



EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
Journal of Ege University Nursing Faculty



ISSN 2147-3463
E-ISSN 2667-6648



Yıl 2022
Year 2022

Cilt 38
Volume 38

Sayı 1
Number 1



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2022

Cilt (Volume) : 38

Sayı (Number) : 1

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ Hemşirelik Fakültesi Adına

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN

Prof. Dr. Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Online Yayın Tarihi

Nisan 2022

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

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

Türkiye Atıf Dizini, Sosyal Bilimler Atıf Dizini, Türk Medline, CiteFactor, Directory of Research Journals Indexing(DRJI) ve ULAKBİM TR Dizin’de yer almaktadır.

Indexed in Türkiye Citation Index, Sobiad Citation Index (SOBIAD), Turk Medline, CiteFactor, Directory of Research Journals Indexing(DRJI) and ULAKBİM TR Index

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik” bağlamında yayınlanmaktadır.

Yayın Türleri

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

Yayın Hakları

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

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editör / Editor in Chief

Oya Kavlak

Alan Editörleri / Field Editor*

Esra Engin
Fahriye Vatan
Figen Yardımcı
Türkan Özbayır
Yasemin Kuzeyli Yıldırım

Editör Yardımcıları / Editor Assistants

Duygu Güleç Şatır
Emine Karaman
Gizem Beycan Ekitli

Hakem Kurulu / Advisory Board*

Bedriye Ak (Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu)
Betül Yavuz (Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya)
Bilgin Kiray Vural (Pamukkale Üniversitesi, Denizli)
Derya Çınar (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)
Elif Ünsal Avdal (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
Emel Yılmaz (Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)
Figen İnci Arı (Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde),
Funda Gümüş (Dicle Üniversitesi, Diyarbakır),
Gül Ergün (Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Burdur),
Gülay Oyur Çelik (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir)
Gülay Yiğitoğlu (Pamukkale Üniversitesi, Denizli),
Gülçin Özalp Gerçeker (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)
Gülseren Keskin (Ege Üniversitesi, İzmir),
Hatice Tambağ (Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay),
Leyla Küçük (İstanbul Üniversitesi, İstanbul),
Neslihan Günüşen (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir),
Nurdan Gezer (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın)
Özlem Uğur (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir),
Rahşan ÇAM (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın)
Satı Doğan (Ege Üniversitesi, İzmir),
Serap Yıldırım (Ege Üniversitesi, İzmir),
Sevgi Nehir (Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)
Sibel Karaca Sivrikaya (Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir),
Tuğba Menekli (Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Malatya)
Yelda Candan Dönmez (Ege Üniversitesi İzmir)

Dil Editörü

Meryem YAVUZ van GIERBERGEN

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

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- Hemşirelik Öğrencilerinin Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi ve Yazma Çizme Tekniğiyle Psikolojik Şiddet Algısının Belirlenmesi
Determination of Nursing Students' Perceptions of Psychological Violence with Independent Word Association Test and the Draw-And-Write Technique
Sevda UZUN, Esmâ ÖZMAYA, Nermin GÜRHAN, Elif ALTUN, Didar KARAKAŞ, Nurşen KULAKAÇ..... 1-10
- The Relationships Between Nursing and Midwifery Students' Cultural Sensitivity and Xenophobia
Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kültürel Duyarlılıklarının Zenofobi İle İlişkisi
Gulgun DURAT, Bedia TARSUSLU 11-20
- Covid-19 Salgını Sürecinde Hemşirelerin Algılanan Stres Düzeylerinin Belirlenmesi: Sosyal Ağ Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma
Determining the Perceived Stress Levels of Nurses During the Covid-19 Epidemic: A Social Network Based Description Study
Gürçühan FİDAN, Deniz ODABAŞ..... 21-28
- Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi
Investigation of Professional Quality of Life and Healthy Life Style Behaviors in Health Care Professionals
Sevtap EZER, Besti ÜSTÜN 29-42

Derlemeler / Reviews

- Cerrahi Hemşireliğinde Tele Sağlık Uygulamaları
Telehealth Applications in Surgical Nursing
Sultan ÖZKAN, Arzu SALIK ASAR..... 43-48
- Multipl Myelom Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri ve Semptom Yönetimi
Current Treatment Recommendations and Symptom Management in Patients with Multiple Myeloma
Merve Gözde SEZGIN, Hicran BEKTAŞ 49-59
- Covid-19 Pandemisinin Çocuklar Üzerindeki Etkisi ve Hemşirelik Bakımı
The Impact of the Covid-19 Pandemic on Children and Nursing Care
Beray AYDIN, Sibel KARACA SIVRIKAYA 61-70

Olgu / Case Report

Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Majör Depresyon Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı:
Olgu Sunumu

*Nursing Care of a Patient with a Diagnosed Major Depression According to the
Neuman Systems Model: Case Report*

Mehtap KIZILKAYA, Cihan KOCAİRİ, RûveydaYÜKSEL, Merve ŞAHİN 71-79

The Management of Enteroatmospheric Fistula Development After Bridectomy Associated with
Appendectomy

Apendektomiye Bağlı Bridektomi Sonrası Gelişen Enteroatmosferik Fistülün Yönetimi

Rabia KOCA, Aysel GÜRKAN, Hasan Fehmi KÜÇÜK..... 81-85

Değerli okurlarımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2022 yılının ilk sayısını sizlere sunmaktan gururluyuz. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, Türkiye Atıf Dizini, Sosyal Bilimler Atıf Dizini, Türk Medline, CiteFactor, dizinlerinin yanı sıra 2021 yılından itibaren Directory of Research Journals Indexing ve 2020 yılından itibaren ULAKBİM TR-Dizin tarafından indekslenmeye başlamıştır. Bu bilgiyi sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz.

Dergimizin bu sayısında hemşirelik alanında güncel konuları içeren, ilginizi çekeceğini düşündüğümüz 4 araştırma, 3 derleme ve 2 olgu sunumu olmak üzere toplam 9 makaleye yer verdik. Araştırma makaleleri, “*Hemşirelik Öğrencilerinin Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi ve Yazma Çizme Tekniğiyle Psikolojik Şiddet Algısının Belirlenmesi*”, “*The Relationships Between Nursing and Midwifery Students’ Cultural Sensitivity and Xenophobia*”, “*Covid-19 Salgını Sürecinde Hemşirelerin Algılanan Stres Düzeylerinin Belirlenmesi: Sosyal Ağ Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma*”, “*Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi*”; derlemeler, “*Cerrahi Hemşireliğinde Tele Sağlık Uygulamaları*”, “*Multipl Myelom Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri ve Semptom Yönetimi*”, “*Covid-19 Pandemisinin Çocuklar Üzerindeki Etkisi ve Hemşirelik Bakımı*” ve olgu sunumları “*Neuman Sistemler Modeli’ne Göre Majör Depresyon Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*”, “*The Management of Enteroatmospheric Fistula Development After Bridectomy Associated with Appendectomy*” başlıkları adı altında toplanmıştır.

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

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

Sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Baş Editör

Sevda UZUN¹
Orcid: 0000-0002-5954-717X

Esmâ ÖZMAYA²
Orcid: 0000-0003-0932-4012

Nermin GÜRHAN³
Orcid: 0000-0002-3472-7115

Elif ALTUN⁴
Orcid: 0000-0001-7103-9891

Didar KARAKAŞ⁴
Orcid: 0000-0002-4499-521X

Nurşen KULAKAÇ¹
Orcid: 0000-0002-5427-1063

¹ Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

² Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sağlık
Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

³ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

⁴ Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sevda UZUN
sevdauzun50@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Psikolojik şiddet; hemşirelik; şiddet.

Keywords:

Psychological violence; nursing;
violence.

Hemşirelik Öğrencilerinin Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi ve Yazma Çizme Tekniğiyle Psikolojik Şiddet Algısının Belirlenmesi

Determination of Nursing Students' Perceptions of Psychological Violence with Independent Word Association Test and the Draw-And-Write Technique

Gönderilme Tarihi: 5 Mart 2021

Kabul Tarihi: 18 Ocak 2022

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada hemşirelik son sınıf öğrencilerinin sahip olduğu psikolojik şiddet algısının, boyutunun, nedenlerinin ve sonuçlarının bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve yazma çizme tekniğiyle detaylı incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmada öğrencilerin psikolojik şiddete ilişkin görüşlerini derinden incelemek için nitel araştırma yaklaşımlarından durum çalışması deseninden yararlanılmıştır. Çalışma grubunu çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü 26 hemşirelik son sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak; bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve yazdırma-çizdirme tekniği kullanılarak, katılımcıların "psikolojik şiddet" kavramıyla ilgili bilişsel yapılarında ayrıntılı veri toplanması hedeflenmiştir. Çizimler ise öğrencilerin mevcut bilgilerini, inançlarını kelimelere bağlı kalmaksızın ifade etmesini sağlar. Elde edilen veriler içerik analizine göre değerlendirilerek kategoriler belirlenmiştir.

Bulgular: Elde edilen bulgulara göre hemşirelik adaylarının psikolojik şiddet ile ilgili zihinlerindeki kavramlardan bağımsız kelime ilişkilendirme testiyle ve yazma çizme tekniğiyle toplam altı kategori oluşturulmuştur. Bu kategoriler psikolojik şiddetin özellikleri, psikolojik şiddetin etkileri, psikolojik şiddetin nedenleri, psikolojik şiddeti gösterme biçimleri ve psikolojik şiddeti uygulayanlardır.

Sonuç: Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddeti sözel şiddetle aynı kavram olarak algıladığı, psikolojik şiddetin nedenleri arasında ilk sırada öfkeyi gördüğü ve psikolojik şiddetin etkilerini ise değersiz hissetme, depresif duygudurum ve korku olarak değerlendirdiği bulunmuştur.

ABSTRACT

Objective: This study aims to examine nursing students' perceptions of psychological violence in detail using the independent word association test and draw-and-write technique.

Methods: In the study, the case study design, one of the qualitative research approaches, was used to deeply examine the students' views on psychological violence. The study group consisted of 26 volunteer nursing senior students who agreed to participate in the study. The independent word association test and draw-and-write technique were used as the tools to collect detailed data regarding the cognitive structures of the participants about the concept of "psychological violence". Drawings enable students to express their current knowledge and beliefs without words. The data were evaluated according to content analysis, and categories were obtained.

Results: A total of six categories were created with the independent word association test and the draw-and-write technique related to the concepts in the minds of nursing students about psychological violence. These categories are "the characteristics of psychological violence, the effects of psychological violence, the causes of psychological violence, types of psychological violence, and perpetrators of psychological violence".

Conclusion: In our study, it was found that nursing students perceive psychological violence as the same concept as verbal violence, see anger as the first among the causes of psychological violence, and evaluate the effects of psychological violence as feeling worthless, decadent mood, and fear.

Kaynak Gösterimi: Uzun, S., Özmaya, N., Gürhan, N., Altun E., Karakaş D., Kulakaç, N. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve yazma çizme tekniğiyle psikolojik şiddet algısının belirlenmesi. *EGEHFD*, 38(1), 1-10. Doi:10.53490/egehemsire.891871

How to cite: Uzun, S., Özmaya, N., Gürhan, N., Altun E., Karakaş D., Kulakaç, N. (2022). Determination of nursing students' perceptions of psychological violence with independent word association test and the draw-and-write technique. *JEUNF*, 38(1), 1-10. Doi:10.53490/egehemsire.891871

GİRİŞ

Türk Dil Kurumu (TDK) şiddeti, “karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet uygulamak” şeklinde tanımlamaktadır (TDK). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002)

Şiddet bir bütün olarak yaşanır ve alt boyutlarda ele alınır. Şiddet; fiziksel, cinsel, sözel, ekonomik ve duygusal (psikolojik) şiddet olarak gruplandırılabilir (Akyüz, Yavan, Şahin, Kılıç, 2012). Duygusal ve psikolojik şiddete baktığımızda temelinde insanın maruz kaldığı şiddet sonucu ortaya çıkan psikolojik hasar yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) psikolojik şiddeti; “kişi veya gruplara karşı güç kullanarak, bu kişi veya grupların fiziksel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimlerine zarar veren tutum ve davranışlar” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2002).

Psikolojik şiddet bazen tek başına, bazen de diğer şiddet türleriyle birlikte görülmektedir. Örneğin; fiziksel şiddete maruz kalmış bir mağdur aynı zamanda duygusal şiddete de maruz kalmıştır. Duygusal şiddeti fiziksel ve cinsel şiddetten ayıran özelliği ise somut olan bulgularla karşımıza çıkmayıp daha çok soyut göstergelerle karşımıza çıkmasıdır. Günümüzde psikolojik şiddet davranışları tüm toplumlarda görülmektedir. Psikolojik şiddet doğrudan fiziksel değildir, ancak fiziksel olarak zarar verme tehdidini içerebilir. Psikolojik şiddetin, diğer şiddet türleriyle kıyaslandığında, kaygı, korku, utanç, özgüven eksikliği, ruhsal çöküntü, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çok daha ciddi sorunlara yol açtığı ifade edilmektedir (Vatandaşlar ve Hatipoğlu Sümer, 2019).

Psikolojik şiddet, mağdurun kendisini sürekli tehlike içinde hissetmesi sebebiyle işine ayırması gereken zamanı kendini korumak için harcamasına neden olmakta ve bu durum da örgüte güveninin, işe bağlılığının azalması, ve performansının düşmesi sonucunu doğurmaktadır (Taş ve Korkmaz, 2014).

Hubert ve Veldhoven (2001) tarafından psikolojik şiddetin hangi sektörde daha fazla uygulandığını tespit etmek amacıyla, Hollanda başta olmak üzere Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan ve eğitim, sağlık, sanayi, kamu yönetimi sektörlerini kapsayan araştırma sonucunda; sağlık, eğitim ve kamu yönetimi sektörlerinde psikolojik şiddetin daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir. Psikolojik şiddet, sağlık, eğitim ve bankacılık sektörü başta olmak üzere hizmet sektörlerinde daha çok yaşanmakta ve rahatsızlık meydana getirmektedir (Aytaç, 2008).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından yapılan araştırma sonucunda, sağlık çalışanları diğer hizmet sektörü çalışanlarından 16 kat daha fazla psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (Kök, Bursalı, Erdoğan 2014). Türkiye’de yapılan araştırma sonuçlarında da psikolojik şiddetin çalışma hayatında en çok uygulandığı sektörün sağlık sektörü olduğu tespit edilmiştir (Özcan, 2011). Ülkemizde son yıllarda hemşirelerle yapılan mobbinge ilgili çalışmalarda da mobbinge maruz kalma oranı sırayla %70 , %84 ve %17olarak belirlenmiştir (Khorsid ve Akın, 2006;Dilman, 2007).

Sağlık sektörünün çalışma koşullarının daha zor olması, yoğun bir sektör oluşu, yirmi dört saat kesintisiz hizmet sunulması gibi nedenler psikolojik şiddetin görülme sıklığını arttırmaktadır. Sağlık kurumlarında psikolojik şiddet; “hasta, hasta yakınları ya da çalışan herhangi bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (Bayer ve Dal, 2018)

Geleceğin sağlık profesyonellerinin şiddet algılarını belirlemeye yönelik dünya literatüründe çalışmalar yapılmasına rağmen hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddet algılarını belirlemeye yönelik bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve çizme-yazma tekniğiyle yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu eksikliğin giderilmesi açısından önem taşıyan çalışma, hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddet algısının bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve çizme-yazma tekniğiyle tespit edilmesi açısından önemli olabilir. Çünkü geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddet algılarının belirlenmesi ve psikolojik şiddet konusunda farkındalık kazanmaları psikolojik şiddetle baş edebilmeleri açısından oldukça önemlidir.

Bu bağlamda çalışmada bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve yazma çizme tekniğiyle geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddet algıları, psikolojik şiddetin nedenleri, psikolojik şiddetin sonuçlarının detaylı incelenmesi ve öğrencilerin psikolojik şiddet konusunda farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma hemşirelik son sınıf öğrencilerinin sahip olduğu psikolojik şiddet algısının, boyutunun, nedenlerinin ve sonuçlarının bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve yazma çizme tekniğiyle detaylı incelenmesi amacıyla nitel araştırma yaklaşımlarından durum çalışması deseni kullanılarak yapılmıştır.

Durum çalışması, araştırmacının zaman içerisinde sınırlandırılmış bir veya birkaç durumu çoklu kaynakları içeren veri toplama araçları ile derinlemesine incelediği, durumların ve duruma bağlı temaların tanımlandığı nitel bir araştırma yaklaşımıdır (Subaşı ve Okumuş, 2017).

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören 26 dördüncü sınıf öğrencisi (15 kız öğrenci ve 11 erkek öğrenci) oluşturmuştur. Çalışma grubunun belirlenmesinde amaçlı örnekleme yönteminden yararlanılarak; çalışma konusunda gönüllü katılım sağlama ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersini almış olma şartı aranmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve yazma çizme tekniği kullanılmıştır. Bu şekilde katılımcıların “psikolojik şiddet” kavramıyla ilgili bilişsel yapılarıyla ilgili ayrıntılı veri toplanması hedeflenmiştir. Bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve yazma çizme tekniği uygulanırken öğrencilere gerekli noktaların anlaşılması konusunda açıklık getirilmesine özen gösterilmiştir. Öğrencilere bilgi verildikten sonra bir hafta süre tanınmış ve daha sonra formlar geri toplanmıştır.

Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi: Kavramlarla ilgili, bireylerin bilişsel yapısını tespit etmek amacıyla kullanılan bir tekniktir. Bu teknik, bireylerin zihinlerini sınırlamadan istenen kelimeyle ilişkili yanıtı vama varsayımına dayanmaktadır (Ekici, 2019).

Yazma-Çizme Tekniği: Bir kavramı ya da bir araştırma sorusunu açıklığa kavuşturmak amacıyla yapılan, bireyin bir resim çizmesi ve çizdiği resim hakkında herhangi düşünce veya fikirlerini yazmasını kapsayan bir nitel veri toplama tekniğidir. Bireylerin yazıyla çizimlerini bütün olarak anlatmasına imkan veren bu teknik, bireylerin düşüncelerine ulaşmanın etkili bir yoludur. Bireylerin mevcut kavramlarla ilgili düşüncelerini belirlemede çizme-yazma tekniğine başvurulabilir. Çizimler öğrencilerin var olan bilgilerini, inançlarını kelimelere bağlı kalmaksızın ifade etmesini sağlar. Ayrıca çizimler bilinçaltındaki düşünce, anlam ve tutumlar hakkında güçlü veriler elde edilmesi açısından oldukça önemlidir. Çizme-yazma tekniği öğrenenlerin zihninde kavramlarla ilgili kullanılmayarak pasif konumda olan düşünce, anlam, tutum, imaj ve bilişsel yapılarla ilgili görselleri aktif hale getirmeyi amaçlaması, bunları zihinsel depoda yer alan kişiye özel ve bilimsel değeri yüksek veriler şeklinde elde edilmesini sağlaması açısından yeterince faydalıdır (Ekici, 2019).

Veri Toplama Süreci

Çalışma verileri için 2019-2020 Eğitim Öğretim yılı bahar döneminde ders arasında öğrencilere çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve verilerin katılımcılara ait hiçbir bilgiye yer verilmeden akademik bir yayında kullanılacağı açıklanmıştır. Çalışmaya katılmanın zorunlu olmadığı öğrencilere belirtilmiş olup çalışmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı bildirilmiştir. Çalışmada öğrencilere birer A4 kâğıdı dağıtılarak öğrencilerin sorulara cevap vermesi istenmiştir. Öğrencilerden psikolojik şiddetle ilgili aklına gelen beş kelimeyi yazmalarını, psikolojik şiddetle ilgili bir cümle kurmalarını ve psikolojik şiddetle ilgili aklına gelenleri çizmeleri istenmiştir. Öğrencilere bilgi verildikten sonra bir hafta süre tanınmış ve daha sonra formlar geri toplanmıştır.

Uyarıcı kelime: Psikolojik şiddet

Psikolojik şiddet 1 :

Psikolojik şiddet 2 :

Psikolojik şiddet 3 :

Psikolojik şiddet 4 :

Psikolojik şiddet 5 :

Cümle :

Psikolojik şiddetle ilgili beş anahtar kavramın alt alta yazılmasının temel sebebi zincirleme olarak cevap vermeyi önlemektir. Cümle yazmasını isteme sebeplerine baktığımızda tek bir cevap kelimeye göre daha karmaşık yapıda olacağından cümlenin bilimsel olması ya da farklı nitelikte kavram yanılgıları içermesi gibi durumlar analiz sürecini etkilemektedir. Çizimler ise öğrencilerin var olan bilgilerini, inançlarını kelimelere bağlı kalmaksızın ifade etmesini ve bilinçaltındaki düşünce, anlam ve tutumlar hakkında güçlü veriler elde edilmesini sağlar.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (2020/3 sayılı) onam alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada toplanan verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde temel amaç, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve kategoriler çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği biçimde düzenleyerek yorumlamaktır (Ekici ve Kurt, 2014). Çalışmada veriler nitel araştırma konusunda iki uzman öğretim elemanı içerik analizi yöntemine göre ifadelerin tekrar tekrar okunması,

önemli ifadelerin tespiti ve ifadelerin temalar altında kümelenmesi yöntemleri gerçekleştirilmiştir (Balacan, Karaçam, Güneş Öztürk 2020). Ayrıca hemşire adaylarının açıklamaları katılımcılara numaralar verilerek öğrenci 1 (Ö1) öğrenci 2 (Ö2) işareti içinde aynen alıntı yapılmıştır ve örnekler sunulmuştur.

BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin psikolojik şiddet kavramıyla ilgili bilişsel yapılarına ait bağımsız kelime ilişkilendirme testi kullanarak toplanan verilerin analiz edilmesiyle saptanan kelimelerden toplam altı kategori belirlenmiştir. Bu kategoriler ve her kategoride yer alan kelimeler aşağıda verilmiştir. Psikolojik şiddet ile ilgili toplam altı kategori ve 78 kelime elde edilmiştir. Öğrencilerin “psikolojik şiddet” kavramıyla ilgili bağımsız kelime ilişkilendirme testiyle elde edilen bilişsel yapılarının kategorilere göre dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Araştırmamızda bağımsız kelime ilişkilendirme testi, cümle kurma tekniğiyle elde edilen verilerden 6 kategori (psikolojik şiddetin özellikleri, psikolojik şiddetin etkileri, psikolojik şiddetin nedenleri, psikolojik şiddeti gösterme biçimleri ve psikolojik şiddeti uygulayanlar) belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin “Psikolojik şiddet” Kavramıyla İlgili Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testiyle Elde Edilen Bilişsel Yapılarının Kategorilere Göre Dağılımı

Kategoriler	Kavramlar ve Frekansları	Toplam (n)
1.Psikolojik şiddetin özellikleri	Sözel şiddet (9) Tehdit etme(5) Baskılama (4) Tahrik (3) Çaresiz bırakılma(3) Yargılama (1) Hakimiyet kurma(1)	26
2.Psikolojik şiddetin etkileri	Değersiz hissetme (7) Depresiflik(5) Korku(4) Benlik algısında bozulma (3) Savunmasızlık (1) Ayrılık (1)	21
3.Psikolojik şiddeti gösterme biçimleri	Aşağılamak (8) Küfretmek (4) Görmezden gelmek (3) Güç gösterisi yapmak (2) Kıyaslamak (2) Alay etmek(2) Saygısızlık yapmak (1) İletişim kurmamak (1)	23
4.Psikolojik şiddetin sonuçları	Değersiz hissetme(6) Yalnız hissetme (5) Çaresiz hissetme(2) Suicid(2) Pismanlık duyma(1) Duygusal yaralanma (1)	17
5.Psikolojik şiddetin nedenleri	Öfke (2) Kavga (1) Kıskançlık (1) Sevgisizlik (1) Cahillik (1) Bilinçsizlik (1)	7
6.Psikolojik şiddeti uygulayanlar	Erkekler (2) Arkadaş (2)	4

Tablo 1’i incelediğimizde birinci kategoride öğrencilerin psikolojik şiddet kavramıyla ilgili verdikleri cevaplar en yoğun olarak psikolojik şiddetin özellikleri kategorisinde toplanmış ve yoğun kategori olarak yer almıştır (n=26). Bu kategoride çoğu katılımcı sözel şiddet kavramına odaklanırken diğerlerinin ise tehdit etme, baskılama, tahrik, çaresiz bırakılma, hakimiyet kurma ve yargılama kelimelerine odaklandıkları belirlenmiştir.

İkinci kategori psikolojik şiddetin etkileri şeklinde oluşmuştur (n=21). Katılımcıların, bu kategori ile ilişkilendirmeleri çoğunlukla değersiz hissetme, depresif duygu durum, korku ve benlik algısında bozulma cevapları olurken, daha az sayıda katılımcı “savunmasızlık ve ayrılık cevabını vermiştir.

Üçüncü kategoride öğrencilerinin psikolojik şiddet kavramıyla ilgili verdikleri cevaplara baktığımızda psikolojik şiddeti gösterme biçimleri yer almaktadır (n=23). Bu kategoride katılımcıların aşağılama, küfretme, görmezden gelme, güç gösterisi yapma, kıyaslama ve alay etme kelimelerini daha çok ifade ettikleri belirlenmiştir.

Elde edilen verilerden dördüncü kategori olarak psikolojik şiddetin sonuçları ortaya çıkmıştır (n=17). Bu kategoride çoğu katılımcı “değersiz hissetme, yalnız hissetme, çaresiz hissetme ve öz kıyım kelimelerini ifade ederken bir kısmının ise “pişmanlık duyma ve duygusal yaralanma kelimelerini belirttikleri görülmüştür.

Beşinci kategori psikolojik şiddetin nedenleri şeklinde olmuştur (n=7). Katılımcıların bu kategori ile ilişkilendirmeleri çoğunlukla öfke kavramında odaklanırken, daha az sayıda katılımcı kavga, kıskançlık, sevgisizlik, cahillik ve bilinçsizlik kavramlarını ifade etmiştir.

Altıncı kategoride psikolojik şiddeti uygulayanlar kategorisi yer almaktadır. Katılımcıların bu kategori ile ilişkilendirmeleri erkekler ve arkadaş kavramları şeklinde olmuştur (n=4). Aşağıda öğrencilerin psikolojik şiddet kavramıyla ilişkili ifadelerine ait cümlelerden örnekler sunulmuştur. Baskın kategori olan psikolojik şiddetin özellikleri, psikolojik şiddetin etkileri, psikolojik şiddeti gösterme biçimlerine yönelik algılar boyutlarının vurgulandığı saptanmıştır.

Psikolojik şiddetin özellikleri kategorisine ait örnek cümleler

“Psikolojik şiddet aşağılanmaktır”. (Ö13)

“Psikolojik şiddet baskı kurmaya çalışmaktır. Karşındakini sindirmektir.”(Ö21)

Psikolojik şiddetin etkileri kategorisine ait örnek cümleler

“Psikolojik şiddet insanın kendisini değersiz hissetmesine yol açar.” (Ö20)

“Psikolojik şiddet benlik saygısında bozulmaya neden olur.”(Ö9)

Psikolojik şiddeti gösterme biçimleri kategorisine ait örnek cümleler

“Psikolojik şiddet kendisinin başkası üzerinde kendini üstün görmeye çalışmasıdır.” (Ö25)

Psikolojik şiddetin sonuçları kategorisine ait örnek cümleler

“Psikolojik şiddete maruz kalan kişi fiziksel, ekonomik, statü yönünden ne kadar yüksek olursa olsun psikolojik şiddete maruz kalırsa kendini değersiz yetersiz hisseder.”(Ö20)

“Psikolojik şiddet kişiye kendisini değersiz, yetersiz hissettirmesi, yer yer buna küfür ve tehdit ekleyerek yapılan bir şiddet türüdür. Her türlü şiddete hayır”. (Ö17)

Psikolojik şiddetin nedenleri kategorisine ait örnek cümleler

“Psikolojik şiddet cahilliktir. Psikolojik şiddet bilinçsizliktir.” (Ö10)

Psikolojik şiddeti uygulayanlar kategorisine ait örnek cümleler

“Psikolojik şiddet en çok değer verdiğimiz kişilerden gelir bazen bu eşimiz de yani erkekler olabilir”.(Ö13)

Araştırmamızda bağımsız kelime ilişkilendirme testi, çizim tekniğiyle elde edilen verilerden altı kategori (psikolojik şiddetin özellikleri, psikolojik şiddetin etkileri, psikolojik şiddetin nedenleri, psikolojik şiddeti gösterme biçimleri ve psikolojik şiddeti uygulayanlar) belirlenmiştir (Tablo 2).

Şekil 1’de öğrencilerin psikolojik şiddet ile ilgili bilişsel yapılarına ait model verilmiştir.

Tablo 2.Psikolojik Şiddet Kavramı Konusunda Çizme-Yazma Tekniğiyle Elde Edilen Kategori ve Alt Kategorilere Ait Bulgular

Kategoriler	Alt kategoriler ve frekansları	Toplam frekans (n)	Çizimler
1.Psikolojik şiddetin özellikleri	Sözel şiddet (9) Tahrik kışkırtma(3) Çaresiz bırakılma(3) Baskılama (4) Tehdit etme(5) Yargılama (1) Hakimlik kurma(1)	26	
2.Psikolojik şiddetin etkileri	Değersiz hissetme (7) Depresiflik(5) Korku(4) Benlik algısında bozulma (3) Savunmasızlık (1) Ayrılık (1)	21	
3.Psikolojik şiddeti gösterme biçimleri	Aşağılamak (8) Küfretmek (4) Görmezden gelmek (3) Güç gösterisi yapmak (2) Kıyaslamak (2) Alay etmek(2) Saygısızlık yapmak (1) İletişim kurmamak (1)	23	
4.Psikolojik şiddetin sonuçları	Değersiz hissetme(6) Yalnız hissetme (5) Çaresiz hissetme(2) Suicid(2) Pişmanlık duyma(1) Duygusal yaranlanma (1)	17	
5.Psikolojik şiddetin nedenleri	Öfke (2) Kavga (1) Kıskançlık (1) Sevgisizlik (1) Cahillik (1) Bilinçsizlik (1)	7	
6.Psikolojik şiddeti uygulayanlar	Erkekler (2) Arkadaş (2)	4	

Araştırmada bağımsız kelime ilişkilendirme testi, cümle kurma ve çizim tekniğiyle elde edilen verilerden altı kategori (psikolojik şiddetin özellikleri, psikolojik şiddetin etkileri, psikolojik şiddetin nedenleri, psikolojik şiddeti gösterme biçimleri ve psikolojik şiddeti uygulayanlar) belirlenmiştir. Bu kategoriler hemşire adaylarının psikolojik şiddet kavramına ilişkin farklı bakış açılarına sahip olduklarının göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Literatüre bakıldığında hemşirelerde psikolojik şiddetle ilgili yapılan nicel çalışmalar mevcuttur. Fakat hemşirelik öğrencilerinde psikolojik şiddetle ilgili bu desende herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu eksikliğin giderilmesi açısından önem taşıyan çalışma, hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddet algısının bağımsız kelime ilişkilendirme testi ve çizme-yazma tekniğiyle tespit edilmesi açısından önemli olabilir.

Geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencileri psikolojik şiddetin özellikleri kategorisinde çoğu katılımcı sözel şiddet kavramına odaklanırken diğerlerinin ise tehdit etme, baskılama, tahrik, çaresiz bırakılma, hakimiyet kurma ve yargılama kelimelerine odaklandıkları belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri psikolojik şiddeti zihinlerinde çağrıştıran farklı imgeler çizmişlerdir. Walrafen ve diğerlerinin (2012) 227 hemşire ile yaptıkları bir araştırmada hemşirelerin kendilerine yapılan psikolojik şiddeti nasıl algıladıkları incelendiğinde %58.3'ü hakaret olarak belirtirken, %46'sı hakkında asılsız söylemlerde bulunma, %28.6'sı güvenini zedeleyecek işler verilmesi olarak belirtmiştir (Walrafen, Brewer, Mulvenon, 2012). Bu durumun bireylerde şiddet algısının şekillenmesinde, ya da zihinlerindeki şiddete dair imgelerin oluşmasında farklı nedenlerin olabileceğinin göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada öğrencilerin psikolojik şiddetin etkileri algısı çoğunlukla değersiz hissetme, depresif duygudurum, korku ve benlik algısında bozulma ifadeleri olarak ön plana çıkmıştır. Öğrenci çizimlerinde de psikolojik şiddet sonucu bireylerin yalnızlık yaşadığını imgeleştirildiği görülmektedir. Seyran ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada şiddetin mağdura etkisi incelenmiş ve bazı katılımcılar olaydan hemen sonra görevlerine devam ettiklerini, yöneticiler tarafından destek görmediklerini, şiddetin işyerlerinde kaygı, stres, tedirginlik, tükenmişlik, motivasyon düşmesi, işini sorgulama gibi etkilerinin olduğunu ve bu durum nedeniyle psikolojik olarak destek aldıklarını ifade etmişlerdir (Seyran, Gözlü, Ready, 2018). Bu sonuçlar doğrultusunda psikolojik şiddetin bireylerde birçok olumsuz duruma sebep olduğu söylenebilir.

Psikolojik şiddeti gösterme biçimleri kategorisinde katılımcıların aşağılama, küfretme, görmezden gelme, güç gösterisi yapma, kıyaslama ve alay etme kelimelerini daha çok ifade ettikleri belirlenmiştir. Ayakdaş ve Arslantaş (2018) yaptığı çalışmada hemşirelerin %47'sinin (n=366) lateral şiddete maruz kaldığını ve %80,1'inin aşağılama ve küçük görme gibi mobbing davranışlarıyla karşılaştığını saptamıştır (Ayakdaş ve Arslantaş, 2018). Bu durum psikolojik şiddette daha çok aşağılama davranışının görüldüğünün kanıtı olarak değerlendirilebilir.

Psikolojik şiddetin sonuçları kategorisinde “değersiz hissetme, yalnız hissetme, çaresiz hissetme ve öz kıyım kelimeleri ifade edilmiştir. Psikolojik şiddet sonucunda ruhsal bozukluklar, depresyon, panik atak krizleri, terleme ve titreme, iç daralması, bağımsızlık sisteminde düşüş, gastrit ve sindirim sistemi bozuklukları, gibi rahatsızlıklara yol açmaktadır. Uykusuzluk, kâbus, sık sık uyanma, görme bozuklukları, terk edilmişlik duygusu, hafıza ve konsantrasyon kayıpları ve bayılmalar sık görülen durumlardandır (Çobanoğlu, 2005). Çizimlerde hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddetin sonuçlarıyla ilgili çarpıcı imgelerine rastlanmıştır. Bir öğrenci mezarın başında ağlayan birini çizip psikolojik şiddetin öz kıyım ile sonuçlanabileceğini ifade etmek istediği ve psikolojik şiddetin oldukça olumsuz sonuçlara neden olabileceği olarak değerlendirilebilir.

Öğrenciler psikolojik şiddetin nedenleri olarak çoğunlukla öfke kavramında odaklanırken, daha az sayıda katılımcı kavga, kıskançlık, sevgisizlik, cahillik ve bilinçsizlik kavramlarını ifade etmiştir. Ayakdaş ve Arslantaş (2018) yaptığı çalışmada meslektaş şiddetinin nedenleri olarak %10,3'ü kıskançlık, %10,1'i daha yüksek eğitim düzeyine sahip olmak, %8,2'si rekabet, %4,6'sı kliniğe yeni başlamış olması, %4,3'ü için iş yükü ve hasta yoğunluğu, %3,8'i için siyasi görüş farklılıkları ve %3,2'si için fiziksel görünüm gibi durumlar sıralanmıştır (Ayakdaş ve Arslantaş, 2018). Belikırık (2009)'ın 314 asistan doktor üzerinde yapmış olduğu çalışmada, psikolojik şiddet davranışlarının temelini oluşturan nedenlerden ilk üçü; hocaların kişilik problemleri ya da şahsi kompleksleri %47,5 (n=75), çalışma şartlarının kötü olması %23,7 (n=42), çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği %22,6 (n=38) şeklindedir (Belikırık, 2009). Seyran ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada katılımcılar şiddetin kaynağını daha çok işyerlerinin çok yoğun olması, sosyo-kültürel özelliklerdeki değişiklikler, hastaların beklemeden işlerini yapmak istemeleri, iletişim sorunları, hastaların sağlık sistemini ve haklarını tam olarak bilememeleri gibi nedenlere bağlamaktadırlar (Seyran, Gözlü, Ready, 2018). Psikolojik şiddetin birçok nedeni olduğu düşünüldüğünde bu durumun ağırlıklı olarak bireysel farklılıklar ve çevresel etmenler gibi durumlardan kaynaklandığı söylenebilir.

Psikolojik şiddeti uygulayanlar kategorisinde erkekler ve arkadaş kavramları şeklinde olmuştur. Bazı çalışmalar kadınlarla erkeklerin şiddete maruz kalma bakımından tamamen eşit olduğunu savunurken bazıları da özellikle psikolojik şiddet bakımından erkeklerin daha fazla maruz kaldığını göstermektedir. Lange ve diğerlerinin (2016) yaptığı çalışmaya göre ise aile içinde kadınlar erkeklerle kıyasla hem daha büyük oranda şiddete maruz kalan hem de daha büyük oranda diğer aile bireylerine şiddet uygulayan olma eğilimindedir (Vatandaşlar ve Hatipoğlu Sümer, 2019). Smith ve arkadaşları 56 hemşirelik son sınıf öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerine yönelik psikolojik şiddetin önemli bir sorun olduğunu ve bu şiddetin de hemşireler tarafından yapıldığını belirlemiştir. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerine yönelik psikolojik şiddetle baş etme eğitim programlarına ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir (Smith ve diğerleri 2016). Bu durumun hemşirelik mesleğinin yoğun ve stresli bir meslek olmasıyla ilişkili olabileceği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddeti sözel şiddetle aynı kavram olarak algıladığı, psikolojik şiddetin nedenleri arasında ilk sırada öfkeyi gördüğü ve psikolojik şiddetin etkilerini ise değersiz hissetme, depresif duygudurum ve korku olarak değerlendirdiği bulunmuştur.

Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonunda ön sıralarda yer alacak geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin psikolojik şiddet algısının, boyutunun, nedenlerinin ve sonuçları konusunda bilgi sahibi olması ve farkındalık kazanması oldukça önemlidir.

Yazar Katkı Payları:

S. U.: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%30). E. Ö.: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması ve çalışmanın raporlaştırılması (%20). N. G.: Çalışmanın planlanması, çalışmanın raporlaştırılması, denetleme eleştirel inceleme (%20). E. A.: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%10). D. K.: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%10). N. K.: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%10).

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Akyüz, A., Yavan, T., Şahiner, G., Kılıç, A. (2012). Domestic violence and woman's reproductive health:A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 17* (6), 514–518.
- Ayakdas, D., Arslantaş, H. (2018). Hemşirelikte meslektaş şiddeti: Kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9*(1), 36-44.
- Aytaç, S. (2008). İş yerinde psikolojik taciz davranışının iş stres tepkileri üzerine etkisi: Bir araştırma. *Mercek Dergisi, 13* (51), 18-19.
- Balacan, Z., Karaçam Z. ve Güneş Öztürk, G. (2020). Ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin deneyim ve gereksinimleri. *EGEHFD, 36* (3), 133-144.
- Bayer, E., & Dal, A. (2018). Hemsirelerde psikolojik şiddet ve verilen tepkiler üzerine bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi, 10*(4), 459-481.
- Belikırık, D. (2009). *Asistan doktorlarda yıldırma algısı ve bir alan araştırması*. (Yüksek lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Çobanoğlu, Ş. (2005). *Mobbing iş yerinde duygusal saldırı ve mücadele yöntemleri*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Dilman, T. (2007). Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin duygusal tacize maruz kalma durumlarının belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ekici, G., Kurt, H. (2014). Öğretmen adaylarının “AIDS” kavramı konusundaki bilişsel yapıları: bağımsız kelime ilişkilendirme testi örneği. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 183*(183), 267-306. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsadergisi/issue/21495/230454>.
- Ekici, G. (2019). Öğretmen adaylarının “AIDS” kavramı konusundaki bilişsel yapıları: çizme-yazma tekniği örneği. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7* (1), 115-129. DOI: 10.18506/anemon.520946.
- Khorsid, L., Akın, E. (2006). Hemşirelikte meslektaş şiddeti. hastane yönetimi. *Hastane Yönetimi*, (Temmuz-Ağustos-Eylül), 14-18.
- Kök, SB., Bursalı, YM., Eroğlu, ŞG. (2014). Psikolojik şiddetin bireysel ve örgütsel yansıması: Yıldırma. *Pamukkale Avrasya Sosyo-Ekonomik Çalışmalar Dergisi, 1*(1), 44-62.
- Seyran, F., Gözülü, M., Ready, FN. (2018). İş yerinde fiziksel şiddete maruz kalmış sağlık personelinin şiddet algısı ve boyutu üzerine nitel bir araştırma. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış, 2*(1), 8-29.
- Smith, CR., Gillespie, GL., Brown, K. et al. (2016). Seeing students squirm: Nursing students' experiences of bullying behaviors during clinical rotations. *J Nurs Education, 55*(9), 505–513. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20160816-04>.
- Subaşı, M., & Okumuş, K. (2017). Bir araştırma yöntemiyle durum çalışması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21* (2), 419-426.
- Özcan, NK. (2011). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 31* (6), 1442-1456.

- Taş, İE., Korkmaz, H. (2014). Kamu kurumlarında mobbing: Kahramanmaraş örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 29-55
- Vatandaşlar, SE., Sümer, ZH. (2019). Kadınlara yönelik psikolojik şiddet ölçeğinin (psychological maltreatment of women inventory) Türk kültürüne uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 9 (53), 341-371.
- Walrafen, N., Brewer, MK., Mulvenon, C. (2012). Sadly caughtup in the moment: An exploration of horizontal violence. *Nurs Econ*, 30 (13), 6–12.
- World Health Organization (2002). World Report on Violence and Health. Geneva: WHO.http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582.

Gulgun Durat¹
Orcid: 0000-0002-9889-3622

Bedia Tarsuslu¹
Orcid: 0000-0002-4606-2843

¹Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Health Sciences, Sakarya University, Sakarya, Turkey

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Bedia Tarsuslu, MSc., RN
E-mail: tarsuslubedia@gmail.com

The Relationships Between Nursing and Midwifery Students' Cultural Sensitivity and Xenophobia

Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kültürel Duyarlılıklarının Zenofobi İle İlişkisi

Gönderilme Tarihi: 9 Ağustos 2021

Kabul Tarihi: 11 Şubat 2022

ABSTRACT

Objective: Knowing about intercultural sensitivity and xenophobia benefits nursing and midwifery students by helping them to provide high quality care. This study aims to examine the cultural sensitivity of nursing and midwifery students and its relationship with xenophobia.

Method: In this descriptive and cross-sectional study, 486 nursing and midwifery students completed the Intercultural Sensitivity Scale (ISS), the Xenophobia Scale (XS) and the Xenophobia Scale-TR (XS-TR). In the analysis of the data, descriptive statistics, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H and Spearman's correlation tests were used.

Results: Students' total ISS score average is 79.31 ± 7.20 ; the average XS score is 45.64 ± 11.18 and the total XS-TR score average is 48.98 ± 13.89 . There was found a negative correlation between total ISS, Respect for Cultural Differences, interaction confidence and interaction enjoyment, and total XS-TR; a positive correlation between all types of ISS scores and XS-TR humiliation. In addition, a negative correlation was found between the total ISS, Respect for Differences and Appreciation and XS-TR Hate. Additionally, a negative correlation between the Enjoyment of ISS and XS-TR Fear ($p < 0.05$).

Conclusion: Nursing and midwifery students have moderate cultural sensitivity and low level of xenophobia while providing health services. The students were cognitively aware of their cultural differences and those of others, but they did not internalize them effectively enough and tended to evaluate events and experiences in terms of their own culture.

ÖZ

Amaç: Kültürlerarası duyarlılık ve zenofobi konusunda yeterli bilgiye sahip olmak hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin nitelikli bakım verebilmelerine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı; hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kültürel duyarlılıklarını ve zenofobi ile ilişkisini incelenmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmada, 486 hemşirelik ve ebelik öğrencisinden Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ), Yabancı Düşmanlığı Ölçeği (YDÖ) ve Yabancı Düşmanlığı Ölçeği-TR (YDÖ-TR) kullanılarak veri toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H ve Spearman korelasyon testlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: KDÖ farklılıklara saygı duyma, etkileşimde özgüven ve zevk alma ile ZÖ toplam arasında negatif yönde; KDÖ tüm puan türleri ile ZÖ aşagılama arasında pozitif yönde ilişki görülmüştür. Ayrıca KDÖ toplam, farklılıklara saygı duyma ve zevk alma ile ZÖ nefret arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. KDÖ zevk alma ile ZÖ korku arasında da negatif yönde ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin sağlık hizmetlerini sunarken orta derecede kültürel duyarlılığa ve düşük seviyede yabancı düşmanlığı tutumuna sahip oldukları söylenebilir. Öğrencilerin kendisinin ve diğerlerinin kültürel farklılıklarının bilişsel olarak farkında olduklarını ancak duyuşsal açıdan yeterince içselleştirmediklerini, olayları, yaşantıları daha çok kendi kültürleri ekseninde değerlendirme eğiliminde oldukları söylenebilir.

Keywords:

Intercultural sensitivity; xenophobia; nursing students; midwifery students.

Anahtar Sözcükler:

Kültürlerarası duyarlılık; yabancı düşmanlığı; hemşirelik öğrencileri; ebelik öğrencileri.

Kaynak Gösterimi: Durat, G., Tarsuslu, B. (2022). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kültürel duyarlılıklarının zenofobi ile ilişkisi. *EGEHFD*, 38(1), 11-20. Doi:10.53490/egehemsire.891871

How to cite: Durat, G., Tarsuslu, B. (2022). The relationships between nursing and midwifery students' cultural sensitivity and xenophobia. *JEUNF*, 38(1), 11-20. Doi:10.53490/egehemsire.891871

INTRODUCTION

Culture is defined as “a whole that includes habits such as knowledge, beliefs, values, attitudes, morals, law, art, traditions, and customs learned by a person as a member of a society” (Jahoda, 2012). Today’s pluralistic world points to intercultural sensitivity as the key to living harmoniously and meaningfully (Chen, 1997; Tamam, 2010). Intercultural sensitivity is defined as “the active desire necessary to provide its own motivation in understanding, accepting and appreciating intercultural differences” (Bulduk et al., 2011; Chen & Starosta, 2000).

Immigration to Turkey and western societies has increased in recent years, and the beliefs and attitudes of immigrants and indigenous people are reflected in concepts of health and disease. Negative attitudes toward foreigners and minorities, increasing prejudices, and fears against immigrants can cause a variety of problems, including xenophobia. Xenophobia is defined as hating or being prejudiced against other people. While some scholars see this concept as intense antipathy, fear or hatred of others (Nyamnjoh, 2006), others see it as visible hostility toward strangers (Canetti-Nisim et al., 2006). Hjrem (1998) defines xenophobia as the negative attitudes and fears of individuals or groups toward individuals that they perceive as different from themselves or their groups (Hjrem, 1998). In recent years, Turkey’s proximity to regional conflicts has brought forced international immigration. In addition to positive concepts such as the integration of foreigners, harmony and social integration, international migration has also brought xenophobia to the fore.

Xenophobia affects individuals’ basic rights such as access to food, shelter and health services. It is an important issue and obstacle in the interaction between young people and social networking. While xenophobia has become increasingly important in today’s political climate, little is known about its impact on health services. Health professionals interact with migrants and refugees during their work (Suleman et al., 2018). Considering its negative effects on individual and public health, this issue requires more public health attention. Preparing nursing and midwifery students to give culturally sensitive care will increase their awareness of the religious, linguistic, ethical and socioeconomic factors that affect healthcare in practice (Durgun et al., 2019). The transcultural nursing model developed by Leininger can serve as a guide to the care of individuals from different cultures (Tortumluoğlu, 2004). Intercultural sensitivity will have positive effects on individualized care in line with ethical principles.

In recent years, Turkey has become one of the countries receiving the most immigration. Nurses and midwives need to develop their ability to provide multicultural care in the new world conditions. Evaluating cultural sensitivity and xenophobia in midwifery and nursing students whose education is focused on professional skills and revealing the relationship between them will positively develop their future professional approaches.

Objective

This study aims to examine the cultural sensitivity of nursing and midwifery students and its relationship with xenophobia.

In line with the purpose of the research, seeking answers to the following questions:

1. What are the cultural sensitivities and xenophobia levels of the students?
2. Is there a difference between the cultural sensitivities and score types according to the students' socio-demographic features?
3. Is there a difference between the xenophobia score types according to the students' socio-demographic features?
4. Is there a correlations between students' cultural sensitivities and xenophobia?

METHODS

Research Design

This is a cross-sectional and descriptive study.

Sample

The population of this study consisted of students at a University Health Sciences Faculty Nursing (N:789) and Midwifery (N:385) Department. In the study, the sample size was calculated as 290 by using the “Sample Size Formula for Known Population.” formula. The study, made no sample selection from the universe, was conducted with 486 students who voluntarily agreed to participate from April to May 2019.

Data Collection Tools

Data were collected using the Personal Information Form, the Intercultural Sensivity Scale, the Xenophobia Scale and the Xenophobia Scale-TR.

The Personal Information Form: This form has nine questions about the participants' age, gender, department, year of study, family type, perceived economic condition (poor, moderate, good), place of residence, having foreign friends at school and caring for foreign patients in practice settings.

The Intercultural Sensivity Scale: The Intercultural Sensivity Scale (ISS) was developed by Chen and Starosta (2000) to determine intercultural sensitivity toward immigrants (Chen & Starosta, 2000). The original five-point Likert-type scale has 24 items in five sub-dimensions: interaction engagement, respect for cultural differences, interaction confidence, interaction enjoyment, and interaction attentiveness. Its Turkish adaptation study was carried out by Üstün (2011). After the confirmatory factor analysis, item 19 with a factor load value of 0.19 was removed from the scale and 23 items remained. Higher total and subscale scores indicate higher intercultural sensitivity. The Cronbach's alpha coefficient of the original scale was 0.88, and the alpha coefficient of its Turkish form was 0.90 (Üstün, 2011). This study used the 23-item Turkish form, and the Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.53 to 0.69.

The Xenophobia Scale: The Xenophobia Scale (XS) was developed by van der Veer et al. (2011). The XS is an internationally applicable short scale for determining xenophobia. The original XS is a six-point Likert-type scale with 14 items. The analyses conducted in the development study determined that its 14 items measure hatred, humiliation and fear, including personal fear, fear of cultural change, fear of disloyalty and political fear (van der Veer et al., 2011). In the studies conducted later, researchers assessed the XS developed based on fear with nine items. Then, analyses were repeated to make an intercultural comparison, and five items were determined to identify fear-based xenophobia in different cultures. The validity and reliability of the Turkish version of the scale was tested by Özmete et al. (2018). In the study for the scale's adaptation to Turkish, the XS consisted of 11 items and a single-factor structure. The minimum and maximum scale scores are 14 and 84, respectively. Higher scores indicate higher risk of xenophobia (Özmete et al., 2018). In the present study, the Cronbach's alpha coefficient of the scale was found to be 0.87.

The Xenophobia Scale-TR: The Xenophobia Scale-TR (XS-TR) was developed by Bozdağ and Kocatürk (2017) to measure the xenophobic attitudes of Turkish people toward immigrants in Turkish. The scale includes items such as: Immigrants are a burden for the economy, and Immigrants lead to cultural chaos in society. The scale has 18 items in three sub-dimensions: fear, hate and humiliation. It is a five-point Likert-type scale. Its fear and hate sub-dimensions have seven items each, and the humiliation sub-dimension has four. Higher scores indicate higher xenophobia. In the development study, the internal consistency of the scale was 0.87 for the first sample, and 0.86 for the second sample (Bozdağ & Kocatürk, 2017). In this study, the Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.84 to 0.92. Along with the internationally used XS developed by Özmete et al. (2018), the XS-TR was used to make the study more credible. Using these scales together is thought to determine xenophobia based on intercultural differences more effectively.

Data Analysis

The data were analyzed using SPSS 24 software. Frequency distributions were used for categorical variables, and descriptive statistics (mean, standard deviation, median, interquartile range and frequency) were used for numerical variables. The Shapiro-Wilk normality test indicated that the data did not have a normal distribution. The Mann-Whitney U test was used to examine the differences between categorical variables in two groups, and the Kruskal-Wallis H test was used when there were more than two groups. Spearman's correlation was used to examine the relationships between numerical variables, and Cronbach's alpha was used for scale reliability. The threshold for statistical significance was <0.05 .

Data Collection

The data were collected anonymously from voluntarily participating students who were selected using simple random sampling during break times.

Ethical Considerations

Ethical approval was obtained from the independent ethics commission of a state University of Faculty of Medicine (April 17, 2019- 71522473/050.01.04/147). The participants' written and verbal consent was also obtained. During the data collection phase, the rules in the Declaration of Helsinki were followed.

RESULTS

The socio-demographic characteristics of the students are shown in Table 1. Their mean age was 20.49 ± 1.71 . Of them, 65% were in the nursing department, 90.9% were female, and 30.0% were in their third year of study. In addition, 61.3% had foreign friends at the university, and 86.8% cared for foreign patients during the course practicum. Of the students, 78.2% reported their economic condition was moderate (Table 1).

The students' mean ISS score was 79.31 ± 7.20 , and their XS and XS-TR scores were 45.64 ± 11.18 and 48.98 ± 13.89 , respectively (Table 2).

When the ISS scores were compared with the students' sociodemographic variables, the second year students had significantly higher median ISS total scores (KW:9.444, p:0.024), and respect for cultural differences (KW:9.733, p:0.021) and interaction enjoyment (KW:9.768, p:0.021) subscale scores than the third year students. The students who cared for foreign patients during the course practicum had significantly higher median ISS total scores (z:-2.090, p:0.037), and interaction enjoyment (z:-2.092, p:0.036) and interaction attentiveness (z:-2.117; p:0.036) sub-dimension scores (Table 3).

The median XS score of the female students was significantly higher than that of males (z:-2.816, p:0.005). The median score on the humiliation sub-dimension of the second year students was higher compared to that of the third year students (KW:8.898, p: 0.031). The fear sub-dimension median score of the students who did not have a foreign friend at the university were higher than that of those who did (z:-2.089, p:0.037). The median score on the humiliation sub-dimension was higher among the students who cared for foreign patients during the course practicum than it was among those who did not (z:-2.290, p:0.022) (Table 4).

A positive relationship was found between the ISS interaction attentiveness and the XS (r:0.109, p:0.017). There was a negative relationship between the ISS total score (r:-0.325, p:0.001), respect for cultural differences (r:-0.326, p:0.001), interaction confidence (r:-0.099, p:0.029) and interaction enjoyment (r:-0.334, p:0.001), and the XS-TR total score. A positive correlation was found between all types of ISS scores and the XS-TR humiliation (p<0.05). A negative correlation was found between the ISS total score (r:-0.398, p:0.001), respect for cultural differences (r:-0.452, p:0.001) and interaction enjoyment (r:-0.394, p:0.001), and the XS-TR hate. A negative relationship was also found between the ISS interaction enjoyment and the XS-TR fear (r:-0.119, p:0.009) (Table 5).

Table 1: The socio-demographic characteristics of the participants (n: 486)

Variable		Mean (SD)
Age		20.49 (1.71)
		n (%)
Department	Midwifery	170 (35.0%)
	Nursing	316 (65.0%)
Gender	Female	442 (90.9%)
	Male	44 (9.1%)
Year of study	1	106 (21.8%)
	2	216 (44.5%)
	3	146 (30.0%)
	4	18 (3.7%)
Family type	Nuclear	374 (77.0%)
	Extended	105 (21.6%)
	Other	7 (1.4%)
Income	Low	29 (6.0%)
	Middle	380 (78.2%)
	High	77 (15.8%)
Place of residence	Credit and Dormitories Institution (KYK)	248 (51.0%)
	Private Dormitory	88 (18.1%)
	With Family	72 (14.8%)
	Home	71 (14.6%)
	Other	7 (1.5%)
Having a foreign friend at the university	Yes	298 (61.3%)
	No	188 (38.7%)
Caring for a foreign patient in the course practicum	Yes	422 (86.8%)
	No	64 (13.2%)
Total		486 (100%)

Table 2: Descriptive features of the scales (n: 486)

Scale	Min.-Max.	Mean (SD)	Median (IQR)
Intercultural Sensivity Scale (ISS)	Interaction and Engagement	8.00-27.00	19.39 (2.26)
	Respect for Cultural Differences	12.00-30.00	22.58 (3.36)
	Interaction Confidence	9.00-21.00	15.47 (1.65)
	Interaction Enjoyment	3.00-15.00	11.27 (2.33)
	Interaction Attentiveness	3.00-15.00	10.60 (1.9)
	Total	54.00-99.00	79.31 (7.20)
Xenophobia Scale (XS)	13.00-66.00	45.64 (11,18)	46.00 (15.00)
Xenophobia Scale-TR (XS-TR)	Hate	7.00-35.00	16.72 (6.08)
	Fear	7.00-35.00	22.77 (6.00)
	Humiliation	8.00-20.00	15.81 (2.84)
	Total	18.00-89.00	48.98 (13.89)

Table 3: Comparison of intercultural sensitivity scale scores and sociodemographic characteristics (n: 486)

Variable	n	Intercultural Sensivity Scale (ISS)					
		Interaction Engagement	Respect for Cultural Differences	Interaction Confidence	Interaction Enjoyment	Interaction Attentiveness	Total
		Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)
Department							
Midwifery	170	19.00 (3.00)	23.00 (4.25)	16.00 (1.00)	12.00 (3.00)	10.00 (3.00)	79.00 (8.00)
Nursing	316	19.00 (3.00)	23.00 (5.00)	15.00 (2.00)	11.00 (3.00)	11.00 (3.00)	80.00 (10.00)
z		-0.073	-1.123	-0.441	-0.698	-1.314	-0.116
p		0.262	0.262	0.659	0.485	0.189	0.908
Gender							
Female	170	19.00 (3.00)	23.00 (4.25)	16.00 (1.00)	12.00 (3.00)	10.00 (3.00)	79.00 (8.00)
Male	316	19.00 (3.00)	23.00 (5.00)	15.00 (2.00)	11.00 (3.00)	11.00 (3.00)	80.00 (10.00)
z		-0.073	-1.123	-0.441	-0.698	-1.314	-0.116
P		0.262	0.262	0.659	0.485	0.189	0.908
Year of study							
First ^a	106	19.00 (3.00)	23.00 (5.00)	15.00 (3.00)	11.00 (3.00)	10.00 (2.25)	80.00 (8.25)
Second ^b	216	20.00 (3.00)	23.00 (5.00)	16.00 (2.00)	12.00 (3.00)	11.00 (3.00)	81.00 (8.75)
Third ^c	146	19.00 (2.00)	22.00 (6.00)	15.00 (1.00)	11.00 (3.00)	11.00 (2.25)	79.00 (11.00)
Fourth ^d	18	19.00 (2.25)	22.50 (4.50)	16.00 (1.25)	12.00 (5.00)	11.00 (2.00)	79.00 (7.50)
KW		2.576	9.733*	3.049	9.768*	2.291	9.444*
p		0.462	0.021 b>c	0.384	0.021 b>c	0.514	0.024 b>c
Having a foreign friend at the university							
Yes	298	20.00 (3.00)	23.00 (6.00)	16.00 (2.00)	12.00 (3.00)	11.00 (3.00)	80.50 (9.00)
No	188	19.00 (3.00)	23.00 (4.00)	15.00 (2.00)	11.00 (3.00)	10.00 (3.00)	79.00 (9.00)
z		-2.490	-0.503	-1.228	-0.998	-0.236	-0.956
p		0.440	0.615	0.219	0.318	0.814	0.339
Caring for a foreign patient in the course practicum							
Yes	422	19.00 (3.00)	23.00 (5.00)	15.00 (1.00)	12.00 (3.00)	11.00 (3.00)	80.00 (8.00)
No	64	19.00 (3.00)	22.00 (6.00)	16.00 (2.75)	11.00 (3.00)	10.00 (2.00)	78.00 (11.75)
z		-0.566	-2.442	-1.034	-2.092*	-2.117*	-2.090*
p		0.571	0.015	0.301	0.036	0.034	0.037

z: Mann-Whitney U test; KW: Kruskal-Wallis H test; * p<0.05

Table 4: Comparison of xenophobia scale scores and sociodemographic characteristics (n: 486)

Variable	n	Xenophobia Scale (XS) Median (IQR)	Xenophobia Scale-TR (XS-TR)			
			Hate Median (IQR)	Fear Median (IQR)	Humiliation Median (IQR)	Total Median (IQR)
Department						
Midwifery	170	45.00 (14.25)	15.00 (8.00)	22.00 (8.00)	16.00 (4.00)	48.00 (16.00)
Nursing	316	47.00 (15.00)	16.00 (9.00)	23.00 (8.00)	16.00 (4.75)	49.00 (17.00)
z		-0.682	-0.737	-0.457	-0.187	-1.188
p		0.495	0.461	0.647	0.852	0.235
Gender						
Female	170	47.00 (14.25)	16.00 (9.00)	22.00 (8.00)	16.00 (4.00)	48.50 (17.00)
Male	316	39.00 (19.50)	17.00 (7.75)	22.00 (7.00)	16.00 (5.00)	49.00 (19.75)
z		-2.816*	-0.851	-0.690	-1.739	-0.529
P		0.005	0.395	0.490	0.082	0.597
Year of Study						
First ^a	106	46.50 (15.50)	16.00 (8.25)	22.00 (8.00)	16.00 (4.00)	48.00 (16.00)
Second ^b	216	46.50 (16.00)	15.00 (9.00)	22.00 (8.00)	17.00 (4.00)	46.50 (19.00)
Third ^c	146	46.00 (14.25)	17.00 (9.00)	22.50 (6.50)	16.00 (5.00)	52.00 (16.00)
Fourth ^d	18	48.00 (11.50)	15.00 (8.25)	22.00 (10.00)	16.00 (3.25)	50.00 (14.50)
KW		1.188	7.999	1.029	8.898*	7.745
p		0.756	0.046	0.794	0.031	0.052
					b>c	
Having a foreign friend at the university						
Yes	298	45.00 (15.00)	15.00 (8.25)	22.00 (8.00)	16.00 (4.00)	48.00 (17.00)
No	188	48.00 (14.00)	16.00 (9.75)	23.00 (8.00)	16.00 (4.00)	51.00 (17.75)
z		-1.625	-0.395	-2.089*	-1.557	-0.650
p		0.104	0.693	0.037	0.119	0.516
Caring for a foreign patient in the course practicum						
Yes	422	47.00 (15.00)	16.00 (9.00)	23.00 (8.00)	16.00 (4.00)	49.00 (16.25)
No	64	45.00 (18.00)	17.00 (9.75)	21.00 (8.00)	15.00 (5.00)	48.50 (17.75)
z		-1.416	-1.106	-1.873	-2.290*	-0.023
p		0.157	0.269	0.061	0.022	0.982

z: Mann-Whitney U test; KW: Kruskal-Wallis H test; * $p < 0.05$

Table 5: The relationships between ISS, XS and XS-TR (n: 486)

			Xenophobia Scale (XS)	Xenophobia Scale-TR (XS-TR)			
				Hate	Fear	Humiliation	Total
Intercultural Sensitivity Scale (ISS)	Interaction Engagement	r	0.062	-0.059	0.024	0.232*	-0.028
		p	0.174	0.198	0.604	0.001	0.542
	Respect for Cultural Differences	r	0.048	-0.452*	-0.073	0.769*	-0.362*
		p	0.287	0.001	0.110	0.001	0.001
	Interaction Confidence	r	-0.033	-0.082	-0.063	0.136*	-0.099*
		p	0.468	0.072	0.166	0.003	0.029
	Interaction Enjoyment	r	-0.047	-0.394*	-0.119*	0.701*	-0.334*
		p	0.304	0.001	0.009	0.001	0.001
	Interaction Attentiveness	r	0.109*	-0.067	0.061	0.433*	-0.039
		p	0.017	0.143	0.182	0.001	0.397
	Total	r	0.050	-0.398*	-0.070	0.812*	-0.325*
		p	0.276	0.001	0.122	0.001	0.001

r: Spearman's correlation, * $p < 0.05$

DISCUSSION

The second year students' median ISS subscale scores for respect for differences and interaction enjoyment were significantly higher than those of the third year students. Another study of the cultural sensitivity of students in

health-related departments found that year of study did not affect cultural sensitivity (Aslan et al., 2019). A study of the cultural sensitivities of nursing students found that being a first year nursing student increased intercultural sensitivity (Baksi et al., 2019). Another study of the intercultural sensitivity and their empathy levels of nursing students found no statistically significant difference in the students' mean ISS scores by year of study (Egelioglu Cetişli et al., 2016). Although the current study's results are similar to others in the literature, intercultural sensitivity does not clearly vary according to the year of study. This may be related to the difference in the socio-cultural characteristics of the students.

Intercultural communication skills and sensitivity include being sensitive to the cultural differences and perspectives of individuals from different cultures (Yılmaz & Göçen, 2013). In the literature, studies of the intercultural sensitivity of nursing students and students in other healthcare departments have reported that those who interact with individuals from other cultures have higher cultural sensitivity levels (Aslan et al., 2019; Kılıç & Sevinç, 2018; Meydanlioglu et al., 2015; Ögüt & Olkun, 2018). Bulduk et al. (2017) found that the intercultural sensitivity level of students who interacted with different cultures was significantly higher (Bulduk et al. 2017). A study of the relationship between nursing students' cultural sensitivity and assertiveness found that the cultural sensitivity of students who cared for patients from different cultures was high (Kılıç & Sevinç, 2018). Meydanlioglu et al. (2015) found that students in health-related departments who interacted with individuals from different cultures had significantly higher scores for confidence, enjoyment and engagement dimensions in interaction (Meydanlioglu et al., 2015). The current study found no differences in cultural sensitivity due to being a friend of foreign nationals at the university, but found statistically significant differences in the median ISS total scores, and interaction enjoyment and interaction attentiveness sub-dimension scores of the students who cared for foreign patients during the course practicum. This result shows the importance of creating opportunities for students to interact with individuals from different cultures for increasing their cultural sensitivity. The students especially enjoyed the interaction and worked with attentiveness while providing care to patients.

Xenophobia is a common phenomenon all over the world. Factors such as education level, gender and age affect xenophobia against immigrants (Padir, 2019; Zeisset, 2016). A Norwegian study conducted by Ommundsen et al. (2013) with 264 undergraduate social sciences students found that the female students' xenophobia related to fear was lower than that of the male students (Ommundsen et al., 2013). Padir (2019) found that male participants tend to exhibit more xenophobia than female participants (Padir, 2019). A study of the xenophobia against Zimbabwean refugees and immigrants in South Africa found that women experience more xenophobia than men (Culbertson, 2009). The current study found that the female students were more at risk of xenophobia than the male students. These results suggest that gender-based differences in xenophobia may be associated with social and geopolitical conditions. Gender roles specific to the culture in which female students grew up could be explained by their anxiety towards the different and the unknown.

Humiliation and hate expressions are also predominant in xenophobia along with fear of foreign individuals (Ommundsen et al., 2013). In the nursing and midwifery departments of the faculty where this research was conducted, vocational courses are an important component of the second year of study, and more clinical practice is carried out. The courses, Transcultural Health, offered in the third semester of the second year, and Health Tourism, offered in the fourth semester, are included as electives in the curriculum. The second year students had a higher median XS-TR humiliation sub-dimension score than the third year students, which may be related to the fact that the students are more prepared for the profession in their third year of study. Zeisset (2016) reports that individual characteristics such as gender, age and education affect xenophobic responses to immigrants (Zeisset, 2016). Campbell et al. (2016) examined the role of education in xenophobia with 781 participants and found that education reduces xenophobia (Campbell et al., 2016). The current study found no difference in fear by year of study, but the education the students received in their second year reduced their humiliating attitudes toward foreigners. Xenophobia-oriented training should be planned for nursing education curricula.

Xenophobia is an important issue and an obstacle to friendship among young people (Tsai, 2006). Studies conducted with young people have reported that schools, like other social environments, can lead to the formation of xenophobia (Martínez García & Martín López, 2015; Tsai, 2006). On the other hand, a study of real and perceived threats from Syrian refugees in Turkey and social contact found that the quality of social contact reduces xenophobia (Padir, 2019). In the current study, the higher fear levels of the students who did not have foreign friends at the university and the higher level of humiliation of those who cared for foreign patients during the course practicum may be associated with the quality of social contact they established with refugees and the threats they perceived.

Intercultural sensitivity is defined as acquiring information about cultural differences and values, making evaluations, understanding, respecting and adapting after encountering individuals or groups and becoming aware about oneself and others (Foronda, 2008). Intercultural communication competence has three dimensions: cognitive (cultural awareness), affective (intercultural sensitivity) and behavioral (intercultural resourcefulness) (Bulduk et al., 2017; Yılmaz & Göçen, 2013). The positive relationship found between the ISS attentiveness and the XS suggests that the students were cognitively aware of the cultural differences between themselves and others, but they had not sufficiently internalized this in affective terms.

Culturally sensitive individuals have an ethnocentric approach, meaning that they evaluate events and experiences in the context of their own culture and other cultures. To develop intercultural sensitivity, individuals should avoid the ethnocentrism of evaluating events and experiences from the perspective of their own culture (Rengi & Polat, 2014). In this study, there was a negative correlation between the ISS total score, respect for cultural differences, interaction confidence and interaction enjoyment, and the XS-TR total score. A positive correlation was observed between the XS-TR humiliation and all the ISS scores. This suggests that students still evaluated events and experiences from the perspective of their own culture. In this study, the fact that second year students had a higher median XS humiliation sub-dimension score than the third year students also supports this result. On the other hand, the study found negative relationships between the ISS interaction enjoyment and the XS-TR hate and between the ISS interaction enjoyment and the XS-TR fear. The students' high level of enjoyment of culturally sensitivity activities may be associated with their professional satisfaction.

Limitations

This research was conducted in a single institution, which limited its cultural diversity. Studies should be conducted in different geographical regions with different cultures and larger sample sizes. This study used self-report scales. The phenomenon should be examined in further detail by qualitative studies to determine all of its main factors.

CONCLUSION

The nursing and midwifery students had moderate cultural sensitivity and a low level of xenophobia. There was a positive correlation between the ISS interaction attentiveness and the XS, which indicates that the students were cognitively aware of their own and others' cultural differences, but did not internalize them effectively enough, and tended to evaluate events and experiences in terms of their own culture. However, as their interactions with individuals from foreign cultures increased, their satisfaction with doing their professionalism will reduce feelings such as fear and hatred. The findings of this research will guide educators in developing students' cultural sensitivities and reducing their xenophobia levels. Education about intercultural sensitivity and respect for differences in nursing and midwifery curricula should be enriched. For example, while working with students, small group work could help them overcome their difficulties by discussing the difficulties they experience in caring for foreign patients.

Authors' contribution:

Conception: GD, BT. Design : GD, BT. Supervision : GD, BT. Fundings : GD, BT. Materials : GD, BT. Data Collection and/or Processing : BT. Analysis and/or Interpretation : BT. Literature Review : GD, BT. Writing : GD, BT. Critical Review: GD, BT.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

REFERENCES

- Aslan, G., Kartal, A., Turan, T., Yigitoglu, G., Kayan, S. (2019). Intercultural sensitivity of university students studying at health-related departments and some associated factors. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27(2), 188–200. <https://doi.org/10.26650/fnjin420577>
- Bakı, A., Sürücü, H., Duman, M. (2019). Evaluation of the intercultural sensitivity and related factors of nursing students. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(1), 31-39. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.75046>
- Bozdağ, F., and Kocatürk, M. (2017). Development of xenophobia scale: Validity and reliability analysis. *The Journal of International Social Research*, 10(52), 615–620. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1921>
- Bulduk, S., Tosun, H., Ardiç, E. (2011). Measurement properties of Turkish Intercultural Sensitivity Scale among nursing students. *Turkish Clinics J of Medical Ethics*, 19 (1), 25–31.
- Bulduk, S., Usta, E., Dinçer, Y. (2017). Determination of intercultural sensitivity and influencing factors: An example of vocational school of health. *Journal of Duzce University Health Sciences Institute*, 7(2), 73–77.
- Campbell, E. K., Kandala, N. B., Oucho, J. O. (2016). Do education and urbanism really contribute to reduce xenophobia in African societies? Evidence from Botswana. *Migration and Development*, 7(1), 142–161. <https://doi.org/doi:org/10.1080/21632324.2016.1217613>
- Canetti-Nisim, D., Halperin, E., Hobfoll, S. E., Johnson, R. E. (2006). *Xenophobia towards Palestinian citizens of Israel among Russian immigrants in Israel: Heightened by failure to make gains in a new democratic society* (Kellogg Institute, The Helen Institute for International Studies). Retrived from: https://kellogg.nd.edu/sites/default/files/old_files/documents/327.pdf

- Cetişli, N., Işık, G., Öztornacı, B., Ardahan, E., Uran, B. N., Top, E. D., Avdal, E. (2016). Intercultural sensitivity of nursing students according to their empathy level. *İzmir Katip Çelebi University Faculty of Health Science Journal*, 1(11), 27–33.
- Chen, G.M. (1997). *A review of the concept of intercultural sensitivity*. Paper presented at the Biennial Convention of Pacific and Asian Communication Association, January, Honolulu, Hawaii. Retrived from: https://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1037&context=com_facpubs
- Chen, G., Starosta, W. J. (2000). The development and validation of the Intercultural Sensitivity Scale. *Human Communication*, 3(1), 3–14. https://digitalcommons.uri.edu/com_facpubs
- Culbertson, P. E. (2009). Xenophobia: the consequences of being a Zimbabwean in South Africa [The American University in Cairo]. Retrived from: https://documents.aucegypt.edu/Docs/GAPP/Philip%20Culbertson_Thesis.pdf
- Durgun, H., Uzunsoy, E., Tümer, A., and Huysuz, K. (2019). Nursing students' intercultural sensitivity and perceptions of characters and values for world citizenship. *Ordu University J Nurs Stud*, 2(2), 87–95.
- Foronda, C. (2008). A concept analysis of cultural sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 207–212.
- Hjrem, M. (1998). “National identities, national pride and xenophobia: A comparison of four western countries.” *Acta Sociologica*, 41, 335– 347.
- Jahoda, G. (2012). Critical reflections on some recent definitions of “culture.” *Culture and Psychology*, 18(3), 289–303. <https://doi.org/10.1177/1354067X12446229>
- Kılıç, S. P., Sevinç, S. (2018). The relationship between cultural sensitivity and assertiveness in nursing students from Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(4), 379–386. <https://doi.org/10.1177/1043659617716518>
- Martínez García, J. M., Martín López, M. J. (2015). Group violence and migration experience among Latin American youths in justice enforcement centers (Madrid, Spain). *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E85. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.87>
- Meydanlioglu, A., Arikan, F., Gozum, S. (2015). Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. *Advances in Health Sciences Education*, 20(5), 1195–1204. <https://doi.org/10.1007/s10459-015-9595-z>
- Nyamnjoh, F. B. (2006). *Insiders and outsiders: Citizenship and xenophobia in contemporary Southern Africa*. Zed Books.
- Öğüt, N., Olkun, O. E. (2018). Intercultural sensitivity level of university students: Selçuk university example. *Journal of Selcuk Communication*, 69, 513–525.
- Ommundsen, R., Van der Veer, K., Yakushko, O., Ulleberg, P. (2013). Exploring the relationships between fear-related xenophobia, perceptions of out-group entitativity, and social contact in Norway. *Psychological Reports*, 112(1), 109–124. <https://doi.org/10.2466/17.07.21.PR0.112.1.109-124>
- Özmete, E., Yildirim, H., Duru, S. (2018). Adaptation of the scale of xenophobia to Turkish culture: Validity and reliability study. *Journal of Social Policy Studies*, 40(2), 191–209.
- Padir, M. A. (2019). Examining xenophobia in syrian refugees context: the roles of perceived threats and social contact. (*Unpublished Doctor of Philosophy' Thesis*), Middle East Technical University of the Graduate School of Social Sciences, Ankara, Turkey.
- Rengi, Ö., Polat, S. (2014). Primary teachers' perception of cultural diversity and intercultural sensitivity. *Journal of World of Turks*, 6(3), 135–156.
- Suleman, S., Garber, K. D., Rutkow, L. (2018). Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *J Public Health Pol*, 39, 407–423. <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0140-1>
- Tamam, E. (2010). Examining Chen and Starosta's model of intercultural sensitivity in a multiracial collectivistic country. *Journal of Intercultural Communication Research*, 39(3), 173–183. <https://doi.org/10.1080/17475759.2010.534860>
- Tortumluoğlu, G. (2004). Transcultural nursing and the samples of cultural care models. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing*, 8(2), 47–57.
- Tsai, J. H. C. (2006). Xenophobia, ethnic community, and immigrant youths' friendship network formation. *Adolescence*, 41(162), 285–298. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16981617>

- Üstün, E. (2011). Öğretmen adaylarının kültürlerarası duyarlılık ve etnikmerkezcilik düzeylerini etkileyen etmenler [*Factors affecting teacher candidates' intercultural sensitivity and ethnocentrism levels*] (Unpublished Master's Thesis), Yıldız Teknik University of Institute of Social Sciences, Istanbul, Turkey.
- van der Veer, K., Ommundsen, R., Yakushko, O., Higler, L., Woelders, S., Hagen, K. A. (2013). Psychometrically and qualitatively validating a cross-national cumulative measure of fear-based xenophobia. *Quality and Quantity*, 47(3), 1429–1444. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9599-6>
- van der Veer, K., Yakushko, O., Ommundsen, R., Higler, L. (2011). Cross-national measure of fear-based xenophobia: Development of a cumulative scale. *Psychological Reports*, 109(1), 27–42. <https://doi.org/10.2466/07.17.PR0.109.4.27-42>
- Yılmaz, F., Göçen, S. (2013). Investigation of the prospective primary teachers' intercultural sensitivity levels in of certain variables. *Adiyaman University Journal of Social Sciences*, 6, 373–392.
- Zeisset, M. (2016). The happiest xenophobes on earth: examining anti-immigrant sentiments in the Nordic countries. In *Res Publica-Journal of Undergraduate Research* (Vol. 21). <http://digitalcommons.iwu.edu/respublica/vol21/iss1/6>

Gürçühan FİDAN¹
Orcid: 0000-0002-0943-5612

Deniz ODABAŞ²
Orcid: 0000-0002-4877-0122

¹ Ankara Üniversitesi-Tıp Fakültesi-Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Ankara Şehir Hastanesi- Onkoloji Bölümü,
Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Gürçühan FIDAN

E-mail: gurcuhanfidan@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Covid-19 virüs; hemşirelik; stres,
psikolojik.

Keywords:

Covid-19 virus; nursing; stress,
psychologic.

Covid-19 Salgını Sürecinde Hemşirelerin Algılanan Stres Düzeylerinin Belirlenmesi: Sosyal Ağ Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma

Determining the Perceived Stress Levels of Nurses During the Covid-19 Epidemic: A Social Network Based Description Study

Gönderilme Tarihi: 29 Eylül 2021

Kabul Tarihi: 15 Şubat 2022

ÖZ

Amaç: COVID-19 tüm dünyayı etkisi altına almış bir halk sağlığı sorunudur. Salgının iyileştirilmesi ve kontrolünde hemşirelerin iş gücü büyük bir öneme sahiptir. Çalışmada pandemi döneminde sahada çalışan hemşirelerin algılanan stres düzeyini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı-Kesitsel tipte yapılan çalışma 01-31 Aralık 2020 tarihleri arasında 240 hemşire üzerinde yürütülmüştür. Veri toplama 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'Algılanan Stres Ölçeği' olmak üzere iki form kullanılmıştır. Çalışma verilerinin girişi ve analizi SPSS 23.0 programında gerçekleştirilmiştir. Veri analizinde kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile tanımlanmış ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Sayısal değişkenler normal dağılıma uygun olmadığı için Kruskal-Wallis ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %92.1'i kadındır. Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği puan ortalaması 31.38 ± 7.02 'dir. COVID servisinde çalışan hemşirelerin stres düzeyi diğer kliniklerden daha yüksek bulunmuştur ($p=0.011$). Yaş gruplarına göre 29 yaş ve altı yaş grubunda ($p=0.013$), çocuk sahibi olanlarda ($p=0.010$), serviste çalışanlarda ($p=0.000$), çalıştığı birimi her zaman riskli olarak tanımlayanlarda ($p=0.038$), karma (gece-gündüz) vardiyasında çalışanlarda ($p=0.059$), çalışma hayatının sosyal yaşamını her zaman etkilediğini belirtenlerde ($p=0.000$) ve pandemi sürecinde çalışılan kurumda bulaşa karşı hiçbir zaman önlem alınmadığını belirtenlerde ($p=0.082$) algılanan stres düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Pandemi sürecinde COVID-19 kliniklerinde çalışan hemşirelerin stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Hastane hemşirelik yönetimlerinin çalışan sağlığı ve güvenliği açısından özellikle bu birimlerde çalışan hemşirelerin stresle baş etmesini sağlayacak müdahaleleri organize etmesi, uzun süreli stres reaksiyonlarının ve strese bağlı ruhsal bedensel sağlık sorunlarının önüne geçebilecektir.

ABSTRACT

Objective: COVID-19 is a public health problem that has affected the whole world. The workforce of nurses is of great importance in the recovery and control of the epidemic. The aim of the study was to determine the perceived stress level of nurses working in the field during the pandemic period.

Methods: The descriptive-cross-sectional study was conducted on 240 nurses between 01-31 December 2020. The data collection form includes two forms: 'Personal Information Form' and 'Perceived Stress Scale'. Study data entry and analysis was carried out in SPSS 23.0 program. In data analysis, categorical variables were defined by number and percentage, and evaluation was made using the chi-square test. The non-parametric Kruskal-Wallis test was applied because numerical variables were not suitable for normal distribution. It was taken as $p < 0.05$ in the statistical evaluation.

Results: 92.1% of the participants in the study were women. The mean score of the Perceived Stress Level Scale was 31.38 ± 7.02 . The stress level of nurses working in the COVID service was found to be higher than those working in other services ($p=0.011$). According to age groups, those aged 29 years and younger ($p=0.013$), those who have children ($p=0.010$), those who work in the service ($p=0.000$), those who always define the unit they work as risky ($p=0.038$), mixed (day and night) Perceived stress level was found to be higher in those who worked in the) shift ($p=0.059$), those who stated that working life always affected their social life ($p=0.000$), and those who stated that no precautions were taken against contamination in the institution they worked during the pandemic process ($p=0.082$) compared to other groups.

Conclusion: The stress level of nurses working in COVID-19 clinics was found to be higher during the pandemic process. In terms of employee health and safety, hospital nursing management's organization of interventions that will enable nurses working in these units to cope with stress will prevent long-term stress reactions and stress-related mental and physical health problems.

Kaynak Gösterimi: Fidan, G., Odabaş, D. (2022). Covid-19 salgını sürecinde hemşirelerin algılanan stres düzeylerinin belirlenmesi: Sosyal ağ tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. *EGEHFD*, 38(1), 21-28. Doi:10.53490/egehemsire.1000426

How to cite: Fidan, G., Odabaş, D. (2022). Determining the perceived stress levels of nurses during the covid-19 epidemic: a social network based description study. *JEUNF*, 38(1), 21-28. Doi:10.53490/egehemsire.1000426

GİRİŞ

Sağlık ekibinin ayrılmaz ve önemli bir parçasını oluşturan hemşireler, diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla iş yükü ve stres yaşamakta ve psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (Günüşen, 2017). İş ortamındayken primer olarak hasta ve hasta yakınları ile daha fazla iletişim ve etkileşimde olan hemşireler, hastaların ölüm, şiddet, akut gelişen durumlar ve hastaların acı çekmesine tanıklık etmekte ve bu durum hemşirelerin stres düzeyini bir kat daha arttırmaktadır (Günüşen, 2017). Hemşireler meslekleri gereği, bu stresörlerle beklemedik anda da karşılaşabilmekte ve süreci kontrol edebilmeleri her zaman mümkün olmamaktadır. Yaşanılan bu durum hemşirelerin günlük rutini olarak kabul edilmekte ve stres yüklü hasta ve hasta yakınlarına bakım vermek çalışanlarda stres düzeyini uzun süre yüksek tutarak stres belirtileri ortaya çıkartmaktadır (Günüşen, 2017; Ülker, 2016).

Günümüzde insanların sınırları aşarak değişik kültür ve ülkeleri tanıma, anlamaya çalışma çabaları, sınır ötesi yolculuklar farklı düzeyde sergilenen yaşamlarda ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların sınır ötesine geçişini kolaylaştırmış ve yaşamakta olduğumuz pandemileri gündeme getirmiştir (Avcı, 2016). Bulaşıcı hastalıkların önlenememesi ve pandemilere ait bilinmezlikler sağlık örgütünün plan ve programında aksaklıklara neden olmaktadır. Sağlık ekibini ve hemşireleri de kapsayan ve çağımızın halk sağlığı sorunu olan pandemiler ve sonrasında karşılaşılan yıkıcı tablo, hastalanma ve ölüm korkusu toplumu olduğu kadar pandemi ile mücadelede ön planda yer alan sağlık çalışanları içinde bir stres faktörü haline gelmiştir. Çin'in Wuhan kentinde 2019'da ortaya çıkan ve pandemiye yol açan SARS-CoV-2 virüsü koronavirüs ailesinin en yeni bilinen üyesindedir. Koronavirüs (SARS CoV-2/COVID19) yüksek bulaştırma ve yayılma hızı nedeni ile tüm dünyayı etkisi altına almış ve 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO-DSÖ) tarafından bu salgın 'pandemi' olarak ilan edilmiştir (Aslan, 2020). Kısa bir süre içerisinde tüm dünyaya yayılmış ve 11 Mart 3 2020- 15 Ocak 2022 tarihi aralığında 318 648 834 pozitif vaka ve 5 518 343 ölüm raporlanmıştır. Virüsün sebep olduğu bulaşıcılık ve ölümler ise hala devam etmektedir (Yılmaz, 2020; WHO, 2022). Türkiye 'de de etkisini gösteren COVID-19 ilk görüldüğü 11 Mart 2020-15 Ocak 2022 tarihi aralığında 10 273 240 pozitif vaka ve 84 278 ölüm raporlanmıştır (HASUDER, 2022). Yaygınlığı ve öldürücülüğü, uluslararası seyahat yoğunluğu ve nüfusun bağışıklığı nedeniyle daha hızlı bir şekilde yayılan COVID-19, önceki pandemilerden daha ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir ve sağlıktan, ekonomiye kadar tüm sektörleri etkilemiştir ve etkilemeye devam etmektedir. (Tsamakisi vd., 2020). Diğer pandemilerde olduğu gibi COVID-19 pandemisinde de halk için bu durumla mücadele etmek adına ön saflarda yer alanlar yine sağlık personelleri olmuştur. Fakat öldürücülüğün ve bulaşıcılığın yüksek oluşu beraberinde sağlık çalışanlarına özgü stres ve psikolojik travma ile ilgili birçok sıkıntıyı da beraberinde getirmiştir.

COVID-19'tanmış kişinin tedavi ve bakımına katılan hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin zihinsel yükünü etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; yaşanan krizin büyüklüğü, süresi ve etkisinin belirsizliği; kamu ve özel hastanelerdeki pandemiye dair hazırlık düzeyi hakkındaki endişeler; kişisel koruyucu ekipman (KKE) temini ile ilgili yaşanan sıkıntılar ve diğer tıbbi malzeme eksiklikleri ile bu süreçte bakım sağlayıcı olan hemşirelerin COVID-19 virüsünü kendisine ve yakınlarına bulaştırma riskidir (Albott vd., 2020). Bu kritik süreç göz önüne alındığında, kesin ve olası vaka sayılarındaki artış, ezici iş yükü, KKE tükenmesi ve artık kendilerini koruyamayacakları hissi, COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçların kısıtlılığı ve sağlık profesyonellerinin duygusal, ruhsal desteklerinin yetersizliği de zihinsel yükü arttıran diğer faktörler arasında sayılabilir. Bu faktörlere ek olarak artan klinik aktivite, sayısız ölümün bir arada bulunması, COVID-19 tedavisindeki bilinmeyenler ve uzun çalışma vardiyaları sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerini arttırmaktadır (El-Hagea vd., 2020; Neto vd., 2020).

Pandemi olarak ilan edilen COVID-19 tüm dünyada ve Türkiye'de de yüksek bulaşıcılık ve ölümler ile varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Sağlık çalışanlarının COVID-19 da ön safta yer almaları maruziyet olasılıklarının ve yüklerinin fazla olması nedeni ile iş yükleri ve yaşadıkları stres toplumun diğer kesimlerinden daha fazladır. Bu stres düzeyi hem çalışma ortamında kişiler arası iletişimi hem de yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada amaç COVID-19 pandemi sürecinde aktif çalışan hemşirelerin stres düzeylerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı-kesitsel tipte planlanan çalışmada, 01-31 Aralık 2020 tarihleri arasında sahada çalışan hemşirelerin algılanan stres düzeyini belirlemek amaçlanmıştır.

Evren-Örneklem

Çalışmada evreni olarak hemşirelerin Facebook sosyal medya platformunda üye olduğu, Hemşireler Kulübü grubundaki hemşireler alınmıştır. Seçkisiz örnekleme yöntemi ile (kar topu örnekleme yöntemi) gruplara digital ortamda hazırlanmış soru formu linki gönderilerek hem yanıtlamaları hemde dahil oldukları hemşire grupları ile paylaşmaları istenmiştir. İlgili digital platformlara haftalık hatırlatma mesajları gönderilerek çalışmaya katılım teşvik edilmiş 31 Aralık tarihine kadar yanıt veren ve bu dönemde görev yapmakta olan 240 hemşire çalışma grubunu oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama formunun ilk bölümünde bilgilendirilmiş gönüllü olur formuna yer verilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü katılımcılar veri formunun diğer bölümünü yanıtlamıştır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için sorulardan oluşan hemşireleri tanımlama formu ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) kullanılmıştır.

Hemşireleri Tanımlama Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, hemşirenin, yaşı, cinsiyeti, medeni hali, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma yılı, ailesinde/kendisinde öyküsü ile ilgili soruları içermektedir.

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin hayatlarındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek amacı ile Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen ve Eskin vd., (2013) tarafından Türkçeye uyarlanan ASÖ kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlik güvenirliği yapan araştırmacıdan ASÖ'nin çalışmamızda kullanılması için yazılı izin alınmıştır. Uygulanan ölçekte katılımcı her maddeyi 'Hiçbir zaman' ve 'Çok sık' arasında değişen 5'li likert tipi puanlama üzerinden cevaplandırılmıştır. Bu formda sorulardan olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır (4,5,6,7,9,10 ve 13. sorular). ASÖ-14'ün puan aralığı minimum 0 maksimum 56 puandır (Eskin vd., 2013). ASÖ-14 için iç tutarlık katsayıları 0.84'dir. Bu çalışmada ASÖ-14 kullanılmıştır. ASÖ-14 maddelerin toplamı ile oluşan puanlar yanıtlayıcının algıladığı stres düzeyini belirtmekle birlikte elde edilen yüksek puanlar algılanan stres düzeyinin yüksekliği anlamına gelmektedir (Eskin vd., 2013). Ölçekten alınan toplam puan kişinin stres düzeyini belirtmektedir. Puanın 11-26 arası olması düşük stres düzeyine, 27-41 arası olması orta stres düzeyine, 42-56 arası olması yüksek stres düzeyine işaret etmektedir (Baltaş vd.,1998)

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışma verileri girişi ve analizi SPSS 23.0 programında gerçekleştirilmiştir. Veri analizinde kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile tanımlanmış ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Sayısal değişkenler normal dağılıma uygun olmadığı için parametrik olmayan Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Çalışma için etik kurul oluru alınmış (56786525-050.04.04/12.12.2020) katılımcılardan ise bilgilendirilmiş gönüllü onam alınıp online soru formu sunulmuştur.

BULGULAR

Çalışma gurubunu oluşturan 240 hemşireye ait tanımlayıcı özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %92.08'i kadındır. Grubun yaş ortalaması 32.03+8.70 (minimum 20 yaş, maksimum 57 yaş) olup %52.96'sı 29 yaş ve altındadır, %50.42'si evli, %42.92'sinin en az bir tane çocuğu vardır. Çalışmaya katılanların %78.75'i üniversite mezunudur.

Yaşadıkları yere bakıldığında en çok katılım sağlayan üç il %51.7'si Ankara, %12.1'i İstanbul ve %5.0'ı Konya idi. Hemşirelerin %58.33'ü Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında çalışmaktaydı. %37.5'i 1-5 yıldır hemşiredir. Şu an çalışmakta oldukları kurumda mesleklerini icra ettikleri süreye bakıldığında; %65.8'i 1-5 yıldır idi. Çalışmaya katılanların, %68.8'i servis hemşiresidir (Tablo 1)

Hemşirelerin görev yapmakta olduğu birimlere bakıldığında; %29.1'i Acil servis- Yoğun bakımda çalışmakta idi. Hemşirelerin %48.3'ü pandemi döneminde görev yeri değiştirilirken %51.7'si mevcut yerinde görevine devam etmiştir. Pandemi sürecinde görev yapan hemşirelerin %97.52'si vardiyası bittikten sonra kendi evinde kalmakta idi. Çalışmakta oldukları birimin çalışan sağlığı açısından risk durumu sorgulandığında, %43.3'ü her zaman riskli yanıtını vermiştir. Risk faktörü olarak belirtilen seçeneklere (Fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal) çalışma grubunun %17.5'i en az bir tane risk seçeneği işaretlemiştir (Tablo 1).

Rutininde yapılan riskli iş/ uygulamalara en çok; hasta ve yakınları ile yakın temas halinde olmak, PCR test sonucu belli olmadan servise yatırılan hastalar ile temas ve risk faktörlerini belirleyememe, Aspirasyon ve entübasyon, CPR işlemleri, COVID-19 yoğun bakım ve kliniğinde çalışmak, kan alma, damar yolu açma gibi invaziv işlemler, eksik elaman ile uzun mesai saatlerinde çalışmak zorunda olmak, aşı uygulaması, PCR almak ve filyasyon ekibinde olmak, COVID-19 döneminde hastanede bulunmak ve hastaya yapılan tüm müdahaleler COVID-19 hastaları ile yakın temas, tedavi ve bakım, kemoterapik ilaç uygulaması, korunmasız hasta müdahalesi yanıtları verilmiştir.

Hemşirelerin %30.0'u gündüz vardiyasında çalışmakta idi. Çalışma hayatının sosyal hayatına etkisine %43.3 her zaman yanıtını vermiştir. %75.8'inin herhangi bir kronik hastalığı yoktu. %96,9'unun COVID-19 hastası ile teması olmuştur. Hemşirelerin %57.9'u hastaya müdahale ederken KKE temininde sorun yaşamıştır. Pandemi döneminde çalışmakta olduğu kurumun risklere karşı almış olduğu önlemleri çalışmaya katılan hemşirelerin %53.8'i yeterli bulmuştur (Tablo1).

Çalışmaya katılan hemşirelerin ASÖ-14 puan ortalaması 31.38±7.02' dir. Çalışma grubunun almış olduğu minimum puan 5 maksimum puan ise 49 'dur. Çalışmaya katılan hemşirelerin %22.08'i 11-26, %70.41'i 27-41, %7.5'i ise 42-56 arasında bir puan almıştır (Tablo 2).

Hemşirelerin algılanan stres düzeyleri bazı bağımsız değişkenlerle göre karşılaştırıldığında; 29 yaş ve altında olanlarda ($p=0.013$), çocuk sahibi olanlarda ($p=0.010$), serviste çalışanlarda ($p=0.000$), COVID servisinde çalışanlarda ($p=0.011$), çalıştığı birimi her zaman riskli olarak tanımlayanlarda ($p=0.038$), karma (gece-gündüz) vardiyasında çalışanlarda ($p=0.059$), çalışma hayatının sosyal yaşamını her zaman etkilediğini belirtenlerde ($p=0.000$) ve pandemi sürecinde çalışılan kurumda bulaşa karşı hiçbir zaman önlem alınmadığını belirtenlerde ($p=0.080$) algılanan stres düzeyi diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. İncelenilen diğer bağımsız değişkenler (cinsiyet($p=0.178$), eğitim durumu($p=0.676$), çalıştığı kurum, kurumda ve meslekte çalışma süresi) ile ASÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Demografik Özellik	Sayı	Yüzde %
Yaş Grubu		
29 ve altı	127	52.92
30-39	53	22.08
40 ve üstü	60	25.00
Cinsiyet		
Kadın	221	92.08
Erkek	19	7.92
Medeni Durum		
Evli	121	50.42
Bekar	116	48.33
Diğer	3	1.25
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	103	42.92
Yok	137	57.08
Eğitim Durumu		
Lise	15	6.25
Üniversite	189	78.75
Yüksek Lisans/Dok	32	13.33
Diğer	4	1.67
Çalıştığı Kurum		
Sağlık Bakanlığı	140	58.33
Eğitim Araştırma Hast. Özel Hastane	80	33.33
Aile Sağlığı Merkezi	11	4.58
Diğer	5	2.08
	4	1.68
Meslekte Geçen Süre		
< 1 yıl	6	2.50
1-5 yıl	90	37.50
6-10 yıl	50	20.83
11-20 yıl	49	20.42
21 yıl ve üzeri	45	18.75
Kurumda Geçen Süre		
< 1 yıl	22	9.17
1-5 yıl	158	65.83
6-10 yıl	36	15.00
11-20 yıl	17	7.08
21 yıl ve üzeri	7	2.92
Görevi		
Sorumlu Hemşire	26	10.83
Servis Hemşiresi	165	68.75
Diğer	49	20.42
TOPLAM	240	100

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin ASÖ Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı

ASÖ Puanı	Sayı	Yüzde %
Düşük Stres Düzeyi (11-26 puan)	53	22.08
Orta Stres Düzeyi (27-41 puan)	169	70.42
Yüksek Stres Düzeyi (42-56 puan)	18	7.50

Tablo 3. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Seçilmiş Bazı Bağımsız Değişkenlere göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamaları

Bağımsız Değişken	ASO Puan Ort. Standart Sapma	%95 Güven Aralığı	X2 Değeri	P Değeri
Yaş Grubu				
29 yaş ve altı(n=127)	32.73±6.33	29.42±9.08	31.62-33.84	8.728
30-39 yaş(n=53)	30.25±5.72	26.91-31.92		
40-49yaş(n=60)		28.77-31.73		
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Var (n=103)				6.658
Yok (n=137)	30.01±7.63	32.41±6.36	28.52-31.50 31.33-33.48	
Görevi				
Sorumlu Hem.(n=26)	25.46±8.68	32.75±6.56	21.96-28.97	20.879
Servis Hem.(n=165)	29.92±5.60		31.74-33.75	
Diğer (n=49)			28.31-31.53	
Görev Yaptığı Birim				
Covid Kliniği (n=44)	33.41±6.9	32.27±6.32	31.31-35.50	11.200
Acil-Yoğun Bakım (n=70)	30.13±7.84	30.22±6.57	30.76-33.78	
Dahili-Cerrahi Klinik(n=67)			28.22-32.05	
Diğer(n=59)			28.51-31.93	
Çalışmakta Olduğunuz Birim Riskli Olma Durumu				
Her zaman (n=152)	32.43±6.48	30.02±6.09	31.39-33.47	8.410
Çoğu zaman (n=51)	28.83±9.66	29.43±7.9	28.31-31.73	
Bazen(n=30)			25.22-36.81	
Ara sıra(n=7)			22.03-36.82	
Çalışma Vardiyası				
	29.65±70.2	30.71±7.22	27.84-31.46	5.657
Gece (n=72)	32.18±6.58		24.03-37.40	
Gündüz (n=7) Karma(n=161)			31.16-33.21	
Çalışma Hayatı Sosyal Yaşamı Etkileme Durumu				
Her zaman (n=104)	34.93±5.93	29.68±7.17	33.78-36.09	59.744
Çoğu zaman (n=84)	27.55±4.95	24.30±5.55	28.12-31.24	
Bazen(n=40)			25.97-29.13	
Ara sıra(n=10)	30.00±2.82		20.32-28.28	
Hiçbir zaman (n=2)			4.59-55.41	
Pandemi de Yeterince Önlem Alınma Durumu				
Çoğu Zaman (n=75)	29.53±8.16	32.17±6.05	27.65-31.41	5.056
Bazen (n=129)	32.39±7.168		31.12-33.22	
Hiçbir zaman(n=36)			29.96-32.27	

* Kruskal-Wallis testi

TARTIŞMA

Çalışma 240 hemşire üzerinde yürütülmüş ve COVID-19 sürecinde hemşirelerin algılanan stres düzeyini belirlemek amaçlanmıştır. ASÖ-14 puan ortalaması 31.38±7.02 olarak hesaplanmıştır. Aloglu ve Gecdi (2021), sağlık personelinin pandemi sürecinde duygu durumlarını incelediği çalışmasında ASÖ-14 puan ortalamasını 33.74±5.868 olarak tespit edilmiş ve sağlık çalışanların anksiyete ve depresyon ortalamaları orta düzeyde iken algılanan stres seviyesi yüksek bulunmuştur. Ruiz-Fernández vd., (2020) İspanya'daki COVID-19 sağlık krizi sırasında sağlık profesyonellerinde merhamet yorgunluğu, tükenmişlik, merhamet memnuniyeti ve algılanan stres düzeylerini ölçtükleri çalışmada, ASÖ puan ortalaması 29.3 ±5.8 olarak bulunmuştur. Ruqaya vd., (2020), sağlık çalışanları Covid pandemi arasında bilgi, uygulama ve stres düzeylerini inceledikleri çalışmada, sağlık çalışanlarının

algılanan stres düzeyi puan ortalamasını 29.93 ± 1.518 olarak bulmuştur. Aşkın (2019), sağlık çalışanlarında algılanan stres düzeylerini incelediği çalışmasında ise algılanan stres düzeyi puan ortalaması 28.65 ± 6.13 'dir.

Hemşirelerin %22.8'inin stres seviyesi düşük, %70.41'inin stres seviyesi orta ve %7.5'inin stres seviyesi yüksek bulunmuştur. Alvgadani vd., (2021), COVID-19 Pandemisinin Riyad, Suudi Arabistan'daki sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkisini ölçmek için yapıları çalışmada, 469 sağlık çalışanı araştırmaya katılmış ve algılanan stres düzeyleri %15,8'inin yüksek, %77.2'sinin orta ve %7'sinin düşük stres yaşadığını bulmuştur.

Algılanan stres düzeyi cinsiyete göre kadın hemşirelerde erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Polat vd. (2021)' de yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer olarak kadın sağlıkçılarda anksiyete ve stres seviyesi daha yüksek bulunmuştur. Alvgadani ve ark., (2021) çalışmasında, çalışmaya katılan kadın %53.7'si kadın, %46.3ü erkeklerden oluşmaktaydı ve kadınların stres düzeyi erkeklerin stres düzeyinden yüksek bulunmuştur. Ruiz-Fernández ve ark., (2020), çalışmasında kadın sağlıkçıların stres düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Ruçaya vd. (2020), çalışmasında erkeklerin algılanan stres düzeyi puan ortalaması 27.72 ± 1.11 kadın çalışanların puan ortalaması ise 31.05 ± 1.17 'dir. Kadınların stres düzeyi erkeklerden yüksek bulunmuştur. Kadınların ailelerini koruma ve özellikle çocuk sahibi olanların bu endişeyi daha çok taşıyor olmaları stres seviyesinin kadınlarda daha yüksek olduğunu açıklayabilir.

Bayülgen vd., (2021), pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada, anksiyete ve umutsuzluk seviyelerinin yüksek olmasının sebebinin hastalarla olan yakın temas, normalden daha uzun mesai saatleri, KKE ulaşmada yaşanan güçlükler, aile üyelerini kontamine etme riskinin sebep olduğunu düşünmüşlerdir. COVID-19 tedavisine katılan hemşireler ve doktorlarla yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin doktorlara göre daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu belirlenmiş ve bu durum hemşirelerin daha uzun çalışma vardiyanına ve hastalarla daha yakın temasta bulunmalarına bağlanmıştır (Ornell vd., 2020). Xiao vd., (2020), COVID-19 pnömoni salgını sırasında Çin'deki sağlık çalışanlarının psikolojik etkisi ve algılanan stres düzeylerini de inceledikleri çalışmada sağlık çalışanlarında stres seviyesinin yüksek oluşunun nedenlerini sırası ile kadın olmak, mesleki unvan, koruyucu destek yetersizliği ve temas öyküsü olarak bulmuştur. Bu çalışmalar ile paralel olarak bizim çalışmamızda karma (gece-gündüz) vardiya sisteminde çalışan hemşirelerin, servis hemşirelerinin ve pandemi sürecinde yetersiz önlemler alındığını düşünen hemşirelerin algılanan stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Bumin vd. (2019) vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi, reaksiyon zamanı, stres ve iyilik halini karşılaştırdıkları çalışmada, gruplar algılanan stres seviyeleri ve psikolojik iyilik hali açısından karşılaştırıldığında gece vardiyasındaki bireylerin stres seviyelerinin gündüz, tam zamanlı grubundaki bireylere göre yüksek olduğu, ek olarak psikolojik iyilik hallerinin ise daha düşük seviyede olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise acil servis, yoğun bakım ve COVID-19 gibi bulaşıcı hastalık servislerinde görev yapan hemşirelerin daha fazla psikolojik sorun yaşadığı tespit edilmiştir (Bayülgen vd., 2021). Ruiz-Fernández vd., (2020), COVID-19 birimlerinde ve acil servislerde çalışan sağlık profesyonellerinde stres düzeylerini diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek bulmuştur. Çalışmamızda da COVID-19 kliniği ve acil-yoğun bakımda çalışan hemşirelerin algılanan stres düzeyi diğer birimlerde çalışan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda özellikle pandemi döneminde kontamine olma riskinin daha yüksek olduğu servislerde çalışan hemşirelerin kendilerine ve yakınlarına virüsün bulaşması riski ve buna bağlı olarak gerçekleşebilecek olan ölüm korkusu hemşireler için bir stres faktörü oluşturmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Stres düzeyinin, 29 yaş ve altındaki hemşirelerde, çocuk sahibi olma durumu, servis ve karma vardiya sisteminde görev yapan hemşirelerde ve pandemi döneminde yeterli önlemin alınmadığını düşünen hemşirelerde (KKE temini/kullanımı gibi önlemler) arttığı çalışmamızda tespit edilmiştir.

Çalışmamızda da gözlemlendiği gibi virüs ile temas riski daha fazla olan çalışma birimlerinde olan hemşirelerin stres seviyesi daha yüksek saptanmıştır. Bu birimlerde çalışan hemşirelerin sürekliliği yerine rotasyonlu olarak hemşireler arasında dönüşümü, uzun çalışma saatleri yerine 6-8 saatlik çalışma vardiyanı hastanede kalma oranını azaltarak virüs ile teması en aza indime, personel sayısının artırılarak kişi başına düşen iş yükünün azaltılması da stres seviyesini azaltmada yardımcı olabilir. Güvenli çalışma ortamının sağlanması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, mevcut personel ve işe yeni başlayan hemşirelerin eğitiminin desteklenmesi karşılaşılabilecek risk faktörlerine göre önlemlerin alınması bu durumu hemşireler ve diğer sağlık personeli için stres düzeyini azaltıcı faktörler arasında sıralanabilir.

Kurum içerisinde psikologlar aracılığıyla sağlık personeline duygusal destek sağlanması da yardımcı olabilecek bir diğer faktördür. Yine hemşirelerin kendi stres düzeylerini azaltabilmek adına farkındalık temelli yaklaşımlardan olan meditasyon, yoga, duygu ve düşüncelere odaklanma yöntemleri, olumlu çalışma ortamı oluşturma, molalı çalışma, molalarda müzik, egzersiz, etkinlikler, nöbet ertesi dinlenme sürelerinin olanaklar dahilinde uzatılması, zaman yönetimi, enfeksiyon kontrol önlemlerinin güçlendirilmesi gibi birkaç örnek müdahale etkili olabilir.

Yarar Katkıları

G.F.: Fikir, Tasarım, Veri Toplama ve İşleme, Analiz ve Yorum, Kaynak Taraması, Makalenin Yazımı
D.O.: Fikir, Tasarım, Denetleme/Danışmanlık, Analiz ve Yorum, Eleştirel İnceleme

Çıkar Çatışması: Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır. Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları mevcut değildir. Çalışma hazırlanırken; veri toplanması, sonuçların yorumlanması ve makalenin yazılması aşamalarında herhangi bir çıkar çatışması alanı bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Albott, C.S., Wozniak, J.R., Mcglinch, B.P., Wall, M.H., Gold, B.S. Vinogradov, S. (2020). Battle buddies: Rapid deployment of a psychological resilience intervention for healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *Anesthesia & Analgesia Journal*, 131(1), 43-54.
- Aloğlu, N., Gecdi, T. (2021). Sağlık personelinin pandemi sürecinde duygu durumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Gevher Nesibe Dergisi*, 6(12), 29-39.
- Alwaqadani, R.N., Al-Mansour, F., Alzoman, H.A., Saadallah, A., Alsuwaidan, S., Soule, B.M., Memish, Z.A. (2021). Psychological impact of Covid-19 pandemic on healthcare workers in riyadh, saudi arabia: Perceived stress scale measures. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 11, 377.
- Aşkın, A. (2019). *Sağlık çalışanlarının (doktor ve hemşireler) serbest zaman faaliyetlerine katılım zamanları ile ilgili algılanan stres düzeyleri ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkinin analizi*. (Yüksek lisans Tezi) İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Avcı, İ.A. (2016). Toplumsal boyutuyla enfeksiyon hastalıkları ve bakım. B. Erci (Ed) *Halk sağlığı hemşireliği* (s. 194). (2. Baskı). Ankara: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aslan, R. (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve Cov-19. *Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi*, 8(85), 36-41.
- Baltaş, Z., Atakuman, Y., Duman, Y. (1998). *Standardization of the perceived stress scale: Perceived stress in turkish middle managers*. *Stress and anxiety research society*. 19th International Conference: İstanbul.
- Bayülgen, M.Y., Bayülgen, A., Yeşil, F.H., Türksever, H.A. (2021). Covid-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-6.
- Bumin, G., Tatlı, İ.Y., Cemali, M., Kara, S., Akyürek, G. (2019). Vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi, reaksiyon zamanı, stres ve iyilik halinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 170-176.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*, 5(3), 132-140
- El-Hagea, W., Hingrayc, C., Lemogne, C., Yrondif, A., Brunault, P., Bienvenu Etainj, B., ... Aourzerate, B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*, 46(3S), S73-S80.
- Günüşen, N.P. (2017). Hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*, 3(1), 12-88.
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği [HASUDER] (2020). *Covid-19 ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı*. Erişim adresi: <https://korona.hasuder.org.tr/covid-19-ve-saglik-calisanlarinin-ruh-sagligi>. 29.04.2020
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği [HASUDER] (2022). *Yeni koronovirüs (Cov-19) haber postası*. Erişim adresi: <https://korona.hasuder.org.tr/>. 21.12.2021.

- Neto, M.L.R., Almeida, H.G., Esmealdo, J.D., Nobre, C.B., Pinheiro, R., Oliveira, C.R.T.,... Silva, C.G.L. (2020). When health professionals look death in the eye: The mental health of professionals who deal daily with the 2019 *Coronavirus Outbreak*. *Journal Preproof*, 1(2), 1-3.
- Ornell, F., Halpern, S.C., Kessler, F.H.P., Narvaez, J.C.M. (2020). The impact of the covid-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Reports in Public Health*, 36(4), 232-235
- Polat, Ö., Coşkun, F. (2020). Covid-19 salgınında sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4(2), 51-58.
- Ruiz-Fernández, M.D., Ramos-Pichardo, J.D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M.I., Ortega-Galán, A.M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the covid-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 4321-4330.
- Ruqaya, A.M., Sasfaraz, S., Irfan, A.B., Fasisal, A., Fatwani, H. (2020). Healthcare workers knowledge, practices and stress level amid covid-19 pandemic. *Pak Armed Forces Med J*, 70(1), 244-250
- Shahour, G. (2020). Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid covid-19. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1686-1695.
- Tsmakisi, K., Rizos, E., Monilis, A.J., Chaidou, S., Kypouliosi, S., Spartalis, E., Triantafyllis, A.S. (2020). Covid-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 19, 3451-3453.
- Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Lia, X., Xiao, J. (2020). Psychological impact of healthcare workers in China during covid-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders*, 1(274), 405-410
- Yılmaz, M. (2020). 20 Nisan 2020 tarihi itibarıyla covid-19 virüsünün dünyadaki coğrafi (Kıtalara ve ülkelere göre) dağılımı. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 7(4), 17-44.
- Yumru, M. (2020). Covid-19 ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*; 23(Ek 1), 5-6.
- World Health Organization [WHO] (2022). Coronavirus disease (Covid-19) outbreak situation. Erişim Adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Erişim Tarihi: 15.01.2022.

Sevta EZER¹
Orcid: 0000-0001-5347-7230

Besti ÜSTÜN²
Orcid: 0000-0003-0270-6712

¹İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu

²İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sevta Ezer
sevta.ezer@okan.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları;
profesyonel yaşam kalitesi;
tükenmişlik; merhamet yorgunluğu;
sağlık çalışanları.

Keywords:

Healthy life style behaviors;
professional life quality; burnout;
compassion fatigue; health care
professionals.

Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi

Investigation of Professional Quality of Life and Healthy Life Style Behaviors in Health Care Professionals

Gönderilme Tarihi: 2 Ekim 2021

Kabul Tarihi: 7 Mart 2022

ÖZ

Amaç: Bu çalışma sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve profesyonel yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma 274 hekim ve hemşire ile yürütülmüştür. Meslekte 6 ay ve daha uzun çalışma süresi olanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, meslek, eğitim durumu ve kurum özellikleri)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)” ve “Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ)” ile toplanmıştır. Verilerin analizinde ANOVA testi, Pearson korelasyon analizi ve Tukey testi kullanılmıştır.

Bulgular: Fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu, sağlık sorumluluğu puanlarının hemşirelerde hekimlere oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kendini gerçekleştirme puanları altı ay ve beş yıl çalışma süresi olan sağlık çalışanlarında en düşük iken, yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları cerrahi branşlara, beslenme puanları dâhili branşlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Merhamet memnuniyeti düzeyleri beş yıl ve altında çalışma süresi olanlarda en düşük, ayda dört ve altında nöbet tutarlarda en yüksek, hemşirelerde hekimlere göre ve erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Merhamet yorgunluğu düzeyleri de beş yıl ve altında çalışan grupta en yüksek iken, ayda dört nöbet ve altında tutarlarda en düşük olarak saptanmıştır. Tükenmişlik düzeylerinin otuz yaş ve altı grupta, bekârlarda ve beş yıl ve altında çalışan grupta en yüksek, ayda dört ve altında nöbet tutarlarda ve kırk yaş üstü grupta en düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi düzeyleri arttıkça, merhamet memnuniyeti düzeyleri artmış; tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeyleri azalmıştır. Sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma konusunda teşvik edilmesi, kurum içinde gerekli olanakların sağlanması ve stresle baş etmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi önerilir.

ABSTRACT

Objectives: This study was performed to investigate the healthy life style behaviors and the professional quality of life of health care professionals.

Methods: This descriptive study was performed with 274 medical doctors and nurses. Professionals with an employment time of 6 months or more were included in the study. Data were collected through “Self-description form (age, gender, marital status, employment time, profession, educational status, properties of the institution)”, “Healthy Lifestyle Behaviors Scale” and “Professional Quality of Life Scale (ProQOL)”. ANOVA test, Pearson correlation test and Tukey test were used for the analyses of the data.

Findings: In this study, exercise scores were higher in men than women, and health responsibility scores were significantly higher in nurses compared with the doctors. The health care professionals with an employment time of 6 months to 5 years had the lowest self-realization scores. The intensive care professionals had significantly lower exercise and stress management scores than those in internal and surgical branches, and less nutrition scores than internal branches. Satisfaction levels were the highest in health care professional with an employment time 5 years or less, and the lowest in those having less than 4 or less night shifts per month, and higher in nurses and males compared to the doctors and females. Compassion fatigue levels were the highest in health care professional with an employment time of 5 years or less, and the lowest in those having less than 4 or less night shifts per month. Burnout levels were found to be the highest in singles, in the group younger than 30 years old and in the group with an employment time of 6 months to 5 years, and the lowest in the group with 4 or less night shifts per month and in the group over 40 years old.

Conclusion: As health responsibility, nutrition, physical activity and stress management levels of health workers increased, their compassion satisfaction levels increased; levels of burnout and compassion fatigue have decreased. It is recommended to encourage health workers to have a healthy diet and exercise, to provide necessary facilities within the institution, and to organize training programs for coping with stress.

Kaynak Gösterimi: Ezer, S., Üstün, B. (2022). Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi EGEHFD, 38(1), 29-42. Doi:10.53490/egehemsire.1003831

How to cite: Ezer, S., Üstün, B. (2022). Investigation of professional quality of life and healthy life style behaviors in health care professionals. JEUNF, 38(1), 29-42. Doi:10.53490/egehemsire.1003831

GİRİŞ

Sağlık çalışanları ruhsal ya da fiziksel travmatik yaşantıları olan, ağrı ve acı çeken hasta bireylerin tedavi ve bakım süreçlerini yönetmektedirler. Bu karmaşık ve insan etkileşimli süreçte, şefkatli, yeterli, etik ve hassas bakım vermeleri beklenmektedir. Ancak azalan kaynakların ve artan sorumlulukların yer aldığı ve çoğunlukla stresli olarak tanımlanan ortamlar çalışanları zorlamakta, çaresizlik, yetersizlik, öfke ve tükenmişlik yaşamalarına neden olarak profesyonel yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Lombardo ve Eyre, 2011; Pehlivan ve Güner, 2018; Rego ve diğerleri, 2010).

Profesyonel yaşam kalitesi (PYK), çalışma yaşantısına dair memnuniyeti ve algıyı içeren bir kavramdır. Profesyonel yaşam kalitesinin merhamet memnuniyeti, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik boyutları vardır (Stamm, 2009). İlk kez hemşire Joinson tarafından acı çeken ve sıkıntı içinde olan bireylere yardım edenlerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik yük olarak tanımlanan merhamet yorgunluğu Figley tarafından bakım verme maliyeti olarak görülmüş, zamanla tüm hizmet sektörlerinin ilgilendiği bir konu haline gelmiştir (Charlescraft ve diğerleri, 2010; Figley, 2002; Figley, 1995; Joinson, 1992).

Araştırmalar, merhamet yorgunluğunun, objektif olamama, uygun olmayan kararlar alma, sabır gösterememe, duygulardan uzaklaşarak mekanik davranma, hastalık nedeni ile raporlu geçen gün sayısında artış, belirli hasta grubu ile çalışmaktan kaçınma, işten ayrılma niyeti ve oranının artması gibi sonuçlara yol açtığını göstermektedir (Alan, 2020; Hooper ve diğerleri, 2010; Lombardo ve Eyre, 2011). Sağlık profesyonellerinde merhamet yorgunluğu belirtileri görülme oranının %25- %50 arasında olduğu bildirilmektedir (Polat ve Erdem, 2017).

Yetmişli yıllarda ortaya çıkan tükenmişlik ruhsal ve fiziksel enerjinin tükenmesi olarak tanımlanmaktadır. Baş edilebilen düzeydeki stres iş yaşamının ve günlük yaşamın motive edici bir parçası olarak kabul edilirken, uzun süreli ve baş edilemeyen iş stresine maruz kalmak tükenmişliğe neden olmaktadır (Kılıç ve diğerleri, 2020).

Tükenmişlik son yıllarda küresel ölçekte artan ve profesyonel yardım mesleklerinde yaşanan bir sorun haline gelmiş, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasında (ICD-11, 2019) mesleki bir fenomen olarak tanımlanmıştır (Kılıç ve diğerleri, 2020; Rossi ve diğerleri, 2012). İki binden fazla sağlık kuruluşunun katıldığı araştırmaya göre hemşirelerin %15,6'sının tükenmiş oldukları ve acil servis hemşirelerinde bu riskin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Laskowski-Jones, 2019). Tanımlanan bu riskler; iş yükü fazlalığı, personel sayısı azlığı, uzun vardiyalar, özerklik düzeyinin az olması, zaman baskısı, yüksek iş temposu ve psikolojik talepler, görev çeşitliliği, rol belirsizliği, rol çatışması, ücret azlığı, olumsuz hemşire-hekim ilişkisi, politik kararlara katılımın azlığı, yöneticilerin otantik liderlik becerilerinin sınırlılığı, sosyal destek azlığı, güvenlik riskleri, bilgi ve deneyim eksikliği, duyguların ifade edilme sorunu, hayır diyememe, reaktif olma, empati yapamama, atılgan davranmama, psikolojik sağlamlık düzeyinin az olması gibi hem bireysel hem de mesleki ve sisteme yönelik özellikler olarak belirlenmiştir (Dall' Ora ve diğerleri, 2020; Laskowski-Jones, 2019).

Tükenmişlik yaşayan kişilerde fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları, kendine güven problemleri, işe karşı ilgisizlik, düşük performans ve hizmet kalitesinde azalma gibi belirtiler görülmektedir (Özgür ve Gümüş, 2011). Dall' Ora ve diğerlerinin (2020) yaptığı derleme çalışmasında, 17 çalışmadan elde edilen kanıtlar tükenmişliğin bakım kalitesi, hasta güvenliği, ilaç hatası, yan etkiler, enfeksiyonlar, hasta düşmeleri, hasta memnuniyetsizliği ve aile şikâyetleri üzerinde olumsuz etkisine işaret etmektedir (Dall' Ora ve diğerleri, 2020).

Çalışma sonuçları, sağlık çalışanlarının acı çeken hasta karşısında çaresiz kaldığı durumlarda merhamet yorgunluğunu deneyimlediği yönündedir (Konal ve Ardahan, 2018; Yoder, 2010).

Merhamet memnuniyeti sağlık hizmetlerinde çalışmanın olumlu yönüdür ve yardıma ihtiyaç duyan bireylere faydalı olabilmekten kaynaklanan ve pozitif bir duygu olan doyumunu ifade etmektedir (Hooper ve diğerleri, 2010). Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunlukla profesyonel yaşam kalitesinin olumsuz yönlerine odaklandığı ve yeni yaşam değerleri yaratarak, işini iyi yapabilmekten alınan hazzı ifade eden merhamet memnuniyeti boyutunun daha az çalışıldığı görülmektedir (Coetsee ve Klopper, 2010). Oysa sağlık hizmetlerinde çalışmanın olumlu yönlerine de dikkat çekilmesinin profesyonel yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları belirtilerin erken saptanması ile yeterli uyku, fiziksel aktivite, doğru beslenme gibi sağlıklı yaşam davranışlarının içinde bulunduğu öz bakım yönetiminin merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği önleme ve azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Dall' Ora ve diğerleri, 2020; Shiparski ve diğerleri, 2011; Xu ve diğerleri, 2020). Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlikle başa çıkmada hem kurumsal hem de bireysel sorumlulukların yerine getirilmesi ile başarılı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının, kendilerinden hizmet alan bireylere etkin bir şekilde hizmet verebilmeleri için öncelikle kendi sağlıklarını en üst düzeyde tutmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşam süreçlerine dâhil etmeleri önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stres yönetimi, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını içermektedir (Öztek ve diğerleri, 2015).

Kurumların, sağlık çalışanlarını güçlendirme, tükenmişliğin ve merhamet yorgunluğunun nedenlerini ele alma sorumluluğu vardır. Merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin önlenmesi ve olumsuz sonuçlarını dengelemek için sağlığı geliştirme programları giderek daha fazla önerilmektedir. Literatürde merhamet yorgunluğu ve sağlığı geliştirme davranışlarının her ikisi de farklı popülasyonlarda araştırılırken, bu değişkenleri birlikte inceleyen az sayıda çalışma vardır (Cecil ve diğerleri 2014; Tanrıverdi ve Işık, 2014). Araştırmalar, hemşirelerin sağlığı geliştirici davranışlarının zayıf olduğunu göstermektedir. Yetersiz uyku, kötü beslenme alışkanlıkları, sigara, yetersiz fiziksel aktivite, stres yönetimi ve başa çıkma stratejileri hemşireler arasında ortak sorunlar olarak tanımlanmıştır (Başkale ve diğerleri, 2016; Bostan ve Beşer, 2017; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesiyle ilgili 2014'te yapılan bir çalışmada stres, beslenme ve egzersiz puanları düşük olarak bulunmuştur (Çakır ve diğerleri, 2015). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin yapılan araştırmalarda, en yüksek puan kendini gerçekleştirme olarak bulunurken, en düşük puan fiziksel aktivite olarak belirlenmiştir. Kendini gerçekleştirme sırasıyla; kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi izlenmektedir. En düşük puanların fiziksel aktivite alt boyutu olduğu görülmektedir. (Bostan ve Beşer, 2017; Çakır ve diğerleri, 2015).

Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik nedeniyle bireysel yaşam kaliteleri ve sundukları hizmetin niteliği olumsuz etkilenmekte, bunun yanı sıra işten uzaklaşmaları sağlık kurumları için kayıp teşkil etmektedir. Bu nedenle çalışanların tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin incelenmesi, profesyonel yaşam kalitesi ve öz-bakım stratejilerinin belirlenmesi amacıyla belirli aralıklarla ölçümlerin yapılması ve güçlendirme programlarının düzenlenmesi önerilmektedir (Dall'Ora ve diğerleri, 2020; Figley, 2002; Xu ve diğerleri, 2020).

Türkiye'de sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalar incelendiğinde; profesyonel yaşam kalitesinin boyutları olan merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını birlikte inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçların konuyla ilgili veri tabanı oluşturularak merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği önleme ve sağlıklı yaşam biçimini geliştirme konusundaki iyileştirme çalışmalarına katkı vermesi beklenmektedir.

AMAC

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve profesyonel yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Alt Sorular

1. Sağlık çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği alt ölçekleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
2. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
3. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 368 hekim ve 548 hemşire olmak üzere toplam 916 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden toplam 317 hekim ve hemşireye veri toplama araçları uygulanmıştır. Veri toplama araçlarını eksiksiz doldurup geri dönüş sağlayan 274 sağlık çalışanının verileri değerlendirilmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Bu çalışmada Tanımlayıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Sağlık çalışanına ait bireysel ve mesleki özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, meslek, eğitim durumu, kurum özellikleri) içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır (Çakır ve diğerleri, 2015; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Tanrıverdi ve Işık, 2014; Uz ve Kitiş, 2017).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ); Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş Likert tipi bir ölçektir. 1-5 arasında puanlanmaktadır. Esin N. (1999) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach Alfa Değeri .91 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan 208'dir. Toplam puan arttıkça, bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir. Ölçekteki 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. maddeler Kendini Gerçekleştirme düzeyini, 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. maddeler Sağlık Sorumluluğu düzeyini, 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. maddeler Fiziksel Aktivite düzeyini, 2, 8, 14, 20,26, 32, 38, 44, 50. maddeler Beslenme düzeyini, 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. maddeler Kişiler Arası İletişim düzeyini, 5, 11, 17, 23, 29,35,41,47. maddeler Stres Yönetimi düzeyini göstermektedir. Bu çalışmada SYBDÖ için Cronbach Alfa Değeri .937 iken, Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği için .809, Sağlık Sorumluluğu için .825, Fiziksel Aktivite için .853, Beslenme için .712, Kişiler Arası İletişim için .769, Stres Yönetimi için .763 bulunmuştur.

Profesyonel Yaşam kalitesi Ölçeği (PYKÖ) (ProQOL R-IV): Stam tarafından 2005 yılında hazırlanmıştır (Stam, 2005). Yeşil ve arkadaşları (2007) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu olmak üzere üç alt ölçekten oluşan 30 maddelik öz bildirim değerlendirme aracıdır. Profesyonel yaşam kalitesi; çalışma yaşantısına dair memnuniyet algısını ölçmektedir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler **merhamet memnuniyetini** ölçen maddelerdir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir (Min 0-Max 50) ve Cronbach Alpha değeri .87'dir.

Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. Maddeler **tükenmişliği** ölçen maddelerdir (Min 0-Max 25) ve Cronbach Alpha değeri .72'dir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler **merhamet yorgunluğu** düzeyini ölçen maddelerdir (Min 0-Max 50) ve Cronbach Alpha değeri .80 olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmaktadır (Yeşil 2007). Bizim çalışmamızda PYKÖ Cronbach Alfa Değeri 0.728, Merhamet Memnuniyeti alt ölçeği için .915, Tükenmişlik için .684 ve Merhamet Yorgunluğu için .809 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen tüm veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında t testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi; değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Post-Hoc analizler, Tukey testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin "Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu" ndan (25/07/ 2017 tarihinde B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06.2017/189) numaralı yazılı etik kurul onayı, çalışmanın yapılacağı kurumdan (09/08/2017 tarihinde 95175836-771) numaralı yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından yazılı olarak onam alınmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmada katılımcıların %78.1'inin kadın, %53.3'ünün evli, %42.6' sının 30 yaş ve altında, %66.4'ünün hemşire olduğu, %22.6'sının cerrahi, %24.8'inin yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %37.5'inin meslekte 6-10 yıl arası çalıştığı, 62.8'inin 24 saat ve üzerinde nöbet tuttuğu belirlenmiştir (Tablo1).

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışları ile profesyonel yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ilişkisi incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ile merhamet memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.420$, $p=.000$). Sağlık sorumluluğu ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-.411$, $p=.000$). Sağlık sorumluluğu ile merhamet yorgunluğu puanları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Fiziksel aktivite ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde, zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.398$, $p=.000$). Fiziksel aktivite ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf, fiziksel aktivite ve merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir. ($r=-.427$, $p=.000$ ve $r=-.153$, $p=.015$) (Tablo 2).

Beslenme ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde, zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=.401$, $p=.000$). Beslenme ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf, beslenme ile merhamet yorgunluğu arasında negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-.386$, $p=.000$ ve $r=-.123$, $p=.049$) (Tablo 2).

Kendini gerçekleştirme ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($r=.588$, $p=.000$). Kendini gerçekleştirme ile tükenmişlik arasında negatif yönde, orta düzeyde,

kendini gerçekleştirme ve merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-.605$, $p=.000$ ve $r=-.206$, $p=.001$) (Tablo 2).

Kişiler arası iletişim ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.547$, $p=.000$). Kişiler arası iletişim ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf, kişiler arası iletişim ve merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-.442$, $p=.000$ ve $r=-.153$, $p=.017$) (Tablo 2).

Stres yönetimi ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.547$, $p=.000$). Stres yönetimi ile tükenmişlik arasında negatif yönde, orta düzeyde, stres yönetimi ile merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-.605$, $p=.000$ ve $r=-.290$, $p=.000$) (Tablo 2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması Tablo 3'te görülmektedir. Buna göre sağlık çalışanlarının yaş ve medeni durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$) (Tablo 3).

Cinsiyete göre fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=.041$) (Tablo 3). Sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puan ortalamalarının kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 3).

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları, meslek ve çalışma koşulları açısından karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının hemşirelerde hekimlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=.003$) (Tablo 3).

Katılımcılar meslekte toplam çalışma süreleri açısından incelendiğinde, çalışma süreleri altı ay beş yıl olan sağlık çalışanlarında kendini gerçekleştirme puan ortalamaları en düşük iken altı-on yıl arası çalışanlarda en yüksek düzeyde olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.039$) (Tablo 3). Post-Hoc analizde, altı ay beş yıl çalışan grubun kendini gerçekleştirme düzeyi puan ortalamalarının, beş-on yıl arası gruba kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tukey, $p=.024$) (Tablo 3).

Sağlık çalışanları çalıştıkları kliniklere göre gruplandırıldıklarında, dâhili branşlar, cerrahi branşlar ve yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=.011$, $p=.005$ ve $p=.002$) (Tablo 3). Post-Hoc analizde yoğun bakım çalışanlarının fiziksel aktivite puan ortalamaları (Tukey, $p=.024$), dahili ve cerrahi branşlara göre (Tukey, $p=.017$), beslenme puan ortalamaları dahili branşlara göre (Tukey, $p=.003$), stres yönetimi puan ortalamaları ise hem dahili (Tukey, $p=.002$) hem de cerrahi (Tukey, $p=.043$) branşlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir (Tablo 3).

Sağlık çalışanları aylık nöbet sayıları açısından sınıflandırıldıklarında, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p=.000$, $p=.007$, $p=.000$, $p=.000$, $p<.006$ ve $p=.000$) (Tablo 3). Post-Hoc analizde aylık 4 ve altında nöbet tutan grubun diğerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p<.05$) (Tablo 3).

Nöbet süreleri 16 saat ve altında olan sağlık çalışanlarının, 24 ve üstünde olanlara kıyasla fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir ($p=.008$ ve $p=.000$) (Tablo 3).

Profesyonel Yaşam Kalitesi

Tablo 4'de Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi ile bireysel, mesleki ve tanımlayıcı özellikler arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının yaşı ile profesyonel yaşam kalitesi alt ölçeklerin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p=.012$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde merhamet memnuniyeti açısından 30-40 yaş arası grubun, 30 yaş ve altı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tukey, $p=.031$) (Tablo 4).

Tükenmişlik düzeyi açısından istatistiksel farklılığın 30 yaş ve altı gruptan kaynaklandığı, hem 30-40 yaş arası gruptan ($p=.038$) hem de 40 yaş ve üstü gruptan ($p=.001$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu düzeyi 30 yaş ve altında en yüksek iken, 30-40 yaş arası daha düşük ve 40 yaş üstü grupta en düşük ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p=.049$) (Tablo 4).

Erkeklerde merhamet memnuniyeti düzeyleri (37.78 ± 10.58) kadınlara göre (34.48 ± 9.21) daha yüksek saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=.024$) (Tablo 4) merhamet yorgunluğu ($p=.360$) ve tükenmişlik ($p=.778$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 4).

Medeni duruma göre tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (Tablo 4). Post-Hoc analizde istatistiksel farklılığın bekarlar ile evliler arasında olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p=.02$). Medeni durum ile merhamet memnuniyeti ($p=.063$) ve merhamet yorgunluğu ($p=.860$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin hekim ve hemşireler arasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p=.408$ ve $p=.795$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışma süresi olanlarda en düşük (32.72 ± 9.32), 6-10 yıl arası çalışanlarda en yüksek (37.22 ± 9.98) iken, 11-20 yıl arası çalışanlarda 35.59 ± 8.73 , 21 yıl ve üstü çalışanlarda 33.60 ± 8.54 olarak tespit edilmiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.012$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde 6 ay-5 yıl çalışan grubun merhamet memnuniyet düzeylerinin 6-10 yıl arası çalışan gruba göre çok daha düşük olduğu (Tukey, $p=.019$), diğer gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tukey, $p>0.05$). Tükenmişlik düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışanlarda en yüksek iken 6-10 yıl arası, 11-20 yıl arası ve 21 yıl üstünde çalışan gruplarda benzer olarak bulunmuştur. Fark istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilmiştir ($p=.000$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde 6 ay-5 yıl çalışan grubun tükenmişlik düzeyleri, 6-10 yıl çalışan grup (Tukey, $p=.001$) 11-20 yıl arası çalışan grup (Tukey, $p=.019$) ve 21 yıl üstünde çalışan grubun (Tukey, $p=.004$) ortalamalarına göre anlamlı olarak daha düşük iken, diğer grupların kendi aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>.05$) (Tablo 4).

Çalışma süresi ile Merhamet yorgunluğu düzeyleri de 6 ay-5 yıl çalışan grupta en yüksek iken (19.83 ± 7.41), 6-10 yıl arası çalışanlarda 16.80 ± 6.27 , 11-20 yıl arası çalışanlarda 17.38 ± 8.06 ve 21 yıl üstünde çalışanlarda 16.00 ± 5.68 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4). Post-Hoc analizde istatistiksel farklılığın 5 yıl altında çalışan grup ile 6-10 yıl çalışan grup arasında olduğu saptanmıştır (Tukey, $p=.019$) (Tablo 4).

Katılımcıların çalıştığı kliniğe göre, tükenmişlik düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4). Post-Hoc analizde farkın dahili kliniklerde çalışanların tükenmişlik düzeyinden kaynaklandığı ve cerrahi ve yoğun bakım kliniklerinde çalışanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tukey, $p=.021$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri aylık 4 ve altında nöbet tutanlarda en yüksek iken (40.50 ± 9.82), 11 nöbet üstünde nöbet tutanlarda en düşük (29.72 ± 8.23) olarak tespit edilmiştir ($p=.000$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde, istatistiksel anlamlılığın 4 ve altında nöbet tutan grupla 5-10 nöbet arası nöbet tutan grup arasında olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p=.024$) (Tablo 4).

Tükenmişlik düzeyleri ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük (15.92 ± 7.76), 11 nöbet ve üstünde tutanlarda en yüksek olarak (23.22 ± 7.20) saptanmıştır ($p=.000$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde 4 ve altında nöbet tutan grubun, 5-10 nöbet tutan grup ve 11 ve üstünde nöbet tutan gruba oranla anlamlı olarak daha düşük tükenmişlik düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p=.000$) (Tablo 4).

Aylık 5-10 nöbet tutan grubun tükenmişlik düzeyleri ise nöbet tutmayanlar ($p=.002$) ve ayda 4 nöbet ve altında tutanlara ($p=.002$) oranla anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Benzer şekilde merhamet yorgunluğu düzeyleri ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük iken (15.66 ± 6.11), nöbet tutmayan, ayda 5-10 nöbet tutan ve 11'den fazla nöbet tutan gruplarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir (18.44 ± 6.77 , 18.67 ± 7.42 ve 17.75 ± 7.33) ($p=.029$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde istatistiksel farklılığın 4 nöbet ve altında nöbet tutan grupla 5-10 nöbet tutan grup arasında olduğu saptanmıştır (Tukey, $p=.024$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri nöbet sürelerine göre değerlendirildiğinde nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha yüksek (36.18 ± 11.19), 16 saat ve altında olanlarda daha düşük olarak tespit edilmiştir (32.73 ± 7.57). Tükenmişlik düzeyleri ise nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha düşük iken (18.85 ± 7.93), 16 saat ve altında olanlarda (22.50 ± 6.76) yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=.001$). Merhamet yorgunluğu açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p=.917$) (Tablo 4).

Tablo 1. Katılımcıların bireysel özellikleri (n=274)

Bireysel Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	60	21.9
	Kadın	214	78.1
Medeni durum	Evli / birlikte yaşıyor	146	53.3
	Bekâr/ Boşanmış	128	46.7
Yaş	30 yaş ve altı	116	42.6
	31-40 yaş arası	104	38.2
	41-50 yaş arası	42	15.4
	51 yaş ve üstü	10	3.7
Meslek	Hekim	90	33.1
	Hemşire	182	66.9
Çalıştığı klinik	Dahiliye	38	13.9
	Cerrahi	62	22.6
	Yoğun Bakım	68	24.8
	Psikiyatri	10	3.6
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	18	6.6
	Aile Hekimliği	56	20.4
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	6	2.2
	Ortopedi	10	3.6
Meslekte toplam çalışma süresi	6 ay-5 yıl	82	30.1
	6-10 yıl	102	37.5
	11-20 yıl	46	16.9
	21 ve üstü	42	15.4
Nöbet sayısı	Nöbet yok	56	20.4
	4 nöbet ve altı	82	29.9
	5-10 nöbet	98	35.8
	11 nöbet ve üstü	38	13.9
Nöbet süresi	16 saat ve altı	82	37.3
	24 saat üstü	138	62.7

Tablo 2: Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının İlişkisi

		Merhamet memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu
Sağlık sorumluluğu	r	0.420**	-0.411**	-0.100
	p	<.001	<.001	.112
	n	258	256	252
Fiziksel aktivite	r	0.398**	-0.427**	-0.153*
	p	<.001	<.001	.015
	n	256	256	252
Beslenme	r	0.401**	-0.386**	-0.123*
	p	<.001	<.001	.049
	n	260	260	256
Kendini gerçekleştirme	r	0.588**	-0.605**	-0.206**
	p	<.001	<.001	.001
	n	260	258	254
Kişiler arası iletişim	r	0.547**	-0.442**	-0.153*
	p	<.001	<.001	.017
	n	250	248	246
Stres yönetimi	r	0.526**	-0.605**	-0.290**
	p	<.001	<.001	<.001
	n	262	262	260

Pearson korelasyon testi

**p=.000 anlamlılık düzeyi

Tablo 3: Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçim davranışlarının karşılaştırılması

	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Kendini gerçekleştirme		Kişiler arası iletişim		Stres yönetimi	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
30 yaş ve altı	20.09	4.63	16.55	4.94	20.32	4.14	24.23	4.42	24.84	4.14	17.43	4.15
30-40 yaş	20.11	4.81	16.61	5	21.59	4.55	24.98	5.15	25.05	3.99	17.98	4.13
40 yaş ve üstü	19.97	3.57	17.16	5.22	21.13	3.65	25.43	3.57	24.68	2.84	18.16	3.44
	F=1.104 p=.348		F=2.477 p=.062		F=1.807 p=.146		F=0.894 p=.401		F=0.356 p=.785		F=0.579 p=.630	
Erkek	19.22	3.95	18.04	5.79	21.86	5.09	25.3	5.28	25.15	3.91	18.4	5.01
Kadın	20.25	4.56	16.29	4.77	20.62	3.99	24.59	4.31	24.75	3.82	17.61	3.63
	t=-1.647 p=.103		t=2.082 p=.041		t=1.694 p=.095		t=0.903 p=.095		t=0.660 p=.511		t=1.145 p=.256	
Evli birlikte yaşıyor	20.16	4.49	16.18	5.13	20.89	4.24	24.82	4.35	24.94	3.75	17.84	4.06
Bekar	20.23	4.37	16.96	4.89	20.96	4.33	24.65	4.87	24.94	3.98	17.72	3.82
Boşanmış	17.29	4.18	19.14	4.69	20	4.08	24.57	3.55	22.67	2.99	17.71	4.63
	F=2.866 p=.059		F=2.575 p=.076		F=0.319 p=.727		F=0.049 p=.952		F=2.030 p=.133		F=0.029 p=.971	
Hekim	18.91	4.29	16.52	5.51	20.86	4.16	24.27	4.84	24.43	3.9	17.69	4.03
Hemşire	20.62	4.46	16.64	4.77	20.77	4.21	24.88	4.3	25	3.8	17.75	3.91
	t=-3.007 p=.003		t=-0.165 p=.869		t=0.179 p=.858		t=-0.989 p=.324		t=-1.118 p=.265		t=-0.113 p=.910	
6 ay-5 yıl	20.1	4.75	16.9	4.83	20.27	4.3	23.69	4.24	24.65	4.4	17.34	4.23
6-10 yıl	19.9	4.58	16.41	5.27	21.26	4.47	25.62	5.16	25.5	3.99	18.1	4.24
11-20 yıl	19.7	3.88	16.09	4.31	21.26	4.55	24.35	3.98	24.13	2.77	17.48	3.36
21 ve üstü	20	3.34	17.14	5.66	20.57	3.28	24.75	3.48	24.21	2.97	18	3.42
	F=0.090 p=.365		F=0.456 p=.713		F=0.992 p=.397		F=2.856 p=.039		F=1.858 p=.137		F=0.674 p=.589	
Dahili branşlar	20.45	4.33	17.06	5.31	21.55	4.26	25.1	4.53	24.85	3.63	18.42	3.89
Cerrahi branşlar	19.74	4.56	17.37	5.15	21.03	4.36	24.59	4.71	24.68	4.27	17.95	4.54
Yoğun bakım	19.59	4.58	15.06	4.01	19.47	3.85	24.24	4.32	25	3.74	16.38	3.05
	F=1.025 p=.360		F=4.594 p=.011		F=5.574 p=.005		F=0.848 p=.431		F=0.123 p=.884		F=6.160 p=.002	
Nöbet yok	20.96	3.84	15.29	4.96	20.89	4.03	24.39	4.05	24.07	2.3	17.61	3.34
4 nöbet ve altı	21.5	4.73	18.18	4.91	22.85	4.4	26.58	3.98	26.05	4.1	19.88	4.1
5-10 nöbet	19.19	4.16	16.36	5.09	19.9	3.86	23.88	4.64	24.65	3.52	17.1	3.77
11 nöbet ve üstü	17.95	4.29	16.17	4.63	19.16	3.77	23.74	4.97	23.89	5.16	15.26	2.94
	F=8.051 p=.000		F=4.166 p=.007		F=10.493 p=.000		F=6.460 p=.000		F=4.211 p=.006		F=15.898 p=.000	
Nöbet süresi 16 saat ve altı	19.32	4.42	15.79	4.71	20.49	4.29	24.2	4.34	24.69	3.81	16.54	3.58
Nöbet süresi 24 saat üstü	20.18	4.67	17.67	5.05	21.21	4.4	25.22	4.78	25.22	4.29	18.55	4.25
	t=-1.344 p=.180		t=-2.673 p=.008		t=-1.181 p=.239		t=-1.569 p=.118		t=-0.890 p=.324		t=-3.600 p=.000	

T test ve One Way ANOVA

Tablo 4: Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklere göre profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

		Merhamet memnuniyeti		Tükenmişlik		Merhamet yorgunluğu	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Yaş	30 yaş ve altı	33.66	8.85	21.55	6.71	18.59	7.09
	30-40 yaş	37.09	10.52	18.95	8.26	17.71	7.4
	40 yaş ve üstü	35.5	9.01	17.39	7.21	15.46	5.76
		F=3.747 p=.012		F=4.134 p=.007		F=2.652 p=.049	
Cinsiyet	Erkek	37.78	10.58	18.78	8.63	17.38	7.94
	Kadın	34.48	9.21	19.95	7.2	17.7	6.72
		t=2.272 p=.024		t=-0.920 p=.360		t=0-0.283 p=.778	
Medeni durum	Evli / birlikte yaşıyor	36.46	9.65	18.26	8	17.86	7.34
	Bekâr	33.65	9.28	21.44	6.08	17.37	6.12
	Boşanmış	33.86	9.96	20.86	9.76	17.43	9.81
		F=2.796 p=.063		F=5.874 p=.003		F=0.151 p=.860	
Meslek	Hekim	33.48	9.65	20.35	7.13	17.84	7.81
	Hemşire	35.83	9.35	19.55	7.6	17.59	6.57
		t=-1.895 p=.059		t=-1.830 p=.408		t=0.250 p=.795	
Meslekte toplam çalışma süresi	6 ay-5 yıl	32.72	9.32	22.77	6.63	19.85	7.41
	6-10 yıl	37.22	9.98	18.62	7.32	16.8	6.27
	11-20 yıl	35.59	8.73	18.83	7.5	17.38	8.06
	21 ve üstü	33.6	8.54	18.05	7.82	16	5.65
		F=3.741 p=.012		F=6.314 p=.001		F=3.924 p=.009	
Çalıştığı klinik	Dahili branşlar	35.84	9.83	18.35	7.66	17.46	6.94
	Cerrahi branşlar	34.08	9.42	20.94	7.58	18.56	8.06
	Yoğun bakım	35.06	9.29	20.91	6.78	16.94	5.72
		F=768 p=.465		F=0.3918 p=.021		F=0.989 p=.373	
Nöbet sayısı	Nöbet yok	36.27	6.77	17.96	6.51	18.44	6.77
	4 nöbet ve altı	40.5	9.82	15.92	7.76	15.66	6.11
	5-10 nöbet	32.43	9.07	22.24	6.39	18.67	7.42
	11 nöbet ve üstü	29.72	8.23	23.22	7.2	17.75	7.33
		F=17.384 p=.000		F=15.941 p=.000		F=3.061 p=.029	

T test ve One Way ANOVA

TARTIŞMA

Bu çalışmada PYKÖ merhamet memnuniyeti düzeyini yaşın, cinsiyetin, haftalık nöbet sayısı ve süresinin, mesleğin (hekim/hemşire), medeni durum ve çalışma yılının etkilediği bulunmuştur. Profesyonel yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda, yaş, çalışma yılı, nöbet sayısı ve süresi ile merhamet memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Başkale ve diğerleri, 2016; Khan ve diğerleri, 2015; Rossi ve diğerleri, 2012; Yılmaz ve Üstün, 2019; Yoder, 2010; Yu ve diğerleri, 2016; Wu ve diğerleri, 2015;). Rossi ve diğerlerinin (2012) profesyonel yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarında cinsiyet ile merhamet memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada benzer şekilde erkeklerde merhamet memnuniyeti düzeyinin kadınlardan yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmasının fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyleri meslek ve çalışma koşullarına göre karşılaştırıldığında, hemşirelerde merhamet memnuniyeti düzeyleri hekimlere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Merhamet memnuniyeti düzeyleri nöbet sayı ve süresine göre değerlendirildiğinde aylık dört ve altında nöbet tutanlarda en yüksek iken, 11'in üstünde nöbet tutanlarda en düşük olarak tespit edilmiştir. Nöbetler biyolojik ritmi ve günlük rutini olumsuz etkileyen ve yüksek sorumluluk duygusu ile stresi tetikleyen süreçlerdir (Kaçan ve Örsal, 2018; Türkol ve Güneş, 2012). Tanrıverdi ve Işık (2014) Anadolu yakasındaki özel hastanelerde çalışan doktor ve hemşirelerle SYBÖ ve profesyonel yaşam kalitesini ölçen 14 soruluk bir anket kullanarak yaptıkları çalışmada, stres yönetimi ile profesyonel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Artan stresin merhamet memnuniyeti düzeyini düşürdüğü düşünülmektedir (Tanrıverdi ve Işık, 2014).

Çalışmamızda katılımcıların çalıştığı kliniğe göre sınıflandırılmasıyla yapılan değerlendirmede dâhili branşlarda tükenmişlik düzeyleri daha düşük iken, cerrahi branşlarda ve yoğun bakım çalışanlarında daha yüksek tespit edilmesinin iş yükünün fazla olması, personel sıkıntısı, kriz yönetimi, kritik hastalara bakım verme, hasta yakınlarının beklentileri ve hasta ölümlerinin sık yaşanması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Kaçan ve Örsal, 2018; Meadors, 2011; Tanrıverdi ve Işık, 2014). Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde ise çalıştığı klinikler açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası iletişim, stres yönetimi ve beslenme düzeyindeki artış merhamet memnuniyeti düzeyindeki artışla ilişkili bulunmuştur. Otuz yaş altı grupta merhamet memnuniyeti düzeylerinin düşük bulunması deneyimsiz sağlık personelinin kariyer sürecini tamamlamaya çalışırken yaşamakta oldukları belirsizliğin ve hayatlarına yön verme çabasının merhamet memnuniyetini etkilediğini düşündürmektedir. Yine aynı grupta tükenmişlik düzeylerinin en yüksek seviyede bulunmasının bu fikri pekiştirerek merhamet memnuniyeti oranını düşürmekte olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada otuz ve kırk yaş arasında merhamet memnuniyetinin en yüksek düzeyde bulunması kim olduğunu ve ne yapmak istediğini keşfetmiş, alanında deneyim kazanmış ve kariyer yolundaki engelleri aşmış sağlık personelinin merhamet memnuniyetinin arttığını göstermektedir. Aynı yaş grubunda kendini gerçekleştirme düzeylerinin yüksek bulunması bu düşünceyi destekler niteliktedir. Rossi ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada merhamet memnuniyetini otuz yaş ve altında en yüksek tespit ederken, yaşla birlikte hafif bir düşüş gösterdiğini gözlemlemişler, ancak farkı anlamlı bulmamışlardır. Yoder 2010 yılında hemşirelerle yaptığı çalışmada merhamet memnuniyeti değerlerini otuz yaş altında en yüksek, otuz ve kırk yaş arası düşük ve kırk yaş üzerinde yüksek bulmuştur. Literatürdeki farklı sonuçların farklı ülkelerdeki eğitim, mezuniyet, uzmanlaşma, kültür ve yaşam süresi ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Wu ve arkadaşlarının onkoloji hemşireleriyle 2015 yılında Amerika ve Kanada'da yaptıkları çalışmada katılımcıların yaş aralıklarına bakıldığında bu çalışmadaki en yüksek yaş aralığının Wu ve arkadaşlarının çalışmasında en düşük yaş aralığına karşılık geldiği ve 51 yaş üstü katılımcılarda merhamet memnuniyeti düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Yaş sınıflamamızda bu çalışmadaki en yüksek yaş aralığının en düşük yaş aralığına karşılık gelmesi Amerika ve Kanada'daki yaşam ve çalışma koşullarının, emeklilik yaşı, hemşirelik mesleğinin bu ülkelerde her yıl yapılan güvenilirlik anketlerinde birinci sırada yer almasının ve mesleki saygınlığının etkisi olduğunu düşündürmektedir.

PYKÖ tükenmişlik düzeyini medeni durum, çalışma yılı, nöbet sayısı ve süresinin etkilediği, tükenmişliği artıran çalışma koşullarının sağlık sorumluluğu puanlarını düşürdüğü saptanmıştır. Katılımcıların çalıştığı kliniğe göre sınıflandırılmasıyla yapılan değerlendirmede dâhili branşlarda tükenmişlik düzeyleri daha düşük iken, cerrahi branşlarda ve yoğun bakım çalışanlarında daha yüksek tespit edilmiştir. Tükenmişlik düzeylerinin cerrahi ve yoğun bakım çalışanlarında dâhili branşlara göre yüksek bulunmasının hasta bakımının ileri takip gerektirmesi ve yorucu olması, yoğun bakımda uzun süreli olarak hastanın acısına tanıklık etmenin getirdiği duygusal yükler, personel sayısı ve hastane kaynakları yetersizliği, uyku düzeni ve kapalı alanda çalışma ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Otuz yaş ve altı grupta tükenmişlik düzeyi en yüksek, merhamet memnuniyeti düzeyi en düşük tespit edilmiştir. Tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti düzeylerinin birbirlerini etkilediği bu nedenle tükenmişlik düzeyinin yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Medeni duruma göre karşılaştırıldığında, tükenmişlik düzeyleri bekârlarda yüksek, evlilerde en düşük bulunmuştur. Tükenmişlik düzeylerinin bekârlarda yüksek evlilerde düşük olması, evlilerin planlı bir hayat sürmesi, bekârların hayata dair beklenti ve hedeflerinin daha yüksek olması ile belirsizlikten kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (Özcanarlan ve Önen, 2020; Taycan ve diğerleri, 2006).

PYKÖ Merhamet yorgunluğu düzeyini yaşın, çalışma yılının, çalışma yerinin, nöbet sayısı ve süresinin etkilediği saptanmıştır. Beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivite düzeylerindeki düşüşün tükenmişlik ve

merhamet yorgunluğu düzeylerinde düşüşe eşlik ettiği saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu düzeyi nöbet sayısına göre değerlendirildiğinde ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük iken, nöbet tutmayan, ayda 5-10 nöbet tutan ve 11'den fazla nöbet tutan gruplarda daha yüksek tespit edilmiştir. Nöbetli ve vardiyalı çalışma sistemi tüm yaş aralıklarında zorlayıcı ve yorucu olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmalarda sürekli olarak gece çalışan personelin güneş ışığından uzak kalmasının D vitamini eksikliği, depresyona yatkınlık ve beslenme bozukluklarına yol açtığı, uykuda geçirmesi gereken zamanın yapay ışık altında geçirilmesinin melatonin hormonu salgılanma düzenini bozarak yaşlanma ve kanser eğilimine neden olduğu gözlenmiştir (Bacak ve Kazancı, 2014; Özdemir ve diğerleri, 2018).

SYBÖ alt boyutları düzeyleri incelendiğinde stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme düzeylerinin ilerleyen yaşla yükseldiği, meslekte çalışma yılı arttıkça kendini gerçekleştirme düzeyinin arttığı saptanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi erkeklerde yüksek bulunurken nöbet sayısı ve süresinin fiziksel aktivite düzeyini etkilediği saptanmıştır. Kadınların fiziksel aktivite boyutunun erkeklerden düşük olma sebepleri konusunda toplumumuzda kadın ve erkeğin ev sorumluluklarının ve görev dağılımlarının erkeğe daha fazla alan yaratmakta olduğu ve nöbet sistemi ile çalışan kadın hekim ve hemşirelerin egzersiz yapmak için kendilerine zaman ayıramadıkları düşünülmektedir.

Haftalık çalışma süresi ve nöbet sayısı arttıkça beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, fiziksel egzersiz, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarının düştüğü ve sağlık sorumluluğu düzeyinin hemşirelerde hekimlerden yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda bulunan değerler Türkol ve Güneş'in (2012) asistan hekimlerle yaptıkları çalışmadaki değerlerle benzerlik göstermekte, nöbeti olmayanlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi ölçeklerinin puanları yükselirken, nöbet sıklığı ile puanlarda belirgin olarak düşüş saptanmaktadır (Çakır ve diğerleri, 2015; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Türkol ve Güneş, 2012; Uz ve Kitiş, 2017). Literatürde hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşılaştıran çalışmaya rastlanamamıştır. Medeni durum açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları açısından fark gözlenmemiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaş arasında bir ilişki bulunamamıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak 538 hemşire ile yapılan bir çalışmada 25 ve daha küçük yaşta hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamasının diğer yaş gruplarından yüksek olarak saptanırken, 41 yaş ve üzerindeki ortalamanın yeniden 25 yaş altındakine yaklaştığı bulunmuştur (Uz ve Kitiş, 2017). Bu çalışmada yaş artışı ile görülen puan artışı diğer çalışma bulguları ile uyum göstermekle birlikte literatürden farklı olarak yaş ile ilişkili çıkmama nedeninin çalışmaya katılanların yaş ortalamasının benzerliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlık sorumluluğu, kişiler arası iletişim, stres yönetimi ve beslenme alt ölçek puanları incelendiğinde cinsiyet açısından farklılık göstermemiştir. Literatür incelendiğinde sağlık sorumluluğu boyutunun kadınlarda erkeklerden yüksek olduğu bulunmuştur (İlhan ve diğerleri, 2010). Yine beslenme alt ölçeği puanları kadınlarda erkeklerden yüksek bulunmuştur (Bostan ve Beşer, 2017; Çakır ve diğerleri, 2015). Bu değişken açısından daha ayrıntılı incelemeye gereksinim olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile profesyonel yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi düzeylerindeki artış, merhamet memnuniyeti düzeylerinde artışla, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde azalma ile ilişkili bulunmuştur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça profesyonel yaşam kalitesinin arttığı saptandığı için sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının desteklenmesi ve geliştirilmesine yönelik düzenlemeler önerilmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yoğun bakımlarda çalışanlarda, nöbet sayısı ve süresi yüksek olanlarda kötü olduğu bulunmuştur. Otuz yaş altında olan, altı ay ve beş yıl çalışma süresi olan, cerrahi kliniklerde çalışan ve aylık beş-on arası nöbet tutan sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri yüksek, yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları düşük bulunmuştur. Bu özellikleri olan sağlık çalışanlarının Risk grubu içinde oldukları göz önünde bulundurularak yönetimlerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla belli aralıklarla ölçümler yapılması, tükenmişlik konusunda koruma çalışmalarına öncelik verilmesi amacıyla sağlıklı yaşam biçimi ve profesyonel yaşam kalitesi konusunda farkındalıklarının artırılması için eğitim ve farkındalık çalışmaları planlanması önerilmektedir.

İşe yeni başlayan deneyimsiz personelin, cerrahi ve yoğun bakımda çalışanların, nöbet sayısının fazla olmasının tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu açısından risk oluşturması nedeniyle işe başlar başlamaz merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik bulguları konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir. Çalışmakta olan ekibin düzenli aralıklarla farkındalık eğitimlerine alınması, nöbet ve vardiya sisteminin sağlık çalışanları lehine yeniden düzenlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

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

B.Ü...: Fikir, Tasarım, Denetleme/Danışmanlık, Analiz ve Yorum, Eleştirel İnceleme

Çıkar Çatışması

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

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

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

KAYNAKLAR

- Alan, H. (2018). Merhamet yorgunluğu ve yönetici hemşirenin rolü. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(2), 141-146
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Güneştaş, İ. (2015). Tıp fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 12-18.
- Bacak, B., Kazancı, E. (2014). Türk çalışma hayatında vardiyalı gece çalışan işçilerin karşılaştığı fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkilerin değerlendirilmesi. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 3(6), 133-149.
- Başkale, H., Partlak Günüşen, N., Serçekuş, P. (2016). Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(2), 125-133.
- Bentley, D. (2007). Mindfulness and counselling self-efficacy: The Mediating Role Of Attention And Empathy (Dissertation). Kasım 23, 2017. Erişim adresi: [Http://libres.uncg.edu/ir/listing.aspx?id=1235](http://libres.uncg.edu/ir/listing.aspx?id=1235)
- Bostan, N., Beşer, A. (2017). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1),38-44.
- Boyle, D. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1):2. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02>.
- Cecil, J., Mchale, C., Laidlaw, A. (2014). Behaviour and burnout in medical students. *Medical education Online*, Volume 19, <https://doi.org/10.3402/meo.v19.25209>
- Charlescraft, A.S., Tartaglia, A., Dodd-Mccue, D., Barker, S.B. (2010). When caring hurts .pilot study supporting compassion-fatigued pediatric critical care nurses. *E-Journal Of The Association Of Professional Chaplains*, 36(2), 16-24.
- Coetzee, S. K., Klopper, H.C. (2010) Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nurs Heal Sci*, 12,235-243.
- Cosley BJ, McCoy SK, Saslow LR, Epel ES (2010) Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and Social support for physiological reactivity to stress. *J Exp Soc Psychol*, 46:816-823.
- Çakır, M., Piyal, B., Aycan, S. (2015). Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. *Ankara Med J*, 15(4),209-219.
- Dall'Orca C., Ball . , Reinius M., Griffiths P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(41),2-17.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M., İbrikçi, S. (1994). Sağlığı Sürdürme, *Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni*,8(32), 28-36.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (2002). *Treating Compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge

- Hooper C, C., Craig, J., RN, DHA, Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., Reimels, E., Anderson, Greenville, and Clemson, SC (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*, 36(5),420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027.
- Joinson, C. (1992). Coping With Compassion Fatigue . *Nursing*, 22(4),116-121.
- Kaçan C.Y, Örsal Ö. (2018). Yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişliği etkileyen faktörler: Sistematik derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 22(1), 25-36.
- Khan, A., Ma, A., Malik, Nj. (2015). Compassion fatigue amongst health care providers. *Park Armed Forces Med J*, 286-289.
- Kılıç, D., Bakan, B. A., Aslan, G., Uçar, F. (2020). Onkoloji birimleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde etik duyarlılık ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 20-29.
- Konal, E., Ardahan, M. (2018). Merhamet yorgunluğu ve hemşirelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 18(1), 11-16.
- Kret, D. (2011). The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients. *Medsurg Nursing*, 20(1), 29-36.
- Laskowski-Jones L. (2019). Clinician burnout and resilience. *Nursing*, 49(11),6.
- Lombardo, B., Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: a nurse's. *Online journal of issues in nursing*, 16(1),3 doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man03.
- Meadors, P., Lamson, E. (2011). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self-care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Özdemir, Güzel, P., , Ökmen, A.C., Yılmaz, O. (2018). Vardiyalı çalışma bozukluğu ve vardiyalı çalışmanın ruhsal ve bedensel etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1),71-83.
- Özgür, G, Gümüş, Ş. (2011). Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24,296-305
- Özcanarşlan, F., Önen, B. (2020). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik sendromu: Adana ili örneği. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6(3), 298-313
- Öztek, Z., Eren, N., Üner, S., Güler Ç., Akin, L. (2021) Sağlık hizmetleri ve sağlık yönetimi. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Pehlivan, T., Güner, P. (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 129-134.
- Polat, F.N., Erdem, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesiyle ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(1),291-312.
- Rego, A., Godinho, L., McQueen, A., And Cunha, M.P. (2010). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Service Industries Journal*, 30(9), 1419-1437.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., Amadeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, Dec 30;200(2-3):933-938.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: mechanisms and outcomes. *Journal Of General Internal Medicine*, 21 Suppl 1(Suppl 1),28-34.
- Sabo, B. M. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01>.
- Shiparski, L., Richards, K., Nelson, J. (2011). self-care strategies to enhance caring. *Nurse Leader*, 9(3), 26-30
- Stamm, B. (2009). Compassion satisfaction and compassion fatigue in self-care, management, and policy of suicide prevention hotlines. Ağustos 5, 2017. www.Proqol.Org.: <http://www.Proqol.Org/>
- Şimşekoğlu, N., Mayda, A.S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Tanrıverdi, H., Işık, S. (2014). Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 7,125-134.

- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian journal of psychiatry*, 7(2),100-108.
- Türkol, E., Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 66-159.
- Ulamış, B., Özmen, D. (2014). Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Tepecik Eğitim Hast Dergisi*, 24(2), 119-125.
- Uz, D., Kitiş, Y. (2017). Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3),27-39.
- Xu H., Kynoch K., Tuckett A., Eley R. (2020). Effectiveness of interventions to reduce emergency department staff occupational stress and/or burnout: a systematic review. *JBIM Evid Synth*, 18(6),1156-88
- Wu, S., Singh-Carlson, Odell, A., Reynolds, G. and Su, Y. (2015). Compassion Fatigue, Burnout, And Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses In The United States And Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), 161-169. DOI: 10.1188/16.ONF.E161-E169.
- Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., (2010). Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*,47(2),111-117.
- Yılmaz G., Üstün B. (2019). Onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kalitesini ve travma sonrası gelişim düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve mesleki faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4), 241-250.
- Yoder, E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4),191-197.
- Yu, H.,Jiang, A., Shen, J. (2016). Prevalance And Predictors Of Compassion Fatigue, Burnout And Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses:A Cross-Sectionalsurvey. *International Journal Of Nursing Studies*, 57, 28-38.

Sultan ÖZKAN¹
Orcid: 0000-0002-2013-8029

Arzu SALIK ASAR²
Orcid: 0000-0002-2756-1073

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar
Hemşireliği Anabilim Dalı

² Aydın Devlet Hastanesi

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sultan Özkan
sultanozkan2000@yahoo.com

Anahtar Sözcükler:

Tele sağlık; tele cerrahi; tele
hemşirelik; tele cerrahi hemşireliği.

Keywords:

Telehealth; telesurgery; telenursing;
tele surgical nursing.

Cerrahi Hemşireliğinde Tele Sağlık Uygulamaları

Telehealth Applications in Surgical Nursing

Gönderilme Tarihi: 6 Ağustos 2020

Kabul Tarihi: 17 Mart 2021

ÖZ

Tele sağlık uygulamaları; hastaneye uzak mesafede yaşayan hastaların takibi, hasta takibi için planlanmış ev ziyaretlerinin ve hastaneye yapılan yatışların azaltılması, hastaların kendi sağlık bakımında yetkin olmalarının sağlanması ve kısa zamanda düşük maliyetli sağlık hizmeti sunmak amacı ile kullanılmaktadır. Özellikle ameliyat gereken cerrahi hastalarının, cerrahi hizmet erişimini kolaylaştırmak, tedavi ve bakımdaki boşlukları azaltmak için tele sağlık uygulamaları kullanılmaktadır. Tele sağlık uygulamalarındaki gelişmelerden hemşirelik mesleği de etkilenerek tele hemşirelik kavramı ortaya çıkmıştır. Tele hemşirelik; telekomünikasyon araçlarının kullanılarak, hemşire-sağlık profesyoneli, hemşire-hemşire ve hemşire-hasta etkileşiminin gerçekleştirilmesi olarak ifade edilmektedir. Cerrahide, tele hemşirelik uygulamaları hasta taburcu olduktan sonra telefon ile izlem, video konferans ile izlem şeklinde olmaktadır. Uzaktan cerrahi bakımda, iletişim bir araç ile sağlandığı için; hastanın ve yakınlarının, hemşire ile yüz yüze iletişiminin engellenmesi ve bilgilerin elektronik ortamda güvenlik ve gizliliğinin sağlanamaması önemli dezavantajlar olarak değerlendirilebilmektedir. Literatürde; tele hemşirelik uygulamalarının olumlu sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte, ülkemizde cerrahi alanında tele hemşirelik uygulamaları ile ilgili yapılan araştırmaların sınırlı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, tele hemşirelik uygulamaları ve cerrahi alanında nasıl kullanıldığına ilişkin bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

ABSTRACT

Telehealth applications; are used to monitor patients living far away from the hospital, to reduce home visits and hospitalizations that are planned for patient follow-up, to ensure that patients are competent in their own health care and to provide low cost health services in a short period. Telehealth applications are used to ease the access to surgical services and to reduce gaps in treatment and care of especially surgical patients who need surgery. The nursing profession has also been affected by the developments in telehealth applications and in that way the concept of telenursing emerged. Telenursing; is expressed as the realization of the nurse-health professional, the nurse-nurse and the nurse-patient interaction by using telecommunication tools. In surgery, telenursing applications are followed by telephone monitoring and video conference monitoring after the patient is discharged. Since communication is provided by a tool, in remote surgical care; preventing the face-to-face communication of the patient and his/her relatives with the nurse and the lack of security and privacy of information can be considered as important disadvantages.

In the literature; although there are studies showing that there are positive results of telenursing applications, researches in our country on telenursing applications in the field of surgery has been found to be limited. In this study, it is meant to give some information about telenursing applications and how it is used in the field of surgery.

Kaynak Gösterimi: Özkan S., Salık, Asar, A. (2022). Cerrahi hemşireliğinde tele sağlık uygulamaları. *EGEHFD*, 38(1), 43-48.

Doi:10.53490/egehemsire.777580

How to cite: Özkan S., Salık, Asar, A. (2022). Telehealth applications in surgical nursing. *JEUNF*, 38(1), 43-48. Doi:10.53490/egehemsire.777580

GİRİŞ

Teknoloji; tüm alanlarda olduğu gibi, tele sağlık uygulamalarında da, sağlık profesyonellerinin, bilgi ağlarına kolay ulaşmasını, bilgi alışverişinin gelişmesini ve diğer disiplinlerle olan iletişimin güçlü kılınmasını sağlamıştır. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler; tele sağlık, tele tıp, tele cerrahi, tele hemşirelik gibi kavramların hayatımıza girmesinde etkili olmuştur. Özellikle; tele hemşirelik uygulamalarının artması, hemşirelik bakımını da etkilemiştir. Bu bağlamda hemşireler, uzaktan uyguladıkları bakımın kalitesini artırmak için gelişen bilgi teknolojilerini bilmeli ve uygulamada kullanmalıdır (Çam ve Kaçmaz, 2018). Bu çalışmada, tele hemşirelik uygulamaları ve cerrahi alanında nasıl kullanıldığına ilişkin bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Tele Sağlık

Dünyada, sağlık kuruluşlarının ve bu kuruluşlarda çalışan personel sayısının yetersiz olması, iletişim alanındaki teknolojik gelişmeler, uzaktan tedavi ve bakım uygulamalarına önem verilmesini sağlamıştır (Ersoy, Yıldırım, Aykar ve Fadiloğlu 2015; Ertek 2011).

Tele sağlık, sağlık personeli ile hasta arasında gerçekleşen tıbbi görüşmelerin telekomünikasyon araçları ile sağlanmasıdır. Tele sağlık alan olarak, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici, sağlık bakım hizmetlerini içermektedir (Çam ve Kaçmaz, 2018). Tele sağlık hizmetleri, telefon, video konferans, interaktif televizyon gibi iletişim teknolojileri ile yürütülmektedir (Ertek, 2011). Kleinpell ve diğerlerinin, yaptığı çalışmada, video konferans ve telefon görüşmelerinin karşılaştırılması yapılmış, video konferans ile yapılan görüşmelerin daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kleinpell ve Avitall, 2007). Sağlık alanında kullanılan iletişim araçları, uzak mesafedeki hastaların bilgilerine erişebilme, elektronik sağlık kayıt sistemlerini yönetebilme ve hastalara uzaktan tedavi ve bakım olanağı sağlayabilmektedir (Ersoy ve diğerleri, 2015).

Sağlık hizmet alımının, coğrafi uzaklıktan dolayı zor olması, ortalama yaşam süresinin uzaması, sürekli izlem gerektiren hasta sayısının artması ve birey odaklı sağlık hizmetlerine yönelim tele tıp kavramının hayatımıza girmesini sağlamıştır (Çam ve Kaçmaz, 2018; Ersoy ve diğerleri, 2015; Ertek, 2011).

Tele Tıp

Tele tıp, çeşitli elektronik bilişim araçları ile hastanın tıbbi durumunun tanınması, tedavi edilmesinin sağlanması ve tedavi sonrası izlemlerinin yapılması olarak ifade edilmektedir. Örneğin; Fransa'da 'uzaktan sağlık kabini' adı verilen bölmede hastaların uzaktaki bir doktor ile görüşerek muayene olmaları sağlanmakta ve tedavi sonrası kontrolleri de bu şekilde yapılabilmektedir. Ebola salgınında da; Virginia Üniversitesi'ndeki doktorlar uzaktan tıp teknolojisi sayesinde Afrika'nın bazı bölgelerindeki hastaları muayene ederek, hastaların tedavi edilmesini sağlamışlardır (Çam ve Kaçmaz, 2018). Hasta muayeneleri, gerçek zamanda veya belirlenmiş bir zaman çerçevesi içinde gerçekleşebilir (Chaet, Clearfield, Sabın ve Skimming, 2017). Tele tıp uygulamaları, dünyada birçok branşta hastaların tanı, tedavi, takibinin sürdürülmesinde kullanılsa da ülkemizde gelişmekte olan bir alandır. Tele tıp uygulamaları ile geleneksel sağlık uygulamaları karşılaştırıldığında; tele tıbbin zaman, işgücü, maliyet açısından yararlı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Çam ve Kaçmaz, 2018). Tele tıp ve tele sağlık kavramları birbiri ile çok karıştırılmaktadır (Ertek, 2011). Tele sağlık, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini içerirken, tele tıp, sadece tanı, tedavi ve tedavi sonrası izlem gibi sağlık hizmetlerini içermektedir (Çam ve Kaçmaz, 2018; Ertek, 2011).

Tele Cerrahi

Tele cerrahi, tele tıp alanının cerrahi alana uyarlanma şeklidir. Yetersiz ameliyathane koşullarının bulunması, personel sayısının azlığı ve coğrafi mesafelerdeki uzaklık gibi nedenlerle, tele cerrahi uygulamalarının sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Tele cerrahi; hasta ile fiziksel bağlantı kurmadan, mobil ağ teknolojilerinin kullanılarak ameliyathaneye çok uzak bir konumdan ulaşılarak ameliyat yapılması işlemine denilmektedir. Cerrah, 5G mobil ağ teknolojileri ile çok kısa bir gecikme süresiyle kendisine aktarılan görüntüleri değerlendirmekte ve hasta üzerine yerleştirilmiş uç efektörleri kullanarak ameliyatı gerçekleştirmektedir (Özman, 2020). Örneğin; Pekin'de çalışan bir beyin cerrahı; Sanya şehrinde ameliyat masasında bulunan hastanın ameliyat enstrümanlarını Pekin'den manipüle etmiş ve başarı ile sonlandırılan ameliyat, tele cerrahi olarak literatüre geçmiştir (Yun, Zhaoyi ve Qingqing, 2019). Cerrahin; oturduğu yerden ameliyat yapması, kullanılan aletlerin her yöne hareket yeteneğine sahip olması ve bütün aletleri cerrah kullandığı için yardımcıya gereksinim duyulmaması gibi yararları olmasına rağmen; ameliyat sırasında işitsel, görsel, dokunsal istenmeyen durumların ortaya çıkması; ameliyatın süre olarak uzamasına ve hata yapma olasılığının artmasına neden olmaktadır (Küçükyürük ve Çalış, 2018). Gelecekte; mobil ağ teknolojileri ve tıp alanındaki gelişmelerle tele cerrahinin büyük yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Tele Hemşirelik

Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, hemşirelik alanını da etkilemiştir (Ersoy ve diğerleri, 2015). Hemşireler, uzaktan uygulanan bakımın kalitesini artırmak için gelişen bilgi teknolojilerini bilmeli ve bu teknolojileri uygulamada kullanmalıdır (Çam ve Kaçmaz, 2018; Hintistan ve Çilingir, 2012). Tele hemşirelik; telekomünikasyon ağının, hemşirelik alanına entegre edilme şeklidir (Çam ve Kaçmaz, 2018; Ersoy ve diğerleri,

2015). Hemşire sayısındaki yetersizlik, birey odaklı hasta bakımının sağlanmasını engellemekte ve sağlık hizmetlerinden faydalanma oranını düşürmektedir.

Tele hemşirelikte; hasta ile hemşire arasındaki iletişim; telefon, bilgisayar ve interaktif televizyon kullanılarak sağlanmaktadır (Ay, 2008). Basit bir telefon görüşmesinden, medikal video konferans görüşmelerinin yapılmasına, hemşirenin hastanın monitör bilgilerine evinden internet üzerinden ulaşabilmesine ve hasta-hemşire hekim arasında ziyaret yapılabilmesine kadar birçok girişim tele hemşirelik ile sağlanabilmektedir (Aydın, 2016). Kronik kalp yetmezliği tanısı olan hastaların uzaktan hemşirelik bakım yöntemi ile izlendiği bir çalışmada; hastalar 24 saat hemşireye telefonla ulaşabilmiş ve telefon hattına bağlanan bir kablo aracılığıyla hastanın EKG bilgilerinin kaydı sağlanabilmiştir (Scalvini ve diğerleri, 2004).

Hemşirelerin kaliteli bakım sağlamada en önemli rollerinden biri olan eğitim rolünü gerçekleştirmede, bilgisayar ve internet yaygın olarak kullanılmaktadır. Tele hemşirelik uygulamalarında hasta eğitimi sıklıkla kullanılan ve başarılı rollerden biridir (Çam ve Kaçmaz, 2018). İngiltere’ de yapılan bir çalışmada, uzaktan yapılan bakımda hasta eğitiminin önemli bir yeri olduğu ifade edilmiştir (Debnath, 2004). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada total diz replasmanı sonrasında akıllı telefon ve tabletler ile günlük eğitim alan hastalarda, eğitim almayan hastalara göre istirahat sırasında daha az ağrılarının olduğu tespit edilmiştir (Timmers ve diğerleri, 2019).

Hasta ile ilgili verileri toplamak ve kayıt edilmesini sağlamak için teknolojik cihazlar kullanılmaktadır. Bu cihazlar; akıllı cep telefonları, tabletler, giyilebilir teknolojik ürünler, e-mail, görüntülü mobil bağlantılı cihazlar, hasta takip sistemleri ve haberleşme sistemleridir. Örneğin, hastaların evde ilaç kullanmalarını hatırlamalarını sağlamak amacı ile akıllı telefonlar, hatırlatıcı e-mailler gibi yardımcı araçlar kullanılabilir (Köstekli ve diğerleri, 2020). Hastanın kalp ritmi, tansiyon, solunum sayısı, oksijen saturasyonu, kan şekeri gibi bilgileri takip etmek için giyilebilir teknolojik ürünlerden yararlanılmaktadır (Ersoy ve diğerleri, 2015). Bu ürünler, hastaların giysilerine, üzerinde taşıdığı herhangi bir materyale kolayca entegre edilebilen cihazlardır. Giyilebilir teknolojik ürünler, kablosuz olarak uzun süreli veri takibi sağlamak için tasarlanmış özel elektronik izleme cihazlarıdır. İçerisinde bulunan, mikroçipler, sensörler sayesinde faaliyetlerini sürdürürler. Giyilebilir teknolojik ürünler; bilek odaklı, kol odaklı, bacak odaklı ve ayak odaklı giyilebilir teknolojik ürünler şeklinde sınıflandırılmaktadır (Kılıç, 2017). Giyilebilir teknolojik ürünler ile hastaların yaşam bulguları düzenli ve doğru bir şekilde takip edilmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Polonya da 2018 yılında yapılan bir çalışmada; hastaların ev monitörizasyonu ile günlük olarak yaşam bulguları değerlendirilmiş ve bu değerler kayıt altına alınarak olası riskler kolayca tespit edilmiştir (Glinkowski, Karlinska ve Krupinski, 2018). Gelecek yıllarda, vücut içine yerleşecek sensörlerin geliştirilmesi ile sağlık verilerinin sürekli izlenmesinin mümkün hale geleceği düşünülmektedir (Yeşilyurt, 2018).

Tele hemşirelik uygulamaları ile hastaların bakımının sağlanması, hastaların kendi sağlıklarını takip ve kontrol etme anlayışının gelişmesini sağlamıştır. Tele hemşirelikte, sözlü ve sözsüz iletişimindeki aksaklıklar yanlış anlaşılmalara yol açabilmektedir. Hasta ile iletişimin yüz yüze yapılamaması, göz temasının kurulamaması, hastaya dokunulmaması gibi nedenlerle hasta kendini yalnız ve çaresiz hissedebilir. Koivunen ve diğerlerinin 2018 yılında yaptığı sistematik derlemede tele hemşirelik hizmetlerini kullanmada, bireysel engellerin yönetsel ve teknolojik engellere göre daha sık yaşandığı tespit edilmiştir. Tele hemşirelik, yüz yüze görüşme kadar etkili olmasa da, mevcut personel sıkıntısı gibi durumlarda alternatif yol olarak kullanılabilir.

Tele Cerrahi Hemşirelik

Cerrahi birimlerinde, hastaların düzenli bir şekilde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesinde hemşirelerin büyük rolü bulunmaktadır. 24 saat hasta ile birlikte olan ve hastayı yakından gözlemleyen cerrahi hemşirelerin sayısındaki yetersizliğe bağlı olarak hastaların tedavi ve bakımında aksamalar olmakta, hastanede yatış süresi uzamakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu gibi nedenlere bağlı olarak uzaktan cerrahi bakım girişimleri uygulanmaya başlamıştır (Aksoy, 2017; Kanan, 2017). Tele cerrahi hemşirelik; cerrahi hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cerrahi hazırlık ve bakımının telekomünikasyon araçları ile sağlanması durumudur (Akyolcu, 2017). Tele cerrahi hemşiresinin, hasta hakkında bilgi toplama, hastanın bulgularını takip etme, eldeki bilgiler ile hastanın durumunu eleştirel olarak değerlendirebilme, gerekirse doktoru ile iletişime geçerek tedavi ve bakıma yönelik önerilerde bulunma ve yeni düzenlemeleri hastaya bildirme gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Pazar, Taştan ve İyigün, 2015). Uzaktan cerrahi bakım; ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaları izleme, mevcut kronik hastalıkların takibini yapma ve hastaların acil servis başvurularını azaltmak amacı ile planlanmış hemşirelik girişimleri olarak ifade edilmektedir. Akciğer transplantasyonu uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada; aktivite intoleransı, ekstremiteler kas disfonksiyonu, hareketsizlik, beslenme yetersizliği ve yaşam kalitesindeki azalma gibi hemşirelik tanılarında uygun uzaktan hemşirelik girişimleri uygulanmış ve hastada gelişebilecek komplikasyonların oluşması engellenmiştir (Langer, 2015). Culligan ve diğerlerinin 2017 yılında göğüs cerrahisinde yaptığı çalışmada; uzaktan cerrahi bakımın, hastanın taburculuğundan sonraki bir aylık süreçte çok önemli olduğunu vurgulamış ve uzaktan cerrahi bakımın hasta üzerinde olumlu etkileri olduğunu ifade etmiştir.

Ameliyat sonrası en önemli komplikasyonlardan biri olan cerrahi alan enfeksiyonu, cep telefonu uygulaması ile tespit edilebilmekte bu da bu süreçte cerrahi bakımda büyük yarar sağlamaktadır (Sandberg, Knight, Qureshi ve Pathak, 2019). Pathak ve diğerlerinin 2015 yılında yaptığı çalışmada hasta taburcu olduktan sonra cerrahi insizyon

bölgesi cep telefonu ile gözlem yapılmış ve cep telefonu ile yapılan gözlemin cerrahi alan enfeksiyonu tanısı koymada etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Yapılan başka bir çalışmada; hastalar, hemşireye istenildiği an ulaşabilmenin, hasta bakımında verim ve kaliteyi arttırdığını ifade etmişlerdir (Ersoy ve diğerleri, 2015). Bilik 2006 yılında yaptığı ‘Kalça protezi uygulanmış olan hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi’ adlı çalışmasında; telefon ile hasta izleminin, kalça protezi olan hastaların taburculuk sonrası izleminde etkili olduğunu belirtmiş ve diğer alanlarda da kullanılabileceğini önermiştir. Shahrokhi ve diğerlerinin 2018 yılında yaptığı çalışmada tele hemşirelik bakımı uygulanan kafa travmalı hastaların taburculuk sonrası hastaneye başvurma sürelerinin tele hemşirelik bakımı uygulanmayan hastalara göre daha az olduğu tespit edilmiştir.

Uzaktan cerrahi bakımın amacı; hastaların ameliyat öncesi ve sonrası gelişebilecek fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamak, erken iyileşmesini desteklemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Özellikle, koroner arter bypass greft gibi büyük ameliyatlarda profesyonel ve uzun süreli takip ve hemşirelik bakımı gerekmektedir. Taburculuk sonrası hasta takip sürecinde yaşanan aksaklıklar komplikasyonların gelişmesine ve buna bağlı olarak da hastaların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Tele cerrahi hemşirelik uygulamaları, hastaların tedavi planına uyumunu kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Bikmoradi, Masmouei, Ghomeisi ve Roshanaei, 2016). Hartford 2005 yılında yaptığı çalışmada, ilk defa bypass greft ameliyatı olan hastaların telefon ile yapılan görüşmelerde endişelerinin azaldığı ve bireyselleştirilmiş bakımın sağlığı geliştirmede etkili olduğu belirlenmiştir.

Tele cerrahi hemşireliğinde, telekomünikasyon araçları ve giyilebilir teknolojik ürünler kullanılarak yapılan uzaktan cerrahi bakım, hastaların evlerine taşınmış ve hastaların kendi sağlıkları üzerinde daha fazla öz yönetimin oluşmasını sağlamıştır (Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski ve Blackett, 2004). Rowell ve diğerlerinin, 2014 yılında yaptığı retrospektif bir çalışmada uzaktan cerrahi bakım uygulamalarının, sağlık maliyetinde azalma sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Leshera ve Shah, 2018’de Amerika da yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi süreçte telekomünikasyon hizmetlerinin daha çok kullanıldığı; bu şekilde hastaların, yemek, ulaşım, otel masraflarının azaltıldığı sonucuna varılmıştır. Ameliyat öncesi süreçte sağlanan uzaktan cerrahi bakımın, kırsal bölgede yaşayan hastalarda olumlu etkileri olduğu araştırma sonuçları ile belirlenmiştir. Erken uygulanan tele cerrahi hemşirelik bakımı perioperatif mortalite ve morbitide oranlarını azaltabilir (Barnason, Zimmerman, Schulz ve Tu, 2009).

Dünyada; uzaktan cerrahi bakım uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı, ancak uygulama ile ilgili resmi bir eğitim eksikliğinin olduğu tespit edilmiştir (Çam ve Kaçmaz, 2018). Tele cerrahi hemşirelik yapabilmek için cerrahi hemşirelerinin eğitim almaları ve aldıkları eğitimi belgelendirmeleri gerekmektedir (Kahn ve diğerleri, 2016). Yetki belgesi olmadan çalışan cerrahi hemşireler, uzaktan cerrahi bakım sırasında etik sorunlar ile karşı karşıya kalabilirler. Bu sorunlar ile karşılaşmamak için, tele cerrahi hemşireler için görev tanımları oluşturulmalı, idari destek sağlanmalı ve ulusal politikalar ve yasalar geliştirilmelidir. Bu şekilde gelişebilecek etik sorunların önüne geçilmiş olur (Pazar ve diğerleri, 2015).

Ülkemizde; uzaktan cerrahi bakım uygulamaları ile ilgili araştırmalarının yeterli olmadığı tespit edilmiştir (Çam ve Kaçmaz, 2018). Hastaların kırsal bölgelerde yaşaması, yaşlı hastalara bakım sağlanması ve hastaların teknolojik cihazları kullanmadaki yetersizliklerine bağlı olarak tele cerrahi hemşirelik uygulamalarında sorunlar yaşanmaktadır.

SONUÇ

Sonuç olarak; tele sağlık, tele tıp, tele cerrahi, tele hemşirelik ve tele cerrahi hemşirelik uygulamaları, hastaların tanı, tedavi, bakım ve mevcut olan iletişimin sürdürülmesinde kullanılmaktadır. Özellikle, tele cerrahi hemşireleri sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak için gelişen bilgi teknolojilerini bilmeli ve uygulamada bu bilgileri kullanabilmelidir. Tele cerrahi hemşirelik uygulamaları; uzak mesafeleri kısaltmak, bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmak, hastaların takibini yapmak, hastaneye yapılan yatışları azaltmak ve kısa sürede az maliyetli sağlık hizmeti sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Tele cerrahi hemşirelik uygulamalarının olumlu sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte, ülkemizde tele cerrahi hemşirelik alanında yapılan araştırmaların sınırlı olduğu saptanmıştır. Tele cerrahi hemşirelik ile ilgili kanıta dayalı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Gelecek yıllarda, teknolojiye bağlı olarak tele cerrahi hemşirelik alanında ilerlemelerin hızlı olacağı düşünülmektedir.

Yazar Katkıları;

S Ö: Fikir, tasarım, yorum, yazım, eleştirel inceleme

A S A: Fikir, tasarım, yorum, yazım

KAYNAKLAR

- Aksoy, G. (2017). Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Aksoy G. Kanan N. Akyolcu N., (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I içinde* (s. 257-297). İstanbul: Nobel Tıp Yayın.
- Akyolcu, N. (2017). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. Aksoy G. Kanan N. Akyolcu N., (Ed). *Cerrahi Hemşireliği I içinde* (s. 335-364). İstanbul: Nobel Tıp Yayın.
- Ay, F. (2008). Tele sağlık sistemi maliyet ve etkililik değerlendirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 9(2), 159-163.
- Aydın, N. (2016). Cerrahideki teknolojik gelişmeler ve hemşireliğe yansımaları. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/19296915-Cerrahideki-teknolojik-gelistmeler-ve-hemsirelige-yansimasi-aras-gor-nida-aydin-03-subat-2016-ydu.html>
- Barnason, S., Zimmerman, L., Schulz, P., Tu, C. (2009). Influence of an early recovery telehealth intervention on physical activity and functioning after coronary artery bypass surgery among older adults with high disease burden. *Issues in Cardiovascular Nursing*, 38(6), 459-68. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.01.010.
- Bikmoradi, A., Masmouei, B., Ghomeisi, M., Roshanaei, G. (2016). Impact of tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: a quasi-experimental study in Iran. *International Journal of Medical Informatics*, 86, 43-48. doi: 10.1016/j.ijmedinf. 2015.12.001.
- Bilik, Ö. (2006). Kalça protezi uygulanmış hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. (Doktora Tezi). *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir.
- Bohnenkamp, S.K., McDonald, P., Lopez, A.M., Krupinski, E., Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Society*, 31(5), 1005-1010.
- Chaet, D., Clearfield, R., Sabin, J.E., Skimming, K. (2017). Ethical practice in telehealth and telemedicine. *Journal of General Internal Medicine*, 32(10), 1136–1140. doi: 10.1007/s11606-017-4082-2.
- Culligan, M., Friedberg, J., Black, L., Wimbush, S., Norton, C., Burrows, W. (2019). ‘Tele nursing: A thoracic surgery nursing initiative aimed at decreasing hospital readmissions and increasing patient satisfaction. *Journal of Thoracic Oncology*, 12(1), 1097- 1098.
- Çam, O., Kaçmaz, E. (2018). Tele sağlık uygulamaları ve psikiyatri hemşireliğinde kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(4), 363-9.
- Debnath, D. (2004). Activity analysis of telemedicine in the UK. *Postgrad Medikal Journal*, 80, 335–338.
- Ersoy, S., Yıldırım, Y., Aykar, F., Fadiloğlu, Ç. (2015). Hemşirelikte inovatif alan: Evde bakımda tele hemşirelik ve tele sağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(14), 194-201.
- Ertek, S. (2011). Endokrinoloji de tele sağlık ve tele tıp uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 126-130.
- Glinkowski, W. M., Karlinska, M., Krupinski, E.A. (2018). Telemedicine and eHealth in Poland from 1995 to 2015. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 27(2), 277–282.
- Hartford, K. (2005). Telenursing and patients recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 459–468.
- Hintistan, S., Çilingir, D. (2012). Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 30-35.
- Kahn, E., Marca, F., Mazzola, C.A. (2016). Neurosurgery and telemedicine in the United States of America: assessment of the risks and opportunities. *World Neurosurgical*, 89, 133-138.
- Kanan, N. (2017). Ameliyat sırası hemşirelik bakımı. Aksoy G. Kanan N. Akyolcu N. (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I içinde* (s. 301-331). İstanbul: Nobel Tıp Yayın.
- Kılıç, H.Ö. (2017). Giyilebilir teknoloji ürünleri pazarı ve kullanım alanları. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(4), 99-112.
- Kleinpell, R.M., Avitall, B. (2007). Integrating telehealth as a strategy for patient management after discharge for cardiac surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(1), 38-42.
- Koivunen, M., Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 24-44.
- Köstekli, S., Çelik, S., Karhan, E. (2020). Cerrahi hastasının taburculuk sonrası tele sağlık yöntemi ile hemşirelik bakımının önemi. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 30-38.

- Küçükyürük, B., Çalış, F., (2018). Nöroşirürji’de robotik cerrahi kullanımı. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 28(3), 345-349.
- Langer, D. (2015). Rehabilitation in patients before and after lung transplantation. *Thematic Review Series*, 89(5), 353-62.
- Leshera, P.A., Shah, S. (2018). Telemedicine in the perioperative experience. *Semin Pediatri Surgical*, 27(2), 102-106.
- Özman, O. (2020). 5G Uzaktan Cerrahi. C. Özlü (Ed.), *Sağlıkta yeni nesil teknolojiler kitabı içinde (s.119-124)*. Ankara: Akademisyen Yayın.
- Pathak, A., Sharma, S., Mahadik, V.K. (2015). Feasibility of a mobile phone-based surveillance for surgical site infections in rural India. *Telemedicine Journal and e-Health*, 21(11), 946-949.
- Pazar, B., Taştan, S., İyigün, E. (2015). Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(1), 1-4.
- Rowell, P.D., Pincus, P., White, M., Smith, A.C. (2014). Telehealth in paediatric orthopaedic surgery in Queensland: A 10-year review. *ANZ Journal of Surgery*, 84 (12), 955–959.
- Sandberg, C.E.J., Knight, S.R., Qureshi, A.U., Pathak, S. (2019). Using telemedicine to diagnose surgical site infections in low- and middle-income countries: Systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(8), e13309.
- Shahrokhi, A., Azimian, J., Amouzegar, A., Oveisi, S. (2018). The effect of telenursing on referral rates of patients with head trauma and their family’s satisfaction after discharge. *Journal of Trauma Nursing*, 25(4), 248-253.
- Scalvini, S., Zanelli, E., Volterrani, M., Martinelli, G., Baratti, D., Buscaya, O., ... Baiardi, P., (2004). A pilot study of nurse-led, home-based telecardiology for patients with chronic heart failure. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10(2), 113-7.
- Timmers, T., Janssen, L., Van der Weegen, W., Das, D., Marijnissen, W.J., Hannink, G., ... Plat, A., (2019). The effect of an app for day-to-day postoperative care education on patients with total knee replacement: randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(10), e15323.
- Yeşilyurt, A. (2018). Giyilebilir teknoloji üzerine gelecek trendleri. Erişim Adresi: https://thinktech.stm.com.tr/uploads/raporlar/pdf/782018101019283_stm_giyilebilir_teknoloji_uzerine_gelecek_trendleri.pdf
- Yun, G., Zhaoyi, P., Qingqing, C., (2019). China performs first 5G-based remote surgery on human brain. Erişim Adresi: <https://news.cgtn.com/news/3d3d774d7945444e33457a6333566d54/index.html>

Merve Gözde SEZGİN¹
Orcid: 0000-0001-9076-2735

Hicran BEKTAŞ¹
Orcid: 0000-0002-3356-3120

¹ Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Multipl Myelom Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri ve Semptom Yönetimi

Current Treatment Recommendations and Symptom Management in Patients with Multiple Myeloma

Gönderilme Tarihi: 26 Eylül 2020

Kabul Tarihi: 22 Nisan 2021

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Merve Gözde Sezgin
gozdesezgin1990@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Multipl Myelom; güncel tedaviler; semptom yönetimi; hemşirelik.

Keywords: Multiple Myeloma; current treatments; symptom management; nursing.

ÖZ

Hematolojik malignansiler arasında yer alan Multipl Myelom, uygulanan tedaviler sonucunda sağkalımı, yaşam kalitesini, fiziksel, sosyal ve psikolojik durumu olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Multipl Myelom hastalarının tedavisinde kemoterapi, immünomodülatör ajanlar ve kök hücre nakli gibi tedavi seçenekleri kombinasyonlar halinde bulunmaktadır. Kök hücre nakli için uygun bulunan hastalarda ilk tedavi seçeneği olarak Lenalidomid, nâkile uygun bulunmayan hastalarda immünomodülatör ajan ve steroid tedavisi kullanılması önerilmektedir. Multipl Myelomda hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, anemi ve kemik lezyonları en sık görülen semptomlar arasında yer almaktadır. Hastanın semptom yönetiminde; kan kalsiyum düzeyi izlemi, hiperkalsemi tedavisi, böbrek fonksiyonlarının izlemi, yeterli hidrasyonun sağlanması, ilaçların böbrek dozuna göre uygulanması, anemi izlemi ve tedavisi, beslenmenin desteklenmesi ve hastaların travma oluşturabilecek fiziksel aktivitelerden kaçınması önerilmektedir. Sağlık profesyonellerinin Multiple Myelomda hastalık ve tedavi ilişkili kanıta dayalı güncel tedavi önerilerini takip etmesi, semptomların önlenmesi, hastaların tedavi uyumlarının, yaşam kalitelerinin ve sağkalımlarının artırılması açısından çok önemlidir. Bu derleme Multipl Myeloma hastalarında güncel tedavi önerileri, semptom yönetimi ve hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

ABSTRACT

Being among the hematological malignancies, Multiple Myeloma is an important health problem that negatively affects survival, quality of life, physical, social and psychological status as a result of the treatments applied. Treatment options such as chemotherapy, immunomodulatory agents, and stem cell transplantation are available in combinations in the treatment of patients with Multiple Myeloma. It is recommended to use Lenalidomide as the first treatment option in patients who are eligible for stem cell transplantation, and an immunomodulatory agent and steroid therapy in patients who are not eligible. Hypercalcemia, renal failure, anemia, and bone lesions are among the most common symptoms in multiple myeloma. In the symptom management of the patient; it is recommended that blood calcium level monitoring, hypercalcemia treatment, monitoring of renal functions, ensuring adequate hydration, administration of drugs according to the kidney dose, monitoring, and treatment of anemia, supporting nutrition, and avoiding physical activities that may cause trauma. It is very important for healthcare professionals to follow up-to-date treatment recommendations based on disease and treatment-related evidence in Multiple Myeloma, to prevent symptoms, to increase treatment compliance, quality of life, and survival of patients. This review was conducted to evaluate current treatment recommendations, symptom management, and nursing interventions in patients with Multiple Myeloma.

Kaynak Gösterimi: Sezgin, M., G., Bektaş, H. (2022). Multipl myelom hastalarında güncel tedavi önerileri ve semptom yönetimi *EGEHFD*, 38(1), 49-59. Doi:10.53490/egehemsire.800453

How to cite: Sezgin, M., G., Bektaş, H. (2022). Current treatment recommendations and symptom management in patients with multiple myeloma. *JEUNF*, 38(1), 49-59. Doi:10.53490/egehemsire.800453

GİRİŞ

Multipl Myelom (MM) tüm kanserlerin %1'ini ve hematolojik malignitelerin %10'unu oluşturmaktadır (Dimopoulos ve diğerleri, 2020; Rajkumar, 2020). Hematolojik kanserler arasında yer alan MM gün geçtikçe artış göstermektedir. Genellikle tüm MM, asemptomatik monoklonal gammopatinin (MGUS) evrilmesiyle oluştuğu kabul edilmektedir (Moreau ve diğerleri, 2017; Türk Hematoloji Derneği, 2020). MM, heterojen özellik göstermesi nedeniyle tedavi gerektiren aktif MM ve tedavi gerektirmeyen Sessiz-Sinsi MM (Smoldering Multiple Myeloma [SMM]) olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır (Brigle ve Rogers, 2017; Rajkumar ve Kumar, 2016; Sonneveld, 2017).

Amerika'da her yıl yaklaşık 32.000'den fazla yeni MM vakası teşhis edildiği ve yaklaşık 13.000 hastanın MM nedeni ile hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Siegel ve diğerleri, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2018 yılında, MM hasta insidansı kadınlarda %1.9 iken; erkeklerde %2.3 oranında seyretmektedir (GLOBACAN, 2018). MM hastaların ortalama yaşı 65 olup, erkeklerde kadınlara oranla hastalık daha yaygın görülmektedir (American Cancer Society, 2016).

MM hastalarının kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve kök hücre nakli tedavi seçenekleri bulunmaktadır. MM tedavisinde esas tedavi yöntemi ilk tanıdan itibaren kemoterapi tedavisidir. Kemoterapi tedavisi sonucunda MM hastalarında; hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, anemi, kemik lezyonları (calcemia, renal insufficiency, anemia, and bone lesions- [CRAB]), periferik nöropati, diyare, trombositopeni, spinal kord basısı, nötropeni ve Graft Versus Host Hastalığı gibi semptomlar görülebilmektedir. Hastalığın artış göstermesiyle birlikte yaşanan semptomlar aile, birey ve toplum sağlığı açısından olumsuz etkiler yaratmaktadır. MM, multidisipliner ekip işbirliği sağlanarak takip ve tedavi edilmesi gereken önemli bir sağlık sorunudur. MM hastalarının, tedavi ve hastalığa bağlı yaşadıkları semptomlar nedeniyle sekonder ve fırsatçı enfeksiyonlara yatkın hale gelmekte, yaşam kaliteleri ile sosyal, fiziksel ve psikolojik fonksiyonları olumsuz yönde etkilenmektedir (Bird ve Boyd, 2019; Moreau ve diğerleri, 2017; Sonneveld, 2017).

Hemşirelerin; semptomların erken saptanmasında, değerlendirilmesinde, kontrol altına alınmasında, destekleyici tedavi yaklaşımlarının akılcı kullanımında, hastaneye tekrarlı yatışların önlenmesinde, fonksiyonel durumun iyileştirilmesinde ve hastaların periyodik olarak değerlendirilmesinde oldukça önemli katkıları bulunmaktadır (Colson, 2015). Bu süreçte hemşirelerin güncel kılavuzlar eşliğinde semptomları kontrol altına almak için kanıt temelli uygulamaları ve tedavi önerilerini kullanmalarının, oldukça etkili olduğu belirtilmektedir (Mikhael ve diğerleri, 2019; Rajkumar, 2020; Türk Hematoloji Derneği, 2020). Bu nedenle, hemşireler tarafından MM hastalarının en sık yaşadığı CRAB'ın yönetiminin bilinmesi, yan etkilere yönelik bulguların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, hastaların laboratuvar değerlerinin düzenli takip edilmesi, kronik koşullarda yaşanan olumsuz durumlara yönelik hastalara eğitimler verilmesi ve bu konuda farkındalığın geliştirilmesi hastalara önemli katkılar sağlayacaktır. MM hastalığının semptom yönetimi ve güncel tedavi önerilerinin devamlı takip edilmesi, hastaların tedavi uyumlarının sağlanması ve hastalığa ilişkin komplikasyonların önlenmesi önemlidir. Kanıta dayalı güncel tedavi önerilerinin ve semptom yönetiminin uygulanması ile hemşireler, MM hastalık sürecinde hastaların eğitiminde, semptomların standardize edilmiş bir şekilde yönetilmesinde, komplikasyonların azaltılmasında, hastaneye tekrarlı başvuruların önlenmesinde, sağkalımın ve yaşam kalitesinin artırılmasında daha fazla katkı sağlayabileceklerdir.

Bu derlemede, MM hastalarının tedavi önerilerine ve semptom yönetimine yönelik güncel yaklaşımlar irdelenmiş ve kılavuzların önerilerine yer verilmiştir. Kanıta dayalı kılavuzlar ve kanıt düzeyleri derecelendirilme sistemleri göre Tablo 1'de belirtilmiştir (Mikhael ve diğerleri, 2019; Moreau ve diğerleri, 2017).

Multipl Myelom Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri

Tıbbi onkoloji alanında önde gelen profesyonelleri temsil eden Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology [ESMO])'nin kılavuz önerileri/kanıt düzeyleri Tablo 2 (Dimopoulos ve diğerleri, 2021) ve kanser hastalarına bakım veren sağlık profesyonellerini temsil eden Amerikan Klinik Onkoloji Derneği/Ontario Kanser Bakım (American Society of Clinical Oncology/Cancer Care Ontario [ASCO/CCO])'nin kılavuz önerileri/ kanıt düzeyleri Tablo 3'te yer almaktadır (Mikhael ve diğerleri, 2019).

Multiple Myelom Hastalarında Semptom Yönetimi

MM hastalarında hastalık sürecinde yaşanan semptomlar kadar, uygulanan tedavinin yan etkileri de hastaları oldukça etkilemektedir (Bird ve Boyd, 2019; Sonneveld, 2017). Hemşirelerin; hastalığın rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi, semptomların belirlenmesi ve kontrolü olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde bakım verilmesi ve hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin bu süreçte yaşanan semptomları belirlemeleri ve değerlendirmeleri önemlidir. Semptom değerlendirmesinin hastalığın her aşamasında belli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir (Colson, 2015; Rome ve diğerleri, 2017). MM hastalarında, en yoğun yaşanan semptomlar arasında yer alan CRAB ve laboratuvar kriterleri Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 1: ESMO*, ASCO** ve CCO***Kanıt Düzeyleri/Öneri Dereceleri

Kanıt Düzeyleri	
I	İyi yürütülen meta-analizlerin en az bir büyük randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtlar
II	Bias şüphesi olan (daha düşük metodolojik kalite) küçük randomize çalışmalar ve heterojenliği kanıtlanmış çalışmaların meta-analizlerinden elde edilen kanıtlar
III	İleriye dönük kohort çalışmalarından elde edilen kanıtlar
IV	Retrospektif kohort çalışmaları veya vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar
V	Kontrol grubu olmayan çalışmalar, olgu sunumları ve uzman görüşlerinden elde edilen kanıtlar
Öneri Dereceleri	
A	Önemli bir klinik fayda ile etkililik için güçlü kanıtlar sağlayan çalışmalar şiddetle önerilir.
B	Etkililik için güçlü veya orta derecede kanıt sağlayan, ancak sınırlı düzeyde klinik faydası olan çalışmalar genellikle önerilir.
C	Etkililik veya fayda için yetersiz kanıt sağlayan, çalışmadaki yararların, risk veya dezavantajlardan (advers olaylar, maliyetler vb.) ağır basmamasından kaynaklanan çalışmalar opsiyonel olarak önerilir.
D	Etkililiğe veya olumsuz sonuçlara karşı orta düzeyde kanıt sağlayan çalışmalar, genellikle önerilmez.
E	Etkililiğe veya olumsuz sonuçlara karşı güçlü kanıtlar sağlayan çalışmalar, asla önerilmez.

*ESMO: Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology)

**ASCO: Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology)

***CCO: Ontairo Kanseri Bakımı (Cancer Care Ontario)

Tablo 2: Multipl Myelom Hastalarında Tanı, Tedavi ve Takibinde ESMO* Önerileri

II/B	Bortezomib ve deksametazon ile kombinasyon halinde bir panHDAC inhibitörü olan Panobinostat, şimdi bortezomib ve bir immünomodülatör ajan dahil olmak üzere en az iki rejim almış nüks/refrakter MM hastalarının tedavisi için endikedir.
II/A	Proteazom inhibitörü olan Carfilzomib, daha önce en az bir tedavi almış MM hastalarının tedavisinde lenalidomid ve deksametazon ile kombinasyon halinde 27 mg/m ² dozunda kullanılması önerilir.
II/A	Carfilzomib ayrıca en az bir önceki tedavi küründe olan hastalarda tek başına deksametazon ile kombinasyon halinde 56 mg/m ² dozunda kullanılması önerilir.
II/A	Lenalidomid ve deksametazon ile kombinasyon halinde ilk oral proteazom inhibitörü olan Ixazomib, daha önce en az bir tedavi kürü almış hastalarda kullanılması önerilir.
II/A	Daratumumab hastalığın erken evrelerinde, ilk nüks ve ötesinde bortezomib-deksametazon veya lenalidomid-deksametazon ile kombinasyon halinde alınması anlamlı etkinlik göstermiştir.
II/B	Eritropoietin ve darbepoetin alfa, diğer anemi nedenleri dışlandıktan sonra myelom ile ilişkili aneminin (hemoglobin düzeyi < 10 g/dL) tedavisi için kullanılabilir.
II/B	Bortezomib bazlı tedaviler (deksametazon, doksorubisin veya siklofosfamid ile kombinasyon halinde) böbrek yetmezliği olan hastalarda tercih edilen tedavidir.
I/A	Lenalidomid ile bakım, nakil sonrası tüm MM hastaları için standart bakım olarak kabul edilebilir. Yüksek risk hastalığı bulunan MM hastaları için bortezomib düşünülebilir (II/B).
II/B	Nakil öncesinde yüksek doz melfelan uygulanan (200 mg/m ²) hastalar için standart rejim olarak kullanılmaktadır.
II/B	“İzle ve bekle” SMM için önerilen yaklaşım olmaya devam etmektedir.
I/A	70 yaş altındaki hastalar için indüksiyon tedavi sonrasında yüksek doz melfelan ve nakil işlemi önerilen tedavidir.

*ESMO: Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology)

Tablo 3: Multipl Myelom Tedavisinde ASCO* ve CCO**'nin Ortak Klinik Uygulama Önerileri

<i>Nâkilin Uygun Olması Durumunda</i>	
III/C	Hastaların, nakil uygunluğunun belirlenmesi için bir nakil merkezine sevk edilmelidir.
III/C	Kronolojik yaş ve böbrek fonksiyonu, Kısa Açıklıklı Sıkıştırma testinin (The Short Span Compression Test [SCT]) uygunluğunu belirlemek için kullanılan tek kriter olmamalıdır.
III/C	Optimal rejim ve döngü sayısı kanıtlanmamıştır. Bununla birlikte, bir immünomodülatör ajan, proteazom inhibitörü (PI) ve steroidler dâhil olmak üzere en az üç ila dört döngü indüksiyon tedavisi, kök hücre toplanmasından önce tavsiye edilir.
I/A	Nakil için uygun olan tüm hastalara nakil önerilmelidir.
II/A	Yüksek doz melfalan, otolog kök hücre nakli için önerilen koşullandırma rejimidir.
III/B	Tandem tarama testi otolog kök hücre nakli için rutin olarak önerilmemelidir.
I/A	Lenalidomidin idame tedavisi, progresyona kadar olan günde 10 ila 15 mg olmak üzere yaklaşık 90 ila 110. günden başlayarak standart riskli hastalara rutin olarak sunulmalıdır. En az 2 yıllık idame tedavisi, iyileşmiş sağkalım ile ilişkilidir ve en azından bu süre boyunca tedaviyi sürdürme çabaları önerilmelidir.
IV/C	Lenalidomide intoleransı olan hastalar için, 2 haftada bir bortezomib idamesi düşünülebilir.
II/A	Cevabın kalitesi ve derinliği, Uluslararası Myelom Çalışma Grubu (IMWG) kriterleri ile değerlendirilmelidir.
IV/D	Her döngüde yanıt derinliğinin değerlendirilmesi önerilir. En iyi yanıt ulaşıldığında veya idame tedavisine ilişkin değerlendirme sıklığı daha seyrek olacak şekilde değerlendirilebilir.
<i>Nâkilin Uygun Olmadığı Durumda</i>	
III/A	MM hastaları için ilk tedavi önerileri, doktorlar ve hastalar arasında paylaşılan karar verme temelinde kişiselleştirilmelidir.
I/A	MM hastalarının ilk tedavisi, mümkünse yeni bir ajan (immünomodülatör ajan veya PI) ve steroid içermelidir.
I/A	Bortezomib, lenalidomid, deksametazon dahil olmak üzere MM hastalarında üçlü tedaviler düşünülmelidir.
I/A	Bir immünomodülatör ajan veya PI tabanlı rejim başlatılırken sürekli tedavi, sabit süreli tedavi üzerinden sunulmalıdır.
III/C	Hastalar için başlangıç tedavisinin amacı, en iyi kalite ve remisyon derinliğine ulaşmak olmalıdır.
II/C	Tüm hastalar için yanıt derinliği, nakil uygunluğuna bakılmaksızın IMWG kriterlerine göre değerlendirilmelidir.
IV/C	Terapinin başlangıcında, hastaya özgü tedavi hedefleri tanımlanmalıdır.
IV/C	Hastaların toksisite düzeyleri, nötropeni, ateş/enfeksiyon, yan etkilerin tolere edilebilirliği, performans durumu, karaciğer ve böbrek fonksiyonu temelinde ve tedavi hedeflerine uygun olarak doz modifikasyonları dikkate alınarak yakından izlenmesi önerilmelidir.
<i>Tekrarlayan Hastalık</i>	
III/C	Biyokimyasal olarak nükseden myelom tedavisi kişiselleştirilmelidir. Dikkate alınacak faktörler arasında hastanın önceki tedaviye toleransı, myelom belirteçlerinin yükselme hızı, sitogenetik risk, komorbiditelerin varlığı, kırılgenlik ve hasta tercihi yer alır. Yüksek riskli sitogenetik ile tanımlanan yüksek riskli hastalar ve nakil sonrası erken relaps/başlangıç tedavisi hemen tedavi edilmelidir.
I/A	Myeloma bağlı semptomları nükseden hastalar hemen tedavi edilmelidir.
I/A	Üçlü tedavi ilk relapsta uygulanmalıdır, ancak hastanın artan toksisiteye toleransı dikkate alınmalıdır.
I/A	Böbrek yetmezliği olan hastalarda, ilaçlar renal klirensine göre değiştirilmelidir.
I/A	Ölçülebilir tüm parametrelerin takip edilmesi gereklidir.
I/A	Kemik iliği ve görüntüleme dışındaki tüm yanıtlar, IMWG kriterlerine göre doğrulanmalıdır.
I/A	Yanıt değerlendirmesi, bir tedavi döngüsünden sonra yapılmalıdır.

*ASCO: Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology)

**CCO: Ontairo Kanseri Bakımı (Cancer Care Ontario)

Tablo 4: Multipl Myelom Semptomları ve Laboratuvar Kriterleri

<i>Semptomlar</i>	<i>Laboratuvar Kriterleri</i>
(C) Artmış Serum Kalsiyum Düzeyi	Serum kalsiyumunun laboratuvar üst limitinin en az 1 mg/dL üzerinde olması veya serum kalsiyumunun 11 mg/dL'nin üzerinde olması,
(R) Böbrek Yetmezliği	Serum kreatinin düzeyinin 2 mg/dL'nin üzerinde olması veya kreatinin klirensinin 40 mL/dk'nin altında olması,
(A) Anemi	Hemoglobin düzeyinin normalin alt limitinin en az 2 g/dL altında olması veya hemoglobin düzeyinin 10 g/dL'nin altında olması,
(B) Kemik Lezyonları	Tüm vücut Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)-BT'de bir veya daha fazla osteolitik lezyonun olması (Tüm vücut BT veya PET-BT'de 5 mm'den büyük osteolitik lezyon, PET'de artmış fluoro-2-deoksi-glikoz (FDG) tutulumu olması gerekmektedir).

Hiperkalsemi

Hiperkalsemi, MM hastalarının yaklaşık olarak %10'unda görülmekte ve acil tedavi uygulanması gerekmektedir (Kanellias ve diğerleri, 2018; Türk Hematoloji Derneği, 2020). Hiperkalsemisi olan hastalar asemptomatik seyredebilmektedir. Ayrıca hastalarda bulantı, kusma, polidipsi, güçsüzlük, konstipasyon, sersemlik, poliüri ve konfüzyon gibi çoklu semptomlar görülebilmektedir. Hiperkalsemide uygulanan tedavi kalsiyum düzeyine ve hastada görülen semptomlara göre değişiklik göstermektedir (Ho ve diğerleri, 2019; Liu ve diğerleri, 2018).

Liu ve arkadaşlarının yaptıkları olgu sunumunda; MM hastalarında hiperkalsemiden kaynaklanan belirgin QT kısalmasının, aritmi ve ani kardiyak ölüm için önemli bir risk oluşturabilen, yeterince ele alınmayan bir malign bulgu olduğu gösterilmiştir (Liu ve diğerleri, 2018). Buege ve arkadaşlarının çalışmasında; MM hastalarında hiperkalseminin saptanmasında iyonize kalsiyum ile düzeltilmiş kalsiyum ölçümleri karşılaştırılmış, iyonize kalsiyumun düzeltilmiş kalsiyumdan daha iyi olabileceği ve klinik etkisini daha iyi ölçmek için daha çok analizlere gereksinim duyulduğu yönünde öneriler yer almıştır (Buege ve diğerleri, 2019). Kim ve arkadaşlarının çalışmasında; MM hastalarında serum kalsiyum düzeyleri incelenmiş olup, düşük serum albümin ve hiperkalsemi bulguları hastalığın ciddiyetini yansıtan önemli klinik faktörler olarak belirtilmiştir (Kim ve diğerleri, 2010). Zagouri ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; hiperkalsemi nedeniyle takip edilen MM hastalarının tedavisine eklenen ajanların hasta sonuçlarında iyileşmeye yardımcı olduğu, ancak yüksek risk taşıması nedeniyle hastaların sık takibinin yapılması gerektiği bildirilmiştir (Zagouri ve diğerleri, 2017). Bu bulgular ışığında; hemşirelerin hiperkalsemi belirtisi ve bulgularına yönelik farkındalıklarının artırılması, MM hastalarına özgü hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi, hemşireler tarafından MM hastalarının kan kalsiyum düzeylerinde artış, aritmi veya ani kardiyak ölüm açısından yakından takip edilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Hiperkalsemi semptom yönetimi

- Hastanın kan kalsiyum düzeyi >13-14 mg ise acil tedavi edilmesi gereklidir. Acil hiperkalsemi durumunda hastaya IV yol açılması ve %0.9 NaCl takılması gereklidir (Kidney, 2017; Liu ve diğerleri, 2018).
- Genellikle hastalara diüretik uygulaması önerilmektedir (Terpos ve diğerleri, 2015).
- Özellikle yaşlı, kalp yetmezliği ve kanser tanısı olan hastalarda sıvı yüklenmesi belirtisi ve bulguları izlenmelidir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2017).
- İstem dâhilinde glukokortikoidler, kalsitonin veya fosfat uygulanmalıdır. Acil tedavisi için EDTA (Etilendiamin, Tetraasetik Asit) kısa süreli kullanılabilir, bu ilaç idrarla kalsiyum atılımını artırmaktadır (Kidney, 2017; Minisola ve diğerleri, 2015).
- Hastaların yaşam bulguları, aldığı-çıkarıldığı ve elektrokardiyogram takibi yapılmalıdır (Liu ve diğerleri, 2018; Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Risk altında olan hastaların diyet ile fazla kalsiyum almaması sağlanmalıdır (Liu ve diğerleri, 2018; Minisola ve diğerleri, 2015).
- Kemiklerden kana kalsiyum çekilmesini önlemek amacıyla egzersiz önerilmelidir (Liu ve diğerleri, 2019).
- Kırık ve yaralanma riskine karşı gerekli önlemler alınmalıdır (Liu ve diğerleri, 2018; Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Kalsiyumun böbreklerden atılımını kolaylaştırmak için izotonik solüsyon tercih edilmelidir (Kidney, 2017; Türk Hematoloji Derneği, 2020).

Böbrek yetmezliği

Böbrek yetmezliği, MM hastalarının %50'sinde görülmekte, başlangıçta akut veya sinsi seyirli olabilmektedir. Etiyolojik faktörler arasında hafif zincir birikim hastalığı, hiperkalsemi, opak nefropatisi, yoğun non steroidal antiinflamatuar ilaç (NSAI) kullanımına bağlı nefrotoksite, hiperviskozite, dehidratasyon, hiperürisemi veya plazma hücre infiltrasyonu yer almaktadır (Heher ve diğerleri, 2013; Safadi ve diğerleri, 2015).

Dimopoulos ve arkadaşlarının çalışmasında; Bortezomib'in olumlu bir fayda-risk profiline sahip olduğu ve başlangıçtaki böbrek fonksiyonuna bakılmaksızın böbrek yetmezliği olan hastalarda bir bakım standardı olarak kabul edilmesi gerektiği rapor edilmiştir (Dimopoulos ve diğerleri, 2019). Safadi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; hastalara bortezomib, lenalidomid, melfalan, talidomid, pomalidomid ve yüksek doz deksametazon tedavisi uygulanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde; böbrek nakli uygulanan en geniş hasta grubunun alınması ve renal allograft sağ kalımının, genel popülasyonda bulunan diğer hastalara genellenebileceği bildirilmiştir (Safadi ve diğerleri, 2015). Le ve arkadaşlarının çalışmasında; indüksiyon tedavi uygulanan MM hastalarının böbrek yetmezliği durumlarının böbrek nakli ile tedavi edilebilir durum olduğu bildirilmiştir (Le ve diğerleri, 20117). Wagner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise; hastaların HLA-allogenik böbrek nakli işleminin yapılması için böbrek fonksiyonlarına bakılmaksızın işlemin yapılması gerektiği belirtilmiştir (Wagner ve diğerleri, 2017). Bu bulgular hemşireler tarafından MM hastalarının tedavi, hiperürisemi, nefrotoksite, dehidratasyon, enfeksiyon ve hiperkalsemi gibi yan etkilerinin gözlenmesi, böbrek fonksiyonlarının yakından takip edilmesi ve hastaya böbrek fonksiyonlarını korumaya ilişkin eğitim verilmesinin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Böbrek yetmezliği semptom yönetimi

- Hastalar NSAİ, Aside Dirençli Basiller, Aminoglikozitler ve Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim inhibitörleri gibi nefrotoksisiteye yol açabilecek ajanların kullanımı yönünden izlenmelidir (Kidney, 2017; Safadi ve diğerleri, 2015; Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Hastaların günlük 3 litre idrar çıkışını sağlayacak düzeyde yeterli sıvı alması sağlanmalıdır (Kidney, 2017; Rajkumar ve Kumar, 2016; Safadi ve diğerleri, 2015).
- Loop diüretikler genellikle böbrekteki toplayıcı kanallarda idrarın durgunlaşmasına yol açmasından dolayı rutin olarak önerilmemekte olup, kalp ve böbrek yetmezliği nedeniyle kullanılması yönünde düzenli olarak takibinin yapılması sağlanmalıdır (Ho ve diğerleri, 2019; Türk Hematoloji Derneği, 2020; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2017).
- MM hastalarında yaşanan komplikasyonların önlenmesi amacıyla kullanılan bazı ilaçların (zoledronik asit, lenalidomid vb.) böbrek dozu ayarlanmasının yapılması gereklidir. Dolayısıyla hemşirelerin tedavileri uygulama sürecinde gerekli tedbirleri almaları önemlidir (Kidney, 2017).
- Böbrek yetmezliği semptomları açısından (anemi, ürenin yükselmesi, hipertansiyon vb.) değerlendirmelerin düzenli takibi yapılmalıdır (Heher ve diğerleri, 2013; Kidney, 2017).
- Böbrek yetmezliğine yönelik hastaya veya ailesine gerekli bilgiler verilmelidir (Kidney, 2017; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2017).
- Hastaların beslenmesi doktor ve diyetisyen tarafından hastanın yaşına ve protein katabolizma hızına göre düzenlenmeli ve beslenmenin önemine yönelik bilgilendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca besin değerlerinin sodyum, fosfor ve potasyum açısından önemi hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (Kidney, 2017; Safadi ve diğerleri, 2015; Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Hastaların elektrolit, lipid, BUN, kan protein, kalsiyum, potasyum, alkalin fosfataz ve tam kan sayımı düzeylerinin düzenli takibi yapılmalıdır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2017).

Anemi

MM hastalarında, hastalık ve tedavi ilişkili semptomlar arasında anemi %90 oranında görülmektedir. MM vakalarında aneminin yönetimi anemiyle ilişkili semptomların varlığına, aneminin şiddetine ve hastalarının aktif kemoterapi alma durumlarına göre değişiklik göstermektedir (Karataş ve Kutlutürkan, 2017; Pacca ve diğerleri, 2017; Türk Hematoloji Derneği, 2020). Anemide genellikle kan transfüzyonu, demir tedavisi ve eritropeoetin tedavileri uygulanmaktadır. MM tedavisi gören hastaların anemi belirti/bulguları değerlendirmeli ve tedaviler hakkında gerekli eğitimler verilerek hastalar desteklenmelidir (Gascón ve diğerleri, 2018).

Nnonyelum ve arkadaşlarının çalışmasında; MM hastalarında yüksek hemoglobin konsantrasyonunun ve serum proteininin sağ kalımı olumlu yönde etkilediği rapor edilmiştir (Nnonyelum ve diğerleri, 2015). Gascón ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; hastaların orta şiddetli yorgunluktan yakındıkları ve 3 ay destekleyici tedavinin sonucunda yorgunluk skorlarının olumlu yönde düzeldiği bulunmuştur. Hemoglobin düzeyinin yükselmesi, yorgunluk ve yaşam kalitesindeki iyileşmelerle önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir (Gascón ve diğerleri, 2018). Faiman ve arkadaşlarının yaptıkları olgu sunumunda; MM hastalarının böbrek fonksiyonlarının bozulmasına eşlik eden aneminin, komplikasyon riskini artıracığı ve komplikasyonlara yönelik diyaliz uygulamalarının önerildiği

bildirilmiştir (Faiman ve diğerleri, 2011). Kashyap ve arkadaşlarının çalışmasında; MM hastalarında klinik görünüm ve hasta sonuçlarına göre kan transfüzyonu işleminin uygulanabileceği rapor edilmiştir (Kashyap ve diğerleri, 2016). Bulgular doğrultusunda, MM hastalarında anemiye yönelik semptom kontrolü yapılmasının, anemi göstergelerine ilişkin laboratuvar bulgularının takip edilmesinin, yorgunluk yönetimine ilişkin hemşirelik girişimlerinin planlanmasının, diyaliz ile kan ve kan ürünlerinin uygulanmasına ilişkin güncel bilgilerin takip edilmesinin önemli olduğu; anemi yönetiminin, bakım kalitesini artırarak hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine ve sağ kalımın artırılmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Anemi semptom yönetimi

- Hastalarda anemiye bağlı ciddi semptomun eşlik etmesi durumunda, aneminin hızlı bir şekilde düzeltilmesi için eritrosit transfüzyonu yapılmalıdır. Ayrıca hemşireler, eritrosit süspansiyonlarının ıspanlanmış olmasına, bulaşıcı hastalıkların, immünoşüpresyon, alloimmünizasyon ve transfüzyon reaksiyonlarının olmamasına özen göstermelidir (Pacca ve diğerleri, 2017).
- Kanama, hemoliz ve enfeksiyon gibi semptomların görülmesi halinde ayrıntılı değerlendirmenin ve tedavinin yapılması gereklidir (NCCN, 2020; Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Hemşireler, MM hastalarının laboratuvar bulgularını, beslenme durumlarını ve kronik hastalıklarını değerlendirmelidir (Karataş ve Kutlutürkan, 2017; Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Aneminin tanınmasında elektrokardiyogram, akciğer ve kalp seslerinin takibi, yaşam bulguları, hemodinamik izlem, cilt ısısı ve renginin kontrolü yapılmalıdır (NCCN, 2020).
- Postural hipotansiyon ve taşikardi gibi hastaların kardiyovasküler sistemini etkileyen, anemi için yeterli derecede kompensasyon sağlayamayan özel bulgulara ek olarak, idrar çıkışı, hücre perfüzyonu ve mental durumda değişiklik gibi bulgular takip edilmelidir (NCCN, 2020).
- Yeterli dinlenme ve oksijenasyon sağlanmalı, intravenöz/ilaç tedavilerinin yanıtları izlenmeli ve kan komponentleri dikkatli uygulanmalıdır (Pacca ve diğerleri, 2017).
- Anemi ilişkili semptomlarda azalma olmaması halinde hastalar folat, B₁₂ vitamini ve demir eksiklikleri açısından değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda destek tedavi uygulanmalıdır (Karataş ve Kutlutürkan, 2017; Pacca ve diğerleri, 2017).
- Semptomatik hastalarda eritropoetin tedavisi uygulanmalıdır. Hemogloblin düzeyi <10 g/dl altında olan hastalar için uygulanan eritropoetin tedavisinin, haftada bir veya üç kez uygulanması önerilmektedir (NCCN, 2020).

Kemik lezyonları

Kemik lezyonları görülen MM hastalarının yaklaşık %85'inin 65 yaşından büyük ve %2'sinin 40 yaşın altında olduğu bildirilmektedir (Liu ve diğerleri, 2019; Türk Hematoloji Derneği, 2020). Çoğu zaman göğüs ve bel-sırt bölgelerinde lokalize olarak görülmesiyle birlikte, ekstremitelerde de kemik lezyonlarına ilişkin bulgular görülebilmektedir. Ayrıca vertebralarda görülen çökmeler sonucu hastalarda boy kısalması meydana gelebilmektedir (Kanellias ve diğerleri, 2018; Okay ve Özkan, 2020).

Kanellias ve arkadaşlarının derleme makalesinde; bifosfonatların (BP) olumsuz etkileri olabildiği, böbrek fonksiyonunu etkileyebileceği, nadiren böbrek bozukluğuna neden olabileceği ve böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda dikkatle uygulanması gerektiği belirtilmiştir (Kanellias ve diğerleri, 2018). Acquah ve arkadaşlarının çalışmasında; hastalarda 12 aylık hastalık sonrasında kemik ağrısı (%96), anemi (%67), kilo kaybı (%55) ve osteolitik lezyonlar (%44) gibi semptomlar ortaya çıkmıştır. Çalışma sonuçları incelendiğinde; MM hastalarının tanısında erken başlangıç ve geç dönem başvurusunun yaygın olduğu, ancak bu durumun sağ kalımı etkilemediği bildirilmiştir (Acquah ve diğerleri, 2019). Lang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; kemik yoğunluğunun artırılmasına yönelik toksisite düzeylerinin takip edilmesi ve radyoterapi tedavisinin kemik lezyonlarında önemli olduğu rapor edilmiştir (Lang ve diğerleri, 2017). Douglas ve arkadaşlarının çalışmasında; kemik lezyonları olan MM hastalarında oluşturulan skorlamanın sağ kalımı artırabileceği ve danışmanlık sağlarken faydalı olacağı yönünde bildirimler yer almıştır (Douglas ve diğerleri, 2012). Bu bulgular doğrultusunda hemşirelerin MM hastalarında ilaç ilişkili böbrek fonksiyon bozukluklarını takip etmeleri, kemik ağrısı ve anemiye ilişkin etkin semptom yönetimi yapmaları, yüksek kalitede bakım verebilmek için yan etkilere yönelik bulguları hızlı ve kapsamlı biçimde değerlendirmeleri, travmaları önlemeye ve travma riskini azaltmaya yönelik güvenlik önlemleri, kemik travma yönetimi konusunda hastaların farkındalıklarını artırmaları ve gerekli hemşirelik girişimlerini planlamalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Kemik lezyonları semptom yönetimi

- Hastalarda 6 aylık periyodlar ile kemik taraması yapılmalı ve ilerleme durumu yakından takip edilmelidir (Brigle ve diğerleri, 2017; Kehrer ve diğerleri, 2017).

- Yeni ve açıklanması zor olan bir kemik lezyonun olması halinde hastalar için PET/CT, PET veya MR görüntülemesinin yapılması için hastanın hazırlanması sağlanmalıdır (Brigle ve diğerleri, 2017; Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Kemik lezyonlarıyla ilişkili komplikasyonlardan korunmak için MM hastalarının travma oluşturabilecek fiziksel aktivitelerden kaçınması sağlanmalıdır. Ayrıca, kemik yoğunluğundaki azalmayı önlemek için MM hastaları mümkün olan aktiviteleri yapmaları için teşvik edilmelidir (Keilani ve diğerleri, 2019).
- Kemik travmalarına yönelik yaşamsal tehdit oluşturabilecek durumlar belirlenmeli ve hastaların sürekli izlemi sağlanmalıdır (Lang ve diğerleri, 2017).
- Kemik travmalarının şiddet derecesine ve yaralanma durumuna göre hastalar değerlendirilmelidir. Ciddi düzeydeki travmalar için hastalara kesinlikle yatak istirahati önerilmelidir (Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Uzun kemiklerde veya patolojik kırığın olması halinde kemik lezyonlarına yönelik risklerden dolayı stabilizasyon yapılması sağlanmalıdır (Okay ve Özkan, 2020; Rome ve diğerleri, 2017).
- Kemoterapiye bağlı kemiklerde meydana gelen çukurlaşmalara bağlı hastalarda ağrı kontrolü yapılmalıdır. Ayrıca ağrı kontrolünde kemoterapi tedavisiyle birlikte kombine bir şekilde analjezik kullanımı önerilmektedir (Keilani ve diğerleri, 2019; Rome ve diğerleri, 2017).

Periferik Nöropati

Periferik nöropati, MM hastalarında spinal kord basısına bağlı sık izlenen bir komplikasyon olup, genellikle bortezomib tedavisi uygulanan hastalarda görülmektedir. İlk tanı anında nadiren karşılaşılmakta ve hastalık varlığında amiloidoz eşlik etmektedir. Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptom genellikle simetrik olup, yanma, uyuşma, güçsüzlük gibi motorsal semptomları içermektedir. Periferik nöropati ile ilişkili kontrollerin düzenli olarak yapılması konusunda hastalar sorgulanmalıdır. Primer tedavi hedefi, hastaların semptomunun ilerlemesini ve şiddetinin artmasını önlemektir (Sakin ve diğerleri, 2015; Türk Hematoloji Derneği, 2020).

Zhao ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; MM hastalarında bortezomib tedavisini takiben oluşan periferik nöropatinin terapötik müdahalelerle azaltılabileceği bildirilmiştir (Zhao ve diğerleri, 2019). Leone ve arkadaşlarının çalışmasında; MM hastalarında periferik nöropati prevalansının fazla olduğu ve klinik yönetiminin iyileştirilmesi yönünde gerekli önlemlerin alınmasının gerekliliği belirtilmiştir (Leone ve diğerleri, 2016). Han ve arkadaşlarının inceledikleri çalışmalarında; MM hastalarında kemoterapiye bağlı periferik nöropatinin iyileştirilmesinde akupunkturun tek başına metilkobalaminden daha etkili olduğu rapor edilmiştir (Han ve diğerleri, 2017). Maschio ve arkadaşlarının çalışmasında; bortezomib ile ilişkili periferik nöropatinin önlenmesinde veya azaltılmasında, günlük egzersizlerin yapılmasının önemli olduğu belirtilmiştir (Maschio ve diğerleri, 2018). Bu bulgular doğrultusunda kemoterapi ilişkili periferik nöropatinin azaltılması için günlük egzersiz yapılması konusunda hastaların yönlendirilmesine, bu konuya ilişkin güncel literatürün takip edilmesine, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının periferik nöropatiyi iyileştirmedeki etkilerini inceleyen hemşirelik girişimlerinin planlandığı çalışmalarının artırılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Periferik nöropati semptom yönetimi

- Bortezomib ilişkili periferik nöropati yakından izlenmeli ve nöropati bulguları varlığında ilaç dozunun ayarlanması sağlanmalıdır (Guzdar ve Costello, 2020).
- Periferik nöropati tedavisinde ilk basamak olarak gabapentin veya alternatif tedavi olarak pregabalin tedavisinin en az 3 ay uygulanması gerekmektedir (Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Periferik nöropatiye bağlı meydana gelen ağrının önlenmesinde tramadol ve diğer opioidlerin kullanılması sağlanmalıdır (Dimopoulos ve diğerleri, 2021; Terpos ve diğerleri, 2015).
- Sıkmayan, rahat ayakkabılar, pamuklu çoraplar, desteklenmiş terlikler giyilmesi yönünde hastalara gerekli bilgiler verilmesi gerekmektedir (Türk Hematoloji Derneği, 2020).
- Ayaklarda kan dolaşımını rahatlatmak amacıyla yürüyüş yapılması, ayakların bası altında kalmasını önlemek için örtülmemesi önerilmektedir (Terpos ve diğerleri, 2015).
- Ayaklarda geçici olarak rahatlamayı sağlamak amacıyla buzlu su ve masajla ıslatılması yönünde eğitimlerin planlanması sağlanmalıdır (Dimopoulos ve diğerleri, 2021; Terpos ve diğerleri, 2015).
- Periferik nöropatiye bağlı oluşan ağrılı bölgelere lokal analjezik kremler ve deriyi yumuşatıcı ajanlarla birlikte mentol bazlı preparatların kullanılması önerilmektedir (Guzdar ve Costello, 2020; Türk Hematoloji Derneği, 2020).

SONUÇ VE ÖNERİLER

MM tanısından itibaren uygulanan kemoterapi tedavisine bağlı olarak hastalarda hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, anemi, kemik lezyonları, periferik nöropati gibi önemli semptomlar görülebilmektedir. Hastaların yaşadıkları semptomlar yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumu olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşirelerin güncel kılavuzlar eşliğinde semptomların erken saptanması, değerlendirilmesi, yönetilmesi, fonksiyonel durumun iyileştirilmesi, hastaların periyodik olarak izlenmesi ve eğitilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. MM hastalarının tedavi uyumlarının sağlanması, sık yaşadıkları semptomların yönetiminin bilinmesi, yan etkilere yönelik bulguların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, laboratuvar değerlerinin düzenli takip edilmesi, semptom yönetimi, komplikasyonların önlenmesi veya azaltılmasına yönelik hastalara eğitimler verilmesi hastaların iyilik düzeyi, hastaneye yatışların azaltılması, semptom kontrolü gibi alanlarda olumlu katkılar sağlayacaktır. MM hastaların tedavi ve bakım yönetiminin, kanıta dayalı güncel tedavi önerileri ve semptom yönetimi uygulamaları ile yürütülmesi önerilmektedir.

Yazar Katkı Payları: MGS.: Fikir/kavram, tasarım, kaynak taraması, makalenin yazımı verilerin toplaması ve işlenmesi aşamalarında gerekli uygulamaları gerçekleştirmiş yayına katkı oranı %50'dir. HB.: Danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme aşamalarında gerekli uygulamaları gerçekleştirmiş yayına katkı oranı %50'dir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Acquah, M. E., Hsing, A. W., McGuire, V., Wang, S., Birmann B., Dei-Adomakoh, Y. (2019). Presentation and survival of multiple myeloma patients in Ghana: A review of 169 cases. *Ghana Medical Journal*, 53(1), 52-58. doi:10.4314/gmj.v53i1.8
- American Cancer Society. (2016). Cancer facts & figures. American Cancer Society. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2016.html> Erişim tarihi: 15.02.2021
- Bird, S. A., Boyd, K. (2019). Multiple myeloma: an overview of management. *Palliative Care Society Practice*, 13, 1-13. doi:10.1177/1178224219868235
- Brigle, K., Pierre, A., Finley-Oliver, E., Faiman, B., Tariman, J. D., Miceli, T. (2017). Myelosuppression, Bone disease, and acute renal failure: Evidence-based recommendations for oncologic emergencies. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 21(5), 60-76. doi: 10.1188/17.CJON.S5.60-76
- Brigle, K., Rogers, B. (2017). Pathobiology and diagnosis of multiple myeloma. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(3), 225-236. doi: 10.1016/j.soncn.2017.05.012
- Buege, M. J., Do, B., Lee, H. C., Weber, D. M., Horowitz, S. B., Feng, L. ... Shank, B. R. (2019). Corrected calcium versus ionized calcium measurements for identifying hypercalcemia in patients with multiple myeloma. *Cancer Treatment and Research Communications*, 21, 1-4. doi: 10.1016/j.ctarc.2019.100159
- Colson, K. (2015). Treatment-related symptom management in patients with multiple myeloma: A review. *Support Care Cancer*, 23(5), 1431-1445. doi: 10.1007/s00520-014-2552-1
- Dimopoulos, M. A., Moreau, P., Terpos, E., Mateos, M. V., Zweegman, S., Cook, G. ... Mey, U. (2021). Multiple myeloma: EHA-ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 32(3), 309-322. doi: 10.1016/j.annonc.2020.11.014
- Dimopoulos, M., Siegel, D., White, D.J., Boccia, R., Iskander, K. S., Yang, Z. ... Niesvizky, R. (2019). Carfilzomib vs bortezomib in patients with multiple myeloma and renal failure: A subgroup analysis of ENDEAVOR. *Blood*, 133(2),147-155. doi: 10.1182/blood-2018-06-860015
- Douglas, S., Schild, S. E., Rades, D. (2012). A new score predicting the survival of patients with spinal cord compression from myeloma. *BMC Cancer*, 12(1), 1-6. doi: 10.1186/1471-2407-12-425
- Faiman, B., Tariman, J. D., Mangan, P. A., Spong, J. (2011). Renal complications in multiple myeloma and related disorders: Survivorship care plan of the IMF nurse leadership board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(Suppl), 66. doi: 10.1188/11.CJON.S1.66-76
- Gascón, P., Arranz, R., Bargay, J., Ramos, F. (2018). Fatigue- and health-related quality-of-life in anemic patients with lymphoma or multiple myeloma. *Support Care Cancer*, 26(4), 1253-1264. doi: 10.1007/s00520-017-3948-5
- Global Cancer Observatory (GLOBACAN). (2018). Cancer Today. Volume 2020, Erişim adresi: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&s

- ex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1 Erişim tarihi: 01.09.2020.
- Guzdar, A., Costello, C. (2020). Supportive care in multiple myeloma. *Current Hematologic Malignancy Reports*, 15, 56-61. doi: 10.1007/s11899-020-00570-9.
- Han, X., Wang, L., Shi, H., Zheng, G., He, J., Wu, W. ... Cai, Z. (2017). Acupuncture combined with methylcobalamin for the treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients with multiple myeloma. *BMC Cancer*, 17(1), 1-7. doi: 10.1186/s12885-016-3037-z
- Heher, E. C., Rennke, H. G., Laubach, J. P., Richardson, P. G. (2013). Kidney disease and multiple myeloma. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8, 2007-2017. doi: 10.2215/CJN.12231212
- Ho, P. J., Moore, E. M., McQuilten, Z. K., Wellard, C., Bergin, K., Augustson, B. ... Spencer, A. (2019). Renal impairment at diagnosis in myeloma: Patient characteristics, treatment, and impact on outcomes. results from the Australia and New Zealand myeloma and related diseases Registry. *Clinical Lymphoma Myeloma Leukemia*, 19(8), e415-e424. doi: 10.1016/j.clml.2019.05.010
- Kanellias, N., Gavriatopoulou, M., Terpos, E., Dimopoulos, M. A. (2018). Management of multiple myeloma bone disease: impact of treatment on renal function. *Expert Review of Hematology*, 11, 881-888. doi: 10.1080/17474086.2018.1531702
- Karataş, T., Kutlutürkan, S. (2017). Nursing in care of patients with multiple myeloma- Literature search. *Journal of Contemporary Medicine*, 7, 91-91. doi: 10.16899/gopctd.302990
- Kashyap, R., Singh, A., Kumar, P. (2016). Prevalence of autoimmune hemolytic anemia in multiple myeloma: a prospective study. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 12(2), e319-e322. doi: 10.1111/ajco.12230
- Kehrer, M., Koob, S., Strauss, A., Wirtz, D. C., Schmolders, J. (2017). Multiple myeloma - Current status in diagnostic testing and therapy. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, 155(5), 575-586. doi: 10.1055/s-0043-110224
- Keilani, M., Kainberger, F., Pataria, A., Hasennöhr, T., Wagner, B., Palma, S. ... Crevenna, R. (2019). Typical aspects in the rehabilitation of cancer patients suffering from metastatic bone disease or multiple myeloma. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 131, 567-575. doi: 10.1007/s00508-019-1524-3
- Kidney, D., Improving, Gokc-M., Work, G. (2017). KDIGO 2017 Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplements*, 7(1), 15-41. doi: 10.1016/j.kisu.2017.04.001
- Kim, J. E., Yoo, C., Lee, D. H., Kim, S. W., Lee, J. S., Suh, C. (2010). Serum albumin level is a significant prognostic factor reflecting disease severity in symptomatic multiple myeloma. *Annals of Hematology*, 89(4), 391-397. doi: 10.1007/s00277-009-0841-4
- Lang, K., König, L., Bruckner, T., Förster, R., Sprave, T., Schlampp, I. ... Rief, H. (2017). Stability of spinal bone lesions in patients with multiple myeloma after radiotherapy—A retrospective analysis of 130 cases. *Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia*, 17(12), e99-e107. doi: 10.1016/j.clml.2017.09.005
- Le, T. X., Wolf, J. L., Peralta, C. A., Webber, A. B. (2017). Kidney transplantation for kidney failure due to multiple myeloma. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(6), 858-862. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.12.023
- Leone, C., Federico, V., La Cesa, S., Russo, E., Di Stefano, G., Finsinger, P. ... Truini, A. (2016). An observational study assessing peripheral neuropathy related to multiple myeloma. *Neurological Sciences*, 37(7), 1141-1143. doi: 10.1007/s10072-016-2542-9
- Liu, L., Hao, M., Deng, S., Qiu, L., Yu, Z. (2019). The bone marrow microenvironment of multiple myeloma promotes myeloma related anemia by suppressing the differentiation of hematopoietic stem cells. *Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia*, 19(10), e92-e93. doi: 10.1182/blood-2011-04-347484
- Liu, Y., Perez-Riera, A. R., Barbosa-Barros, R., Daminello-Raimundo, R. (2018). Severe hypercalcemia from multiple myeloma as an acquired cause of short QT. *Journal of Electrocardiology*, 51(6), 939-940. doi: 10.1016/j.jelectrocard.2018.07.020
- Maschio, M., Zarabla, A., Maialetti, A., Marchesi, F., Giannarelli, D., Gumenyuk, S. (2018). Prevention of bortezomib-related peripheral neuropathy with docosahexaenoic acid and α -lipoic acid in patients with multiple myeloma: preliminary data. *Integrative Cancer Therapies*, 17(4), 1115-1124. doi:10.1177/1534735418803758
- Mikhael, J., Ismaila, N., Cheung, M.C., Costello, C., Dhodapkar, M. V., Kumar, S. ... Martin, T. (2019). Treatment of multiple myeloma: ASCO and CCO joint clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 37(14), 1228-1263. doi: 10.1200/JCO.18.02096
- Minisola, S., Pepe, J., Piemonte, S., Cipriani, C. (2015). The diagnosis and management of hypercalcaemia. *British Medical Journal*, 2, 350. doi: 10.1136/bmj.h2723

- Moreau, P., San Miguel, J., Sonneveld, P., Mateos, M. V., Zamagni, E., Avet-Loiseau, H. ... Buske, C. (2017). Multiple myeloma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 28, iv52-iv61. doi: 10.1093/annonc/mdx096
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2020). Cancer and chemotherapy induced anemia. Volume 2020.
- Nnonyelum, O. N., Anazoeze, M. J., Eunice, N. O., Emmanuel, O. O., Stella, A. T., Marcus, A. I. ... Ootobo, U. I. (2015). Multiple myeloma in Nigeria: A multi-centre epidemiological and biomedical study. *The Pan African Medical Journal*, 22, 292. doi: 10.11604/pamj.2015.22.292.7774
- Okay, E., Özkan, K. (2020). Multiple miyelomda kemik tutulumunun tanı ve tedavisi. *Boğaziçi Medical Journal*, 7(2), 70-74.
- Pacca, R. L., Silva, J., Souza, K. C. E., Carbinatto, R. B. (2017). Autoimmune hemolytic anemia and hyperglobulinemia leading to the diagnosis of multiple myeloma. *Revista Brasileira de Hematologia Hemoterapia*, 39(4), 357-359. doi: 10.1016/j.bjhh.2017.07.005
- Rajkumar, S.V. (2020). Multiple myeloma: 2020 update on diagnosis, risk-stratification and management. *American Journal Hematology*, 95, 548-567. doi: 10.1002/ajh.25791
- Rajkumar, S. V., Kumar, S. (2016). Multiple myeloma: Diagnosis and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(1), 101-19. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.11.007
- Rome, S., Noonani K., Bertolotti, P., Tariman, J. D. Miceli, T. (2017). Bone health, pain, and mobility: Evidence-based recommendations for patients with multiple myeloma. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 21(5), 47-59. doi: 10.1188/17.CJON.S5.47-59
- Safadi, S., Dispenzieri, A., Amer, H., Gertz, M. A., Rajkumar, S. V., Hayman, S. R. ... Leung, N. (2015). Multiple myeloma after kidney transplantation. *Clinical Transplantation*, 29(1), 76-84. doi: 10.1111/ctr.12482
- Sakin, A., Ayer, M., Çelik, K., Berkil, F., Acar, H., Ayer, A. ... Şar, F. (2015). Multipl miyelomlu hastalarda polinöropati sıklığı ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 42(4), 445-448. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2015.04.0606
- Siegel, R.L., Miller, K.D., Jemal, A. (2020). Cancer statistics, *CA Cancer Journal Clinicians*, 70, 7-30. doi: 10.3322/caac.21590
- Sonneveld, P. (2017). Management of multiple myeloma in the relapsed/refractory patient. Hematology. *American Society Hematology Education Program*, (1), 508-517. doi: 10.1182/asheducation-2017.1.508
- Terpos, E., Kleber, M., Engelhardt, M., Zweegman, S., Gay, F., Kastritis, E. ... Palumbo, A. (2015). European Myeloma Network guidelines for the management of multiple myeloma-related complications. *Haematologica*, 100(10), 1254-66. doi: 10.3324/haematol.2014.117176
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2017). Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı. Eylem Planı 2014-2017, 13-20. Erişim tarihi 01.09.2020.
- Türk Hematoloji Derneği. (2020). Multipl Myelom Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Sürüm 1.03 - Mart 2020. *Ulusal Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2020*, 1-47.
- Wagner, L., Lengyel, L., Mikala, G., Remenyi, P., Piros, L., Csomor, J. ... Masszi, T. (2013). Successful treatment of renal failure caused by multiple myeloma with HLA-identical living kidney and bone marrow transplantation: A case report. *In Transplantation Proceedings*, 45(10), 3705-3707. doi:10.1016/j.transproceed.2013.10.005
- Zagouri, F., Kastritis, E., Zomas, A., Terpos, E., Katodritou, E., Symeonidis, A. ... Dimopoulos, M. A. (2017). Hypercalcemia remains an adverse prognostic factor for newly diagnosed multiple myeloma patients in the era of novel antimyeloma therapies. *European Journal of Haematology*, 99(5), 409-414. doi: 10.1111/ejh.12923
- Zhao, W., Wang, W., Li, X., Liu, Y., Gao, H., Jiang, Y. ... Wang, Y. (2019). Peripheral neuropathy following bortezomib therapy in multiple myeloma patients: Association with cumulative dose, heparanase, and TNF- α . *Annals of Hematology*, 98(12), 2793-2803. doi: 10.1007/s00277-019-03816-6

Beray AYDIN¹
Orcid: 0000-0001-6229-3345

Sibel KARACA SİVRİKAYA²
Orcid: 0000-0001-5271-7757

¹ Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

² Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Beray AYDIN
E-mail: berayaydin.09@gmail.com

Covid-19 Pandemisinin Çocuklar Üzerindeki Etkisi ve Hemşirelik Bakımı

The Impact of the Covid-19 Pandemic on Children and Nursing Care

Gönderilme Tarihi: 16 Kasım 2020

Kabul Tarihi: 23 Aralık 2021

Anahtar Sözcükler:

COVID-19; çocuk; hemşirelik;
yenidoğan.

Keywords:

COVID-19; child; nursing; newborn.

Öz

COVID-19 pandemisinin etkilediği bireyler içinde çocuklar; bilişsel, dilsel, bedensel ve duygusal gelişimi henüz tamamlanmadığı, psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak için yetişkinlere ihtiyaç duymaları nedeniyle özel bir grubu oluşturmaktadırlar. Bu derlemede, COVID-19'un çocuklarda bulaş ve yayılımı, anneden bebeğine doğum ve anne sütü ile virüs geçişi, yenidoğan dönemine COVID-19 etkisi, çocuklarda COVID-19'un yetişkinlerden farkı, COVID-19 tanılı çocuğun klinik özellikleri, tedavisi ve hemşirelik bakımı konuları ele alınmaktadır. Bu derlemenin amacı, yenidoğan ve çocukluk döneminde COVID-19'un epidemiyolojisi, bulaş yolları, klinik özellikleri, tedavisi ve hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktır.

Abstract

Children are a special group among people affected by COVID-19 because they haven't completed their cognitive, linguistic, physical and emotional development yet. In this review, the transmission and spread of COVID-19 in children, the transmission of the virus from mother to baby at birth and through breast milk, the effect of COVID-19 on the neonatal period, the difference of COVID-19 in children from adults, the clinical features of the child diagnosed with COVID-19, treatment and nursing care are discussed. The aim of this review is to emphasize the epidemiology, transmission routes, clinical features, treatment and nursing care of COVID-19 in newborn and childhood.

Kaynak Gösterimi: Aydın, B., Sivrikaya, S., K. (2022). Covid-19 pandemisinin çocuklar üzerindeki etkisi ve hemşirelik bakımı. *EGEHFD*, 38(1), 61-70. Doi:10.53490/egehemsire.818195

How to cite: Aydın, B., Sivrikaya, S., K. (2022). The impact of the covid-19 pandemic on children and nursing care. *JEUNF*, 38(1), 61-70. Doi:10.53490/egehemsire.818195

GİRİŞ

Dünyanın son yıllarda karşı karşıya kaldığı en büyük tehditlerden biri olan “Yeni Koronavirüs 2019” (2019-nCoV) ilk kez Aralık 2019’da, Çin’in Wuhan kentinde Hubei eyaletinde keşfedilmiş, resmi adıyla “SARS-CoV-2” olarak tanımlanmış ve sebep olduğu hastalık ise “COVID-19” olarak belirlenmiştir (Onay ve diğerleri, 2020).

Uluslararası Virüs Sınıflandırması Komisyonu 11 Şubat 2020’de yeni koronavirüsü “Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirus 2” (SARS-CoV-2) olarak, Dünya Sağlık Örgütü de yeni koronavirüsün sebebiyet verdiği hastalığı “Koronavirüs Hastalığı-2019” (COVID-19) olarak adlandırmıştır (She ve diğerleri, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü, 11 Mart 2020’de bütün dünyada hızla geniş bir alana yayılan COVID-19 salgını pandemi olarak ilan etmiştir. Solunum damlacıkları ve teması ile bulaştığı düşünülen virüs, 28 Nisan itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre üç milyon insanı enfekte etmiş ve yaklaşık iki yüz bin kişi bu sebeple vefat etmiştir (Onay ve diğerleri, 2020). COVID-19 tüm yaş grubu bireyleri enfekte etmekle beraber çocuklarda da görülmekte ancak az oranda da olsa yenidoğanlarda da klinik örnekleri bulunmaktadır (Ovalı, 2020).

Yayınlanan ilk verilere göre Çin’de %2.2, İtalya’da %1.2, Amerika Birleşik Devletleri’nde %1.7 oranında vaka tespitiyle, bu pandemide çocukların yetişkinlere kıyasla COVID-19 tarafından enfekte olma eğiliminin zayıf olduğu ortaya konmuştur (Sarı Yanartaş ve Hançerli Törün, 2020). COVID-19 pandemisinin ilk günlerinde çocuk vakaların oldukça nadir olduğu bilinmekte ancak ailesel kümelenme etkisiyle yavaş yavaş vakaların artış gösterdiği gözlemlenmektedir. Çocukların genellikle hastalık ilerleyişleri daha yavaş gerçekleşmekte ve mortalite oranının ender bulunduğu bilinmektedir (Onay ve diğerleri, 2020). Daha sonra yapılan pek çok çalışmayla olgular tespit edilmiştir fakat COVID-19’un pediatrik vakalarda klinik ve epidemiyolojik örnekleri dünya çapındaki yayılmasına rağmen hala belirsizliğini korumaktadır. Bu derlemede, COVID-19 pandemisinin çocuklar üzerindeki etkisi güncel bilgiler ışığında ele alınmıştır.

Epidemiyolojik Özellikler

COVID-19 hastalarının çoğu erişkindir ve pediatrik hastalar hakkındaki bulgular ise sınırlıdır. İlk teyit edilen SARS-CoV-2 enfeksiyonu pediatrik vakası 20 Ocak 2020’de Shenzhen’de bildirilmiştir ve 10 Şubat 2020’e kadar Hubei Eyaleti hariç Çin’den toplam 398 teyitli pediatrik vaka bildirilmiştir. Pediatrik vakaların oranına bakılırsa COVID-19 olan hastalar tüm yaş grupları arasında dağılmıştır. On sekiz yaşından küçük çocukların bildirilen tüm vakaların sadece %2.4’ünü oluşturduğu bilinmektedir (She ve diğerleri, 2020). Yapılan bir çalışmada, 171 pediatrik olgunun ortanca yaşı 6.7 yaş olarak tespit edilmiştir ve olguların %60.8’inin erkek olduğu bildirilmiştir (Lu ve diğerleri, 2020).

Amerika’da teyit edilmiş toplam vaka sayısı, Çin dışında ilk sırada yer almaktadır (She ve diğerleri, 2020). Amerika Birleşik Devletleri’nde vakaların %1.7’lik dilimini çocuklar oluşturmaktadır. ABD verilerine göre, pediatrik vakaların %57’sini ise erkek çocuklar oluşturmaktadır. Pediatrik vakaların ortalama üçte biri 15-17 yaş, %27’si 10-14 yaşları arasında görülmektedir. Bildirilen pediatrik vakalarda, yaş ortalaması 11 olarak bulunmuştur. Pediatrik vakaların %9’unun seyahat öyküsü, %91’inin COVID-19 ile temaslı hasta öyküsü bulunmaktadır (Tezer ve Bedir Demirdağ, 2020).

Ülkemizde ise hastalığın ilk tanısı 11 Mart 2020 tarihinde konulmuştur (İşsever ve diğerleri, 2020). Türkiye’de 30.03.2020 itibarıyla, toplam 11535 vakanın yalnızca %1’lik kısmını (n=117) çocuklar oluşturmaktadır. Olguların yaş ortalaması 8 olup; %13.6’sını 1 yaştan küçük çocuklar; yaklaşık %53’ünü erkekler; %2,56 vakayı da (n=3) yenidoğanlar oluşturmaktadır. Temas öyküsü olan hastalar ise %48.7’dir (Tezer ve Bedir Demirdağ, 2020).

Aynı zamanda maternal ve neonatal enfeksiyonlar da bildirilmiştir (Hong ve diğerleri, 2020). Bugüne kadar onaylanan çocuk vakalarının en küçüğü doğumdan 30 saat sonra tespit edilen bir yenidoğan, en büyüğü ise 18 yaşında olarak bulunmuştur (She ve diğerleri, 2020).

Çocuklarda Bulaş ve Fekal Yayılım

Koronavirüsler (CoV), tüm yaş gruplarında oldukça bulaşıcıdır. Çocuklar, çok fazla yakın aile ilişkileri nedeniyle hastalığa duyarlı bir popülasyon olarak, çok özel bir gruptur. Pediatrik vakaların genellikle ailesel temaslara ortaya çıktığı bilinmektedir (Jiehao ve diğerleri, 2020).

Tanımlanan ilk çocuk vakası aile içi temas kaynaklı olarak ortaya çıkmıştır (Zhang ve diğerleri, 2020). Yapılan bir çalışmaya göre, enfekte olmuş çocukların %71.2’sinin (183/257) aile içi teması olduğu beyan edilmiştir (Kam ve diğerleri, 2020). Lu tarafından yapılan bir başka çalışmada, hastaların %90.1’inin aile kümeleri olduğu bildirilmiştir (Lu ve diğerleri, 2020).

Wei ve diğerleri COVID-19 hastası dokuz bebek üzerinde bir çalışma gerçekleştirmiş ve hepsinin SARS-CoV-2 ile enfekte olmuş en az bir aile üyesi olduğunu, bunların arasında Çin’de yaşadığı veya seyahat eden aile üyeleri olduğunu ortaya koymuştur (Wei ve diğerleri, 2020).

COVID-19 virüsü damlacık ve yakın temas yoluyla bulaşma gerçekleşmektedir (Hong ve diğerleri, 2020). Hastalar öksürdüğünde, hapşırduğunda veya yüksek sesle konuştuğunda damlacık yolu; kontamine el aracılığıyla ağız, burun, göz veya konjonktiva ile yakın temas yolu ile bulaş gerçekleşmektedir (Chen, Fu ve diğerleri, 2020).

Enfeksiyon COVID-19 ile semptomları olmayan hastalardan da, kişiden kişiye temasla yayılabilmektedir (Özdemir ve Pala, 2020). Bulaşın 2019-nCoV ile enfekte hastalarla olduğu ancak kuluçka dönemindeki hastaların da virüsü iletebilme potansiyeline sahip olduğu bilinmektedir. Singapur'da yapılan bir çalışmada ebeveynleri SARS-CoV-2 bulaşı gerçekleşen 6 aylık bir bebeğin başlangıçta asemptomatik özellik göstermiş ve daha sonra SARS-CoV-2 tanısı almıştır (Kam ve diğerleri, 2020).

Çocukların COVID-19 pandemisinde hastalığın topluma dağılmasında önemli görev üstlenebilecekleri düşünülmektedir (Onay ve diğerleri, 2020). Veriler çocukların koronavirüsü daha fazla üst solunum yollarında sahip olduklarını göstermektedir. Aynı zamanda çocuklarda dışkı ile virüs atılımı olabilmekte ve birkaç hafta süreyle fekal yayılımı da gerçekleşebileceği bilinmektedir (Sarı Yanartaş ve Hançerli Törün, 2020; Xing ve diğerleri, 2020). Xu ve diğerlerinin çalışmasında COVID-19 olan çocukların dışkısından gelen viral RNA'nın yüksek bir oranda tespit edildiğini ortaya koymuştur (Xu ve diğerleri, 2020). Xing ve diğerlerinin çalışmasında viral RNA'nın 4 haftadan uzun süre pediatrik hastaların dışkılarında tespit edilebilir kalmış olduğunu bulmuştur (Xing ve diğerleri, 2020). Zhang ve diğerleri COVID-19 pozitif tanı 3 çocukta, boğazda alınan sürüntü örneklerinin negatif çıkması sonucunda taburcu edilmiş ancak taburculuk sonrası bakılan gaita örneklerinde ise SARS-CoV-2 pozitif saptanmıştır (Zhang ve diğerleri, 2020). Daha sonraki izleminde gaita numunelerinin negatif olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma hastaların iyileştikten bir süre sonra daha gaita ile koronavirüsü iletebileceklerini göstermiştir (Xing ve diğerleri, 2020).

Nazal salgılar ve gaita ile virüsün dağılımı evde, okulda ve bakım evlerinde toplum tabanlı dağılımında etkili olabilmektedir (Sarı Yanartaş ve Hançerli Törün, 2020). Aynı zamanda enfeksiyon iletme özelliği olan ve uygun hava koşullarında yüzeylerde yaşayabilmekte olan virüs ile kontamine olan nesnelere (örn. oyuncaklar, kapı kolları gibi) temas yoluyla da bulaşın engellenmesi için sodyum hidroklorür, hidrojen peroksit gibi dezenfektanlarla temizlenmesi önerilmektedir (Özdemir ve Pala, 2020; Yeşil ve Hacımustafaoğlu, 2020).

Covid-19'un Anneden Bebeğe Plasenta ile Dikey Geçişi

COVID-19 günümüze kadar intrauterin veya vertikal bir yayılım göstermemiştir (Mustafa ve Selim, 2020). Bildirilen vakalardan; 17. günde tanı alan yenidoğan enfeksiyon vakasının anne temasından kaynaklanmış olduğu bildirilmiştir (Özdemir ve Pala, 2020). Yapılan bir çalışmada Wuhan Çocuk Hastanesinde COVID-19 tanısı alan 30 saatlik bir bebekte "SARS-CoV-2" virüsünün annenin çocuğuna dikey bulaşının gerçekleşebileceği öne sürülmüştür (Jiatong ve Wenjun, 2020). Anneden çocuğa dikey bulaşın doğrudan ispatı bulunmamakta; fakat yenidoğanlara yakın temas yoluyla bulaşabildiği bilinmektedir (She ve diğerleri, 2020). Schwartz'ın incelemesinde COVID-19 olan gebelerden intrauterin bulaşma olgusu belgelenmemiştir (Schwartz, 2020). Öte yandan, COVID-19 gebelerden doğmuş yenidoğanların IgM düzeyleri artmış, ancak IgM sonuçları tek başına uterin enfeksiyonunun kesin kanıtı değildir (Kimberlin ve Stagno, 2020). Bu nedenle daha fazla rapor ve çalışma gerekmektedir.

SARS-CoV-2" virüsünün annenin çocuğuna dikey bulaş gerçekleştirebileceğine özgü doğrudan ispatı olmaksızın, enfekte gebelerde neonatal enfeksiyonun önlenmesine dikkat edilmesi önerilmektedir (She ve diğerleri, 2020).

Şimdiye kadar yapılan çalışmalar, COVID-19'un dikey iletiminin henüz normal vajinal doğum veya sezaryen ile yapılmadığını göstermiştir (Chen, Guo ve diğerleri, 2020). Bir çalışmada, enfekte bir anneden doğan COVID-19 pozitif yenidoğan vakası bildirilmiştir. Ancak, bunu dikey bir iletim olarak değerlendirmek tartışmalıdır. İlk olarak numune örneği doğumdan 36 saat sonra alınmıştır; bu sebeple çocuğa doğrudan temas yoluyla bulaşma göstermiş olabilir. İkinci olarak, kordon ve plasentada virüse rastlanmamasından dolayı dikey iletimin tamamen belirlenemediği gözlenmektedir (Wang, Guo ve diğerleri, 2020). Anneden bebeğe dikey iletim konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Tezer ve Bedir Demirdağ, 2020).

COVID-19'un Anne Sütüyle Geçişi

Anne sütünün koruyan özellikteki komponentleri, immunglobulinler ve diğer biyoaktif maddeler virüsten kaynaklanan hastalıklar açısından koruyucu özellik göstermektedir (Ovalı, 2020). Anneden bebeğe anne sütü veya dikey bulaşma yoluyla SARS-CoV-2 bulaşması tartışmalı olmakla beraber virüsün anne sütüyle bebeklere dikey olarak bulaşmasına karşı henüz kesin kanıt sağlanamamıştır. Virüsün anne sütünden mi yoksa bebeği besleyerek mi bulaştığı belli değildir (Carlotti ve diğerleri, 2020). SARS-CoV-2'nin anne sütü kaynaklı geçişine dair yeteri kadar olgu olmamakla beraber; gebeliğinde COVID-19 tespit edilen altı annenin, anne sütü numunelerinde virüse rastlanmamıştır (Chen, Guo ve diğerleri, 2020). Bu, virüsün anne sütüne bulaşmadığını ve anne sütü beslemesinin bu durumda güvenli olabileceğini gösterir; ancak bunu kanıtlamak için daha büyük örnek boyutlarına sahip daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (She ve diğerleri, 2020).

Wang'ın raporuna göre de, bebeklerin 2019-nCoV'dan onaylanan tanı veya şüpheli anneleri tarafından, anne sütü ile beslenmesi önerilmemekte ve yalnızca anne sütü negatif test edilmiş ise beslenmeleri önerilmektedir.

Kuluçka döneminde virüsün anne sütünde bulunması durumunda, 2019-nCoV için tarandıktan sonra donör süt kullanımı tavsiye edilmektedir (Wang, Guo ve diğerleri, 2020). Aksine, başka bir çalışma altı COVID-19 hastasının anne sütünde virüs bulunmadığını göstermiştir (Chen, Guo diğerleri, 2020).

Var olan ispatlar doğrultusunda, emzirmenin sağladığı faydalar potansiyel risklerden daha üstün gelmesi sebebiyle annelere emzirmeleri önerilmektedir (Royal College of Paediatrics ve Child Health, 2020). Dünya Sağlık Örgütü; annelerin süt numunelerinde virüs tespit edilmemesi ve COVID-19 tanılı veya şüpheli annenin bebeğine virüsü başlıca solunum damlacık yoluyla taşıyacağından dolayı, annenin tercihi durumunda emzirmenin devam ettirilmesini önermiştir (Deniz ve diğerleri, 2020). Anne COVID-19 negatif çıkarsa bebeğini emzirmesinde sakınca yoktur. Annenin COVID-19'dan enfekte ya da temaslı olması durumunda ise anne sütünün bebeğe verilmesinde bir sakınca olmadığı düşünülmektedir. Anne sütünün koruyucu etkisi sebebi ile bebeğin beslenmesinin sürdürülmesine teşvik edilmektedir (Gökçay ve Keskindemirci, 2020).

Anneden bebeğe bulaşı önlemek adına, COVID-19 pozitif test sonuçlu annelerin bebeklerini beslerken ya da sütlerini sağmaları esnasında maskeli olmaları ve mümkünse süt pompasının temizliğinin sağlıklı bir kişi tarafından yapılması, emzirmeden önce ellerin yıkanması, yüzük ve bilezik kullanılmaması, bulunulan ortamın sık havalandırılması, bebekle aynı odada birlikte kalınacaksa anne ile bebeğinin yatakları en az 2 metre mesafeli aralığa sahip olması, çevre yüzeylerinin temizliğine dikkat edilmesi önerilmektedir (Deniz ve diğerleri, 2020; Onay ve diğerleri, 2020; Ovalı, 2020; Tezer ve Bedir Demirdağ, 2020).

Çocuklarda COVID-19'un Klinik Özellikleri

COVID-19'da genellikle kuluçka süresi 1-14 gün arasında, ortalama 3 ila 7 gün olduğu bilinmektedir (Hong ve diğerleri, 2020). COVID-19 için çocuklarda ise ortalama inkübasyon süresi 6.5 gündür (Jiehao ve diğerleri, 2020). Çocukların genellikle düşük bağıışıklığa sahip olması, daha uzun bir kuluçka dönemi sergilemesine neden olmaktadır. Bu nedenle, çocuklar potansiyel yayıcılar tarafından enfekte olmaktan kaçınmak için karmaşık popülasyonlarla temastan uzak durmalıdırlar (She ve diğerleri, 2020).

Mevcut pediatrik vakaların klinik özelliklerine göre, COVID-19 olan çocuklar asemptomatik enfeksiyon, hafif, yaygın, şiddetli ve kritik derecede şiddetli olarak beş klinik tipe ayrılır. Asemptomatik hastalar klinik belirti ve bulgusu göstermeden COVID-19 pozitif test sonucuna sahiptirler. Hafif semptomatik çocuklar ateşi, öksürüğü, burun akıntısı ve hapsirması, boğaz ve kas ağrısı, yorgunluğu gözlenebilen belirtileri arasında olup ancak fizik muayenesinde solunum sistemi bulgusu olmayan hastalardır. Ateş olmayıp sadece bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal gibi sindirim semptomları da görülmektedir. Orta klinik özellik gösteren çocuklarda pnömoni, sık ateş ve öksürük, çoğunlukla kuru öksürük, ardından prodiktif öksürük görülebilir. Nefes darlığı gözlenmeyen hastalar veya klinik belirti ve bulgu olmamasına rağmen, sadece toraks BT' sinde lezyonlar da görülmektedir. Ağır klinik özellikte çocuklarda ateş ve öksürüğe, ishal gibi gastrointestinal semptomların eşlik ettiği ve yaklaşık 1 hafta dispne ve hipoksinin görüldüğü bilinmektedir. Kritik hastalar; hızla akut solunum sıkıntısı sendromuna (ARDS) veya solunum yetmezliğine ilerlediği ve şok tablosu, ensefalopati, kalp yetmezliği bulgusu, pıhtılaşma fonksiyonunun bozulması ve akut böbrek hasarı gibi durumlarının görüldüğü klinik özelliklere sahip olmaktadır (Özdemir ve Pala, 2020; Sarı Yanartaş ve Hançerli Törün, 2020).

Çocukların %95'i virüse maruziyetten 12.5 gün sonraya kadar semptom geliştirdiği bilinmektedir (Carlotti ve diğerleri, 2020). Çin'de 10 Ocak - Şubat 2020 süresinde tespit edilen COVID-19 enfeksiyonlu çocuklardan sadece %4'ü asemptomatik, %90'ı hafif veya orta şiddette semptomlara sahip olduğu bulunmuştur (She ve diğerleri, 2020). Hafif ya da asemptomatik bulgulara sahip olan çocukların hastalığın bulaşında kaynak olabileceği bilinmektedir (Sarı Yanartaş ve Hançerli Törün, 2020). Ağır veya kritik özellik gösteren hastaları %11 oran ile en fazla 1 yaş altı süt çocuklarının oluşturduğu gözlenmiştir (Özdemir ve Pala, 2020). Kritik hastaların çoğunlukla kronik akciğer hastalığı (astım), kardiyovasküler hastalığı olan ve immun sistemi baskılanmış çocukların olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca altta yatan diğer hastalıklara sahip ve özel olarak sağlık hizmeti gereksinimli çocuklar için iyileşmesi güç hastalıklar daha yüksek risk altında olabilir (Sarı Yanartaş ve Hançerli Törün, 2020).

COVID-19 olan çocuklarda ateş ve öksürük en sık görülen belirtilerdir. Wang ve diğerlerinin 34 pediatrik vaka çalışmasında en yaygın klinik bulgu ise %50'sinde ateş ve %38'inde öksürük olduğu gözlenmiştir (Wang, Yuan ve diğerleri, 2020).

Yi ve diğerlerinin çalışmasında ateş süresinin çoğunlukla 1-2 gün, en uzun 8 gün sürdüğünü ortaya koymuştur ve buna eşlik eden yorgunluk, burun akıntısı ve tıkanıklığı, hapsirma, boğaz, baş, kas ve karın ağrısı; baş dönmesi ve kusma belirtileri görülebilmektedir (Yi ve diğerleri, 2020). Çin'in Wuhan şehrinde yayımlanan bir raporda, COVID-19 bulaşlı çocukların %2-10'unda ishal, karın ağrısı ve kusma gibi gastrointestinal semptomların görüldüğü bildirilmiştir (Yeo ve diğerleri, 2020). Çin'in Wuhan şehrinde bildirilen ilk ciddi çocukluk çağı COVID-19 vakasının, gastrointestinal semptomlarla başladığı bilinmekte ve vakanın belirgin erken solunum belirtileri olmaksızın, hızla akut solunum sıkıntısı sendrom varlığı geliştiği gözlemlenmiştir (Chen, Liu ve diğerleri, 2020). Bir yaşındaki pediatrik vaka, 6 gün süren ishalin ve kusmanın ardından son 12 saattir gerçekleşen yüksek ateşi ve solunum problemi ile hastaneye başvuru yapmış olup, 1. ve 7. günlerinde yapılan PCR test sonucu negatif, 8. gün yapılan testi ise pozitif tespit edilmiştir. Bu pediatrik olguyla çocuklarda ender de olsa ciddi vakaların ortaya çıkabileceği görülmüştür (Wang, Guo ve diğerleri, 2020; Zeng ve diğerleri, 2020).

Çocuklarda COVID-19'un Yetişkinlerden Farkı

COVID-19 şiddetli düzeyde akut solunum yolu sendromuna neden olduğundan çocuklar, solunum yolu yapısının yetişkinlerden farklı ve immün sistemin immatür olması sonucunda viral solunum yolu hastalıklarına daha fazla yatkındırlar. Bu nedenle, çoğu pediatrik hastanın yetişkin hastalara göre daha hafif semptomları ve daha iyi prognozu olmasına rağmen dikkatli tedavi edilmesi önemlidir (Carlotti ve diğerleri, 2020).

Xu ve diğerlerinin (2020) COVID-19 hastalarıyla yakın temas öyküsü olan veya aile üyelerinin COVID-19 enfeksiyonu onaylanan 745 çocuk ve 3174 yetişkin ile yaptığı çalışmada; COVID-19 olan çocukların yetişkinlere kıyasla daha az hasta olduğunu ve daha az belirgin ve tipik semptom gösterdiği sonucuna ulaşıldığı bildirilmiştir. Lee ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada, çocuklarda koronavirüsün erişkinlere karşı daha ender olmasıyla beraber daha hafif seyrettiği gözlenmiştir. Çocuklarda COVID-19 enfeksiyonunun daha az görülmesine ve daha hafif seyretmesine dair sebep henüz saptanamamış fakat pek çok hipotez öne çıkmıştır (Yeşil ve Hacımustafaoğlu, 2020). Bunlardan bazıları; salgının zamanından dolayı okulların kış tatiline rastlaması ve bu sayede herkesin kendi aileleriyle kalması ve bu sayede de çocukların daha az dışarıda zaman geçirmeleri (Onay ve diğerleri, 2020); çocukların milletlerarası yolculukları daha nadir yapması ile daha düşük oranda virüse maruziyetlerinin olması, çocukların kış mevsiminde daha çok üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmelerinden dolayı virüslere karşı erişkinlerden daha fazla düzey antikor seviyelerinin olması; bağışıklık sistemleri gelişmekte olduğundan bağışıklık sistemlerinin daha etkin olmaları, sigaraya ve hava kirliliğine maruz kalmalarının oranı yetişkinlerden düşük olması, altta yatan hastalıkların sık olma durumunun yetişkinlere nazaran daha az bulunması gibi hallerin bu farklı olma durumuna neden olabileceği düşünülmektedir (Lee ve diğerleri, 2020; Yeşil ve Hacımustafaoğlu, 2020). Yenidoğanlarda ve küçük çocuklarda immatür immün sisteminin olması, 2 yaşından küçük çocukların, 2 yaşından büyük olan çocuklara kıyasla COVID-19 enfeksiyonunu daha hafif atlatması ve yoğun bakım sürecine girmeden iyileşmeleri; çocukluk çağı aşılarının diğerlerine göre daha yeni yapılmış olması, çocukluk dönemi aşılarının çocuklarda lenfosit sayısını arttırması ve özellikle BCG aşısının COVID-19 enfeksiyonunun hafif atlatılmasında etkili olabileceği yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. BCG aşısının, bağışıklama programlarında zorunlu olan ülkelerde COVID-19 vakaları daha az görülmesine dair yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (2020) konuya ilişkin kesin kanıt olmaması nedeni ile BCG aşısını COVID-19'dan korunmaya yönelik önermemektedir (Curtis ve diğerleri, 2020; Pars, 2020; Sönmez, 2020; WHO, 2020a).

Çocuklarda anjiyotensin dönüştürücü enzim II olgunluğu ve fonksiyonu (örn. Bağlanma kabiliyeti) yetişkinlerden daha düşük olabilir (Onay ve diğerleri, 2020). Anjiyotensin dönüştürücü enzim II (ACE2), 2019-nCoV için bir hücre reseptörü olarak kullanılabilir (Chang ve diğerleri, 2020). ACE2'nin akciğerlerin koruyan mekanizmasında görev alması, çocuklarda ağır akciğer hasarının daha düşük oranda bulunmasını açıklamaktadır (Yeşil ve Hacımustafaoğlu, 2020).

Yenidoğan Döneminde COVID-19

Yenidoğanlar, immatür immün sistemi olmasından dolayı daha çok risk altında olduğu bilinmektedir (Ovalı, 2020). Yenidoğanlarda enfeksiyon sinsi başlangıçlı gelişebilmektedir. Yenidoğanlardan alınan solunum yolu ya da kan örnekleri ile yapılan PCR testinde COVID-19 nükleik asitlerinin gösterilmesi ile kesin tanı konur (National Health Commission of People's Republic of China, 2020). Laboratuvar bulguları nonspesifiktir ve bu nedenle, yenidoğanların semptomları yakından izlenmelidir (Hong ve diğerleri, 2020). Yenidoğanlarda apne, takipne, burun kanadı solunumu, vücut ısısında düzensizlik, öksürük veya taşikardi varlığı takip edilmelidir. Hemogram bulgularında ilk periyotta olağan veya azalan lökosit miktarları veya azalan lenfosit seviyesi görülebilir (Deniz ve diğerleri, 2020).

Aile içi temas sonrası COVID-19 ile enfekte olduğu bilinen ve 3 gün süren ateş, öksürük, burun akıntısı ve kusma bulguları gözlenen 17 günlük erkek bebek; 5 Şubat 2020'de Çin'in Wuhan Çocuk Hastanesi'ne kabul edilen ilk yenidoğan vakasını oluşturmaktadır (Zeng ve diğerleri, 2020)

COVID-19 pozitif annelerden doğan yenidoğan olgularından, sadece bir olguda yenidoğan ölümü bildirilmiştir. Tedaviye yanıt vermeyen 9 günlük bebeğin ölüm nedeninin, zayıf neonatal bağışıklık, yüksek maternal viral yük veya şiddetli maternal klinik tablo ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Tezer ve Bedir Demirdağ, 2020).

Yenidoğanlarda tedavi olarak; hastalık belirti ve bulgularına yönelik, destekleyici, oksijen terapisi ve sıvı - elektrolit takviyesi önerilmektedir. Ağır "Akut Respiratuvar Distres Sendromu" (ARDS) mevcut yenidoğanlarda, akciğerlere gerekli miktarda surfaktan uygulanması, inhalasyon yoluyla nitrik oksit, yüksek hızda titreşimli ventilasyon (HFO) tedavisinin yarar sağlayabileceği düşünülmektedir. Antibiyotiklerin, bilhassa geniş spektrumlu antibiyotiklerin uygun olmayan orantısız kullanımlarından sakınılmalıdır. İkincil bakteri kaynaklı enfeksiyon düşünülüyorsa, ilgili antibiyotiklerin kullanımı önerilmektedir (Özdemir ve Pala, 2020).

Çocuklarda COVID-19 Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Çocuklarda gerçekleştirilen tedavide temel amaç, respiratuvar distres sendromu (ARDS), organ yetmezliği ve sekonder nozokomiyal enfeksiyonların önüne geçmektir (Özdemir ve Pala, 2020). COVID-19 için spesifik ilaç tedavisi yoktur (Ovalı, 2020). Çocuklarda kesin olarak önerilen tedavi seçenekleri bulunmamaktadır. Solunum

problemi ya da hipoksisi mevcut çocuklar için oksijen terapisi; bakteri kaynaklı enfeksiyonu mevcut çocuklar için ise antibiyotik tedavi desteği verilmektedir (Onay ve diğerleri, 2020). Birtakım çalışmalarda viral enfeksiyona karşı yapılan tedavilerin, şiddetli olgularda kullanıldığı bilinmekte ancak çocukların üstündeki etkinliğine dair netlik belirtilmemiştir (Ludvigsson, 2020). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 14 Nisan'da güncellenen rehberinde, ağır pnömoni veya risk faktörü olan çocuklar için hafif vakalarda ilaç tedavisi önerilmekte, ağır ve orta vakalar gösterdikleri belirti kriterlerine göre tedavileri bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020). Şu anda çocuklar için etkili bir antiviral ilaç olmasa da ağır vakalar için interferon- α 2b nebulizasyon ve lopinavir/ritonavir kombinasyonu denenmiştir (Yeşil ve Hacimustafaoğlu, 2020). Pediatrik olgulara erken dönemde Interferon- α kullanımının viral yükü düşürerek faydalı olacağına dikkat çekilmiştir. Şiddetli semptomatik vakalarda glukokortikoidler denenmiştir (Özdemir ve Pala, 2020; Tezer ve Bedir Demirdağ, 2020). Genel tedavi olarak çocuklara yatak istirahati, yeterli kalori ve su alımı ile birlikte gerekli ise oksijen desteği verilmesi önerilmektedir (Özdemir ve Pala, 2020).

COVID-19'un en fazla ortaya çıkan belirtilerinden birinin ateş olmasından dolayı COVID-19 tanılı ateşli çocukta hemşirelik bakımı çok önemlidir. Çünkü çocukların genellikle hafif bulgularla hastalığı geçirdiği, ateş ya da pnömoni olduğunda prognozun kötüleştiği bilinmektedir (Shen ve diğerleri, 2020). Hemşireler ateş bulgulu pediatrik vaka yönetiminde önce, danışman rolüyle ebeveynlerin kaygılarını azaltmalı, aileyi yüksek ateşi düşürme konusunda bilgilendirilmeli ve hastane bakım süreci konusunda desteklemeli ve çocuğun uygun sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlamalıdır. Çocuğun genel durumu ve yaşam bulguları gözlemlenmelidir. Hemşirelik bakımının, çocuğun vücudunda ki sıvı dengesinin sağlanması ve rahatlığını yükseltmeye özgü verilmelidir (Keklik ve diğerleri, 2020).

Yüksek ateş huzursuzlukla beraber ise Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Pediatri Akademisi önerisi doğrultusunda febril konvülsiyon öyküsü olmaksızın, vücut ısısı 39 derece olan çocuklarda, hekim önerisi ile uygun antipiretik tedavinin uygulanması, en erken 30 dk. sonra vücut ısısının ölçülmesi, vücut ısısında düşme olmadığı takdirde ılık uygulamanın başlanması önerilmektedir (Çaka ve diğerleri, 2015; Özdemir ve Pala, 2020; WHO, 2020b). Çocuğa yapılacak ılık uygulamada suyun sıcaklığı 29.4-32.2°C olmalıdır. Çocuğun koltuk altı, el bileklerine ve dizlerinin iç kısmına, kasıklarına ılık kompres uygulama yöntemi kullanılmalıdır. Koltuk altları, el bileği, dizlerin iç yüzeyleri ve kasıklarda atar damarın bulunmasından dolayı cilt daha ince ve o yüzden vücut ısısı kolaylıkla düşmektedir. Ilık uygulamaya veya banyo suyuna, deriden erken buharlaşarak ateşin hızla düşmesine, vücudun termoregülasyon merkezine bozucu etkisi ve aynı zamanda ciltten emilerek merkezi sinir sistemine toksik etkisi nedeni ile alkol ve sirke katılmasından kaçınılmalıdır. Çocuğun yüksek ateşini birden düşüreceği nedeni ile ateşi düşürmek için buzlu ya da soğuk uygulama yapılmamalıdır; çünkü soğuk su ya da buz vazokonstriksiyona veya titremeye ısı üretiminin artışına yol açabilmektedir. Soğuk uygulama vücut sıcaklığındaki ani düşmelere neden olmakta ve çocukta dolaşım kollapsını ortaya çıkarabilmektedir. Soğuk uygulama ile çocuğun vücut ısısı düştüğünde, ateşin yönetilmesinden sorumlu hipotalamusun preoptik bölgesinde ki termoregülasyon merkezi harekete geçer. Termoregülasyon merkezi derideki sıcaklığı ve soğuğu algılayan reseptörler aracılığıyla kan damarlarının vazokonstriksiyonuna ve sempatik merkezlerin uyarımı ile titremeye, vücutta ısı oluşum hızı artmasına, derideki tüylerin dikleşmesine neden olmaktadır. (Çaka ve diğerleri, 2015; Green ve diğerleri, 2013; Keklik ve diğerleri, 2020).

COVID-19 tanılı ateşli çocuğun hemşirelik bakımında ağız mukozası bütünlüğü sağlanmalı, sıvı kaybı belirtileri yönünden izlenmeli ve gereken sıvı ihtiyacı sağlanmalıdır. Ateş, çocuğun sıvı alımında ve kalori gereksiniminde yükseklik yaratacağından çocuğa beslenme planı yapılmalı; çorba, sulu meyve, yoğurt gibi protein ve kaloriden yüksek besinler verilmesi önerilmektedir. Dinlenme ve aktivite zamanlamaları oluşturulmalıdır. Çocuğun bulunduğu oda sık sık havalandırılmalı, odanın 21-22°C olması sağlanmalı ve enfeksiyon önlemleri alınmalıdır. Yenidoğan döneminden 5 yaşa kadar çocuklarda oral termometre kullanılmamalı, aksilla bölgesinden ölçülmek üzere elektronik termometre kullanılmalıdır. Aile ateş yönetimi, yüksek ateş bakımı ve girişimleri, doğru antipiretik dozu, febril konvülsiyon hakkında bilgilendirilmelidir. Antipiretiklerin febril konvülsiyonları önlediği ile ilgili kanıtlanmış çalışmaların olmaması nedeniyle, çocuğun genel durumu iyi olmakla beraber ateşin klinik olarak sınır seviyesine ulaşmadan, her ateş yükselmesinde antipiretik ajanlar kullanılmamalıdır (Çaka ve diğerleri, 2015; Keklik ve diğerleri, 2020)

“Parasetamol” ve “İbuprofen” gibi ateş düşürücüler, vücut ısısını indirmek amacıyla çocuklar için sık kullanılmakla birlikte İbuprofen ve nonsteroid anti-enflamatuvar ilaçların (NSAID) SARS-CoV-2 enfeksiyonu esnasında kullanımının önerilmediği çalışmalar olmakla beraber aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmediğinden oral yol ile 5-10 mg/kg parasetamol verilebileceği bilinmektedir (Day, 2020; Özdemir ve Pala, 2020; WHO, 2020c). Çocuklarda en fazla tercih edilen antipiretik ilaç olan “Parasetamol” kullanım şekli 10-15 mg/kg/doz olarak, her 4 saatte bir uygulanmalıdır ve maksimum günlük doz toplamı 60 mg/kg'dır. Parasetamol genel olarak güvenlidir ancak 30-60 dakikada bir kanda yeterli değere ulaştığından; doğru doz ve zamanda kullanılması önerilmektedir. Yenidoğan döneminde, yarılama zamanı tam olarak belirlenmediği için dikkatli kullanılmalıdır (Gülcan, 2020). Antipiretik özelliği olan Aspirin, 18 yaşın altındaki çocuklar için önerilmemektedir. Aspirin'in “Reye Sendromu” olarak tanımlanan kritik bir hastalığa sebebiyet verebileceği düşünülmektedir (Ward, 2020). Bilinçsiz antipiretik kullanımı ile sıklıkla ilaç zehirlenmeleri oluşabilmektedir; bu ilaç zehirlenmelerinde ilk sırayı parasetamol intoksikasyonlarının oluşturduğu bilinmektedir (Gülcan, 2020).

COVID-19 hastalığına bağlı oluşan “ARDS” yoğun bakımda yaşam desteği alınmasını gerektirmektedir. Yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakımı sürdürülen COVID-19 enfeksiyonlu çocuklarda, yoğun bakım hemşiresinin, güncel ve kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda, hastayı değerlendirmesi, tedavi ve bakımda geliştirilen protokolleri takip etmesi, nitelikli bakım sürdürmesi çocukların yaşatılması açısından oldukça önemlidir (Pars, 2020). Avrupa Pediatrik ve Yenidoğan Yoğun Bakım Derneği, COVID-19 enfeksiyonlu çocuğa bakımda, rutin göğüs fizyoterapisi yapılmaması, kontamine durum haricinde ventilatör ve aspiratör setinin rutin değiştirilmemesini, endotrakeal kaf basıncını 6-12 saatte bir kontrolünü, ağız bakımını 12 saatte bir yapılmasını önermektedir. Aerosol kaynaklı girişimlerden dolayı, entübasyon ve resüsitasyon uygulamaları esnasında ailelerin de mutlaka kişisel koruyucu ekipmanı giymesi gerekmektedir (Avrupa Pediatrik ve Yenidoğan Yoğun Bakım Derneği, 2020).

COVID-19 tanılı çocukların hemşirelik bakımında solunum fonksiyonlarının bozulmasına bağlı gelişen hipoksinin düzeltilmesi, çocuğun ve ailesinin yoğun bakım ünitesine kabulü, hastalığın seyrine ve tedavisine karşı kaygılarının azaltılması konuları yer almaktadır (Bozkurt ve Yakut, 2020). Hemşire, hipoksemi gelişen çocuklarda oksijen tedavisi sürdürerek hipoksemi ortadan kaldırmaktadır. Çocuğun yaşı uygunluk sağlıyorsa oksijen terapisi vermeden önce, işlem hakkında ayrıntılı bilgi vermelidir. Çocuğa uyan nazal kanül seçimi yapılmalı ve yüzünü sıkımayacak durumda sabitlenmelidir; çocukların yaşlarına uygun olan yolun seçilmesi göz önünde bulundurulmalıdır. “ARDS” tablosu gösteren çocuklar için “ECMO” ve “HFO” tedavilerinin yararı görülmektedir (Ravikumar ve diğerleri, 2020).

Çocuk ve aile merkezli hemşirelik bakımının sürdürülmesinde, hem çocuğa hem aileye güven duygusu sağlanmalı ve imkân oldukça aileye çocuğunun bakımında yer verilmelidir. Ailenin yoğun bakım ziyaretlerinde öncelikle el hijyenine dikkat edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Çocuk, ebeveyn, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi pekiştirmek için uygun teknolojilerden yararlanılmalıdır (Bozkurt ve Yakut, 2020). Dünya Sağlık Örgütü’nün (2020) hazırladığı rehberde, bulaş düzeyini düşürmek için öneriler, el hijyeni, toplumda fiziksel veya sosyal mesafeyi korumaya yönelik öneriler ve hastalık belirtileri taşıyan bireylerin izolasyonuna dair temas önlemleri bulunmaktadır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığınca tarafından oluşturulan rehberde bu önlemler aynı şekilde ele alınmıştır (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020). COVID-19 enfeksiyonu olan aile üyelerinin ev izolasyonunda mutlaka cerrahi maske takmaları, sık el yıkamaları ve oyuncakların 30 dakika 56°C’ de ısıtarak ya da %75 alkol veya klor içeren dezenfektanlar veya ultraviyole ışınları ile düzenli olarak dezenfekte edilmesi önerilmektedir (Chen, Fu ve diğerleri, 2020; Wei ve diğerleri, 2020).

COVID-19 pandemi sürecinin başlamasıyla birlikte dünyadaki pek çok ülke ve bu ülkelerde yaşayan insanlar ruhsal, fiziksel, ekonomik ve duygusal yönden etkilenmiştir. COVID-19’un etkilediği bireyler içinde çocukların; bilişsel, dilsel, bedensel ve duygusal gelişimi henüz tamamlanmadığı, psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak için yetişkinlere ihtiyaç duymaları nedeniyle COVID-19 pandemi sürecinden daha fazla etkilenebileceği düşünülmektedir (Çaykuş ve Mutlu Çaykuş, 2020). COVID-19 döneminde çocukların psikolojik sağlıklarının korunması çok önemli olmaktadır. COVID-19 pandemi sürecinde çocuklarda yaşa göre farklı belirtiler gözlemlenmektedir. Okul öncesi dönem çocuklarda uyku sorunları, iştahsızlık, korkular, yatak ıslatma, konuşma sorunları ve becerilerde gerileme; okul çocuklarında ise eğitim-öğretim faaliyetlerinin sekteye uğraması aynı zamanda buna bağlı olarak arkadaşlarıyla olan ilişkilerinin de azalmasıyla korku, kaygı, huzursuzluk, saldırganlık, konsantrasyon sorunları görülebilmektedir. Ergenlik dönemindeki çocuklarda duygusal ve fiziksel değişiklikler nedeniyle de pandemi dönemini inkar edip tedbirli davranmayı reddedebilirler; aynı zamanda uyku örüntüsünde bozulmalar, yeme problemleri, içine kapanıklık ve üzüntülü hal, çok fazla anksiyete, davranışlarında birtakım problemler, alkol tüketimi gibi risk içeren durumları gösterebilirler (Çaykuş ve Mutlu Çaykuş, 2020; Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2020).

Çocuklar geçici olarak belirti göstermiş olsalar dahi ciddi bir psikolojik bozuklukla karşılaşmazlar. Eğer geçmiş zamanlarında birtakım psikolojik problemleri olan ve ailelerinde sorun mevcut olanlar ya da yakının kaybetmiş olanlar ağır psikolojik problem tehlikesi altında olmaktadır. Çocuklarda iki haftayı geçen belirtilerin gözlenmesi durumunda profesyonellerden destek alınması gerekebilir (Çaykuş ve Mutlu Çaykuş, 2020). Ailelerin çocuklarına belirsizlikleri gidermek adına ve yeterliliklerini algılarını yükseltmek konusunda uygun davranışlar sergilemesi gerekmektedir (Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2020). Çocukların kaygılarını kontrol altına almak için onlara öncelikle bilgilendirme yapılmalıdır. Yeni bir virüs türünün ortaya çıktığını, sebep olduğu hastalığın adına “COVID-19” denildiği, hastalanan birçok kişinin iyileştiği, çocuklarda hastalık geçirme durumunun çok az olduğu ve çocuklar hasta olursa hafifçe atlattıklarını, ama gene de hijyene çok dikkat edilmesi gerektiği çocuklara anlatılmalıdır. Çocukların COVID-19 döneminde daha az kaygılı olması için aileleriyle daha fazla vakit geçirmeleri önerilmektedir (Çaykuş ve Mutlu Çaykuş, 2020). Çocukların duygularının tanımlamalarına fırsat verilmelidir. Ergenlik dönemindeki çocukların kendilerini mutsuz hissettiklerinde ve kaygılarını ifade ettiklerinde aileleri desteklemeli ve yanlarında olunmalıdır.

Çocukların ve gençlerin korunması için, belirli alışkanlıkların oluşumu, sağlıklı yaşam davranışlarının sürdürülmesi, ebeveynlerin örnek olarak davranması, yeterli bilgilendirme sağlanması, dürüst olunması, toplumsal ilişkilerin internet ve telefon gibi araçlar yoluyla sürdürülmesi, duyguların dinlenmesi ve desteklemesi, geçmişte mevcut olan psikolojik problemlerin tedavi devamlılığı oluşturulması gerekmektedir (Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2020).

SONUÇ

COVID-19 enfeksiyonu, tüm yaş gruplarını etkilemekle beraber özel bir yaş grubunu oluşturan çocuklara da, okulda, parkta ve aile içinde temas yoluyla bulaş sağladığı bilinmektedir. COVID-19 tanılı çocuklar, yetişkinlere kıyasla hafif bir seyir göstermekte; en sık görülen semptomlar yüksek ateş ve öksürük olmaktadır. COVID-19'a karşı, 1 yaş altı çocuklar ve yenidoğanlar daha riskli grubu oluşturmaktadır. Çocuklarda yüksek ateş, febril konvülsiyon riski içermesi sebebi ile uygun hemşirelik bakımının sağlanması, ailelerin ateş yönetimi ile ilgili bilgilendirilmesi ve desteklemesi önemli olmaktadır. COVID-19 enfeksiyonunda çocuklarda kesin ilaç tedavisi bulunmamakla beraber antiviral ilaçlar kullanılmakta, tedavi süreci için bilimsel kanıt düzeyi yüksek çalışmalar oldukça sınırlı olmaktadır. Genel tedavi olarak çocuklara yatak istirahati, yeterli kalori ve sıvı alımı ile birlikte gerekli ise oksijen tedavisi uygulanması sağlanmaktadır. Yenidoğan ve çocuklarda COVID-19 enfeksiyonunun önlenmesi, tedavisi ve kontrolünde hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Bozkurt, G., Yakut, T. (2020). Yoğun bakımda covid-19 tanılı çocuk hasta. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24, 68-72.
- Carlotti, A., Carvalho, W. B., Johnston, C., Rodriguez, I. S., Delgado, A. F. (2020). COVID-19 Diagnostic and management protocol for pediatric patients. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 75, e1894. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1894>
- Chang, T. H., Wu, J. L., Chang, L. Y. (2020). Clinical characteristics and diagnostic challenges of pediatric COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(5), 982–989. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.04.007>
- Chen, F., Liu, Z. S., Zhang, F. R., Xiong, R. H., Chen, Y., Cheng, X. F., Wang, W. Y., Ren, J. (2020). First case of severe childhood novel coronavirus pneumonia in China. *Chinese Journal of Pediatrics*, 58(3), 179–182. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.03.003>
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., ... Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*, 395(10226), 809–815. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
- Chen, Z. M., Fu, J. F., Shu, Q., Chen, Y. H., Hua, C. Z., Li, F. B., ... Zhang, Y. Y. (2020). Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World Journal of Pediatrics*, 16(3), 240–246. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>
- Curtis, N., Sparrow, A., Ghebreyesus, T. A., Netea, M.G. (2020). Considering BCG vaccination to reduce the impact of COVID-19. *Lancet (London, England)*, 395(10236), 1545–1546. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31025-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31025-4)
- Çaka Yalınzoğlu, S., Çınar N., Altınkaynak, S. (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 133-138.
- Çaykuş, T. E., Çaykuş Mutlu, T. (2020). COVID-19 Pandemi sürecinde çocukların psikolojik dayanıklılığını güçlendirme yolları: ailelere, öğretmenlere ve ruh sağlığı uzmanlarına öneriler. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 95-113.
- Day, M. (2020). Covid-19: İbuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. *BMJ*, 368, m1086. Doi: 10.1136/bmj.m1086
- Deniz, M., Tezer, H., Tapisiz, A. (2020). Yenidoğan ve gebelerde yeni coronavirus hastalığı 2019 (COVID 19). *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14 (3), 274–278. <https://doi.org/10.12956/tchd.717611>
- European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care. (2020). Nursing guidance for the care of the child with suspected or proven COVID-19 infection. Erişim adresi: <https://espnice-online.org/News/Latest-News/Nursingguidance-for-the-care-of-the-child-with-suspected-orproven-COVID-19-infection2>
- Gökçay, G., Keskindemirci, G. (2020). Anne sütü ve COVID-19. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. <https://doi.org/DOI: 10.26650/İUITFD.2020.0025>
- Green, R., Jeena, P., Kotze, S., Lewis, H., Webb, D., Wells, M. (2013). Management of acute fever in children: Guideline for community healthcare providers and pharmacists. *South African Medical Journal*, 103(12), 948–954. <https://doi.org/10.7196/samj.7207>

- Gülcan, M. K. 2020. *Çocuk acil servisine ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karaman.
- Hong, H., Wang, Y., Chung, H. T., Chen, C.J. (2020). Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatrics and Neonatology*, 61(2), 131–132. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2020.03.001>
- İşsever, H., İşsever, T., Öztan, G. (2020). COVID-19 epidemiyolojisi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 1–13. <https://doi.org/10.26650/JARHS2020-S1-0001>
- Jiehao, C., Jin, X., Daojiong, L., Zhi, Y., Lei, X., Zhenghai, Q., ... Mei, Z. (2020). A case series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clinical Infectious Diseases: an Official Publication of The Infectious Diseases Society of America*, 71(6), 1547–1551. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa198>
- Kam, K. Q., Yung, C. F., Cui, L., Tzer Pin Lin, R., Mak, T. M., Maiwald, M., ... Thoon, K.C. (2020). A well infant with coronavirus disease 2019 with high viral load. *Clinical Infectious Diseases: an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 71(15), 847–849. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa201>
- Keklik, S., Karakul, A., Öztornacı Özgüven, B., Ardahan, E., Doğan, P., Doğan, Z., Yıldırım Sarı, H. (2020). COVID-19 tanısı olan çocuk hastalarda ateş yönetimi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 123-128.
- Kimberlin, D. W., Stagno, S. (2020). Can SARS-CoV-2 infection be acquired in utero?: more definitive evidence is needed. *Journal of the American Medical Association*, 323 (18), 1788–1789. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4868>
- Lee, P. I., Hu, Y. L., Chen, P. Y., Huang, Y. C., Hsueh, P. R. (2020). Are children less susceptible to COVID-19?. *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection*, 53 (3), 371–372. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.02.011>
- Ludvigsson, J. F., (2020). Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 109(6), 1088–1095. <https://doi.org/10.1111/apa.15270>
- Mustafa, N. M., A Selim, L. (2020). Characterisation of COVID-19 pandemic in paediatric age group: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Virology: the Official Publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, 128, 104395. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104395>
- National Health Commission of People's Republic of China, (2020). Diagnosis and treatment of pneumonia caused by novel coronavirus (trial version 4). <https://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/4294563ed35b43209b31739bd0785e67/files/7a9309111267475a99d4306962c8bf78.pdf>. Access 28 Feb 2020.
- Onay Reyhan, Z., Eyüboğlu Şişmanlar, T., Aslan Tana, A. (2020). Covid-19 in children. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 22(4), 138-147.
- Ovalı, F. (2020). Yenidoğanlarda COVID-19 enfeksiyonları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 23-35. DOI: 10.21673/anadoluklin.708589
- Özdemir, Ö., Pala, A. (2020). Çocuklarda COVID-19 enfeksiyonunun tanısı, tedavisi ve korunma yolları. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research, COVID-19 Özel sayı*, 14-21. DOI: 10.34084/bshr.711208
- Pars, H.(2020). Covid-19 pandemisinde çocuklar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 66-75.
- Ravikumar, N., Nallasamy, K., Bansal, A., Angurana, S. K., Basavaraja, G. V., Sundaram, M., ... Intensive Care Chapter of Indian Academy of Pediatrics (2020). Novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) infection: part I - preparedness and management in the pediatric intensive care unit in resource-limited settings. *Indian Pediatrics*, 57(4), 324–334. <https://doi.org/10.1007/s13312-020-1785-y>
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2020). COVID-19 guidance for paediatric services. Erişim adresi: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/covid-19-guidance-paediatric-services> accessed 01 June 2020.
- Schwartz D. A. (2020). An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: Maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 144(7), 799–805. <https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-SA>
- She, J., Liu, L., Liu, W. (2020). COVID-19 epidemic: disease characteristics in children. *Journal of Medical Virology*, 92(7), 747–754. <https://doi.org/10.1002/jmv.25807>
- Shen, K., Yang, Y., Wang, T., Zhao, D., Jiang, Y., Jin, R., ... Global Pediatric Pulmonology Alliance (2020). Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World Journal of Pediatric*, 16(3), 223–231. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>

- Society of Pediatrics, Chinese Medical Association, Editorial Board, Chinese Journal of Pediatrics (2020). Recommendations for the diagnosis, prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection in children (first interim edition). *Chinese Journal of Pediatrics*, 58(0), E004. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.0004>
- Sönmez, B. (2020). Çocuklarda covid-19 enfeksiyonu. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 12(3), 77-86.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Covid-19 (Sarscov2 Enfeksiyonu) Rehberi (Bilim Kurulu Çalışması). 14 Nisan 2020, Ankara.
- Tezer, H., Demirdağ Bedir, T. (2020). Novel coronavirus disease COVID-19 in children. *Turkish Journal of Medical Sciences, COVID-19 Pandemi*, 592-603. DOI: 10.3906/sag-2004-174
- Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği. (2020). COVID-19 (Korona) virüs salgını sırasında aile, çocuk ve ergenlere yönelik psikososyal ve ruhsal destek rehberi. Erişim adresi: <https://www.ankara.edu.tr/wpcontent/uploads/sites/6/2020/03/cogepdercovid19rehberi30mart2020.pdf.pdf>
- Wang, S., Guo, L., Chen, L., Liu, W., Cao, Y., Zhang, J., Feng, L. (2020). A case report of neonatal 2019 coronavirus disease in China. *Clinical Infectious Diseases: an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 71(15), 853–857. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa225>
- Wang, X. F., Yuan, J., Zheng, Y. J., Chen, J., Bao, Y. M., Wang, Y. R., ... Liu, L. (2020). Retracted: clinical and epidemiological characteristics of 34 children with 2019 novel coronavirus infection in Shenzhen. *Zhonghua er ke za zhi = Chinese Journal of Pediatrics*, 58(0), E008. Advance online publication. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.0008>
- Ward, M.A. (2020). Up to date-patient education: Fever in children (Beyond the Basics). <https://www.uptodate.com/contents/fever-in-childrenbeyond-the-basics>
- Wei, M., Yuan, J., Liu, Y., Fu, T., Yu, X., Zhang, Z. J. (2020). Novel coronavirus infection in hospitalized infants under 1 year of age in China. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1313–1314. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2131>
- World Health Organization (2020a). Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination and COVID-19. Erişim adresi: [https://www.who.int/newsroom/commentaries/detail/bacille-calmette-guerin-\(bcg\)-vaccination-and-covid-19](https://www.who.int/newsroom/commentaries/detail/bacille-calmette-guerin-(bcg)-vaccination-and-covid-19)
- World Health Organization (2020b). Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019> 48.
- World Health Organization. (2020c). The use of non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) in patients with COVID-19. [https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/the-use-of-non-steroidalanti-inflammatory-drugs-\(nsaids\)-in-patients-with-covid-19](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/the-use-of-non-steroidalanti-inflammatory-drugs-(nsaids)-in-patients-with-covid-19)
- Jiatong S, Wenjun L. (2020). Epidemiological characteristics and prevention and control measures of Corona Virus Disease 2019 in children. *JTropMed*, 20(2):153-156.
- Xing, Y. H., Ni, W., Wu, Q., Li, W. J., Li, G. J., Wang, W. D., ... Xing, Q. S. (2020). Prolonged viral shedding in feces of pediatric patients with coronavirus disease 2019. *Journal of Microbiology Immunology and Infection*, 53(3), 473–480. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.021>
- Xu, Y., Li, X., Zhu, B., Liang, H., Fang, C., Gong, Y., ... Gong, S. (2020). Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. *Nature Medicine*, 26 (4), 502–505. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0817-4>
- Yanartaş Sarı, M., Törün Hançerli, S. (2020). Covid-19 ve çocuk. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 40-48.
- Yeo, C., Kaushal, S., Yeo, D. (2020). Enteric involvement of coronaviruses: is faecal-oral transmission of SARS-CoV-2 possible?. *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 5(4), 335–337. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30048-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30048-0)
- Yeşil, E., Hacımustafaoğlu, M. (2020). Yeni coronavirüs 2019 enfeksiyonları güncel durum. *Güncel Pediatri Dergisi*, 18(1), 134-139.
- Zeng, L. K., Tao, X. W., Yuan, W. H., Wang, J., Liu, X., Liu, Z. S. (2020). First case of neonate infected with novel coronavirus pneumonia in China. *Zhonghua er ke za zhi = Chinese Journal of Pediatrics*, 58(0), E009. Advance online publication. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.0009>
- Zhang, T., Cui, X., Zhao, X., Wang, J., Zheng, J., Zheng, G., ... Xu, Y. (2020). Detectable SARS-CoV-2 viral RNA in feces of three children during recovery period of COVID-19 pneumonia. *Journal of Medical Virology*, 92(7), 909–914. <https://doi.org/10.1002/jmv.25795>

Mehtap KIZILKAYA¹
Orcid: 0000-0002-4000-8926

Cihan KOCAİRİ¹
Orcid: 0000-0002-5977-3548

Rüveyda YÜKSEL¹
Orcid: 0000-0002-5997-4155

Merve ŞAHİN²
Orcid: 0000-0002-4924-970X

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

² İzmir Bergama Necla-Mithat Öztüre Devlet
Hastanesi, Acil Servis

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Cihan KOCAİRİ
cihan.ektiricioglu@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Neuman sistemler modeli; majör depresyon; hemşirelik bakımı; olgu sunumu.

Keywords:

Neuman systems model; major depression; nursing care; case report.

Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Majör Depresyon Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of a Patient With a Diagnosed Major Depression According to the Neuman Systems Model: Case Report

Gönderilme Tarihi: 30 Haziran 2021

Kabul Tarihi: 17 Ocak 2022

Öz

Bireyi ve ailesini tüm yönleriyle etkileyen majör depresyonda, hemşirelik bakımının amacı, güvenli bir çevre oluşturulması, hastanın fizyolojik ve psikolojik bütünlüğünü sürdürülebilmesi, baş etme yollarını öğrenmesi, farkındalığının artması, denge ve uyumunu sağlayarak iyilik halini sürdürülebilmesini sağlamaktır. Bu doğrultuda hastaya göre kişiselleştirilmiş ve hastanın bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını sağlayan bir hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Neuman Sistemler Modeli, hemşirelere hastayla ilgili detaylı veri toplamayı, hastanın sorunlarına bütüncül bakmayı ve uygun hemşirelik tanılarının konulmasını sağlayan ve bakıma entegre edilebilme özelliği taşıyan bir modeldir. Bu olguda majör depresyon tanısı ile izlenen hastanın Neuman Sistemler Modeli'ne göre planlanan hemşirelik bakımı sunulmuştur. Model doğrultusunda uygulanan hemşirelik bakımının hastanın gereksinimlerinde etkili olduğu ve iyileşmesine katkı sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak, Neuman Sistemler Modeli'nin ruhsal hastalıklarda hemşirelik bakımının planlanmasında kullanılabilir olduğu düşünülmektedir.

ABSTRACT

The purpose of nursing care in major depression affecting the individual and family in all aspects; to create a safe environment, to maintain the physiological and psychological integrity of the patient, to learn the ways of coping, to increase his/her awareness, to maintain his/her well-being by ensuring balance and harmony. In this direction, a nursing care that is personalized according to the patient and provides a holistic approach to the patient should be planned. The Neuman Systems Model is a model that enables nurses to collect detailed data about the patient, to look at the patient's problems in a holistic manner and to make appropriate nursing diagnoses, and to be integrated into care. In this case, the nursing care of a patient who was followed up with a diagnosis of major depression was discussed within the framework of Neuman Systems Model. It has been observed that the applied nursing care contributes to the recovery of the patient. In this case, the nursing care of a patient who was followed up with a diagnosis of major depression was presented. It was observed that the care, which was planned and applied according to the Neuman Systems Model, was effective in meeting the needs of the patient and contributed to the recovery. As a result, it is thought that the Neuman Systems Model can be used the planning of nursing care in mental illnesses.

Kaynak Gösterimi: Kızılkaya, M., Kocairi, C., Yüksel, R., Şahin M., (2022). Neuman sistemler modeli'ne göre majör depresyon tanılı hastanın hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *EGEHFD*, 38(1), 71-79. Doi:10.53490/egehemsire.939895

How to cite: Kızılkaya, M., Kocairi, C., Yüksel, R., Şahin M., (2022). Nursing care of a patient with a diagnosed major depression according to the neuman systems model: case report. *JEUNF*, 38(1), 71-79. Doi:10.53490/egehemsire.939895

GİRİŞ

Majör Depresyon, uyku ve yeme düzeninde değişiklikler, konsantrasyon güçlükleri, suçluluk, değersizlik duyguları ve kendine zarar verme düşüncelerinin eşlik ettiği depresif duygudurum, ilgi kaybı, aktivitelerden zevk almama ve azalmış enerji ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (APA, 2014; Townsend, 2016). Dünya nüfusunun yaklaşık olarak %5'ini etkileyen, yaşam kalitesinde düşüşe ve performans kaybına yol açan, yeti yitimine neden olan majör depresif bozukluk kronikleşme riski bulunan önemli bir sorundur (Durisko, Mulsant ve Andrews, 2015).

Bireyi ve ailesini tüm yönleriyle etkileyen majör depresyonda, hasta ile sürekli bir arada olan hemşirelerin, hastanın tıbbi tedavi sürecindeki rollerinin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın tedavisine göstereceği uyumu sağlamada önemli rolleri vardır (Ertekin Pınar ve Tel, 2012). Bu doğrultuda, hastaların yaşam deneyimleri, bireysel özellikleri, hastalıklara ve bakım gereksinimlerine verdikleri yanıtlar çerçevesinde hastaya göre kişiselleştirilmiş ve hastanın fizyolojik durumu ve ruhsal belirtilerinin bir arada değerlendirildiği bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını sağlayan bir hemşirelik bakımı planlanmalıdır (Toru, 2020). Majör depresyonda, hemşirelik bakımının amacı, güvenli bir çevre oluşturulması, hastanın fizyolojik ve psikolojik bütünlüğünü sürdürdürebilmesi, baş etme yollarını öğrenmesi, farkındalığının artması, denge ve uyumunu sağlayarak iyilik halini sürdürdürebilmesini sağlamaktır (Engin ve Ergün, 2014; Townsend, 2016). Hemşirelik bakımı planlanırken bilgi ve uygulamayı sentezleyerek kavramsal bir çerçeve sağlayan modellerin kullanılması, bakımın kalitesini ve etkinliğini arttırmaktadır (Çalışkan ve Gürhan, 2019; Dağcı, 2019; Türen, Atakoğlu, Kıvanç ve Gül, 2019). Bu amaçla kullanılacak modellerden birisi Neuman Sistemler Modeli (NSM)'dir.

Neuman Sistemler Modeli (NSM), hemşirelere hastayla ilgili detaylı veri toplamayı, hastanın sorunlarına bütüncül bakmayı ve uygun hemşirelik tanılarının konulmasını sağlayan, bakıma entegre edilebilme özelliği taşıyan bir modeldir (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2020; Doğan ve Çaydam, 2019; Parlak, Güvenç ve İyigün, 2020). NSM temel olarak bireylerin ve toplumun stresörlere olan tepkilerini ve bu stres tepkilerine hemşirelerin müdahalelerini içermektedir (Neuman, 1996; Ume-Nwagbo ve diğerleri, 2006). İnsanı ve içinde bulunduğu çevresini anlamak ve hemşirelik sorunlarına uygun girişimlerde bulunmak için bütüncül bir bakış açısını ve açık sistem yaklaşımını benimsemektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Hastayı, fizyolojik, psikososyal, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel olarak beş farklı alan üzerinde değerlendirmektedir (Alligood, 2014; Ayaz Alkaya, 2017; Meleis, 2012).

İnsan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarını ele alan NSM'ye göre insan, çevresi ile etkileşen açık bir sistemdir ve uyumu ve dengeyi sağlayabilmek için iç ve dış çevresi ile sürekli etkileşim halindedir. Modelde insan, "hasta ve hasta sistemi" olarak yer almakta ve bireysel değişkenler temel yapı, savunma hatları (esnek savunma hattı, normal savunma hattı, direnç hattı) ve yeniden yapılanma kavramlarıyla ele alınmaktadır. Savunma hatları, fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel alanlarda bireysel değişkenleri içermektedir. Birey bu değişkenlere göre engelleyici güçlere (stresörlere) yanıt vermektedir. Bu stresörler uygun cevap verilemediğinde savunma hatları zarar görmekte ve sistemin dengesi bozulmaktadır (Turner ve Kaylor, 2015). Çevre, sistemi etkileyen ve ondan etkilenen tüm faktörler olarak tanımlanmıştır ve iç çevre (içsel), dış çevre (kişilerarası) ve oluşturulmuş çevre (hem iç hem de dış çevre) olarak ayrılmaktadır (Alligood, 2014). NSM'de stresörler çevre kavramı içerisinde, iç ve dış çevresel sınırlarında gerilim yaratan faktörler olarak değerlendirilmektedir. Neuman'ın modelinde sağlık, birey ve çevre arasındaki denge olarak tanımlanmaktadır ve dinamik bir süreç olarak kabul edilmektedir. Neuman'ın tanımladığı son kavram olan hemşire ise, kişinin stresörlere tepkisini ve bu tepkiyi etkileyen faktörleri sistemsel bir şekilde ele alan meslek grubu olarak tanımlanmaktadır (Alligood, 2014; Meleis, 2012).

Hemşire, sistemi dengede tutmak için birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç koruma düzeyinde girişimlerini gerçekleştirmektedir (Alligood, 2014; Meleis, 2012).

Birincil Koruma: İyilik halinin sürdürülmesi için savunma hattının güçlendirilmesidir. Bu korumanın amacı, stresin önlenmesi, risk faktörlerinin azaltılması ve hastaya özgü planlanan girişimlerle sağlığın geliştirilmesidir. Bireylere ve ailelere eğitim ve danışmanlığı içerir (Alligood, 2014; Meleis, 2012). **İkincil Koruma:** Hasta bir stresörle karşılaştığında, hemşire iç direnç hatlarını güçlendirerek temel yapıyı korumak için müdahale olarak ikincil önlemeyi kullanabilir. İkincil koruma tanı, tedaviyi ve bakımı içerir (Alligood, 2014; Meleis, 2012).

Üçüncül Koruma: Hastanın yeniden yapılanmasının sağlanarak, uyum ve dengesinin korumasıdır. Üçüncül korumada yer alan eylemler, hastanın mevcut güçlü yönleri destekleyerek ve hasta sisteminin enerjisini koruyarak iyilik halini sürdürür. Üçüncül koruma hastanın sağlığa/iyiliğe yaklaştığı ve primer korumanın tekrar devreye girdiği aşamadır. Hastalığın tekrar ortaya çıkmasını önlemek için stresörlere karşı bireyin direncini yükseltmesini içerir (Ayaz Alkaya, 2017; Meleis, 2012).

Neuman Sistemler Modeli'nde hemşirelik bakım süreci hemşirelik tanısı, hemşirelik amaçları ve hemşirelik sonuçları olarak üç basamakta ele alınır. Hemşirelik tanıları bölümü; veri tabanı ve tanılama, iyilik halinin gerçek ya da potansiyel değişimi adımlarından oluşurken, hemşirelik amaçları bölümü; beklenen sonuçlar ve planlanmış girişimlerden, hemşirelik sonuçları bölümü ise; gerçek girişimler, değerlendirme ve amacı yeniden düzenleme adımlarından oluşmaktadır (Alkaya, 2017; Fawcett, 2006).

Başoğul ve Buldukoğlu (2020), depresyon hastalarında NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının hasta başa çıkma stratejileri, benlik saygısı ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, depresyon için hazırlayıcı faktör olabilen stresörlerin bireyin savunma hatları ile karşılaştığını, bu hatların yeteri kadar güçlü olmadığı durumlarda (fizyolojik, psikolojik, sosyo kültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerle ilgili yetersizlikler) temel yapının olumsuz etkilenmesine ve bireyin depresyon yaşamasına neden olabildiğini bildirmişlerdir. Bu bağlamda çalışmalarında, depresyonu temel yanıt olarak ele almışlardır. Birey depresyon için hazırlayıcı faktör olabilen stresörlerle baş edemediğinde normal savunma hatları kırılır. Bu durumda direnç hatları güçlendirilmediğinde ve gerekli desteği alamadığında depresyon yaşayabilir. Depresyonda, bireylerin savunma hatlarının güçlendirilmesi yoluyla, stresörlere karşı güçlenmesi ve depresyonla başa çıkması sağlanabilir (Başoğul ve Buldukoğlu, 2020).

Bu çalışma majör depresyon olgusu üzerinden NMS'ye göre veri toplanarak, belirlenen stresörlerin ortadan kaldırması için, hemşirelik bakımı uygulanarak sonuçlarının sunulmasını amaçlamaktadır. Hastanın verileri NSM'ye göre savunma hatlarında yer alan fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel alanlardaki stresörler değerlendirilerek toplanmıştır. Hemşirelik girişimleri ise, belirlenen stresörlerin ortadan kalkması için birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma düzeylerinde ele alınarak uygulanmıştır. Olgu takibi Aydın ilinde bulunan bir hastanenin psikiyatri servisinde 15.04.2019–14.06.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastayla ilgili veriler görüşme ve gözlem yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Hastanın NSM'ye göre stresörler ve değişkenler doğrultusunda genel bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu değerlendirme ve veriler sonrasında hastanın öncelikli sorunları belirlenmiştir. Hemşirelik tanı ve girişimleri 2015-2017 NANDA-I (North America Nursing Diagnosis Association-Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği) Uluslararası Hemşirelik Tanıları Sınıflamasına (Phelps, Ralph ve Taylor, 2019) göre belirlenmiştir ve bakım süreci planlanmıştır (Durisko ve diğerleri, 2015; Townsend, 2016).

Olgu ile haftada iki kez yaklaşık 45 dakika kadar süren toplam altı görüşme ve hastanın eşi ile de bu süreçte iki kez görüşme yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için 11.04.2019 tarihli (Sayı:106; 10 Nolu Karar) bir üniversitenin Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulundan onay alınmıştır. Hasta ve yakını çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Hasta ve yakınından yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşında, 2 çocuk sahibi olan kadın hasta Aydın'da eşiyle birlikte yaşamaktadır. Çocukları evli olup eşleriyle ve kendi çocuklarıyla beraber ayrı evlerde yaşamaktadırlar. Ailenin tek çocuğu olan hasta, ilköğretim mezunudur ve ev hanımıdır. Hasta şikayetlerinin (iştahsızlık, uyuyamama, halsizlik iç sıkıntısı, bir şey olacak hissi ve korkusu) 42 yaşındayken, hastalanan annesine bakım verdiği dönemde başladığını ifade etmiştir. Bu dönemde şikayetleri yoğunlaşmış ve 16 gün psikiyatri kliniğinde tedavi görmüştür. Taburculuk sonrası ilaçlarını düzenli kullanmış ve yaklaşık beş yıl süren bir iyileşme dönemi olmuştur. Beş yılın sonunda annesini kaybeden hasta, babasına bakım vermeye başlamıştır ve bakım süreci babası vefat edene kadar yaklaşık sekiz yıl sürmüştür. Babasına bakım verdiği dönemde şikayetleri devam etmiştir ve poliklinik randevularına düzenli olarak gitmiştir. Hasta anne ve babasına bakım verdiği dönem ile ilgili olarak "Onlara iyi bakamadığım için kendime çok kızıyorum,onların hastalıkları boyunca ben de hep hastaydım." ifadelerinde bulunmuştur. Babasının vefatından yaklaşık bir yıl sonra hastanın ilaçla tedavisi sonlandırılmış ve yaklaşık 10 yıl süren bir iyileşme dönemi olmuştur. Hastanın şikayetleri altı yıl önce oğlunun boşanmasıyla tekrar başlamıştır ve intihar düşünceleri olan hastanın tekrar kliniğe yatışı yapılmıştır. Haziran 2016 tarihinden itibaren hastanın toplamda altı yatışı olmuştur. Hasta taburculukları sonrasında ilaçlarını bir süre kullandığını ve kendini iyi hissettiğinde bıraktığını ifade etmiştir.

Dört ay öncesinde aile içi tartışmaların arttığı ve bununla bağlantı olarak oğluya ve torunlarıyla görüşemediği bir süreç yaşamıştır. Ve bu süreçte şikayetleri artmıştır. Yoğun iştahsızlık yaşayan hasta 12 kilo vermiştir. Hasta bu durumu "Evde yalnız yemek yemek içimden gelmiyor, evde gündüzleri kimse olmuyor bende yemiyorum." şeklinde açıklamıştır. Son yıllarda ev işlerini yapamayan hastanın "Ben hiç bir işe yaramıyorum, anneme de bakamamıştım, şimdi de evime bakamıyorum." şeklinde ifadesi olmuştur.

Kliniğe yatışından altı gün önce ilaç içerek intihar girişiminde bulunan hastanın kliniğe yatışı yapılmıştır. İntihar düşüncelerinin dışında sinirlilik, halsizlik, yorgunluk, uyuyamama, keyifsizlik, ağlama, ev işi yapamama, isteksizlik, iştahsızlık şikayetleriyle mevcuttur. Hasta klinikte, kendi talebi ile refakatçisi (eşi) ile birlikte bulunmaktadır. Eşi bu durumu eşinin ev işlerini yapamadığını, klinikte bulunduğu sürece ihtiyaçlarını gideremeyeceğini düşündüğünü, bu nedenle refakat etmek istediğini aktarmıştır. Eşi, hastanın oda içi düzenini sağlamak, yemeklerini odaya getirmek gibi görevler üstlenmiştir.

Hastanın farmakolojik tedavisinde, Sertralin 100 mg 1*1, Ketiapin 50 mg 1*1 yer almaktadır.

NSM'ye Göre Hemşirelik Süreci Adımları

NSM'ye Göre Hasta Verileri ve Stresörler

a. Kişi İçi Faktörler

1. Fizyolojik

Solunum Sistemi ve Kardiyovasküler Sistem: Solunum sayısı 18/dk, Nabız 76/dk, Tansiyon: 135/75mmHg'dir.

Genitoüriner Sistem: Herhangi bir belirti ve bulgu bulunmamaktadır.

Aktivite-Egzersiz: Hasta klinikte serviste yapılan sosyal aktivitelere katılmada isteksizlik yaşamaktadır.

Gastrointestinal Sistem: Günde bir kez defakasyona çıkıyor.

Nörolojik Sistem: Bilinç açık, oryantasyonu tam, dikkat ve bellek bozukluğu bulunmamaktadır.

Endokrin Sistem: Endokrin sisteme ilişkin bir bozukluk öyküsü ve bulgusu bulunmamaktadır.

Fonksiyonel Durum: Özbakımını yerine getiren hasta, odasının düzeni sağlamak gibi günlük yaşam aktivitelerini sağlayamıyor.

Uyku ve İstirahat: Hasta uykuya dalmakta zorlandığını ve gece 3-4 kez uyandığını ifade etmiştir.

2. Psikolojik

Hastanın duygudurumu çökkün, duygulanımı anhedonik ve yoğun duygusu mutsuz ve sıkıntılıdır. Algılamada bir bozulma olmamakla beraber, düşünce içeriğinde pasif intihar düşünceleri bulunmaktadır. Benlik saygısında azalma ("Ben hiçbir işe yaramıyorum, ev işi bile yapamıyorum, kimseye bir faydam yok." ifadesi ve benzeri ifadeleri) mevcuttur.

3. Sosyokültürel

İlköğretim mezunu, evin geçimini eşi sağlıyor. Sağlık giderleri eşi üzerinden SGK ile sağlanıyor.

4. Gelişimsel

Hastanın eş, anne, babaanne rolleri bulunmakla beraber, bu rolleri sürdürmediğini ifade etmektedir. Evlat olarak yetersiz kaldığını ("Onlara iyi bakmadığım için kendime çok kızıyorum,onların hastalıkları boyunca ben de hep hastaydım.") düşünmektedir.

5. Spiritüel

Hasta inançlı olduğunu, sık sık dua ettiğini aktarmıştır. İbadetlerini yerine getirmek istediğini ancak hiç enerjisinin olmadığını, bununla ilgili suçluluk hissettiğini ifade etmiştir.

b. Kişilerarası Faktörler

Anne, babası vefat eden ve tek çocuk olan hastanın, eşi, iki oğlu, gelinleri ve torunları vardır. Aile içi tartışmalardan dolayı (miras,mal tartışmaları) bir oğlunun kendisi ile konuşmaması ve torununu bir süredir görememesi nedeyle üzgündür.

c. Kişi Dışı Faktörler

Ziyaret saatlerinin ve telefon saatlerinin kısıtlı olması nedeniyle oğlunu ve torunlarını istediği gibi görememesi ve eşi ve oğlu arasında yaşanan miras-mal paylaşımı tartışmalarının olması onu mutsuz ediyor.

NSM'ye Göre Hastanın Algıladığı Stresörler

Hasta kendisinde en çok stres yaratan durum sorulduğunda, bu soruyu eşi ve oğlu arasındaki tartışmaların sürekliliği ve bunun sonucunda oğlunu ve torununu görememek olarak yanıtlamıştır. Ayrıca hasta anne ve babasına bakım verdiği dönemlerde fiziksel olarak ve duygusal olarak çok yıprandığını, onlara bakım vermekte yeterli olmadığını düşündüğünü, bunu düşünmenin hala kendisinde strese neden olduğunu ifade etti. Ev işlerini yapamamasının kendisini üzdüğünü ancak eşinin bu süreçte destek olduğunu, diğer oğluyla da ilişkilerinin iyi olduğunu, kendisini fırsat buldukça ziyarate geldiğini aktardı.

NSM'ye Göre Hemşirenin Algıladığı Stresörler

Hasta gününün büyük kısmını odasında eşiyle beraber geçirmekte, klinikte tedavi gören diğer hastalarla ve tedavi ekibinin üyeleriyle konuşmakta isteksizlik yaşamakta ve kaçınmaktadır. Aktivitelere katılmakta isteksizlik, enerjide ve ilgide azalma, keyifsizlik ve mutsuzluk gözlenmiştir. Hastanın yatarak tedavi görmesi, evinden uzak olması, çocuklarını,torunlarını istediği gibi görememesi hastanın çökkün duygudurumunu arttırmaktadır.

NSM Adımları Doğrultusunda Hasta Verilerine Göre Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi

Hemşirelik Tanısı 1: Depresyona sekonder iştahsızlığa ve kilo kaybına bağlı "Beslenmede Dengesizlik: Gereksiniminden Az Beslenme".

Beklenen Hasta Sonuçları

- Hasta günlük tavsiye edilen, beslenme gereksinimini sağlamak için yeterli tüketimi yapacaktır.
- Hastanın yetersiz beslenmeye ilişkin belirti ya da bulgusu olmayacaktır.

Planlanan Girişimler (Birincil ve İkincil Koruma)

- Bireyin gerçekçi, gerekli ve yeterli kalori gereksinimi, doktor, diyetisyen ve bireyle iş birliği yapılarak tanımlanır.
- Yeterli beslenmenin önemini açıklanır. Her bir öğünün ve ara öğünün amacı birey ile tartışılır.
- Hastanın kendisi ile ilgilenildiği düşüncesi hastanın kendine olan güvenini arttırdığı ve yemeğe teşvik ettiği için mümkünse yemek yemesine birisinin eşlik etmesi sağlanır.
- Aile, bireyin en sevdiği besinleri getirmeleri için teşvik edilir.

Hemşirelik Sonuçları: Hasta hastanede verilen yemekleri tüketti. Kötü beslenme belirtileri göstermedi.

Hemşirelik Tanısı 2: Depresyon ve gündüz zamanı aktivitelerin yetersizliğine bağlı “Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık”.

Beklenen Hasta Sonuçları

- Hastanın yeterli uyuduğunu ifade etmesi
- Dinlenmiş olarak uyandığını ifade etmesi

Planlanan Girişimler (İkincil Koruma)

- Gün içerisinde uyumaması sağlanır.
- Aktivitelere katılımı teşvik edilir.
- Sırt masajı, ılık süt, banyo önerilerinde bulunulur.
- Akşamları kafein almaması sağlanır.
- Hastanın idrara çıkmak için uyanması sonucunda, uykuya dalmakta güçlük yaşayabileceği olasılığı doğrultusunda belli bir saatten sonra sıvı kısıtlaması önerisinde bulunulur.

Hemşirelik Sonuçları: Uyku hijyeni için yapılan önerileri uyguladı. Hasta sonra ki görüşmelerde sabahları daha dinlenmiş olarak kalktığı ifade etti ve yapılan görüşmelerde uykulu olarak gözlenmedi.

Hemşirelik Tanısı 3: Çalışma yeteneğinin kaybı ile yetersizlik duygularına bağlı “Kronik Düşük Benlik Saygısı”.

Beklenen Hasta Sonuçları

- Hasta kendisinde sevdiği yönleri ifade edecek.
- Hasta kendisiyle ilgili olumlu yönlerini, geçmiş başarı ve başarısızlıklarını ve gelecekteki planlarını ortaya koyacak, kendine değer verme duygularını ifade edecek.

Planlanan Girişimler (İkincil ve Üçüncül Koruma)

- Kendini olumsuz olarak değerlendirmeyi arttıran bilişsel çarpıtmaları tanımasına yardımcı olunur.
- Bir beceriyi denerken veya bir şeyi yapmaya çalışırken teşvik sağlanır ve bunları mümkün olduğu kadar bağımsız olarak yerine getirmesi için izin verilir.
- Duygu ve düşüncelerini ifade etmesinde kişi desteklenir. Hasta değişen yönlerini tanıması için cesaretlendirilir.
- Aktivitelere, özellikle güçlü yönlerini kullanabileceği aktivitelere dahil edilir. Rekabet ve yarışma gerektiren durumlardan kaçınılır.
- Kendini izole etmesine izin verilmez ve aile bu konuda bilgilendirilir.
- “Ben hiçbir işe yaramıyorum, ev işi bile yapamıyorum, kimseye bir faydam yok.” şeklinde kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelerini ifade eden hastanın bu tarz düşüncelerin içerdiği bilişsel çarpıtmaları ve olumsuz otomatik düşünceleri tanıması sağlanır ve yerine alternatif düşünce geliştirmesi için teşvik edilir.
- Yapabildiği işler için olumlu geri bildirim verilerek pekiştirme yapılır.

Hemşirelik Sonuçları: Hasta kendisi ile sevdiği yönleri ifade etti. Aktivitelere katıldı ve aktiviteler sonrası görüşmelerde kendisini başarılı hissettiğini ifade etti.

Hemşirelik Tanısı 4: Düşük benlik saygısına ve kendisine ilişkin olumsuz inançlara sekonder ve problem çözüme becerilerinin etkisizliğine bağlı “Etkisiz Baş Etme”.

Beklenen Hasta Sonuçları

- Sorunlarını gerçekçi bir şekilde tartışabilecek.
- Hasta etkisiz baş etme yöntemleri yerine uygun baş etme yöntemlerini kullanacak.

Planlanan Girişimler (Birincil, İkincil ve Üçüncül Koruma)

• Bireyin mevcut baş etme durumunu değerlendirilir. Duyguların ve belirtilerin başlangıcı, bunların olaylarla ve yaşam değişimleri ile ilişkisini tanımlanır.

• Hasta ile görüşmelerde destekleyici bir tutum sergilenir. Yaşadığı duyguların gerçekten güç olduğunu belirtir. Birey kötümser olduğunda daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlamaya çalışılır.

• Problemi yapıcı bir tavırdan çözmesi için bireye yardım edilir. Problem nedir? Problemden ne ya da kim sorumludur? Seçenekler nelerdir? Her bir seçeneğin avantajı ve dezavantajı nelerdir? Olası seçenekleri tartışılır.

• Direkt olarak kontrol edilemeyecek problemleri tanımasına yardımcı olunur ve kontrol için stres azaltıcı aktiviteleri uygulaması desteklenir.

• Kişisel başarı ve benlik saygısı duygularını destekleyecek çıkış yolları bulunur.

Hemşirelik Sonuçları: Hasta güçlü yönlerini tanımlamaya başladı. Etkisiz baş etme davranışlarına alternatif davranışlar geliştirdi.

Hemşirelik Tanısı 5: Yetersiz sosyal desteğe, daha önceki başarısızlık deneyimlerine, motivasyonsuzluğa ve bilgi eksikliğine bağlı “Sağlığını Etkisiz Yönetme-Bireysel”.

Beklenen Hasta Sonuçları

- Tedavi süresince gerekli olan sağlık davranışlarını sürdürmeye istekli olduğunu iletmesi.
- İlaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullanması, düzenli kontrollere gitmesi.

Planlanan Girişimler (Birincil Koruma)

• Güven ilişkisi oluşturulur. Baskı yapıcı bir izlenim vermektan kaçınılır, beklentileri empoze etmek için değil endişeleri tanımak ve tanımlamak için hasta ve hasta yakınları dinlenir.

• Hastanın geçmişteki 5 yıl ve 10 yıl süren iyileşme dönemleri ve bu süreci başarılı şekilde yönetme deneyimleri hakkında konuşulur.

• Kişi ve ailesi tedavi sürecine karşı olumlu tutum geliştirmeleri için desteklenir ve tedaviye aktif katılımları sağlanır.

• Kişi ve aileden, hastalık ve tedavi süreciyle ilgili duygu (endişe vb.) ve düşüncelerini (şüphe vb.) ifade etmeleri istenir. Olumsuz duygu ve düşünceleri mevcut ise bunlar hakkında tartışılır.

• Tedavi sürecine ilişkin verecekleri kararlarda, bilgi istemeleri ve bilgilendirilmiş olarak karar vermeleri için birey ve aile cesaretlendirilir.

• Tedavi sürecinde hastanın ve ailenin sorumlulukları (ilaçların kullanımı, yaşam şeklinde değişiklikler, düzenli kontrollere gitme, hastalık belirtilerini izleme vb.) ve bunları nasıl yönetebilecekleri tartışılır.

• Hastalık süreci, tedavisi (ilaçlar, uygulamalar, egzersiz vb.), tedavinin gerekçesi uygulanış nedeni, bireyin ve ailenin tedaviden beklentileri, yaşam şeklinde gerekli olan değişiklikler, durumu ve koşulları izleme yöntemleri, gerekli olan kontrol bakımları ve izlemler, sosyal destek alabileceği kişiler (aile üyeleri, akrabalar ve arkadaşlar) ve evde yapılması gereken değişiklikler tartışılır.

Hemşirelik Sonuçları: Hasta taburculuk sonrası düzenli ilaç kullanımı ve kontroller konusunda olumlu tutum geliştirdi. Eşinin yapılan görüşmelere dahil edilmesi ile beraber ailesinin tedavi planı ile ilgili bilgisi arttı.

Hemşirelik Tanısı 6: Depresyona sekonder olarak bireyin fonksiyonel yeterliliğinin değişimine bağlı “Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik”.

Beklenen Hasta Sonuçları

- Hastanın evin bakımını sağlama ve sürdürme konusunda istekli olması

Planlanan Girişimler (İkincil ve Üçüncül Koruma)

• Hastanede bulunduğu süre içerisinde yatağının ve odasının bakımı için planlamalar yapılır. Planı uygulaması için destek sağlanır.

• Hastanın, eşinin diğer aile üyelerinin üstlendikleri roller tartışılır. Evin bakımı için gereksinimler belirlenmesi ve görev paylaşımı için taburculuk öncesinde plan yapılır ve uygulamaları konusunda cesaretlendirilir.

Hemşirelik Sonuçları: Hasta hastanedeki odasının düzenini sağlamaya başladı. Her gün yatağını ve dolabını düzenledi. Taburculuk sonrası evin bakımında üstleneceği rollere eşi ile beraber karar verdiler ve program yaptılar.

Hemşirelik Tanısı 7: Depresyona sekonder baş etme yeteneğinin bozulmasına bağlı “Güçsüzlük”.

Beklenen Hasta Sonuçları

- Hasta kendi bakımıyla ilgili kararlara katılım sağlayacak.
- Hasta tedavi süresince yaşamını kontrol altına alacak etkili problem çözme yöntemleri bulacaktır ve böylece güçsüzlük duyguları azalacaktır.

Planlanan Girişimler (Üçüncül Koruma)

- Kendi bakımı ile ilişkili (yemeğini yemekhaneden ya da kantinden kendisinin alması, oda içi düzeni sağlamak gibi) mümkün olduğunca çok sorumluluk alması konusunda hasta cesaretlendirilir.
- Bakım aktiviteleri (oda düzeni sağlamak, kıyafetlerinin temizliğini ve düzenini sağlamak) konusunda kendi programını yapması için desteklenir.
- Hastanın gerçekçi hedefler (hemen taburcu olacağım yerine, ilaçlarımı düzenli kullanacağım) belirlemesine yardım edilir.
- Kontrol edebileceği alanları (kendi evinin düzeni sağlamak, aile üyeleriyle iletişimi) tanınmasına yardım edilir. Kontrol edemeyeceği konular hakkında (oğlunun boşanması, anne ve babasının vefatı) ne hissettiğini ifade etmesine ve bunları nasıl kabul edeceği/baş edebileceği konusunda destek olunur.

Hemşirelik Sonuçları: Hasta kendi bakımı ile ilgili kararlar almaya başladı. Tedavisine katılmaya, aktivitelere katılmaya, yürüyüş yapmaya, odasının düzeni sağlamaya başladı. Yapılan görüşmelerde güçsüzlük duygularının azaldığını ifade etti.

Hemşirelik Tanısı 8: Depresyona sekonder olarak gelişen benlik saygısında azalmaya bağlı

“İntihar Etme Riski”.

Beklenen Hasta Sonuçları

- Hasta kendisine zarar vermeyecek.
- Hasta kendisine zarar verme düşünceleri olduğunda yardım arayacak.

Planlanan Girişimler (Birincil ve İkincil Koruma)

- Hastaya doğrudan “Daha önce intihar düşünceleri yaşadınız mı?” “Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?” “Şu anda kendinizi öldürme duygusu yaşıyor musunuz?” “İntihar planı yaptınız mı?” soruları sorularak intihar etme ile ilgili düşünceleri öğrenilir.
- Hastanın güvenliği bakımından zarar potansiyeli yüksek olan; kemer, kravat, kesici nesnelere ve cam gibi nesnelere hastanın çevresinden uzaklaştırılır, yakın gözlem altında takip edilir. Kişinin intihar etme riskinin olduğunu tüm personele bildirilir.
- Hasta ile intihar etmeyeceğine dair yazılı bir anlaşma oluşturulur ve intihar düşüncesi olduğunda veya bu düşünceleri artmaya başladığında, hastanın hemşire veya doktoru ile görüşmesi gerektiği söylenir. Taburculuk sonrası için aile de anlaşmaya dahil edilir.
- İntihar ya da önceki girişimler konusunda derin derin düşünme üzerine sınır koyması sağlanır (Bu düşünceler geldiğinde sağlık ekibiyle paylaşmasının yanı sıra, düşüncelerden uzaklaşmak için başka bir düşünceye odaklanması veya bir aktiviteye dikkatini yoğunlaştırması).
- Yaşam streslerini ve geçmişteki baş etme mekanizmaları incelenir, alternatif davranışlar üzerine konuşulur.
- İntihar riskinde bir artış olduğunu (vasiyet yazma, helalleşme, eşyalarını verme, veda notları yazma, uyumama, sosyal izolasyon, ipe kapanma) nasıl fark edecekleri konusunda aile üyelerine eğitim verilir.
- Acil aramalar için 24 saat aranabilecek bir telefon numarası sağlanır.

Hemşirelik Sonuçları: Hasta, kendine zarar verme düşüncesi olduğunda yardım isteyeceğini belirtti.

TARTIŞMA

Bu olguda ile Majör Depresyon tanısı almış birey üzerinden Neuman Sistemler Modeline göre veri toplanması, NANDA hemşirelik tanılarının belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin planlanması, planlanan girişimlerin uygulanması ve sonuçlarının sunulması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, “Majör Depresyon” tanısı ile takip edilen bir hastanın hemşirelik süreci Neuman Sistemler Modelinin çerçevesinde ele alındı. Hastanın verileri modelin tanımladığı her kavram doğrultusunda ve bütüncül bir yaklaşımla sistematik bir şekilde toplandı ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik tanıları belirlendi. Belirlenen hemşirelik tanıları Beslenme Dengesizlik: Gereksiniminden Az Beslenme, Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık, Kronik Düşük Benlik Saygısı, Etkisiz Baş Etme, Sağlığını Etkisiz Yönetme- Bireysel, Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik, Güçsüzlük ve İntihar Etme Riskidir. Hemşirelik girişimleri, NSM’de birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak tanımlanan üç koruma düzeyine göre planlandı ve uygulandı.

Majör Depresyon tanılı hastaya yaklaşımda, güvenli çevre oluşturulması, hastanın beslenme ve uyku düzeninin sağlanması, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğün sürdürülmesi, baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi,

risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlem alınması ve tedavinin sürdürülmesine yönelik müdahaleler yer almaktadır (Durisko ve diğerleri, 2015; Ertekin Pınar ve Tel, 2012; Townsend, 2016).

Hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi ve gerekli müdahalelerin sağlanması için hasta fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlere odaklanan bütüncül yaklaşımla ele alınmalıdır (Ertekin Pınar ve Tel, 2012). Farklı alanlarda yapılan çalışmalar ile Neuman'ın modeline göre planlanmış ve uygulanmış hemşirelik bakımının hastayı bütüncül bir yaklaşımla değerlendirdiği, denge ve uyum içerisinde olmasına katkı sağladığı bildirilmiştir (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2020; Doğan ve Çaydam, 2019; Parlak ve diğerleri, 2020).

Başoğlu ve Buldukoğlu'nun 2020 yılında majör depresyon tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmada, Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilen psikoeğitim programının, çalışmaya katılan hastaların depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarında, hastaların öz saygı düzeylerinin ve başa çıkma stratejilerinin arttığı belirtilmiştir. Maloney'in 2009 yılında yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada, NSM'ye temellendirilmiş bir rehabilitasyon programının, çalışmaya katılan yaşlı bireylerin öz saygı düzeylerini arttırdığı ve depresyon düzeylerini azalttığı bildirilmiştir.

Sonuç olarak, modele göre hemşirelik bakım sürecinin üçüncü ve son basamağı olan hemşirelik sonuçları değerlendirildiğinde planlanan girişimlerin hastanın denge ve uyumunu arttırdığı, iyileşmeye katkı sağladığı görülmektedir. NSM hemşirelik sürecini bütüncül bir yaklaşımla sistematize ederek ele aldığı için, psikiyatri kliniklerinde kullanımında bakımın planlı ve etkili olmasına katkı sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın tek bir olgu üzerinden sonuçlandırılması sınırlılık oluşturmaktadır. Daha geniş örneklem üzerinde çalışılması ve hemşirelik bakımında kullanılması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

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

Yazar Katkı Payları

MK: Fikir, tasarım, eleştirel inceleme, makalenin yayına hazırlığı sürecinde gerekli uygulamaları gerçekleştirmiş yayına katkı oranı %35'dir. CK: Verilerin toplanması, analizi ve yorumlanması, makalenin yayına hazırlığı süreçlerinde görev almıştır ve yayına katkı oranı %25'dir. RY: Literatür taraması, metnin yazımı ve kaynakların derlenmesi aşamalarında yer almıştır. Makaleye katkı oranı %20'dir. MŞ: Literatür taraması, metnin yazımı ve kaynakların derlenmesi aşamalarında yer almıştır. Makaleye katkı oranı %20'dir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, E. ve Yiğitoğlu, G.T. (2020). Neuman sistemler modeli'ne göre bipolar bozukluk (karma atak) olan hastaya hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 154-162.
- Alligood M.R. (2014). *Nursing theorists and their work*. United States of America: Mosby.
- APA Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (Çev. Ed. E. Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ayaz Alkaya S. (2017). Betty Neuman: Sistemler modeli. A. Karadağ, N. Çalışkan ve Z.G. Baykara (Ed.) *Hemşirelik teorileri ve modelleri* içinde (s.444-463). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Başoğlu, C. ve Buldukoğlu, K. (2020). Neuman systems model with depressed patients: A randomized controlled trial. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 148-158.
- Çalışkan, B.B. ve Gürhan, N. (2019). Majör depresyon tanılı bir olgunun Peplau'nun kişilerarası ilişkiler teorisi doğrultusunda hemşirelik bakımı olarak ele alınması: Olgu sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 163-171.
- Dağcı, M. (2019). Türkiye'de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9, 929-943.
- Doğan, E.S. ve Çaydam, O.D. (2019). Multipl sklerozlu bir olguda Neuman sistemler modeli'nin uygulanması. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 324-329.
- Durisko, Z., Mulsant, B.H., Andrews, P.W. (2015). An adaptationist perspective on the etiology of depression. *J Affect Disord.*, 172, 315-323.
- Engin, E. ve Ergün, G. Depresyon bozuklukları. O. Çam ve E. Engin (Ed.) *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı kitabı* içinde (s.315-340). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

- Ertekin Pınar, Ş. ve Tel, H. (2012). Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 86-91.
- Fawcett J. (2006). *Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Maloney L.R. (2009). *Loneliness, self-esteem, cognition, physical functioning, and nursing home satisfaction as predictors of depression* (PhD Dissertations). ProQuest Dissertations and Theses veri tabanından erişildi. (UMI No. 3357961)
- Meleis A.I. (2012). *Theoretical nursing and development and progress*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Neuman, B. ve Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Upper Saddle River: NJ: Prentice Hall.
- Parlak, E.A., Güvenç, G. ve İyigün E. (2020). Neuman sistemler modeline göre peritoneal karsinomatozisli hastanın bakımı: Olgu sunumu. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1), 83-90.
- Phelps L.L. ve Ralph S.S. (2019). Taylor CM. Sparks&Taylor'ın hemşirelik tanı referans el kitabı. (Çev. Ed. A. Karahan ve S. Kav).Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: Bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 46-59.
- Townsend, M.C. (2016). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri (Çev. Ed. T. Özcan ve N. Gürhan). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Türen, S., Atakoğlu, R., Kıvanç M.M. ve Gül, A. (2019). Hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 202-216.
- Turner, S.B. ve Kaylor, S.D. (2015). Neuman systems model as a conceptual framework for nurse resilience. *Nursing Science Quarterly*, 28(3), 213-217.
- Ume-Nwagbo, P.N., DeWan, S.A. ve Lowry, L.W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 31-35.

Rabia KOCA¹
Orcid: 0000-0001-5681-9240

Aysel GÜRKAN²
Orcid: 0000-0002-9898-1868

Hasan Fehmi KÜÇÜK³
Orcid: 0000-0002-5725-0903

¹ Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Stoma and Wound Care Nurse, Marmara University, Master of science, The Institute Of Health Sciences, İstanbul, Turkey

² Marmara University, Faculty of Health Sciences Department of Surgical Nursing, İstanbul, Turkey

³ Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, Department of General Surgery, İstanbul, Turkey

Sorumlu yazar / Corresponding author:
Rabia KOCA
E-mail: rabiaalpkooca@gmail.com

Keywords:

Open abdomen; fistula; vacuum-assisted closure.

Anahtar Sözcükler:

Açık karın; fistül; vakum-yardımlı kapatma.

The Management of Enteroatmospheric Fistula Development After Bridectomy Associated With Appendectomy

Apendektomiye Bağlı Bridektomi Sonrası Gelişen Enteroatmosferik Fistülün Yönetimi

Kongre sunumu: Olgu, X. Kolorektal Cerrahi Hemsireliği Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur(9-13 Nisan 2019, Antalya/İstanbul).

Gönderilme Tarihi: 25 Eylül 2021

Kabul Tarihi: 11 Şubat 2022

Abstract

Enteroatmospheric fistula, which is a fearsome complication of abdominal surgery, has a high rate of mortality despite the developments in open abdomen management. Management of a patient with enteroatmospheric fistula requires a multidisciplinary approach and a multifaceted treatment from a team of experienced surgeons and expert nurses. This article was written in order to present nursing bottle teat technique combined with vacuum-assisted closure treatment with a modified method specific to the individual in a Grade 4 patient with open abdomen

Öz

Abdominal cerrahinin korkulan bir komplikasyonu olan entero-atmosferik fistül, açık karın yönetimindeki gelişmelere rağmen ciddi mortalite oranına sahiptir. Entero-atmosferik fistüllü hastanın yönetimi, deneyimli cerrahlar ile uzman hemşirelerin yer aldığı multidisipliner bir yaklaşımı ve çok yönlü tedaviyi gerektirir. Bu makale Grade 4 açık abdomenli hastada, vakum yardımlı kapama tedavisi ile kombine edilen bebek biberon emziği tekniğini bireye özgü modifiye ettiğimiz yöntemi sunma amacıyla yazılmıştır.

Kaynak Gösterimi: Koca, R., Gürkan, A., Küçük, H., F. (2022). Apendektomiye bağlı bridektomi sonrası gelişen enteroatmosferik fistülün yönetimi. *EGEHFD*, 38(1), 81-85. Doi:10.53490/egehemsire.1000679

How to cite: Koca, R., Gürkan, A., Küçük, H., F. (2022). The management of enteroatmospheric fistula development after bridectomy associated with appendectomy. *JEUNF*, 38(1), 81-85. Doi:10.53490/egehemsire.1000679

Introduction

Enteroatmospheric Fistula (EAF) is a condition that creates an opening from the gastrointestinal system which develops without a soft tissue on (Tarım and Kuş, 2018). EAF, which develops after a trauma or an abdominal surgery, is mostly associated with electrolyte abnormality, malnutrition and sepsis which is fatal (Ulukent et al., 2016). EAF is known to develop in 25% of patients (Ulukent et al., 2016) and have a mortality rate ranging between 42-75% (Leang et al., 2018; Marinis et al., 2014; Taraconi et al., 2019; Ulukent et al., 2016).

EAF can be classified according to its anatomy (proximal/distal), output (low <200 mL, moderate 200-500 mL and high >500 mL) and also according to its position (deep penetrating/superficial) (Di Saverio et al., 2016). Open abdomen classification of The World Society of the Abdominal Compartment and Björck's revision of the classification system is present Table 1 (Björck et al., 2016).

Table 1. Open Abdomen Classification System

Classification of The World Society of the Abdominal Compartment (2009)	Amended Classification System (2016)
1A: Clean open abdomen without adherence between bowel and abdominal fixity	1A: Clean, no fixation
1B: Contaminated open abdomen without adherence	1B: Contaminated, no fixation IC: Enteric leak, no fixation
2A: Clean open abdomen developing adherence	2A: Clean, developing fixation
2B: Contaminated open abdomen developing adherence	2B: Contaminated, developing fixation 2C: Enteric leak, developing fixation
3: Open abdomen complicated by fistula formation	3A: Clean, frozen abdomen 3B: Contaminated, frozen abdomen
4: Frozen open abdomen with adherent/fixed bowel, unable to close surgically, with or without fistula	4: Established enteroatmospheric fistula, frozen abdomen

* Björck, M., Kirkpatrick, A. W., Cheatham, M., Kaplan, M., Leppäniemi, A., De Waele, J. J. (2016). Amended classification of the open abdomen. *Scandinavian Journal of Surgery*, 105(1), 5-10.

EAF is not a true fistula as it is not covered with a tissue or having a fistula tract and it is quite difficult to close spontaneously (Ulukent et al., 2016). While low output distal fistula without distal obstruction, and that does not contain an extraneous particle can close spontaneously, proximal, high output fistulas have a low probability of closure without surgery (Ramsay and Meija 2010; Ulukent et al., 2016; Wright and Wright, 2011). Surgical treatment is mostly multi-phased. Following an accurate confirmation and classification, it requires individualized treatment considering EAF type and characteristics (Di Saverio et al., 2016; Eğin et al., 2019). The most definitive surgical method is the resection of the bowel containing the fistula opening. A resection surgery may not be possible due to common peritoneal adhesions (frozen abdomen). In this case, it is essential to control EAF leakage (Eğin et al., 2019; Wirth et al., 2018; Wright and Wright, 2011). As an out-of-control EAF leakage sets back wound recovery due to constant contamination around the irritation of the skin (Eğin et al., 2019). Frozen open abdomen complicated with EAF is classified as Björck 4 open abdomen (Björck et al., 2016). In patients with Björck 4 open abdomen, constant contamination and chemical irritation caused by EAF may not be possible to recover in all cases. In these patients, if EAF isolation fails, it results in mortality due to sepsis (Eğin et al., 2019).

In this case report, we aim to present our modified method of nursing bottle teat technique combined with Vacuum-Assisted Closure (VAC) on a Björck 4 open patient with high output fistula leakage, for the treatment of EAF on the open abdomen.

Case Report

A 69-year-old male patient appealed to emergency service 20 days after acute appendectomy with complaints of stomachache and over-sensitivity. In abdomen tomography of the patient, bowel loops with abdominal fluid around were observed. Bride resulting from prior appendectomy and 4-cm ischemic tissue was detected. The patient was operated on and had bridectomy and segmental small intestine resection with anastomosis. The patient, who could tolerate oral intake, was discharged one week after the completion of treatment. Two weeks following the discharge, the patient appealed to the emergency service with complaint of leakage around the wound. A single output EAF on the upper side of the wound in the abdomen around the umbilical region was observed and the patient was re-hospitalized.

Oral intake was discontinued, and a total parenteral nutrition (TPN) was initiated. The patient was observed for a week as gastric contents of the fistula were aspirated. Resulting from the location of the fistula, however, fistula isolation failed due to constant fecal contamination of the wound and its high output (600cc/day). The use of nursing

bottle teat technique combined with VAC treatment was decided on for the treatment of the patient with Björck 4 open abdomen in order to transform fistula opening into a stoma.

In practice by stoma and wound care nurses; a sterile environment was created in the patient's room. The fistula had an opening of 1x1 cm (Figure 1). Enteric direction was examined and it was observed that it was at two o'clock direction. Silicone teat of a nursing bottle was cut with a sterile scalpel and placed on fistula opening (Figure 2). Thus, a small pool that does not leak enteric contents was created. Open abdominal region around the pool was covered with surgical sponge, extra sponge and a sterile drape (Figure 3). A hole was cut on the cover. Bottle teat edges were fixed on EAF with a drape and it was isolated with hydrocolloid in order to prevent leakage. Stoma adapter was cut and placed on hydrocolloid, and distal edges of the bottle teat was removed from stoma adapter. The fistula was completely isolated by supporting distal edges of the teat and adapter edges by stoma paste. A stoma bag was placed on the stoma adapter and Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) was initiated (Figure 4, 5). VAC system with an open abdomen cover (Visceral Protective Layer and standard foam) was used for negative pressure therapy. VAC was kept running on constant mode at low pressure (-75 mmHg). After applying for two sessions, EAF was transformed into a stoma. Following five sessions of VAC at intervals of 48-72 hours by stoma and wound care nurses, open abdomen closed and double-barreled fistula opening transformed into a stoma.



Figure 1. Enteroatmospheric fistula with an opening of approximately 1x1 cm



Figure 2. Placing the silicone teat of a nursing bottle opening into the fistula opening.



Figure 3. Closure of open abdominal region with surgical sponge, extra sponge and a sterile drape.



Figure 4. Punching hole on the cover, fixing the bottle teat edges with drape on the EAF and isolating with hydrocolloid to prevent leakage. Isolating the fistula by supporting with stoma paste of the distal edges of the teat and of the adapter edges.



Figure 5. Placement of a new bag in the stoma adapter and initiation of negative pressure wound therapy.

During the process of stoma care on the umbilical region, surrounding tissue was preserved with VAC drapes and supported by stoma paste and powder to protect peristomal skin. Fistula was managed for 52 days along with stoma care until the planned surgery.

During the follow-up, the patient was observed in case of liquid-electrolyte abnormalities, nutritional deficiencies and infections. The patient had growth of *Escherichia coli* and C-Reactive Protein range 183 mg/dl in blood culture, so a sensitive antibiotic therapy (Tazobactam) along with infection consultation was planned for the patient. According to the results from blood culture 12 days later, no sign of bacterial growth was found. Considering biochemical values, the patient, who had an albumin level of 1.8 gr/dl, was given a 20% albumin replacement. For liquid-electrolyte balance, daily liquid level was kept at plus 500. To counter low potassium and calcium levels, IV potassium and calcium support was provided. In addition, the patient did not have a sufficient oral intake, thus he was provided with parenteral nutrition with protein and vitamin support. Wound healing was accelerated and thus an efficient EAF management was assured.

Ethical considerations

An informed consent was obtained from the patient and his family. Also for the case report, approval was obtained from the Clinical Research Ethics Committee of a City Hospital (Date/number 22.07.2020/2020/514/182/21).

Discussion

EAF in the open abdomen is a feared complication that might cause mortality. When EAF develops, it gets more difficult to treat patients with open abdomen and the probability of morbidity and mortality increase (Eğin et al., 2019; Tarasconi et al., 2019). In case of a development of EAF, it must be diagnosed as soon as possible, and a definitive surgical treatment must be conducted after tissue recovery (Ulukent et al., 2016). In the management of EAF, a multidisciplinary team approach is critical and stoma and wound care nurses are essential elements of the team (Tarasconi et al., 2019).

Ideal results of negative pressure wound therapy application in the management of fistula are reported in many case reports and series (Tarasconi et al., 2019). A diversion of proximal enteric contents on patients with Björck 4 open abdomen is not possible (Eğin et al., 2019). In addition, it is possible to isolate enteric contents for the management of EAF on these patients. These methods were identified by D'Hondt et al. and Jannasch et al. in 2011 (D'Hondt et al., 2011; Jannasch et al., 2011). Moreover, Marinis et al., (2013) identified some methods such as floating stoma, fistula VAC, tube VAC, nipple VAC, ring and silo VAC (Marinis et al., 2013). Despite the variation in application, all these techniques are based on the individualized combinations of the tools used in stoma care and include optimal wound care approaches. Basically, they all include the placement of a stoma bag on VAC dressing (Wirth et al., 2018).

Another method for EAF isolation is nursing bottle teat technique identified by Layton et al., in 2010 (Layton et al., 2010). Layton et al., enabled drainage by placing a soft standard latex or silicone baby bottle teat on fistula and connecting foley catheter to the teat (Layton et al., 2010; Ulukent et al., 2016). In our case, the technique named nursing bottle teat in combination with the VAC method was individualized due to the fact that the fistula was highly dynamic and the foley catheter was ejected. Thus it was possible to isolate and stabilize EAF.

Patients with EAF are hypercatabolic due to severe liquid and electrolyte losses, hypoalbuminemia, hypoproteinemia and vitamin deficiencies. Therefore, their need for nutrition and energy must be met by providing protein and vitamin support (Marinis et al., 2013). In our case, the patient was provided with parenteral nutrition support and hypoalbuminemia was countered with albumin replacement and his liquid balance was assured (Eğin et al., 2019; Ulukent et al., 2016). Antibiotic therapy was applied against wound infection and sepsis (Marinis et al., 2013; Terzi et al., 2014).

In studies reporting prior experience related to negative pressure wound therapy in management of EAF on open abdomen, it is stated that EAF management was assured in an average of 50 days and that VAC catalyzes wound healing (Layton et al., 2010; Terzi et al., 2014; Ulukent et al., 2016). Similarly in our case, EAF was transformed into a stoma through the use of a modified isolation method of nursing bottle teat technique combined with VAC. EAF on open abdomen recovered at the end of a 52-day management. The care of the patient was continued as a stoma care procedure until the planned surgery. The patient was discharged after assuring stabilization after surgical treatment.

As a result, contamination and sepsis were prevented through successful isolation. Keeping the wound clean facilitated tissue recovery. Our method of using a modified nursing bottle teat technique combined with VAC can be implemented successfully for EAF treatment on patients with Björck 4 open abdomen.

References

- Björck, M., Kirkpatrick, A. W., Cheatham, M., Kaplan, M., Leppäniemi, A., De Waele, J. J. (2016). Amended classification of the open abdomen. *Scandinavian Journal of Surgery*, 105(1), 5-10. <https://doi.org/10.1177/1457496916631853>
- Di Saverio, S., Tarasconi, A., Walczak, D. A., Cirocchi, R., Mandrioli, M., Birindelli, A., Tugnoli, G. (2016). Classification, prevention and management of entero-atmospheric fistula: a state-of-the-art review. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 401(1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s00423-015-1370-3>
- D'Hondt, M., Devriendt, D., Van Rooy, F., Vansteenkiste, F., D'Hoore, A., Penninckx, F., Miserez, M. (2011). Treatment of small-bowel fistulae in the open abdomen with topical negative-pressure therapy. *The American Journal of Surgery*, 202(2), e20-e24. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.06.025>
- Eğin, S., Gökçek, B., Yeşiltaş, M., Sağlam, F., Güney, B. (2019). Management of enteroatmospheric fistula thanks to new isolation technique. *Turkish Journal of Trauma&Emergency Surgery*, 25(1), 80-82. DOI: 10.5505/tjtes.2018.45267
- Jannasch, O., Lippert, H., Tautenhahn, J. (2011). A novel device for treating enteroatmospheric fistulae in the open abdomen. *Zentralblatt für Chirurgie*, 136(6), 585-589. doi: 10.1055/s-0031-1271428
- Layton, B., DuBose, J., Nichols, S., Connaughton, J., Jones, T., Pratt, J. (2010). Pacifying the open abdomen with concomitant intestinal fistula: a novel approach. *The American Journal of Surgery*, 199(4), e48-e50. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.06.028>
- Leang, Y. J., Bell, S. W., Carne, P., Chin, M., Farmer, C., Skinner, S., ...Warrier, S. K. (2018). Enterocutaneous fistula: analysis of clinical outcomes from a single Victorian tertiary referral centre. *ANZ Journal of Surgery*, 88(1-2), 30-33. <https://doi.org/10.1111/ans.13686>
- Marinis, A., Gkiokas, G., Argyra, E., Fragulidis, G., Polymeneas, G., Voros, D. (2013). "Enteroatmospheric fistulae" gastrointestinal openings in the open abdomen: a review and recent proposal of a surgical technique. *Scandinavian Journal of Surgery*, 102(2), 61-68. <https://doi.org/10.1177/157496913482252>
- Ramsay, P. T., Mejia, V. A. (2010). Management of enteroatmospheric fistulae in the open abdomen. *The American Surgeon*, 76(6), 637-639. <https://doi.org/10.1177/000313481007600630>
- Tarasconi, A., Abongwa, H. K., Perrone, G., Franzini, G., Birindelli, A., Segalini, E., ...Di Saverio, S. (2019). Damage Control and Open Abdomen in Abdominal Injury. In *Operative Techniques and Recent Advances in Acute Care and Emergency Surgery*, Springer, Cham, 319-327. doi: 10.1007/978-3-319-95114-0_23
- Tarım, M.A., Kuş, M. (2018). Enteroatmosferik Fistüller ve Yönetimi. Moray G, (Ed.), *Abdominal Kompartman Sendromu ve Açık Karın Yönetimi*. (pp: 52-56). Ankara: *Türkiye Klinikleri*.
- Terzi, C., Egeli, T., Canda, A. E., Arslan, N. C. (2014). Management of enteroatmospheric fistulae. *International Wound Journal*, 11(1), 17-21. <https://doi.org/10.1111/iwj.12288>
- Ulukent, S. C., Erdem, B., Seyhan, N. A., Canaz, E., Şahbaz, N. A., Akbayır, Ö. (2016). Management of enteroatmospheric fistulae developing post sitoreductive surgery. *Journal of Academic Research in Medicine*, 6(2), 122-125. doi: 10.5152/jarem.2016.929
- Wright, A., Wright, M. (2011). Bedside management of an abdominal wound containing an enteroatmospheric fistula: a case report. *Ostomy/Wound Management*, 57(1), 28-32.
- Wirth, U., Renz, B. W., Andrade, D., Schiergens, T. S., Arbogast, H., Andrassy, J., Werner, J. (2018). Successful treatment of enteroatmospheric fistulas in combination with negative pressure wound therapy: Experience on 3 cases and literature review. *International Wound Journal*, 15(5), 722-730. <https://doi.org/10.1111/iwj.12916>

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

DERGİ HAKKINDA

Derginin Tanımı

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (EGEHFD) 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik” bağlamında yayımlanmaktadır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından açık erişimli, Nisan, Ağustos ve Aralık olmak üzere yılda üç sayı/bir cilt hakemli bilimsel bir dergi olarak yayımlanır. Dergi bilimsel yayın hayatına 1985 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi adıyla başlayarak, ulusal alanda yayımlanan ilk hemşirelik dergileri arasında yer almaktadır. Hemşirelik Yüksekokulu’nun fakülteye dönüştürülmesi sonrası, 2011 yılında yayın adı “Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi” olarak değiştirilmiştir. Hakemli dergiler içerisinde yer alan dergi yayın kurulu, sorumlu bir baş editör, yardımcı editörler ve dokuz alan editöründen oluşmaktadır.

Dergi, Türkiye Atıf Dizini (Diğer İndeksler) ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBİAD) kapsamında taranmaktadır.

Dergi Künyesi

Önceki Başlığı: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi

Önceki Adıyla Yayımlandığı Yıl Aralığı: 1985-2011

ISSN: 2147-3463

e-ISSN:2667-6648

Amaç ve Kapsam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;

- Bilimsel araştırma ve yayın okuryazarlığını arttırma,
- Bilimsel normlara ve bilim etiğine uygun, nitelikli ve özgün araştırma sonuçlarının meslektaşlar ve ilgili disiplinlerle paylaşılmasında aracı olma,
- Bilimsel platformda iletişimi geliştirme ve güçlendirme amacı ve idealleriyle yayın hayatını sürdürmektedir.

Hemşirelik bilim alanı ve uzmanlıkları ile ilgili olmak üzere bakım etkileşimindeki disiplinleri kapsayan özgün araştırma raporları, derlemeler, ileri çözümlenme derlemeleri (sistemik derlemeler ve meta analizler) ve olgu sunumları derginin kapsamındadır. Derginin hedef kitlesi farklı uygulama alanı ve uzmanlık düzeyindeki hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve sağlık ekibinin diğer üyeleridir.

Yayın Politikası

EGEHFD’ye açık erişimli ve tam metin kayıt edilebilir şekilde, internet aracılığıyla Dergipark Dizini üzerinden ücretsiz olarak ulaşılmaktadır.

Açık Erişim Politikası

EGEHFD Açık Erişim politikası kapsamında yayımlanmaktadır. Açık Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire>

Genel İlkeler

EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen makalelerde tüm değerlendirme süreci çift-körleme ile hakemler ve yazarların kimlik bilgileri gizli tutularak sürdürülür. Süreç tamamlandıktan sonra yazının kabul edilip edilmediği sorumlu yazara bildirilir.

Değerlendirme Süreci

Makalelerin değerlendirilmesi internet üzerinden makale gönderim sistemine başvuru süreciyle başlar. Yazar ekibi, araştırmanın başlığı, araştırmacılara ait bilgiler ve araştırma ile ilgili önceki akademik geçmiş bilgisini içeren bir *Başlık Sayfası dosyasını*, Türkçe ve İngilizce başlık ve özetlerin yer aldığı yazar ve kurum bilgilerinin gizli tutulduğu bir *Ana Metin dosyasını*, özgün araştırmalar için *Etik Kurul Onay Formunu* ve *Telif Hakkı Yazar Onay Formunu* sisteme yükler. Yazar ekibinin başvuru koşullarının uygun şekilde yerine getirildiğini teyit ettikleri *Son Kontrol Listesinin* sisteme yüklenmesi ile başvuru süreci tamamlanır.

Yazar Sorumluluğu

EGEHFD’de ifade edilen beyanlar ve görüşler, yazar(lar)ın sorumluluğundadır. Yayımlanacak metnin bilimsel dili ve yürütülen araştırmanın etik gereklilikleri karşılama sorumluluğu yazarlara aittir. Yazar ekibinin araştırma yöntemlerine uygun şekilde standart uygulama kılavuzlarını dikkate alması ve metnin buna uygun bir akışla sunulması gerekmektedir (Randomize kontrollü çalışmalar için CONSORT, sistematik derleme ve meta-analiz araştırmaları için PRISMA gibi). Düzenlenmiş ana metin ilk başvuru sırasında gerekli gösterilen tüm koşulları sağlamalı ve derginin yazım kuralları çerçevesinde makale için gerekli bölümler, başlıklar ve kaynaklarda yer alan bilgiler metnin anonimlik ilkesini ihlal etmeyecek şekilde yazar ve kurum isimlerine yer verilmeden sunulmalıdır.

Yazar(lar), dergi yayın sürecine başvuru ile birlikte EGEHFD Yayın Kurulu’nun gerekli gördüğü değişikliklerin yapılacağını veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişikliklerin yapılabileceğini onaylamış olur. Değerlendirme sonucu metnlerinde düzenleme talep edilen yazar(lar), tüm hakemlere ait düzenlemeleri içerecek şekilde **kırmızı renk** ve **altı çizili** olarak vurgulanarak gerekli düzenlemenin yapıldığı tek bir Microsoft Word dokümanını **iki hafta** içerisinde sisteme yüklemekle sorumludur. Hakem değerlendirmeleri sonucu düzenlenmiş metnin sisteme yüklenmesi sırasında düzenlemelere ilişkin ayrıntılı bilginin yer aldığı *«Editör ve Hakemlere Bilgilendirme»* adlı bir notun da ayrıca sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Editör ve Hakem Sorumluluğu

Başvuruların tamamlanmasının ardından ön kontrol basamağında, derginin yardımcı editörleri aracılığıyla metnin intihal ve teknik uygunluk açısından hakem değerlendirmesine uygunluğu değerlendirilir. Özgünlüğü intihal programı aracılığıyla raporlanan ve başvuru koşullarını karşılayan metinler alan editörlerine yönlendirilerek bilimsel değerlendirme süreci başlatılır.

Bilimsel değerlendirmeye ilişkin ilk değerlendirmeyi alan editörü yaptıktan sonra hakem değerlendirmelerine sunar ve gelen değerlendirme sonuçlarını Dergipark sistemi aracılığıyla başvuruyu takip eden on iki haftalık süre içerisinde yazara bildirir. Düzenleme talebinin yerine getirilmesine ilişkin yazardan kaynaklı gecikmeler makalenin reddi için bir neden olarak kabul edilir. Her bir makale metni, alanında uzman üç bağımsız hakem tarafından incelenip yayımlanması uygun bulunan metinler alan editörünün onayının alınmasının ardından, baş editöre yönlendirilir. Makalenin yayımlanmasında son karar EGEHFD Baş Editörüne aittir.

Yayın Etiği ve Bilimsel Sorumluluk

EGEHFD, yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır ve Committee on Publication Ethics (COPE) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından geliştirilen ilkeleri benimser; konuyla ilgili aşağıdaki kılavuzların izlenmesini tavsiye eder (<http://www.icmje.org/recommendations>, <https://publicationethics.org/resources/guidelines>).

Yayımlanmak üzere gönderilen makaleler özgün, yayımlanmamış ve aynı anda farklı bir dergiye değerlendirmek amacı ile gönderilmiş olmamalıdır. Etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayımdan çıkarılır. İntihal programıyla taranan metnin, kaynaklar hariç benzeşim oranının %20’ in üzerinde olmaması gerekmektedir.

EGEHFD, 1975 Helsinki Deklarasyonu’nun 2013 yılında revize edilen İnsan Deneyleri Komitesi’nin etik standartlarına uymayı ilke edinmiş bir dergidir. Bu doğrultuda EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen özgün araştırma makalelerinin yerel ya da ulusal etik kurul onay yazılarının sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması

Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya maddi destek veren kurum varsa yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), başlık sayfasında bildirmelidir. Ayrıca yazar, çıkar çatışması söz konusu ise bu durum açıklanmalıdır. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri içinde akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik, finansal veya kurumsal bağlantılar yer almaktadır.

Dil

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi’nin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

YAZARLARA BİLGİ

MAKALENİN HAZIRLANMASINA YÖNELİK GENEL KURALLAR

MAKALENİN BİÇİMSEL ÖZELLİKLERİ

- Yayın dili, Türkçe ve İngilizcedir.
- Sözcük sayısı: Özgün Araştırma Makaleleri, Meta Analiz ve Sistemik Derlemelerde 6000-8000, Derleme ve Olgu Sunumlarında 3000-5000 kelime ile sınırlandırılmalıdır.
- Kaynak sayısı, tüm makalelerde en fazla 50 ile sınırlandırılmalıdır.
- Sayfanın kenar boşlukları sağdan, soldan, üstten ve alttan 2,5 cm olacak biçimde düzenlenmelidir.
- Başlık ve paragraf girişleri sola yaslı, makalenin tamamı ise iki yana yaslı olacak şekilde biçimlendirilmelidir.
- Ana metin 12 punto, öz, kaynaklar, tablolar ve şekiller 10 punto, çift satır aralıklı ve Times New Roman yazı tipinde yazılmalıdır.
- Ana başlıklar; tüm harfler büyük ve koyu olmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar; sola yaslı, koyu ve ilk harfleri büyük olacak biçimde, alt başlıkların altındaki diğer başlıklar; bir tab içeride, koyu ve ilk harfi büyük diğer harfler küçük olacak biçimde yazılmalıdır.
- Başlık sayfası ve ana metin ayrı iki Microsoft Word dosyası olarak sunulmalıdır. Ana metin; başlık, öz, abstract ve anahtar kelimeler ile başlamalı, metin, kaynakça, tablolar, şekiller ve varsa ekler olarak sunulmalıdır.
- Başlık sayfasından başlanarak tüm sayfalar numaralandırılmalıdır. Sayfa numarası sayfanın sağ alt köşesinde verilmelidir.
- Tablolar metinde kullanılış sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tablo numarasından sonra nokta ve bir karakter boşluk bırakılmalı, kelimelerin ilk harfi büyük olacak biçimde ismi tablonun üzerine yazılmalıdır.
- Tüm makalelerde tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş olmalıdır.
- Şekil ve grafik başlıkları yazılırken ilk harf büyük diğer harfler küçük olacak biçimde şekil ve grafiklerin altında yer almalıdır.
- Şekiller dijital formatlı, 300 DPI çözünürlüğünde ve .jpeg kayıtlı olmalıdır. Tablo, şekil ve grafikler, her biri ayrı sayfada ve kaynaklardan sonra yer almalıdır. Her bir tablo, şekil ve grafiğe metin içerisinde atıfta bulunulmalıdır.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise kaynak belirtilmelidir.
- Virgül ve noktadan önce boşluk bırakılmamalıdır.
- () ve “ ” gibi işaretlerle belirtilen cümle ya da kelimelerden önce ve sonra boşluk bırakılmamalıdır.
- Ondalıklı sayılar yazılırken nokta kullanılmalıdır.
- Yüzde (%) ile ifade edilen rakamlarda % ile rakam arasında boşluk bırakılmamalıdır.
- Çeşitli istatistik veriler simgeleriyle gösterilmelidir. Varyans analizi değerleri (F), istatistiksel değerler (n, %) gibi.
- Kısaltmalar Başlıkta ve Öz’de kullanılmamalı, metin içinde açıklamaları ilk kullanıldıkları yerde verilmeli ve parantez içinde kısaltması yazılmalıdır. Kısaltma sayısı mümkün olduğunca az olmalıdır.
- Yazılar “.doc” şeklinde kaydedilmeli Word belgesi olarak gönderilmelidir. “PDF” formatında gönderilmemelidir.

MAKALENİN BÖLÜMLERİ:

Başlık Sayfası

Metnin **Türkçe ve İngilizce** tam adı yalnızca ilk harfleri büyük, koyu ve ortaya hizalanmış olarak, bir alt satıra da **yazarların ismi** aynı biçimde yazılır. Yazarların, unvanları, çalıştığı kurum adı ve adresi, iletişim bilgileri (tel, fax ve e-posta adresleri ve ORCID bilgileri), tüm yazarların makaleye katkısı ve varsa çıkar çatışması hakkındaki bilgi alt satıra geçildikten sonra sola yaslı biçimde yazılmalıdır. Gönderilen makale hakkındaki bilgi (bilimsel toplantıda sunulması, fon desteği alınması veya tez çalışmasından üretilmesi gibi) yazar bilgilerinin altında yer almalıdır.

Öz/Abstract

- Tüm yayın tiplerinde ilk sayfa, en fazla 250-300 kelimedenden oluşan öz, abstract ve anahtar kelimelerden oluşur.
- Araştırma yazılarında öz “Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç ve Anahtar Kelimeler”; abstract “Objective, Methods, Results, Conclusion ve Key Words” alt başlıklarından oluşmalıdır.
- Derleme makalelerinin öz ve abstract bölümü; giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır.
- Olgu Sunumunun Öz ve Abstract bölümü; olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik bakımına yönelik süreçleri içermelidir.
- Türkçe ve İngilizce olarak en az üç en fazla beş tane anahtar kelime verilmelidir. İlk anahtar kelime büyük harfle başlamalı, diğer kelimelerin ilk harfi küçük yazılmalı, kelimeler arasında noktalı virgül (;) olmalı ve son kelimenin bitimine nokta konulmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler “Türkiye Bilim Terimleri”ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>). İngilizce anahtar kelimeler “Index Medicus: Medikal Subject Heading (MeSH)” standartlarına uygun olmalıdır (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

Ana Metin

Özgün Araştırma Makalesi

Özgün araştırma makaleleri dergi kapsamına uygun konularda, özgün ve önemli bilimsel sonuçlar sunan, bilimsel araştırma sürecini tamamlamış, raporlandırılmış çalışmalardır. Özgün Araştırma makaleleri aşağıdaki bölümlerden oluşur:

*Giriş: Bu bölümde konunun önemi ve dayandığı bilimsel düşünceler anlaşılır ve net olarak ifade edilmeli; ortaya konulan araştırma problemi güncel çalışmalar doğrultusunda açıklanmalı; probleme yönelik bilgi açığı ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Ardından araştırmanın amacı, hipotez(ler)i ya da araştırma soru(lar)ına yer verilmelidir.

*Yöntem: Bu bölümde, araştırmanın tipi, yapıldığı yer, evren ve örnekleme, veri toplama tekniği ve araçları, verilerin değerlendirilmesi ve etik yönü yer almalıdır.

*Bulgular: Bulgular, istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak araştırma hipotezlerini test edecek ya da sorularına yanıt verecek şekilde ve sistematik bir biçimde sunulmalıdır. Şekil ve tablolarda verilen bilgiler, gerekmedikçe tekrarlanmamalıdır. Bu kısımda sadece analiz sonuçları yer almalıdır.

*Tartışma: Bu bölümde bulgular değerlendirilmeli ve sistematik biçimde sunulmalıdır. Elde edilen veriler ile araştırma soruları veya hipotezlerin hangilerinin doğrulandığı ya da doğrulanmadığı gerekçeler ile açıklanmalıdır. Çalışmanın sınırlılıklarından, eksik yönlerinden söz edilmelidir.

*Sonuç: Bu bölümde konunun önemi kısaca vurgulanmalı; tekrara yer vermeden bulgulardan elde edilen sonuçların alana sağlamış olduğu yeni bilgi ya da katkısı özetlenerek gelecek çalışmalara öneriler sunulmalıdır.

*Kaynaklar: Kullanılan tüm kaynaklar American Psychological Association (APA) 6 (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) kurallarına göre hazırlanmalı ve metnin sonunda ayrı bir sayfada alfabetik sıraya göre verilmelidir.

Tablolar: Tablolar çift satır aralıklı olmalı ve dikey çizgiler sütunları ayırmak için kullanılmamalıdır. Tüm kısaltmalar p değeri için (, **) ve diğer semboller dipnotlarda tanımlanmalıdır. Her bir tablo kaynaklardan sonra ayrı bir sayfada yer almalıdır.

Meta Analiz ve Sistematik Derleme

Meta-analiz ve sistematik derleme makaleleri PRISMA Bildirimi (PRISMA Statement: Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis) (www.prisma-statement.org) kontrol listesine göre hazırlanmalı, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Kaynaklar bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme

Alanında birikimi ve çalışmaları olan uzman kişiler tarafından yazılması tercih edilen derleme makaleleri; güncel ve gereksinimlere yönelik konularda, ulusal ve uluslararası güncel kaynaklar doğrultusunda konuyla ilgili tartışmaların ve yazar görüşlerinin ortaya koyulduğu çalışmalardır. Bölümleri; Giriş, Konu Başlıkları ve Kaynaklar olarak sıralanmaktadır.

Olgu sunumu

Alana bilimsel katkı sağlayan ve önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. Olgu sunumu yazıları; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Kaynaklar ve gerekirse tablolardan oluşur. Yazılı bilgilendirilmiş onam alınmalı ve ana metinde belirtilmelidir.

Teşekkür

Yazının hazırlanmasında veya araştırmada katkısı bulunan kişi ya da kurumlara teşekkür edilebilir.

Kaynaklar

Referans Stili ve Formatı

Yazarlar, metin içinde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA 6 kurallarına (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) uygun olarak yazmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur.

Kaynakçada bulunan tüm kaynaklar metin içinde belirtilmelidir. Metindeki yazar adı ve tarih bilgisi, kaynakçadaki yazar adı ve tarih bilgisi ile birebir aynı olmalıdır.

Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir. Alfabetik sıralama yalnızca soyadın ilk harfine göre yapılmaz, aynı ilk harfe sahip kaynakların da kendi içerisinde harfe göre alfabetik olmaları gerekir. Tek yazarlı aynı yazarın yayınları yıllara göre geçmişten günümüze doğru sıralanır.

Yayın türlerine göre kaynak gösterme örnekleri aşağıda verilmiştir.

a) Türkçe Kitap

Karasar, N. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (28. Baskı) Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

b) Editörlü Kitap

Ören, T., Üney, T., Çölkesen, R. (Ed.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

c) İngilizce Kitap

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

d) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

Bassett, C. (2006). Cultural studies and new media. In G. Hall & C. Birchall (Eds.), *New cultural studies: Adventures theory* (pp. 220–237). Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

e) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi. M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi kitabı* içinde (s. 233–263). Bursa: Dora Basım Yayın.

f) Türkçe Makale

Yavuz Van Giersbergen, M., Geçit, S. (2017). Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalı uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 171-181.

g) İngilizce Makale

Ter, N., Yavuz, M., Aydoğdu, S., Kaya Biçer, E. (2015). The effect of 2 adhesive products on skin integrity used for fixation of hip and knee surgical dressings: a randomized controlled trial. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 42(2), 145-150.

h) Sekizden Fazla Yazarlı Makale

Unsal Atan, Ş., Oztürk, R., Gülec Satır, D., İldan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K. ... Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 18, 13-18. doi: 10.1016/j.srhc.2018.08.001

i) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

Düzgün, G., Karadakovan, A. (2018). Palyatif bakımda kanser rehabilitasyonu ve hemşirelik yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3), 103-118. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/602453>

i) Türkçe Tezler

Yavuz, M. (1998). *Günübirlik cerrahi hastalarının bakımı için hemşire bakım formu geliştirilmesi ve formun kalite güvenliğinin izlemi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

j) Kongre Bildirisi

Yavuz Van Giersbergen, M., Şahin Köze, B. (2018, Nisan). *Hemşirelik öğrencilerinin Operating Room Nursing Dersinde video ile konu anlatımı ve Kahoot kullanımına ilişkin görüşleri*. 21. Ulusal Cerrahi Kongresi 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde sunulan bildiri, Antalya.

k) Web sayfası, makale başlığı, bölüm başlığı

Hacettepe Üniversitesi Bilgi Okuryazarlığı Programı. (2010). Erişim adresi: <http://hubo.hacettepe.edu.tr/>

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
SON KONTROL LİSTESİ

1.Makalenin Türü

- Özgün Araştırma
- Derleme
- İleri Çözümleme Derlemeleri (Sistemik derleme, meta analiz)
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2.Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı ve başlıkta kısaltma kullanılmadı.
- 3.Tüm yazarların akademik unvanları, kurumları, yazışma adresleri, iş telefonları, cep telefonları, e-posta adresleri ve ORCID bilgileri belirtildi.
- 4.Tüm yazarı(lar)ın makaleye katkıları (fikir, tasarım, veri toplama ve/veya işleme, analiz ve/veya yorum, yazıyı yazma, eleştirel inceleme veya revizyon) listelendi.
- 5.Makale bilimsel bir toplantıda sunulmuş ise sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi.
- 6. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden üretildi ise Üniversite, varsa Enstitü ve yılı belirtildi.
- 7. Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum(lar) mevcut ise; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkinin olduğu (konsültan, diğer anlaşmalar) belirtildi.

Ana Metin

- 8.Türkçe ve İngilizce ile öz /abstract yazıldı ve özlere kısaltma kullanılmadı.
- 9. Araştırma makaleleri, meta analizi ve sistemik derlemelerde; sözcük sayısı 6000-8000 sözcük, derleme ve olgu sunumlarında 3000-5000 sözcük ve kaynak sayıları 50 kaynak ile sınırlandırıldı.
- 10.Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler öz/abstract sayfasının sonuna ilgili yere yazıldı.
- 11.Özetler ana metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı. Ana metinde yazarlara ait herhangi bilgi verilmedi.
- 12.Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eş anlamlılarına yer verildi.
- 13.Kısaltmalar kullanılmışsa metin içindeki ilk açık kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14.Makalelerde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.
- 15. Makale türleri için uluslararası geçerliliği olan standart kılavuzlarca sunulmuş yönergeler kullanıldı.
- 16.Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul iznine ilişkin geçerli evrak numarası eklendi.

Kaynaklar

- 17.Kaynak gösterimi metin içinde ve kaynakçada belirtilen kurallara (APA6) uygun olarak yapıldı.
- 18.Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi.

Tablo, Şekil/Grafik ve Resimler

- 19.Tablo, şekil, grafikler ve resimler kaynaklardan sonra ve her biri ayrı bir sayfada yer alacak şekilde verildi ve metin içinde atıfta bulunuldu.
- 20.Tablo başlıkları tablonun üzerinde verildi ve kelimelerin ilk harfi büyük yazıldı. Metinde kullanılış sırasına göre numaralandırıldı.
- 21. Şekil, grafik başlıkları şekil, grafiklerin altında verildi ve kelimeler küçük harfle başladı.
- 22. Tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş tane olacak şekilde sınırlandırıldı.
- 23. Şekil, grafik ve resimler dijital formatlı, .jpeg kayıtlı ve 300 DPI çözünürlükte olacak şekilde kullanıldı.

Tüm Makale

- 24. Metin dosyaları Microsoft Word dokümanı olarak sisteme yüklendi.
 - 25. Özgün araştırma makaleleri için Etik Kurul Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 26. Telif Hakkı Yazar Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 27. Son Kontrol Listesi kontrol edildikten sonra çıktı alınarak işaretlendi. Yayın başvurusu sürecinde taranarak sisteme yüklendi.
-

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....
.....
.....
.....

başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- Hemşirelik Öğrencilerinin Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi ve Yazma Çizme Tekniğiyle Psikolojik Şiddet Algısının Belirlenmesi
Determination of Nursing Students' Perceptions of Psychological Violence with Independent Word Association Test and the Draw-And-Write Technique
Sevda UZUN, Esmâ ÖZMAYA, Nermin GÜRHAN, Elif ALTUN, Didar KARAKAŞ, Nurşen KULAKAÇ.....1-10
- The Relationships Between Nursing and Midwifery Students' Cultural Sensitivity and Xenophobia
Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kültürel Duyarlılıklarının Zenofobi İle İlişkisi
Gulgun DURAT, Bedia TARSUSLU.....11-20
- Covid-19 Salgını Sürecinde Hemşirelerin Algılanan Stres Düzeylerinin Belirlenmesi: Sosyal Ağ Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma
Determining the Perceived Stress Levels of Nurses During the Covid-19 Epidemic: A Social Network Based Description Study
Gürçühan FİDAN, Deniz ODABAŞ.....21-28
- Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi
Investigation of Professional Quality of Life and Healthy Life Style Behaviors in Health Care Professionals
Sevtap EZER, Besti ÜSTÜN.....29-42

Derlemeler / Reviews

- Cerrahi Hemşireliğinde Tele Sağlık Uygulamaları
Telehealth Applications in Surgical Nursing
Sultan ÖZKAN, Arzu SALIK ASAR.....43-48
- Multipl Myelom Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri ve Semptom Yönetimi
Current Treatment Recommendations and Symptom Management in Patients with Multiple Myeloma
Merve Gözde SEZGIN, Hicran BEKTAŞ.....49-59
- Covid-19 Pandemisinin Çocuklar Üzerindeki Etkisi ve Hemşirelik Bakımı
The Impact of the Covid-19 Pandemic on Children and Nursing Care
Beray AYDIN, Sibel KARACA SIVRIKAYA.....61-70

Olgu / Case Report

- Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Majör Depresyon Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu
Nursing Care of a Patient With a Diagnosed Major Depression According to the Neuman Systems Model: Case Report
Mehtap KIZILKAYA, Cihan KOCAİRİ, RüveydaYÜKSEL, Merve ŞAHİN.....71-79
- Apendektomiye Bağlı Bridektomi Sonrası Gelişen Enteroatmosferik Fistülün Yönetimi
The Management Of Enteroatmospheric Fistula Development After Bridectomy Associated With Appendectomy
Rabia KOCA, Aysel GÜRKAN, Hasan Fehmi KÜÇÜK.....81-85

