilerin doğurganlık bilgilerinin eksik olmasından dolayı cinsellik-üreme konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Mogilevkina ve ark., 2016). Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak, 18-45 yaş arası Bangkok'ta yaşayan kadın ve erkeklerde yapılan bir çalışmada, üreme çağındaki bireylerde doğurganlığı etkileyen faktörler hakkında önemli bir bilgi boşluğu olduğu (Nakhon, Limvorapitux ve Vichinsartvichai, 2018), Hindistan'da farklı sosyo-ekonomik düzeydeki infertil kadınların doğurganlık bilinci ve bilgilerinin araştırıldığı çalışmada, katılımcıların yaşın doğurganlığa olan etkisinin farkında olmadığı ve doğurganlık yaşı ile doğurganlığı etkileyen faktörler konusunda eğitime ihtiyaçlarının olduğu (Mahey ve ark., 2018), Birleşik Krallık ve Danimarka'da bireylerin doğurganlık bilincinin değerlendirildiği çalışmada ise, katılımcıların çoğunluğunun yaşa bağlı kadın doğurganlığındaki düşüş konusunda farkındalığı olduğu, ancak; kadın doğurganlığının azaldığı yaşta çocuk sahibi olmak istemeleri nedeniyle eğitim programlarına ihtiyaç olduğu saptanmıştır (Vassard ve ark., 2016). Bu açıdan doğurganlık bilincinin kazandırılmasına yönelik toplum bazında eğitimlerin yapılması önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, PSB ile, fertilitate ve infertilite hakkında farkındalık ve anlayış yaratmak, infertilite damgalanmasını etkisizleştirmek, 6-12 aylık girişimden sonra çiftlerin fertilitate ve infertilite nedenlerinin yönetimi, tanınması ve teşhisi, fertilitate ve infertilitenin önlenemeyen nedenleri açısından bireyler/ çiftler için danışmanlık verilmesini önermektedir (WHO, 2013).

Maternal Yaş

On sekiz yaş ve altı gebeliklerin sonucunda preeklampsi, baş-pelvis uygunsuzluğu, abortus, zor veya preterm eylem, doğum sonrasında kanama, düşük doğum ağırlıklı bebek ve bebek ölüm hızının arttığı bildirilmektedir (WHO, 2013). Adölesan yaş, gebeliğe yönelik bilgi ve deneyimlerin yetersiz olması, psikolojik olarak gelişmemiş olma ve duygusal durumun değişken olması açısından bu dönemde danışmanlığın önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, PSB girişimlerinde gebeliklerin planlı olması, kronik hastalık ve anomali riski yüksek olan otuz beş yaş üzeri gebeliklerin önlenmesi önemlidir (Sevil ve Ertem, 2016; Lean ve ark., 2017). Ölü doğum (Lean ve ark., 2017) ve kromozomal

anormalliklerin prevalanslarının anne yaşı ile birlikte arttığı, ayrıca; 40 yaşın üzerindeki babalarda sperm kalitesinin azaldığı ve otozomal hastalık riskinin arttığına dair kanıtlar mevcuttur (PHAC, 2017). Alio ve arkadaşlarının (2012) retrospektif kohort çalışmasında, anne yaşından bağımsız olarak, baba yaşının 40-45 arasında olduğunda ölü doğum oranı %24, 45 yaşından büyük veya eşit olduğunda ise ölü doğum oranının %50 arttığı saptanmıştır (Alio ve ark., 2012).

Gebeliklerin Planlanması

Gebeliklerin yarısını planlanmamış gebelikler oluşturmaktadır (PHAC, 2017). Aile planlaması prekonnepsiyonel danışmanlığın temel yönüdür. Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği, gebeliklerin uygun zaman aralığında planlanması için etkili kontrasepsiyon sağlanması ve kadınlara 18 aydan önce tekrar gebe kalmanın riskleri hakkında bilgi verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (ACOG, 2019). Gebelik aralıkları kısa olan kadınların plasenta previa, uterus rüptürü ve gestasyonel diyabet yaşama olasılığı daha yüksektir. Yenidoğanda ise; ölü doğum riski, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve neonatal ölüm oranı riski yüksektir (Dorney, Mazza ve Black, 2020, ACOG, 2019). Chen ve arkadaşlarının (2018) sistemik lupus eritematozuslu hastalarda planlı gebeliklerin maternal ve fetal sonuçlarını inceledikleri retrospektif çalışmalarında, planlı gebeliğin, fetal kayıp oranlarında düşüş, preterm yenidoğan sonuçlarında iyileşme ve gebelik sırasında hastalık alevlenme şiddetlerinde azalma sağlayarak, fetal ve maternal sonuçları iyileştirdiği bulunmuştur (Chen ve ark., 2018). Yurtsever ve Set'in (2017) çalışmasında ise, PSB alanların almayanlara göre planlı gebelik oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Yurtsever ve Set, 2017).

Kadın Genital Mutilasyon

Kadın Genital Mutilasyon (KGM), DSÖ tarafından "tıbbi olmayan nedenlerden dolayı kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2011). Kawous ve arkadaşlarının (2020) Hollanda'daki göçmen kadınlar arasında kadın sünneti yaygınlığı ve riskini araştırdıkları çalışmalarında, 1 Ocak 2018 itibariyle, KGM verilerine sahip 29 ülkeden gelen, 95.588 kadın göçmen olduğu, yaklaşık 41.000'ine genital mutilasyon yapıldığı ve bunların %37'sinde Tıp III (infibülasyon) olduğu saptanmıştır. Ayrıca önümüzdeki 20 yıl içinde 394'ü birinci nesil olmak üzere toplam 4.190 kız çocuğunun KGM riski altında olacağı tahmin edilmektedir (Kawous ve ark., 2020).

Kadın Genital Mutilasyon, önemli bir kadın sağlığı sorunu olmakla birlikte, hem kısa vadede hem de uzun vadede olumsuz etkileri mevcuttur. Kadın Genital Mutilasyon, erken dönemde ağır şiddette hemoraji, şok ve ölüm, geç dönemde ise kronik genital ve/veya üriner enfeksiyonlar, keloid, fertilitate veya doğurma problemleri gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Günaydın ve Dinç, 2015). Irak'ta KGM ile ilgili kadınların görüşleri ve deneyimlerinin araştırıldığı çalışmada,

kadınların KGM çeşitleri ve sonuçları ile ilgili yetersiz bilgiye sahip oldukları, KGM’u deneyimleyen kadınların ciddi ağrı ve psikolojik sekel yaşadığı, ayrıca; cinsel istekte azalma ve eş ile sosyal problemlerin başlıca olumsuz sonuçlar olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, toplum farkındalığını artırma, dini liderlerin desteğini alma ve yasalar çıkarmanın KGM’u azaltmada birincil önlemler olduğu belirtilmiştir (Ahmed, Shabu ve Shabila, 2019).

Genetik Riskler ve Danışmanlık

Gebelik öncesi yapılan genetik danışmanlık, morbidite ve mortalite oranlarının düşürülmesinde, sağlıklı ailelerin oluşması ve toplum sağlığının sağlanmasında büyük önem taşımaktadır. Konsepsiyon öncesi, kadın ve erkeğin aile öyküsünde riskli bir durum varsa veya akraba evliliği söz konusu ise, genetik hastalıklar, multifaktöriyel konjenital anomaliler ve genetik kökenli ailesel hastalıklar değerlendirilmelidir (WHO, 2013; Sevil ve Ertem, 2016; Başgöl ve Oskay, 2012). Genetik bozukluk öyküsü olan ailelerin, bozukluğun yenidoğana geçme risklerini tartışmak için genetik bir danışmana yönlendirilmesi ve genetik danışmanın aileyi doğurganlığı etkileyebilecek bozukluklar konusunda eğitmesi gerektiği bildirilmektedir (Fowler, Mahdy ve Jack, 2017).

Prekonsepsiyonel dönem, Tay-Sachs hastalığı, Canavan hastalığı, Kistik fibrozis veya hemoglobinopati gibi genetik geçişli hastalıkların taranması için uygun bir dönemdir. Türkiye’de Akdeniz anemisi, beta-talasemi gibi otozomal resesif geçişli hastalıkların preimplantasyon tanılarının yapılması önem taşımaktadır (Çakır ve Erbaş, 2020). Özellikle kültürel özelliklere dayalı akraba evliliklerinin görüldüğü toplumlarda, Talasemi’ye bağlı farkındalığın artması genetik danışmanlıkla mümkündür. Thain ve arkadaşlarının (2019) gebelik öncesi genetik danışmanlığa katılan akraba çiftlerin verilerinin analiz edildiği nitel çalışmalarında, genetik danışmanlığın anksiyeteyi azalttığı, bireyleri güçlendirdiği ve akraba evliliklerinde genetik danışmanlık ile ilgili daha geniş kapsamda bilgi yayma ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir (Thain ve ark., 2019).

Kronik Hastalıkların Yönetimi

Kadının mevcut kronik hastalıklarını kontrol altında tutmak önemli olduğu kadar, önceden farkına varılmayan, sağlık sorunlarının da tanınıp tedavisinin yapılması gerekmektedir (Sevil ve Ertem, 2016; Hillemer ve ark., 2008). Diyabet, hipertansiyon, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları, enfeksiyon hastalıkları, epilepsi ve astım gibi hastalıkların yönetimi, gebeliğe olan etkileri nedeniyle konsepsiyon öncesi sağlanmalıdır (Coşkun, 2011; ACOG, 2019). Maternal obezite ve maternal diyabetin, gestasyonel diyabet, preeklampsi, obstetrik müdahale riski ve konjenital anomalili bebek sahibi olma riski ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Mittal, Dandekar ve Hessler, 2014). Mittal, Dandekar ve Hessler’ in (2014) çalışmasında, PSB kapsamında kronik hastalığı olan kadınlara

verilen üreme danışmanlığının, kadınların gebelik riskleri ve üreme planı hakkındaki bilgileri ile sağlık farkındalığını artırdığı saptanmıştır (Mittal, Dandekar ve Hessler, 2014). Ayrıca, Kizirian ve arkadaşlarının (2019) pratisyen hekimlerin PSB ile ilgili görüşlerini araştırdıkları çalışmalarında da, kronik hastalığı olan ve daha önce gebelik komplikasyonları olan kadınların, PSB açısından en çok fayda sağlayacak grup oldukları belirtilmektedir (Kizirian ve ark., 2019).

Maternal İlaç Kullanımı

Prekonsepsiyonel dönemde kullanılan bazı ilaçlar, konjenital defektlere neden olabilmektedir (Sevil ve Ertem, 2016; Hillemer ve ark., 2008). Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği prekonsepsiyonel dönemde, reçeteli veya reçetesiz ilaçların tanımlanması gerektiğini, ayrıca; üreme sağlığı ve gebeliği etkileyen ancak gebe adayının ilaç olarak düşünmediği takviyelerin ve bitkisel ürünlerin de belirlenmesini önermektedir (ACOG, 2019). Broeks ve arkadaşlarının (2017) bipolar bozukluğu olan gebelerde psikofarmakolojik ilaç kullanımının araştırıldığı çalışmasında, herhangi bir psikotrop ilaç kullanan kadınların oranı, üç aylık prekonsepsiyonel dönemde %54.8 iken, üçüncü trimesterde %36.6’ya düştüğü saptanmıştır (Broeks ve ark., 2017).

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Prekonsepsiyonel dönemde CYBE’lerin mutlaka değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (ACOG, 2019). Reekie ve arkadaşlarının (2018) kohort çalışmasında, Chlamydia trachomatis enfeksiyonunun, maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyerek, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı ve ölü doğum gibi olumsuz doğum sonuçlarına neden olduğu belirtilmektedir (Reekie ve ark., 2018). Heumann ve arkadaşlarının (2017) kohort çalışmasında ise, neisseria gonorrhoeae enfeksiyonunun, düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Heumann ve ark., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşa uygun kapsamlı cinsellik eğitimi ve hizmetleri sunmak, birey, grup ve topluluk düzeyinde güvenli seks uygulamalarını teşvik etmek, CYBE'lere ve istenmeyen gebeliklere karşı çift koruma için prezervatif kullanımını teşvik etmek, prezervatiflere daha fazla erişim sağlanması, CYBE taraması, tedaviye ve diğer ilgili sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasını önermektedir. Ayrıca, aile planlaması, güvenli seks uygulamalarını ve doğum kontrolü için ikili yöntem teşvik etmek ve CYBE kontrolü, erkek partner testleri de dahil olmak üzere HIV danışmanlığı ve testi, erkek sünnetinin sağlanmasını önermektedir (WHO, 2013). Özellikle HIV pozitif olan üreme çağındaki kadınların, perinatal geçiş riskini azaltmak, sağlığı uzun süreli optimize etmek, antiretroviral ilaçların fetüse olan etkileri gibi konularda mutlaka PSB’ni almaları gerektiği vurgulanmaktadır (ACOG, 2016).

Beslenme Durumu

Sağlıklı beslenme, genel sağlık için kilit bir bileşendir ve prekonsepsiyonel dönem kadınların diyetlerini iyileştirmeleri için ideal bir zamandır. Prekonsepsiyonel dönemde var olan sağlıklı beslenme alışkanlıkları, gebelikteki sağlığı doğrudan etkilemekte, maternal ve fetal sağlık üzerinde ise uzun vadede etkili olmaktadır (PHAC, 2017). Günlük multivitamin alımının sadece nöral tüp defektlerinden koruma sağlamakla kalmayıp aynı zamanda ekstremitte defektleri, orofasiyal defektler, kardiyak defektleri ve diğer anomalileri azalttığı bildirilmektedir. Kalsiyum ve balık yağı gibi esansiyel yağ asitlerinin alımı, olumlu gebelik sonuçları açısından henüz kanıtlanmamıştır (Arluck ve Mayhew, 2018). Ayrıca, tüm kadınların demir eksikliği yönünden taranması tavsiye edilirken, demir takviyesi için ise ağır menstrual siklus öyküsü ve vejetaryen kadınlar gibi yüksek riskte olan popülasyonlar değerlendirilmektedir. Aneminin tespit edilmesi için riskli gruplarda tarama yapılması önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü, anemi ve diyabet taraması, demir ve folik asit takviyesi, bilgi, eğitim ve danışmanlık, beslenme durumunun izlenmesi, enerji ve besin içeriği açısından yoğun gıdaları destekleme, diyabetes mellitus hastalarına danışmanlık dahil diyabet yönetimi, egzersizi teşvik etmeyi ve tuzun iyodizasyonunu önermektedir (WHO, 2013).

Folik Asit Kullanımı

Nöral Tüp Defekti gibi konjenital anomalileri yaklaşık %75'ini önlenmesi açısından, gebelik planlayan kadının konsepsiyondan 3 ay önce folik asit başlanarak, gebelikten sonra da 10-12 hafta kullanılmaya devam edilmesi ve günlük 0,4- 1,0 mg tüketilmesi önerilmektedir (Coşkun, 2011; Başgöl ve Oskay, 2012; PHAC, 2017; CDC, 2018; Dorney ve Black, 2018; Farahi ve Zolotor, 2018). Prekonsepsiyonel dönemde sağlanan folik asit desteğinin, nöral tüp defeklerini ve konjenital anomalileri azalttığı yönündeki görüş tam anlamıyla kabul edilmiştir (ACOG, 2019). Ayrıca, folik asit kullanımının preeklampsi, abortus, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum, yenidoğan ölümü ve otizm riskini azalttığı belirtilmektedir (Stephenson ve ark., 2017). Bu bilginin aksine; 2013 ve 2016 yıllarında yapılan başka çalışmalarda, gebelikte fazla folik asit kullanımının otizm riskini artığı belirtilmektedir (Suren ve ark., 2013; Johns Hopkins School of Public Health, 2016).

Egzersiz/ Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, koruyucu sağlık davranışı olmakla birlikte, yararlarının yanı sıra diyetten bağımsız olarak kilo alımının önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Fiziksel aktivite, maternal yaşam tarzı değişiklikleri içerisinde yer almaktadır ve PSB'nın önemli bir bileşenidir. Yararları kanıtlanmış olsa da gelişmiş ülkelerde 18-45 yaş arası kadınların yaklaşık %55'i belirtilen fiziksel aktivite önerilerini karşılamamaktadır (Harrison ve ark., 2016). Türkiye'de ise, "Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması"na göre,

kadınların %87'si, erkeklerin ise %77'si yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Yapılan çalışmalar 2-6 seanslık PSB danışmanlığı ile fiziksel aktivite isteği ve katılımını sağlanacağı belirtilmektedir (Harrison ve ark., 2016). Prekonsepsiyonel dönemde fiziksel aktivite ile ilgili yapılan çalışmalarda, fiziksel aktivitenin gestasyonel diyabet ve preeklampsi riskini azalttığı saptanmıştır (Stephenson ve ark., 2017). Ayrıca, gebelik döneminde fiziksel aktivitenin artmasında en önemli faktörün, prekonsepsiyonel dönemde kadının bu alışkanlığı kazanması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Harrison ve ark., 2016).

Maternal Beden Kitle İndeksi

Dünyada, orta ve yüksek gelirli ülkelerde, kadınların %50 kadarı gebe kaldıkları zaman fazla kilolu veya obezdir (Poston ve ark., 2016). Türkiye'de ise, üreme çağındaki her dört kadından biri obezdir (TNSA, 2018). Beden kitle indeksinin 25 kg/m²'nin üzerinde olması maternal ve fetal risklerin artmasına neden olmaktadır. Normal kilolu kadınlara göre kilolu ve obez kadınlarda, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon, sezaryen doğum, makrozomik bebek, aşırı gestasyonel kilo alımı ve postpartum kilo retansiyonu daha yüksek görülmekte (Daşıkan ve Sert 2021), yeme bozukluğu olanlarda ise; intrauterin gelişme bozuklukları, anemi, düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlar daha sık görülmektedir (Fowler, Mahdy ve Jack, 2017; Dorney ve Black, 2018). Schummers ve arkadaşlarının (2015) 226.958 kadın (%64 normal kilolu, %20 fazla kilolu, ve %12 obez) ile yaptıkları kohort çalışmalarında, gebelikten önce %10 oranında daha düşük BKİ'nin, preeklampsi, gestasyonel diyabet, preterm eylem, makrozomi ve ölü doğum riskini azalttığı bulunmuştur (Schummers ve ark., 2015). Yine Stanhope ve Kramer'in (2021) prekonsepsiyonel sağlık davranışlarının gebelikte kardiyometabolik sonuçlara etkisinin incelendiği çalışmada ise, gebelik öncesi obezitenin, hem gebelikteki hipertansif bozuklukların hem de gestasyonel diyabetin en güçlü hazırlayıcısı olduğu bulunmuştur (Stanhope ve Kramer, 2021). Konsepsiyon öncesi BKİ normalin üstünde veya altında olan kadınlarda diyet ve gerekli tedavi seçenekleri sağlanmalıdır (Arluck ve Mayhew, 2018).

Sigara/ Alkol ve Madde Kullanımı

Sigara kullanan annelerin dokularında ve fetüste oksijen kullanımı azalmaktadır. Sigaranın, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, plasenta previa, ablasyo plasenta, perinatal kayıp, erken membran rüptürü, yenidoğanda işitme sorunları, astım gibi kronik akciğer hastalıkları, davranış bozuklukları, ani bebek ölümleri gibi çok komplikasyonları mevcuttur (ACOG, 2019). Baba adayının sigara kullanmasının, sperm morfolojisini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Coşkun, 2011; Sevil ve Ertem, 2016). Ayrıca prekonsepsiyonel

dönemde sigarayı bırakmak, gelecekteki gebelikler üzerine olan olumsuz etkileri azaltan, kadın sağlığı için önemli bir adımdır (Health Agency of Canada, 2017). Dünya Sağlık Örgütü, tütün kullanımının taranması, kullananlara bırakması için tavsiyelerde bulunulması, kullananlarda farmakoterapi değerlendirilmesi ve pasif içiciliğin gebelik ve fetüse olan etkilerinin değerlendirilmesini önermektedir (WHO, 2013).

Anne ve baba adaylarının konsepsiyon öncesi alkol kullanması, germ hücreleri üzerine olumsuz etki yaratmaktadır. Gebelikte haftada 8-10 bardaktan fazla alkol tüketiminin, spontan abortus riskini artırdığı, fetüste hipoksiye neden olduğu, teratojenik etkiler yarattığı ve kronik alkolik gebelerin yenidoğanlarında “fetal alkol sendromu” geliştiği bildirilmektedir (Coşkun, 2011; Sevil ve Ertem, 2016). Kanada Prekonsepsiyon Bakım Rehberi’ ne göre, kadınlara gebelikten önce alkolün gebeliğe olan olumsuz etkileri hakkında danışmanlık verilmeli ve gebelikte güvenli alkol sınırı olmadığı belirtilmelidir (Chames, 2018).

Gebelikte madde kullanımı, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi obstetrik komplikasyonlara neden olmaktadır (WHO, 2014). Dünya Sağlık Örgütü, madde kullanımı için tarama gerektiğinde kısa müdahaleler ve tedavi sağlanması, ihtiyaç halinde farmakolojik ve psikolojik müdahaleler, madde kullanan aileler için aile planlaması yardımı sağlanması, ergenlerde madde kullanımını azaltmak için önleme programları oluşturulmasını önermektedir (WHO, 2013). Kanada rehberine göre, esrar kullanmak hem erkeklerin hem de kadınların doğurganlığına zarar verebilir ve gebe kalma yeteneğini azaltabilir (Cannabis Evidence Brief, 2018).

Yaşam tarzı ve davranışlara yönelik doğurganlık değerlendirmesi ve tavsiyeleri içeren bir kohort çalışmasında, kadınların yarısının alkol almayı bıraktığı ve erkeklerden biri hariç tümünün alkol ve kafein tüketimini önerilen düzeye indirdiği saptanmıştır (Homan, Litt ve Norman, 2012).

Çevresel Riskler ve Teratojenler

Anne ve baba adaylarının herhangi bir yerde toksik, zararlı madde, kimyasal ajan, viral enfeksiyon, kedi-fare pisliği gibi teratojenlere maruz kalması, özellikle gebelik öncesi ve organogenez aşamasında çok önemli embriyonal-fetal sorunlara neden olabilmektedir (Coşkun, 2011; Sevil ve Ertem, 2016; Fowler, Mahdy ve Jack, 2017; Farahi ve Zolotor, 2013). Marcho, Oluwayiose ve Pilsner’in (2020) prekonsepsiyonel çevre ve sperm epigenetiği ile ilgili derlemelerinde, prekonsepsiyonel dönemin, toksik maddeler, beslenme, ilaçlar, stres ve egzersiz gibi çeşitli maruziyetlerin sperm epigenetiğini etkilediği belirtilmektedir (Marcho, Oluwayiose ve Pilsner, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü, çevresel tehlikeler ve önleme konusunda rehberlik ve bilgi sağlanması, meslek gereği gereksiz radyasyondan korumak, gereksiz pestisit kullanımından kaçınmak, kurşun maruziyetine karşı koruma,

çocuk doğurma çağındaki kadınların balıklardaki metil civa düzeyleri hakkında bilgilendirilmesi, geliştirilmiş sobaların ve daha temiz sıvı/gaz yakıtların kullanımını teşvik etmeyi önermektedir (WHO, 2013).

Bağışıklama

Prekonsepsiyonel dönemde annenin aşılama durumunun güncelliği değerlendirilmelidir. Aşılamanın başlıca amaçları; kadın gebelik esnasında fetüste oluşabilecek konjenital malformasyon, büyüme geriliği ve ölü doğuma sebep olan varisella, rubella gibi enfeksiyonlardan korumak, preterm eylem ve prematüriteyi azaltmak, gebelikte daha şiddetli seyreden influenza gibi hastalıklardan koruma ve doğum sonu erken dönemde bebeği korumaktır (Başgöl ve Oskay, 2012; Yenicesu ve Demirel, 2011). Gebeliğe hazırlık döneminde bağışıklığı olmayan anne adaylarına varisella, hepatit B, tetanoz, rubella ve influenza aşılı yapılmalıdır (ACOG, 2018; ACOG, 2019).

Tüm canlı aşılardan gebelikten 3 ay önce tamamlanmış olması gerekmektedir. Konjenital rubellanın önüne geçilmesi için kadınlara gebe kalınmadan en az 28 gün önce rubella aşının yapılması önerilmektedir. Aynı zamanda doğurgan çağıdaki tüm kadınlar rubella bağışıklığı açısından taranmalıdır. Gebelikte bu aşının yapılması kontrendikedir (ACOG, 2018). Belirtilen enfeksiyonların gebelik sırasında geçirilmesi, spontan düşük, preterm doğum, fetal anomali, fetal morbidite ve mortalitede artışa yol açmaktadır (Coşkun, 2011). Foley ve arkadaşlarının (2020) PSB kapsamında bağışıklanma konusunda kadınların görüşlerinin araştırıldığı çalışmada, rubella ve varisella bağışıklanmasının sağlanmadığı kadın oranı sırası ile %7.2 ve %4.5 olarak tespit edilmiş ve katılımcıların %67.7’si bağışıklanma ile ilgili eğitime açık olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, özellikle giderek yaygınlaşan aşı karşıtı inançlardan ötürü, sağlık profesyonellerinin gebelik planlayan kadınlarda MMR ve varisella aşılarını değerlendirmeleri daha da kritik hale geldiği vurgulanmaktadır (Foley ve ark., 2020). Rubella bağışıklanması ile ilgili Çin’de 2.120.131 kadın ile yapılan çalışmada ise, üreme çağındaki kadınlarda rubella seropozitifliği prevalansının düşük olduğu ve prekonsepsiyonel dönemde kadınların %40’ından fazlasının rubella hastalığına duyarlı olduğu saptanmıştır (Zhou ve ark., 2017). Belirtilen enfeksiyonların gebelik sırasında geçirilmesinin doğuracağı sonuçlar nedeniyle, PSB esnasında kadınlarda eksik olan gerekli bağışıklanmanın sağlanması önem taşımaktadır.

Oral Sağlık

Periodontal hastalıkların, sistemik düzeyde gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyebilecek bir inflamatuvar yanıt oluşturduğu bilinmektedir (Ganganna ve Devishree, 2017). Türkiye’de periodontal hastalıkların sık görülmesi ve gebeliği olumsuz şekilde etkilemeleri nedeniyle ağız hijyeni ile ağız sağlığının değerlendirilmesi ve bakımı PSB’i kapsamında

olması gerektiği belirtilmektedir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012). Ganganna ve Devishree'nin (2017) diş hekimlerinin ve jinekologların oral sağlık ve düşük doğum ağırlığı ilişkisi ile ilgili görüşlerinin araştırıldığı çalışmalarında, katılımcıların %79'unun periodontal sağlık ve düşük doğum ağırlığı arasındaki ilişki konusunda hemfikir olduğu saptanmıştır (Ganganna ve Devishree, 2017).

Aile İçi Şiddet ve Partner Şiddeti

Kadına yönelik şiddet, her toplumda görülen evrensel bir sorundur. Gebelikte şiddet, hem anne hem de fetüs sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Sevil ve Ertem, 2016, Güler Baysoy ve Özkan, 2012). Şiddetin farklı bir boyutu olan cinsel şiddet ise, eşin fiziksel güç kullanmadan cinsel ilişkiye girmeye zorlaması veya baskı yapması gibi bir dizi davranışı içermektedir. Üreme zorlamasının en yaygın biçimleri arasında kontraseptif yöntemlerin sabotajı, gebelik zorlaması ve gebelik baskısı yer almaktadır (ACOG, 2019).

Ev içi şiddetin, PSB'a erişimi engelleyeceği belirtilmektedir. Ayrıca şiddet, gebeliğin sağlıklı sürmesini engelleyen; preterm eylem, abortus, hipertansiyon ve gibi olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkilidir. Bu açıdan, PSB kapsamında aile içi şiddet ve partner şiddetinin değerlendirilmesi ve ele alınması kritik öneme sahiptir (Berglund ve Lindmark, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü, flört şiddeti önlemek için sağlığı geliştirme, yaşa uygun kapsamlı cinsellik, cinsiyet eşitliği ve insan hakları eğitimi verilmesi, ekonomik güçlendirme, cinsiyet eşitliği ve topluluk seferberliği faaliyetleri, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımak, sağlık hizmetlerinde sevk ve şiddet mağdurlarına psikososyal destek, alkol taraması ve alkol kullanım bozuklukları olanlara danışmanlık vermeyi önermektedir (WHO, 2013).

Mental Sağlık

Gebelik öncesi ruh sağlığı bozuklarının, bilişsel ve duygusal sağlık üzerine olan olumsuz etkilerinin yanı sıra, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı ve emzirmeye geç başlama, perinatal depresyon, olumsuz anne-bebek bağlanması gibi etkileri mevcuttur. Perinatal ruhsal bozuklukların sıklığının artması ve bunların anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle prekonsepsiyonel dönemde ele alınması gereken bir durumdur (PHAC, 2017; Farahi ve Zolotor, 2013; Catalao ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü, psikososyal sorunların değerlendirilmesi, gebelik öncesi ve sırasında eğitim ve psikososyal danışmanlık sağlamak, depresyonun tedavisi ve yönetimi ile ilgili danışmanlık, topluluk ağlarını güçlendirmek ve kadınların güçlendirilmesini teşvik etmek, üreme çağındaki kadınlar için eğitime erişimin iyileştirilmesi ve kadınların ekonomik güvensizliğinin azaltılmasını önermektedir (WHO, 2013).

Prekonsepsiyonel ve perinatal literatürün çoğu annelere odaklanmış olsa da, babanın prekonsepsiyonel ruh sağlığının

çocuk sağlığı üzerine etkisi bazı kanıtlar ile belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde ruh sağlığı, sadece bir bireyin geçmişini değil, aynı zamanda potansiyel bir ebeveyn olarak geleceğini, gelecekteki çocuklarının sağlığı ve uzun ömürlülüğü için sağlıklı davranışları kazanmada aktif bir rol oynama zamanıdır (Catalao ve ark., 2020).

Paternal Sağlık

Prekonsepsiyonel dönemde paternal hastalık durumunun, yenidoğan ve maternal olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Kasman ve ark., 2020). Kasman ve arkadaşlarının (2020) kohort çalışmasında, baba adayında hastalık olmasının, gebelik kaybı riskini artırdığı tespit edilmiştir (Kasman ve ark., 2020).

Erkek yaşının elli beşin üzerinde olması, fetüste Down sendromu ve ekstremitelere ilişkin konjenital malformasyon prevalansını artırmaktadır (Sevil ve Ertem, 2016). Khandwala ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, yüksek baba yaşının, daha yüksek gestasyonel diyabet, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, neonatal morbidite ve düşük Apgar skorları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Khandwala ve ark., 2018). Ayrıca, PB sunulan erkeklerde, kendisi ve partnerinin üreme sağlığı, sperm sağlığı, gebelik durumunda partner desteği, üreme planlaması eğitimi ve genel sağlık açısından iyileştirme potansiyeli vardır (Moos, 2010).

PRİMER BAKIMDA DANIŞMANLIK

Prekonsepsiyonel danışmanlık bir ekip işi olmakla birlikte, bu hizmetin sunulmasında primer koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonelleri ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Özellikle hemşireler, kadın ve erkeğin sağlıklarını optimum düzeyde iyileştirmek için danışmanlık vermeli, sağlıklı gebelik, doğum ve postpartum döneme hazırlık yapmalıdır (Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Hemşireler, erken ve ileri yaşta çocuk sahibi olmanın olası sonuçları hakkında çiftler ile konuşmalı ve çocuk sahibi olma yaşı planlanmalıdır. Prekonsepsiyonel sağlık bakımı kapsamında hemşireler, genetik danışmanlık, kronik hastalıkların yönetimi, hepatit B, rubella ve varisella immünizasyonu, CYBE ve HIV taraması, toksoplazma, BKİ, beslenme ve fiziksel aktivite, folik asit ve ilaç, alkol ve sigara kullanımını değerlendirmeli ve bu bileşenler hakkında bilgi vermelidir. Ayrıca, kadın ve erkeğin mental sağlığı değerlendirilmeli ve şiddet söz konusu ise gerekli önlemlerin alınması konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

Prekonsepsiyonel sağlık bakımı ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanma oranı gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere tüm dünyada düşüktür. Prekonsepsiyonel sağlık bakımının yaygınlaştırılması ve tüm bireylerin bu hizmete erişebilmeleri, sağlık politikaları ile mümkün olacaktır. Prekonsepsiyonel sağlık bakımı, yenidoğan, bebeklik, çocukluk ve adolesan dönem boyunca veya gebelikten önce alınmaya başlanmalı ve gebelik, doğum ve postpartum

dönemde de devam etmelidir. Bu hizmet, üreme çağındaki kadınların sağlıklı gebelik geçirmelerini ve bunun sonucunda da sağlıklı bebekler dünyaya getirmelerini sağlamaktadır.

SONUÇ

Prekonsepsiyonel bakım, toplumun sağlık sonuçlarını iyileştirme portansiyeli açısından giderek önem kazanan bir alandır. Prekonsepsiyonel sağlık bakımı, doğurganlık bilinci ve gebeliği planlama kültürü geliştirmekte, sağlıklı bir gebelik için anne ve baba adaylarını hazırlamakta, maternal ve fetal sağlığı, dolayısıyla toplum sağlığını geliştirmekte, erken tanı ve tedavi imkânı sağlamakta, kadın ve erkeğe yaşam boyu olumlu sağlık alışkanlığı ve davranışı kazandırmaktadır. Prekonsepsiyonel sağlık bakımı kaliteli sunulduğu takdirde, olumlu sonuçları gebelik ve gebelik sonrası döneme de yansıyacaktır. Bu bağlamda bakımın bireylere sunulması önemlidir ve bu konuda en büyük rol ve sorumluluk hemşirelere düşmektedir. Prekonsepsiyonel bakımı hizmetinde sağlık profesyonelleri; anne ve baba adaylarına, fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda bütüncül bir bakım hizmeti sunarak, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden riskleri kontrol altına almak/önlenmek, sağlığı korumak, desteklemek ve tüm bunlara yönelik hizmet sunmayı hedeflemelidir.

Hemşirelerin PSB'nın sunulmasında engel olan faktörleri bilerek ve ortadan kaldırarak, prekonsepsiyonel sağlık ile ilgili bilgi düzeylerini sürekli yenilemelerine ve bakım alan bireylere etkin danışmanlık hizmeti sunmalarına büyük ölçüde ihtiyaç duyulmaktadır. Bu şekilde primer bakımda verilen nitelikli bakım ve danışmanlık hizmetiyle, toplumda farkındalık yaratılıp, hizmetin kullanımı artacak ve toplum sağlığı yükselecektir. Bu anlamda PSB hizmetlerinin geliştirilmesi ve tüm bireylere ulaştırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ahmed, H. M., Shabu, S. A., Shabila, N. P. (2019). A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC Women's Health*, 19(1): 1-12.
2. Aksoy, A., Vefikuluçay Yılmaz, D. (2019). Toplum sağlığını arttırmada yeni bir hizmet modeli: prekonsepsiyonel bakım ve hemşirenin rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 16(1):60-67.
3. Alio, A. P., Salihu, H. M., McIntosh, C., August, E. M., Weldelesasse, H., Sanchez, E., Mbah, A. K. (2012). The effect of paternal age on fetal birth outcomes. *American Journal of Men's Health*, 6(5): 427-435.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists & Committee on Gynecologic Practice [ACOG]. (2019). Prepregnancy counseling: Committee Opinion No. 762. *Fertility and Sterility*, 111(1):32-42.

5. Arluck, J. C., Mayhew, A. C. (2018). Preconception care for the general ob/gyn. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(1):62-71.
6. Atrash, H., Jack, B. (2020). Preconception care: developing and implementing regional and national programs. *Journal of Human Growth and Development*, 30(3): 398-406.
7. Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2012). Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences*, 9(2):1524-1534.
8. Berglund, A., Lindmark, G. (2016). Preconception health and care (PHC)—a strategy for improved maternal and child health. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(4): 216-221.
9. Broeks, S. C., Horsdal, H. T., Ingstrup, K. G., Gasse, C. (2017). Psychopharmacological drug utilization patterns in pregnant women with bipolar disorder—A nationwide register-based study. *Journal of Affective Disorders*, 210: 158-165.
10. Catalao, R., Mann, S., Wilson, C. ve ark. (2020). Preconception care in mental health services: planning for a better future. *Br J Psychiatry*;216:180-1.
11. Cairncross, Z. F., Ravindran, S., Yoganathan, S., Dennis, C. L., Enders, J., Graves, L., ... , Brown, H. K. (2019). Measurement of preconception health knowledge: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 33(6):941-954.
12. Cannabis Evidence Brief: Is Cannabis safe during preconception, pregnancy and breastfeeding. (2018). *Minister of Health*.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. (2006). *MMWR Recommendations and Reports*, 55 (RR-06):1–23.
14. Centers for Disease Control and Prevention, (2018). *Folic Acid*, Erişim Tarihi: 02.02.2020, <https://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid/about.html>
15. Chen, D., Lao, M., Zhang, J., Zhan, Y., Li, W., Cai, X., Zhan, Z. (2018). Fetal and maternal outcomes of planned pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus: a retrospective multicenter study. *Journal of Immunology Research*.
16. Chames, M. C. (2018). Prenatal care. *Prenatal Care Guideline Team, UMHS Prenatal Care Guideline*, University of Michigan.
17. Coşkun, A. (2011). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık: kadın yaşamındaki yeri ve önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(3):8-15.
18. Çakır, D., Erbaş, N. (2020). *Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
19. Daşıkan, Z., Emlek Sert, Z. (2021). Gestational weight gain and weight retention at postpartum 12th month". *Cukurova Medical Journal*, 46: 46-54. <https://dergipark.org.tr/en/pub/cumj/issue/59504/784314>

20. DeCesare, J. Z., Jackson, J. R., Phillips, B. (2015). Interconception care opportunities for mom and baby. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 70(7):465-472.
21. Demisse, T. L., Aliyu, S. A., Kitila, S. B., Tafesse, T. T., Gelaw, K. A., Zerihun, M. S. (2019). Utilization of preconception care and associated factors among reproductive age group women in Debre Birhan Town, North Shewa, Ethiopia. *Reproductive Health*, 16(1):96.
22. Doğaner, G., Gölbaşı, Z. (2011). Prekonsepsiyonel danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 20(5): 215-221.
23. Dorney, E., Black, K. I. (2018). Preconception care. *Australian Journal of General Practice*, 47(7):424.
24. Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 927, Ankara.
25. Farahi, N., Zolotor, A. (2013). Recommendations for preconception counseling and care. *American Family Physician*, 88(8):499-506.
26. Foley, E., Marsh, C., Lydic, M., Ault, K. (2020). Women's attitudes toward vaccination during preconception care [19A]. *Obstetrics & Gynecology*, 135, 13S.
27. Frayne, D. J. (2017). A paradigm shift in preconception and interconception care. *Zero To Three*, 4-12.
28. Fowler, J. R., Mahdy, H., Jack, B. W. (2017). Preconception counseling. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*.
29. Güler Baysoy, N., Özkan, S. (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: halk sağlığı perspektifi. *Gazi Med Journal*, 23:77-90.
30. Goossens, J., De Roose, M., Van Hecke, A., Goemaes, R., Verhaeghe, S., ve ark., (2018). Barriers and facilitators to the provision of preconception care by healthcare providers: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 87:113-130.
31. Gökdemir, F., Eryılmaz, G. (2017). Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 3(3): 204-12.
32. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. (2014). *World Health Organisation*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>
33. Günaydın, S., Dinç, H. (2015). Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Genital Mutilasyon. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3): 363-371.
34. Gynecologic Care for Women and Adolescents with Human Immunodeficiency Virus. (2016). Practice Bulletin No. 167. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, e89-110.
35. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara:2013.
36. Harper, J., Boivin, J., O'Neill, H. C., Brian, K., Dhingra, J., Dugdale, G., ... , Balen, A. (2017). The need to improve fertility awareness. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 4: 18-20.
37. Health Agency of Canada, Chapter 2: Preconception Care. (2017). Public Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Ottawa (ON): PHAC. Erişim Tarihi: 01.02.2020.
38. Heumann, C. L., Quilter, L. A., Eastment, M. C., Heffron, R., Hawes, S. E. (2017). Adverse birth outcomes and maternal Neisseria gonorrhoeae infection: a population-based cohort study in Washington state. *Sexually Transmitted Diseases*, 44(5): 266.
39. Homan, G., Litt, J., Norman, R. J. (2012). The FAST Study: Fertility assessment and advice targeting lifestyle choices and behaviours: a pilot study. *Hum Reprod*.
40. Hussein, N., Kai, J., Qureshi, N. (2016). The effects of preconception interventions on improving reproductive health and pregnancy outcomes in primary care: a systematic review. *European Journal of General Practice*, 22(1): 42-52.
41. Influenza Vaccination During Pregnancy. (2018). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 732. *Obstet Gynecol*, 131:e109-14.
42. Jack, B. W., Atrash, H., Bickmore, T., Johnson, K. (2008). The future of preconception care a clinical perspective. *Women's Health Issues*, 18:19-25.
43. Johns Hopkins School of Public Health. (2016). *Too Much Folate in Pregnant Women Increases Risk for Autism, Study Suggests*. Erişim Tarihi: 02.02.2020, <http://www.jhsph.edu/news/news-releases/2016/too-much-folate-in-pregnant-women-increases-risk-for-autism-study-suggests.html>
44. Kasman, A. M., Zhang, C. A., Li, S., Stevenson, D. K., Shaw, G. M., Eisenberg, M. L. (2020). Association of preconception paternal health on perinatal outcomes: analysis of US claims data. *Fertility and Sterility*.
45. Kawous, R., Van Den Muijsenbergh, M. E., Geraci, D., Van Der Kwaak, A., Leye, E., Middelburg, A., ... Burdorf, A. (2020). The prevalence and risk of female genital mutilation/cutting among migrant women and girls in the Netherlands: an extrapolation method. *PloS one*, 15(4): e0230919.
46. Khandwala, Y. S., Baker, V. L., Shaw, G. M., Stevenson, D. K., Lu, Y., Eisenberg, M. L. (2018). Association Of paternal age with perinatal outcomes between 2007 and 2016 in the United States: population based cohort study. *BMJ*, 363:k4372.

47. Kızılkaya Beji, N. (2016). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Genişletilmiş 2. Baskı Nobel Tıp Kitapevleri.
48. Lean, S. C., Derricott, H., Jones, R. L., Heazell, A. E. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(10): e0186287.
49. Mahey, R., Gupta, M., Kandpal, S., Malhotra, N., Vanamail, P., Singh, N., Kriplani, A. (2018). Fertility awareness and knowledge among Indian women attending an infertility clinic: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 18(1): 1-7.
50. Marcho, C., Oluwayiose, O. A., Pilsner, J. R. (2020). The preconception environment and sperm epigenetics. *Andrology*, 8(4): 924-942.
51. Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity. Geneva, World Health Organization [WHO]. 2013.
52. Mittal, P., Dandekar, A., Hessler, D. (2014) Use of a modified reproductive life plan to improve awareness of preconception health in women with chronic disease. *Permanente J*, 18(2):28-32.
53. Mogilevkina, I., Stern, J., Melnik, D., Getsko, E., Tydén, T. (2016). Ukrainian medical students' attitudes to parenthood and knowledge of fertility. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(2): 189-194.
54. Moos, M. (2010). From concept to practice: reflections on the preconception health agenda. *J Women's Health*, 19(3):561-7.
55. Nakhon, S. N., Limvorapitux, P., Vichinsartvichai, P. (2018). Knowledge regarding factors that influence fertility in Thai reproductive-age population living in urban area: A cross-sectional study. *Clinical and experimental reproductive medicine*, 45(1): 38.
56. Nishioka, E. (2018). Trends in research on adolescent sexuality education, fertility awareness, and the possibility of life planning based on reproductive health education. *Nihon eiseigaku zasshi. Japanese Journal Of Hygiene*, 73(2): 185-199.
57. Oza-Frank, R., Gilson, E., Keim, S. A., Lynch, C. D., & Klebanoff, M. A. (2014). Trends and factors associated with self-reported receipt of preconception care: PRAMS, 2004-2010. *Birth*, 41(4): 367-373.
58. Poels, M., Koster, M. P., Boeije, H. R., Franx, A., Van Stel, H. F. (2016). Why do women not use preconception care? a systematic review on barriers and facilitators. *Obstet. Gynecol. Surv*, 71:603-612.
59. Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S., Gillman, M. W. (2016). Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12): 1025-1036.
60. Sevil, Ü., Ertem, G. (2016). Perinatoloji ve Bakım. Nobel Tıp Kitapevi: Ankara.
61. Surén, P., Roth, C., Bresnahan, M., Haugen, M., Hornig, M., Hirtz, D., ... , Stoltenberg, C. (2013). Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *JAMA*, 309(6).
62. Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A., Hutchinson, J., Cade, J. E., Mishra, G. D. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391(10132): 1830-1841.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Doğum öncesi Bakım Yönetim Rehberi* 2014. s:1-32.
64. T.C. Resmi Gazete. *Umumi Hıfzısıhha Kanunu*, sayı:1593 tarih:12 Temmuz 2012. Erişim tarihi: 15.03.2021, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
65. Thain, E., Shuman, C., Miller, K., Sappleton, K., Myles-Reid, D., Chitayat, D., Gibbons, C. (2019). Prenatal and preconception genetic counseling for consanguinity: Consanguineous couples' expectations, experiences, and perspectives. *Journal of Genetic Counseling*, 28(5): 982-992.
66. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, (2013). Ankara. Erişim Tarihi: 23.3.2021, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
67. United Nations. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. (2015). Erişim Tarihi: 31.08.2020, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
68. Vassard, D., Lallemand, C., Nyboe Andersen, A., Macklon, N., Schmidt, L. (2016). A population-based survey on family intentions and fertility awareness in women and men in the United Kingdom and Denmark. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(4): 244-251.
69. Vujčić, I., Radičević, T., Dubljanin, E., Maksimović, N., Grujičić, S. (2017). Serbian medical students' fertility awareness and attitudes towards future parenthood. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(4): 291-297.
70. Yurtsever, C., Set, V. (2018). Relationship between preconception care and pregnancy planning status with folic acid and smoking: A cross-sectional study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(1): 43-48.
71. World Health Organization. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM): Progress report 2011. Erişim Tarihi: 23.03.2021, http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf?ua=1
72. Yenicesu, C., Demirel, Y. (2011). Gebelerde aşlar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topicsi*, 2(5):75-81.

-
73. Yılmaz, T., Dinç, H., Demirgöz Bal, M. (2015). Gebelerin fetal sağlığın geliştirilmesine yönelik yaptığı uygulamalar. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1):21-29.
 74. Zhou, Q., Wang, Q., Shen, H., Zhang, Y., Zhang, S., Li, X., Acharya, G. (2017). Rubella virus immunization status in preconception period among Chinese women of reproductive age: a nation-wide, cross-sectional study. *Vaccine*, 35(23): 3076-3081.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Olgu Sunumu

Kateter Yeri Enfeksiyonu Gelişen Hemodiyaliz Hastasının Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of a Hemodialysis Patient with Catheter Site Infection According to Functional Health Patterns: Case Report

Nazan KOŞTU *,^a, Durdu OK ^b

^a Öğr. Gör. Dr. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, DENİZLİ, TÜRKİYE

^b Yüksek Lisans Öğrencisi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, DENİZLİ, TÜRKİYE

ÖZET

Kronik böbrek yetmezliği birçok nedenden dolayı ortaya çıkabilen önemli bir sağlık sorunudur. Kronik böbrek yetmezliği farklı tedavi biçimlerini içermektedir. Tedavi biçimlerinden biri olan hemodiyaliz için santral venöz kateterizasyon uygulanabilmektedir. Kateterizasyon hemodiyaliz uygulanırken sıklıkla kullanılan geniş ve uzun süreli damar yoludur. Bu kateterizasyonun en önemli komplikasyonlarından biri kateter yeri enfeksiyonudur.

Olgu sunumunda; O.B. 72 yaşında erkek hasta, ilkökul mezunu ve emeklidir. Sigara ve alkol öyküsü bulunmamaktadır. On yıldır kronik böbrek yetmezliği tanısı olan hasta beş yıldır haftada üç gün hemodiyalize girmektedir. Hasta 15 gündür süren, hemodiyalizin 2.-3. saatinde başlayan üşüme, titreme şikâyetleri için ilçedeki bir hastaneye başvurmuştur. Yapılan incelemeler ve muayene sonucunda kateter yeri enfeksiyonu tanısı konan hasta bölgedeki üniversite hastanesinin nefroloji servisine sevk edilmiştir.

Bu çalışmanın amacı; kateter yeri enfeksiyonu gelişen hemodiyaliz hastasının hemşirelik bakımını sunmaktır. Hastanın verileri gözlem, görüşme, fizik muayene ve hasta kayıtlarından toplanmıştır. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hastanın hemşirelik bakımı, Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile sunulmuştur. Modele göre; sağlığı algılama-sağlık yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, hareket-egzersiz, uyku-dinlenme ve baş etme-stres toleransı örüntülerinde sorun belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Hemşirelik Bakımı, Kateter Kaynaklı Enfeksiyonlar.

ABSTRACT

Chronic kidney failure is an important health problem that can occur for many reasons. Chronic kidney failure includes different treatment modalities. Central venous catheterization can be applied for hemodialysis, which is one of the treatment modalities. Catheterization is a wide and long-term vascular access commonly used in hemodialysis. One of the most important complications of this catheterization is catheter site infection.

In the case report, the patient O.B. 72 years old man, primary school graduate and retired. There is no smoking or alcohol history. The patient, who has been diagnosed with chronic renal failure for ten years, has been undergoing hemodialysis three days a week for five years. The patient applied to a hospital in the district with the complaints of chills and shivering that started in the second-third hour of hemodialysis, which lasted for 15 days. The patient, who was diagnosed with catheter site infection as a result of the examinations and examination, was transferred to the nephrology service of the university hospital in the region.

The aim of this study is; to present the nursing care of a hemodialysis patient with catheter site infection. The patient's data were collected from observation, interview, physical examination and patient records.

The nursing care of the patient is presented with Gordon's model of functional health patterns. According to the model; problems were identified in the patterns of perception of health-health management, nutrition-metabolic status, excretion, activity-exercise, sleep-rest and coping-stress tolerance.

Key words: Hemodialysis, Nursing Care, Catheter-Related Infections

*Sorumlu Yazar: Nazan KOŞTU

Adres: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, DENİZLİ, TÜRKİYE

e-posta: nkustu@pau.edu.tr

Geliş tarihi:23.06.2021

Kabul tarihi:08.08.2021

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), böbrekte sebebine bakılmaksızın üç aydan daha fazla süren fonksiyon kaybı veya yapısal hasarlanma olarak tanımlanır (Coşkun Yavuz, Sevinç ve Koçyiğit, 2017). Birçok nedenden dolayı ortaya çıkabilir, ancak başlıca risk faktörleri; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, sigara, ileri yaş, obezite, sedanter yaşam biçimi ve enfeksiyonlardır (Parlar Kılıç, 2019). Böbreklerde oluşan hasar sadece üriner sistemi etkilemekle kalmayıp vücudun tüm sistemleri üzerinde etki gösterir. Hastalarda görülen sorunlar genellikle ya böbrek yetersizliğine neden olan hastalığın belirti ve bulgularıdır ya da en çok hangi sistemi etkilemişse o sisteme ait belirti ve bulgularıdır (Parlar Kılıç, 2019). Böbrek hasarı sağlığı tehdit eden ciddi bir sorundur ve bu etkiler düzeltilemezse ciddi komplikasyonlar ve ölüm ile sonuçlanabilir (Coşkun Yavuz, Sevinç ve Koçyiğit, 2017).

Kronik böbrek yetmezliğinin tedavisindeki temel amaç, altta yatan nedeni kontrol ederek hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ya da durdurmak, morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır (Parlar Kılıç, 2019). Hastalığın ilerlemesini önlemeye yönelik girişimlerin vakit kaybetmeden uygulanması yaşamsal önem taşımaktadır. Böbrek fonksiyonlarının korunması ve kontrol altında tutulması için kan basıncının kontrol altında tutulması, kan şekerinin düzenlenmesi, protein ve tuz kısıtlaması, yeterli sıvı alımı, kan lipitlerinin kontrolü, aneminin düzeltilmesi, elektrolitlerin normal sınırlarda tutulması önemlidir (Parlar Kılıç, 2019; Tayaz ve Koç, 2020). Akut veya kronik böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek fonksiyonlarını yerine getiremediği zaman renal replasman tedavilerine (RRT) başvurulur. RRT; hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve transplantasyon şeklinde yapılmaktadır. Bunlar arasında hemodiyaliz en yaygın olarak kullanılan yöntemdir (Altıparmak ve Seyahi, 2007; Daugirdas, Blake ve Ing, 2017). Hastaların yaşam kalitesini arttırmak için sıklıkla düzenli bir şekilde HD uygulanmasına gereksinim duyulmaktadır (Çetin, Çiğdem ve Özsoy, 2018). Hemodiyaliz işleminin gerçekleştirilebilmesi için hastada uygun bir vasküler erişim yolunun oluşturulması gerekmektedir (Parlar Kılıç, 2019). Vasküler erişim yolu hastanın yaşam süresini ve kalitesini doğrudan etkilemektedir (Çetin, Çiğdem ve Özsoy, 2018). Vasküler yol olarak HD hastalarında; anteryovenöz fistül (AVF), anteryovenöz greft (AVG), kalıcı ve geçici kateterler kullanılmaktadır (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020). Kateterler kullanım sürelerine göre kısa süreli (geçici) ve uzun süreli (kalıcı) olarak sınıflandırılmaktadır. Tercihen internal juguler ven, subklavian ven, femoral ven gibi büyük damarların kullanıldığı santral venöz kateterizasyon kullanılmaktadır (Çetin, Çiğdem ve Özsoy, 2018; Daugirdas, Blake ve Ing, 2017).

Santral venöz kateterizasyon; yoğun bakım ünitelerinde, kemoterapi ve hemodiyaliz uygulanırken sıklıkla kullanılan geniş ve uzun süreli bir damar yoludur. Kateterler

yerleştirildiği bölgeye göre erken ya da geç dönemde çeşitli komplikasyonlara neden olabilmektedirler (Kıray, Yıldırım, Özçiftçi, Korhan ve Uyar, 2019; Lai Andrew ve Lai, 2011). Santral venöz kateterizasyonda en sık karşılaşılan komplikasyonlar ven trombozu ve kateter enfeksiyonudur. Kateter enfeksiyonu kateterin türüne ve yerine göre farklılık göstermektedir. Bu enfeksiyon maliyeti ve hastanede kalış süresini uzatarak çoğunlukla ölümlerle sonuçlanabilir (Borges ve Bedendo, 2017; Kıray ve ark., 2019; Lai Andrew ve Lai, 2011).

Enfeksiyon önlenabilir bir komplikasyon olduğundan sağlık profesyonelleri açısından oldukça önemlidir. Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'na (2019) göre enfeksiyonlar hemodiyaliz hastalarındaki en sık ölüm nedenleri arasındadır (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020). Üremik tablo, yetersiz beslenme, eşlik eden hastalıklar, kateterin süresinin uzun olması, kateter yeri, yetersiz kateter bakımı, kateterin acil olarak takılması, femoral venin kullanılması ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan bulaş gibi birçok faktör bu enfeksiyonların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Borges ve Bedendo, 2017; Kıray ve ark., 2019; Lai Andrew ve Lai, 2011).

Kronik böbrek yetmezliğinde hemşirelik bakımının amaçları; belirtileri azaltmak, yeterli ve dengeli besin alımını sağlamak, farmakolojik tedavinin etkilerini değerlendirmek, egzersiz toleransını arttırmak, KBY ile ilgili komplikasyonları önlemek, hasta ve ailenin eğitimini sağlamaktır (Eskimez ve ark., 2021; Gülpak ve Oktay, 2020; Parlar Kılıç, 2019; Tuna, Ovayolu ve Kes, 2018). Hemşirelik bakımı ve hasta/aile eğitimi, hastanın sağlık durumunu optimal düzeye getirebilmek için hemşirelik süreci doğrultusunda uygulanmalıdır (Eskimez ve ark., 2021; Gülpak ve Oktay, 2020; Tuna, Ovayolu ve Kes, 2018; Uysal ve Karataş, 2017). Hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde sunulması amacıyla hasta bakımında hedeflenen sonuçlara ulaşmada kolaylık sağlayan hemşirelik süreci ve sınıflama sistemleri kullanılmaktadır (Acaroğlu ve Kaya, 2018; Birol, 2013). Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği-North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Taksonomi II, bu amaçla kullanılan sınıflama sistemlerinden biri olup alanları, sınıfları ve hemşirelik tanıları içeren üç düzeyden oluşmaktadır. NANDA'da, toplam 13 alan, 47 sınıf ve 235 hemşirelik tanısı bulunmaktadır (Acaroğlu ve Kaya, 2018; Birol, 2013; Erdemir, 2012).

Hemşirelik sürecinin sistematik bir şekilde uygulanabilmesi için hemşirelik bakım ve uygulamalarında modeller kullanılmaktadır. Bu modellerden biri 1982 yılında Marjory Gordon tarafından geliştirilen Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'dir (Gordon, 2003; Türk, 2017). Bireyleri kapsamlı bir şekilde biyo-psiko-sosyal boyutta ele alan bu model, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda açıklamaktadır. Bunlar; sağlığı algılama-sağlık yönetimi,

beslenme-metabolik durum, boşaltım, hareket-aktivite, uyku-dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama-benlik, rol ilişkisi, cinsellik-üreme, baş etme-stres toleransı, inanç-değer şeklinde tanımlanmış alanlardır. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplamayı ve hemşirelik sürecinde bilginin analiz edilmesini sağlamaktadır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, hemşirelerin hasta bakımında daha kapsamlı bir değerlendirme yapması ve hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri için kullanılmak üzere tanımlanmış bir süreçtir (Gordon, 2003; Türk, 2017).

Bu makalede sunulan olgu, 10 yıldır KBY hastasıdır ve beş yıldır düzenli olarak hemodiyalize girmektedir. Sağ subklavian ven kateter yerinde enfeksiyon gelişmiştir. Olgu, Gordon tarafından geliştirilmiş Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli ve NANDA hemşirelik tanıları ile değerlendirilmiş ve hemşirelik süreci geliştirilmiştir. Hastanın verileri gözlem, görüşme, fizik muayene ve hasta kayıtlarından toplanmıştır. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Bu olgu sunumunun amacı; subklavian ven kateter yeri enfeksiyonu gelişen hemodiyaliz hastasının hemşirelik bakımını Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile sunmaktır.

OLGU SUNUMU

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre hemodiyaliz tedavisi gören ve kateter yeri enfeksiyonu gelişen hasta

Hasta O.B. 72 yaşında erkek hasta, ilkököl mezunu ve emeklidir. Sosyal güvencesi SSK'dır. Evli ve farklı şehirlerde yaşayan iki çocuğu, üç torunu vardır. Hasta eşiyile birlikte bir ilçede yaşamaktadır. Sigara ve alkol öyküsü bulunmamaktadır. Hastanın koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve KBY tanıları mevcuttur. On yıldır KBY tanısı olan hasta, beş yıldır haftada üç gün hemodiyalize girmektedir. Hastada sağ subklavian ven kateteri bulunmaktadır. Hasta 15 gündür süren, hemodiyalizin 2.-3. saatinde başlayan üşüme, titreme şikâyetiyle ilçedeki devlet hastanesine başvurmuştur. Enfeksiyon hastalıkları hekimi tarafından yapılan değerlendirme sonucunda hastaya 14 günlük siprofiloksasin etken maddesi içeren antibiyotik tablet 500 mg 2x1 ve hastanın adını bilmediği bir ilaç üç gün boyunca sabah ve akşam olmak üzere iki dozda enjeksiyon olarak uygulanmıştır. Bu tedavilerle şikâyetinde gerileme olmayan hasta, kateter yeri enfeksiyonu tanısı ile bölgedeki üniversite hastanesinin nefroloji servisine sevk edilmiştir. Yatışının yapıldığı gün hastaya toraks BT ve batın BT çekilmiştir. Çekilen toraks BT'de bilateral hafif dereceli plevral efüzyon ve buzlu cam alanları; batın BT'de mesane duvarında diffüz kalınlık artışı, karaciğer boyutunda artış ve prostat transvers çapı 52 mm görülmüştür.

Laboratuvar değerleri; tGFR CKD-EPI: 19 ml/dk, Üre: 56 mg/dL, BUN: 26 mg/dL, Kreatinin: 3.13 mg/dL, Sodyum: 129 mmol/L, Potasyum: 3.43 mmol/L, Kalsiyum: 5.13 mg/dL, Total protein: 61.5 g/L, Albumin: 33.9 g/L, Düzeltilmiş kalsiyum: 8.82 mg/dL, Glukoz: 274 mg/dL, CRP: 7.82 mg/dL,

WBC: 9.32 K/ μ L, NEU: 83 %, HGB: 8.5 g/dL, RBC: 2.95 M/ μ L, HCT: 25.9 %, APTT: 85.9 saniye, INR: 1.78, Kateter kültürü: Kateterinde Stenotrophomonos Maltophilia bakterisi üremiştir.

Aldığı tedavi: Hastanın hastaneye yatışındaki ilk tedavisi; İnsülin Glulisin 100 IU 3x1 subkutan, İnsülin Glarjine 100 IU 1x1 subkutan, Varfarin Sodyum tablet 5 mg 1x1 peroral, Furosemid tablet 20 mg 1x1 peroral, Metoprolol Süksinat 50 mg 1x1 peroral, Atorvastatin Kalsiyum 20 mg 1x1 peroral, Teicoplanin flakon 400 mg 2x1 intravenöz, Piperasilin/Tazobaktam flakon 2,25 mg 3x2 intravenözdür. Ayrıca hasta haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Hemodiyaliz tedavisini aldığı günlerde hastaya Ferik (demir III) Hidroksit Sükroz ampul 100 mg 1x1 intravenöz tedavisi de uygulanmaktadır. Buna ek olarak haftada iki gün Eritropoietin Alfa 4000 IU/0.4 ml 1x1 subkutan tedavisi uygulanmaktadır. Hastanın diğer kronik hastalıklarına uygun olarak hekim tarafından reçete edilen insülin, antikoagülan, diüretik, antihipertansif ve antilipidemik tedavileri uygulanmaya devam edilmektedir. Yeni gelişen subklavian ven kateter enfeksiyonuna bağlı olarak antibiyotik tedavisi başlanmıştır.

Hastanın hastaneye ilk yatışındaki yaşam bulguları; Vücut sıcaklığı: 36.4°C, Nabız hızı: 72/dk, Solunum sayısı: 20/dk, Arteriyel kan basıncı: 95/60 mmHg, SPO₂: 98'dir.

TARTIŞMA

Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre değerlendirilmesi

1. Sağlık Algılama-Sağlık Yönetimi:

Üşüme ve tireme şikâyeti nedeniyle hastaneye başvuran hastaya kateter yeri enfeksiyonu tanısı konmuş ve üniversite hastanesine sevk edilmiştir. O.B.'nin tanısı konmuş koroner arter hastalığı, hipertansiyonu, diyabeti ve hiperlipidemisi mevcuttur. Hastanın 2005 yılında yapılmış olan koroner arter bypass graft (CABG) ameliyat öyküsü bulunmaktadır. Ayrıca 2019 yılında kalp kapakçıkları değişmiş olup pacemaker takılmıştır. Özgeçmişinde; beş yaşındayken menenjit tanısı aldığı belirtilmiştir. Menenjit sonucunda konuşma ve işitme kaybı yaşadığı eşi tarafından ifade edilmiştir. Bu nedenle hasta ailesi, çevresi ve hemşire ile iletişimini el-kol hareketleri ile gerçekleştirebilmektedir. Hasta ile sözel iletişim kurulamamaktadır. Hasta haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi almaktadır. O.B.'nin hastaneye ilk yatışında muayenesi yapılırken hasta el-kol hareketleriyle başının döndüğünü ifade etmiştir. Yapılan İtaki Düşme Ölçeği değerlendirmesi sonucunda hasta düşme riski açısından yüksek riskli (18 puan) bulunmuştur. Ayrıca hastanın bakımını tek başına yapamaması ve yüksek riskli ilaç kullanması da düşme açısından hasta yüksek riskli grupta değerlendirilmektedir.

Hemşirelik tanısı: Düşme Riski

Amaç: Kişi daha az sayıda düştüğünü ya da düşme korkusunun azaldığını ifade edecektir.

Hemşirelik girişimleri: Birey ortama uyumlandırılmalı, güvenlik, hemşire çağırma sistemi açıklanmalı ve bireyin bunu kullanabilme yeteneği değerlendirilmelidir. Hastanın güvenliği için hasta özellikle geceleri yakından takip edilmelidir. Gece lambası kullanılmalı, geceleri yardım istemesi için hasta cesaretlendirilmelidir. Geceleri, yatağı en alçak düzeyde bulundurulmalı ve yatak kenarlarındaki koruyucular kaldırılmalıdır. Koltuk değneği, baston, yürütecek ve protezleri uygun şekilde kullanması öğretilmelidir. Kişiye, ayağına tam uyan ve tabanı kaymayan ayakkabılar giymesi konusunda bilgi verilmelidir. Hastaya verilen ilaçların yan etki olarak vertigoya neden olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hasta yataktan kademeli olarak kaldırılmalı, sandalyede otururken önüne masa ya da etajer yerleştirilmelidir. Kişiyi, her zaman göz önünde olabileceği bir odaya (örn., hemşire odasının yakınına) yerleştirilmelidir. Hastanın ortostatik hipotansiyonu değerlendirilmelidir. Ortostatik hipotansiyonu önlemeye yönelik teknikler öğretilmelidir. Kişinin, pozisyonu yavaş yavaş değiştirilmelidir. Yatar pozisyonundan ayağa kalkma durumuna geçerken aşamalı bir şekilde geçilmelidir. Güç ve esnekliği artıran egzersizler öğretilmelidir. Ayak bileğini güçlendirici egzersizler günlük olarak uygulanmalıdır.

2. Beslenme-Metabolik Durum:

Hastanın eşlik eden hastalıklarına bağlı olarak kronik böbrek yetmezliği diyeti ve diyabetik diyet uygulanmaktadır. Hastanın 12. günden itibaren iştahsızlığı başlayıp gün geçtikçe de artmıştır. 12. günde 1000 ml sıvı kısıtlaması yapılırken 15. günde bu kısıtlama 500 ml'ye düşürülmüştür. Hastanın vücut ağırlığında bir düşüş olmuştur. Hastanın takma dişi ve burun akıntısı mevcuttur. Baş-boyun kısmının herhangi bir yerinde ödem bulgusuna rastlanmamıştır. Hastaneye yatışının ikinci gününde, sağ subklavian vendeki kalıcı kateter çıkartılmış ve sol juguler vane geçici HD kateteri takılmıştır. Kateter yeri kanamakta olan hastanın traneksamik asit+adrenalin ile pansumanı yapılmış ancak kanaması durdurulamayınca kalp ve damar cerrahisi servisinden konsültasyon istenmiştir. Altıncı günün sonunda kalp ve damar cerrahisi hekimleri sütur atarak kanamayı geçici olarak durdurmuştur. Her gün sızıntı şeklinde olan kanama 15. günün sonunda tamamen durdurulabilmiştir. İlk geldiği gün hastanın vücut nemliliği normal olmakla birlikte kaşıntısı, kateter yeri etrafında kızarıklık ve ısı artışı mevcuttur. Ekimoz, peteşi ya da purpura gözlenmemiştir. Hastanın bir hafta sonra kateter yerinde kanama tekrar başlamış, 10. günde sağ göğüs bölgesinde kırmızı renkte, normal ısıda purpuralar gözlenmiştir. 12. günde purpuranın yerini hematoma bıraktığı gözlenmiştir. Hastanın cildi soluk ve soğuktur. 15. günde hematoma çözünmeye başlamış ve purpura görünümü kazanmıştır. 12. günden itibaren hastada bulantıların olduğu, ara ara da bunlara kusmaların eklendiği gözlemlenmiştir. Serviste yattığı süre boyunca hastanın bir

sabah (14. günde) tükürükle bulaş şeklinde bir hemoptizisi görülmüştür. Hastanın mevcut olan tanısı (DM) gereği insülin tedavisi uygulanmaktadır. Günde dört kez kan şekeri takibi yapılmaktadır. Beslenmedeki değişiklikler, bulantı olması durumunda hastanın kan şekerinde düşmeler gözlemlenmiş, endokrin ve metabolizma hastalıkları servisinden konsültasyon istenmiştir. Günde üç kez insülin glulisin etken maddesi olan insülin tedavisi sonlandırılarak hekimi tarafından yeniden tedavisi düzenlenmiştir. Hastanın kan şekeri takibi günde sekiz kez olarak yeniden düzenlenmiştir.

Hemşirelik tanısı: Beslenmede Dengesizlik: Gereksiniminden Az

Amaç: Kişi günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte besin yiyecektir.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın günlük gereksinimi olan kalori miktarı diyetisyen eşliğinde belirlenmelidir. Günlük kilo takibi yapılmalı, beden kitle indeksi değerlendirilmeli ve laboratuvar bulguları izlenmelidir. Yeterli beslenmenin önemi açıklanmalıdır. Her bir öğünün ve ara öğünlerin önemi vurgulanmalıdır. Besinlerin tat ve kokusunu iyileştirmek için alternatif yollar sunulmalıdır. Eşyle ve odadaki diğer hasta ve hastanın yakınıyla birlikte yemek yemeye teşvik edilmelidir. Tedavi ve bakım saatleri yemek saatine göre tekrar planlanmalıdır. Yemek öncesi dinlenmesi sağlanmalıdır. Yemekten önce ve sonra ağız hijyeni sağlamanın önemi açıklanmalı ve ağız bakımı sağlanmalıdır. Hasta az az ve sık sık beslenmelidir. En sevdiği yemekler konusunda eşyle konuşulmalıdır. Yüksek kalorili besinleri alması sağlanmalıdır. Yataktan kalkarken kuru yiyecekler yemesi önerilmeli, çok tatlı, ağır, yağlı ya da kızartılmış besinlerden kaçınılmalıdır.

Hemşirelik tanısı: Enfeksiyon Riski

Amaç: Hasta enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini ve enfeksiyondan korunmak için gerekli olan önlemleri açıklayabilmelidir.

Hemşirelik girişimleri: Dikkatli el yıkama yapılmalıdır. Aseptik tekniklere dikkat edilmelidir. Birey, tüm ziyaretçilerden ve personelden kendisine yaklaşımdan önce elleri yıkamasını isteyebilmelidir. Gerektiğinde ziyaretçileri sınırlandırılmalıdır. Hasta odası günlük olarak havalandırılmalıdır. İnvaziv araçlar sadece zorunlu olanlarla sınırlandırılmalıdır. Hasta enfeksiyon belirtileri açısından (ateş, kızarıklık, idrarda bulanıklık, pürülan drenaj vb.) gözlemlenmelidir. Enfeksiyonun bulaşıcılığı ve nedenleri, riskleri konusunda birey ve aile bilgilendirilmelidir. Diyetinde protein ve kalori alımı sürdürülmelidir. Antibiyotik tedavisinin etkileri izlenmelidir. Verilen antibiyotik planlanan zamanda, en fazla 15 dakika içinde uygulanmalıdır. Hastanın yaşam bulguları ve laboratuvar bulguları takip edilmelidir. Anoreksiya, halsizlik-zayıflık, mental durum değişiklikleri, hipotermi yönünden hasta değerlendirilmelidir. Deri ve üriner sistem fungal, viral ve mikrobakteriyel patojenlerin belirtileri

yönünden izlenmelidir. Mevcut DM tanısı nedeniyle yara yeri iyileşmesinin geç olabileceği konusunda hasta ve aile bilgilendirilmelidir.

3. Boşaltım:

Hasta defekasyonunu her gün yapmış olup kanama bulguları açısından belirti-bulgu gözlenmemiştir. Bağırsak sesleri normoaktiftir, rebound yoktur. İlk geldiğinde anürik (50 ml) olan hasta diüretik tedavisinin ve hemodiyaliz günlerinin artırılmasıyla fayda görmüş ve oligürik (300-400 ml) hale gelmiştir. Aldığı çıkardığı takibine göre diyalize girdiği günler çekilenleriyle birlikte balansını eksiye kapatabilmiş, girmediği günlerde ise sıvı kısıtlamasına rağmen +1500'lerde kapattığı görülmüştür. Hastanın kateter yerinde kanaması başlayıp arteriyel kan basıncı düşünce hastaya foley sonda takılmış, idrar çıkışı takip edilmiştir. Hastanın kanama miktarının fazla olduğu günlerde hastanın terlemesiyle terinde kötü bir koku mevcuttu. İdrar rengi koyu sarı renkte olup ağır bir koku bulunmaktaydı.

Hemşirelik tanısı: Sıvı Volüm Fazlalığı

Amaç: Ödemde azalmanın olması

Hemşirelik girişimleri: Deri, basınç ülseri belirtileri yönünden izlenmelidir. Bant, flaster vb. kullanımdan kaçınılmalıdır. Venöz birikim/göllenme ya da venöstazis bulguları değerlendirilmelidir. İdrar miktarı, rengi, 24 saatlik aldığı çıkardığı sıvı dengesi, ödem durumu izlenmelidir. Elektrolit takibi yapılmalıdır. Mümkün olduğunca ödemli ekstremiteler kalp seviyesinin yukarısında olacak şekilde yükseltilmeye çalışılmalıdır. Diyetle aldıkları ve sıvı retansiyonunu arttırabilecek durumlar değerlendirilmelidir. Dizleri bükmemesi gerektiği, bacak bacak üstüne atmaktan kaçınması ve mümkün olduğunca bacakların yukarıda tutulması gerektiği açıklanmalıdır. Ödemli deri travmalara karşı korunmalıdır.

4. Hareket-Aktivite:

Hastanın hastaneye yatış tarihinde tüm yaşam bulguları normal sınır aralığında olup bir hafta sonrasında solunum sayısında artma (26-28/dk), oksijen saturasyonunda düşme (SPO₂<90) ve akciğer seslerinde raller gözlenmiştir. Pulmoner ödem tablosu oluşmuş ve hipervolemi tedavisine başlanmıştır. 12. günün sonunda solunum sayısı normale dönmüş ancak oksijen desteği devam etmiş, akciğerler seslerinde ronküs duyulmuştur. 15. günde de dakikada iki litreden verilen oksijen desteği dakikada üç litreye çıkartılmıştır. Tedavisine ek olarak bronkodilatör eklenmiştir. Hastanın çekilen akciğer grafileri (10 gün ara ile) karşılaştırıldığında parankimde artış olduğu ve infiltrasyonun geliştiği gözlemlenmiştir. Bunun üzerine hastanın tekrar göğüs hastalıkları konsültasyonu istenmiştir.

İlk muayenede kapiller dolum tam, nabız dolgun ve aritmik izlenirken bir haftanın sonunda kapiller dolumun tam olmadığı, nabızın aritmik ve filiform olduğu gözlenmiştir.

Bunlara ek olarak hastanın kan basıncında düşmeler kaydedilmiş, eritrosit süspansiyonu uygulanmış ve antibiyotik değişikliğine gidilmiştir. 15. günde hastanın yaşam bulguları normal değerlere gelmiş, kapiller dolumu tam olarak sağlanmış ve nabız dolgunlaşmıştır.

Herhangi bir deformite ve kısıtlılık olmamakla birlikte hasta yardımla hareket edebilmekte ve dengesini sağlamakta güçlük çekmektedir. Kas gücü değerlendirmesi yapıldığında üst ekstremitelerin 5/5; alt ekstremitelerin 4/5 olarak değerlendirilmiştir. Alt ekstremitelerde +2 ödemi mevcut olmakla birlikte bir hafta sonrası bu ödem +1 olarak değerlendirilmiştir. 10. günde hastanın mobilitesi azalmış, üst ekstremitelerde kısıtlılık olmuş ve kas gücü 4/5 olarak değerlendirilmiştir. Alt ekstremitelerdeki ödem ise +2 olarak değerlendirilmiş, 12.günde kas gücü aynı devam ederken alt ekstremitelerdeki ödem +3 olarak değerlendirilmiştir. Üst ekstremitelerde de ödem ve döküntüler oluşmuştur. 15.günde ödem +2 olarak değerlendirilmiştir.

Hastanın günlük aktivitelerini yerine getirebilmek için enerjisi yetersizdir. Günlük bakımı, beslenmesi ve hijyeni eşi tarafından sağlanmaktadır. Yataktan lavobaya eşi yardımıyla gidip gelmektedir. Geldiğinde nefes nefese kalmaktadır. Egzersiz yapmamaktadır.

Hemşirelik tanısı: Yorgunluk

Amaç: Kişi, fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal boyutlarda uyarıcı ve dengeleyici aktivitelere katılabilmelidir.

Hemşirelik girişimleri: Yorgunluğunun nedenleri açıklanmalıdır. Hastanın duygularını (yorgunluğun yaşamdaki etkilerine ilişkin) ifade etmesine izin verilmelidir. Kendisinin güçlü yönleri, yetenekleri, ilgilerini tanımasına yardımcı olunmalıdır. 24 saatlik bir süreçte her bir saatte yorgunluk düzeyini kaydetmesi öğretilmelidir. Rhoten Yorgunluk Skalası kullanılarak yorgunluğu değerlendirilmelidir. Enerji koruma teknikleri öğretilmelidir. Stres ve çatışmaların enerji düzeyine etkileri açıklanmalıdır. Etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesine yardımcı olunmalıdır. Hastanın laboratuvar testleri takip edilmelidir.

Hemşirelik tanısı: Etkisiz Solunum Örüntüsü

Amaç: Kişi, etkili bir solunum hızı ve akciğerdeki gaz değişiminde iyileşme olduğunu göstermelidir.

Hemşirelik girişimleri: Kişiye güvende olmasını sağlayacak tüm önlemlerin alınmış olduğu ve kendisinin güvende olduğunun güvencesi sağlanmalıdır. Hemşireyle olan göz teması sürdürülmeli ve dikkati başka yöne çekilerek anksiyete yaratacak durumdan uzaklaştırılmalıdır. Hastanın yanında kalınarak etkili nefes alıp vermesine yardımcı olunmalıdır. Bilinçli bir solunum kontrolü yaparak bu durumla başa çıkabileceği anlatılmalıdır. Olası fiziksel ve emosyonel nedenleri ve etkili baş etme yöntemleri tartışılmalıdır.

5. Uyku-Dinlenme:

Hasta uykuya dalmakta güçlük çekmektedir. Kendini dinlenmiş hissetmediğini belirtmektedir. Gün içerisinde bir ya da iki defa 10 dakikayı geçmeyen uyuklamaları olmaktadır. Hasta monitörize olduğu için monitör sesinden ve üzerindeki kablolardan dolayı en ufak uyarana karşısında rahatsız olduğunu ifade etmektedir. Hemşire odaya herhangi bir saatte (sabah saat 04-05:00 de bile) girdiğinde bile hastanın uyanık olduğu gözlenmiştir. Gece yemek yeme alışkanlığı söz konusudur. Hasta, evdeyken de bu beslenme alışkanlığına sahip olup evdeyken günde 5-6 saat de olsa en azından uyuyabildiğini ifade etmektedir. Hastanede yatarken kateter yerinin kanıyor olması ve kanamanın durdurulamamasının hastayı daha huzursuz ve stresli hale getirdiği gözlenmiştir. Gece yapılamayan pansumanlar karşısında daha öfkeli olduğu değerlendirilmiştir. Sürekli torunlarını çok özlediğini eşi aracılığıyla ifade etmektedir.

Hemşirelik tanısı: Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık

Amaç: Kişi, dinlenme ve aktivite arasında optimal bir denge olduğunu bildirmelidir.

Hemşirelik girişimleri: Gürültü/sesler azaltılmalıdır. İşlemler, uyku dönemindeyken en az rahatsızlık verecek şekilde düzenlenmelidir. Uyku öncesi rutinleri sorgulanmalıdır. Kafeinli içeceklerin alımı kısıtlanmalıdır. Uyku/dinlenme rahatsızlığının nedenleri sorgulanmalı ve önlemek için olası yollar kişiye ve hasta yakınına açıklanmalıdır.

6. Bilişsel Algılama:

Hastanın bilinci açıktır. Hasta yer ve zamana oryantedir. Hastada görme kaybı yoktur ancak özgeçmişinde beş yaşındayken geçirmiş olduğu menenjit hastalığı nedeniyle konuşma ve işitme kaybı bulunmaktadır. Ancak hasta ailesi, çevresi ve hemşire ile iletişimde problem yaşamamıştır. Eşi ile kendi arasında geliştirdiği el kol hareketleri, mimikler ile iletişim sağlamaktadır.

7. Kendini Algılama-Benlik:

Hasta hastanede yattığı süre boyunca oryante olup Gloskow Koma Skorlaması 14-15 dir. Hasta 10. güne kadar sakin bir yapıda iken 10. günde kanamasının durdurulamamasına bağlı olarak kaygılı, huzursuz ve sinirli olduğu değerlendirilmiştir. Hastanedeki yatış süresi uzadıkça hastanın daha çok içine kapandığı, sadece kateter yerine uygulanan işlemler için tepki verdiği gözlenmiştir. Önceden hemşireyle iletişime geçmeye çalışan hasta sonraları sadece etrafını izlemeye, tepki vermemeye başlamıştır.

8. Rol-İlişki:

Menenjit sonrası hasta, konuşma ve işitme yetilerini kaybettiği için iletişimi etkilenmiştir. Hasta iletişimini eşiyle aralarındaki geliştirdikleri el kol hareketleri ve mimikleriyle

sağlayabilmektedir. Hasta sözel iletişim kuramamaktadır. Hemşire-hasta arasındaki iletişim geliştirilen el kol hareketleri, jest ve mimikler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Hastanın farklı şehirlerde yaşayan iki çocuğu ve üç torunu bulunmaktadır. Hastanın tüm bakımını eşi sağlamaktadır. Yattığı süre boyunca her gün çocukları gerek görüntülü gerekse sesli arayıp iletişim sağlamaya çalışmakta, iki güne bir bazen günde 2-3 defa torunlarıyla görüntülü konuşmaktadır. Hastalık süreci ve hastaneye yatış süresinin uzaması konusunda kaygı ve huzursuzluğunu ifade etmektedir. Tedavi sürecine uyumlu davranışlar sergileyen hasta ve eşi, tedavisinin bir an önce tamamlanmasını ve torunlarına kavuşmak istediklerini ifade etmiştir.

9. Cinsellik-Üreme:

Hasta iki çocuk sahibi ve evlidir. Hastalığı ve kullandığı ilaçların kısıtlama yaratmasından dolayı cinsel yaşamının etkilediğini ifade etmiştir.

Hemşirelik tanısı: Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik

Amaç: Kişi, önceki cinsel aktivitesini sürdürebilmeli ya da alternatif olarak doyum verici cinsel aktiviteye girebilmelidir.

Hemşirelik girişimleri: Cinsel yaşam öyküsü (genel cinsel örüntüleri, cinsel bilgisi, cinsel ve sağlıkla ilgili problemleri, beklentileri, duygu durumu, enerji düzeyi) alınmalıdır. Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız edebilen konularda soru sorması için cesaretlendirilmelidir. Eşi ile olan ilişkisi değerlendirilmelidir. Doyumu etkileyen etmenler varsa tanımlanmalıdır. Eşiyle duygularını, beklentilerini paylaşması için cesaretlendirilmelidir. Cinsel işlevlere ilişkin ilgi, aktivite, tutum ve bilgileri tanımlanmalıdır. Kronik hastalığın, kullanılan ilaçların cinsel işlevsellik üzerine etkileri açıklanmalıdır.

10. Baş Etme-Stres Toleransı:

Hasta, yaşam zorlukları nedeniyle üzülmediğini daha çok maneviyata yöneldiğini ifade etmiştir. Hastalık sürecinde uzun süredir hemodiyalize girmesinin artık kendini yormaya başladığını, buna bir de kateter enfeksiyonunun eklenmesiyle daha da kaygılı olduğunu ifade etmiştir. Hastanedeki yatış süresinin uzamasıyla birlikte bu kaygısının ve huzursuzluğunun arttığını belirtmiştir. Hasta kateter enfeksiyon nedeniyle üzüldüğünü belirtmiştir. Endişeli bir yüz ifadesi mevcuttu. Hastalık sürecini merak etmektedir. Hasta bu durumla baş edebilmek için hastalığını çok fazla düşünmemeye çalıştığını, eşi, çocukları ve torunlarıyla keyifli vakit geçirmeye çalıştığını ifade etmiştir. Başka şehirlerde olan çocuklarıyla ve torunlarıyla sık sık görüntülü görüşme yapmaktadır. Bir an önce iyileşip taburcu olmak istemektedir.

Hemşirelik tanısı: Anksiyete

Amaç: Birey psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artma olduğunu ifade etmelidir.

Hemşirelik girişimleri: Bireyin anksiyete düzeyi belirlenmelidir. Anksiyetesini tanınmasına yardım edilmelidir. Anksiyeteyi azaltan uygulamalar (müzik, gevşeme egzersizleri, hayal kurma, düşünceyi durdurma, masaj, egzersiz vb.) yapılmalıdır.

İnanç-Değer: Hastanede yattığı süre boyunca, tedavisi tamamlanıp taburcu olan hastaları düşündüğünü ve kendisinin de bu hastalığı atlatacağı inancının olduğunu ancak zaman zaman da iyileşemeyeceğini düşünüp kaygısının arttığını belirtmiştir. O.B., çocukları ve torunları ile görüşme yapabildiğinin ona çok iyi geldiğini, moralini yükselttiğini ifade etmektedir.

SONUÇ

Kateter enfeksiyonu gelişen hastanın bakımı Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli doğrultusunda planlanmıştır. Olgunun öz bakımını yönetmekte zorlandığı, fizyolojik ve sosyal sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Modele göre hastanın gereksinimleri belirlenmiş, NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Hastada düşme riski, beslenmede dengesizlik, enfeksiyon riski, sıvı volüm fazlalığı, yorgunluk, etkisiz solunum örüntüsü, uyku örüntüsünde rahatsızlık, cinsellik örüntülerinde etkisizlik, anksiyete hemşirelik tanıları belirlenmiş ve ilgili hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli hastanın verilerinin toplanması ve yorumlanmasında hastayı bütüncül olarak değerlendirebilmeyi sağlamaktadır. Sonuç olarak; bu model olgularda bütüncül hemşirelik bakımının uygulanmasında yol göstericidir. Hemşirelik bakımında ve başka olgularda bu modelin kullanılması önerilir.

Teşekkür

Çalışmaya katılan hasta O.B. ve hasta yakınına teşekkür ederiz.

Çalışmanın eleştirel incelemesine katkıları için Sayın Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye Arslan'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Acaroğlu, R., & Kaya, H. (2018). *Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017* (10. Baskı, pp.66-78). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
2. Altıparmak, M.R., & Seyahi, N. (2007). Hemodiyaliz. In H. Yazıcı, V. Hamuryudan, & A. Sonsuz (Eds.), *Cerrahpaşa İç Hastalıkları* (1. Baskı, pp.641-642). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
3. Birol, L. (2013). *Hemşirelik Süreci* (10. Baskı, pp.82-83). İzmir: Berke Ofset.
4. Borges, P.R.R., & Bedendo, J. (2017). Risk factors associated with temporary catheter-related infection in patients on dialysis

- treatment. *Texto Contexto Enferm*, 24(3), 680-685. doi: 10.1590/0104-07072015000670014
5. Coşkun Yavuz, Y., Sevinç, C., & Koçyiğit, İ. (2017). Kronik Böbrek Yetmezliği. In T. Arınsoy, Ö. Güngör, & İ. Koçyiğit (Eds.), *Böbrek Fizyopatolojisi*. (pp.199). İstanbul: Reaktif Yayıncılık.
6. Çetin, Ş., Çiğdem, Z., & Özsoy, H. (2018). Hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yolları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*,10(2), 144-152. doi: 10.5336/nurses.2017-57483
7. Daugirdas, J.T., Blake, P.G., & Ing, T.S. *Handbook of Dialysis* (4th ed., pp.745). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Erdemir, F. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı* (14. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
9. Eskimez, Z., Köse Tosunöz, İ., Keskin, A., Kurt, E., Paydas, S., & Kaya, B. (2021). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan kronik böbrek yetmezliği hastalarında hemşirelik tanıları. *Sağlık Akademisi Kastamonu*; 6(2), 29-44. doi: 10.25279/sak.732538
10. Gordon, M. (2003). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme. In F. Erdemir, & E. Yılmaz (Eds.) *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri, Klinik Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı* (pp.87-93). Ankara.
11. Gülpak, M., & Oktay, A.A. (2020). Kronik böbrek hastalığı olan hastada NANDA tanıları ve NIC girişimleri ile hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(2), 67-79. doi: 10.17517/ksutfd.685567
12. Kıray, S., Yıldırım, D., Özçiftçi, S., Korhan, E.A., & Uyar, M. (2019). Santral venöz kateter bakımı ve enfeksiyon: bir sistematik derleme. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 17(2), 60-74. doi: 10.4274/tybd.galenos.2019.02418
13. Lai Andrew, S.H., & Lai, K.N. (2011). Acute and Chronic Catheter in Hemodialysis. In M.G. Penido (Eds.), *Technical Problems in Patients on Hemodialysis* (1st ed., pp.107-120). Croatia: Masa Vidovic.
14. Parlar Kılıç, S. (2019). Böbrek Yetersizliği ve Bakım Yönetimi. In S. Özer, & N. Çıray Gündüzoğlu (Eds.), *Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği* (1. Baskı, pp.487-501). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
15. Süleymanlar, G., Ateş, K., & Seyahi, N. (2020). Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Raporu 2019. *T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu*, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, ISBN: 978-605-62465-0-0, Ankara: Miki Matbaacılık.
16. Tayaz, E., & Koç, A. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 147-156. doi: 10.17049/ataunihem.441384

17. Tuna, D., Ovayolu, N., & Kes, D. (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 17-25. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/418873>
18. Türk, G. (2017). Marjory Gordon: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. Göçmen Baykara (Eds.), *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri* (1. Baskı, pp.604-619). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
19. Uysal, H., & Karataş, C. (2017). Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 49-61. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/30737/335938>