

sağlık akademisyenleri

Health Care Academician Journal

DERGİSİ

YIL: 2022 CİLT: 9 SAYI: 2 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

ISSN: 2148-7472

"Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar"

- Effect of compassion level on burnout and job satisfaction in health personnel: Geriatric care center example
- Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi
- Sağlık personelinde duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Tip 2 diyabetes mellitus tanılı bireylerde egzersiz alışkanlıkları ve diyabet öz yeterliliği
- The effect of the covid-19 pandemic on the psychological status of 112 emergency health services personnel
- Geriatrik hastalarda uyku bozukluğu ve hemogram ilişkisi
- Ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi
- Stomalı hastaların yaşadıkları sorunlar sorun çözme becerileri ve depresyon arasındaki ilişki
- Covid-19 pandemisinin sağlık turizmine etkisinin nitel bir araştırma ile incelenmesi
- Türkiye’de okul sağlığı hemşireliğinde model kullanılarak yapılmış lisansüstü tezlerin incelenmesi: Sistematiik derleme
- Gebelik ve doğum sonrası dönemde Omega-3 kullanımı: Güncel literatürün gözden geçirilmesi
- Diyabeti olan bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerine etkisi: Bir meta analiz çalışması



KÜNYE

Dergi Adı	SAĞLIK AKADEMİSYENLERİ DERGİSİ
ISSN	Print : 2148-7472 Online : 2636-757
Ana Tema	Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar
Yayın Türü	Sürekli Yayın, 3 Ayda Bir Yayınlanır
İmtiyaz Sahibi	DÜNYA BİLİMSEL ARAŞ. YAY. PROJ. KONG. ORG. SAN. T.C. LTD. ŞTİ.
İrtibat	Tel : 0312.419 86 50 - 467 14 24 Fax : 0312.419 86 49 www.dunyacongress.com
Başeditör	Prof. Dr. Seval AKGÜN SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği, Başkan - TÜRKİYE
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Müzeyyen BAYDOĞRUL muzeyyen@dunyacongress.com / 0507.291 59 49
Abone ve Reklam Sorumluları	Havva ÇAKMAK bilgi@dunyacongress.com / 0545.231 31 00
Baskı ve Tasarım	AYDEDE MATBAASI, Hüseyin AYDIN ve Serdal DEDEOĞLU Kazım Karabekir Cad. N:93/36 -37 İskitler - ANKARA
Açıklama	Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014 yılında yayın hayatına başlayan çok geniş bir uluslararası bilimsel danışma kurulu ile yayın hayatına devam eden, Uluslararası Hakemli bir dergi olup, sağlık bilimleri alanında yapılan araştırmaları yayımlama ve bilim insanlarının hizmetine sunmayı amaçlamaktadır. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yer alan makale ve yazı metinleri ve makalelerin sorumluluğu yazarların kendisine aittir. Sağlık Akademisyenleri Dergisi yılda dört kez yayımlanmaktadır. Sağlık Akademisyenleri Dergisi açık erişimli bir dergi olup, “Asos, Türkiye Atıf Dizini, Arastirmax ve Sobiad” tarafından indekslenmekte olup, diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlarla alan indeks çalışmaları devam etmektedir.

BİLİMSEL HEYET**BAŞEDİTÖR**

PROF. DR. SEVAL AKGÜN
SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Ankara, Türkiye

EDİTÖRLER

DR.ÖĞR. ÜYESİ ALİ ARSLANOĞLU
SBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi AD., İstanbul, Türkiye
aliarslanoglu18@gmail.com

DR. SERDAL KEÇELİ
Milli Savunma Üniversitesi Ask.Sağ.Mer. İstanbul, Türkiye
serkec@yahoo.com

YAYIN KURULU

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ	Uludağ Üniversitesi	Bursa/TÜRKİYE
2	Prof. Dr. Rashid Bin KHALFAN AL ABRI	The University of Sultan Qaboos	Muscat/UMMAN
3	Prof. Dr. Martin RUSNAK	The University of Trnava	Trnava/SLOVENYA
4	Dr. Zakiuddin AHMED	The University of Piphah	İslamabad/PAKİSTAN
5	Dr. Dina BAURODI	AMEOS Hospital Anklam	Berlin/ALMANYA
6	Dr. Arild AAMBO	Ullevaal University Hospital	Oslo/NORVEÇ
7	Doç. Dr. Umut Beylik	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/TÜRKİYE
8	Doç. Dr. Birkan TAPAN	Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
9	Dr. Öğr. Üyesi Gürbüz AKÇAY	Pamukkale Üniversitesi	Denizli/TÜRKİYE
10	Dr. Öğr. Üyesi M. Emin DEMİRKOL	Sağlık Bakanlığı-Bolu İl Sağlık Müdürlüğü	Bolu/TÜRKİYE

DANIŞMA KURULU

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
2	Prof. Dr. Allen C. MEADORS	The University of North Carolina at Pembroke	NC/ABD
3	Prof. Dr. H. Emre BURÇKİN	IMBL Üniversitesi Onursal Profesör	İstanbul/TÜRKİYE
4	Prof. Dr. İsmail ÜSTEL	Serbest Danışman	Ankara/TÜRKİYE
5	Prof. Dr. Zarema OBRADAVIÇ	Sarajevo Halk Sağlığı Enstitüsü	BOSNA HERSEK
6	Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK	Sebahattin Zaim Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
7	Dr. Aziz Ahmet SUREL	Sağlık Bakanlığı	Ankara/TÜRKİYE
8	Prof. Dr. K. Rajasekharan NAYAR	Ananthapuri Hospitals	Kerala/HİNDİSTAN
9	Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA	Slovak Medical University	Bratislava/SLOVAKYA
10	Doç. Dr. Manal BOUHAİMED	Kuveyt University	Jamal Abdul Nasser/KUVEYT
11	Prof. Imran AKPEROV	IMBL University	Rostov/RUSYA
12	Doç. Dr. Yannis SKALKIDIS	Atina University	Atina/YUNANİSTAN
13	Prof. Dr. Nilay GEMLİK	Marmara Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
14	Prof. Dr. A. F. AL-ASSAF	The University of Oklahoma	Oklahoma/ABD
15	Doç. Dr. M. Nurullah KURUTKAN	Düzce Üniversitesi	Bolu/TÜRKİYE

SAYI HAKEMLERİ

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Doç. Dr. Erhan KILINÇ	Selçuk Üniversitesi	Konya/Türkiye
2	Doç. Dr. Fahri ÖZSUNGUR	Mersin Üniversitesi	Mersin/Türkiye
3	Doç.Dr. Handan ÖZCAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
4	Doç. Dr. Umut BEYLİK	Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
5	Doç. Dr. Yasin UZUNTARLA	Gülhane Eğitim Arş. Hast.	Ankara/Türkiye
6	Dr. Öğr. Üyesi Berna DİNCER	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
7	Dr. Öğr. Üyesi Burcu YEŞİLKAYA	İstanbul Okan Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
8	Dr. Öğr. Üyesi Dilek BAYKAL	İstanbul Atlas Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
9	Dr. Öğr. Üyesi Duygu AYAR	Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi	Gaziantep/Türkiye
10	Dr. Öğr. Üyesi Fatoş UNCU	Fırat Üniversitesi	Elâzığ/Türkiye
11	Dr. Öğr. Üyesi Gülden ATAN	Yüzüncü Yıl Üniversitesi	Van/Türkiye
12	Dr. Öğr. Üyesi Levent YÜCEL	15 Kasım Kıbrıs Üniversitesi	Lefkoşa / KKTC
13	Dr. Öğr. Üyesi Melike YALÇIN GÜRSOY	Çanakkale Onsekiz Mart	Çanakkale/Türkiye
14	Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Sivas/Türkiye
15	Dr. Öğr. Üyesi Sema İÇEL	Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi	Gaziantep/Türkiye
16	Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT	Sanko Üniversitesi	Gaziantep/Türkiye
17	Dr. Öğr. Üyesi Tuba KORKMAZ ASLAN	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Konya/Türkiye
18	Dr. Abdulvahap COŞKUN	İnönü Üniversitesi	Malatya/Türkiye
19	Uzm. Dr. Derya ABUŞKA	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	İstanbul/Türkiye
20	Dr. Füsun AFŞAR	Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	İstanbul/Türkiye
21	Dr.Selahattin AKYÜZ	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ankara/Türkiye
22	Arş.Gör.Dr. Sevil GÜNAYDIN	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	İstanbul/Türkiye
23	Arş. Gör. Dilan DENİZ AKAN	Manisa Celâl Bayar Üniversitesi	Manisa/Türkiye
24	Öğr. Gör. Günseli UZUNHASANOĞLU	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
25	Öğr. Gör. Mesut KARAMAN	Sütçü İmam Üniversitesi	Kahramanmaraş/Türkiye

MAKALE YAZIM KURALLARI

Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yayımlanacak yazıların, sağlık hizmeti sunucularına mesleklerini uygularken yol gösterici nitelikte olması beklenir.

1. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde Yayın politikaları aşağıdaki ilkeleri içermektedir:

- Hastane Yönetimi,
- İkinci ve Üçüncü Basamak tedavi hizmetleri ile ilgili araştırma yazıları, derlemeler ve editöre mektup yazıları,
- Sağlık hizmetlerinde kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği,
- Sağlık hizmeti sunumunu etkileyen sağlık politikaları ile ilgili yazılar öncelikle tercih edilir.

2. Dergide Türkçe ve İngilizce makaleler yayımlanacaktır. Türkçe yazılar Türk Dil Kurumu yazım kurallarına uygun olmalıdır.

3. Yazılar daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış olmalıdır. Herhangi bir kongrede tebliğ edilmişse bu yazı başlığına bir yıldız konularak ve kapak sayfasında yıldız ile işaretlenerek sunulan kongrenin adı, tarihi ve yeri belirtilerek işaretlenmelidir.

4. Yayımlanması için dergiye gönderilen yazı kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye aittir.

5. Gönderilen tüm yazılar öncelikle Sağlık Akademisyenleri Dergisi Editörleri tarafından şekil ve içerik yönünden ön incelemeye alınmakta, genel olarak dergide yayınlanmaya değer olup olmadığına karar verilmekte ve daha sonra Bilimsel Danışma Kurulundan alanı ile ilgili 2 (iki) hakeme gönderilmektedir. Yayın ilkelerine uygun bulunmayan yazılar hakemlere gönderilmeyecektir.

6. Hangi makalenin hangi hakemlere gönderileceğine hakemlerin ve makalelerin ilgi alanlarına göre karar verilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, gönderilen makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmez. Hakem raporları gizlidir.

7. Makalenin gönderildiği iki hakemden de olumlu görüş bildirilmesi durumunda makale yayınlanmak üzere sıraya alınmaktadır. İki hakemden de olumsuz görüş bildirilmesi durumunda makale hiçbir surette yayınlanmaz. İki hakemin birbirinden farklı görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü bir hakeme gönderilir; üçüncü hakemin vereceği cevaba göre yayınlanmasına veya yayınlanmamasına karar verilir. Hakemlerden gelen raporlara göre, makalenin aynen yayınlanmasına (kabul), düzeltme, ekleme veya çıkarma istenmesine veya yayınlanmamasına (ret) karar verilmekte olup, bu karar yazar veya yazarlara bildirilmektedir.

8. Hakemlerin düzeltme yönünde görüş bildirmeleri durumunda yazara başvurulur ve yazarın gerekli düzeltmeleri tamamlayarak göndermesi istenir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Düzeltme verilen makaleler yazarı veya yazarları tarafından belirtilen süre içerisinde düzeltilmedikçe yayınlanmaz. 6 gün içerisinde yazar tarafından düzeltilip gönderilmeyen makaleler sistem tarafından reddedilir.

9. Yazılar Microsoft Word programında yazılmalı tablo, şekil, grafik ve fotoğrafları ile birlikte gönderilmelidir.

10. Yazılar, yazının tüm yazarlarca okunup onaylandığını, başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olduğunu belirten bir mektupla birlikte gönderilmelidir.

11. Sisteme yüklenen makale dosya içeriğinde yazarlara ait isim bulunmamalıdır. Yazarlara ait isimler, sadece ejmanager sisteminde makaleye ait bilgiler ile birlikte girilmelidir.

12. Araştırma makalelerinden etik kurul onayı gereken çalışmalarda, etik kurul onayı makale eki olarak sisteme ayrıca yüklenmelidir.

13. Resim ve tablolar dahil olmak üzere çalışmalar 20 sayfayı geçmemelidir.

14. Yazılar 12p Times New Roman fontu ile yazılmalı. Yazı kağıdı düzeni A4 boyuta, sayfanın solundan 3, sağından 2, üst ve altından 2 cm bırakılmalıdır.

15. Kaynakçaya atıflar "ISO 690 - Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır.

Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar

Makalenin başlığı: Başlık makalenin içeriğini yansıtacak karakterde olmalıdır. Bununla birlikte 12 kelimeden daha uzun olmamalıdır.

Yazarlar : Yazar isimleri Makale yazısında bulunmayacaktır. Yazarların tam olarak isimleri, akademik dereceleri ve kurumları kayıt esnasında makale yükleme sistemine yazılmalıdır.

İletişim Adresi : İletişime geçilecek yazarın isimleri makale yazısında bulunmayacaktır. İletişime geçilecek yazarın isimleri ünvanı, adı soyadı , iletişim adresi, elektronik posta adresi kayıt esnasında makale yükleme sisteminde belirtilmelidir.

Özet Sayfası: Bu bölümde makalenin ana bölümlerinin kısa bir özeti verilmelidir. Özet Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmalıdır. Özet bölümü 250 kelimeden daha fazla olmamalıdır. Özet bölümü Araştırma makalelerinde mutlaka; Giriş ve amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç başlıkları altında verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetlerden sonra en az 3, en fazla 5 adet Index Medicus'a uyar şekilde anahtar kelime yer almalıdır.

Araştırma Makaleleri:

Ana Metin: Araştırma makaleleri geleneksel form olan, giriş ve amaç, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç, kaynaklar ve tablo ve şekiller başlıklarında yazılmalıdır. Ana metin (Özet, tablo ve şekiller, kaynaklar hariç) 3000 kelimeden fazla olmamalıdır.

Giriş bölümü, okuyucunun konuyla ilgili önceki yayınlara bakmaya ihtiyaç duymaksızın, şimdiki çalışmaların sonuçlarını anlayıp değerlendirmesine imkân tanıyacak, yeterli ölçüde bilgi temin etmelidir. Ayrıca giriş bölümü, çalışmanın gereklerini, mantığını ve kısa ve uzun vadede amaçlarını da belirtmelidir.

Gereç ve Yöntem bölümü, başka araştırmacıların çalışmayı tekrarlayabilecekleri ayrıntıda yazılmalıdır. Dolayısıyla yöntem tüm ayrıntıları ile yazılmalıdır. Kullanılan gözlem teknikleri, anketler ve diğer ölçüm şekilleri tarif edilmeli, veri elde etme biçimleri ve deney grupları tanımlanmalıdır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinin nasıl yapıldığı belirtilmelidir. Klasikleşmiş yöntemler kullanılmış ve yöntemde herhangi bir değişiklik yapılmamış ise sadece yöntemin ismi ve alındığı kaynak verilmelidir.

Bulgular bölümünde, araştırmada elde edilen veriler belli bir mantıksal-analitik bütünlük ve akış içinde, şekil ve tablolar verilerek açıklanmalıdır. Verilerin uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmesi gereklidir. Gerekirse şekil, fotoğraf ve benzeri görüntüler kullanılabilir.

Tartışma aşağıda verilen ana başlıkları içerecek şekilde yapılmalıdır.

- Çalışmanın temel bulgularının özeti,
- Çalışmanın güçlü tarafları ve sınırlılıkları,
- Elde edilen bulgularının literatür karşılaştırmalarını,
- Elde edilen bulguların gelecekteki çalışmalara ve uygulamaya olası yansımalarını içermelidir.

Tablo ve şekiller: Makalede yer alacak tablo ve şekillerin sayısı altıyı geçmemelidir. Tablolar ve Şekiller metin içinde geçen sırasıyla numaralandırılmalı, metin ile ilişkilendirilmeli, bir başlığa sahip olmalı ve bir yerden alıntı ise mutlaka altında kaynağı belirtilmelidir.

Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

Derleme Makaleleri:

İncelenen konu ile ilgili temel görüşleri ortaya koyan, bu görüşlerin dayandığı analizleri irdeleyen ve bunlara dayanarak yazarın bir sonuca vardığı yazılar olmalıdır. 4000 kelimeden daha uzun olmamalıdır. Yazar konu ile ilgili olarak okuyuculara temel bilgileri verme içgüdüğü içerisinde olmalıdır.

Kısa Rapor:

İstisna durumlar haricinde orijinal makaleler için rehber aynı şekilde kalacaktır

Editöre Mektup:

Dergide yayımlanmış makalelerin gerek içeriği, gerekse biçimsel özellikleri ile ilgili yapılan tartışmalar ve okuyucunun katkılarını içeren yazılardır. Kongre, Sempozyum, Panel Bildirileri ya da Raporları: Derginin yayın ilkeleri kapsamına giren bilimsel faaliyetlerin sonunda yapılan bildiri ya da raporlardır.

Metin içi Atıf

Makale metinleri içerisinde kaynaklara yapılan atıflar “ISO 690- Sayısal Başvuru” şeklinde olmalıdır. Örneğin (1) gibi. Atıf numaraları 1 den başlayarak toplam kaynak sayısı kadar olan rakam ile bitmelidir.

Kaynaklar:

Makale içinde atıfta bulunulan her kaynak, Kaynaklar dizininde mutlaka bulunmalıdır. Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, dergi isimleri kısaltılmadan yazılmalıdır. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda 50, olgu sunularında 20, derlemelerde 80 adeti geçmemelidir. Eğer birden çok kaynağa atıf varsa: (1, 5, 12-16) şeklinde olmalıdır. Yazarlar 10 adetten az kaynak kullanmamalıdır.

Burada “12-16”, 12. kaynaktan 16. kaynağa kadar olan 5 yayını kapsamaktadır.

Kaynakların yazılışı aşağıdaki örneklerle göre yapılmalıdır:

Dergi:

- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Makale Başlığı, Dergi İsmi, Derginin Sayısı; Makalenin sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları.
- Davis, R., Revak J. R., & Crislip, K. E. (2006). Organizational downsizing: a review of literature for planning and research. Journal of Healthcare Management, 23, 170–184
- Kathuria C., Al-Assaf A.F., Akgün S.,(2007), Hasta Güvenliği Nasıl sağlanabilir? Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Hataların
- Bildirilmesi Nasıl Etkin Hale Getirilebilir?, Hospital&Life Hastane Formu Dergisi, Ocak-Şubat;13-21.Kitap Bölümü:
- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Bölüm Başlığı. A.Editör, B.Editör, Kitap Adı; Bölüm sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları, Basım yeri.
- Henken, J. (1999). The dynamic capacities of firms. In: M. L. Dupuis, C. E. Falcon, & C. K. Lovett(Eds.), Technology, organization, and competitiveness (pp. 10–24). Washington, DC: National Academy Press.

Kitap:

- Yazar A.A.(Yıl), Kitap Başlığı, Yayın Yeri ve Yayın Evi.
- Zweizig, K. A., Pinkus, R. M., & Vecchioni, T. L. (2000). Health care management: organization design and behavior. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Elektronik Adres:

- Yazar, A.A, (Yıl), Çalışmanın Başlığı, Kaynağın alındığı tarih (Gün/Ay/Yıl), İnternet Adresi.
- Simons, D. Gone in 60 seconds: an innovative chain is trying to reinvent the way you get treated for routine ailments. Retrieved June 14, 2005, from www.ensuringsolutions.org.

Açıklama;

- Hazırlanan yazılardaki tüm sorumluluk yazar(lar)ın kendisine aittir.

İÇİNDEKİLER

Araştırma Makaleleri

- Effect of compassion level on burnout and job satisfaction in health personnel: Geriatric care center example**
Sağlık personelinde merhamet düzeyinin tükenmişlik ve iş doyumuna etkisi: Yaşlı bakımevi örneği 104-112
Zülfünaz Özer, Rukiye Pınar Bölüktaş
- Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi**
Determining postoperative anxiety and depression levels of the patients hospitalized in surgical clinics 113-119
Naile Akıncı
- Sağlık personelinde duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi**
Investigation of the relationship between emotional intelligence level and emotional labor behavior in healthcare personnel 120-128
Gülhan Gök
- Tip 2 diyabetes mellitus tanılı bireylerde egzersiz alışkanlıkları ve diyabet öz yeterliliği**
Exercise habits and diabetes self-efficacy in individuals with type 2 diabetes mellitus 129-138
Sibel Küçük, Perver Karşıgil, Dilek Uludaşdemir, İkbâl Güven
- The effect of the covid-19 pandemic on the psychological status of 112 emergency health services personnel**
Covid-19 pandemisinin 112 acil sağlık hizmetleri personellerinin psikolojik durumuna etkisi 139-146
Aliye Bulut, Erhan Atıcı
- Geriatrik hastalarda uyku bozukluğu ve hemogram ilişkisi**
Relationship between sleep disorder and hemogram in geriatric patients 147-150
Burcu Beyazgül, Çiğdem Cindoğlu
- Ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi**
Determining the relationship between internet addiction and life satisfaction of midwifery students 151-156
Emine Koç, Nuran Mumcu, Bilgesu Arslan
- Stomalı hastaların yaşadıkları sorunlar sorun çözme becerileri ve depresyon arasındaki ilişki**
The relationship between the problems experienced by stoma patients problem-solving skills and depression 157-164
Sibel Polat, Rabiye Cihan, Yasemin Akıl
- Covid-19 pandemisinin sağlık turizmine etkisinin nitel bir araştırma ile incelenmesi**
Reflections of the covid-19 pandemic on health tourism: A qualitative research 165-176
Gurbet Çıtak, Belma Keklik

Derleme

- Türkiye’de okul sağlığı hemşireliğinde model kullanılarak yapılmış lisansüstü tezlerin incelenmesi: Sistemik derleme**
Investigation of postgraduate theses conducted using model in school health nursing in Turkey: A systematic review 177-185
Şafak Dağhan, Aynur Uysal Toraman, Gözde Özsezer
- Gebelik ve doğum sonrası dönemde Omega-3 kullanımı: Güncel literatürün gözden geçirilmesi**
Omega-3 use in pregnancy and postpartum period: A review of the current literature 186-193
Nilay Şener Özvalı, Tülay Yılmaz, Hüsnüye Dinç Kaya
- Diyabeti olan bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerine etkisi: Bir meta analiz çalışması**
The effect of motivational interviewing method on quality of life in individuals with diabetes: A meta-analysis study 194-202
Sevda Uzun, Esmâ Özmaya

Effect of compassion level on burnout and job satisfaction in health personnel: Geriatric care center example

Sağlık personelinde merhamet düzeyinin tükenmişlik ve iş doyumuna etkisi: Yaşlı bakımevi örneği

Zülfünaz Özer¹, Rukiye Pınar Bölüktaş²

¹ PhD, Assistant professor. Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Istanbul Sabahattin Zaim University, zulfunazozer@gmail.com., 0000-0002-2431-2346

² PhD, Prof, Faculty of Health Sciences, Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey. rukiye.boluktas@izu.edu.tr., 0000-0002-1281-0276

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the relationship between compassion, burnout and job satisfaction levels of nurses and health care personnel working in geriatric care center. **Materials and Methods:** A cross-sectional, descriptive design was adopted. This study was carried out in June-July, 2019 in three elderly institutions in Istanbul. The sample consisted of 133 health workers who accepted to participate in the study. Data were collected with the General Information Form (GIF), the Compassion Scale (CS), the Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), and the Maslach Burnout Inventory (MBI). **Results:** Participants had average age of 30.7±9, 72.2% were female, 53.4% were care personnel and 39% worked in night shift. The mean scores of the participants on the Compassion Scale and the scales' kindness, indifference, common humanity, separation, mindfulness, and disengagement subscales were 4.11±0.49, 4.28±0.63, 4.00±0.80, 4.15±0.69, 4.00±0.80, 4.09±0.66, and 4.14±0.86 respectively. The results showed that the mean scores of the participants on Burnout Inventory's emotional exhaustion, depersonalization, and personal achievement subscales were 1.43±0.70, 0.78±0.63, and 1.38±0.50 respectively. When participants were evaluated for job satisfaction, more than half of the participants (57.9%) were found to have high internal job satisfaction and 66.9% had intermediate external job satisfaction. There was a negative correlation between CS-and-subscale and MBI-and-subscale, and a positive correlation between personal success and awareness of sharing. **Conclusion:** Participants of this study had high compassion scores, good job satisfaction and low burnout scores. Increasing compassion levels decrease burnout levels of personnel giving elderly care.

Key Words:

Geriatric Care Center, Compassion, Burnout, Job Satisfaction, Health Personnel.

Anahtar Kelimeler:

Yaşlı Bakımevi, Merhamet, Tükenmişlik, İş Doyumu, Sağlık Personeli.

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

PhD, Assistant professor. Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Istanbul Sabahattin Zaim University, zulfunazozer@gmail.com.

DOI:

10.52880/sagakaderg.1017281.

Received Date/Gönderme Tarihi:

1.11.2021

Accepted Date/Kabul Tarihi:

16.02.2022

Published Online/Yayınlanma Tarihi:

01.06.2022

ÖZ

Giriş: Bu araştırma insanlarla sürekli iletişim ve etkileşim halinde bulunan, insanlara doğrudan hizmet veren ve sürekli yoğun ilgi beklenen kurumlardan biri olan yaşlı bakımevinde çalışan hemşire ve bakım personelinin merhamet, tükenmişlik ve iş doyum düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Çalışma Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında İstanbul'da üç yaşlı bakımevinde çalışmaya katılmayı kabul eden 133 sağlık personeli (63 hemşire, 71 bakım personeli) ile gerçekleştirilmiştir. Veriler "Genel Bilgi Formu", Merhamet Ölçeği (MÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDO) ile toplanmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 30,7 ± 9 olan katılımcıların %72,2'si kadın, %53,4'ü bakım personeli, %39'u gece çalışmaktadır. MÖ, sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık ve ilişki kesme toplam puan ortalamaları sırasıyla 4,11±0,49, 4,28±0,63, 4,00±0,80, 4,15±0,69, 4,00±0,80, 4,09±0,66, 4,14±0,86'dır. Duygusal tükenme, duyuşsal tükenme ve kişisel başarı puan ortalamaları sırasıyla 1,43±0,70, 0,78±0,63, 1,38±0,50'dir. Ayrıca iş doyumunu yüksek bulduğundan değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısından fazlası (% 57,9) iç iş doyumunu yüksek olduğunu ve katılımcıların % 66,9'unun orta derecede dış iş doyumunu olduğu tespit edilmiştir. MÖ ve alt boyutları ile MTÖ alt boyutları negatif bir korelasyon; kişisel başarı ile paylaşımların bilincinde olma arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. **Sonuç:** Araştırmamızda katılımcıların merhamet puanları yüksek, iş doyumları iyi ve tükenmişlik puanları düşük bulunmuştur. Merhamet düzeyinin artması yaşlı bakımı yapan personelin tükenmişlik düzeyini azaltmaktadır.

INTRODUCTION

Today, traditional family structure has changed into nuclear family and women are integrated to work life; hence care service, which was traditionally provided by families gave place to institutional care services and professional care personnel (1). It is important for the nurse and care personnel to show compassion and

sensitivity towards patients and elderly in need of care during treatment and care, as they are together with those people for the longest periods and sometimes are to communicate with them more than anyone else. Compassion feeling is thought to be important for both care givers and care takers (2). Compassion, a basic value in health care, is defined as the will to understand and

relieve the pain or adversity of others (3). Compassion is not only a natural emotional reaction, ethical necessity or rationalist justification series. Compassion does not mean bearing agony; rather it is offering oneself meticulously for the benefit of others. It is defined as cherishing rather than feeling sorrow, patience and listening rather than apprehension and rigor (4). Providing patient care with compassion is expected from all health personnel. Therefore health personnel caring for elderly people should develop knowledge, technical skills, manners and interpersonal relationships, besides they should have compassionate care providing skills (3). On the other hand, witnessing rough times of elderly and providing care for their recovery may not always be easy (4). It is stated that nurses and health personnel could have high risk for experiencing burnout due to the characteristics of disabled and elderly groups (1,4).

Difficulty of care services and necessity of the utilization of qualifications like helpfulness, sensitivity, affection and sacrifice during care makes burnout an important issue for elderly care personnel (5). Maslach and Jackson (1981) defined burnout as insensitivity, emotional scarcity and lowered individual success observed in individuals who work under stress and in intense communication with service receivers (6). Burnout is frequently observed especially in occupations providing services to people. Health care professionals are stated to be in groups with the highest risk for burnout (1). Burnout results in physical burnout, chronic fatigue, desperation and hopelessness feelings and development of a negative self-conception in individuals (7). When burnout arises, it affects the individual's working life primarily. It is determined that individuals experiencing burnout can not show high performance in their work and their productivity in work environment decreases (8). It is important to be able to recognize burnout as it has negative effects on service giving personnel and organizations (7).

Job satisfaction is another concept closely related to burnout in working life and examined together with burnout in studies (8). Burnout and job satisfaction are two concepts in balance as in two pans of a scale; if level of one increases, the other decreases correspondingly (9). Job satisfaction is a personal attitude and defined as the positive emotional state that individuals experience when they reach to their personnel expectations in their work and working life. Dissatisfaction experienced in working life directs individual towards negative feelings. In that case, the individual may show signs of dissatisfaction with thoughts like disaffection from work, leaving work, carelessness towards work, constant complaint from work, hopelessness from the future of job etc. (10).

Although there are many studies in literature on burnout and job satisfaction, there are only few scientific studies on the subject regarding geriatric care centers and special care centers. This study was conducted to determine the relationship between compassion, burnout and job satisfaction levels of nurses and health care personnel working in geriatric care center, which is among the institutions where personnel is continuously in communication and interaction with people, provide service directly and where continuous intense attention is expected from personnel.

MATERIALS AND METHODS

This descriptive study was carried out in June-July, 2019 in three elderly institutions in Istanbul. The sample consisted of 133 health workers (62 nurses and 71 paid caregivers) who agreed to participate in the study. The inclusion criteria were as follows: a) being willing to participate in the study; b) being working for at least 6 months.

The data were collected with the General Information Form (GIF), the Compassion Scale (CS), the Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), and the Maslach Burnout Inventory (MBI). The questionnaires were distributed during working days. The questionnaires were completed in about 10 minutes by each participant.

The GIF, which was developed by the authors, included two sections. The first section contained questions on socio-demographic characteristics including age, gender, marital status, educational status, and perceived economical status. The second section of the GIF comprised of questions related to occupational characteristics such as current job position, working shift, duration of working years, duration of working with elderly, and perceived job satisfaction.

The CS is a 24 item measure on a 5-point scale ranging from 1 (almost never) to 4 (almost always). In Turkey, validity and reliability of the scale was made by Akdeniz and Deniz (2016) (11). The lowest and highest mean scores that can be obtained from CS are between 0-4. Higher scores represent greater self-compassion (11). In our study, Cronbach's alpha value of the scale was 0.80.

The MSQ consists of 20 items with 5-point Likert-type scoring ranging from 1 to 5 (1=I am not satisfied at all, 5=I am very satisfied), including internal and external satisfaction factors. There are 12 expressions in the internal satisfaction sub-dimension and 8 expressions in the external satisfaction sub-dimension. Internal satisfaction sub-dimension includes activity, dependence, variability, social status, morale, security, social service, authority, ability to use, responsibility, creativity and feeling of success. External satisfaction

sub-dimension includes executive-audit, executive-decision-making, corporate policy, remuneration policy, promotion, working conditions, team compliance and honorability.

The scores of the responses given to the items in the internal satisfaction sub-dimension are summed and divided into 12, thus the inner satisfaction score is calculated. For calculation of external satisfaction score, the scores of the responses to the items in the external satisfaction sub-dimension are summed and divided by 8. Thus, scores ranging from 1 to 5 are obtained for internal and external job satisfaction. The scores obtained are interpreted as 1.00-2.33 low level job satisfaction, 2.33-3.66 medium level job satisfaction and 3.66-5.00 high level job satisfaction (14). In the validity and reliability study conducted by Baycan (1985), cronbach alpha values were found to be 0.85 for internal satisfaction and 0.82 for external satisfaction (12). In our study, Cronbach's alpha values were found to be 0.74 for internal satisfaction and 0.73 for external satisfaction.

The MBI was developed by Maslach and Jackson (1981) to measure risk of burnout (6). Validation study of the MBI in Turkish was done by Cam (2001) (16). The Turkish version of MBI consists of 22 items with a 5-point Likert-type scale ranging from 0 to 4, and three sub-dimensions including exhaustion, depersonalization and personal achievement. There are 9 expressions in the emotional exhaustion subscale, 5 expressions in the depersonalization subscale, and 8 expressions in the personal achievement subscale. Emotional exhaustion is the increase in emotions such as despair, tension, restlessness and feeling of being consumed by the profession. Depersonalization is the state in which the individual becomes insensitive, unconcerned about his/her work, does his/her job with his body, not with his/her soul, and is like an object to the people he/she works with. Personal achievement is the state in which individual feels that his/her success, self-confidence decreases and regresses in his/her job. The emotional exhaustion and depersonalization dimensions consist of positive statements while personal achievement dimension consists of negative statements. Statements in personel achievement dimension are reversely scored (6,13). In our study, Cronbach's alpha values were 0.85, 0.70, and 0.70 for the exhaustion, depersonalization, and personal achievement subscales, respectively.

Statistical analyses

Data analyses were run on SPSS, version 25.0. The demographic and occupational characteristics of healthcare workers were expressed by number, percentage, mean and standard deviation, and the GIF, MBI, and MBQ levels with the minimum, maximum,

average and standard deviation. Cronbach's alpha coefficient was used to evaluate the internal consistency of the GIF, MBI, and MBQ. Independent unpaired t tests were used to compare two group's means. Three or more group means were compared with One-way ANOVA analysis. The relationships between continuous variables were examined by Pearson's correlation analysis. Statistical significance was taken as $p < 0.05$ for all data.

Compliance with Ethical Standards

Ethical approval numbered 2019/05 was given by the University Non-Invasive Clinical Ethical Committee. All patients participating in the study were carefully informed about the purpose and goals of the study and then signed a written consent form. All procedures performed in this study were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 2013 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

RESULTS

The mean age of the participants was found to be 30.7 ± 9 years, 72.2% were female, 60.9% were unmarried, 42.9% had graduated from high school, and 53.4% were paid caregiver, 39% worked at nights, the average length of service in the profession was 5.5 ± 5.9 years, the average working duration for elderly was 4.0 ± 5.3 years (Table 1).

The mean scores and standard deviations for the compassion, burnout, and job satisfaction subscales are presented in Table 2. The results showed that the mean scores of the participants on the compassion scale and on its subscales of kindness, indifference, common humanity, separation, mindfulness, and disengagement were 4.11 ± 0.49 , 4.28 ± 0.63 , 4.00 ± 0.80 , 4.15 ± 0.69 , 4.00 ± 0.80 , 4.09 ± 0.66 , and 4.14 ± 0.86 respectively. The results showed that the mean scores of the participants on emotional exhaustion, depersonalization and personal achievement subscales of the burnout scale were 1.43 ± 0.70 , 0.78 ± 0.63 , and 1.38 ± 0.50 respectively. When evaluated in terms of job satisfaction, more than half of the participants (57.9%) stated that their internal job satisfaction was high, and 66.9% of the participants had moderate external job satisfaction (Table 2).

The Compassion scores according to socio-demographic and professional characteristics are shown in Table 3. It was hypothesized that women would have higher levels of compassion than men. An independent-samples t test indicated that kindness ($p < 0.05$), separation ($p < 0.05$) and mindfulness ($p < 0.05$) subscale scores and total compassion score ($p < 0.05$) were higher in women than in men. The state of having children affected compassion

Table 1. Personal and Occupational Characteristics of the Sample (N= 133)

		(Meant±SD years)	
Age		30.7± 9	(Range=19-54)
Duration of working years		5.5±5.	(Range= 1-29)
Duration of working with elderly		4.0±5.	(Range= 1-29)
Number of children (Mean±SD) (n=50)		2.2±1	(Range=1-5)
		N	%
Gender	Female	96	72.2
	Male	37	27,8
Marital status	Married	52	39.1
	Unmarried	81	60.9
Having children	Yes	50	37.6
	No	83	62.4
Educational status	High school (11-12 yrs education)	57	42.9
	Vocational school (two years education after high school)	41	30,8
	Degree (four year education after high school)	35	26,3
Current job position	Nurse	62	46,6
	Paid caregiver	71	53,4
Working shift	Day	47	35,3
	Night	52	39.1
	Rotation	34	25,6

Table 2. Compassion, Job Satisfaction and Burnout Scores (N= 133)

Compassion Subscales	Mean±SD	Range
Kindness	4.28±0.63	2.5-5
Indifference	4.00±0.80	1-5
Common humanity	4.15±0.69	2.2-5
Separation	4.00±0.80	2-5
Mindfulness	4.09±0.66	2-5
Disengagement	4.14±0.86	1-5
Compassion-total	4.11±0.49	1-5
Burnout Subscales		
Emotional exhaustion	1.43±0.70	0.11-3.44
Depersonalization	0.78±0.63	0-2.60
Personal achievement	1.38±0.50	0.25-2.75
Job satisfaction		Significance test, P value
Internal satisfaction		
Medium (42.1%)	3.20±0.32	t=14.18
High (57.9%)	3.96±0.28	p<0.001
External satisfaction		
Low (10.5%)	1.96±0.36	f= 149.58
Medium (66.9%)	3.06±0.41	p<0.001
High (22.6%)	4.10±0.36	

Table 3. Compassion According to Socio-Demographic and Professional Characteristics (N=133)

	Compassion Subscales						Compassion Scale
	Kindness	Indifference	Common Humanity	Separation	Mindfulness	Disengagement	
Gender							
Female	4.36±0.56	4.07±0.73	4.13±0.72	4.11±0.72	4.10±0.60	4.21±0.81	4.10±0.81
Male	4.06±0.74	3.83±0.96	4.20±0.64	3.72±0.91	3.90±0.77	3.93±0.95	3.94±0.95
	t=2.51	t=1.58	t=0.44	t=2.52	t=2.13	t=1.68	t=2.54
	p=0.013	p=0.115	p=0.656	p=0.013	p=0.035	p=0.094	p=0.012
Educational Status							
High school	4.33±0.66	3.96±0.95	4.14±0.72	4.00±0.90	4.12±0.69	4.15±0.91	4.12±0.54
Vocational school	4.24±0.58	4.00±0.73	4.13±0.73	4.17±0.70	4.01±0.72	4.07±0.97	4.10±0.51
Degree	4.25±0.64	4.08±0.63	4.17±0.62	3.81±0.70	4.13±0.55	4.19±0.62	4.11±0.36
	f=0.283	f=0.239	f=0.039	f=1.956	f=0.384	f=0.787	f=0.100
	p=0.754	p=0.198	p=0.962	p=0.146	p=0.682	p=0.820	p=0.690
Marital Status							
Married	4.40±0.60	4.00±0.93	4.21±0.72	3.94±0.93	4.20±0.63	4.12±0.89	4.15±0.48
Unmarried	4.20±0.64	4.01±0.72	4.11±0.68	4.04±0.70	4.02±0.67	4.14±0.84	4.09±0.49
	t=1.80	t=0.10	t=0.84	t=0.69	t=1.57	t=0.11	t=0.68
	p=0.073	p=0.920	p=0.399	p=0.516	p=0.118	p=0.905	p=0.495
Having Children							
Yes	4.47±0.56	3.99±0.93	4.19±0.70	3.98±0.93	4.25±0.64	4.19±0.90	4.18±0.49
No	4.17±0.65	4.02±0.72	4.12±0.69	4.02±0.71	3.99±0.65	4.10±0.84	4.07±0.49
	t=2.66	t=0.21	t=0.48	t=0.30	t=2.19	t=0.55	t=1.18
	p=0.009	p=0.830	p=0.630	p=0.760	p=0.030	p=0.577	p=0.238
Current job position							
Nurse	4.25±0.64	4.06±0.70	4.20±0.63	3.98±0.73	4.11±0.66	4.15±0.80	4.12±0.47
Paid caregiver	4.31±0.62	3.96±0.89	4.10±0.75	4.02±0.86	4.07±0.66	4.13±0.91	4.10±0.51
	t=0.60	t=0.67	t=0.75	t=0.26	t=0.30	t=0.15	t=0.27
	p=0.546	p=0.498	p=0.449	p=0.793	p=0.761	p=0.879	p=0.782
Working Shift*							
Day	4.26±0.68	3.93±0.94	3.96±0.74	4.03±0.86	4.13±0.77	4.01±1.07	4.05±0.54
Night	4.26±0.66	4.09±0.68	4.33±0.64	4.16±0.70	4.04±0.56	4.29±0.70	4.19±0.47
Rotation	4.34±0.51	3.98±0.79	4.13±0.66	3.72±0.80	4.11±0.65	4.08±0.73	4.06±0.43
	F=0.201	F=0.532	F=3.480	F=3.180	F=0.212	F=1.418	F=1.269
	p=0.818	p=0.589	p=0.034*	p=0.045**	p=0.809	p=0.246	p=0.285
Age (Meant±SD years)	r= 0.12	r= -0.10	r= 0.09	r= -0.09	r= 0.19	r= -0.04	r= 0.03
Duration of working years	r= 0.18	r= -0.14	r= 0.09	r= -0.26	r= 0.22	r= -0.05	r= -0.01
Duration of working with elderly	r= 0.10	r= -0.20	r= 0.05	r= -0.29	r= 0.20	r= -0.08	r= -0.08

*Tukey significant difference is between day and night workers (P=0.026) **Tukey significant difference is between night and rotation workers (P=0.036)

Table 4. Comparison of Compassion Scores with Job Satisfaction and Burnout Mean Scores (N=133)

	Compassion Subscales						Compassion Scale
	Kindness	Indifference	Common Humanity	Separation	Mindfulness	Disengagement	
Gender							
Female	4.36±0.56	4.07±0.73	4.13±0.72	4.11±0.72	4.10±0.60	4.21±0.81	4.10±0.81
Male	4.06±0.74	3.83±0.96	4.20±0.64	3.72±0.91	3.90±0.77	3.93±0.95	3.94±0.95
	t=2.51	t=1.58	t=0.44	t=2.52	t=2.13	t=1.68	t=2.54
	p=0.013	p=0.115	p=0.656	p=0.013	p=0.035	p=0.094	p=0.012
Educational Status							
High school	4.33±0.66	3.96±0.95	4.14±0.72	4.00±0.90	4.12±0.69	4.15±0.91	4.12±0.54
Vocational school	4.24±0.58	4.00±0.73	4.13±0.73	4.17±0.70	4.01±0.72	4.07±0.97	4.10±0.51
Degree	4.25±0.64	4.08±0.63	4.17±0.62	3.81±0.70	4.13±0.55	4.19±0.62	4.11±0.36
	f=0.283	f=0.239	f=0.039	f=1.956	f=0.384	f=0.787	f=0.100
	p=0.754	p=0.198	p=0.962	p=0.146	p=0.682	p=0.820	p=0.690
Marital Status							
Married	4.40±0.60	4.00±0.93	4.21±0.72	3.94±0.93	4.20±0.63	4.12±0.89	4.15±0.48
Unmarried	4.20±0.64	4.01±0.72	4.11±0.68	4.04±0.70	4.02±0.67	4.14±0.84	4.09±0.49
	t=1.80	t=0.10	t=0.84	t=0.69	t=1.57	t=0.11	t=0.68
	p=0.073	p=0.920	p=0.399	p=0.516	p=0.118	p=0.905	p=0.495
Having Children							
Yes	4.47±0.56	3.99±0.93	4.19±0.70	3.98±0.93	4.25±0.64	4.19±0.90	4.18±0.49
No	4.17±0.65	4.02±0.72	4.12±0.69	4.02±0.71	3.99±0.65	4.10±0.84	4.07±0.49
	t=2.66	t=0.21	t=0.48	t=0.30	t=2.19	t=0.55	t=1.18
	p=0.009	p=0.830	p=0.630	p=0.760	p=0.030	p=0.577	p=0.238
Current job position							
Nurse	4.25±0.64	4.06±0.70	4.20±0.63	3.98±0.73	4.11±0.66	4.15±0.80	4.12±0.47
Paid caregiver	4.31±0.62	3.96±0.89	4.10±0.75	4.02±0.86	4.07±0.66	4.13±0.91	4.10±0.51
	t=0.60	t=0.67	t=0.75	t=0.26	t=0.30	t=0.15	t=0.27
	p=0.546	p=0.498	p=0.449	p=0.793	p=0.761	p=0.879	p=0.782
Working Shift*							
Day	4.26±0.68	3.93±0.94	3.96±0.74	4.03±0.86	4.13±0.77	4.01±1.07	4.05±0.54
Night	4.26±0.66	4.09±0.68	4.33±0.64	4.16±0.70	4.04±0.56	4.29±0.70	4.19±0.47
Rotation	4.34±0.51	3.98±0.79	4.13±0.66	3.72±0.80	4.11±0.65	4.08±0.73	4.06±0.43
	F=0.201	F=0.532	F=3.480	F=3.180	F=0.212	F=1.418	F=1.269
	p=0.818	p=0.589	p=0.034*	p=0.045**	p=0.809	p=0.246	p=0.285
Age (Meant±SD years)	r= 0.12	r= -0.10	r= 0.09	r= -0.09	r= 0.19	r= -0.04	r= 0.03
Duration of working years	r= 0.18	r= -0.14	r= 0.09	r= -0.26	r= 0.22	r= -0.05	r= -0.01
Duration of working with elderly	r= 0.10	r= -0.20	r= 0.05	r= -0.29	r= 0.20	r= -0.08	r= -0.08

scores as well. Kindness ($p<0.05$) and mindfulness ($p<0.05$) scores were higher in health workers with children. Common humanity scores were higher in night workers than in daytime workers ($p<0.05$). Separation scores were highest in night workers and lowest in shift workers ($p<0.05$). Mindfulness score significantly increased with age ($r=0.19$), years of professional experience ($r=0.22$), and years of working with the elderly ($r=0.20$). As the years of professional experience ($r=-0.26$) and working years with the elderly increased ($r=-0.29$), the separation mean scores decreased. Again, as the years of working with the elderly increased ($r=-0.20$), indifference mean scores decreased.

An independent-samples t test indicated that only mindfulness dimension in compassion scale differed by internal job satisfaction, and mindfulness subscale score was significantly higher in the group highly satisfied in their job than the group that was moderately satisfied ($p<0.05$). When the relationship between compassion and burnout was examined, we found that kindness and mindfulness were negatively correlated with emotional exhaustion, but correlations were weak. All subscales in compassion scale, and compassion total scores were negatively correlated with depersonalization. Personal achievement showed a weak negative correlation with kindness, indifference, mindfulness, and compassion-total scores; however it showed a weak positive correlation with common humanity (Table 4).

DISCUSSION

Care quality and improvement of patient satisfaction in geriatric care centers can be possible when compassion levels, burnout levels and job satisfactions of personnel giving care to elderly are known (14). This study aimed to determine the effect of compassion on nurses and care personnel working in geriatric care centers and its relationship between burnout and job satisfaction.

Compassion mean score was determined as 4.11 in this study. As the CS score increases, compassion level increases. Given the fact that the maximum score from the scale is 5, it can be concluded that the health personnel included in this study had high compassion. Our compassion finding is in accordance with other studies. Other studies determined compassion mean score as 3.9 for intensive care nurses (15). Compassion mean scores were also found high in other studies on nurses (16,17). It can be stated from our study that the compassion of the health personnel was high and they approached individuals under their care compassionately.

Compassion mean scores and kindness, disengagement and mindfulness subscale mean scores in women were

higher than those of men. Similar results were obtained in the study of Ozan (2019). Women's having higher compassion can be explained by maternal instincts and higher emotional feelings of women reflected to patients in working life.

When CS subscales and characteristics of participants like age and length of service were examined by correlation analysis, it was found that as the duration of working with elderly increased, mindfulness level improved. Similar results were also obtained in the literature (15,18). Mindfulness is defined as balanced approach of personnel towards the feelings of a suffering individual (11). It can be said that as the age and occupational experience of participants increased, they became more professional and very capable of managing their feelings.

Most of the health personnel working in centers who provide service to disadvantaged groups (psychiatric hospitals, intensive care units, geriatrics, children) experience problems due to the difficulty of their jobs. Job dissatisfaction and burnout is commonly observed in occupations requiring face-to-face interaction with people (5). In a study investigating the burnout and job satisfaction levels of personnel working in Special Care Center, emotional exhaustion of personnel was found to be high and their job satisfaction level was medium; a very strong negative correlation was stated to be existing between job satisfaction and burnout (9). Another study on job satisfaction and burnout in social service organization showed a negative correlation between these two concepts. Therefore, it was stated that employees with low job satisfaction had high burnout feelings (5). Literature search revealed that elderly care personnel were under high risk of burnout development due to their exposure to physical and psychological burdens which come with the nature of the job (1,19,20). Burnout levels were found to be high in a study conducted on nurses and health personnel working in geriatric care center (20). On the other hand, in our study, burnout scores of the participants were found to be low and their job satisfactions were high. This situation results from high satisfaction from the job and high compassion levels.

When an individual overidentifies with another's pain, personal distress may arise (20). This distress may result in compassion fatigue in individuals (15). Compassion fatigue is a term that evaluates health personnel's burnout level. As health personnel is always together with the patient during patient's suffering process, situations like delay of recovery period may cause compassion feeling of the personnel to be converted to compassion fatigue. Compassion fatigue is expressed as another version of burnout syndrome. Because compassion fatigue arises

not due to personal or institutional reasons but rather due to patients, it is defined as social, physical, spiritual and emotional burnout (2). It was observed that literature did not include studies on compassion level, burnout and job satisfaction. However, compassion fatigue, burnout and job satisfaction have been investigated. As the study stated that personnel with high compassion fatigue have low compassion levels (15,21), the subject is examined in this manner here, as well.

In our study, compassion scores of participants were found to be high, and burnout scores were low. Besides, when participants were evaluated for job satisfaction, more than half were found to have high internal job satisfaction and 66.9% were found to have medium level external job satisfaction. Polat and Erdem (2017) obtained similar results in their study. Cetrano et.al. (2017) found in their study that compassion fatigue negatively affects work performance and service quality and may cause problems in care giving like wrong decisions, clinic errors and poor therapy planning. In their systematic review on compassion fatigue in psychiatry nurses (22), Giles (2011) determined that 54% of the nurses had burnout, resulting in decrease of compassion scores and stated that decrease in compassion scores caused nurses to provide services reluctantly (23). It is stated that elderly care personnel's willingness and sincerity levels show difference when they provide service to individuals that they have no emotional ties. Personnel working passionately and sincerely experience burnout less, compared to personnel displaying reluctant, unwilling and superficial behaviors (19).

When the relation between compassion level and burnout was investigated in our study, a weak negative correlation was found between kindness and mindfulness subscales and emotional exhaustion; an intermediate negative correlation was found between CS, kindness, mindfulness and disengagement subscales and depersonalization; a weak negative correlation was found between indifference, common humanity, separation subscales and depersonalization; a weak negative correlation was found between CS total score, kindness, indifference and mindfulness subscales and personal achievement. Personal achievement and common humanity had a weak positive correlation. A meta-analysis revealed that compassion fatigue and burnout had a positive correlation, high compassion fatigue in personnel increased burnout levels (21). Two studies conducted on mixed group working in health services (caregivers, nurses, doctors etc.) gave results showing positive correlation between compassion fatigue and burnout (24,25). In our study, health personnel were found to have high compassion levels and job satisfaction

and low burnout levels; hence it can be concluded that the personnel worked willingly, therefore tried to help continuously to suffering individuals.

Limitations of the Study

The first limitation in the study is the fact that the study results are valid only for health personnel included in the study; therefore, they cannot be generalized to all health personnel. The second limitation is the fact that the reliability of data is limited to the accuracy of answers given by all individuals who participated in the study. The third limitation is the fact that the research was carried out only in three centers.

Conclusion

In our study, compassion scores of the participants were found to be high, job satisfaction was found to be good and burnout scores were found to be low. It was found that the variables of female gender, having children, working in night shift, advanced age and length service affected compassion levels positively. Increasing compassion level decreases burnout level of personnel giving elderly care. Increasing compassion level and job satisfaction or decreasing burnout level of personnel giving elderly care does not affect only personnel, but also an improvement in these areas can be a measurement for increase in the satisfaction levels of individuals receiving service. Determining the level of compassion, job satisfaction and burnout of the personnel working in geriatric care center correctly would be an important step for the measures to be taken later, and plans, strategies and policies to be developed.

Conflict of Interests

The authors declare that they have no conflicts of interest. All authors reviewed, revised and edited the paper. All authors read and approved the final manuscript submitted for publication.

Funding

This research did not receive any specific Grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Acknowledgment

The authors are grateful to all the study participants for their cooperation in this study.

REFERENCES

1. Başol, O., Sağlam, Y., Çakır, N. N. (2018). Engelli ve yaşlı bakım personelinin tükenmişlik seviyeleri ile çalışma yaşamı kalitesi algısı ilişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 71-97.

2. Polat, F. N., Erdem, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 26, 291-312.
3. Bloomfield, J., Pegram, A. (2015). Care, compassion and communication. Nursing Standard, 29(25), 45-50. doi:10.7748/ns.29.25.45.e7653.
4. Dalgacı, B., Gürses, I. (2018). Merhametin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2(1), 181-204.
5. Bilgin, R., Emhan, A., Bez, Y. (2011). Sosyal hizmet kurumu çalışanlarında iş memnuniyeti, tükenmişlik ve depresyon: Diyarbakır ili alan araştırması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 10(38), 210-228.
6. Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
7. Partlak, N. G., Üstün, B. (2010). Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 3(1), 40-51.
8. Çoban, M. A. I., Özbesler, C. (2016). Hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(2), 90-109.
9. Çimen, M., Şahin, B., Akbolat, M., Işık, O. (2010). Özel bakım merkezinde çalışan personelin tükenmişlik ve iş doyum düzeylerine yönelik bir çalışma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri, 3(1), 21-31.
10. Yalçın, S. (2018). Muhasebe meslek mensuplarının tükenmişlik ve iş doyum düzeyleri. Alanya Akademik Bakış, 2(3), 235-257.
11. Akdeniz, S., Deniz, M. E. (2016). Merhamet ölçeğinin türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being, 4(1), 50-61.
12. Baycan, A. (1985). An analysis of several aspects of job satisfaction between different occupational groups. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
13. Cam, O. (2001). The burnout in nursing academicians in Turkey. Int J Nurs Stud., 38(2), 201-207.
14. Diren, Z. (2018). Yaşlı bakım çalışanlarında duygusal zeka, kişilik özellikleri, örgütsel güven ve merhamet duyguları ile yaşlılara yönelik tutumlar arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, İstanbul.
15. Ozan, A. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinde merhametin ve merhamet yorgunluğunun belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
16. Arkan, B., Yılmaz, D., Düzgün, F. (2019). Determination of compassion levels of nurses working at a university hospital. J Relig Health. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00786-x>.
17. Arlı, Ş. K., Bakan, A. B. (2018). Cerrahi Hemşirelerde Merhamet ve Kültürlerarası Duyarlılığı Etkileyen Faktörler. Sted., 27, 277-283.
18. Kolthoff, K. L., Hickman, S. E. (2017). Compassion Fatigue among nurses working with older adults. Geriat Nurs., 38, 106-109.
19. Gürsoy, G. (2016). Yalova Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü çalışanlarının duygusal emek davranışları ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Yalova Üniversitesi, Yalova.
20. Kandelman, N., Mazars, T., Levy, A. (2018). Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. Journal of Clinical Nursing, 27, 1-2, e147-e153.
21. Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., Wang, Y. L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. Medicine (Baltimore), 97, e11086.
22. Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., ... & Amadeo, F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. BMC health services research, 17(1), 1-11.
23. Giles, C. W. (2011). Compassion Fatigue in home care nurses. A thesis submitted to The Faculty of Gardner-Webb University School of Nursing in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Nursing.
24. Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W., Carson, A., Kazanjian, A. (2011). understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: A survey of the Hospice Palliative Care Workforce. Palliative Medicine, 27(2), 172-178.
25. Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K.B., Childers, B., Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US Healthcare Workers. USA Nursing and Health Sciences, 16, 3-10.

Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi

Determining postoperative anxiety and depression levels of the patients hospitalized in surgical clinics

Naile Akıncı

Dr. Öğr. Üyesi, Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, naileaksit@gmail.com, 0000-0002-7328-8610

Anahtar Kelimeler:
Anksiyete, Cerrahi, Depresyon,
Hemşirelik.

Key Words:
Anxiety, Surgery, Depression,
Nursing.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
Bölümü, naileaksit@gmail.com,
0000-0002-7328-8610

DOI:
10.52880/sagakaderg.888168

Gönderme Tarihi/Received Date:
28.02.2021

Kabul Tarihi/Accepted Date:
30.04.2021

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

ÖZ

Amaç: Araştırmada cerrahi kliniklerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amaçlanmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında özel bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde yatan ameliyat olan tüm hastalar, örneklemini ise dahil etme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 72 hasta oluşturmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Bireysel Özellikler Formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Hastalar genel olarak değerlendirildiğinde ölçek puanları 0-21 arasında değişmekte olup HAD-A alt ölçek puanları ortalaması 12.9 ± 3.95 , HAD-D puan ortalaması ise 12.2 ± 3.30 olarak bulundu. Çalışmada anksiyete açısından hastaların %5.62'sinin normal, %30.6'sının sınırda ve %63.9'unda ise anormal derecede anksiyete belirti ve bulguları saptandı. Depresyon açısından bakıldığında ise %8.3'ünün normal, %25'inin depresyon açısından sınırda ve %66.7'sinde ise anormal derecede depresyon belirti ve bulguları saptandı. **Sonuç ve Öneriler:** Bulgular doğrultusunda cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, cerrahi kliniklerinde yatan hastalara anksiyete ve depresyonla baş etmeye yönelik eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması önerilebilir.

ABSTRACT

Aim: This study was carried out to determine the anxiety and depression levels of patients hospitalized in surgical clinics. **Materials and Methods:** This demographic study was carried out at Surgical Clinics of, a private university hospital between January-March 2020. The data were collected from volunteer, communicative and at the age of 18. In collecting data were used questionnaire and hospital anxiety and depression (HAD) scale. **Results:** When the patients were evaluated in general, scale scores ranged between 0-21, and the mean HAD-A subscale score was 12.9 ± 3.95 , and the mean HAD-D score was 12.2 ± 3.30 . In terms of anxiety, 5.6% of the patients were found to be normal, 30.6% borderline and 63.9% abnormal anxiety symptoms and findings in the study. In terms of depression, 8.3% were found to be normal, 25% borderline in terms of depression and 66.7% abnormally depressive symptoms and findings. **Conclusion and Recommendations:** Based on the findings, it was determined that the postoperative anxiety and depression levels were high in patients hospitalized in surgical clinics. In line with this result, it can be recommended to prepare and implement training programs for coping with anxiety and depression for patients hospitalized in surgical clinics.

GİRİŞ

Hastalık, bireyi biyopsikofizyolojik açıdan yıpratıcı bir süreçtir. Hastalarda cerrahi tedavi nedeniyle hastaneye yatma olumsuz duygu ve davranışlar gelişmesine neden olabilmektedir. Hastanın bu durumda karşılaştığı stresin üstesinden gelebilmesinde baş etme yöntemleri yetersiz kalabilir (1,2,3). Duygusal yönden güçlü olan bir kişi için bile cerrahi, ağrı, acı, güç kaybı veya ölüm ihtimalleriyle yüzleşmek zorunda kaldığı ciddi bir travmadır ve bu durum artan bir stres yanıtı olarak hastanın homeostatik dengesini olumsuz etkilemektedir (4,5,6).

Tıbbi ya da cerrahi nedenlerle hastaneye yatan bir birey gerek hastalığı ile gerekse hastane ortamı ile ilgili birçok olumsuz duygu, düşünce ve davranışlar gösterebilir. Hastalar cerrahinin sağlıklı durumlarını yeniden kazanmak veya yaşam kalitelerini artırmak için gerekli olduğunu düşünseler de çoğu ameliyattan korkmaktadır (4,7,8). Cerrahinin bireyin, beden bütünlüğünü bozması ve yaşam alanlarına etkisine bağlı olarak ciddi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Cerrahinin yol açtığı psikiyatrik sorunlardan en sık karşılaşılanların ise anksiyete ve depresyon olduğu bilinmektedir (2,9).

Cerrahi hastaları, bilinmeyen kaygıları ve özerklik kaybıyla karşı karşıya kalabilmektedirler (10).

Çalışmalarda ameliyat sonrası anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda komplikasyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (7,11). Bu durum da kişinin cerrahi sonrası hastanın tedaviye yanıtını, anestezi indüksiyonunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, analjezik gereksinimini arttırmakta dolayısıyla iyileşme sürecini geciktirmektedir. Ayrıca tanımlanamayan psikolojik durumlar bir süre sonra hastanın tekrar hastaneye yatmasına neden olabilir (1,5,12). Yapılan bir çalışmada genel nüfusun %16'sında ruhsal bozukluk bulgulanırken, fiziksel hastalığı bulunanlarda bu oranın %21-26 olduğu gözlemlenmiştir (13).

Cerrahi hemşireleri, hastanın ve cerrahi ekibin gereksinimlerini göz önünde bulundurarak, ameliyat sonrası dönemde hastanın iyileşmesini en üst düzeyde tutmayı amaçlar. Çünkü psikososyal gereksinimi karşılanmayan hastanın hemşire bakım planı tam gerçekleştirilemeyecek bu durum iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilecektir. Hemşire eksiksiz kaliteli hemşirelik bakımı sağlamak için hastaların biyopsikososyal canlılar olduğunu göz önünde bulundurarak buna uygun girişimler planlanmalı, hastaları bütüncül bir yaklaşımla ele almalıdı. Ameliyat sonrası süreçte yetersiz psikolojik destek, hastanın cerrahi strese uyum gösterememesi ile sonuçlanabilmektedir (14,15). Bu nedenle fiziksel hastalığa eşlik eden anksiyete ve depresyonun erken tanınması ve zamanında müdahale edilmesi önemlidir. Burada yine hastayla birebir ilişki içinde olan hemşirelere önemli rol düşmektedir. İyi bir hemşirelik bakımı hastanın hissettiği anksiyeteyi minimum seviyeye indirmede etkilidir. Buna rağmen çalışmalara bakıldığında cerrahinin psikososyal yönünün daha az ele alındığı görülmektedir (11,14,15,16). Bu bilgilerden yola çıkılarak bu çalışma kardiyovasküler cerrahi, genel cerrahi, kadın doğum ve plastik cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası oluşabilecek anksiyete ve depresyon seviyelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Bu araştırma cerrahi kliniklerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında özel bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde yatan ameliyat olan tüm hastalar, örneklemini ise dahil etme kriterlerini karşılayan

(okuma yazma bilen, iletişimi engelleyecek işitme ve görme sorunu olmayan, 18 yaş üstü olan hastalar) ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 72 hasta oluşturmuştur

Veri toplama araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak “ Bireysel Özellikler Formu” ve “Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği” kullanıldı. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olan Bireysel Özellikler Formu hastaların demografik özelliklerini, hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini belirleyen 11 sorudan oluşmaktadır. Bu formda; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence, çalışma durumu, evde kiminle yaşadığı, hastanede yatış süresi, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi alımı ve kimden bilgi aldığı, tedavi gördüğü başka bir hastalığı var mı varsa belirtmesi yer almıştır.

Veriler Ocak ve Mart aylarında Kardiyovasküler Cerrahi, Plastik Cerrahi, Genel Cerrahi, Kadın Doğum Servislerinde bulunan, dahil etme kriterlerini karşılayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 10-15 dakikada toplanmıştır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD): HAD ölçeği Zigmond (1983) tarafından geliştirilmiş olup, Aydemir ve ark (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 14 soru içermekte ve bunların 7 tanesi anksiyeteyi, diğer 7'si ise depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.8525, depresyon alt ölçeği için 0.7784 olarak bulunmuştur ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0.8161-0.8547 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0.7374-0.7795 arasında değişmektedir.

Verilerin analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi IBM-SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik programında yüzdeler, t testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizleri kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada p<0.05 anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırmaya başlamadan önce ilgili hastaneden kurum onayı ve üniversitenin Etik Kurulu’ndan 08.01.2020

tarikhinde girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onayı (Karar no:21) ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren araştırmacılar tarafından ölçek kullanım izni alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak hastalara araştırmanın amacı aktararak gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı ve sözlü izinleri (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu) alınmıştır. Helsinki İlkeler Deklarasyonuna uygun olarak çalışılmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma özel bir üniversite hastanesinde kardiyovasküler cerrahi, plastik cerrahi, genel cerrahi, kadın doğum servislerinde ameliyat olan hastalarla sınırlıdır, araştırma bütün cerrahi hastalarına ve diğer hastaneleri kapsamamaktadır.

BULGULAR

Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyatlarının çeşidine ve hastanede yatış sürelerine göre depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulguların istatistiksel analizleri yapılarak tablolar şeklinde sunuldu.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 72 hastanın en fazla oranda 25-40 (%50) yaş aralığında, kadın (%73.60) ve evli (%86.1) olduğu belirlendi. Hastaların eğitim durumlarına baktığımızda çoğunluğun üniversite mezunu (%43.1), sosyal güvencesinin SGK (%58.3) olduğu ve çalıştığı (%52.8) saptandı.

Bireylerin %25.0’inin hastalık ve tedavi hakkında bilgi almadığı, %26.4’ü doktor ve hemşireden %13.9’u ise sadece hemşireden bilgi aldığı görüldü. Bireylerin en fazla oranda eşi ve çocuklarıyla (%43.1) yaşadığı görüldü. Hastaların %69.4’ünde başka hastalık bulunmadığı belirlenirken %6.9’unda DM, %9.7’sinde ise HT bulunduğu saptandı. Hastaların %36.1’i kadın doğum servisinde, %34.7’si genel cerrahi servisinde, %22.2’si kardiyovasküler cerrahi servisinde ve %6.9’u plastik cerrahi servisinde yatış yaptığı saptandı. Hastaların en fazla 1-3 gün (%47.2), en az oranda (%1.4) ise 11 ve üzeri gün kadar serviste yatış yaptığı belirlendi.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları Tablo 2’de verildi. Araştırma sonuçlarına göre anksiyete ve depresyon puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla ($p>0.05$) birlikte kadınlarda (HAD-A 14.18±4.00; HAD-D 12.37±3.31) erkeklerden (HAD-A 11.73±3.91; HAD-D 12.10±3.60) daha yüksek bulundu. Okur-yazar olmayanlarda (HAD-A 18.00; HAD-D 14.00), kronik hastalığı fazla olanlarda (HAD-A 16.25±4.27; HAD-D 15.50±5.19) ve yalnız çocuklarıyla yaşayanlarda (HAD-A

17.50±2.12; HAD-D 19.00±2.82) anksiyete ve depresyon puanlarının diğer değişkenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptandı. Çalışmada eğitim, mesleki durum, sosyal güvence, hangi klinikte kaç gün tedavi gördüğü ve tedavi görülen klinik parametrelerinde anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Hastalar genel olarak değerlendirildiğinde ölçek puanları 0-21 arasında değişmekte olup HAD-A alt ölçek puanları ortalaması 12.9±3.95, HAD-D puan ortalaması ise 12.2±3.30 olarak bulundu. Çalışmada anksiyete açısından hastaların %5.62’sinin normal, %30.6’sının sınırdaki ve %63.9’unda ise anormal derecede anksiyete belirti ve bulguları saptandı. Depresyon açısından bakıldığında ise %8.3’ünün normal, %25.00’inin depresyon açısından sınırdaki ve %66.7’sinde ise anormal derecede depresyon belirti ve bulguları saptandı. Çalışmaya katılan hastaların HAD ölçeğine verdikleri cevaplara göre ‘kendimi patlayacak gibi hissediyorum’ diyenlerin ortalaması 1.90±0.15, ‘gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum’ diyenlerin ortalaması 1.70±0.11, ‘rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum’ diyenlerin ortalaması 2.24±0.11 ‘dış görünüşüme ilgimi kaybettim’ diyenlerin ortalaması 1.75±0.11 ve ‘aniden panik duygusuna kapılıyorum’ diyenlerin ortalaması ise 1.87±0.1 olarak belirlendi.

TARTIŞMA

Araştırmada cerrahi kliniklerde yatan hastaların %63,9’unda (HAD-A alt ölçek puanları ortalama 12,9±3,95) anormal derecede anksiyete ve %66,7’sinde (HAD-D puan ortalaması ise 12,2 ±3,30) anormal derecede depresyon belirti ve bulguları saptanmıştır. Bu durum cerrahi hastalarında anksiyete, bilinmeyene karşı duyulan korku, anestezi sonrası uyanamama ya da ölüm korkusu, kontrol kaybı, ağrı, izole edilme, sevdiklerinden ayrılma ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi farklı nedenlerle açıklanabilir (17,18,19). Bununla birlikte, Başak ve ark’nın (2015) anksiyetenin varlığının depresyon için güçlü bir şekilde yordayıcı olduğu gösterilmiştir. Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Ammon ve ark’nın (1989) yaptığı çalışmada hastanede yatan hastaların neredeyse %30-60’ında tanı konabilir psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmiştir (20). Özkan (2001) epidemiyolojik araştırmalarda yatarak tedavi gören hastaların %30-58’inde depresif semptomatolojinin, %11-26’sında ise klinik psikopatolojik anlamıyla depresif hastalık tablosu geliştiğini ifade etmiştir (21). Araştırmamız sonuçları Sveinsdottir ve ark’nın (2020) yaptığı çalışması ile de benzerlik göstermektedir. Sveinsdottir ve ark. yaptığı çalışmada da ameliyat sonrası HAD ile değerlendirilen hastalarda anormal derecede anksiyete ve depresyon bulguları saptanmıştır. (22)

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tedavi görülen klinik		
Kardiyovasküler cerrahi	16	22.2
Plastik cerrahi	5	6.9
Genel cerrahi	25	34.7
Kadın doğum	26	36.1
Yaş		
18-25	7	9.7
25-40	36	50.0
40-55	13	18.1
55-70	9	12.5
70 ve üzeri	7	9.7
Cinsiyet		
Kadın	53	73.6
Erkek	19	26.4
Medeni durum		
Evli	62	86.1
Bekar	10	14.9
Eğitim seviyesi		
Okuryazar değil	1	1.4
İlkokul-ortaokul	23	31.9
Lise	16	22.2
Üniversite	31	43.1
Diğer	1	1.4
Sosyal güvence		
Emekli sandığı	8	11.1
Bağkur	4	5.6
SGK	42	58.3
Yeşil kart	2	2.8
Özel sağlık	12	16.7
Yok	4	5.6
Çalışma durumu		
Evet	38	52.8
Hayır	34	47.2
Hastalık hakkında bilgi		
Hayır	18	25.0
Evet	22	30.6
Hemşire	10	13.9
Doktor	3	4.2
Doktor, hemşire	19	26.4
Evde kimle yaşıyor		
Yalnız	4	5.6
Yalnız eş	29	40.3
Yalnız çocuklar	2	2.8
Eş ve çocuklar	31	43.1
Diğer	6	8.3
Başka hastalık durumu		
Yok	50	69.4
Var	4	5.6
HT	7	9.7
DM	5	6.9
HT VE DM	1	1.4
HT, DM, Guatr	2	2.8
Diğer	3	4.2
Yatış süresi		
1-3 Gün	34	47.2
4-7 Gün	23	31.9
8-10 Gün	13	18.1
11 ve üzeri	1	1.4
Toplam	72	100

Tablo 2. Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	HAD-A X±SS	HAD-D X±SS
Cinsiyet			
Kadın	53	14.18±4.00	12.37±3.31
Erkek	19	11.73±3.91	12.10±3.60
		t=2.32 p>0.05	t=0.30 p>0.05
Medeni Durum			
Evli	62	13.74±4.07	12.24±3.32
Bekâr	10	11.66±4.03	12.55±4.00
		F=1.63 p>0.05	F=0.15 p>0.05
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	1	18.00	14.00
İlkokul-Ortaokul	23	14.34±3.89	13.56±3.24
Lise	16	14.37±3.66	12.68±3.34
Üniversite	31	12.35±4.36	11.16±3.27
Diğer	1	14.00	11.0
		F=1.36 p>0.05	F=1.95 p>0.05
Sosyal Güvence			
Emekli Sandığı	8	11.62±4.56	12.75±2.81
Bağkur	4	13.75±2.62	14.50±2.88
SGK	42	13.47±4.37	11.66±3.52
Yeşil Kart	2	13.50±4.94	11.50±6.36
Özel Sağlık	12	14.91±3.41	13.25±2.89
Yok	4	13.75±3.50	13.50±3.00
		F= 0,60 p>0.05	F=0,98 p>0.05
Çalışma Durumu			
Evet	38	13.65±4.21	12.31±3.7
Hayır	34	13.41±4.03	12.29±3.00
		t= 0,64 p>0.05	T=0,01 p>0.05
Evde Kiminle Yaşıyor			
Yalnız	4	12.75±6.07	11.00±4.69
Yalnız Çocuklar	2	17.50±2.12	19.00±2.82
Eş ve Çocuklar	31	14.25±4.18	12.12±3.18
Diğer	6	12.83±4.79	13.83±2.99
		F=1,05 p>0.05	F=2,82 p>0.05
Başka Hastalığın Varlığı			
Var	4	16.25±4.27	15.50±5.19
Yok	50	13.50±3.97	12.18±3.02
HT	7	12.14±3.57	11.57±4.19
DM	5	14.40±6.76	11.60±4.21
HT, DM	1	10.00	12.00
HT, DM, Guatr	2	12.50±3.53	11.00±1.41
Diğer	3	14.33±4.04	14.00±4.35
		F=0,60 p>0.05	F=0,87 p>0.05
Hastalık Hakkında Bilgi			
Hayır	18	14.05±3.70	13.11±3.08
Evet	22	12.86±3.90	11.68±2.98
Hemşire	10	13.47±4.74	14.10±3.72
Doktor	3	13.23±4.24	10.00±1.00
Doktor ve Hemşire	19	13.47±4.74	11.68±3.75
		F=1,25 p>0.05	F= 1,73 p>0.05
Yatış Süresi			
1-3	34	14.00±4,8	12.52±3.49
4-7	23	12.00	11.82±3.40
8-10	13	14.00±4.38	13.07±2.92
11 ve üzeri	1	13.62±4.39	11.00
		F=0,35 p>0.05	F=0,98 p>0.05
Tedavi Görülen Klinik			
Kardiyovasküler Cerrahi	16	12.96±4.04	12.37±3.96
Plastik Cerrahi	5	14.40±4.27	10.80±3.89
Genel Cerrahi	25	12.96±4.04	12.92±2.81
Kadın Doğum	26	13.88±4.12	11.96±3.43
		F=0,29 p>0.05	F=0,69 p>0.05

Tablo 3: Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

HAD		Sayı	% Ortalama ± SE
HAD -A	Eşik Altı (0-10)	4	12.9±3.95
	Eşik Üstü (11-21)	68	
HAD-D	Eşik Altı (0-7)	6	12.2±3.30
	Eşik Üstü (8-21)	66	

Araştırma sonuçlarına göre anksiyete ve depresyon puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla ($p>0,05$) birlikte kadınlarda (HAD-A 14,18±4,00; HAD-D 12,37±3,31) erkeklerden (HAD-A 11,73±3,91; HAD-D 12,10±3,60) daha yüksek bulundu. Literatürde Bu durum kadınların daha duygusal olması ve ev sorumluluklarını daha fazla düşünmelerinden kaynaklanmasıyla açıklanmaktadır (23,24). Okur-yazar olmayanlarda (HAD-A 18,00; HAD-D 14,00) ve kronik hastalığı fazla olanlarda (HAD-A 16,25±4,27; HAD-D 15,50±5,19) ve yalnız çocuklarıyla yaşayanlarda (HAD A 17,50±2,12; HAD-D 19,00±2,82) anksiyete ve depresyon puanları diğer değişkenlere göre daha yüksek bulundu fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Bunun nedeni örneklem sayısının azlığından ve hastalar arasındaki depresyon ve anksiyete düzeyi arasındaki farklılığın alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemi gibi farklı değişkenlere bağlı olmasından kaynaklanmış olabilir. Karayağz ve ark. çalışmasında da araştırmamızla benzer şekilde, kadınlarda ve eğitim seviyesi düşük olanlarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (25). Aynı şekilde Ölçüm'ün yaptığı çalışmada da kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (26). Dayılar ve ark. yaptığı çalışmada da araştırmamızla çalışmada eğitim, mesleki durum, sosyal güvence, bilgi alma ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Araştırmamız sonuçları Yılmaz'ın yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Yılmaz'ın çalışmasında da eğitim, mesleki durum, sosyal güvence gibi parametrelerde anlamlı farklılık bulunmamıştır (27). Cirelli ve ark'nın (2018) yaptığı çalışmada da çalışmamızdan farklı olarak eğitim seviyesi düşük olanlarda ve soyal güvencesi olmayanlarda anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur (28). Gürsoy ve ark. (2016) yaptığı çalışmada da yine çalışmamızdan farklı olarak rutin servis uygulaması yapılan hastalara göre ameliyathane hemşiresi tarafından bilgi verilen hasta grubunun memnuniyet düzeylerinin yüksek, stres düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (15). Çalışmada hastaların hangi klinikte kaç gün tedavi gördüğü, tedavi görülen klinik parametrelerinde anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Davey ve ark'nın (2016) ve Başak ve ark'nın (2015) yaptığı çalışmada

araştırmamızdan farklı olarak hastanede kalış süresinin azalmasının stres ve anksiyete düzeyini olumlu etkilediği yönündedir (11,30). Yine Okanlı'nın yaptığı çalışmada araştırmamızdan farklı olarak beyin cerrahi servisinde yatanlarda stres ve anksiyete düzeyi daha fazla olduğu sağlanmıştır (4). Bu durum örneklem grubundaki varyasyonlardan kaynaklanmış olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda; Ameliyat öncesi dönemde anksiyete veya depresyon semptomları ile başvuran ve risk altındaki hastalar belirlenmeli, daha kapsamlı bir değerlendirme yapılmalı, uygun önlemler alındıktan sonra ameliyat planlaması yapılmalıdır. Bunun yanında, hastaların anksiyetesini ve depresyon düzeyini azaltabilmek için cerrahi kliniklerinde yatan hastalara hastalık süreci hakkında gerekli bilgilerin verilmesi, anksiyete ve depresyonla baş etmeye yönelik eğitim programları hazırlanması, hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanması ve merak ettikleri sorular yanıtlanarak psikososyal açıdan desteklenmesi, risk grubunda bulunan hastaları psikiyatrik hizmetlere yönlendirilerek izlemlerinin yapılması önerilebilir.

Farklı cerrahi servisleri içerek şekilde hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzey değerlendirmesi yapılması gelecek çalışmalara önerilir.

Çıkar Çatışması : Yazarın çıkara dayalı herhangi bir ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Caumo, W., Schmidh, A.P., Schneider, C.N., Bergmann, J., Iwamoto, C.W.(2001).Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*,56(8),720-728. doi:https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2001.01842.
2. Ghoneim, M.M., O'Hara, M.W.(2016).Postoperative complications: an overview.*BMC Surgery*,16(5), 1-10.doi; https://doi.org/10.1186/s12893-016-0120-y.
3. Samina, P., Kang, C.H., Hwang, Y., Seong, Y.W., Lee,H.J., Park, I.K. Tae , Y.(2016). Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*,49(1),16-21. doi; https://doi.org/10.1093/ejcts/ezv336
4. Okanlı, A. ve ark.(2006).Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,9(4),38-43.

5. Seabrook, E.M., Kern, M.L., Rickard, N.S. (2016). Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A Systematic Review. *JMIR Mental Health*,23(4),50.
6. Latif, A., Mozammil, R., Khan, S.M., Nawaz, K.(2017). Depression and anxiety in patients undergoing elective and emergency surgery: Cross-sectional study from Allama Iqbal Med Assoc,67(6),884-888.
7. Surman, O.S. (1987). The surgical patient .In: TP Hackett, NH Cassem (Eds).Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. PSG Publishing,69-83.
8. Matthias, A.T., Samaresekera, D.N. (2012).Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Axa Anaesthiologica Taiwanica*,50(1),3-6.
9. Bahar, A., Taşdemir, H.S.(2008).Dahili Ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,11(4),274-282.
10. Selimen, A., Andsoy, II.(2011). The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period. *AORN Journal*,93(4),482-490. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.09.029>.
11. Davey, C.G., López-Solá, C., Bui, M., Hopper, J.L., Pantelis, C., Fontenelle, L.F., Harrison, B.J. (2016). The effects of stress-tension on depression and anxiety symptoms: evidence from a novel twin modelling analysis. *Psychological Medicine*,46(15),3213-3218.
12. Burton D, King A, Bartley J, Broanbent PE.(2019).The surgical anxiety questionnaire (SAQ): development and validation. *Psychology&Health*,43(2),129-146.doi: <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1502770>.
13. Katon, W., Gonzales, J.(1994).A review of randomized trials of psychiatric consultationliaison studies in primary care. *Psychosomatics*,35,268-278.
14. Karadağ Arlı, Ş.(2017).Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri ile Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,4(3),38-47.
15. Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., Yılmaz, S.(2016). Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*,31(6),495-503.
16. Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M., Çertuğ, A.(2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Türk J Anaesth Reanim*, 41:44-9.
17. Du, J., Plas, M., Absolom, A.R., Leuween, B.L., Bock, G.H.(2020).The association of preoperative anxiety and depression with neurocognitive disorder following oncological surgery.*Surgical Oncology*, <https://doi.org/10.1002/jso.25836>.
18. Walker, J.A.(2002).Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British Journal of Nursing*, 11(8), 567-75.doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.8.10166>.
19. Yazıcı, K., ve ark.(2003). Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi.*Yeni Symposium*, 41(3),120-124.
20. VonAmmon, R., Cavanaugh, S.,Wettstein, R.M. (1989). Emotional and cognitive dysfunction associated with medical disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 505-514.
21. Özkan, S.(2001).Genel tıpta depresyon. *Hipokrat Dergisi*, 10, 79-83.
22. Sveinsdottir, H., Zoega, S., Ingadottir, B., Blöndal, K.(2020). Symptoms of anxiety and depression in surgical patients at the hospital, 6 weeks and 6 months postsurgery: A questionnaire study.*Nurs Open*, 8(1),210-223.doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.620>.
23. Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Mirmohammadhani, M., Vaismoradi, M., Snelgrove, S.(2015).Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective. *Journal of Research in Nursing*,20:401-22. doi:<https://doi.org/10.1177%2F1744987115591868>.
24. Boeke, S., Jellicic, M., Bonke, B. (1992). Pre-operative anxiety variables as possible predictors of post-operative stay in hospital. *British Journal of Clinical Psychology*,31,366-368.doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb01008.x>.
25. Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y.A., Yılmaz, T.T., Öngel, K.(2011).Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı.*Smyrna Tıp Dergisi*.22-26.
26. Ölçüm, H.İ., Özşen, K., Diken, A.İ.,Yazla, E., Karadere, M.E.(2018). Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Birimlerinde Hasta Yakınının Gereksinimleri:Anksiyete ve Depresyon ile ilişkisi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 9 (3), 63-7. doi: <https://doi.org/10.5152/dcbbyd.2018.1906>.
27. Yılmaz, E., Aydın, E.(2013).Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,(23),79-95.
28. Cirelli, M.A., Lacerda, M.S., Lopes, C.T., de Lima Lopes, J., de Barros, A.L.B.L.(2018) Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure. *Archives of Psychiatric Nursing*,32(2), 235-241.doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.008>.
29. Dayılar, H., Oyur, G., Kamer, E., Sarıççek, A., Cengiz, F., Hacıyanlı, M.(2017).Evaluation of Anxiety Levels of Patients Before Colon Surgery. *Türk J Colorectal Dis*,(27),6-10.
30. Başak, F., Hasbahçeci, M., Güner, S., Sisik, A., Acar, A., Yücel, M., . . . Baş, G.(2015). Prediction Of Anxiety and Depression in General Surgery Inpatients: A Prospective Cohort Study of 200 Consecutive Patients. *International Journal of Surgery*,23:18-22.

Sağlık personelinde duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi

Investigation of the relationship between emotional intelligence level and emotional labor behavior in healthcare personnel

Gülhan Gök

Dr.Öğr.Üyesi Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hiz. MYO, Tıbbi Hiz. ve Tek.Bölümü, Amasya, gulhan.gok@amasya.edu.tr; 0000-0003-4462-2541

ÖZ

Amaç: Bu araştırma kapsamında da sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmada nicel araştırma yöntemi ve anket deseni kullanılmıştır. Araştırma verileri, dijital olarak oluşturulmuş üç bölümden oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek ve deneyimleri gibi tanımlayıcı değişkenlere yer verilmiştir. Anketin ikinci bölümü Duygusal Emek Ölçeğini, üçüncü bölümü Duygusal Zekâ Ölçeğini içermektedir. Araştırmada kullanılan Duygusal Emek Ölçeği Diefendorff, Croyle ve Gosserand (2005) tarafından geliştirilmiş olup üç alt boyut ve on üç önermeden oluşmaktadır. Duygusal zekâ düzeyini belirlemek için 2002 yılında Wong ve Law tarafından geliştirilen Duygusal Zekâ Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada 432 sağlık personelinin elde edilen veriler analiz edilmiştir. **Bulgular:** Araştırma kapsamında sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiş olup duygusal zekâ ile duygusal emek davranışı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak bu ilişkinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışı düzeyini ne derecede yordadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizi sonucunda yaklaşık olarak %3 oranında bir açıklama düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Sağlık personeli, görevini yerine getirirken hasta ve hasta yakınlarının duygularını doğru tanımlamakta, anlamakta ve değerlendirmektedir. Ancak tespit ettiği bu duygulara yönelik rol yapma davranışı sergilememekte, hasta ve hasta yakınlarına samimi duygularını yansıtmamaktadır.

ABSTRACT

Aim: Within the scope of this study, it was aimed to determine the relationship between the emotional intelligence level of healthcare personnel and emotional labor behavior. **Method:** Quantitative research method and survey design were used in the research. The research data were collected through a digitally created questionnaire form consisting of three parts. In the first part of the questionnaire, descriptive variables such as gender, age, education level, profession and experience of the participants are included. The second part of the questionnaire includes the Emotional Labor Scale and the third part includes the Emotional Intelligence Scale. The Emotional Labor Scale used in the study was developed by Diefendorff, Croyle and Gosserand (2005) and consists of three sub-dimensions and thirteen propositions. Emotional Intelligence Scale developed by Wong and Law in 2002 was used to determine the level of emotional intelligence. In the study, data obtained from 432 health personnel were analyzed. **Result:** Within the scope of the study, it was determined that the emotional intelligence level of the health personnel was high, and a positive and significant relationship was found between emotional intelligence and emotional labor behavior. However, this relationship was found to be weak. As a result of the regression analysis performed in order to determine to what extent the emotional intelligence level of the healthcare personnel predicted the level of emotional labor behavior, it was found that he had an explanation level of approximately 3%. **Conclusion:** Health personnel correctly define, understand and evaluate the feelings of patients and their relatives while performing their duties. However, he does not act towards these emotions, and reflects his sincere feelings to the patients and their relatives.

Anahtar Kelimeler:
Duygusal Emek, Duygusal Zekâ,
Sağlık Personeli.

Key Words:
Emotional Labor, Emotional
Intelligence, Medical Personnel.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Dr.Öğr.Üyesi Amasya Üniversitesi,
Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık
Hiz. MYO, Tıbbi Hiz. ve Tek.Bölümü,
Amasya, gulhan.gok@amasya.
edu.tr

DOI:
10.52880/sagakaderg 915075.

Gönderme Tarihi/Received Date:
13.04.2021

Kabul Tarihi/Accepted Date:
19.02.2022

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

GİRİŞ

Zekâ, çeşitli türdeki bilgilerin idaresi ve bu bilgilere ilişkin akıl yürütme ile ilgili bir zihinsel beceridir. Bu bilgiler çok spesifik olabileceği gibi çok genelde olabilir. Zekâyı ifade eden bu zihinsel beceriler basit algısal süreçler ve bilgi işlemekten daha yüksek ve daha genel problem çözme becerilerine kadar hiyerarşik bir

yapı gösterir. Hiyerarşik yapının en alt seviyesinde sözel kelimeleri ve anlamlarını tanıma gibi temel zihinsel yetenekler; orta seviyesinde sözlü bilgiyi anlamaya, muhakemeye, algısal kalıpları tanımaya ve karşılaştırmaya yönelik yetenekler vardır. Hiyerarşik yapının en üstündeki genel zekâ, tüm alanlarda soyut akıl yürütmeyi içerir (1). Zihinsel bir yetenek olarak kabul edilen duygusal zekâ ise (2) hem kendindeki hem

de başkalarındaki duyguları tanımlamak, anlamak, ifade etmek, işlemek ve düzenlemek için hiyerarşik olarak organize edilmiş bir dizi temel yetkinlik ve beceriyi ifade eder (3, 4). Bir duygu ortaya çıktığında fizyolojik hazırlık, motor hazırlık, davranış, biliş ve öznel deneyimle koordineli değişiklikler gerekir ve bu değişiklikler kişinin çevresinde algılanan duruma yanıt olarak gerçekleştirilir (1).

Mayer ve Salovey, duygusal zekayı, “kişinin kendi ve diğerlerinin duygularını izleme, aralarında ayırım yapma ve bilgiyi kişinin düşüncelerine ve eylemlerine rehberlik etmesi için kullanma yeteneğini içeren bir sosyal zekâ türü” olarak tanımlar. Duygusal zekâ ayrıca kişinin farklı ortamlara uyum sağlayabilmesi veya hedeflerine ulaşabilmesi için duyguları yönetmesi ve/veya ayarlaması için kullanılır (5). Diğer bir ifade ile duygusal zekâ, insanların duygular hakkında akıl yürütebilmesi ve duyguları kullanabilmeleri ile ilgili (1) olup duygusal içeriğin problem çözmede kullanılmasıdır (6). Bu bağlamda duygusal zekânın aynı zamanda duygu durumunu düzenleme, empati ve dürtü kontrolü gibi daha uzun süredir var olan yerleşik yapıları da kapsama eğiliminde olduğu söylenilebilir (7).

Duygusal zekâ, bilimsel literatüre ilk olarak 1990 yılında psikolog Mayer ve Salovey tarafından tanıtılmıştır (8). Yakın zamanda literatüre kazandırılan duygusal zekânın (1) bileşenleri ve ölçümleri üzerinde bir fikir birliği bulunmamakla (3) birlikte duygusal zekâ, genel olarak yetenek modelleri, karma modeller ve bütünleştirici model olmak üzere üç şekilde kategorize edilerek açıklanır (1, 3, 4). Yetenek modeli, duygusal zekâyı standart bir zekâ olarak kabul eder (3) ve dört alanda inceler. Bu alanlar; duyguları doğru algılama (duyguyu tanımlama ve ifade etme), düşünceye yardımcı olmak için duygulara erişerek özümseme (duyguların düşünce süreçlerine entegrasyonu), duyguları ve duygusal bilgiyi anlama (duyguların öncüllerini, etkilerini, karışımını ve geçişlerini anlama) ve duygusal ve entelektüel büyümeyi teşvik etmek için duyguları yansıtıcı bir şekilde yönetme (olumsuz duyguları düzenlemek ve olumlu duyguları sürdürmek ve geliştirmek için duygu düzenleme) şeklinde sıralanır. Bu alanların değerlendirilmesinde, bireylerin sosyal görevlere nasıl tepki verdiği, yüz ifadelerini nasıl okuduğu ve duygusal sorunları nasıl çözdüğü şeklinde günlük olaylara ilişkin sorular kullanılır (9).

Duygusal zekânın birleştirici modelinde kilit unsur, genel bir duygusal zekâ elde etmek için birkaç özel yeteneğin bir araya getirilmesi gerektiğidir (1). Model, duyguların algısal, bilişsel ve kişilik sistemlerinin işleyişine ve sosyo-duygusal yeterliliğin gelişimine doğrudan katkı sağladığı görüşünü savunur (10).

Karma modeller, duygusal zekayı bilişsel olmayan bir nitelik veya kişisel algılara dayanan bir kişilik özelliği olarak tanımlar. Doğuştan gelen bir özellik olarak görür (3). Modele göre duygusal zekâ; genel olarak zihinsel yetenekler ile geleneksel kişilik özellikleri ve iyimserlik, motivasyon ve stres toleransı gibi eğilimlerin bir kombinasyonudur. Karma modeller Mayer-Salovey’in yetenek modeline alternatif olarak önerilen modellerdir (8). Duygusal zekanın güçlü bir bilişsel tanımı olan Mayer ve Salovey’in yetenek modelinin aksine çok çeşitli kişilik değişkenlerini içerir (11). Diğer taraftan yetenek modeli, ilişkili performans ölçüleriyle birlikte, diğer kişilik ölçülerinden farklı bir bilgi işleme kapasitesini değerlendirdiğinden karma modellere göre daha fazla tercih edilir (8). Ayrıca yetenek modeli, duygusal zekanın genel psikometrik zekâ yapısında somutlaştırılabileceğine dair umut verici kanıtlar sağlamıştır (11).

Kişilerin duygusal zekâ düzeyleriyle bağlantılı olarak duygularını yönetebilme yeteneklerinin sergileyecekleri duygusal emek davranışını da etkileyebileceği söylenilebilir. Duygusal emek terimi Hochschild tarafından, kamuya açık olarak gözlemlenebilir bir yüz ve bedensel görüntü yaratmak için duygu yönetimi olarak açıklanır. Duygusal emek davranışı bir ücret karşılığında sergilenir ve bu nedenle bir değişim değerine sahiptir (12). Davranış belirli örgütsel kurallar doğrultusunda oluşturulur. Temel amaç örgütsel hedeflere ulaşmayı kolaylaştıracak yüz ve beden ifadesini takındır (13). Çalışanların sergileyeceği duygusal emek davranışı için hangi duyguların uygun olduğunu ve bu duyguların başkalarına nasıl ifade edilmesi gerektiğini belirleyen duygusal sergileme kurallarına uymaları gerekir (14).

Duygusal emek teorilerinde kuruluşların, duyguların uygun şekilde ifade edilmesi için standart sergileme kuralları belirlediğine değinilir. Duygusal emek, kişinin gerçekte nasıl hissettiğine bakılmaksızın, kuruluş tarafından belirlenen bu sergileme kurallarına uymayı gerektirir. Sergilenen duygusal emek davranışıyla ilgili araştırmalarda, bu istenilen davranışların nasıl oluşturulduğu anlaşılmaya çalışılır. Duygusal emek davranışının nasıl oluştuğuna ilişkin Hochschild tarafından geliştirilen ilk yaklaşım, bireyin gerçekte hissetmediği bir duyguyu hissediyormuş gibi rol yapmasıyla açıkladığı yüzeysel davranış ve bunu yapamadığı zaman duygularını düzenleyerek derinleştirmesi ve o duyguyu gerçekten hissetmek için verdiği emeği ifade eden derin davranış kavramlarına dayanır. Bu bağlamda Diefendorff, Croyle ve Gosserand’a göre Hochschild’in ileri sürdüğü duygusal emek davranışını açıklayan yüzeysel davranış ve derin davranış, bireylerin kendiliğinden uygun duyguları sergileyemediklerinde kullandıkları telafi edici

stratejilerdir. Oysaki çalışanlar, gerçekte hissettikleri duyguları sergilediklerinde muhtemelen daha samimi görünecektir (15).

Çoğu duygusal emek kavramsallaştırması, işyerinde uygun duyguları sergilemek için bireylerin bazen hissettiği duyguları (yüzeysel davranış) gizlemesi veya taklit etmesi veya istenen duyguyu (derin davranış) deneyimlemeye çalışması gerektiğini ileri sürer. Çoğu meslek, olumlu duyguların gösterilmesi gerektiğine dair genel bir beklentiye sahip olduğundan, derin davranış tipik olarak olumlu duyguları deneyimlemeye çalışmayı içerir. Böylece olumlu görüntüler doğal olarak ortaya çıkmış olur. Buna karşılık, yüzeysel davranış genellikle olumlu duyguları taklit etmeyi ve bazen olumsuz duyguları bastırmayı içerir. Bunun sonucunda da istenilen görüntüler ortaya çıkar (16). Yüzeysel davranış ve derin davranışta doğal olarak oluşan samimi duyguları yansıtan davranışlardan ziyade müşterilerin beklentilerini karşılayacak duyguları yansıtan davranışların sergilenmesine yöneliktir. Bu iki davranış arasındaki temel farklılık ise yüzeysel davranışta hissedilmeyen duygu gösterilmeye çalışılırken derin davranışta hissedilmeyen bu duygu hissedilmeye çalışılır. Duygusal emek davranışına sonradan dahil edilen samimi davranış ise çalışanlar tarafından sergilenmesi gereken duygusal davranışın herhangi bir rol yapılmasına gerek olmaksızın ya da ekstra bir çabaya ihtiyaç duyulmaksızın kendiliğinden oluşmasıdır. Her ne kadar bu davranış kendiliğinden oluşsa da diğer davranış şekillerinde olduğu gibi belli düzeyde çaba gerektirir ve tüm bu davranışların amacı örgütün belirlediği duygusal davranış kurallarını yerine getirmektir (17). Diğer taraftan çalışanlar duygularını düzenlemeden önce bu duyguları iyi anlamalıdır. Çünkü duygusal tepkilerimizin çoğu diğer bireylerin duyguları tarafından uyarılır ve kendi duygularımızı anlamamız, başkalarının duygularını anlama yeteneğimizle yakından ilgilidir (18).

Sosyal ve duygusal beceriler son zamanlarda akademik ve mesleki başarı için gerekli olan “21. Yüzyıl Becerileri” nin önemli bir alt kümesi olarak kabul edilir (19). Zengin bir duygu yelpazesine sahip bireylerde duygular hızlı ve etkili bir şekilde üretilerek duygularda akıcılık sağlanabilir. Zengin bir duygu yelpazesine sahip bireyler aynı zamanda farklı düşünceler de deneyimler (6). Bu bağlamda Duygusal zekâ örgütlerdeki hem değerlendirici hem de biçimlendirici görevler için günlük işleri organize etmede tatmin edici ve uygun bir teorik yapı haline gelmiş olup (20) son otuz yılda multidisipliner bilim adamları tarafından en çok kullanılan psikolojik terimlerden birine dönüşmüştür (5). Duygusal zekâ ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında duygusal zekâ ile akademik başarı üzerine

yapılan çalışmalara (21, 22, 23), yalnızlık kavramının yordayıcısı olarak incelendiğine (24), stresle başa çıkmadaki etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalara (25, 26), iletişim becerileriyle ilgili değerlendirmelere (27), duygusal zekâyı etkileyen değişkenlerin incelenmesine (28, 29), sağlık alanında hemşirelerle gerçekleştirilmiş duygusal zekâ düzeyinin bakım davranışı üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmaya (30) ve hemşire ve ebelerin duygusal zekâ düzeylerinin araştırıldığı çalışmalara (31) rastlamak mümkündür. Ayrıca bu araştırmaların yanı sıra duygusal zekâ ile duygusal emek davranışı üzerine gerçekleştirilmiş derleme çalışmasına (32) rastlanmıştır. Bu araştırma kapsamında ise sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin belirlenmesi, duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kapsamında sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin ve duygusal emek davranışı düzeyinin tespit edilmesi, duygusal zekâ ile duygusal emek davranışı arasında bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye genelinde görev yapmakta olan sağlık personeli oluşturmakta olup örnekleme yapılmamıştır. Araştırma kapsamında 450 sağlık çalışanına ulaşılmış olup 18 anket, verilen cevapların tutarsızlığı nedeniyle değerlendirme dışında tutulmuştur. Çalışmada toplamda 432 anket formundan elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Araştırmanın Gereç ve Yöntemi

Araştırma verileri dijital ortamda oluşturulmuş üç bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anketin birinci bölümünde katılımcılara ait cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek ve deneyim süresi şeklindeki tanımlayıcı değişkenlere; ikinci bölümünde Duygusal Emek Ölçeğine ve üçüncü bölümünde Duygusal Zekâ Ölçeğine yer verilmiştir. Araştırmada kullanılan Duygusal Emek Ölçeği Diefendorff, Croyle ve Gosserand (2005) tarafından geliştirilmiş olup üç alt boyut ve on üç önermeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan alt boyutlar yüzeysel davranış (4 önerme), derin davranış (4 önerme) ve samimi davranış (3 önerme) şeklindedir. Duygusal zekâ düzeyinin belirlenmesi amacıyla ise dört boyut ve on altı önermeden oluşan duygusal zekâ ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 2002 yılında Wong ve Law tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının her biri (“Bireyin Kendi Duygularını Değerlendirmesi”, “Başkalarının Duygularını Değerlendirmesi”, “Duyguları

Kullanma" ve "Duyguları Düzenleme") dörder önermeye sahiptir. Ölçekler beşli likert tipi olup "1-Hiçbir Zaman" dan "5-Her Zaman" olacak şekilde derecelendirilmiştir. Elde edilen veriler SPSS programında analiz edilmiştir. Ölçeklere ait Cronbach Alfa Değerleri ve güvenilirlik düzeyleri Tablo 1'deki gibidir. Cronbach Alfa Değerleri ve bu değerlere ilişkin güvenilirlik düzeyleri; $0 < R2 < 0.40$ güvenilir değil, $0.40 < R2 < 0.60$ düşük güvenilirlikte, $0.60 < R2 < 0.80$ oldukça güvenilir, $0.80 < R2 < 1.00$ ise yüksek güvenilirlikte olarak ifade edilmektedir (33).

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach Alfa Değerleri hesaplanmış olup Duygusal Zekâ Ölçeğinin Cronbach Alfa Değerleri ,925 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Duygusal Emek Davranışı Ölçeğinin Cronbach Alfa Değerleri ise ,714 olarak bulunmuş olup bu değere göre ölçeğin oldukça güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısından yararlanmıştır. Korelasyon değerlerine göre $-1 \leq r < -0.7$ negatif yönlü kuvvetli ilişki düzeyini, $-0.7 \leq r < -0.3$ negatif yönlü orta ilişki düzeyini, $-0.3 \leq r < 0$ negatif yönlü zayıf ilişki düzeyini, $0 < r \leq 0.3$ pozitif yönlü zayıf ilişki düzeyini, $0.3 < r \leq 0.7$ pozitif yönlü orta ilişki düzeyini ve $0.7 < r \leq 1$ değer aralığı ise pozitif yönlü kuvvetli ilişki düzeyini ifade etmektedir (34).

Araştırmada kullanılan ölçeklere ve ölçeklerin alt boyutlarına ilişkin elde edilen ortalamaların değerlendirilmesinde kullanılan puan aralıkları ve ifadeleri; 1,00-1,80 puan aralığı "Çok Düşük", 1,81 - 2,60 puan aralığı "Düşük", 2,61 - 3,40 puan aralığı "Orta", 3,41 - 4,20 puan aralığı "Yüksek" ve 4,21 - 5,00 puan aralığı "Çok Yüksek" olarak derecelendirilmiştir (35).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik anlamda bir sorunsalının olup olmadığı 06 Şubat 2020 tarih ve 15 sayılı Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildikten ve araştırmanın gerçekleştirilmesinde herhangi bir etik sorun olmadığına karar verildikten sonra araştırma süreci başlatılmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük unsuru dikkate alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışıyla ilişkisini ve duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışı ve alt boyutlarını ne derecede yordadığını belirlemek üzere sınırlandırılmıştır. Araştırma verileri hastanede (devlet hastanesi, özel hastane ve üniversite hastanesi) görev

yapan sağlık personelinin toplanmıştır. Diğer taraftan araştırma verileri 01 Eylül-15 Ekim 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu bağlamda araştırmanın diğer bir sınırlılığını zaman kısıtı ve çalışılan kurum oluşturmaktadır.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında dört hipotez test edilmiş olup hipotezlerin ifadesi aşağıdaki gibidir.

H1: Sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi ile yüzeyel davranış düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi ile derin davranış düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi ile samimi davranış düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

BULGULAR

Bulgular bölümünde; çalışmaya katılan sağlık personeliyle ilgili tanımlayıcı istatistiklere ve sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışıyla ilişkisini tespit etmeye yönelik korelasyon analizine, duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışı ve alt boyutlarını ne düzeyde yordadığına ilişkin regresyon analizlerine yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Gruplar	n	%
Yaş	20-30	131	30,3
	31-40	129	29,9
	41-50	135	31,3
	51 ve üstü	37	8,6
Cinsiyet	Kadın	371	85,9
	Erkek	61	14,1
Eğitim Düzeyi	Lise	56	13,0
	Ön Lisans	117	27,1
	Lisans	203	47,0
	Yüksek Lisans	36	8,3
	Doktora	20	4,6
Deneyim Süresi	0-5 Yıl	97	22,5
	6-10 Yıl	68	15,7
	11-15 Yıl	63	14,6
	16-20 Yıl	55	12,7
	21 ve Üstü	149	34,5

Meslek			
Hekim	48	11,1	
Hemşire	168	38,9	
Ebe	113	26,2	
Tıbbi Sekreter	29	6,7	
Paramedik	35	8,1	
Diğer	39	9,0	
Çalışılan Kurum			
Kamu Hastanesi	339	78,5	
Özel Hastane	73	16,9	
Üniversite Hastanesi	20	4,6	
Toplam	432	100,0	

Araştırmaya katılan 432 sağlık personelinin büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş aralığı olarak dağılımları değerlendirildiğinde 20-30 yaş, 31-40 yaş ve 41-50 yaş aralığındaki katılımcı sayılarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bununla birlikte katılım sağlayan sağlık personelinin %47'si lisans mezunudur ve en fazla katılım sağlayan meslek mensubu hemşirelerdir. Çalışılan kurum bakımından katılımcıların dağılımına bakıldığında kamu hastanelerinden katılım sağlayan personelin %78,5, özel hastanelerden katılım sağlayan personelin %16,9 ve üniversite hastanelerinden katılım sağlayan personelin ise %4,6 olduğu görülmektedir. Ayrıca bu çalışmadaki katılımcıların büyük çoğunluğunun deneyim süresinin 20 yıldan daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılım sağlayan sağlık personelinin duygusal zekâ ve duygusal emek davranışı düzeyinin

Tablo 2. Sağlık Personelinin Duygusal Zekâ Düzeyi ve Duygusal Emek Davranışı Düzeyi

Ölçekler ve Ölçek Alt Boyutları	Ortalama	N	%	Standart Sapma
Duygusal Zekâ Ölçeği	4,0977	432	100	,64814
Kendi Duygularını Değerlendirme Boyutu	4,2980	432	100	,7820
Başkalarının Duygularını Değerlendirme Boyutu	4,1968	432	100	,73904
Duyguları Kullanma Boyutu	4,1481	432	100	,73902
Duyguları Düzenleme Boyutu	3,7477	432	100	,90708
Duygusal Emek Davranışı Ölçeği	2,7370	432	100	,54250
Yüzeysel Davranış Boyutu	1,6752	432	100	,76973
Derin Davranış Boyutu	3,2182	432	100	1,13311
Samimi Davranış Boyutu	4,2191	432	100	,85041

Tablo 3. Sağlık Personelinin Duygusal Zekâ Düzeyi ile Duygusal Emek Davranışı Düzeyi Arasındaki İlişki

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	Korelasyon Katsayısı (r)	P Değeri
Duygusal Zekâ Düzeyi	432	4,0977	,64814	,176	,000
Duygusal Emek Davranışı Düzeyi	432	2,7370	,54250		

belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen analiz sonucunda duygusal zekâ düzeyinin orta, duygusal emek davranışı düzeyinin ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Duygusal zekâ düzeyinin tespitine ilişkin ölçek alt boyutlarını oluşturan kendi duygularını değerlendirme düzeyinin diğer alt boyutların düzeylerine göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcı sağlık personelinin kendi duygularını değerlendirme düzeyi çok yüksek iken başkalarının duygularını değerlendirme, duygularını kullanma ve duygularını düzenleme düzeylerinin ise yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların duygusal emek davranışıyla ilgili sergilemiş oldukları davranış şekillerine ilişkin değerlendirmede; çok yüksek düzeyde samimi davranış sergiledikleri, yüzeysel davranış gösterme düzeyinin çok düşük olduğu ve derin davranış düzeyinin de orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Duygusal emek davranışı genel ortalamasının ise orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3'te yer alan sonuçlara göre araştırmaya katılan sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı arasında anlamlı pozitif yönlü ancak düşük düzeyde bir ilişki vardır. Elde edilen sonuç doğrultusunda H1 hipotezi kabul edilmiştir. Bu sonuca göre sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi arttıkça sergiledikleri duygusal emek davranışının da kısmen arttırdığı söylenilebilir.

Sağlık personelinin duygusal zeka düzeyinin duygusal emek davranışı düzeyini ne derecede yordadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizi sonucunda yaklaşık olarak %3 oranında bir açıklama düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Düzeltilmiş R² Değeri = ,029; p Değeri = ,000 < ,05). Diğer taraftan duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışının tüm alt boyutlarını ,05 anlamlılık düzeyinde yordadığı saptanmıştır. Bu alt boyutlardan yüzeysel davranış düzeyi ile duygusal zekâ düzeyi arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi arttıkça yüzeysel davranış sergileme düzeyinin kısmen azaldığı söylenilebilir (β Katsayısı = -,236). Ayrıca duygusal zeka düzeyi yüzeysel davranış sergileme düzeyini yaklaşık olarak %5 oranında açıkladığı görülmektedir (Düzeltilmiş R² Değeri = ,053; p Değeri = ,000 < ,05). Duygusal zeka düzeyi ile duygusal emek davranışının bir diğer alt boyutu olan derin davranış arasında ise pozitif yönlü bir ilişki bulunmakla birlikte yine bu ilişkinin zayıf olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve duygusal zeka düzeyi sağlık personelinin derin davranış sergilemesini yaklaşık olarak % 4 oranında açıklamaktadır (β Katsayısı = ,209; Düzeltilmiş R² Değeri = ,042; p Değeri = ,000 < ,05).

Tablo 4'te yer alan sonuçlara göre duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışının alt boyutlarından samimi davranış düzeyi arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu boyutun duygusal zeka düzeyiyle açıklanma oranının (%29 oranında) diğer alt boyutlara göre çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (β Katsayısı = ,541; Düzeltilmiş R² Değeri = ,291; p Değeri = ,000 < ,05). Bu bağlamda duygusal zekâ düzeyinin samimi davranış sergileme düzeyini olumlu olarak etkilediği ve ciddi düzeyde açıkladığı yorumu yapılabilir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda H2, H3 ve H4 hipotezleri kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri çalışma koşulları gereği stresli, yoğun ve karmaşık süreçleri içerir. Sağlık personeli ise bu süreçlerde hasta, hasta yakınları, diğer sağlık profesyonelleri ve yöneticilerin farklı taleplerini karşılamak zorundadır. Özellikle hasta ve hasta yakınları, sağlık personelinin kendileriyle empati kurmasını, üzüldüklerinde üzülmelerini ve mutlu olduklarında da bu mutluluğu onların da yaşadığını görmeyi bekler. Bu beklenti sadece hasta ve hasta yakınlarıyla sınırlı değildir. Sağlık kurumlarının yöneticileri de hasta ve hasta yakınlarının memnun olarak sağlık kurumundan ayrılmalarını sağlamak adına sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarının taleplerini karşılamasını ister. Bunun bir sonucu olarak sağlık personelinin hissettikleri olumsuz duyguları karşı tarafa yansıtmamaları hatta işlerinin gerektirdiği duyguları sergilemeleri beklenir. Diğer taraftan hasta ve hasta yakınlarının duygu durumlarına uygun davranışların sergilenebilmesi için hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı duyguların doğru tanınması, anlamlandırılması, değerlendirilmesi ve sonrasında duruma uygun duygunun sergilenmesi gerekir (36). Bu bağlamda sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin tespit edilmesi, hasta ve hasta yakınlarının duygu durumlarını ne düzeyde doğru değerlendirebildiklerini saptayabilmek açısından önemlidir. Diğer taraftan sergilenecek duygusal emek davranışının da duygusal zekâ ile ilişkili olması beklenilir. Duygusal zekâ ile duygusal emek davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi üzerine gerçekleştirilen bu çalışmada sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin orta, duygusal emek davranışı düzeyinin ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışı arasında anlamlı, pozitif yönlü ancak düşük düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde yer alan çalışmalardan Perakende sektöründe, Boncukçu ve Esen (2020) tarafından yapılan çalışmada da duygusal

Tablo 4. Sağlık Personelinin Duygusal Zekâ Düzeyinin ile Duygusal Emek Davranışı Düzeyleri düzeylerine etkisi

Değişkenler		β Katsayısı	R ² Değeri	Düzeltilmiş R ² Değeri	F Değeri	p Değeri
Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken					
Duygusal Zekâ	Duygusal Emek Davranışı	,176	,031	,029	13,725	,000
	Yüzeysel Davranış Boyutu	-,236	,055	,053	25,261	,000
	Derin Davranış Boyutu	,209	,044	,042	19,709	,000
	Samimi Davranış Boyutu	,541	,292	,291	177,626	,000

zekâ ile duygusal emek davranışı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu fakat bu ilişkinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (37). Hemşirelerle gerçekleştirilen bir başka çalışmada duygusal emek davranışı ile duygusal zekâ düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır (38). Yapılan araştırma sonucunda da literatürdeki diğer çalışmalara benzer bir sonuç elde edildiği söylenilebilir.

Katılımcıların duygusal emek davranışıyla ilgili sergilemiş oldukları davranış şekillerine ilişkin değerlendirmede; çok yüksek düzeyde samimi davranış sergiledikleri, yüzeysel davranış gösterme düzeyinin çok düşük olduğu ve derin davranış düzeyinin de orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Duygusal emek davranışı genel ortalamasının ise orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personelinin samimi davranış sergileme düzeyinin çok yüksek olması olumlu şekilde değerlendirilebilir. Samimi davranış sergileyemedikleri durumlarda ise tespit ettikleri duygu durumunu hissetme yönünde bir çaba sarf ettikleri anlaşılmaktadır. Literatürde farklı alanlarda duygusal emek davranışı düzeyinin incelendiği görülür. Bu çalışmalardan Baksi ve Edeer (2020) tarafından yoğun bakım hemşireleri ile yapılan araştırmada hemşirelerin duygusal emek davranışı düzeyinin ve duygusal emek davranışı alt boyutlarının tamamının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (39). Yılmaz ve Baran Durmaz (2019), pediatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada duygusal emek davranışı alt boyutlarından en düşük puanı, derin davranış alt boyutunun (6.93 ± 2.87) aldığı belirlenmiştir (40). Şat, Amil ve Özdevecioğlu (2015)'nin öğretmenlerle yaptığı çalışmada öğretmenlerin duygusal emek düzeyi ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir (41). Doğan ve Sıgır (2017)'nin hemşirelerin duygusal emek davranışını inceledikleri çalışmada ise hemşirelerin yüzeysel davranış düzeyinin düşük, derin davranış düzeyinin orta ve samimi davranış düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (42). Hemşirelerle gerçekleştirilen bir başka çalışmada rol yapma davranışlarının düşük düzeyde kendiliğinden oluşan duyguların ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (43).

Araştırma sonucunda sağlık personelinin duygusal zekâ ölçeği alt boyutlarından “kendi duygularını değerlendirme” düzeyi çok yüksek iken “başkalarının duygularını değerlendirme”, “duygularını kullanma” ve “duygularını düzenleme” düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan diğer çalışmalar ile araştırma bulguları karşılaştırıldığında çoğunlukla benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık personelinin hem kendi duygularını hem de diğer kişilerin duygularını tanımlayabildikleri, anlayabildikleri,

değerlendirebildikleri ancak bu değerlendirme sonucuna uygun duyguları rol yapma davranışıyla sergilemedikleri yorumu yapılabilir. Bu bağlamda sağlık personelinin duygularını yönetme becerilerinin zayıf olduğu diğer taraftan yansıttıkları duygu durumlarının gerçek duyguları olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık personelinin çalışma ortamının çoğu zaman stresli olması ve iş yoğunluklarının fazla olması nedeniyle tanımladıkları duygu durumlarına uygun davranış geliştirmek için ayrıca zaman ayıramayabilirler. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında her bir hasta ve hasta yakını birbirinden çok farklı ve zıt duygu durumuna sahip olabilir. Bu durum sağlık personelinin farklı farklı duyguları deneyimlemesini gerektirir. Bu nedenle de sağlık personeli her hastanın duygu durumuna uygun duygusal davranış sergilemede zorlanabilir.

Araştırma kapsamında elde edilen bir diğer sonuç ise sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışı düzeyini yordama oranıdır. Yapılan regresyon analizi sonucunda duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışını yaklaşık olarak %3 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Duygusal emek davranışını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Örneğin Öz ve Baykal (2018) tarafından hemşirelere yönelik gerçekleştirilen çalışmada hemşirelerin duygusal emek davranışı üzerinde kadro durumunun, mesleğini isteyerek seçme durumunun ve vardiyalı çalışma durumunun etkili olduğu belirtilmiştir (43). Doğan ve Sıgır (2017)'nin yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin kişilik özelliklerinin, kurumdaki pozisyonun, mesleki deneyim süresinin, hastalarla ilgili özelliklerin (bireysel özellik, kültürel özellik, hastanede yatış süresi), empati yapabilme becerilerinin ve iş ortamındaki stres durumunun duygusal emek davranışı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (42). Yasin tarafından hekimlerle gerçekleştirilen çalışmada ise duygusal emek davranışı ile hekimlerin kişilik özellikleri, tükenmişlik durumları ve empati yapabilme yetenekleri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (44). Bu araştırmalardan da anlaşılabacağı üzere sağlık personelinin duygusal emek davranışı üzerinde etki olan birçok faktör bulunması nedeniyle duygusal zekâ düzeyinin düşük bir oranda açıklama özelliği gösterdiği söylenilebilir. Diğer taraftan duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışının alt boyutlarından samimi davranış düzeyi arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu boyutun duygusal zekâ düzeyiyle açıklanma oranının (%29 oranında) diğer alt boyutlara göre çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç duygusal zekâ düzeyinin samimi davranış sergileme düzeyini olumlu olarak etkilediğini ve ciddi düzeyde açıkladığını göstermektedir. Duygusal emek davranışı alt boyutlarından yüzeysel davranış düzeyi ile duygusal zekâ düzeyi arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki vardır

ve duygusal zekâ düzeyi sağlık personelinin yüzeysel davranış sergilemesini yaklaşık olarak %5 oranında açıklamaktadır. Yani sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi arttıkça yüzeysel davranış sergileme düzeyi azalmaktadır. Duygusal zekâ düzeyi ile duygusal emek davranışının bir diğer alt boyutu olan derin davranış arasında ise pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ve duygusal zekâ düzeyi sağlık personelinin derin davranış sergilemesini yaklaşık olarak %4 oranında açıklamaktadır. Bu sonuçlar sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarının duygularına yaklaşıırken rol yapmak yerine var olan duyguyu hissetmeye çabaladıkları ya da gerçekten hasta ve hasta yakınlarının duygularına uygun duyguların kendiliğinden oluştuğunu göstermektedir. Diefendorff, Croyle ve Gosserand (2005) göre; bireylerin işyerinde doğal olarak hissettikleri samimi duyguları, derin davranış yoluyla hissettikleriyle değiştirmekten veya yüzeysel davranış aracılığıyla duyguları taklit etmekten daha sık gösterebilir. Yüzeysel davranış ve derin davranış zorlu durumlara veya olumsuz durumlara yanıt olarak ortaya çıkan telafi edici stratejiler olarak düşünüldüğünde bu şaşırtıcı olmayabilir. Bununla birlikte yüzeysel davranış ve derin davranış kuraldan çok istisnai olarak gösterilir ve doğal olarak hissedilen samimi duyguların sergilemesi daha önemlidir (15).

Literatürdeki diğer çalışmalar ve araştırma bulgularından yola çıkarak sağlık personelinin sergiledikleri davranışları gerçekten hissettikleri hissetmedikleri durumlarda da hissetmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır. Diğer taraftan rol yapma davranışı sergilemedikleri görülmektedir. Sağlık personelinin rol yapma davranışının beklenmesinin duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya neden olabileceği (Bkz. 45-49) yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Ayrıca sağlık personelinin her hasta ve hasta yakınının duygularına uygun duygusal davranış göstermesi istenilen bir durumdur. Bu nedenle sağlık personelinin rol yapmasının kurumsal bir strateji olmaktan çıkarılması önerilebilir.

SONUÇ

Bu araştırmayla, sağlık personelinin hem kendi duygularını hem de diğer kişilerin duygularını tanımlayabildikleri, anlayabildikleri, değerlendirebildikleri ancak bu duygulara uygun rol yapma davranışı sergilemedikleri saptanmıştır. Bu bağlamda sağlık personelinin duygularını yönetme becerilerinin zayıf olduğu diğer taraftan yansıttıkları duygularının gerçek duyguları olduğu anlaşılmıştır. Sağlık personelinin duygusal zekâ düzeyi arttıkça yüzeysel davranış sergileme düzeyi azaldığı, hasta ve hasta yakınlarının duygularına yaklaşıırken rol yapmak yerine var olan duyguyu hissetmeye çabaladıkları ya da gerçekten

hasta ve hasta yakınlarının duygularına uygun duyguların kendiliğinden oluştuğunu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar ve araştırma sonuçları doğrultusunda sağlık personelinin duygusal emek davranışı kapsamında sergileyeceği rol yapma davranışının kurumsal beklentiler arasında yer almaması önerilebilir. Ancak bu beklentilerin devam etmesi durumunda ise sağlık personelinin duygusal emek davranışı sergileme oranlarının artırılması için eğitimler verilebilir, duygusal emek davranışının tüm boyutlarını oluşturan davranışların önemine ilişkin farkındalık artırılabilir, bu konudaki kurumsal beklentiler açıklanabilir. Ayrıca araştırma sonucunda duygusal zekâ düzeyinin duygusal emek davranışını etkileme oranının çok düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda duygusal emek davranışı üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesine ilişkin çalışmalar yapılarak sağlık personelinin duygusal emek davranışının tüm boyutlarına ilişkin sergileyeceği davranış oranları artırılabilir.

KAYNAKÇA

1. Mayer, J. D., Roberts, R. D. & Barsade, S. G. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. Annual Review of Psychology, 59(1), 507-536.
2. Kong, D. T. (2014). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT/MEIS) and Overall, Verbal, and Nonverbal Intelligence: Meta-Analytic Evidence and Critical Contingencies. Personality and Individual Differences, 66, 171-175.
3. Ogurlu, U. (2020). A Meta-Analytic Review of Emotional Intelligence in Gifted Individuals: A Multilevel Analysis. Personality and Individual Differences, 110503, 1-11.
4. Zeidner, M. & Matthews, G. (2017). Emotional Intelligence in Gifted Students. Gifted Education International, 33(2), 163-182.
5. Fotopoulou, E., Zafeiropoulos, A. & Papavassiliou, S. (2021). EmoSocio: an Open Access Sociometry-Enriched Emotional Intelligence Model. Current Research in Behavioral Sciences, 1-39.
6. Mayer, J. D. & Salovey, P. (1993). The Intelligence of Emotional Intelligence. Intelligence, 17(4), 433-442.
7. Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R. D. & MacCann, C. (2003). Development of Emotional Intelligence: Towards a Multi-Level Investment Model. Human Development, 46 (2-3), 69-96.
8. Brackett, M. A., Bertoli, M., Elbertson, N., Bausseron, E., Castillo, R. & Salovey, P. (2013). Emotional Intelligence. Handbook of Cognition and Emotion. Michael D. Robinson, Edward R. Watkins & Eddie Harmon-Jones (Eds.), The Guilford Press.
9. Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Finding and Implications. Psychological Inquiry, 13(3), 197-215.
10. Izard, C. E. (2001). Emotional Intelligence or Adaptive Emotions?. Emotion, 1(3), 249-257.
11. Petrides, K. V. & Furnham, A. (2000). On The Dimensional Structure of Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences, 29(2), 313-320.
12. Hochschild, A. R. (1983). The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press.
13. Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A. & Dahling, J. J. (2011). Emotional Display Rules as Work Unit Norms: A Multilevel Analysis of Emotional Labor Among Nurses. Journal of Occupational Health Psychology, 16(2), 170 - 186.

14. Diefendorff, J. M., Richard, E. M. & Croyle, M. H. (2006). Are Emotional Display Rules Formal Job Requirements? Examination of Employee and Supervisor Perceptions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(2), 273-298.
15. Diefendorff, J. M., Croyle, M. H. & Gosserand, R. H. (2005). The Dimensionality and Antecedents of Emotional Labor Strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66(2), 339-357.
16. Grandey, A. A. (2003). When "The Show Must Go On": Surface Acting and Deep Acting as Determinants of Emotional Exhaustion and Peer-Rated Service Delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86-96.
17. Karaman, N. (2017). Çalışma Yaşamında Duygusal Emek. *İş ve Hayat*, 3(5), 30-56.
18. Wong, C. S. & Law, K.S. (2002). The Effects of Leader and Follower Emotional Intelligence on Performance and Attitude: An Exploratory Study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274.
19. Kyllonen, P. C. (2012). The Importance of Higher Education and the Role of Noncognitive Attributes in College Success. *Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educacional Latinoamericana*, 49(2), 84-100.
20. Fernández-Berrocá, P. & Extremera, N. (2006). Emotional Intelligence: A Theoretical and Empirical Review of Its First 15 Years of History. *Psicothema*, 18 (1), 7-12.
21. Diken, E. H. & Aydoğdu, M. (2018). Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Duygusal Zekâ Düzeyleri ile Fen Başarıları (Genetik Konusunda) Arasındaki İlişki. *Online Science Education Journal*, 3 (1), 1-13.
22. İyibaş, M. A. (2019). Lise Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeyleri ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişkinin Analizi (Karaman İli Örneği). T.C. Mardin Artuklu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi, Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mardin.
23. Türkmen, Y., Özer, M., Karabulut, N. & Zekioglu, A. (2020). Bireysel Spor Yapanlarda Duygusal Zekâ Düzeylerinin Akademik Not Ortalamaları Açısından Araştırılması. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 5(1), 81-92.
24. Özdemir, H. & Tatar, A. (2019). Genç Yetişkinlerde Yalnızlığın Yordayıcıları: Depresyon, Kaygı, Sosyal Destek, Duygusal Zekâ. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 1 (2), 93-102.
25. Çankaya, M. & Çiftçi, G. E. (2019). Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarında Duygusal Zekanın Etkisi: Çorum İlinde Bir Uygulama. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(2), 391-414.
26. Soylu, P. & Yılmaz, M. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyleri ile Stresle Baş Etme Tarzları Arasındaki İlişki. *Sağlık ve Toplum*, 27(3), 38-48.
27. Büyükbeşe, T., Direkçi, E. & Erşahan, B. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Zekâlarının İletişim Becerilerine ve Bireysel Yenilikçilik Seviyelerine Etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7 (2), 221-236.
28. Akran, S. K. & Kocaman, İ. (2019). Görselleştirmeye Dayalı Etkinliklerin Okul Öncesi Çocuklarının Duygusal Zekâ Düzeyine Etkisi. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 113-123.
29. Kılıç, H. F., Çağlıyan, S. & Dağ, G. S. (2017). Emotional Intelligence Levels of Nursing Students and Affecting Factors. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 275-282.
30. Çolak Okumuş, D. & Uğur, E. (2017). Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 104-109.
31. Çankaya, M. & Eriş, H. (2020). Hemşire ve Ebelerin Duygusal Zekâ Düzeylerinin Tespitine Yönelik Bir Çalışma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(74), 656-664.
32. Güler, H. N. & Marşap, A. (2019). Duygusal Zekâ ve Duygusal Emek Etkileşimi Üzerine Bir Literatür İncelemesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(35), 63-81.
33. Yıldız, D. & Uzunsakal, E. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, (1), 14-28.
34. Gürbüz, S. & Şahin, F. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
35. Çil, S. K. & Gök, G. (2019). Kurumsal Sosyal Sorumluluk. Ankara, İKSAD Publishing House.
36. Yetim, B. & Erigüç, G. (2019). Sağlık Çalışanlarında Duygusal Emek ile İlgili Yapılan Çalışmalara Yönelik Bir İnceleme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 (2), 225-240.
37. Boncukçu, M. & Esen, E. (2020). Duygusal Zekânın Duygusal Emek Davranışı ve Çalışanların Müşterilere Yönelik Davranışına Etkisi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17 (1): 1-16.
38. Onay, M. (2011). Çalışanın Sahip Olduğu Duygusal Zekasının ve Duygusal Emeğinin, Görev Performansı ve Bağlamsal Performans Üzerindeki Etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11 (4), 587-600.
39. Baksı, A. & Durmaz Edeer, A. (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Duygusal Emek ve Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7 (2), 130-137.
40. Yılmaz, G. & Baran Durmaz, G. (2019). Pediatri Hemşirelerinin Empatik Eğilim, Duygusal Emek Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 92-100.
41. Şat, A., Amil, O. & Özdevecioğlu, M. (2015). Duygusal Zekâ ve Duygusal Emek Düzeylerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi: Özel Okul Öğretmenleri ile Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 39 (2), 1-20.
42. Doğan, A. & Sığrı, Ü. (2017). Duygusal Emek: Hemşireler Üzerine Bir Çalışma. *İş ve İnsan Dergisi*, 4(2), 113-126.
43. Öz, S. D. & Baykal, Ü. (2018). Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı ve Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 1-10.
44. Uzuntarla, Y. (2020). Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Yönü: Kişilik, Empati, Duygusal Emek ve Tükenmişlik. Ankara, İKSAD Publishing House.
45. Akdu, U. & Akdu, S. (2016). Duygusal Emek ve İş Stresinin Tükenmişlik Üzerindeki Etkileri: Profesyonel Turist Rehberleri Üzerinde Bir Araştırma. *Journal of International Social Research*, 9(47), 1142-1155.
46. Eroğlu, Ş. (2014). Örgütlerde Duygusal Emek ve Tükenmişlik İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 147-160.
47. Koçak, O. & Gürsoy, G. (2018). Duygusal Emek ve Tükenmişlik İlişkisi. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 7(17), 161-181.
48. Köse, S., Oral, L. & Türesin, H. (2011). Duygusal Emek Davranışlarının İşgörenlerin Tükenmişlik Düzeyleri ile İlişkisi Üzerine Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *İşletme Fakültesi Dergisi*, 12(2), 165-185.
49. Krumboltz, S.M. & Geddes, D. (2000). Exploring the Dimensions of Emotional Labor: The Heart of Hochschild's Work. *Management Communication Quarterly* 14(1), 8-49.

Araştırma / Research Article

Tip 2 diyabetes mellitus tanılı bireylerde egzersiz alışkanlıkları ve diyabet öz yeterliliği

Exercise habits and diabetes self-efficacy in individuals with type 2 diabetes mellitus

Sibel Küçük¹, Perver Karşıgil², Dilek Uludaşdemir³, İkbâl Güven⁴¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, sibel_9741@hotmail.com, 0000-0001-9009-1871² Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, pervermst@gmail.com, 0000-0001-9996-7622³ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, d.uludasdemir@gmail.com, 0000-0002-2910-2110⁴ Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Diyabet Eğitim Hemşiresi, Ankara, guvenikbal@gmail.com, 0000-0002-5310-2524

ÖZ

Amaç: Bu çalışma Tip 2 Diyabetes Mellitus tanılı bireylerin egzersiz alışkanlıkları ve diyabet öz yeterliliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır. Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı almış 793 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler veri toplama formu ve Diyabet Öz Yeterlilik Ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 58,95 ± 11,40, diyabet tanı alma süresi 9,73 ± 7,71 yıl olan Tip 2 DM tanılı bireylerin çoğunluğu kadın ve ilköğretim düzeyi eğitime sahip ve obezdir. Bireylerin %80,3'ü diyabet konusunda eğitim almamıştır. Eğitim alanlar sıklıkla diyabet hemşiresinden (%69,9) eğitim almış, eğitim sonunda %65,4'ünün günlük yaşamında değişiklik olduğu bildirilmiştir. Bireylerin %77,6'sı egzersiz ve diyabet, %83,1'inin egzersiz ve beslenme, %55,4'ü egzersiz ve kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi bilmemekte, %88,9'u egzersiz türü olarak yürüyüşü tercih etmektedir. Bireylerin yaş, cinsiyet, diyabet tanı yılları, diyabet eğitimi alma, eğitim sonunda günlük yaşamında değişiklik olma, günlük yaşamında yürüme ve araç tercihi ile Diyabet Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır (p<0,05). Diyabet eğitimlerini tekrarlı ve hemşirelerden alma diyabet öz yeterliliği puanlarını yükseltmektedir. **Sonuç:** Diyabet öz yeterliliğinde yaşın ileri olması, kadın cinsiyet, hastalık tanı süresi önemli ve bu gruplarda diyabet öz yeterliliğinin düşük olduğu, Tip 2 Diyabetes Mellituslu bireylerin egzersiz ve diyabet, egzersiz ve beslenme arasındaki ilişkiyi bilmedikleri görülmektedir. Diyabetik bireylere bireyselleştirilmiş ve tekrarlı olarak verilen eğitimlerin egzersiz farkındalıklarını ve diyabet öz yeterliliklerini arttıracakı düşünülmektedir

Anahtar Kelimeler:
Tip 2 Diyabetes Mellitus,
Egzersiz, Öz Yeterlilik.

Key Words:
Type 2 Diabetes Mellitus,
Exercise, Self-Efficacy.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
Bölümü, Ankara, sibel_9741@
hotmail.com.

DOI:
10.52880/sagakaderg.1002512

Gönderme Tarihi/Received Date:
1.10.2021

Kabul Tarihi/Accepted Date:
09.03.2022

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the exercise habits and diabetes self-efficacy of individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. **Materials and Methods:** The research was conducted in descriptive and cross-sectional type. The sample of the study consisted of 793 people diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus. Data were collected with data collection form and Diabetes Self-Efficacy Scale. **Results:** The majority of individuals diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus (DM) with a mean age of 58.95 ± 11.40 years and duration of diagnosis of diabetes 9.73 ± 7.71 years are female, have a primary education level, and are obese. The rate of individuals who have not received any education on diabetes is 80.3%. Trainees often received training from diabetes nurses (69.9%), and it was reported that 65.4% had a change in their daily life at the end of the training. The individuals of 77.6% do not know the relationship between exercise and diabetes, 83.1% do not know the relationship between exercise and nutrition, 55.4% do not know the relationship between exercise and weight control. The percentage of individuals who prefer walking as an exercise type is 88.9%. There is a statistically significant difference between the individuals' age, gender, years of diagnosis of diabetes, receiving diabetes education, changes in their daily life at the end of the education, walking and vehicle preference in daily life, and Diabetes Self-Efficacy Scale total scores (p<0.05). Repetitive diabetes education and receiving from nurses increase diabetes self-efficacy scores. **Conclusion:** Advanced age, female gender, duration of disease diagnosis are important in diabetes self-efficacy, and diabetes self-efficacy is low in these groups. It seems that individuals with Type 2 Diabetes Mellitus do not know the relationship between exercise and diabetes, exercise and nutrition. It is thought that individualized and repetitive trainings given to diabetic individuals will increase their awareness of exercise and diabetes self-efficacy.

GİRİŞ VE AMAÇ

Son otuz yıl boyunca dünyada Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) prevalansında hızlı bir şekilde arttığı ve 2045 yılına kadar 20-79 yaş aralığında beklenen 629 milyon diyabet hastası olacağı tahmin edilmektedir (1). Sedanter yaşam tarzı, sağlıklı beslenme ve şehirleşmeyle yetişkinlerde

Tip 2 DM prevalansı ile güçlü bir şekilde ilişki olduğu bildirilmektedir (1,2).

Egzersiz planlı, yapılandırılmış, tekrarlayıcı ve fiziksel uygunluğu sağlamaya yönelik fiziksel aktivitedir (3). Egzersizin, diyabet kontrol programlarında yer alan en ekonomik strateji olduğu, insülin direncini azaltmanın

yanında komplikasyonların ortaya çıkışını azalttığı bilinmektedir (4). Egzersizin, insülin duyarlılığını ve glisemik kontrolü arttırmanın yanı sıra kardiyovasküler hastalıkların uzun vadede önlenmesine ve ruhsal iyilik haline katkıda bulunduğu belirtilmektedir (5-8). Diyabet hastalarının egzersiz eğitimlerine katılımlarının önemli olduğu ve hipoglisemi dahil olmak üzere pek çok sağlık riskini ortadan kaldırmaya yardımcı olduğu belirtilmiştir (9). Egzersiz metabolizmayı uyarak glikoz alımını ve insülin duyarlılığını arttırırken, kan şekerinin düşmesine katkı sağlamaktadır (10). Wu, Tai ve Sun'ın (2019) yaptıkları nitel bir çalışmada katılımcılar egzersiz sonrası kan glikoz düzeylerinin daha normal olduğunu ve HgA1c değerlerinin düştüğünü ifade etmişlerdir (4). Diyabet hastalığına bağlı komplikasyon riskinin azaltılabilmesi için haftada 150 dakika orta ile kuvvetli yoğunlukta fiziksel aktivite, haftada 75 dakika kuvvetli egzersiz veya haftada en az 3 gün aralıklı egzersiz önerilmektedir (11).

Bu çalışma Tip 2 Diyabetes Mellitus tanılı bireylerin egzersiz alışkanlıkları ve diyabet öz yeterliliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara il merkezinde bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Hastanede 1 diyabet polikliniği bulunmaktadır ve 1 diyabet hemşiresi görev yapmaktadır. Diyabet polikliniğine gelen hastalara diyabet tanımı, evde kendi kendine izlem, beslenme, egzersiz, ayak bakımı, vücut bakımı, alkol ve sigara kullanımı, HbA1c önemi ve takibi, tedaviye uyum, rutin kontroller, insülin tedavisi, hipoglisemi, hiperglisemi ve diyabet komplikasyonları hakkında eğitimler verilmektedir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Ocak 2018- 1 Ocak 2019 tarihleri arasında diyabet eğitim polikliniğine başvuran yaklaşık 1400 hasta oluşturmuştur. Araştırma çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan 793 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütleri

Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- Gönüllü olarak katılmayı kabul etme,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Tip 2 DM tanısı almış olma.

Araştırma Dışı Bırakılma Ölçütleri

- Gönüllü olarak katılmayı kabul etmeme,
- 18 yaşından küçük olma,

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Veri Toplama Formu ve Diyabet Öz Yeterlik Ölçeği (DÖYÖ) ile toplanmıştır.

Veri Toplama Formu

Veri toplama formu 3 ana bölümden oluşmaktadır. Form sosyo-demografik özelliklere ait 10 soru, diyabet eğitimine ait 6 soru ve egzersiz alışkanlıklarına ait 9 soru olmak üzere toplam 25 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

Diyabet Öz yeterlik Ölçeği

Ölçek, Bijl ve arkadaşları tarafından Tip 2 Diyabet hastalarının hastalıklarına özgü öz yeterliliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (12). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Usta Yeşilbalkan tarafından yapılmıştır. Ölçek, 20 madde ve özel beslenme /kilo, fizik egzersiz, kan glukoz izlemi, genel beslenme/tıbbi tedavi kontrolü olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek değerlendirmesi 5'li likert tipte (1 puan=hiç, 2 puan=nadiren, 3 puan=bazen, 4 puan=çoğu zaman, 5 puan=her zaman) yapılmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması öz yeterlilik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin bir ve ikinci uygulamaları arasındaki test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.98, birinci uygulama için cronbach alfa 0.87, ikinci uygulama için cronbach alfa 0.89 bulunmuştur (13). Bu çalışma için cronbach alfa 0.892 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 1 Ocak 2018- 1 Ocak 2019 tarihleri arasında, 1 yıllık süre içerisinde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Okuma yazması olan bireyler veri toplama formunu kendisi doldurmuştur. Okuma yazması olmayan veya veri toplama formunu kendisi dolduramayacak olan bireylere araştırmacılar tarafından okunmuş ve verdikleri yanıtlar kaydedilmiştir. Görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standard sapma, Kruskal-Wallis (KW) ve Mann-Whitney U (MWU) testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmaya başlamadan etik izin (AYBU Etik Kurul/13.12.2017/34) ve katılımcılardan katılımcı onam formu ile izin alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

BULGULAR

Tablo 1. Tip 2 DM Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular (n=793)

Özellikler	n	%
Yaş		
20-40	47	5,9
41-60	373	47,0
61 ve üzeri	373	47,0
Cinsiyet		
Kadın	478	60,3
Erkek	315	39,7
Medeni durum		
Evli	650	82,0
Bekâr	143	18,0
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	660	83,2
Lise	92	11,6
Üniversite	41	5,2
Çalışma durumu		
Çalışan	155	19,5
Çalışmayan	638	80,5
Aylık gelir		
0-2200 TL	638	80,5
2201 TL ve üzeri	155	19,5
Yaşanılan yer		
Köy kasaba	36	4,5
İlçe	671	84,6
Şehir merkezi	86	10,8
Düzenli gelire sahip olma		
Var	669	84,4
Yok	124	15,6
BKİ*		
Zayıf-Normal (18,9 kg/m ² 'nin altı ve 19-24,9 kg/m ²)	111	14,0
Fazla Kilolu (25- 29,9 kg/m ²)	262	33,0
Obez (30- 34,9 kg/m ²)	420	53,0
DM tanı yılı **		
0-1 yıl	131	16,5
2-10 yıl	390	49,2
11-20 yıl	220	27,7
21 yıl ve üzeri	52	6,6
TOPLAM	793	100

*BKİ: Beden kitle indeksi
** DM: Diyabetes mellitus

Küçük et al.: Exercise and self-efficacy in individuals with diabetes

Araştırmaya katılan Tip 2 DM tanılı bireylerin yaş ortalaması 58,95 ± 11,40 yıl (min:20 max:85), %60,3'ü kadın, %82'si evli, %83,2'si ilköğretim ve altı mezundur. Tip 2 DM tanılı bireylerin %84,4'ünün düzenli geliri bulunmakta, %80,5'i herhangi bir işte çalışmamakta, %84,6'sı ilçe merkezinde yaşamakta ve %80,5'inin aylık geliri 2200 TL ve altındadır. Tip 2 DM tanılı bireylerin %53'ü obez ve ortalama tanı yılı 9,73 ± 7,71 dir. BKİ sınıflamasında zayıf kategorisinde bulunan Tip 2 DM tanılı bireyler az olduğu (n=3) için normal kategoride yer alan bireylerle birlikte verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Tip 2 DM Tanılı Bireylerin Diyabet Eğitimi ve Egzersiz Özelliklerine Ait Bulgular (n=793)

Özellikler	n	%
Diyabet eğitimi alma durumu (n=793)		
Evet	156	19,7
Hayır	637	80,3
En son diyabet eğitimi alma zamanı (n=156)		
0-1 yıl önce	45	28,8
2-10 yıl önce	97	62,2
11 yıl ve üzeri	14	9,0
Diyabet eğitimi verilen yer (n=156)		
Üniversite hastanesi	16	10,3
Eğitim araştırma hastanesi	56	35,9
Devlet hastanesi	70	44,8
Diğer *	14	8,9
Eğitim alınan sağlık çalışanı (n=156)		
Hemşire	109	69,9
Diğer**	47	30,1
Eğitim alma sayısı (n=156)		
1 kez	96	61,5
2 ve üzeri	60	38,5
Eğitim sonunda günlük yaşamında değişiklik olma durumu (n=156)		
Evet	102	65,4
Hayır	54	34,6
Egzersiz ve diyabet ilişkisini bilme (n=793)		
Biliyor	178	22,4
Bilmiyor	615	77,6
Egzersiz ve beslenme arasındaki ilişkiyi bilme (n=793)		
Biliyor	134	16,9
Bilmiyor	659	83,1
Egzersiz ve kilo kontrolü ilişkisini bilme (n=793)		
Biliyor	354	44,6
Bilmiyor	439	55,4
Egzersiz türü (n=332)		
Yürüyüş	295	88,9
Diğer***	37	11,1
Egzersiz yapma sıklığı (n=332)		
Günde bir kez	208	62,7
Haftada bir kez	111	33,4
Ayda bir kez	13	3,9
Egzersiz yapma süresi (n=332)		
0-30 dk/gün	195	58,7
31-60 dk/gün	116	34,9
61 dk ve üzeri/gün	21	6,3
Günlük yaşantıda yürüme ve araç tercihi (n=793)		
Yürüme	460	58,0
Araç	333	42,0
Toplu taşıma araçlarından bir durak önce inme tercihi (n=793)		
Evet	284	35,8
Hayır	509	64,2
Toplu taşıma araçlarından bir durak sonra inme tercihi (n=793)		
Evet	261	32,9
Hayır	532	67,1

*Eczane, ilaç firması, sağlık ocağı
**Doktor, eczacı, firma personeli, diyetisyen
***El-kol-bacak hareketleri, aletlerle egzersiz, boks

Tip 2 DM tanılı bireylerin %80,3'ü diyabet eğitimi almamış ve diyabet eğitim alanların %62,2'si 2-10 yıl önce eğitim almıştır. Diyabet eğitimlerinin %44,8'i devlet hastanesinde verilmiş ve Tip 2 DM tanılı bireylerin %69,9'u eğitimini diyabet hemşiresinden almıştır. Tip 2 DM tanılı bireylerin diyabet eğitimi alanların %61,5'i bir kez eğitim almış ve %65,4'ünün eğitim sonunda günlük yaşamında değişiklik olmuştur (Tablo 2).

Tip 2 DM tanılı bireylerin %77,6'sı egzersiz ve diyabet, %83,1'inin egzersiz ve beslenme, %55,4'ünün ise egzersiz ve kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi bilmediği belirlenmiştir. Tip 2 DM tanılı bireylerin %88,9'u egzersiz türü olarak yürüyüşü tercih etmektedir. Tip 2 DM tanılı bireylerin %26,2'sinin egzersiz yapma sıklığı günde bir kez ve %58,7'si 0-30 dakika egzersiz yapmakta, günlük yaşantılarında %58'i yürümeyi %42'si araçla ulaşımı tercih etmektedir. Tip 2 DM tanılı bireylerin %35,8'i toplu taşıma araçlarından bir durak önce, %32,9'u ise bir durak sonra inmeyi tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tip 2 DM tanılı bireylerin yaş, cinsiyet, BKİ, ve DM tanı yılları ile Diyabet Öz Yeterlilik Ölçek (DÖYÖ) toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, düzenli gelir durumu, aylık gelir miktarı ile DÖYÖ puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). DÖYÖ alt boyutlarından genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü ile yaş, cinsiyet, BKİ, ve DM tanı süresi, fizik egzersiz alt boyutu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, BKİ, ve DM tanı süresi arasında ve kan şekeri alt boyutunda ise yaş ve cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin diğer alt boyutu olan özel beslenme ve kilo ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tip 2 DM tanılı bireylerin DÖYÖ toplam puanları ile DM eğitim alma durumu ve eğitim sonunda günlük yaşamında değişiklik olma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). En son DM eğitim alma zamanı, eğitim verilen yer, eğitim alınan sağlık çalışanı ve eğitim alma sayısı ile DÖYÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin alt boyutlarından kan şekeri ile DM eğitim alma durumu ve eğitim sonunda günlük yaşamında değişiklik olma durumu ile ölçeğin bütün alt boyutları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 5). Ölçeğin diğer alt boyutları ile tip 2 DM tanılı bireylerin eğitim özellikleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tip 2 DM tanılı bireylerin DÖYÖ toplam puanlarıyla egzersiz ve DM, egzersiz ve beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi bilme arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Günlük yaşantıda yürüme ve araç tercihi, toplu taşıma araçlarından bir durak önce

ve bir durak sonra inme ile DÖYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Egzersiz ile beslenme ve egzersiz ile kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi bilme durumları ile ölçeğin tüm alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Günlük yaşantıda yürüme ve araç tercihi, toplu taşıma araçlarından bir durak önce ve bir durak sonra inme ile genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü, özel beslenme ve kilo, fiziksel egzersiz alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Egzersiz ve diyabet ilişkisini bilme durumu ile fizik egzersiz ve kan şekeri alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Egzersiz yapma sıklığı ile ölçeğin fizik egzersiz alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tip 2 DM tanılı bireylerin diğer egzersiz özellikleri ile ölçeğin alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan Tip 2 DM tanılı bireylerin çoğunluğunun literatürle (14-17) benzer şekilde kadın, ilköğretim düzeyde eğitime sahip ve obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bu araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde Arda Sürücü ve Samancıoğlu Tip 2 DM bireylerin yaş ortalamasını 56,21 yıl ve diyabet tanı süresini 8,45 yıl olduğunu (14), Üren ve Yılmaz Karabulutlu ise %86,7'sinin çalışmadığını bildirmiştir (Tablo 1), (18). Ayrıca bu çalışmada bireylerin büyük çoğunluğunun düzenli bir gelirleri olmasına karşın aylık gelir seviyesinin düşük olduğu, aylık gelir düzeyinin diyabet öz yeterliliği için anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 1, Tablo 3). Gelir düzeyinin diyabet öz yeterliliği için anlamlı olmaması dikkat çekicidir.

Bireylerin büyük çoğunluğunun 2-20 önce diyabet tanısı aldığı ve diyabet tanısı alma süresi ile diyabet öz yeterliliği arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 1, Tablo 3). Yeni tanı alan bireylerin öz yeterlilikleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun yeni hastalık tanısı alınması ile hastalığa olan ilginin artması, eğitimlerin hemen tanı sonunda alınması nedeniyle bilgilerin taze olması gibi nedenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Bireylerin yaş, cinsiyet, BKİ, diyabet tanı alma süresi ile DÖYÖ puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Literatürde ileri yaşın daha iyi glisemik kontrol sağladığı bildirilmesine karşın (19-21) bu çalışma için ileri yaş diyabet öz kontrolünü azaltmaktadır. Duarte ve arkadaşları (22) ile Irony ve arkadaşlarının (23) bildirdiği gibi kadınların erkeklere göre diyabet öz yeterliliklerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 3). Egzersiz ile BKİ indeksi arasında doğrudan bir ilişki olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada obez bireylerin

Tablo 3. Tip 2 DM Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özellikler ile Diyabet Öz Yeterlik Ölçeği (DÖYÖ) Puanların Karşılaştırılması

Özellikler	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü			Diyabet Öz Yeterlik Ölçeği Alt Boyutları			Kan Şekeri			DÖYÖ Genel Toplam		
	Ort/Sd	Analiz		Özel Beslenme ve Kilo	Analiz	Ort/Sd	Fizik Egzersiz	Analiz	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz
Yaş												
20-40	35,29±6,99	H=8,270		17,40±5,51	H=2,631	10,87±3,04	11,97±3,26	H=20,178	11,97±3,26	H=9,935	75,55±15,01	H=11,530
41-60	32,79±7,35	p=0,016		16,28±6,11	p=0,268	9,28±3,55	10,78±3,52	p=0,000	10,78±3,52	p=0,007	69,15±16,65	p=0,003
61 ve üzeri	31,91±7,91			15,78±6,42		8,49±3,97	10,32±3,67		10,32±3,67		66,53±17,42	
Cinsiyet												
Kadın	32,05±7,63	U=67964,0		15,86±6,16	U=70510,50	8,60±3,67	10,48±3,59	U=63514,50	10,48±3,59	U=70247,50	67,01±16,63	U=66402,00
Erkek	33,23±7,58	p=0,020		16,50±6,34	p=0,130	9,62±3,85	10,87±3,59	p=0,000	10,87±3,59	p=0,005	70,23±17,53	p=0,005
Medeni Durum												
Evlü	32,59±7,62	U=45124,0		16,17±6,31	U=44857,00	9,07±3,83	10,62±3,66	U=43841,50	10,62±3,66	U=46416,00	68,46±17,24	U=44264,50
Bekâr	32,23±7,67	p=0,586		15,86±5,87	p=0,513	8,71±3,50	10,72±3,30	p=0,286	10,72±3,30	p=0,981	67,53±16,20	p=0,373
Eğitim Durumu												
İlköğretim	32,30±7,78	H=3,034		15,98±6,30	H=2,355	8,83±3,77	10,52±3,60	H=8,995	10,52±3,60	H=5,436	67,64±17,23	H=5,493
Lise	33,55±7,10	p=0,219		17,04±6,04	p=0,308	9,75±3,75	10,94±3,79	p=0,011	10,94±3,79	p=0,066	71,29±16,86	p=0,064
Üniversite	33,87±6,03			16,24±5,52		10,14±3,51	11,82±2,80		11,82±2,80		72,09±13,36	
Meslek												
Çalışan	33,20±7,43	U=46249,50		16,66±5,95	U=46638,00	10,01±3,68	10,78±3,59	U=40018,50	10,78±3,59	U=48050,000	70,66±16,67	U=44439,50
Çalışmayan	32,36±7,67	p=0,211		15,98±6,30	p=0,271	8,76±3,75	10,60±3,60	p=0,000	10,60±3,60	p=0,582	67,72±17,11	p=0,050
Yaşadığı Yer												
Köy Kasaba	29,86±8,31	H=4,572		15,94±5,85	H=0,750	8,41±3,74	9,55±3,53	H=1,170	9,55±3,53	H=3,804	63,77±17,46	H=2,391
İlçe Merkezi	32,65±7,59	p=0,102		16,19±6,24	p=0,687	9,05±3,76	10,70±3,57	p=0,557	10,70±3,57	p=0,149	68,60±17,03	p=0,303
İl Merkezi	32,66±7,51			15,59±6,35		8,88±3,88	10,63±3,78		10,63±3,78		67,77±17,22	
Düzenli Gelir												
Evet	32,54±7,67	U=40897,0		16,12±6,31	U=41003,0	8,99±3,81	10,66±3,59	U=41384,00	10,66±3,59	U=40819,00	68,32±17,10	U=41384,00
Hayır	32,42±7,44	p=0,804		16,08±5,80	p=0,839	9,08±3,58	10,54±3,63	p=0,968	10,54±3,63	p=0,777	68,13±16,87	p=0,968
Aylık Gelir												
0-2200tl	32,54±7,69	U=49218,0		16,03±6,20	U=47357,50	8,99±3,84	10,68±3,57	U=49142,00	10,68±3,57	U=47683,50	68,26±17,16	U=48934,00
2201tl ve üzeri	32,46±7,39	p=0,929		16,45±6,37	p=0,413	9,06±3,48	10,44±3,70	p=0,905	10,44±3,70	p=0,488	68,42±16,67	p=0,842
Beden Kitle İndeksi (BKİ)												
Zayıf-Normal	32,73±8,19	H=11,627		17,21±6,39	H=7,732	9,55±4,13	10,26±3,77	H=13,018	10,26±3,77	H=4,824	69,77±18,40	H=8,856
Fazla Kilolu	33,03±7,72	p=0,009		16,97±6,09	p=0,052	9,44±3,72	10,50±3,57	p=0,005	10,50±3,57	p=0,185	69,95±17,14	p=0,012
Obez	32,15±7,42			15,29±6,18		8,59±3,66	10,83±3,56		10,83±3,56		66,87±16,54	
Diyabet Tanısı Alma Süresi												
0-1 yıl	34,38±7,87			17,35±6,25		9,82±3,78	10,77±3,84		10,77±3,84		72,34±18,07	
2-10 yıl	32,16±7,74	H=11,627		15,66±6,18	H=7,732	9,11±3,73	10,37±3,68	H=13,018	10,37±3,68	H=4,824	67,32±17,32	H=10,221
11-20 yıl	32,23±7,37	p=0,009		16,17±6,31	p=0,052	8,57±3,79	10,86±3,28	p=0,005	10,86±3,28	p=0,185	67,85±16,06	p=0,017
21 yıl ve üzeri	31,78±6,71			16,11±6,05		8,00±3,53	11,38±3,45		11,38±3,45		67,28±15,34	

U: Man Whitney U testi

H: Kruskal Wallis H Testi

p<0,05

Tablo 4. Tıp 2 DM Tanılı Bireylerin Eğitim Özellikleri ile DÖYÖ Puanların Karşılaştırılması

Özellikler	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü		Özel Beslenme ve Kilo		Fizik Egzersiz		Kan Şekeri		DÖYÖ Genel Toplam	
	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz
Diyabet eğitimi alma durumu										
Evet	33,38±7,32	U= 45665,000	16,96±5,96	U= 44834,500	9,23±3,69	U= 47813,50	11,68±2,96	U= 40073,000	71,26±16,10	U= 43733,000
Hayır	32,31±7,69	P= 0,116	15,91±6,28	P= 0,058	8,95±3,79	P= 0,463	10,38±3,69	P= 0,000	67,57±17,21	P= 0,020
En son diyabet eğitimi alma zamanı										
0-1 yıl önce	33,66±7,86		17,06±6,44		9,46±3,89		11,68±3,16		71,88±17,32	
2-10 yıl önce	33,48±7,17	H= 1,217 P= 0,544	16,91±5,93	H= 1,46 P= 0,930	9,25±3,62	H= 1,460 P= 0,482	11,87±2,88	H= 4,100 P= 0,129	71,53±15,86	H= 1,636 P= 0,441
11 yıl ve üzeri	31,78±6,91		16,92±4,89		8,28±3,70		10,35±2,70		67,35±14,13	
DM eğitimi verilen yer										
Üniversite hast,	34,56±5,52		16,81±4,87		9,18±3,29		11,81±3,56		72,37±13,15	
Eğitim araştırma hast,	34,00±7,79	H= 2,412 P= 0,299	17,51±6,26	H= 1,817 P= 0,403	9,33±3,90	H= 3,300 P= 0,861	11,42±2,84	H= 682 P= 0,711	72,28±17,25	H= 1,692 P= 0,429
Devlet hastanesi	32,42±7,28		16,21±6,05		9,00±3,39		11,52±3,00		69,17±15,41	
Eğitim alınan sağlık kuruluşu										
Hemşire	33,77±7,20	U= 1243,500	17,04±6,09	U= 1494,000	9,11±3,64	U= 1575,000	11,66±3,01	U= 1380,500	71,59±16,09	U= 1323,000
Diğer*	31,17±7,72	P= 0,078	16,72±5,56	P= 0,650	9,17±3,61	P= 0,977	11,13±2,86	P= 0,290	68,20±15,46	P= 0,178
Eğitim alma sayısı										
1 kez	32,70±7,70	U= 2558,000	16,31±6,24	U= 2434,500	8,92±3,76	U= 2520,000	11,51±2,99	U= 2610,500	69,45±17,00	U= 2380,500
2 ve üzeri	34,46±6,48	P= 0,240	18,00±5,38	P= 0,104	9,71±3,56	P= 0,188	11,96±2,92	P= 0,320	74,15±14,21	P= 0,069
Eğitim sonunda günlük yaşamında değişiklik olma durumu										
Evet	34,88±6,47	U= 1862,000	17,91±5,75	U= 2024,500	10,05±3,70	U= 1731,000	12,34±2,78	U= 1684,000	75,19±14,74	U= 1685,500
Hayır	30,55±8,03	P= 0,001	15,16±5,99	P= 0,006	7,66±3,17	P= 0,000	10,44±2,93	P= 0,000	63,83±16,06	P= 0,000

*Doktor, eczacı, firma pers., diyetisyen

U: Man Whitney U testi

H: Kruskal Wallis H Testi

p<0,05

Tablo 5. Tip 2 DM Tanılı Bireylerin Egzersiz Özellikleri ile DÖYÖ Puanların Karşılaştırılması

Özellikler	DÖYÖ Alt Boyutları				DÖYÖ Genel Toplam			
	Genel Beslenme ve Tıbbi Tedavi Kontrolü		Özel Beslenme ve Kilo		Fizik Egzersiz		Kan Şekeri	
	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz	Ort/Sd	Analiz
Egzersiz ve diyabet ilişkisini bilme								
Biliyor	33,24±6,64	U= 51545,500	16,56±5,70	U= 52352,000	9,70±3,63	U= 47370,500	11,56±3,13	U= 45007,500
Bilmiyor	32,31±7,88	p= 0,236	15,98±6,38	p= 0,375	8,80±3,79	p= 0,006	10,37±3,68	p= 0,000
Egzersiz ve beslenme arasındaki ilişkiyi bilme								
Biliyor	34,53±6,35	U= 36296,500	17,67±5,51	U= 36850,000	10,54±3,32	U= 31870,500	11,76±3,34	U= 34261,500
Bilmiyor	32,11±7,81	p= 0,001	15,80±6,33	p= 0,002	8,69±3,78	p= 0,000	10,41±3,60	p= 0,000
Egzersiz ve kilo kontrolü ilişkisini bilme								
Biliyor	33,74±6,97	U= 64947,000	16,78±5,91	U= 69644,000	9,73±3,61	U= 62234,500	11,21±3,31	U= 65987,000
Bilmiyor	31,54±8,00	p= 0,000	15,58±6,44	p= 0,012	8,42±3,80	p= 0,000	10,18±3,75	p= 0,000
Egzersiz türü								
Yürüyüş	34,57±6,78	U= 4920,500	17,40±5,61	U= 5152,000	11,09±3,11	U= 4745,500	10,89±3,58	U= 4812,500
Diğer	33,43±7,24	p= 0,329	16,78±6,26	p= 0,578	10,13±3,85	p= 0,193	11,81±2,78	p= 0,237
Egzersiz yapma sıklığı								
Gün	34,84±6,97	H= 2,801	17,81±5,64	H= 2,470	11,48±3,20	H= 14,485	11,04±3,53	H= 7,33
Hafta	33,84±6,42		16,83±5,68	p= 0,291	10,30±3,08	p= 0,001	10,91±3,30	p= 0,693
Ay	34,92±8,48	p= 0,246	17,07±5,20		9,92±2,69		11,30±4,21	
Günlük yaşantıda yürüme ve araç tercihi								
Yürüme	33,59±7,13	U= 62442,000	17,23±5,81	U= 58559,500	10,06±3,48	U= 47720,000	10,67±3,53	U= 76516,000
Araç	31,04±8,04	p= 0,000	14,57±6,48	p= 0,000	7,55±3,68	p= 0,000	10,60±3,69	p= 0,981
Toplu taşıma araçlarından bir durak önce inme tercihi								
Evet	33,82±7,20	U= 61353,500	17,48±5,56	U= 58731,000	10,35±3,35	U= 49012,500	10,79±3,48	U= 70099,500
Hayır	31,80±7,77	p= 0,000	15,35±6,46	p= 0,000	8,25±3,78	p= 0,000	10,55±3,66	p= 0,478
Toplu taşıma araçlarından bir durak sonra inme tercihi								
Evet	34,45±6,62	U= 55232,000	17,99±5,41	U= 52155,500	10,49±3,31	U= 46023,500	10,73±3,44	U= 68719,500
Hayır	31,58±7,91	p= 0,000	15,19±6,41	p= 0,000	8,28±3,77	p= 0,000	10,59±3,67	p= 0,814

*El-kol-bacak hareketleri, aletlerle egzersiz, boks

U: Man Whitney U testi

H: Kruskal Wallis H Testi

p<0,05

öz yeterliliklerinin daha düşük olması normal olarak değerlendirilmiştir (18, 24).

Tip 2 DM tanılı bireylerin diyabet eğitimi alma oranlarının oldukça düşük olduğu, en son 2-10 yıl önce diyabet eğitimi aldıkları, yalnızca bir kez diyabet eğitimi alanların oranının yüksek olduğu, en fazla devlet hastanesinden ve hemşirelerden eğitim alındığı görülmektedir (Tablo 2). Kılıç ve Aslan tip 2 DM tanılı bireylerin %87,7'sinin diyabet eğitimi aldığı, eğitimlerin alanların %82,5'inin hekimler tarafından yapıldığını bildirmektedir (25). Bu çalışmada diyabet eğitimi alma oranlarının düşük olmasına karşın çoğunlukla hemşirelerden eğitim alınması önemli bulunmuştur.

Diyabet eğitimi alma ile diyabet öz yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Anlamlı fark oluşturmaya da diyabet eğitimlerini hemşirelerden alma, 1 yıldan önce ve 2 kez ve üzerinde alma diyabet öz yeterliliği arttırmaktadır ($p>0,05$). En son diyabet eğitimi alma zamanı arttıkça ölçekten alınan puanlar düşerken, eğitim sayısı arttıkça diyabet öz yeterlikleri artmaktadır (Tablo 4). Diyabet eğitimi alan Tip 2 diyabetlilerde diyabet öz yeterliliklerinin arttığı bildirilmiştir (26). Hemşireler tarafından tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimlerin sağlık davranışlarını geliştirdiği, öz-etkililiği ve tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmektedir (27, 28). Düzenli ve tekrarlı verilen diyabet eğitimlerinin bireylerin öz yeterliklerini arttıracığı düşünülmektedir, Hemşire liderliğindeki kendi kendine diyabet yönetimi eğitiminin 6 ayda HbA1c'de daha büyük bir düşüş sağlayabileceği belirtilmektedir (29). Hemşirelerin bu eğitimlerin verilmesinde teori ve uygulamanın bütünleştirilmesinde anahtar rol oynayabileceği söylenebilir.

Sağlık profesyonellerinin Tip 2 diyabetli hastalara verdikleri beslenme, kendi kendine kan şekeri izlemi, egzersiz gibi eğitimlerin HbA1c seviyelerinin önemli ölçüde azaldığı (30), metabolik değerlerinin normal değerlere ulaştığı, bireylere öz yönetim kazandırdığı (31) bildirilmektedir. Bu çalışmada da diyabet eğitimi alma bireylerin günlük yaşamında değişiklik oluşturduğu ve günlük yaşamında değişiklik olan bireylerin DÖYÖ'ü toplam ve tüm alt boyut puanlarının yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 2, Tablo 5). Düzenli eğitim ve takip sistemlerinin olması diyabetin kontrol altında tutulmasını kolaylaştıracağı söylenebilir.

Bu çalışmada Tip 2 DM tanılı bireylerin büyük bir kısmı egzersiz yapmadığı, egzersiz türü olarak yürüyüşü tercih edildiği ve çoğunlukla günde bir kez 30 dakikalık yürüyüşler yapıldığı ve yürüyüş yapmayı araca binmeye tercih etmelerine rağmen toplu taşıma araçlarından bir durak önce veya bir durak sonra inmeyi tercih etmedikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Günlük yaşamında araç yerine yürümeyi tercih eden Tip 2 DM'li bireylerin DÖYÖ'nin tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olması (Tablo 5) yürüyüş yapmanın yararlarını bilen ve düzenli yürüyüş yapan bireylerin diyabet öz yeterliliklerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Kılıç ve Aslan'ın yaptığı çalışmada da diyabetli bireylerin %52,6'sının düzenli egzersiz yapmadığı tespit edilmiştir (25). Bu çalışma için bireylerin büyük çoğunluğunun 40 yaş üzerinde olması egzersiz olarak yürüyüşü tercih etmelerine neden olmuş olabilir. Ayrıca Tip 2 DM tanılı bireylerin egzersiz ile DM, beslenme ve kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi çoğunluğunun bilmediği görülmektedir (Tablo 2). Amerikan Diyabet Derneği diyabetli bireylerin, haftada 3-5 kez ve 30-45 dakika egzersiz yapmasını önermesine (11) ve düzenli yürüyüş yapmanın HbA1c düzeyini düşürmesine (32) karşın bireylerin bu konuda yeterince bilgi sahibi olmamaları önemli bulunmuştur. Egzersiz ve diyabet, egzersiz ve beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi bilen Tip 2 DM tanılı bireylerin ölçeğin tüm alt boyutlarında ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olması ve anlamlı fark oluşturmaya önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5). Diyabetli bireylerin hastalık ve dolayısıyla hastalık yönetimi bilgilerinin artmasının öz yeterliklerini de olumlu yönde etkileyeceği görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan diyabetik bireylerin çoğunun obez olduğu ve egzersiz konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Diyabet öz yeterliliğinde yaşın ileri olması, kadın cinsiyet, BKİ, hastalık tanı süresinin anlamlı olduğu ve bu gruplarda diyabet öz yeterliliğinin düşük olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin egzersiz ve diyabet, egzersiz ve beslenme arasındaki ilişkiyi bilmedikleri görülmektedir. Hemşirelerden tekrarlı olarak alınan diyabet eğitimleri bireylerin diyabet özyeterliliği puanlarını yükseltmektedir. Diyabetik bireylerde egzersiz bilincinin yayılması için bireyselleştirilmiş eğitim planları yapılmasının ve farkındalık kazandırılmasının önemli olduğu görülmektedir. Bu kapsamda sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşireler eğitici ve danışmanlık rollerini kullanarak diyabetli bireylerin gereksinimlerini belirlemeli, planladıkları düzenli, tekrarlı bireysel ve grup eğitimleri ile diyabetli bireylerin diyabet özyeterliliklerinin gelişmesine katkı sağlamalıdır. Diyabet yönetimi konusunda sağlık çalışanları ve hemşirelerin yetkinliklerinin artırılması, diyabet eğitimlerinin uzmanlaşmış hemşireler tarafından ve tekrarlı olarak verilmesi, farklı ve büyük gruplarla çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., & Malanda, B. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 138, 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>.
- Ogurtsova, K., da Rocha Fernandes, J. D., Huang, Y., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Cho, N. H., ... & Makaroff, L. E. (2017). IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 128, 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.024>.
- Dasso N. A. (2019). How is exercise different from physical activity? A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/nuf.12296>.
- Wu, F. L., Tai, H. C., & Sun, J. C. (2019). Self-management experience of middle-aged and older adults with type 2 diabetes: a qualitative study. *Asian Nursing Research*, 13(3), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.06.002>.
- Karjalainen, J. J., Kiviniemi, A. M., Hautala, A. J., Piira, O. P., Lepojärvi, E. S., Perkiömäki, J. S., ... & Tulppo, M. P. (2015). Effects of physical activity and exercise training on cardiovascular risk in coronary artery disease patients with and without type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 38(4), 706–715. <https://doi.org/10.2337/dc14-2216>.
- Koivula, R. W., Tornberg, A. B., & Franks, P. W. (2013). Exercise and diabetes-related cardiovascular disease: systematic review of published evidence from observational studies and clinical trials. *Current Diabetes Reports*, 13(3), 372–380. <https://doi.org/10.1007/s11892-013-0373-0>.
- Röhling, M., Herder, C., Roden, M., Stemper, T., & Müsigg, K. (2016). Effects of long-term exercise interventions on glycaemic control in type 1 and type 2 diabetes: a systematic review. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes: official journal, German Society of Endocrinology [and] German Diabetes Association*, 124(8), 487–494. <https://doi.org/10.1055/s-0042-106293>.
- Sardar, M. A., Boghrabadi, V., Sohrabi, M., Aminzadeh, R., & Jalalian, M. (2014). The effects of aerobic exercise training on psychosocial aspects of men with type 2 diabetes mellitus. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 196–202. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p196>.
- American College of Sports Medicine. (2016). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th edition, Philadelphia: PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stocks, B., & Zierath, J. R. (2021). Post-translational modifications: The signals at the intersection of exercise, glucose uptake and insulin sensitivity. *Endocrine Reviews*, bna038, Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1210/edrev/bna038>.
- American Diabetes Association (2018). 4. Lifestyle management: standards of medical care in diabetes-2018. *Diabetes Care*, 41(Suppl 1), 38–50. <https://doi.org/10.2337/dc18-S004>.
- Bijl, J. V., Poelgeest-Eeltink, A. V., & Shortridge-Baggett, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 352–359. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01077.x>.
- Usta Yeşilbalkan, Ö. (2004). Tip 2 diyabetli hastaların kendi bakımlarındaki öz yeterlilikleri, öz bakım güçleri ve bunların etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 11-29.
- Arda Sürücü, H., & Samancıoğlu, S. (2018). Tip 2 diyabetli bireylerde negatif insülin tedavisi algısının yordayıcıları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 10(2), 130-137.
- Emine Şireci, E., & Yılmaz Karabulutlu E. (2017). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (1), 48-55.
- Samancıoğlu, S., Bakır, E., Doğan, U., Karadağ, A., Erkan, E., Aktürk, A., ... & Aktürk, C. (2017). Tip 2 diyabetik hastalara verilen diyabet eğitiminin içeriği ve hastaların hastalık tutumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 1-5.
- Sonmez, A., Yumuk, V., Haymana, C., Demirci, I., Barcin, C., Kırıci, S., ... & TEMD Study Group (2019). Impact of obesity on the metabolic control of type 2 diabetes: results of the Turkish nationwide survey of glycemic and other metabolic parameters of patients with diabetes mellitus (TEMED Obesity Study). *Obesity Facts*, 12(2), 167–178. <https://doi.org/10.1159/000496624>.
- Üren, Y., & Yılmaz Karabulutlu, E. (2018). Tip 2 diyabet hastalarında diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5 (3), 376-386. DOI: 10.17681/hsp.368973.
- Mobula, L.M., Sarfo, F.S., Carson, K.A., Burnham, G., Arthur, L., Ansong, D., ... & Ofori-Adjei, D. (2018). Predictors of glycemic control in type-2 diabetes mellitus: Evidence from a multicenter study in Ghana. *Translational Metabolic Syndrome Research*, 1, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.tmsr.2018.09.001>.
- Barrot-de la Puente, J., Mata-Cases, M., Franch-Nadal, J., Mundet-Tuduri, X., Casellas, A., Fernandez-Real, J. M., & Mauricio, D. (2015). Older type 2 diabetic patients are more likely to achieve glycaemic and cardiovascular risk factors targets than younger patients: analysis of a primary care database. *International Journal of Clinical Practice*, 69(12), 1486–1495. <https://doi.org/10.1111/ijcp.1274>.
- Shamshirgaran, S. M., Mamaghanian, A., Aliasgarzadeh, A., Aiminisani, N., Iranparvar-Alamdari, M., & Ataie, J. (2017). Age differences in diabetes-related complications and glycemic control. *BioMed Central Endocrine Disorders*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12902-017-0175-5>.
- G Duarte, F., da Silva Moreira, S., Almeida, M., de Souza Teles, C. A., Andrade, C. S., Reingold, A. L., & Moreira, E. D., Jr (2019). Sex differences and correlates of poor glycaemic control in type 2 diabetes: a cross-sectional study in Brazil and Venezuela. *BMJ Open*, 9(3), e023401. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023401>.
- Irony, A., Magnezi, R., & Vilensky Sela, Y. (2021). Self-Efficacy effects of maccabi telcare center diabetes mellitus intervention: do men and women benefit equally?. *Research and Theory for Nursing Practice*, RTNP-D-20-00083, Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-20-00083>.
- Kara, K., & Çınar, S. (2011). Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(2), 57-63. doi: 10.5505/kjms.2011.41736.
- Kılıç, M., & Arslan, S. (2018). Tip 2 diyabetli bireylerin sağlık kontrol odaklarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12 (2), 126-135. DOI: 10.21763/tjfm.432547.
- Arda Sürücü, H., & Büyükkaya Besen, D. (2018). Predictors of empowerment in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 29(6), 506–513. <https://doi.org/10.1177/1043659617750259>.
- Atallah, R., Côté, J., & Bekarian, G. (2019). Évaluation des effets d'une intervention infirmière sur l'adhésion thérapeutique des personnes diabétiques de type 2 [Evaluation of the effects of a nursing intervention on the therapeutic adherence of people with type 2 diabetes]. *Recherche en soins infirmiers*, (136), 28–42. <https://doi.org/10.3917/rsi.136.0028>.
- Azami, G., Soh, K. L., Sazlina, S. G., Salmiah, M. S., Aazami, S., Mozafari, M., & Taghinejad, H. (2018). Effect of a nurse-led diabetes self-management education program on glycosylated hemoglobin among adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 4930157. <https://doi.org/10.1155/2018/4930157>.

29. Tang, P. C., Overhage, J. M., Chan, A. S., Brown, N. L., Aghighi, B., Entwistle, M. P., ... & Young, C. Y. (2013). Online disease management of diabetes: engaging and motivating patients online with enhanced resources-diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 20(3), 526–534. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001263>.
30. Bayraktar, A. (2019). Tip 2 diyabetli bireylere mobil telefonları aracılığı ile uzaktan verilen video eğitiminin etkinliğinin incelenmesi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
31. Sezgin, H., & Çınar, S. (2013). Tip 2 diyabetli hastaların cep telefonu ile takibi: randomize kontrollü çalışma. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 3(4): 173-183. DOI: 10.5455/musbed.20131203074020.
32. Sung, K., & Bae, S. (2012). Effects of a regular walking exercise program on behavioral and biochemical aspects in elderly people with type II diabetes. *Nursing & Health Sciences*, 14(4), 438–445. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00690.x>

The effect of the covid-19 pandemic on the psychological status of 112 emergency health services personnel

Covid-19 pandemisinin 112 acil sağlık hizmetleri personellerinin psikolojik durumuna etkisi

Aliye Bulut¹, Erhan Atıcı²

¹ Gaziantep Islamic Science and Technology University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Gaziantep/Turkey, aliyedemirok@yahoo.com, 0000-0002-4326-0000

² Fırat University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Elazığ/ Turkey, erhanatici8123@gmail.com, 0000-0001-9186-2754

ABSTRACT

Introduction and Objectives: The aim of this study is to examine the effects of the ongoing Covid-19 pandemic on the mental health of emergency health services personnel, as well as to determine the risk factors and protective factors associated with these effects. **Methods:** The research was planned as a descriptive and cross-sectional study. The population of the research consisted of 295 personnel working in Elazığ 112 Emergency Health Services. In the process of data collection, the data was collected with a questionnaire prepared by the researchers by scanning the literature, questioning the socio-demographic data of the participants and the Depression Anxiety Stress Scale-21(DASS-21). **Results:** When the distribution of the participants by gender is analyzed, the rate of women is 64.1% and the rate of men is 35.9%. 34.6% of the participants are single and 65.4% of them are married. When the relationship between the diagnosis of Covid-19 infection and anxiety is examined, the rate of those who are diagnosed with infection is 27.6% in those who do not have anxiety, and the rate of those who are diagnosed with Covid-19 in those with anxiety is 40.7%. **Conclusion:** In the present study on emergency health services personnel, one out of every three emergency health services personnel has different levels of depression, anxiety, and stress associated with the Covid-19 pandemic. The protection of the psychological state and mental health of emergency health services personnel who play an active role during the pandemic period is very important for the functioning of the health system. Health services personnel should be informed about the protection of mental health, and adequate support should be provided.

ÖZ

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, devam eden Covid-19 pandemisinin acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ruh sağlığı üzerine etkilerinin incelenmesinin yanı sıra bu etkilerle ilişkili olan risk etkenleri ve koruyucu etkenlerin belirlenmesidir. **Metot:** Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Elazığ 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan toplam 295 personel oluşturmıştır. Çalışmanın verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan, çalışanların sosyo-demografik verilerinin sorgulandığı soru formu ve Depresyon Anksiyete Stress-21 ölçeği ile veriler toplanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; kadınların oranı %64,1, erkeklerin oranı %35,9'dur. Katılımcıların %34,6'sı bekâr, %65,4'ü ise evlidir. Covid-19 enfeksiyonu tanısı alma durumu ile anksiyete arasındaki ilişki incelendiğinde; anksiyetesi olmayanlarda enfeksiyon tanısı alanların oranı %27,6, anksiyetesi olanlarda Covid-19 tanısı alanların oranı %40,7'dir. **Sonuç:** Acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde yapılan bu çalışmada; her üç acil sağlık hizmetleri çalışanından biri Covid-19 salgını ile ilişkili farklı seviyelerde depresyon, anksiyete ve strese sahiptir. Pandemi döneminde aktif rol oynayan acil sağlık hizmetleri çalışanlarının psikolojik durumlarının ve ruh sağlıklarının korunması, sağlık sisteminin işleyişi açısından oldukça önemlidir. Sağlık çalışanları ruh sağlığının korunması konusunda bilgilendirilmeli ve yeterli destek sağlanmalıdır.

Key Words:
Pandemic, Covid-19, Emergency Health Services Workers, Depression, Anxiety, Stress.

Anahtar Kelimeler:
Pandemi, Covid-19, Acil Servis Çalışanları, Depresyon, Anksiyete, Stres.

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Gaziantep Islamic Science and Technology University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Gaziantep/Turkey, aliyedemirok@yahoo.com.

DOI:

10.52880/sagakaderg.1025638

Received Date/Gönderme Tarihi:

18.11.2021

Accepted Date/Kabul Tarihi:

07.03.2021

Published Online/Yayınlanma Tarihi:

01.06.2022

INTRODUCTION

Covid-19, which first appeared in Wuhan, China in December 2019, and then spread to more than 200 countries and was declared a pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020, is an infection caused by a new type of Coronavirus named SARS-CoV-2 (1). The SARS-CoV-2 virus, which causes Covid-19 disease (New Coronavirus Disease), is defined as a

virus with a very high transmission rate. The virus is transmitted through the scattering of droplets and contact. One of the two criteria for the virus to be transmitted by contact and touch is the holding and touching time, and the other is the humidity. The currently monitored spread of the virus is person-to-person (2). In the literature, fever 85.6%, cough 65.7%, fatigue 42.4%, and shortness of breath 21.4% were given as the most common symptoms in the patients

with pneumonia caused by the virus, which has a very high rate of reproduction and transmission (3). This virus, which mainly causes respiratory tract infections, not only threatens the physical health of individuals but also can have both acute and long-term effects on mental health (4). Wide and long-term changes in daily life such as obscurity, information pollution, the rapid spread of the virus, high death rates in some groups, lack of effective treatments, social isolation, quarantine practices due to the newness of the Covid-19 disease have negative effects on the mental health of both the society and healthcare professionals (5).

Healthcare personnel working in the Emergency Health Services (EHS) primarily come into contact with people in need of healthcare from various aspects and are seen as an important part of the health system. In addition, they provide supportive and continuous service for emergencies such as natural disasters and epidemics. In order to provide timely and effective service to individuals in need of healthcare, it is necessary to meet the social, psychological, material, and moral needs of the emergency health services personnel and to provide support. It is obvious that this support is needed more in extraordinary situations such as pandemics and disasters. In addition, since they are the first responders to suspicious situations, they face the risk of illness, injury, and death (6).

For this reason, it is important to examine the degree of psychosocial impact in order to determine the psychological support and treatment needs of healthcare personnel, especially during disaster and pandemic periods. The aim of this study is to examine the effects of the ongoing Covid-19 pandemic on the mental health of emergency health services personnel, as well as to determine the risk factors and protective factors associated with these effects.

MATERIALS AND METHODS

Purpose and Type of the Research

The research was planned as a descriptive and cross-sectional study.

Research Population and Sample Selection

The population of the research consisted of 296 personnel working in Elazığ 112 Emergency Health Services. Sample calculation was not used in the research, it was tried to reach the entire population, and data was collected from 295 individuals who voluntarily participated in the research (Response rate: 99,6%).

Data Collection Tools

In the process of data collection, the data was collected with a questionnaire prepared by the researchers by scanning the literature, questioning the socio-demographic data of the participants and the Depression Anxiety Stress Scale-21(DASS-21).

Personal Information Form; This form consists of a total of 15 items which questions the age, gender, family type, and various demographic characteristics of the participants, and consists of questions such as whether Covid-19 patients have been served during the pandemic period, daily working hours during the pandemic period, whether training on the Covid-19 disease has been received.

The Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21); In the second part of the questionnaire, the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) was used to measure the depression, anxiety, and stress responses of 112 Emergency Health Services personnel (7). Turkish validity and reliability of the DASS-21 have been demonstrated in previous studies (8,9). The scale was prepared to measure depression, anxiety, and stress symptoms and consists of 21 items. The reliability coefficient of the scale was found between 0.755 and 0.822. In this study, Cronbach's Alpha coefficient was 0.79 for overall scale. The 0-9 point range in this scale is considered as normal depression, the 0-7 point range is accepted as normal anxiety, and the 0-14 point range is considered as normal stress. The scale is in the type of 4-point Likert and includes 7 questions each to measure the dimensions of depression, stress, and anxiety. In the scale, 0 was coded as "never", 1 "sometimes", 2 "quite often", and 3 "always".

Analysis of the Data

Statistical Package for the Social Sciences-22 (SPSS-22) program was used for the analysis, error checks and tables were made through the program. Descriptive data were expressed as numbers and percentages, and $p < 0.05$ was accepted as a statistical significance level.

RESULTS

When the distribution of the participants by gender is analyzed, the rate of women is 64.1% and the rate of men is 35.9%. 34.6% of the participants are single and 65.4% of them are married. When the distribution by educational level is examined, the rate of high school graduates is 17.6%, the rate of university graduates is 78.3% and the rate of postgraduates is 1.4%. When the distribution according to the length of service is analyzed, the rate of those with 0-5 years of service is 26.4%, the rate of those with 6-10 years of service is

28.5%, and the rate of those with 20+ years of service is 18.3%. When the distribution according to titles is examined, the rate of emergency medical technicians is 28.8%, the rate of doctors is 5.4%, the rate of nurses is 2.4%, the rate of paramedics is 35.9%, the rate of health officers is 5.8% and the rate of drivers is 20.3%. The sociodemographic characteristics of the participants are presented in Table 1.

Table 1. Socio-demographic characteristics of the participants (N=295)

Characteristics		Number	%
Gender	Male	189	64,1
	Female	106	35,9
	Total	295	100,0
Age	20-25	43	14,6
	26-35	151	51,2
	35+	101	34,2
	Total	295	100,0
Educational Level	Primary education	8	2,7
	High school	52	17,6
	University	231	78,3
	Postgraduate	4	1,4
	Total	295	100,0
Length of Service	1-5 year/years	78	26,4
	6-10 years	84	28,5
	11-15 years	51	17,3
	16-20 years	28	9,5
	20+ years	54	18,3
	Total	295	100,0
Marital Status	Single	102	34,6
	Married	193	65,4
	Total	295	100,0
Number of Children If Married	1	54	30,2
	2	81	45,3
	3 or more	44	24,6
	Total	179	100,0
Location of Residence	Village-Town	4	1,4
	District	40	13,6
	Province	251	85,1
	Total	295	100,0
Title	Doctor	16	5,4
	Nurse	7	2,4
	Health Officer	17	5,8
	Emergency Medical Technician	85	28,8
	Paramedic	106	35,9
	Data Entry	2	0,6
	Driver	60	20,3
	Other	2	0,7
	Total	295	100,0

When the relationship between the depression group and demographic information is examined, there is a significant relationship between age, length of service, title, and having the Covid-19 diagnosis ($p<0.05$). When the relationship between having the diagnosis of Covid-19 and depression is examined, 27.2% of the depressed group and 37.4% of the non-depressed group are diagnosed with Covid-19 (Table 2).

When the relationship between anxiety and demographic information is examined, there is a statistically significant relationship between age, educational level, length of service, marital status, title, the average number of shifts per month, choosing the profession willingly, daily working hours during the pandemic period, receiving special training on healthcare for Covid-19 patients, and having the diagnosis of Covid-19 (Table 3). When the relationship between the diagnosis of Covid-19 infection and anxiety is examined, the rate of those who are diagnosed with infection is 27.6% in those who do not have anxiety, and the rate of those who are diagnosed with Covid-19 in those with anxiety is 40.7%.

When the relationship between the stress group and demographic information is examined, there is a significant relationship between the stress situation and educational level, number of children, title, and the average number of shifts per month ($p<0.05$). When the relationship between the status of being diagnosed with Covid-19 infection and stress is examined, the rate of those who are diagnosed with infection is 29.8% in those who do not have a stress situation, and the rate of those who are diagnosed with Covid-19 in those with stress is 35.1% (Table 4).

DISCUSSION

Epidemics can cause various psychological problems in society, and healthcare personnel constitute the riskiest group in this sense. With the transformation of Covid-19 into a large-scale pandemic, it has become inevitable for its psychological effects to come to the fore (10). Starting from here, this study was conducted to examine the effects of the ongoing Covid-19 pandemic on the mental health of emergency health services personnel, as well as to determine the risk factors and protective factors associated with these effects.

The COVID-19 pandemic is a global threat and healthcare professionals constitute the riskiest group against this threat. In addition to preventing the spread of infection and treating patients, it is very important for healthcare professionals to maintain a healthy physical and psychological condition. Many psychological problems such as depression, anxiety, stress, and post-traumatic stress disorder have been reported in

Table 2. Comparison of the demographic data between depressed and non-depressed groups.

	Depressed		Depression Non-Depressed		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
1-) Gender							
Male	117	65,0%	72	62,6%	189	64,1%	0,384
Female	63	35,0%	43	37,4%	106	35,9%	
2-) Age							
20-25	31	17,2%	12	10,4%	43	14,6%	0,014*
26-35	80	44,4%	71	61,7%	151	51,2%	
35+	69	38,3%	32	27,8%	101	34,2%	
3-) Educational Status							
Primary Education	6	3,3%	2	1,7%	8	2,7%	0,098
High School	39	21,7%	13	11,3%	52	17,6%	
University	133	73,9%	98	85,2%	231	78,3%	
Postgraduate	2	1,1%	2	1,7%	4	1,4%	
4-) Length of Service							
1-5 year/years	46	25,6%	32	27,8%	78	26,4%	0,038*
6-10 years	47	26,1%	37	32,2%	84	28,5%	
11-15 years	26	14,4%	25	21,7%	51	17,3%	
16-20 years	19	10,6%	9	7,8%	28	9,5%	
20+ years	42	23,3%	12	10,4%	54	18,3%	
5-) Marital Status							
Single	60	33,3%	42	36,5%	102	34,6%	0,331
Married	120	66,7%	73	63,5%	193	65,4%	
6-) If You Are Married, the Number of Children? (If you are not married: Write Zero "0" with the number)							
1	36	31,0%	18	28,6%	54	30,2%	0,303
2	48	41,4%	33	52,4%	81	45,3%	
3 or more	32	27,6%	12	19,0%	44	24,6%	
7-) Location of Residence							
Village-Town	3	1,7%	1	,9%	4	1,4%	0,548
District	27	15,0%	13	11,3%	40	13,6%	
Province	150	83,3%	101	87,8%	251	85,1%	
8-) Title							
Doctor	8	4,4%	8	7,0%	16	5,4%	0,002*
Nurse	2	1,1%	5	4,3%	7	2,4%	
Health Officer	9	5,0%	8	7,0%	17	5,8%	
Emergency Health Technician	44	24,4%	41	35,7%	85	28,8%	
Paramedic	62	34,4%	44	38,3%	106	35,9%	
Data Entry	2	1,1%	0	0,0%	2	0,7%	
Driver	51	28,3%	9	7,8%	60	20,3%	
Other	2	1,1%	0	0,0%	2	0,7%	
9-) The average number of shifts per month							
0-10	175	97,2%	107	93,0%	282	95,6%	0,080
11-20	5	2,8%	8	7,0%	13	4,4%	
20+	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
10-) Did you choose this profession willingly?							
Yes	160	88,9%	96	83,5%	256	86,8%	0,123
No	20	11,1%	19	16,5%	39	13,2%	
11-) Have you worked in the department that provides health services to COVID-19 patients during the pandemic period?							
Yes	170	94,4%	111	96,5%	281	95,3%	0,301
No	10	5,6%	4	3,5%	14	4,7%	
12-) What are your daily working hours during the pandemic period?							
8	12	6,7%	4	3,5%	16	5,4%	0,408
10	5	2,8%	1	,9%	6	2,0%	
12	4	2,2%	2	1,7%	6	2,0%	
24	159	88,3%	108	93,9%	267	90,5%	
13-) Have you received any special training on healthcare for COVID-19 patients?							
Yes	27	15,0%	21	18,3%	48	16,3%	0,280
No	153	85,0%	94	81,7%	247	83,7%	
14-) Have you been diagnosed with COVID-19 infection?							
Yes	49	27,2%	43	37,4%	92	31,2%	0,044*
No	131	72,8%	72	62,6%	203	68,8%	
15-) Have you received psychological support during the COVID-19 pandemic?							
Yes	6	3,3%	4	3,5%	10	3,4%	0,594
No	174	96,7%	111	96,5%	285	96,6%	

*p<0,05

Table 3. Comparison of the demographic data between groups with and without anxiety

	Not Present		Anxiety Present		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
1-) Gender							
Male	140	65,4%	49	60,5%	189	64,1%	0,256
Female	74	34,6%	32	39,5%	106	35,9%	
2-) Age							
20-25	30	14,0%	13	16,0%	43	14,6%	0,002*
26-35	98	45,8%	53	65,4%	151	51,2%	
35+	86	40,2%	15	18,5%	101	34,2%	
3-) Educational Status							
Primary Education	8	3,7%	0	0,0%	8	2,7%	0,028*
High School	44	20,6%	8	9,9%	52	17,6%	
University	160	74,8%	71	87,7%	231	78,3%	
Postgraduate	2	0,9%	2	2,5%	4	1,4%	
4-) Length of Service							
1-5 year/years	48	22,4%	30	37,0%	78	26,4%	0,000*
6-10 years	64	29,9%	20	24,7%	84	28,5%	
11-15 years	27	12,6%	24	29,6%	51	17,3%	
16-20 years	25	11,7%	3	3,7%	28	9,5%	
20+ years	50	23,4%	4	4,9%	54	18,3%	
5-) Marital Status							
Single	63	29,4%	39	48,1%	102	34,6%	0,002*
Married	151	70,6%	42	51,9%	193	65,4%	
6-) If You Are Married, the Number of Children? (If you are not married: Write Zero "0" with the number)							
1	41	28,7%	13	36,1%	54	30,2%	0,110
2	62	43,4%	19	52,8%	81	45,3%	
3 or more	40	28,0%	4	11,1%	44	24,6%	
7-) Location of Residence							
Village-Town	4	1,9%	0	0,0%	4	1,4%	0,464
District	29	13,6%	11	13,6%	40	13,6%	
Province	181	84,6%	70	86,4%	251	85,1%	
8-) Title							
Doctor	7	3,3%	9	11,1%	16	5,4%	0,000*
Nurse	4	1,9%	3	3,7%	7	2,4%	
Health Officer	13	6,1%	4	4,9%	17	5,8%	
Emergency Health Technician	57	26,6%	28	34,6%	85	28,8%	
Paramedic	72	33,6%	34	42,0%	106	35,9%	
Data Entry	0	0,0%	2	2,5%	2	0,7%	
Driver	58	27,1%	2	2,5%	60	20,3%	
Other	2	0,9%	0	0,0%	2	0,7%	
9-) The average number of shifts per month							
0-10	211	98,6%	71	87,7%	282	95,6%	0,000*
11-20	3	1,4%	10	12,3%	13	4,4%	
20+	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
10-) Did you choose this profession willingly?							
Yes	193	90,2%	63	77,8%	256	86,8%	0,006*
No	21	9,8%	18	22,2%	39	13,2%	
11-) Have you worked in the department that provides health services to COVID-19 patients during the pandemic period?							
Yes	206	96,3%	75	92,6%	281	95,3%	0,154
No	8	3,7%	6	7,4%	14	4,7%	
12-) What are your daily working hours during the pandemic period?							
8	9	4,2%	7	8,6%	16	5,4%	0,029*
10	3	1,4%	3	3,7%	6	2,0%	
12	2	0,9%	4	4,9%	6	2,0%	
24	200	93,5%	67	82,7%	267	90,5%	
13-) Have you received any special training on healthcare for COVID-19 patients?							
Yes	26	12,1%	22	27,2%	48	16,3%	0,002*
No	188	87,9%	59	72,8%	247	83,7%	
14-) Have you been diagnosed with COVID-19 infection?							
Yes	59	27,6%	33	40,7%	92	31,2%	0,022*
No	155	72,4%	48	59,3%	203	68,8%	
15-) Have you received psychological support during the COVID-19 pandemic?							
Yes	5	2,3%	5	6,2%	10	3,4%	0,106
No	209	97,7%	76	93,8%	285	96,6%	

*p<0,05

Table 4. Comparison of the demographic data between stressed and non-stressed groups

	Stressed		Stress Groups Non-Stressed		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
1-) Gender							
Male	141	64,7%	48	62,3%	189	64,1%	0,407
Female	77	35,3%	29	37,7%	106	35,9%	
2-) Age							
20-25	34	15,6%	9	11,7%	43	14,6%	0,074
26-35	103	47,2%	48	62,3%	151	51,2%	
35+	81	37,2%	20	26,0%	101	34,2%	
3-) Educational Status							
Primary Education	8	3,7%	0	0,0%	8	2,7%	0,001*
High School	47	21,6%	5	6,5%	52	17,6%	
University	162	74,3%	69	89,6%	231	78,3%	
Postgraduate	1	0,5%	3	3,9%	4	1,4%	
4-) Length of Service							
1-5 year/years	55	25,2%	23	29,9%	78	26,4%	0,121
6-10 years	61	28,0%	23	29,9%	84	28,5%	
11-15 years	33	15,1%	18	23,4%	51	17,3%	
16-20 years	24	11,0%	4	5,2%	28	9,5%	
20+ years	45	20,6%	9	11,7%	54	18,3%	
5-) Marital Status							
Single	75	34,4%	27	35,1%	102	34,6%	0,511
Married	143	65,6%	50	64,9%	193	65,4%	
6-) If You Are Married, the Number of Children? (If you are not married: Write Zero "0" with the number)							
1	38	27,9%	16	37,2%	54	30,2%	0,002*
2	56	41,2%	25	58,1%	81	45,3%	
3 or more	42	30,9%	2	4,7%	44	24,6%	
7-) Location of Residence							
Village-Town	4	1,8%	0	0,0%	4	1,4%	0,186
District	33	15,1%	7	9,1%	40	13,6%	
Province	181	83,0%	70	90,9%	251	85,1%	
8-) Title							
Doctor	9	4,1%	7	9,1%	16	5,4%	0,000*
Nurse	2	0,9%	5	6,5%	7	2,4%	
Health Officer	9	4,1%	8	10,4%	17	5,8%	
Emergency Health Technician	57	26,1%	28	36,4%	85	28,8%	
Paramedic	78	35,8%	28	36,4%	106	35,9%	
Data Entry	2	0,9%	0	0,0%	2	0,7%	
Driver	59	27,1%	1	1,3%	60	20,3%	
Other	2	0,9%	0	0,0%	2	0,7%	
9-) The average number of shifts per month							
0-10	212	97,2%	70	90,9%	282	95,6%	0,028*
11-20	6	2,8%	7	9,1%	13	4,4%	
20+	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
10-) Did you choose this profession willingly?							
Yes	193	88,5%	63	81,8%	256	86,8%	0,099
No	25	11,5%	14	18,2%	39	13,2%	
11-) Have you worked in the department that provides health services to COVID-19 patients during the pandemic period?							
Yes	208	95,4%	73	94,8%	281	95,3%	0,520
No	10	4,6%	4	5,2%	14	4,7%	
12-) What are your daily working hours during the pandemic period?							
8	12	5,5%	4	5,2%	16	5,4%	0,272
10	3	1,4%	3	3,9%	6	2,0%	
12	6	2,8%	0	0,0%	6	2,0%	
24	197	90,4%	70	90,9%	267	90,5%	
13-) Have you received any special training on healthcare for COVID-19 patients?							
Yes	28	12,8%	20	26,0%	48	16,3%	0,008*
No	190	87,2%	57	74,0%	247	83,7%	
14-) Have you been diagnosed with COVID-19 infection?							
Yes	65	29,8%	27	35,1%	92	31,2%	0,237
No	153	70,2%	50	64,9%	203	68,8%	
15-) Have you received psychological support during the COVID-19 pandemic?							
Yes	5	2,3%	5	6,5%	10	3,4%	0,088
No	213	97,7%	72	93,5%	285	96,6%	

*p<0,05

healthcare professionals in the studies conducted in previous outbreaks such as SARS and H1N1. 34.6% of the participants are single and 65.4% are married. When the relationship between the depressed group and demographic information is examined, there is a significant relationship between age, length of service, title, and having the Covid-19 diagnosis ($p<0.05$). In a study using the DASS-21 on the general population during the Covid-19 pandemic in China, female gender, being a student, and specific physical symptoms were associated with higher depression scores (11). In a study conducted on physicians in Turkey, female gender, being younger, history of psychiatric illness, and working in the front-line were found to be independent risk factors for depression (12).

When the relationship between having the diagnosis of Covid-19 and depression was examined, 27.2% of the depressed group and 37.4% of the non-depressed group were diagnosed with Covid-19. It has been reported that Covid-19 is seen in thousands of healthcare personnel (13). Being infected with Covid-19 is also one of the factors affecting the psychology of healthcare personnel. In a study conducted among 906 hospital personnel in Singapore and India, the rate of depression was found to be 10.6% during the pandemic (14). In a study conducted on healthcare personnel in China during the early period of the Covid-19 pandemic, depression was found at a rate of 50.4% (15).

When the relationship between anxiety and demographic information is examined, there is a statistically significant relationship between age, educational level, length of service, marital status, title, the average number of shifts per month, choosing the profession willingly, daily working hours during the pandemic period, receiving special training on healthcare for Covid-19 patients, and having the diagnosis of Covid-19 ($p<0.05$). In a study using DASS-21 on the public in Italy during the Covid-19 pandemic, the female gender was found to be associated with high levels of depression, anxiety, and stress (16). In another study conducted on the general population in Turkey to determine the psychological effect of Covid-19, female gender, a previous diagnosis of psychiatric disease, and the presence of chronic comorbidity were associated with the presence of depression and anxiety (17).

When the relationship between having the diagnosis of Covid-19 infection and anxiety is examined, the rate of those who are diagnosed with infection is 27.6% in those who do not have anxiety, and the rate of those who are diagnosed with Covid-19 in those with anxiety is 40.7%. Many healthcare personnel have also been infected in previous epidemics. Since healthcare personnel come into frequent contact with infected

individuals, they may be quarantined after risky contacts and in case of infection. More anxiety symptoms were found in quarantined healthcare personnel compared to the general population (18). In a study evaluating the psychological state of healthcare workers during the H1N1 pandemic, more anxiety was found in healthcare personnel working in high-risk areas (19).

When the relationship between the stress group and demographic information is examined, there is a significant relationship between the stress situation and educational level, number of children, title, and the average number of shifts per month ($p<0.05$). In a study conducted on emergency health services personnel during the SARS epidemic, stress levels were found to be high in all groups, although there was a significant difference between occupations (20). When the relationship between having the diagnosis of Covid-19 infection and stress is examined, the rate of those diagnosed with the infection in those who do not have a stress situation is 29.8%, and the rate of those diagnosed with Covid-19 in those with stress is 35.1%. Healthcare personnel are among the groups most affected by epidemic diseases. In a study conducted during the SARS epidemic, it was observed that the psychological stress levels of the infected healthcare personnel after one year were still very high and increased, while the stress levels of the non-healthcare personnel who had SARS did not increase (21).

CONCLUSION

In the present study on emergency health services personnel, one out of every three emergency health services personnel has different levels of depression, anxiety, and stress associated with the Covid-19 pandemic. When the distribution of the participants by gender is analyzed, the rate of women is 64.1% and the rate of men is 35.9%. 34.6% of the participants are single and 65.4% of them are married. When the relationship between the diagnosis of Covid-19 infection and anxiety is examined, the rate of those who are diagnosed with infection is 27.6% in those who do not have anxiety, and the rate of those who are diagnosed with Covid-19 in those with anxiety is 40.7%. Health services personnel should be informed about the protection of mental health, and adequate support should be provided. Preventive psychological interventions to be made for vulnerable risk groups, where psychological problems detected in our study and previous studies are more common, will reduce the negative psychological consequences of health services personnel in the continuation of the pandemic and in similar situations to be encountered in the future.

As a result, the protection of the psychological state and mental health of emergency health services personnel

who play an active role during the pandemic period is very important for the functioning of the health system. This situation should be carefully evaluated by the hospital and health managers, necessary precautions should be taken, and appropriate interventions should not be delayed in order to minimize the possible negative effects.

REFERENCES

1. WHO COVID-19 Timeline. <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>. Access of Date: 20 June 2020.
2. Aslan R. Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. (2020). *Ayrıntı Dergisi*, 8(85):35-41.
3. Hu Y, Sun J, Dai Z, Deng H, Li X, Huang Q, Wu Y, Sun L, Xu Y. (2020). Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Virology : the Official Publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, 127:104371. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104371>.
4. Almond D, Mazumder B. (2005), The 1918 influenza pandemic and subsequent health outcomes: An analysis of SIPP data. *American Economic Review Papers & Proceedings*, 95, 258-262.
5. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7(3):228-9.
6. Maguire BJ, Dean S, Bissell RA, et al. (2007), Epidemic and Bioterrorism Preparation Among Emergency Medical Services Systems. *Prehosp Disaster Med*, 22(3):237-242.
7. Lovibond SH, Lovibond PF. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation of Australia.
8. Akin A, Çetin B. (2007), The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS): The study of Validity and Reliability. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 7(1): 241-268.
9. Yıldırım A, Boysan M, Kefeli MC. (2018). Psychometric properties of the Turkish version of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(5):582-95.
10. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6):547-560.
11. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5):1729.
12. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. (2020). Depression, Anxiety, Stress Levels of Physicians and Associated Factors In Covid-19 Pandemics. *Psychiatry Research*, 113130.
13. Organization WHO. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 82. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331780>. Access of Date: 26 June 2020.
14. Chew NW, Lee GK, Tan BY, Jing M, Goh Y, Ngiam NJ, et al. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity. Brain, Behavior, and Immunity. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>.
15. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3):e203976-e.
16. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9):3165.
17. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 002076402092705. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
18. Reynolds DL, Garay J, Deamond S, Moran MK, Gold W, Styra R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136(7):997-1007.
19. Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. (2012). Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(4):353-60.
20. Wong TW, Yau JK, Chan CL, et al. (2005), The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med*, 12(1):13-18.
21. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al. (2007), Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can. J. Psychiatry*, 52(4):233-40.

Geriatrik hastalarda uyku bozukluğu ve hemogram ilişkisi

Relationship between sleep disorder and hemogram in geriatric patients

Burcu Beyazgül¹, Çiğdem Cindoğlu²

¹ Dr. Öğr. Üyesi Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Turkey, brckara86@hotmail.com., 0000-0002-0417-3588

² Dr. Öğr. Üyesi Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Turkey, brckara86@hotmail.com., 0000-0002-1805-6438

Anahtar Kelimeler:
Geriatri, Uyku Bozukluğu,
Hemogram, Kansızlık.

Key Words:
Geriatrics, Sleeping Disorder,
Hemogram, Anemia.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Dr. Öğr. Üyesi Harran Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD,
Turkey, brckara86@hotmail.com.

DOI:
10.52880/sagakaderg.1017840

Gönderme Tarihi/Received Date:
2.11.2022

Kabul Tarihi/Accepted Date:
14.03.2022

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

ÖZ

Giriş ve amaç: Ekonomik ve sosyal gelişme, tıbbın ilerlemesi ile erken ölümlerin azaltılması gibi sebeplerle nüfusun yaşlanması bir gelişim göstergesi sayılabilir. Artan Dünya nüfusu ve uzayan insan ömrü, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasına neden olmaktadır. Yaşlanma ile uyku seyrinde değişiklikler olmaya başlar ve uyku bozukluğu yaşlanma ile daha fazla görülmeye başlar. Bu çalışmada bir Üniversite Hastanesi'nde Dahiliye Anabilim Dalı Polikliniği'ne tanı ve tedavi amacıyla başvuran geriatrik hastalarda uyku kalitesi ve hemogram ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma kesitsel tiptedir. Nisan-Haziran 2020 tarihleri arasında başvuran 57 geriatrik hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara 'Geriatrik Hastalarda Uyku Bozukluğu ve Hemogram İlişkisi Soru Formu' uygulanmıştır. Formun ilk kısmında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren sorular, ikinci kısmında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi bulunmaktadır. Ayrıca hastalardan kan alınarak hemogram ölçülmüştür. **Bulgular ve Sonuç:** Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) puanı ortalaması $7,8 \pm 3,4$ dür ve %68,4'ünde bozulmuş uyku kalitesi mevcuttur. Hemoglobini ve demir düzeyi düşük olanlarda uyku kalitesi daha bozuktur ($p < 0,05$). Yaşlılarda bozulmuş uyku kalitesi sık rastlanan bir durumdur. Bozulmuş uyku kalitesi olanların hemoglobin ve demir düzeyleri daha düşüktür. Uyku kalitesi bozuk olan yaşlı hastalarda, kan değerlerinin de incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

ABSTRACT

Objective: The aging of the population can be regarded as a development indicator for reasons such as economic and social development, advancement of medicine and reduction of premature deaths. Increasing world population and prolonging human life causes the share of the elderly population in the total population to increase. With aging, changes in the course of sleep begin to occur and sleep disturbances begin to be seen more with aging. In this study, it is aimed to investigate the relationship between sleep quality and hemogram in geriatric patients who apply to the Department of Internal Medicine Polyclinic in a University Hospital for diagnosis and treatment. **Materials and Methods:** The study is of cross-sectional type. 57 geriatric patients who applied between April and June 2020 were included in the study. "Sleep Disorder and Hemogram Relationship Question Form in Geriatric Patients" was applied to the patients. In the first part of the form, there are questions about socio-demographic characteristics such as age, gender, educational status, and marital status, and the second part includes Pittsburgh Sleep Quality Index. In addition, blood was drawn from the patients and hemogram was measured. **Results and Conclusion:** The average Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score of the patients was 7.8 ± 3.4 and 68.4% had impaired sleep quality. Sleep quality is worse in patients with low hemoglobin and iron levels ($p < 0.05$). Impaired sleep quality is common in the elderly. Hemoglobin and iron levels of those with impaired sleep quality are lower. It is thought that it would be useful to examine blood values in elderly patients with poor sleep quality.

GİRİŞ

Dünya nüfusunun %8,9'u, Türkiye nüfusunun %8,6'sı 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır (1). Ekonomik ve sosyal gelişme, tıbbın ilerlemesi ile erken ölümlerin azaltılması gibi sebeplerle nüfusun yaşlanması bir gelişim göstergesi sayılabilir. Artan Dünya nüfusu ve uzayan insan ömrü, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasına neden olmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2050 yılı itibarıyla nüfusun yaşlanma hızının daha da artacağını ve bu artan yaşlı nüfusunun

yaklaşık %80'inin düşük ve orta gelir grubu ülkelerde olacağını tahmin etmektedir (3).

Uyku bozuklukları yaşlılarda sık görülen sağlık problemlerindendir. Yaşlanma sık gece uyanmaları, azalmış toplam uyku süresi ve azalmış derin uykunun görüldüğü bir süreçtir. Yaşlanma ile uyku verimliliği ve uyku süresi azalmaktadır (4,5). Yaşlanma ile birlikte sirkadiyen ritimde meydana gelen bazı değişikliklerin uyku kalitesini etkilemesinin yanı sıra, birkaç hastalığın birlikte görülmesi, çoklu ilaç kullanımları ve psikolojik

sebeplerle de uyku kalitesi bozulabilmektedir (6-8).

Anemi, yaşlılıkta sık görülen bir durumdur (9). Anemi ve uyku kalitesi ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır (10-14). Fakat, yaşlı hastalarda uyku kalitesi-anemi ilişkisini ve diğer kan hücreleri- uyku kalitesi arasındaki ilişkinin net incelendiği yeterli kanıtlar mevcut değildir. Bu çalışmada bir Üniversite Hastanesi'nde Dahiliye Anabilim Dalı Polikliniği'ne tanı ve tedavi amacıyla başvuran geriatrik hastalarda uyku kalitesi ve hemogram ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Bu çalışma kesitsel tipte bir epidemiyolojik araştırmadır. Çalışmanın evrenini bir Üniversite Hastanesi'nde Dahiliye Anabilim Dalı Polikliniği'ne tanı ve tedavi amacıyla başvuran geriatrik hastalar oluşturmaktadır.

Çalışma öncesi, örnek büyüklüğünü belirlemek amacıyla pilot yapılmış, hastaların PUKİ puanı hesaplanmıştır. Ölçeğe göre uyku bozukluğu olan ve olmayanların hemoglobin (hg) değerleri belirlenmiştir. Uyku bozukluğu olan grupta hg düzeyi $12,2 \pm 1,8$, olmayan grupta $13,3 \pm 1,7$ olarak bulunmuştur. Bu değerler üzerinden G-power istatistik programı kullanılarak her bir gruba katılacak en az kişi sayısı 1,26 effect size ile ve %95 güç, %95 güven düzeyinde 18 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın veri toplama kısmı Nisan-Haziran 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Saha çalışması sırasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden uyku ilacı kullanmayan tüm geriatrik hastalar çalışmaya dahil edilmiş, her grup için minimum ulaşılması gereken kişi sayısına ulaşıldıktan sonra

çalışmaya son verilmiştir (toplamda 57 kişi). Soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

Hastalara 'Geriatrik Hastalarda Uyku Bozukluğu ve Hemogram İlişkisi Soru Formu' uygulanmıştır. Formun ilk kısmında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren sorular, ikinci kısmında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi bulunmaktadır. Ayrıca hastalardan kan alınarak hemogram ölçülmüştür.

PUKİ Buysse ve ark. 1989 yılında geliştirilmiş ve son 1 aydaki uyku kalitesini değerlendiren bir ölçektir (15). Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliliği Akargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (16). Ölçek 24 soru ve 7 komponentten oluşmaktadır. Her bir komponent uykunun farklı bir alanını değerlendirir ve toplam ölçek puanı 0-21 arasında değişir. Kestirim noktası 5'tir. Toplam puan 6 ve üzerindeyse uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir.

Analiz için SPSS 20 paket programı kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Shapiro-Wilk testi ile verilerin normal dağılıma uyup uymadığı değerlendirilmiş, parametrik yöntemlere karar verilmiştir. Verilerin dağılımını belirlemek amacıyla frekans, ortalama, standart sapma değerleri hesaplanmış ve uyku kalitesine etkisi araştırılan değişkenlerin analizi amacıyla ki kare ve student t testi kullanılmıştır.

Çalışma için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 09.03.2020 tarih, 05 nolu oturum ve 17 sayılı karar ile etik onay alınmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni alınmıştır. Çalışmaya katılan herkes çalışma

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile uyku kalitelerinin ilişkisi

Değişkenler	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanı				İstatistiksel analiz	
	Bozulmuş uyku kalitesi Sayı	Yüzde	Normal uyku kalitesi Sayı	Yüzde	Ki kare testi	P
Cinsiyet					$X^2=0,65$	$P=0,54$
Kadın	28	71,8	11	28,2		
Erkek	11	61,1	7	38,9		
Yaş grupları					$X^2=0,00$	$P=1,00$
65-74 yaş arası	24	68,6	11	31,4		
75 yaş ve üzeri	15	68,2	7	31,8		
Öğrenim durumu					Fisher Exact Test=0,75	
Okuryazar değil	28	66,7	14	33,3		
Okuryazar	11	73,3	4	26,7		
Medeni durumu					$X^2=0,17$	$P=0,76$
Evli	26	66,7	13	33,3		
Eşi ölmüş	13	72,2	5	27,8		
Aile tipi					$X^2=0,42$	$P=0,56$
Çekirdek aile	15	75,0	5	25,0		
Geniş aile	24	66,7	12	33,3		
Kronik hastalık					Fisher Exact Test=0,70	
Var	33	70,2	14	29,8		
Yok	6	60,0	4	40,0		
Çoklu ilaç kullanımı					Fisher Exact Test=1,00	
Var	33	67,3	16	32,7		
Yok	6	75,0	2	25,0		

hakkında bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR:

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $71,8 \pm 6,2$ (min:65, max:92) olup, %68,4'ü kadındır. Hastaların %73,7'si okuma yazma bilmemekte, %32,2'si ekonomik durumunu yetersiz-çok yetersiz olarak tanımlamaktadır. Hastaların %82,5'inin kronik hastalığı vardır ve %86'sı birden fazla ilaç kullandığını ifade etmektedir.

Hastaların PUKİ puanı ortalaması $7,8 \pm 3,4$ 'dür ve %68,4'ünde bozulmuş uyku kalitesi mevcuttur. Tablo 1'de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile uyku kalitelerinin ilişkisi gösterilmektedir. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, öğrenim durumları, mdeni durumları, aile tipi, kronik hastalık varlığı ve birden fazla ilaç kullanımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). (Tablo 1.)

Hastaların bazı laboratuvar değerleri ile uyku kalitelerinin ilişkisi incelendiğinde; uyku kalitesi bozulmuş olanların hemoglobin ve demir düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Tablo 2'de hastaların diğer laboratuvar değerleri ile uyku kalitelerinin ilişkisi ayrıntılı olarak gösterilmektedir. (Tablo 2)

TARTIŞMA:

Hastaların yaş ortalaması yaklaşık 72 olup, yaklaşık %70'i okuma yazma bilmemektedir. Hastaların çoğunluğu kronik hastalığı olan ve çoklu ilaç kullanan kişilerden

oluşmaktadır.Özürmaz ve arkadaşları yaşlılarda uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada okuma yazma bilmeme oranını %52,3 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada, yaşlıların bu çalışmadakine benzer şekilde büyük çoğunluğunun (%87,3) kronik bir hastalığı bulunmaktadır (17). Yaşlılarda bazı kronik hastalıkların görülme sıklığının artması beklenen bir durumdur. İki çalışma arasındaki eğitim düzeyi farklılığının ise, bölgenin gelişmişlik düzeyi farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir (18).

Hastaların PUKİ puanı ortalaması yaklaşık 8'dir. Duru Aşiret ve arkadaşları hastanede yatan yaşlılar ile ilgili yaptıkları çalışmada, uyku ile ilgili sorunların yaşlıların %34,4'ünde olduğunu bulmuşlardır (19). Benzer şekilde bu çalışmada da, hastaların yaklaşık %70'inde bozulmuş uyku kalitesi mevcuttur. Bu durum uyku kalitesi ile ilgili sorunların yaşlılarda sık görülen bir durum olduğunu ve özel olarak sorgulanması gerektiğini düşündürmektedir. Yaşlılarda melatonin sekresyonu ve sirkadiyan ısı değişimi sonucu uyku uyanıklık sikluslarının bozulabileceği, gece sık uyanma ya da sabah erken kalkma gibi durumların daha sık görülebileceği, ayrıca artan yaşla birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımının da etkisiyle uyku kalitesinin bozulabileceği belirtilmektedir (20).

Hastaların cinsiyet, yaş, öğrenim, medeni durum gibi, kronik hastalık varlığı gibi durumları ile uyku kalitesi arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Ceyhan ve arkadaşları eğitim düzeyi düşük olanlarda ve kadınlarda; Fidancı ve arkadaşları da erkeklerde uyku kalitesinin

Tablo 2. Hastaların bazı laboratuvar değerleri ile uyku kalitelerinin ilişkisi

Değişkenler	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanı				İstatistiksel analiz	
	Bozulmuş uyku kalitesi		Normal uyku kalitesi		T testi	P
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma		
Lökosit	8,6	2,4	8,8	2,5	0,33	0,68
Lenfosit	2,2	0,8	2,2	0,6	0,81	0,79
Nötrofil	3,1	4,0	2,6	1,2	0,80	0,54
Trombosit	301,9	112,4	262,9	85,3	0,30	0,16
Hemoglobin	12,7	1,4	13,5	1,2	0,00	0,04
Hematokrit	40,1	4,6	42,3	4,3	0,02	0,09
Ortalama eritrosit hacmi (MCV)	88,3	5,8	87,1	3,9	1,37	0,38
Ortalama trombosit hacmi (MPV)	7,6	1,0	8,0	1,4	0,79	0,31
Trombosit/lenfosit	185,7	276,7	128,9	52,4	1,07	0,24
Nötrofil/lenfosit	3,1	4,0	2,6	1,2	0,80	0,54
Demir (Fe)	54,5	22,5	73,0	23,4	0,00	0,02
Folik asit	9,2	5,1	7,8	2,7	3,72	0,22
B12 vitamini	514,3	442,2	544,8	489,4	0,25	0,83

daha düşük olduğunu bulmuşlardır (21,22). Yaşlı bireylerde hastalık, ilaç kullanımı ve yalnızlık psikolojisi gibi birçok faktörün benzer olduğu, bu nedenle de karşılaşılan sorunlar benzer olduğu için uyku kalitesinde benzerlik olduğu düşünülmektedir.

Hastaların hemoglobin ve demir düzeyleri haricinde, diğer değerleri ile uyku kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bozulmuş uyku kalitesi olan grup ile normal uyku kalitesi olan grubun hemoglobin ve demir değerleri ise, istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur. Bozulmuş uyku kalitesi olan grubun hemoglobin değeri normal uyku kalitesi olan gruptan daha düşüktür. Günbatar ve arkadaşları uyku kalitesi ile trombosit/lenfosit arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (23). Fakat bu çalışmada ne trombosit/lenfosit ne de nötrofil/lenfosit ile uyku kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde, yaşlılarda uyku bozukluğu ile hemogram ilişkisini inceleyen yeterli sayıda çalışma olmamakla birlikte, hemogram ve demir düzeyi ile uyku kalitesini inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Birçok çalışma da hemogram ya da demir düzeyi düşüklüğünün bozulmuş uyku kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (24-27). Bu nedenle, uyku bozukluğu olan yaşlı hastalarda hemogram ve demir düzeyinin incelenmesi faydalı olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Yaşlılarda bozulmuş uyku kalitesi sık rastlanan bir durumdur. Bozulmuş uyku kalitesi olanların hemoglobin ve demir düzeyleri daha düşüktür. Uyku kalitesi bozuk olan yaşlı hastalarda, kan değerlerinin de incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR:

1. OECD. Elderly Population <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> 18.08.2020.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2019 <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf> 18.08.2020.
3. WHO. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> 18.08.2020.
4. Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. (2018) Sleep in Normal Aging. *Sleep Med Clin*. 13(1):1-11. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.001.
5. Gooneratne NS, Vitiello MV. (2014) Sleep in older adults: normative changes, sleep disorders, and treatment options. *Clin Geriatr Med*. 30(3):591-627. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.007.
6. Miner B, Kryger MH. (2017) Sleep in the Aging Population. *Sleep Med Clin*. 12(1):31-8. doi: 10.1016/j.jsmc.2016.10.008.
7. Zdanys KF, Steffens DC. (2015) Sleep Disturbances in the Elderly. *Psychiatr Clin North Am*. 38(4):723-41. doi: 10.1016/j.psc.2015.07.010.
8. Tufan A, Bahat G. (2017) Yaşlıda Uyku Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics* 3(1).
9. Röhrig G. (2016) Anemia in the frail, elderly patient. *Clin Interv Aging*. 17;11:319-26. doi: 10.2147/CIA.S90727.
10. Lopez R, Micoulaud Franchi JA, Chenini S, Gachet M, Jaussent I, Dauvilliers Y. (2019) Restless legs syndrome and iron deficiency in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Sleep*. 42(5):zsz027. doi: 10.1093/sleep/zsz027.
11. Kabel AM, Al Thumali AM, Aldowiala KA, Habib RD, Aljuaid SS. (2018) Sleep disorders in a sample of students in Taif University, Saudi Arabia: The role of obesity, insulin resistance, anemia and high altitude. *Diabetes Metab Syndr*. 12(4):549-54. doi: 10.1016/j.dsx.2018.03.024. Epub 2018 Mar 27.
12. Rosen CL, Debaun MR, Strunk RC, Redline S, Seicean S, Craven DI et al. (2014) Obstructive sleep apnea and sickle cell anemia. *Pediatrics*. 134(2):273-81. doi: 10.1542/peds.2013-4223. Epub 2014 Jul 14.
13. Adegbola M. (2015) Sleep Quality, Pain and Self-Efficacy among Community-Dwelling Adults with Sickle Cell Disease. *J Natl Black Nurses Assoc*. 26(1):15-21.
14. Chen-Edinboro LP, Murray-Kolb LE, Simonsick EM, Ferrucci L, Allen R, Payne ME et al. (2018) Association Between Non-Iron-Deficient Anemia and Insomnia Symptoms in Community-Dwelling Older Adults: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 73(3):380-85. doi: 10.1093/gerona/glw332.
15. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 28:193-213.
16. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. B(1996) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 7:107-11.
17. Özvrurmaz S, Asgarpour H, Güneş Z. (2018) Yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki: kesitsel bir çalışma. *Medical Sciences (Nwsams)*. 13(3): 72-9.
18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Accessed: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf 31.03.2020.
19. Duru Aşiret G, Çetinkaya F(2018) Hastanede Yatırılan Yaşlı Hastaların Kırılganlık ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi/Fırat Med J* 23 (4): 184-188.
20. Zengin N. (2015). Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hastalarda uyku sorunları ve çözüm önerileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 19.2: 80-87.
21. Ceyhan Ö, Göriş S, Zincir H. (2018) Yaşlı Bireylerde Uykuyu Etkileyen Önemli Bir Problem: İnkontinans. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*. 27 (1).
22. Fidancı İ, İşcan G. (2016) Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlılarda Uyku Kalitesinin, Kronik Hastalık ve İlaç Kullanımı İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg*. 49 (3):142-147.
23. Günbatar H, Ekin S, Sünnetçioğlu A, Arısoy A, Mermit Çilingir B, Aşker S, Sertoğullarından B. (2015) The relationship between neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Dicle Tıp Dergisi* 42 (3): 289-293.
24. Liu X, Song Q, Hu W, Han X, Gan J, Zheng X et al. (2018) Night Sleep Duration and Risk of Incident Anemia in a Chinese Population: A Prospective Cohort Study. *Sci Rep*. Mar 5;8(1):3975. doi: 10.1038/s41598-018-22407-5.
25. Sayın S, Atilla FD. (2019) Demir Eksikliğinin Gözden Kaçan Klinik Prezantasyonu; Huzursuz Bacak Sendromu. *Ankara Med J* (3):694-7.
26. Şahin B, Bozkurt A, Karabekiroğlu K. (2018) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Uyku Sorunları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi / Duzce Medical Journal* 20(3):81-86.
27. Kassir A. (2017) Iron deficiency: A diagnostic and therapeutic perspective in psychiatry. *Encephale*. 43(1):85-9.

Ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi*

Determining the relationship between internet addiction and life satisfaction of midwifery students

Emine Koç¹, Nuran Mumcu², Bilgesu Arslan³

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun, emine.koc@omu.edu.tr, 0000-0003-4333-6797

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun, nuranm@omu.edu.tr, 0000-0002-9803-7172

³ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelikte Yüksek Lisans Programı, bilgesuarslan@gmail.com, 0000-0002-7505-915X

*Bu çalışma, 1.Uluslararası Ebelikte Eğitim ve Araştırma Kongresinde (07-09 Kasım 2018, İzmir) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Giriş ve Amaç: İnternet bağımlılığı, saldırgan ve agresif kişilik gibi bireysel özelliklerde değişikliğe neden olmakta, sosyal ilişkileri, iletişimi bozmakta ve yaşam doyumunu azaltmaktadır. Bu çalışma ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yürütüldü. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı ilişki arayan bir çalışma olup 24 Nisan- 12 Mayıs 2018 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde gerçekleştirildi. Evreni Ebelik Bölümü'nde eğitim gören 315 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip çalışmanın planlandığı tarihlerde okulda olan çalışmaya gönüllü toplam 266 ebelik öğrencisi çalışmaya katıldı. Araştırmanın verileri anket formu, Young Internet Bağımlılığı Testi Kısa Formu, Yaşam Doyum Ölçeği kullanılarak elde edildi. Veriler IBM SPSS Statistics 26 Paket programı ile analiz edildi. İstatiksel yöntem olarak frekans analizi, tanımlayıcı istatistik analizi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizi kullanıldı. **Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalamasının $21,09 \pm 2,53$ olduğu, %56,8'inin ailesiyle yaşadığı, %80,1'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirlendi. Öğrencilerin yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının $15,40 \pm 3,84$, internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının $27,16 \pm 7,62$ olduğu saptandı. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon ile incelendiğinde yaşam doyumu ile internet bağımlılığı arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişki $r = -.364$ olduğu görüldü. **Sonuç:** Öğrencilerin internete olan bağımlılığı arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı görülmektedir. Öğrenciler; internette geçirecekleri fazla zaman yerine gerçek sosyal ortamlarda zaman geçirmeleri için yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler:
Ebelik Öğrencisi, İnternet Bağımlılığı, Yaşam Doyumu.

Key Words:
Midwifery Student, Internet Addiction, Life Satisfaction.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun, emine.koc@omu.edu.tr.

DOI:
10.52880/sagakaderg.1035294

Gönderme Tarihi/Received Date:
10.12.2021

Kabul Tarihi/Accepted Date:
04.04.2022

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

ABSTRACT

Introduction and Aim: Internet addiction causes changes in individual characteristics such as aggressive and aggressive personality, disrupts social relations and communication, and reduces life satisfaction. This study was carried out to determine the relationship between internet addiction and life satisfaction of midwifery students. **Method:** The research is a study looking for a descriptive relationship and was carried out in the Faculty of Health Sciences of a university between 24 April and 12 May 2018. The universe consisted of 315 students studying in the Midwifery Department. A total of 266 midwifery students volunteered to participate in the study, who were at school at the time the study was planned, without sampling. The data of the study were obtained by using a questionnaire form, Young's Internet Addiction Test Short Form, Life Satisfaction Scale. Data were calculated with IBM SPSS Statistics 26 Package program. Frequency analysis, descriptive statistical analysis, One-Way Analysis of Variance (ANOVA) Test, Mann Whitney U and Kruskal Wallis were used as statistical methods. **Results:** It was determined that the mean age of the students was 21.09 ± 2.53 , 56.8% of them lived with their families, and 80.1% of them had a medium income. The mean score of the students on the life satisfaction scale was determined as 15.40 ± 3.84 , the internet addiction scale mean score was 27.1 ± 7.62 . When the relationship between the mean scores of the scales was examined by correlation, it was seen that there was a negative and middle significant relationship between life satisfaction and internet addiction, $r = -.364$. **Conclusion:** It is seen that as the students' internet addiction increases, their life satisfaction decreases. Students should be directed to spend time in real social environments instead of spending more time on the internet.

GİRİŞ

Teknoloji, neredeyse insanın dünyada var olmasıyla birlikte karşımıza çıkmakta ve her geçen gün hızla gelişimini sürdürmektedir (1). Teknoloji geliştikçe bilgisayar ve internet kullanımının da yaygın hale geldiği, kullanım oranlarının arttığı görülmektedir. Aynı zamanda internetin, dünyada üç milyardan fazla

(dünya nüfusunun %42,3'ü) insan tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Ülkemizde internet kullanıcısı sayısı 46 milyonu geçmektedir (2,3). Teknoloji ve interneti en çok kullanan yaş grupları arasında gençler bulunmaktadır (4,5). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2016 yılında ülkemizde 16-24 yaş grubu internet kullanımının ortalaması %84,3'dür (6). Genellikle üniversite eğitimlerine devam eden gençler bilgiye

ulaşmada, derslerde, haberleşmede, oyun oynamada ve pek çok nedenle interneti aktif olarak kullanmaktadır (4,5). Ebelik öğrencilerinin de teknoloji ve internet kullanımı açısından yetkinliğinin artması önemlidir. Nitekim, sağlık alanında tanı ve tedavi de aktif olarak kullanılan teknoloji, akılcı ilaç kullanımı gibi bazı ebelik uygulamalarında da karşımıza çıkmaktadır (7, 8). Aynı zamanda covid-19 salgın sürecinde sağlığın değerlendirilmesinde, sosyal desteğin sağlanmasında, eğitimde, haberleşmede ve daha pek çok yönden teknoloji ve internetin yarar sağladığı görülmektedir (9). Ancak teknolojik gelişmelerin insanlığa sağlayabileceği olası yararlar konusundaki umutlar kadar, kuşku ve sorgulamalar da bulunmaktadır (1). Bu kuşkuların başında ise teknoloji ve internet bağımlılığı gibi sorunlar yer almaktadır. Literatürde internet bağımlılığının tıpkı kumar gibi bağımlılık yaptığı ve internet bağımlılarının farklı dürtü kontrol bozukluğu belirtileri gösterdiği görülmektedir (10). Özellikle üniversite öğrencilerinde görülen teknoloji ve internet bağımlılığının, kişilerde duygu durum bozukluklarına, algı bozukluklarına, uyum bozukluklarına, sağlık düzeylerinin düşmesine neden olduğu ve internet olmadığında yoksunluk hissettikleri görülmektedir (2,3). Bu bağımlılığın bireylerin yaşam doyumunu azalttığına yönelik yapılan çalışmalarda mevcuttur (11,12). Aynı zamanda bu kişilerde obsesif, depresif, kaygılı, düşmanca, korku dolu, şüpheli düşünceleri ve saldırgan davranışları da artabilir (13). Özellikle doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası anne ve bebeğe hizmet verecek ebelik lisans eğitimi alan gençlerde bu problemlerin gelişmesi hasta ve yakınları açısından risk oluşturabilir. Ebelerin bakım verirken uyması gereken etik kurallardan biri zarar vermeme ilkesidir (14). Bu nedenle ebelerin mezun olmadan önce internet bağımlılıklarının olup olmadığının saptanması ve bu konuda farkındalığın oluşması oldukça önemlidir.

Yapılan çalışmalarda internet bağımlılığı ile depresyon, anksiyete, yalnızlık, utangaçlık ve düşük sosyal destek arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yine çalışmalar bu bağımlılığın sosyal ilişkiler geliştirmede olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir (2,3). Ancak teknoloji ve internet bağımlılığının gençlerin yaşam doyumu üzerinde etkisine yönelik yapılan çalışmaların sayısı kısıtlı kalmaktadır (11,15). Bu nedenle çalışma ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla, tanımlayıcı ilişki arayan çalışma tipinde Karadeniz Bölgesinde yer alan bir üniversitenin Sağlık Bilimleri

Fakültesi Ebelik Bölümünde 24 Nisan- 12 Mayıs 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evren ve örnekleme: Araştırmanın evrenini, Nisan-Mayıs 2018 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinin Ebelik Bölümü'nde eğitim-öğretim gören 315 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip, çalışmanın planlandığı tarihlerde okulda olan ve çalışmaya gönüllü toplam 266 ebelik öğrencisi çalışmanın örneklemini oluşturdu.

Verilerin Toplanması: Ders başlamadan önce sorumlu öğretim elemanından izin alınarak, araştırmacılar tarafından öğrencilere çalışmanın amacı ve formun nasıl doldurulacağı açıklandıktan sonra, öğrencilerin sözlü onamları alınarak öğrencilerden veri formlarını doldurmaları istendi. Öğrencilerin veri formlarını doldurmaları ortalama 10-15 dakika sürdü. Araştırmanın verileri, demografik 6 sorudan oluşan (yaş, sınıf, medeni durum, aile tipi vb.) tanıtıcı bilgi formu, Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu ve Yaşam Doyum Ölçeği kullanılarak elde edildi.

Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu (YİBT-KF): Young tarafından geliştirilip Pawlikowski ve arkadaşları (2013) tarafından kısa forma dönüştürülen YİBT-KF ölçeğinin Türkçe sürümünün üniversite öğrencilerinde ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirliğini Kutlu ve arkadaşları 2016 yılında gerçekleştirmişlerdir (16,17). Ölçek 12 maddeden oluşmakta olup beşli Likert tipi (1=Hiçbir zaman, 5=Çok sık) bir ölçektir. Ölçekte tersten puanlanan madde ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar internet bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar ise 12-60 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,85'dir (10, 16, 17). Bu çalışmada cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,861 olarak hesaplanmıştır.

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ): Diener ve arkadaşları tarafından bireyin yaşam doyumunu belirlemek amacıyla geliştirilen, Dağlı ve Baysal (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek beş maddeden oluşmakta olup beşli Likert tipi bir ölçektir (12,18). Ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar ise 5-25 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam doyumunun yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,85'dir (12,18). Bu çalışmada cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.862 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 26 Paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin (Yaşam Doyumu Ölçeği

puanları ve Young İnternet Bağımlılığı Testi puanları normallik varsayımları Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiş ve bu değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür. Gruplardaki kişi sayılarının çok az olduğu durumlarda non-parametrik testler, diğer durumlarda ise parametrik testler kullanılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Bağımsız iki sayısal değişken arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı ile yorumlanmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31.08.2018 tarihli B.30.2.ODM.0.20.08/1839 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Aynı zamanda araştırmanın yapıldığı üniversiteden kurum izni ve öğrencilerden sözlü onam alınmıştır. Kişisel Bilgi Formunda araştırmanın amacı, araştırmadan elde edilecek bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir. Aynı zamanda çalışmanın tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesindeki (2008) etik ilkelere uyulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın tek bir ebelik bölümü öğrencilerini kapsamaması örneklem büyüklüğü açısından çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

BULGULAR

Tablo 1. Demografik Özelliklere Göre Dağılım

	Sayı (n=266)	Yüzde
Yaş (Ortalama=21,09 Standart Sapma=2,539)		
18-19 Yaş	54	20,3
20-21 Yaş	123	46,2
22 Yaş ve Üzeri	89	33,5
Sınıf		
1.Sınıf	68	25,6
2.Sınıf	59	22,2
3.Sınıf	63	23,7
4.Sınıf	76	28,6
Medeni Durum		
Evli	5	1,9
Bekar	261	98,1
Yaşamın Büyük Bölümünün Geçtiği Yer		
Köy/Kasaba	40	15,0
İlçe	83	31,2
İl	78	29,3
Büyükşehir	65	24,4
Kalınan Kişiler		
Ailemle	151	56,8
Yurtta	99	37,2
Arkadaşlarıyla	12	4,5
Akrabalarımla	4	1,5
Gelir Durumu		
İyi	45	16,9
Orta	213	80,1
Kötü	8	3,0

Tablo 1 incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin %20,3'ü 18-19 yaş grubunda iken %46,2'si 20-21 yaş grubunda ve %33,5'i ise 22 ve üzeri yaş grubundadır. Ayrıca kişilerin yaş ortalaması 21,09 ve standart sapması ise 2,539'dur. %25,6'sı 1.sınıf iken, %22,2'si 2.sınıf, %23,7'si 3.sınıf ve %28,6'sı ise 4.sınıftadır. %98,1'i bekar, %15'inin yaşamının büyük bölümü köy/kasabada geçmiş iken %31,2'sinin ilçede, %29,3'ünün ilde ve %24,4'ünün ise büyükşehirde geçmiştir. %56,8'i ailesiyle kalmakta iken %37,2'si yurttan, %4,5'i arkadaşlarıyla ve %1,5'i ise akrabalarıyla kalmaktadır. %16,9'unun gelir durumu iyi iken %80,1'inin orta ve %3'ünün ise kötüdür.

Tablo 2. Young İnternet Bağımlılığı Testi ve Yaşam Doyumu Ölçeği İçin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort.	S.S.	Min.	Max.
Yaşam Doyumu Ölçeği	15,40	3,843	5,0	25,0
Young İnternet Bağımlılığı Testi	27,16	7,622	12,0	54,0

Tablo 2 incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin Yaşam Doyumu Ölçeği puanlarının ortalaması 15,40 standart sapması ise 3,843 iken Young İnternet Bağımlılığı Testi puanlarının ortalaması ise 27,16 ve standart sapması ise 7,622'dir.

Tablo 3. Young İnternet Bağımlılığı Testi ile Yaşam Doyumu Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Young İnternet Bağımlılığı Testi	
	r
Yaşam Doyumu Ölçeği	-0,364
	p
	0,000***

r:Pearson Korelasyon Katsayısı ***:p<0,001

Tablo 3 incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin Young İnternet Bağımlılığı Testi puanları ile Yaşam Doyumu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü doğrusal ilişki bulunmaktadır (r=-0,364).

Tablo 4 incelendiğinde uygulanan istatistiksel analizler sonucunda kişilerin Yaşam Doyumu Ölçeği puanları yaş, sınıf, medeni durum, yaşamın büyük bölümünün geçtiği yer, kalınan kişiler değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte (p>0,05) iken gelir durumuna göre ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre gelir durumu iyi olan kişilerin Yaşam Doyumu Ölçeği puanları gelir durumu orta ve kötü olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Uygulanan istatistiksel analizler sonucunda kişilerin Young İnternet Bağımlılığı Testi puanları yaş, sınıf, yaşamın büyük bölümünün geçtiği yer, kalınan kişiler değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte (p>0,05) iken gelir durumuna göre ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre gelir durumu kötü olan kişilerin

Tablo 4. Demografik Özelliklere Göre Farklılıkların İncelenmesi

	Yaşam Doyumu Ölçeği	Young İnternet Bağımlılığı Testi
	Ort.±S.S:	Ort.±S.S:
Yaş		
1) 18-19 Yaş	16,00±3,12	27,09±6,98
2) 20-21 Yaş	15,21±3,89	27,57±7,85
3) 22 Yaş ve Üzeri	15,30±4,17	26,64±7,72
F;p	0,833;0,436	0,384;0,681
Sınıf		
1.Sınıf	15,74±3,52	27,62±7,01
2.Sınıf	15,53±3,98	26,42±6,87
3.Sınıf	14,81±4,03	27,78±8,39
4.Sınıf	15,50±3,87	26,82±8,10
F;p	0,704;0,550	0,452;0,716
Medeni Durum		
Evli	16,40±2,79	21,00±6,40
Bekar	15,38±3,86	27,28±7,61
Z;p	-0,616;0,538	-1,803;0,071
Yaşamın Büyük Bölümünün Geçtiği Yer		
1) Köy/Kasaba	15,05±3,76	26,90±7,11
2) İlçe	14,99±3,96	27,78±7,89
3) İl	15,53±3,96	26,00±7,88
4) Büyükşehir	16,00±3,59	27,92±7,25
F;p	0,984;0,401	1,020;0,384
Kalınan Kişiler		
Ailemle	15,77±3,96	26,91±7,51
Yurtta	14,87±3,82	27,86±7,95
Arkadaşlarımla	15,50±2,68	25,67±6,37
Akrabalarımle	14,50±1,29	23,75±7,50
KW (X ²);p	6,287;0,098	2,463;0,482
Gelir Durumu		
İyi	17,67±3,72	24,73±7,81
Orta	15,08±3,65	27,54±7,46
Kötü	11,38±3,66	30,88±8,44
KW (X ²);p	26,543;0,000***	6,564;0,038*

*:p<0,05 ***:p<0,001 F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Z:Mann Whitney U Testi KW:Kruskal Wallis

Young İnternet Bağımlılığı Testi puanları gelir durumu orta olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

TARTIŞMA

Ebelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada öğrencilerin internet bağımlılığı testi puanları ile yaşam doyumu ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü doğrusal ilişki saptanmıştır ($r=-0,364$). Farklı bir deyişle ebelik öğrencilerin internet bağımlılığı arttıkça yaşam doyumları azalmaktadır. Araştırmadan elde edilen bu sonuç ile literatürde benzerlik gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır (11,15,17,19,20). Benzer çalışmalar bu durumu ailelerinden, çevrelerinden uzaklaşan öğrencilerin sosyal ilişkilerinin azaldığı ve bunun yerine kendini iyi hissetmek için yalnızlıklarını sanal gerçeklikle azaltmaya çalıştıklarını dolayısıyla yaşam doyumlarında azalma olduğunu belirtmektedir (15,19). Blachnio ve arkadaşlarının İtalya ve Amerika gibi iki farklı kültüre sahip 555 kişilik örnekleme sahip genç insanlarda yaptığı çalışma sonucu ise Amerika da internet bağımlılığının arttıkça yaşam doyumunun azaldığını gösterirken İtalya da yaşam doyumunu olumsuz etkilemediğini göstermektedir (21). Yine başka bir çalışmada öğrencilerin internet bağımlılığı düzeylerinin arttıkça yaşam doyumu düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Bunun nedeni ise gençler için internet kullanımının sanal gerçeklik olmayıp yaşamın kendisi olduğuyula açıklanmaktadır (22). Dünyada ortaya çıkan Covid-19 pandemisiyle birlikte; internete ve teknolojiye olan gereksinimin arttığı bilinmektedir. Bilgiye ulaşmak için bile bu araçlara olan ihtiyaçlar göz önünde bulundurulduğunda benzer çalışmalar daha büyük örneklemlemlerle gerçekleştiğinde bu sonuçlar değişkenlik gösterebilir. Bu çalışmada öğrencilerin yaşam doyumunu ve internete bağımlılığını etkileyen demografik özellikler incelendiğinde karşıma özellikle aile gelir durumunun çıktığı görülmektedir (Tablo 4). Çalışmaya göre gelir durumu orta olan kişilerin iyi olanlara göre internet bağımlılıkları daha fazla ve yaşam doyumlarının daha az olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmaların sonuçları da benzerlik göstermektedir (20,23,24).

Yaşam Doyumu Ölçeği puanlarının 5-25 arasında değiştiği göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada öğrencilerin ortalamasının 15,40 puan olması yaşam doyumlarının orta seviyelerde olduğunu, Young İnternet Bağımlılığı Testi puanlarının ortalamasının ise 27,16 olmasıyla internet bağımlılıklarının orta seviyeden de düşük olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 2). İnternet bağımlılığı ve yaşam doyumları ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda benzer sonuçlar olduğu gibi farklı

sonuçlarda bulunmaktadır. Bu farklılıkların nedeni; çalışmalarda örneklem büyüklüğü, çalışmanın yapıldığı zaman ve örneklemin bulunduğu toplumun, kültürün, ekonomik durumun farklılığından kaynaklanabilir (20-22,25-28).

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışma, öğrencilerin internet bağımlılığının yaşam doyumlarını azalttığını göstermektedir. Öğrenciler internette geçirecekleri fazla zamanı, gerçek sosyal ortamlarda geçirmeleri için yönlendirilmelidir. İnternet bağımlılığını önlemek amacıyla teknolojinin zaman kontrolü sağlanarak doğru ve yerinde etkili kullanımı için konferans, panel düzenlenebilir.

KAYNAKLAR

- Okmeydan, S.B. (2017). Yeni iletişim teknolojilerini sorgulamak: Etik, güvenlik ve mahremiyetin kesiştiği nokta. Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 5,347-372
- Kalaitzaki, A.E., & Birtchnell, J. (2014). The impact of early parenting bonding on young adults' internet addiction. through the mediation effects of negative relating to others and sadness. Addict Behav, 39, 733-736
- Özdemir, Y., Kuzucu, Y., & Ak, Ş. (2014). Depression. loneliness and Internet addiction: how important is low self-control? Comput Human Behav, 34, 284-290
- Su, Topbaş, Z., & Karakaya, A. (2021). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde dürtüsellik düzeyleri ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi, 2021, 22, 360-369
- Küçük, E.E. (2017). Üniversite öğrencilerinin problemli internet kullanımları ve sağlıklarına etkisi ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 27, 211-216
- Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. (6 Haziran 2021) <http://www.tuik.gov.tr>
- Crozier K, Sinclair M, Kernohan G, Porter S (2018). Development of birth technology competency model using concept development. In: Brayar R, Sinclair M, eds. Tuna Oran N, Öztürk Can H, çeviri editörleri. Ebelik uygulamaları için Teori. 1. Baskı. Ankara: Alter Yayıncılık, 265-84.
- Çolak, M.B., & Cana, H.Ö. (2021). Ebelikte yeterlilik, yetkinlik ve teknoloji kullanımı. Türkiye Klinikleri J Health Sci, 6, 340-349
- Şendir, M. & Kabuk, A. (2020). Hemşireler ve teknoloji-durdurulamaz ve kaçınılmaz iki güç. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3, 54-58
- Young, S.K. (2004). Internet addiction. Am Behav Sci, 48, 402-415
- Köse, N. (2016). Ergenlerde internet bağımlılığının yaşam doyumuna etkisi. Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırmalar Dergisi, 4, 15-23
- Dağlı, A. & Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 15, 1250-1262
- Yeşilay (2017). Türkiye bağımlılıkla mücadele eğitim programı. (10 Haziran 2021) https://tbm.org.tr/media/kitaplar/TBM_lise_teknoloji_icerik_web.pdf
- Aydın, Y. Dikmen, Y., & Kalkan, S.C. (2017). Ebelik öğrencilerinin hasta bakım uygulamalarında etik duyarlılıklarının incelenmesi. Journal of Contemporary Medicine, 7, 168-174

16. Yukay-Yüksel, M., Çini, A., & Yasak, B. (2020). Genç yetişkinlerde sosyal medya bağımlılığı, yalnızlık ve yaşam doyumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi, 40, 66-85
17. Pawlikowski, M., Altstötter-Gleich, C., & Brand, M. (2013). Validation and psychometric properties of a shortversion of Young's Internet Addiction Test. Computers in Human Behavior, 29, 1212-1223
18. Kutlu, M., Savci, M., Demir, Y., & Aysan, F. (2016). Young internet bağımlılığı testi kısa formunun Türkçe uyarlaması: Üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17, 69-76
19. Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-75
20. Ergün, G., & Meriç, M. (2020). Üniversite öğrencilerinin internet kullanımı ile mutluluk ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23, 233-240
21. Tran, B.X., Ninh, N.D., Nguyen, L.H., & et. al. (2017). A study on the influence of internet addiction and online interpersonal influences on health-related quality of life in young Vietnamese. BMC public health, 17, 1-8
22. Blachnio, A., Przepiorka, A., Benvenuti, M. & et. al. (2019). Relations between Facebook intrusion. Internet addiction. life satisfaction. and self-esteem: a study in Italy and the USA. International Journal of Mental Health and Addiction, 17, 793-805
23. Taşlıyan, M., Hırlak, B., Güler, B., & Gündoğdu, E. (2018). İnternet bağımlılığı, yaşam doyumu ve bazı demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2, 166-179
24. Dogan, H., Bozgeyikli, H., & Bozdaz, C. (2015). Perceived parenting styles as predictor of internet addiction in adolescence. International Journal of Research in Education and Science (IJRES), 1, 167-174
25. Aslan, E., & Yazıcı, A. (2016). Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve ilişkili sosyodemografik faktörler. Klinik Psikiyatri, 19, 109-117
26. Anand, N., Thomas, C., Jain, P.A., & et al. (2018). Internet use behaviors, internet addiction and psychological distress among medical college students: A multi centre study from South India. Asian J Psychiatr, 37, 71-77
27. Turan, N., Durgun, H., Kaya, H., & et., al. (2020). Relationship between nursing students' levels of internet addiction. loneliness. and life satisfaction. Perspect Psychiatr Care, 3, 598-604
28. Hasan, A.A., & Jaber, A.A. (2019). Prevalence of internet addiction. its association with psychological distress, coping strategies among undergraduate students. Nurse Educ Today, 81, 78-82
29. Köse G. Ayhan H. Taştan S. et. al. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde eğitim stresi algısı ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 8, 58-64

Araştırma / Research Article

Stomalı hastaların yaşadıkları sorunlar sorun çözme becerileri ve depresyon arasındaki ilişki*

The relationship between the problems experienced by stoma patients problem- solving skills and depression

Sibel Polat¹, Rabiye Cihan², Yasemin Akıl³¹ Dr. Öğretim Üyesi, SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Bölümü, Gaziantep, Türkiye, sibelozt76@hotmail.com ORCID: 0000-0002-6274-6989² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Stomaterapi Ünitesi, Adana, Türkiye. rabiacyhan@gmail.com ORCID: 0000-0002-9058-3259³ Yara Bakım ve Ostomi Hemşiresi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Stomaterapi Ünitesi, Adana, Türkiye, rabiacyhan@gmail.com ORCID: 0000-0002-9058-3259

*I. Uluslararası Avrasya Sağlık Bilimleri Kongresi, 17-19 Haziran 2021, Trabzon (Online) (Sözlü bildirisi)

ÖZ

Giriş ve Amaç: Ostomi açılması bireylerin yaşam süresini uzatabilir ve sağlıklı bir hayata yeniden dönmelerine yardım edebilir. Stomalı bireyler bu süreçte fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar yaşayabilir. Beden imajında değişiklik, düşük özgüven, yalnızlık, umutsuzluk ve damgalanma, sosyal izolasyon ve cinsel sorunlar gibi. Bu sorunlar nedeniyle hastanın ruh sağlığı olumsuz etkilenebilir ve depresyon gibi ruhsal sorunlara neden olabilir. Bu çalışma, stomalı bireylerin yaşadıkları sorunlar, sorun çözme becerileri ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, 15 Haziran 2018- 15 Şubat 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin stomaterapi ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 89 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE) kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların ortalama yaşı 51.73 ± 14.95 , katılımcıların %53.9'u erkektir. Katılımcıların %91.0'inin stomayla ilgili sorun yaşadığı, katılımcıların BDÖ puan ortalamasının 38.43 ± 10.07 ve SSÇE toplam puanının 64.21 ± 12.45 olduğu belirlendi. BDÖ ve SSÇE arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulundu. **Sonuç:** Bu çalışmada stomalı hastaların, stomayla ilgili pek çok alanda sorun yaşadıkları, sorun yaşayan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, sorun çözme becerileri ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle stoma hemşiresi ve konsültasyon liyezon psikiyatri (KLP) hemşiresinin hastaların psikososyal sorunlarını çözebilmek için, stomalı hastanın bakımında birlikte çalışmalarını önerilmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Purpose: An ostomy could prolong individuals' life and help them have a healthy life again. In this process, individuals with a stoma can experience physiological, social, and psychological problems. Some examples include changes in body image, low self-confidence, loneliness, hopelessness, stigmatization, social isolation, and sexual problems. The patient's mental health could be affected negatively by these problems, which could lead to psychological problems like depression. This study aims to identify the relationship between the problems experienced by stoma patients, problem-solving skills, and depression. **Material and Method:** This descriptive study was conducted at the stomatherapy unit of a university hospital between the 15th of June 2018 and the 15th of February 2019. The sample was composed of 89 patients. Data were collected through the Beck Depression Scale (BDS) and the Social Problem-Solving Inventory (SPSI). **Results:** The average age of the participants was 51.73 ± 14.95 and 53.9% of them were males. Of all the participating individuals, 91.0% reported to have experienced problems with the stoma, the participants' average BDS score was 38.43 ± 10.07 , and the SPSI total score was 64.21 ± 12.45 . A negative and significant relationship was found between the BDS and SPSI. **Conclusion:** This study found that stoma patients experienced many problems related to the stoma, and the depression levels of the patients who experienced problems were higher, and there was a negative and significant relationship between problem-solving skills and depression. Therefore, stoma nurses and Consultation-Liaison Psychiatry (CLP) nurses are recommended to collaborate in the care of the stoma patients to solve their psychosocial problems.

GİRİŞ VE AMAÇ

“Stoma”, Yunanca ‘ağız’ veya ‘açıklık’ anlamına gelmektedir. Ostomi ise dışkı ve idrarın stoma yoluyla dışarıya doğru yönlendirilmesine neden olan cerrahi bir tedavi yöntemidir (1). Ostomi açılması bireylerin yaşam süresini uzatabilir ve sağlıklı bir hayata yeniden dönmelerine yardım edebilir. Fakat bu süreçte birey çok çeşitli sorunlarla yüz yüze kalabilir. Stomalı bireyler

fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar yaşayabilir. Bu sorunlar beden imajında değişiklik, yorgunluk, uykusuzluk, düşük özgüven, yalnızlık, umutsuzluk ve damgalanma sorunları olarak sıralanabilir. Cinsel yaşamda bozulma, düşük benlik saygısı, belirsizlik duyguları, sosyal faaliyetlere daha az katılım, seyahat etmeyle ilgili sorunlar, çalışma hayatının olumsuz etkilenmesi, arkadaş ve akrabalarla ilişkilerin

kısıtlanması nedeniyle hastanın yaşamının olumsuz etkilenmesi hastaların ruh sağlığını olumsuz etkilemekte ve depresyon gibi ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (2,3). Stomalı hastaların yarısından fazlasının; sosyal aktivitelerden ve arkadaş çevresinden uzaklaşma, cinsel birleşmeden kaçınma, öz güvende azalma ve anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlar ile karşılaştığı bilinmektedir. Fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşayan hastaların yaşamayanlara göre daha fazla beden imajında bozulma duygusu yaşadıkları bildirilmiştir (4). Ostomi hastalarının psikolojik problemlerinin incelendiği bir çalışmada; depresyon, anksiyete ve stres için ortalama puanlar sırasıyla 10.9 ± 5.4 , 13.1 ± 4.8 ve 10.6 ± 5.8 idi. Toplamda, hastaların sırasıyla % 87, % 92.1 ve % 71’inde depresyon, anksiyete ve stres bildirilmiştir. Hastaların cinsiyeti, yaşı, stoma tipi ve stoma ile yaşama süresi gibi faktörlerin hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkilediği görülmüştür (5). Ostomi ile ilişkili sorunların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini inceleyen bir sistematik incelemede; ostomi ile ilgili sorunlar arasında cinsel sorunlar, depresif duygular, gaz, kabızlık, görünümünden memnuniyetsizlik, giyimde değişiklik, seyahat zorlukları, yorgun hissetme ve sesler konusunda endişelenme yer almaktadır. Ayrıca ostomi ile ilgili sorunların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (6). Ostomi sonrası en sık görülen sorunlar; diyare ve konstüpsiyon, sızıntı, koku, banyo yapma, giyinme, fiziksel aktivite, seyahat etme, ibadet etme, beden imgesinin bozulması ve cinsel yaşamla ilgili sorunlardır (7).

Yapılan bir araştırmada, bireyin sorun çözme becerileri ile depresyon arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (8). Nezu’nun (1986) yaptığı çalışmaya göre stresi fazla olup , sorun çözme becerileri gelişmiş bireyler, benzer stres düzeyinde olan fakat etkisiz sorun çözme becerilerine sahip kişilere göre daha az depresyon belirtisi göstermektedir (9). Stoma oluşumuyla sonuçlanan yaşamı değiştiren bir ameliyat geçiren kişiler, sonuçta ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. Birçok insan değişen vücut işlevlerini kabul eder ve uyarlar; ancak bazıları için bu psikolojik olarak üzücü ve zorlayıcı bir deneyim olabilir. Stoma açılan bireyin, sorunlarını çözebilmesi, kendine bakabilmesi psikolojik olarak iyi hissetmede önemli bir faktördür (10).

Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşiresi, hastaları bağırsak ostomisini nasıl yönetecekleri ve bununla nasıl başa çıkacakları konusunda eğiterek fizyolojik ve psikososyal adaptasyonunda önemli bir rol oynar. Bu roller arasında; “stomalı bireyi bilgilendirme, stoma bakımını öğretme, danışmanlık yapma, hastaların eve döndüklerinde bakımı koordine etme, sağlık ekibi ile işbirliği içinde çalışarak hastaların ihtiyaçlarını karşılama, bakımın

sürekliliğini sağlayarak hasta ve ailelerinde, kendine güven ve uyumu oluşturma, hastaların bağımsızlıklarını kazandırma” sayılabilir (11). Fiziksel tedavi ve bakım ile ruhsal tedavi ve psikososyal bakımı entegre etmeye çalışan konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), “genel hastane içinde psikiyatri hizmetleri sunarak önemli bir gereksinimi gidermektedir. Bütüncül bakım vermek üzere eğitim alan, hastanede 7/24 hastalarla beraber olan hemşireler, genellikle hastalardaki değişimleri gözlemlerken ve ruhsal bakımlarını verirken yardıma gereksinim duymaktadırlar. Bu gereksinimi karşılamada Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) hemşireleri alanla ilgili önemli boşluğu doldurmaktadır. KLP hemşiresi, fiziksel hastalığı olan hastaların ve ailelerinin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyonuna kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan emosyonel, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlamada, tedavi ve bakımını sağlamada doğrudan veya dolaylı olarak rol alır “(12). Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşiresi ile KLP hemşiresinin, ostomili hastaların bakım sürecinde iş birliği içinde olması, hastaların ruhsal sorunlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Pek çok sorunla yüz yüze kalan stomalı hastaların sorunlarının farkında olması ve sorunlarla etkili baş edebilmeleri yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve ruhsal iyi oluşlarına katkı sağlayacaktır. Bu çalışma stomalı bireylerin yaşadıkları sorunlar, sorun çözme becerileri ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek ve sonrasında destekleyici eğitim ve uygulamalara rehber olması, literatüre katkı sağlaması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırma, 15 Haziran 2018- 15 Şubat 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin genel cerrahi kliniğine bağlı stomaterapi ünitesi’nde gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısı “evrendeki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülü” kullanılarak (Bir yıl önceki hasta sayısı 230 kişi) $\alpha = 0.05$ için; 90 kişi hesaplanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce, lokal bir Üniversiteden Etik Kurul Onayı alınmıştır (78/54 sayı numaralı 01.06.2018 tarihli). Çalışma Helsinki Bildirgesine uygun olarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Çalışmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri açıklanmış ve bu çalışmanın kendileri için herhangi bir olumsuz duruma yol açmayacağı konusunda bilgi verilmiştir.

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, “Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GGSSÇE)” ile toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu; sosyodemografik özellikler,

sağlık-hastalık durumuyla ilgili özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır. “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”;

Depresyonda görülen “somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilerinin derecesini ölçmek amacıyla 1961’de Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh tarafından geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan öz bildirim türü bir ölçektir.” Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0.73 olarak belirtilmektedir (13). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.88’dir. Sorun çözme becerileri “Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GGSSÇE)” kullanılarak değerlendirilmiştir. “D’Zurilla ve Maydeu-Olivares tarafından 1995 ve 1996 yıllarında oluşturulan ve D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares tarafından 2002’de son revizyonu yapılan (SSÇE-G), 5 basamaklı Likert tipi 52 maddeden oluşmaktadır. Envanterde, sosyal sorun çözme sürecinin farklı yönlerini değerlendiren beş alt ölçek bulunmaktadır: Olumlu sorun yönelimi, negatif sorun yönelimi, akılcı sorun çözme tarzı, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı, kaçınan sorun çözme tarzıdır.” Ölçeğin uzun ve kısa formu olmak üzere 2 formu vardır. Kısa formu 25 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada, ölçeğin kısa formu kullanılmıştır. Ölçek 2008’de Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında alt ölçekler Cronbach alfa katsayısı 0.60 ile 0.84 arasındadır (14). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.70’dir. Stoması olan ve stomaterapi ünitesi’nde takip edilen hastalar, konuşma ve anlamada iletişim sorunu olmayan, bilişsel ve zihinsel engeli olmayan, kronik ruhsal hastalığı olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler, aynı zamanda stomaterapi ünitesinde çalışan ve ostomi ve yara bakım hemşiresi olan 2 araştırmacı tarafından stomaterapi ünitesinde yüz yüze toplanmıştır. Veriler ortalama 25-30 dk. sürede toplanmıştır. Bir hastanın eksik verileri nedeniyle 89 hastanın sonuçları analiz edilmiştir. Verilerin Analizinde; “Tanımlayıcı istatistik olarak; ölçümle belirtilen sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma veya medyan ve minimum-maksimum değerleri, nitel değişkenler için frekans ve yüzde değerleri” verilmiştir. “Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi” ile değerlendirilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında; ölçümle belirtilen sürekli değişkenler için parametrik test koşullarının sağlanması durumunda “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student’s t-testi)” kullanılmıştır. Depresyon ve sorun çözme arasındaki ilişki “Pearson Korelasyon analizi” ile değerlendirilmiştir. “p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı” değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Katılımcıların “demografik ve klinik özellikleri” Tablo 1’de gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Bireylerin Sosyo-Demografik ve Stoma İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=89)

Tanıtıcı özellikler		
Yaş (Yıl)	Ort±Ss 51.73 ±14.95	
Cinsiyet	n	%
Erkek	48	83,9
Kadın	41	46,1
Medeni Durum		
Evli	66	74,2
Bekar	23	25,8
Eğitim Durumu		
Okuryazar	13	14,6
İlköğretim mezunu	41	46,1
Lise mezunu	17	19,1
Üniversite mezunu	18	20,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	10	11,2
Çalışmıyor	79	88,8
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Ailesi ile	85	95,5
Yalnız	4	4,5
Sosyoekonomik Durum		
Düşük	30	33,7
Orta	59	66,3
Tanı		
Rektum kanseri	26	29,2
Kolon kanseri	25	28,2
Bağırsak hastalıkları (Ülseratif Kolit, Crohn vb.)	25	28,2
Perineal Hastalıklar	7	7,7
Diğer Kanser Türleri	6	6,6
Ameliyat sonrası tedavi		
Kemoterapi	13	14,6
Kemoterapi ve Radyoterapi	30	33,7
Tedavi almadı	46	51,7
Stoma Tipi		
Kolostomi	33	37,1
İleostomi	56	62,9
Stoma Durumu		
Geçici	72	80,9
Kalıcı	17	19,1
Stoma Bakımını Yapan Kişi		
Kendisi	25	28,0
Eşi	29	32,6
Çocukları	16	18,0
Yakını	9	10,1
Eş ve Çocuk	7	7,9
Kendisi ve Eşi	3	3,4

Çalışmaya katılan bireylerin stoma ile ilgili sorun yaşama durumları Tablo 2’de gösterilmiştir (Tablo 2).

Bu çalışmada stomalı hastaların sorun çözme becerileri, stoma ile ilgili yaşadıkları sorunlar ve depresyon düzeyleri incelenmiştir. Ostomi sonrası hastalarda beden algısının değişmesi, benlik saygısı ve libido azalması, cinsel işlev bozukluğu, evlilik sorunları ve depresyon gibi sorunlar

oluşabilir. Ostomi hastaları ostomiden sızıntı ve koku nedeniyle insanlarla etkileşime girmekten kaçınabilir. Ayrıca spor, eğlenceli aktiviteler ve seyahatlerde kısıtlamalar yaşayabilir (11). Stomalı hastaların beden imajındaki değişikliğe uyum sağlayamama nedeni olarak özellikle genç yaşta olma, fazla kilolu olma ve geçici stomaya sahip olma risk faktörü olarak

Tablo 2. Bireylerin Stomayla İlgili Sorun Yaşama Durumları (n=89)

Stomaya bakmakta görmekte sorun yaşama durumu	n	%
Evet	38	42.7
Hayır	51	57.3
Stomanın günlük yaşantıyı etkileme durumu		
Evet	63	70.8
Hayır	26	29.2
Stomanın sosyal yaşantıyı etkileme durumu		
Evet	60	67.4
Hayır	29	32.6
Stomayla ilgili bir sorun yaşama durumu		
Evet	81	91.0
Hayır	8	9.0
Beden algısında bozulma		
Evet	41	46.1
Hayır	48	53.9
Benlik saygısında ve özgüvende azalma		
Evet	27	30.3
Hayır	62	69.7
Korku ve endişe		
Evet	32	36.0
Hayır	57	64.0
Sosyal ortamlardan kaçınma		
Evet	26	29.2
Hayır	63	70.8
İletişim alanında		
Evet	4	4.5
Hayır	85	95.5
Beslenme alanında sorun		
Evet	37	41.6
Hayır	52	58.4
Boşaltım alanında sorun		
Evet	30	33.7
Hayır	59	66.3
Kişisel temizlik ve giyinme		
Evet	46	51.7
Hayır	43	48.3
Hareket etme		
Evet	41	46.1
Hayır	48	53.9
Çalışma ve Eğlence		
Evet	23	25.8
Hayır	66	74.2
Cinsellik		
Evet	16	18.0
Hayır	73	82.0
Uyku		
Evet	47	52.8
Hayır	42	47.2

değerlendirilmiştir (15). Yapılan bir çalışmada stoma ile ilgili sorun yaşayan hastaların günlük yaşamlarını nasıl etkilediği değerlendirilmiş ve çalışma sonuçlarına göre; hastaların sosyal yaşamlarında kısıtlanma yaşadığı, beslenme sorunu, giysilerini seçmede ve değiştirmede, hijyen konusunda, stoma bakımı konusunda ciddi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Psikolojik sorun olarak ise korku ve endişe yaşadıkları, düşük benlik saygısına sahip oldukları ve stomaya adapte olmada güçlük yaşadıkları ve aile ve arkadaş ortamından uzaklaşma ve kendini soyutlama davranışı görülmüştür (16). Yapılan bir literatür inceleme çalışmasında; stomalı bireylerin yaşadıkları psikososyal problemler incelenmiş, beden imajı algısında ve benlik saygısında azalma, anksiyete ve depresyon, baş etme becerilerinde azalma, psikososyal uyumda azalma ve cinsel sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (2). Yapılan bir sistematik incelemede hastaların cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği, özellikle; cinsellikle ilgili endişeler, cinsellik yaşama sıklığında azalma, cinsel işlevlerde bozukluk, isteksizlik, cinsel doyumda azalma sorunları belirlenmiştir (17).

Bir diğer çalışma sonuçlarına göre, stoma ameliyatından sonra hastaların yarısından fazlasının depresyonda hissettiği, sadece %34'ünün cinsel aktiviteye devam ettiği ve sadece %11'inin cinsel doyum yaşadığı belirtilmiştir (18).

Bu çalışmada da hastaların neredeyse tamamının stomayla ilgili sorun yaşadığı (%91) belirlenmiştir. Bireylerin; stomaya bakmakta sorun yaşadığı, stomanın günlük yaşantısını ve sosyal yaşantısını etkilediği, beden algısında bozulma, benlik saygısında ve özgüvende azalma, korku ve endişe, sosyal ortamlardan kaçınma ve iletişim, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, hareket etme, çalışma ve eğlenme, cinsellik, uyku alanında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşanan sorunlar literatürle benzerdir.

Çalışmaya katılan bireylerin depresyon düzeyleri Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların %39.3'ünün orta düzey, %39.3'ünü şiddetli düzeyde depresyona sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Bireylerin depresyon düzeylerine göre dağılımı (n=89)

	n	%
Hafif Depresyon	19	21.4
Orta Depresyon	35	39.3
Şiddetli Depresyon	35	39.3
Toplam	89	100.0

Bu çalışmada katılımcıların BDÖ puan ortalamaları 38.43 ± 10.07 'dir. Orta ve şiddetli düzey depresyon yaşayanların oranı %78.6'dır. Hastaların depresyon puanları yüksektir. SSÇE puan ortalaması 64.21 ± 12.45 'dir.

Hastaların ortanın biraz üstü düzeyde sorun çözme becerilerine sahip olduğu görülmüştür. BDÖ ve SSÇE arasındaki istatistiksel anlamda negatif bir ilişki vardır. Ostomili bireylerin depresyon düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların BDÖ puanı 14.8 ± 8.0 'dir. Hastaların depresyon düzeylerinin düşük olması; bakıma güven, devletin bir şekilde sağlık sigortası kapsamı, kültürel bir özellik olarak aile desteği gibi toplum ve sağlık sistemi ile ilgili bazı faktörlerle ilgili olabileceği ve bunların depresyondan koruyucu bir faktör olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca ameliyat sonrası kemoterapi almayan hastaların da depresyon puanını azaltmış olabileceği bildirilmiştir (19). Stomalı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların, %45'inde depresyon olduğu, %17.5'inde de ciddi düzeyde depresyon olduğu belirtilmiştir (15). Literatürde, stoma ameliyatı sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (20, 21).

Bu çalışmada stomalı hastaların depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin stoma açıldıktan sonra hastaların neredeyse yarısının kemoterapi, radyoterapi gibi ağır tedavilere maruz kalması, çoğunun sosyoekonomik gelir düzeyinin düşük ve orta olması, neredeyse hastaların çoğunun çalışmıyor olması gibi depresyon açısından risk faktörleri nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Sosyal Sorun Çözme (SSÇE) alt boyut puan ortalamaları Tablo 4'de verilmiştir. BDÖ puan ortalaması 38.43 ± 10.07 'dir. SSÇE toplam puanı ise 64.21 ± 12.45 'dir (Tablo 4).

Bu çalışmada hastaların sorun çözme ölçeği toplam puanı, orta düzeyin biraz üstündedir. Yaşamlarında karşılaştıkları sorunları etkin bir şekilde başarılı bir yöntemle çözebilen bireylerin, "psikolojik ve fiziksel sağlıklarının" daha iyi olduğu daha yüksek olduğu bilinmektedir. "Etkili sorun çözme becerileri", bireylerin yaşam sürecinde başarılı olabilmesini gerekli kılar; "etkili sorun çözme becerilerine sahip olunmaması" kişilerarası sorunlarla ve "bilişsel ve davranışsal sorunlarla" ilgilidir (22, 23).

Bireylerin stoma ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre BDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'de verilmiştir. Belirtilen alanlarda sorun yaşayan hastaların yaşamayanlara göre BDÖ puanı anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$). Sosyal ortamlardan kaçınma davranışı olan, boşaltım, çalışma ve cinsellikle ilgili sorun yaşayanların yaşamayanlara göre BDÖ puanları arasında "anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$)" (Tablo 5). Stomasına bakmakta görmekte sorun yaşayan bireylerin, günlük yaşantısı ve sosyal yaşantısı etkilenen bireylerin, benlik algısı bozulan, benlik saygısı ve özgüveni azalan, stoması ile ilgili korku ve endişe

Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Sosyal Sorun Çözme (SSÇE) Alt Boyut Puan Ortalamaları

BDÖ ve SSÇE Alt Boyut Puanları	Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puan	Ölçekten alınan	
		En düşük ve en yüksek puan	Ort±Ss
BDÖ	0-63	21-63	38.43±10.07
SSÇE	0-100	36-93	64.21±12.45
“Olumlu sorun Yönelimi”	0-20	1-20	12.65±4.15
“Negatif sorun Yönelimi”	0-20	0-17	8.55±3.86
“Akılcı sorun çözme tarzı”	0-20	0-20	12.55±4.11
“Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı”	0-20	0-19	6.92±3.64
“Kaçınan sorun çözme tarzı”	0-20	0-15	5.87±4.12

Tablo 5. Bireylerin stoma ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre BDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Stoma İle İlgili Sorun Yaşama Durumları (n=89)	Sayı	BDÖ X ± SS	t/p
Stomaya Bakmakta Görmekte Sorun Yaşama Durumu			
Evet	38	21.50±10.39	t=3,495
Hayır	51	14.39±8.75	p=0.001
Stomanın Günlük Yaşantıyı Etkileme Durumu			
Etkiliyor	63	20.52±9.11	t=5.119
Etkilemiyor	26	9.92±8.27	p=0.00
Stomanın Sosyal Yaşantıyı Etkileme Durumu			
Etkiliyor	60	19.68±10.03	t=3.194
Etkilemiyor	29	12.76±8.57	p=0.002
Beden Algısında Bozulma			
Evet	41	19.90±8.76	t=2.188
Hayır	48	15.31±10.71	p=0.031
Benlik Saygısında ve Özgüvende Azalma			
Evet	27	22.66±10.46	t=3.430
Hayır	62	15.14±9.07	p=0.01
Stoması ile ilgili korku ve endişe yaşama durumu			
Evet	32	21.75±10.12	t=3.187
Hayır	57	15.00±9.27	p=0.02
Sosyal ortamlardan kaçınma davranışı			
Var	26	21.96±8.99	t=2.834
Yok	63	15.55±9.96	p=0.06
Beslenme sorunu			
Olan	37	23.91±9.37	t=6.088
Olmayan	52	12.80±7.79	p=0.00
Boşaltım sorunu			
Olan	30	19.06±10.18	t=1.096
Olmayan	59	16.59±10.00	p=0.276

yaşayan bireylerin BDÖ puanı, sorun yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Hastalardan beslenme, kişisel temizlik, hareket etme ve uyku sorunu yaşayanların depresyon puanları, sorun yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Sosyal ortamlardan kaçınma davranışı olan, boşaltım, çalışma ve cinsellikle ilgili sorun yaşayanların yaşamayanlara göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Stomalı hastaların yaşadıkları tüm bu sorunlarla başa çıkmada sorun çözme becerilerinin gelişmiş olması oldukça önemlidir.

BDÖ ve SSÇE arasındaki ilişki Spearman ve Pearson korelasyon testi ile incelenmiş, BDÖ ve SSÇE arasındaki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde bir ilişki” belirlenmiştir ($r = -.420$; $p < 0.01$). Yapılan bir sistematik incelemede ostomiyle yaşamının yaşam kalitesini tüm alanlarda olumsuz etkilediği belirtilmiştir. En sık karşılaşılan sorunların ise; gaz-konstüpsiyon, görünümünden memnun olmama, seyahat etmede zorluk, yorgun hissetme, giysilerde değişiklik, depresif hissetme ve cinsel sorunlar olarak sıralanmıştır (6). Hastalar, beden imajı değişiklikleri, fiziksel çekiciliğin azalmasının bir sonucu olarak cinsel aktivitelerden kaçınma eğiliminde olduklarından, cinsel tatmin üzerinde de azalma yaşamaktadır (24). Yapılan fenomolojik bir çalışmada; hastaların kendini kirli, itici ve cinsel yaşam için yetersiz bulduğu ve artık kendini cinsel yönden çekici bulmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sorunların, cinsel ilişki sırasında stomanın görünümü, stomanın kokusu ve gürültüsü, stomanın gevşeme ve yaralanma korkusu ve libido azalması ile bağlantılı olabileceği belirtilmiştir (25). Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak mevcut çalışmada, cinsel sorun yaşayanların yaşamayanlara göre depresyon puanlarında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeni olarak; hastaların yaş ortalamasının orta yaş düzeyinde olması, toplumda cinsellik konusunda konuşmanın hala tabu olması veya cinsellik hakkında konuşmaktan utanma nedeniyle böyle bir sonuca ulaşıldığı düşünülebilir.

Yapılan nitel bir araştırmada; hastanın stomanın varlığını kabul etmesinin; stoma ile başa çıkma ve yönetme sürecinde kilit nokta olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca; hastalara stomanın kendisi, stoma yönetimi, ve tüm süreç hakkında yeterli bilgi sağlanmasının hastaların korku ve endişelerini azalttığı bildirilmiştir (26). Buradan yola çıkarak; hastaların sorunun varlığını kabul etmesinin, sorunu akılcı bir yaklaşımla çözmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Sağlık profesyonelleri genellikle hastanın fiziksel sorunlarına odaklanmakta ve genellikle psikososyal sorunları gözardı edebilmektedir. Stoma hemşiresi ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi bu stresli dönemde stomalı hastanın bakımında birlikte çalışmalıdır. Hastaların psikososyal sorunlarını çözmek

için destekleyici iletişim, dinleme ve danışmanlık, duygusal ve sosyal destek gevşeme eğitimleri, grup terapileri, bilişsel-davranışçı terapi uygulanabilir (27).

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu araştırmanın yalnızca bir hastanede yapılması nedeniyle topluma genellenemeyebilir. Ülkemizin birçok bölgesinde, farklı kurumlarda ve daha çok hastanın katılımı ile karşılaştırmalı çalışmalar yürütülebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada stomalı hastaların, stomayla ilgili pek çok alanda sorun yaşadıkları, sorun yaşayan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, hastaların sorun çözme becerilerinin ortanın üstünde olduğu, sorun çözme becerileri ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu yani sorun çözme becerileri azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle stoma hemşiresi ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi bu dönemde stomalı hastanın bakımında birlikte çalışmalı ve hastaların psikososyal sorunlarını çözmek için destekleyici iletişim, dinleme ve danışmanlık, duygusal ve sosyal destek sağlamalıdır. Bu doğrultuda KLP hemşireleri ve stoma hemşirelerinin hastaların bakım sürecini birlikte planlamaları, sorunlarla etkili baş etmede ve depresyonu azaltmada önemlidir.

Teşekkürler: İstatistik analiz desteği için X'e ve İngilizce çeviri desteği için Y'ye teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Ahmad, Z., Sharma, A., Saxena, P., Choudhary, A. & Ahmed, M. A. (2013). Clinical study of intestinal stomas: its indications and complications. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1(4), 536-40.
2. Ayaz-Alkaya, S. (2019). Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *International wound journal*, 16(1), 243-49.
3. Jansen, E., van Uden-Kraan, C. F., Braakman, J. A., van Keizerswaard, P. M., & Witte, B. I. et al. (2015). A mixed-method study on the generic and ostomy-specific quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients. *Supportive Care in Cancer*, 23(6), 1689-97.
4. Aktas, D., & Gocman, Z. B. (2015). Body Image Perceptions of Persons With a Stoma and Their Partners: A Descriptive, Cross-sectional Study. *Ostomy wound management*, 61(5), 26-40.
5. Rafiei, H., Hoseinabadi-Farahani, M. J., Aghaei, S., Hosseinzadeh, K., Naseh, L., & Heidari, M. (2017). The prevalence of psychological problems among ostomy patients: a cross-sectional study from Iran. *Gastrointestinal Nursing*, 15(2), 39-44.
6. Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual of Life Research*, 25(1), 125-33.

7. Duluklu, B., & Çelik, S. Ş. (2019). Kolostomisi olan bireylerde yaşam kalitesi: Sorunlar ve hemşirelik girişimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2), 111-19.
8. Yavuzer, Y., Albayrak, G., & Keldal, G. (2018). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (HU Journal of Education) 2018, 33(1), 242-55.
9. Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(2), 196-202.
10. Brown, F. (2017). Psychosocial health following stoma formation: a literature review. Gastrointest. Nursing, 15(3), 43-49.
11. Sarabi, N., Navipour, H., & Mohammadi, E. (2017). Relative Tranquility in Ostomy Patients' Social Life: A Qualitative Content Analysis. World journal of surgery, 41(8), 2136-42.
12. Yıldırım, S., Şimşek, E., Geridönmez, K., Basma, Ş., & Vurak, Ü. (2019). Examination of the knowledge and practices of nurses about consultation liaison psychiatry nursing. Journal of Psychiatric Nursing, 10(2), 96-102.
13. Savaşır, I., & Şahin, N.H. (1997). Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
14. Eskin, M., & Aycan, Z. (2008). Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin Türkçe'ye (TrSSÇE-G) uyarlanması güvenirlik ve geçerlik analizi. Türk Psikoloji Yazıları, 12, 1-10.
15. Jayarajah, U., & Samarasekera, D. N. (2017). Psychological Adaptation to Alteration of Body Image among Stoma Patients: A Descriptive Study. Indian journal of psychological medicine, 39(1), 63-68.
16. Özşaker, E., & Yeşilyaprak, T. (2018). The problems of patients with stoma and its effects on daily living activities. Medical Science and Discovery, 5(12), 393-98.
17. Taylan, S., & Özkan, İ. Stomalı hastaların yaşadıkları cinsel sorunlar: Sistematik çalışma. Androloji Bülteni, 23(3), 170-178.
18. Zewude, W. C., Derese, T., Suga, Y., & Teklewold, B. (2021). Quality of Life in Patients Living with Stoma. Ethiopian Journal of Health Sciences, 31(5), 993-1000.
19. Bahayı, K., Attaallah, W., Yardımcı, S., Bulut, H., & Özten, E. (2018). Depression, anxiety, sexual dysfunction and quality of life in patients with ileostomy or colostomy. Turkish Journal of Colorectal Disease, 28(2), 69-75.
20. Sceats, L. A., Dehghan, M. S., Rumer, K. K., Trickey, A., Morris, A. M., & Kin, C. (2020). Surgery, stomas, and anxiety and depression in inflammatory bowel disease: a retrospective cohort analysis of privately insured patients. Colorectal Disease, 22(5), 544-553.
21. Ssewanyana, Y., Ssekitooleko, B., Suuna, B., Bua, E., Wadeya, J., Makumbi, T. K., ... & Omona, K. (2021). Quality of life of adult individuals with intestinal stomas in Uganda: a cross sectional study. African Health Sciences, 21(1), 427-36.
22. Dreer, L. E., Jackson, W. T., & Elliott, T. R. (2005). Social Problem Solving, Personality Disorder and Substance Abuse. In Social Problem Solving and Offending: Evidence, Evaluation and Evolution (Eds. McMurran M, McGuire J): West Sussex: (pp.290-365). John Wiley and Sons.
23. Heppner, P. P., Witty, T. E., & Dixon, W. A. (2004). Problem-solving appraisal and human adjustment: A review of 20 years of research using the Problem Solving Inventory. The Counseling Psychologist, 32(3), 344-428.
24. Kim, J. S., & Kang, S. A. (2015). study on body image, sexual quality of life, depression, and quality of life in middle aged adults. Asian nursing research, 9, 96-103.
25. Ceylan, H., & Vural, F. (2017). Living with stoma-a phenomenological study. Journal Nursing Research Practice, 1(1), 6-12.
26. Lim, S. H., Chan, S. W. C., Lai, J. H., & He, H. G. (2019). A qualitative evaluation of the STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stoma. Journal of advanced nursing, 75(1), 108-18.
27. Koplin, G., Müller, V., Heise, G., Pratschke, J., Schwenk, W., & Haase, O. (2016). Effects of psychological interventions and patients' affect on short-term quality of life in patients undergoing colorectal surgery. Cancer medicine, 5(7), 1502-09.

Araştırma / Research Article

Covid-19 pandemisinin sağlık turizmine etkisinin nitel bir araştırma ile incelenmesi*

Reflections of the covid-19 pandemic on health tourism: A qualitative research

Gurbet Çıtak¹, Belma Keklik²¹ Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, Isparta, dr.gurbetcitak@gmail.com, 0000-0002-2037-2907² Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Isparta, belmakeklik@sdu.edu.tr, 0000-0002-6905-4862

*Bu çalışma Gurbet Çıtak tarafından yazılan "Türkiye'de Covid-19 Pandemisinin Sağlık Turizmine Yansımaları: Nitel Bir Araştırma" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir

ÖZ

Amacı Covid-19 pandemisinin Türkiye'nin sağlık turizmine etkisini paydaş görüşleri doğrultusunda incelemek olan bu araştırma nitel bir olgubilim (fenomenoloji) araştırmasıdır. Çalışma grubunu T.C. Sağlık Bakanlığı'nda ve özel sağlık kuruluşlarında yönetici ve uzman olarak çalışan 12 katılımcı oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde tümevarımsal yaklaşım izlenmiş ve nitel veri analiz yazılımı olan NVIVO 11 programı kullanılarak içerik analizi yapılmıştır. Araştırmada katılımcı görüşlerine göre Covid-19 pandemisinin sağlık turizmine olumsuz ve olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur. Olumsuz etkilerine yönelik daha fazla sayıda görüş ifade edilmiştir. Covid-19 sürecinde Türkiye'de sağlık turizminde en çok aşılama, T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 uygulamaları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) standartlarının uygulanması ve Covid-19 ile mücadele temalarına vurgu yapılmıştır. Katılımcılar Covid-19 sürecinde ve sonrasında sağlık sisteminde düzenlemeler yapılması, reklam ve pazarlama, turistlerin ülkelerine güvenli ve memnun dönmesi, Covid-19 tedbirleri, sağlık turizmi eylem planı vb. görüşler bildirmişlerdir. Pandemi sürecinde sağlık turizmi hasta sayısında genel olarak düşüş olduğu, pandeminin etkisi azaldıkça hasta sayısının artışı geçeceği yönünde görüşler ifade edilmiştir. Katılımcılar Türkiye'ye en çok Ortadoğu, Afrika, Avrupa ve ekonomik olarak gelişmiş ülkelerden yolcu geldiğini belirtmektedir. Katılımcılar genel olarak pandemilere daha dayanıklı bir sağlık turizmi modelinin geliştirilebileceğini, ayrıca sağlık turizminin Türkiye turizmini canlandırmak için bir araç olabileceğini düşünmektedir

Anahtar Kelimeler:
Sağlık Turizmi, Covid-19, Pandemi, Nitel Araştırma.

Key Words:
Health Tourism, Covid-19, Pandemic, Qualitative Research.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Süleyman Demirel Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Isparta,
belmakeklik@sdu.edu.tr

DOI:
10.52880/sagakaderg.1089478

Gönderme Tarihi/Received Date:
17.03.2022

Kabul Tarihi/Accepted Date:
21.03.2022

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

ABSTRACT

This research, whose aim is to examine the impact of the Covid-19 pandemic on Turkey's health tourism in line with stakeholder views, is a qualitative phenomenology research. The study group consists of 12 participants working as managers and specialists in the Ministry of Health and private health institutions. A semi-structured interview form was used as a data collection tool. In the analysis of the data obtained within the scope of the research, an inductive approach was followed and content analysis was carried out using the NVIVO 11 program, which is a qualitative data analysis software. In the study, it was found that the Covid-19 pandemic has negative and positive effects on health tourism, according to participant opinions. A greater number of opinions were expressed regarding its negative effects. During the Covid-19 process, the most emphasized themes in health tourism in Turkey were vaccination, the Ministry of Health's Covid-19 applications, the implementation of the World Health Organization (WHO) standards and the fight against Covid-19. Participants have given their opinions that during and after the Covid-19 process, will be able to make arrangements in the health system, advertising and marketing, safe and satisfied return of tourists to their countries, Covid-19 measures, health tourism action plan, etc.. It has been expressed that there is a general decrease in the number of health tourism patients during the pandemic process, and that the number of patients will increase as the effect of the pandemic decreases. Participants state that passengers mostly come to Turkey from Middle East, Africa, Europe and economically developed countries. Participants generally think that a health tourism model that is more resistant to pandemics can be developed, and that health tourism can be a tool to revive Turkey's tourism.

GİRİŞ VE AMAÇ

13.07.2017 tarihli ve 30123 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik" kapsamında sağlık turizmi: "Sağlık amaçlı yurtdışından ülkemize geçici bir süreliğine gelen, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan veya Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmakla

birlikte yurtdışında ikamet eden gerçek kişilerin aldıkları her türlü sağlık hizmeti ile bunlarla ilgili destek hizmetlerini ifade eder." şeklinde açıklanmıştır. Yönetmelik kapsamında sağlık turisti: "Uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında sağlık hizmeti alan hastayı ifade eder." şeklinde tanımlanmıştır (1).

Sağlık turizminin genel özellikleri arasında; milli gelire katkısı, ülkeler arası rekabet aracı olması, sosyal ve kültürel etkileşim aracı olması, turistin sağlığına kavuşarak ülkesine dönmesi açısından sonuç temelli olması, kamu ve özel sektör tesislerinin teknik donanım ve nitelikli personel açısından gelişmesine katkı sağlaması sıralanmaktadır (2). 2019 yılında sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında ülkemizde 662.087 hasta sağlık hizmeti almıştır. Yıl içerisinde Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hastaların geldiği ilk 3 ülke sırasıyla; Irak, Azerbaycan ve Türkmenistan olmuştur. Sağlık ve tıbbi nedenlerle gelen yabancı ziyaretçi ve yurt dışında ikamet eden vatandaş ziyaretçilerden elde edilen turizm geliri 2019 yılında 1 milyar 65 milyon 105 bin ABD Doları tutarında gerçekleşmiştir. 2020 yılının ilk çeyreğinde ise 143.266 hasta sağlık hizmeti almış ve buradan elde edilen gelir 187 milyon 955 bin ABD doları tutarında gerçekleşmiştir (3).

Sağlık turizmi çeşitleri: “1. Medikal Turizm (Tıbbi Turizm), 2. Kaplıca Turizmi (Termal Turizm), 3. Spa-Wellness Turizmi, 4. İleri Yaş ve Engelli Turizmi” şeklindedir (4). Sağlık turizmi çeşitlerinin uygulanan sağlık hizmetinin türüne göre “Koruyucu Hizmetler, Tedavi Edici Hizmetler ve Rehabilitasyon (Esenlendirici) Edici Hizmetler” alt başlıkları halinde sınıflandırmak da mümkündür. Medikal turizm, tedavi olmak amacıyla yaşadığı ülkenin sınırları dışına çıkarak başka bir ülkede sağlık hizmeti almasıdır (5). Literatür araştırmaları ve mevzuat incelemeleri yapıldığında görülmektedir ki hem bilim insanları hem de sektörün uygulayıcıları tarafından medikal turizm kavramı sağlık turizmi ile özdeşleşmiştir (6). Medikal turizm alanında hem Dünya’da hem de Türkiye’de öne çıkan sağlık hizmetleri: “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, İnfertilite (Kısırlık) Tanı ve Tedavileri, Saç Ekim Uygulamaları, Göz Sağlığı ve Cerrahisi, Organ Nakilleri, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kanseri Tedavileri, Check-up (Genel Sağlık Kontrolü) Hizmetleri vb.” gibi sağlık hizmetleri sıralanabilir (7). Medikal turizmde Hindistan, Tayland, Singapur, Dubai, Malezya’nın gelişim süreçleri ve bazı uygulama örnekleri incelendiğinde görülmektedir ki, medikal turizmde akreditasyon ve kalitenin önemi sektörün öncüleri tarafından bilinmektedir. Medikal turistler sağlık hizmeti alacakları ülkenin uluslararası akredite kuruluşlar tarafından tescillenmiş sağlık tesislerinden sağlık hizmeti almayı tercih etmekte ve bu sağlık tesislerine olan güven de artmaktadır(8). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde ulusal akreditasyon programı kurulmuştur. 2020 yılı itibarıyla, bu program tarafından akredite edilmiş 5 adet sağlık tesisi bulunmaktadır. Ayrıca Türkiye uluslararası akreditasyon kuruluşu JCI tarafından da akredite edilmiş 34 sağlık tesisine sahiptir (9).

Pandemi

Pandemi veya pandemik hastalıklar, bir kıta hatta tüm Dünya yüzeyi gibi çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara yani epidemilere verilen genel adı ifade etmektedir. Pandemi kelimesinin kökeni, Eski Yunanca’da tüm anlamına gelen “Pan” ile insanlar anlamına gelen “Demos” kelimelerinden türemiştir (10)

Covid-19 salgın hastalığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 30 Ocak 2020’de uluslararası acil halk sağlığı sorunu ve 11 Mart 2020 tarihinde de pandemi olarak ilan edilmiştir. (11). Korona virüslerin neden olduğu en büyük salgın, Aralık 2019 tarihinde Çin’in Hubei bölgesinin başkenti olan Wuhan kentinde görülmüştür (12). Hızlı ve tam saptama metodlarının kullanılması, karantina ve izolasyonun tam kapsama ile uygulanması pandemi ile mücadelede anahtar noktalardır (13). Sağlık kuruluşlarında salgınlara hazırlık, çok boyutlu ve dinamik süreçlerin planlanması ve sürdürülebilmesine bağlıdır. Tıbbi malzeme, insan kaynakları ve alt yapısal düzenlemelerin yanı sıra kurum içi iletişimin sağlanması gibi dolaylı yoldan hasta bakımına etki eden faktörlerin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Pandemi yönetimine ilişkin kararların, bilimsel bilgiler ve mevcut veriler ışığında çalışanların katkısıyla alınması sürecin sağlıklı yürütülebilmesini sağlar (11).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden olgubilim (fenomenoloji) deseni kullanılmıştır. Fenomenoloji deseni farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır. Olgular, yaşadığımız dünyada olaylar, deneyimler, algılar, yönelimler, kavramlar ve durumlar gibi çeşitli biçimlerde karşımıza çıkabilmektedir. Bize tümüyle yabancı olmayan aynı zamanda da tam anlamını kavrayamadığımız olguları araştırmayı amaçlayan çalışmalar için fenomenoloji uygun bir araştırma zemini oluşturur. Fenomenoloji araştırmalarında veri kaynakları, araştırmanın odaklandığı olguyu yaşayan ve bu olguyu dışı vurabilecek veya yansıtabilecek bireyler ya da gruplardır. Fenomenoloji araştırmalarında başlıca veri toplama aracı görüşmedir. İçerik analizinde verinin kavramsallaştırılması ve olguyu tanımlayabilecek temaların ortaya çıkarılması çabası vardır. Sonuçlar betimsel bir anlatım ile sunulur ve sık sık doğrudan alıntılara yer verilir (14).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Covid-19 pandemisinin Türkiye’nin sağlık turizmine yansımalarını, olumlu ve olumsuz etkilerini

incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

Araştırma sorusu, araştırmaya konu olan problemin soru olarak ifade edilmiş biçimidir. Yani araştırmacının yapılmasına temel oluşturur. Araştırma sorusu veya soruları, araştırmacının diğer tüm aşamalarını derinden etkileyen öğelerdir. Araştırma sorularının yazılmasında araştırma probleminin niteliğinin, problemle ilgili taranan alanyazının önemli bir rolü vardır. Yani araştırma sorusu, araştırmaya temel oluşturan kavramsal çerçeveden derin bir biçimde etkilenir. Genel araştırma problemine göre gerek kuramsal alanyazın gerekse araştırma alanyazını tanıdıktan sonra kavramsal çerçeve oluşturulur ve buna göre araştırma soruları ifade edilir (14).

1. Covid-19 Pandemisinin Türkiye'nin Sağlık Turizmi Üzerinde Olumlu ve Olumsuz Etkisi Nedir?
2. Covid-19 Sürecinde Türkiye'nin Sağlık Turizmi Kapsamında Çalışmalarını Nasıl Değerlendiriyorsunuz?
3. Covid-19 Sürecinde ve Sonrasında Türkiye'nin Sağlık Turizmini Canlandırmak ve Geliştirmek İçin Atılması Gereken Adımlar Nelerdir?
4. Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye'nin Sağlık Turizmi Hasta Sayısında Düşüş veya Yükseliş Gerçekleşir mi?
5. Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye'nin Sağlık Turizmi Kapsamında Daha Çok Hangi Ülkelere Yönelmesi Gerekir ve Neden?
6. Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye'nin Sağlık Turizmi Hastaları Daha Çok Hangi Sağlık Tesislerine Yönelir ve Neden? (Kamu Sağlık Tesisleri, Özel Sağlık Tesisleri ve Üniversite Sağlık Tesisleri)
7. Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye'nin Sağlık Turizmi Kapsamında Hangi İlleri Daha Çok Ön Plana Çıkarılmalı ve Neden?
8. Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye'nin Sağlık Turizmi Kapsamında Hangi Sağlık Hizmet Branşları Ön Plana Çıkarılmalı ve Neden?
9. Covid-19 Pandemisi Sonrasında Dünya'da Meydana Gelebilecek Başka Pandemilere Karşı Daha Dayanıklı ve Daha Güçlü Bir Sağlık Turizm Modeli Oluşturulabilir mi? ve Bu Nasıl Yapılabilir?
10. Türkiye'nin Turizmini Yeniden Canlandırmak ve Daha da Geliştirmek İçin Sağlık Turizmi Bir Araç Olabilir mi?

Araştırmacının Katılımcıları

Araştırmacının katılımcıları T.C. Sağlık Bakanlığı'nda sağlık turizmi alanında 3 yönetici, T.C. Sağlık Bakanlığı'nda 3 sağlık turizmi uzmanı, özel sağlık gruplarında sağlık turizmi faaliyetleri yürüten 2 yönetici ve 1 sağlık turizmi uzmanı, 1 sağlık turizmi aracı kuruluştaki yöneticisi, 1 sağlık turizmi alanında vakıf üniversitesinde Prof. Dr. ve 1 sağlık turizmi alanında kamu üniversitesinde Dr. Öğr. Üyesi olmak üzere toplam 12 kişidir. Araştırmacı tarafından katılımcıların kimliklerinin belli olmaması için müstear isimler verilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan nitel veriler 28.09.2021 ile 24.12.2021 tarihleri arasında katılımcıların çalıştıkları kurumdaki odalarında araştırmacı tarafından görüşme yapılarak toplanmıştır. Çalışma hakkında “ Bilimsel Çalışma Onayı”, “ Etik Kurul Kararı”, “ Üniversite Araştırma İzin Talebi”, “T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma Onayı ve Verisi” izinleri alınmış olup daha sonra görüşme yapılan kuruluşlardan ve katılımcılardan da izin alınmıştır. Bu kapsamda “Görüşme Formu” kullanılmış olup bu doğrultuda katılımcıların görüşleri alınmıştır. Görüşme formunun pilot uygulaması iki ön görüşme ile yapıldıktan sonra nihai hali verilmiştir. Araştırmacının ve katılımcıların görüşme sırasında dikkatinin dağılmaması, ortamda gürültü veya rahatsız edici unsurlar bulunmaması için haftanın daha az yoğun gün ve saatleri seçilmeye gayret edilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında ses kaydına izin verilen beş katılımcı ile yaklaşık 575 dakika ses kaydı dinlenmiş ve bu ses kayıtları 35 sayfa word formatında yazı ile ses kaydına izin verilmeyen yedi katılımcı ile yaklaşık 840 dakika görüşme yapılmış ve bu manuel notlar 56 sayfa word formatında yazı birleştirilerek toplamda 91 sayfa word ortamına aktarılan görüşme raporu elde edilmiştir. Daha sonra bu görüşme raporu araştırmacı tarafından birçok kez okumasını takiben NVIVO 11 programına yüklenmiştir.

Nitel araştırmada elde edilen verilerin içerik analizine tabi tutulması sürecinde kullanılan iki yaklaşım vardır. Bunlardan birincisi tümdengelimci, ikincisi ise tümevarımcı analizdir. Tümdengelimci içerik analizi, var olan kuramlar ve araştırma sonuçları çerçevesinde önceden belirlenmiş temalara göre verilerin kodlanması ve analizinde kullanılırken, tümevarımcı içerik analizi elde edilen verilerden hareketle ortaya konan bu verileri açıklayabilecek kavram ve temalara ulaşılmasını gerektirir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 82). Araştırmada

Tablo1. Katılımcı Bilgileri ve Görüşme Detayları

No	Katılımcının Müsteşar İsmi	Çalışma Kıdemi	Sağlık Turizmi Deneyimi	Çalıştığı Yer	Görüşme Yeri	Görüşme Tarihi	Görüşme Süresi (Dakika)
1	Tekin Bey	12 yıl	5 yıl	Özel Sağlık Grubu	Katılımcı Ofisi	28.09.2021	63,26
2	Kenan Bey	21 yıl	12 yıl	T.C. Sağlık Bakanlığı	Katılımcı Odası	06.10.2021	72,49
3	Özgür Bey	19 yıl	13 yıl	Özel Sağlık Grubu	Katılımcı Ofisi	08.10.2021	69,26
4	Deniz Bey	15 yıl	8 yıl	T.C. Sağlık Bakanlığı	Katılımcı Odası	04.11.2021	67,53
5	Şahin Bey	10 yıl	4 yıl	Özel Sağlık Grubu	Katılımcı Ofisi	13.11.2021	85,24
6	Çetin Bey	17 yıl	9 yıl	T.C. Sağlık Bakanlığı	Katılımcı Odası	21.11.2021	76,35
7	Gülşah Hanım	16 yıl	5 yıl	T.C. Sağlık Bakanlığı	Katılımcı Birimi	02.12.2021	68,25
8	Arzu Hanım	20 yıl	9 yıl	T.C. Sağlık Bakanlığı	Katılımcı Birimi	10.12.2021	82,54
9	Kadriye Hanım	14 yıl	3 yıl	T.C. Sağlık Bakanlığı	Katılımcı Birimi	10.12.2021	65,32
10	Tülay Hanım	17 yıl	12 yıl	Kamu Üniversitesi	Telefon Görüşmesi	15.12.2021	55,41
11	Arif Bey	13 yıl	4 yıl	Sağlık Turizmi Aracı Kuruluşu	Katılımcı Ofisi	20.12.2021	66,43
12	Tarık Bey	25 yıl	20 yıl	Vakıf Üniversitesi	Katılımcı Odası	24.12.2021	62,14

Tablo 2: “Covid-19 Pandemisinin Türkiye’nin Sağlık Turizmi Üzerinde Olumlu ve Olumsuz Etkileri Nelerdir?” sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Kod	Frekans
Olumsuz Etkiler		23
	Sağlık turizminin azalması, ertelenmesi, iptal edilmesi	12
	Ekonomik etkileri	5
	Acil olmayan sağlık hizmetlerinin ertelenmesi	3
	İşletmelerin kapanması	1
Olumlu Etkiler		20
	Türkiye'nin sağlık turizmindeki önemi	8
	Türkiye'nin sağlık sisteminin ve turizminin tanıtımı	4
	Sağlık turizmi hastalarında artış	3
	Ekonomik getiri	2
	Sağlık turizmi talebinin birikmesi	2
Toplam		43

tümevarımcı bir yaklaşım izlenerek kodlar, alt temalar ve temalar ortaya çıkarılmıştır.

Araştırma kapsamında araştırmacı ve bir Ölçme ve Değerlendirme Uzmanı birbirlerinden bağımsız olarak kodlama yapmışlardır. Daha sonra bu kodlamalardan 223 alt tema ve 485 kodlama ortaya çıkmıştır. Tutarlılığı hesaplamak amacıyla aşağıdaki eşitlik kullanılmıştır:

$$Tutarlılık = \frac{Uzlaşma\ sayısı}{Toplam\ kodlama} \times 100$$

Toplam 440 kodda uzlaşma sağlanmıştır. Eşitlikte yerine konulduğunda $(440/485) \times 100 = \%90.7$ 'lik bir uzlaşma sağlanmıştır. Araştırmada kodlama tutarlılığının yüksek olduğu ifade edilebilir. Uzlaşılmayan 45 kod tekrar değerlendirilmiş ve uzlaşma sağlanmıştır.

Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanıldığı için elde edilen bulgular katılımcıların

çalışmanın yapıldığı döneme yönelik görüş, düşünce, değerlendirme, duygu ve yaşantılarını yansıttığından genelleme yapılamaz.

Çalışma yürütülmekte iken Dünya'da ve ülkemizde Covid-19 pandemisi ve sağlık turizmi alanında olumlu ve olumsuz gelişmeler yaşanmıştır. Bu nedenle araştırmacı tarafından sürekli güncel haberler, yayınlar, yazılı ve görsel basın takip edilmeye çalışılmış, araştırmanın günceli yakalaması hedeflenmiştir. Çalışmanın başladığı tarihten yayınlanacağı tarihe kadar hem Dünya'da hem de ülkemizde Covid-19 pandemisinin etkisi devam etmektedir. Bu sebeple çalışmanın sonuçlandığı tarihten sonra Covid-19 ve sağlık turizmi verileri, Covid-19 pandemisi ve sağlık turizmine ilişkin meydana gelebilecek gelişmeler çalışmaya dahil edilememiştir.

BULGULAR

Bu kısımda görüşme formunda hazırlanan 10 soruya katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen temalar, alt temalar ve kodlar ile frekanslarına yer verilmiştir.

Tablo 3: "Covid-19 Sürecinde Türkiye'nin Sağlık Turizmi Kapsamında Çalışmalarını Nasıl Değerlendiriyorsunuz?" sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Frekans
Aşılama	4
Sağlık Bakanlığı Covid-19 uygulamaları	4
DSÖ standartlarının uygulanması	3
Covid-19 ile mücadele	3
Sağlık tesisleri	2
Güvenli sağlık turizmi	2
Yabancı hastalarla online sağlık görüşmeleri	2
Başka ülkelere yardım	2
Reklam ve tanıtım eksikliği	2
Sağlık turizminin ertelenmesi	1
Sağlık yatırımları	1
PCR testi	1
Tedavi ve takip	1
Ekonomik çalışmalar	1
Tesis çalışanlarının eğitimi	1
Bakanların diğer ülkelere ziyaretleri	1
Stratejik eylem planı	1
Toplam	32

Tablo 4: “Covid-19 Sürecinde ve Sonrasında Türkiye’nin Sağlık Turizmini Canlandırmak ve Geliştirmek İçin Atılması Gereken Adımlar Nelerdir?” sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Frekans
Sağlık sisteminde düzenlemeler	8
Reklam ve pazarlama	7
Turistlerin ülkelerine güvenli ve memnun dönmesi	6
Covid-19 tedbirleri	5
Sağlık turizmi eylem planı	5
Aşılamanın devamlılığı	4
Sağlık turizmi ofisleri, şubeleri, fuar vb. tanıtım	4
Yasal düzenlemeler	3
Sağlık güvenliği politikaları	2
Tesislerin kalitesini arttırmak	2
Diğer ülkelerle sözleşme	2
Hizmetin uygun fiyatlı olması	2
Özel sağlık sektörüne denetim	1
Diğer ülkeleri izlemek ve iyi çalışmalarını uygulamaya geçirmek	1
Sağlık turizmine yönelik eğitimler	1
Toplam	53

Tablo 5: “Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye’nin Sağlık Turizmi Hasta Sayısında Düşüş veya Yükseliş Gerçekleşir mi?” sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Frekans
Pandemi sürecindeki azalma	10
Pandeminin etkisi azaldıkça artış göstermesi	10
Gelen sağlık turizmi hasta sayısının değişmemesi	1
Toplam	21

Tablo 6: “Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye’nin Sağlık Turizmi Kapsamında Daha Çok Hangi Ülkelere Yönelmesi Gerekir ve Neden?” sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Frekans
Ortadoğu ülkeleri	6
Afrika ülkeleri	4
Avrupa ve Kuzey Avrupa ülkeleri	4
Ekonomik olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler	4
Yakın ve komşu ülkeler	3
Covid-19’la mücadelede başarısız ülkeler	3
Almanya	3
Türk soylu nüfusun yoğun olduğu ülkeler	2
Rusya	2
Asya ve Orta Asya ülkeleri	1
Güçlü ülkeler	1
İngiltere	1
Uzak doğu ve deniz aşırı ülkeler	1
Körfez ülkeleri	1
Hollanda	1
Belçika	1
Toplam	38

Tablo 7: “Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye’nin Sağlık Turizmi Hastaları Daha Çok Hangi Sağlık Tesislerine Yönelir ve Neden?” sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Kod	Frekans
Özel Sağlık Tesisleri		22
	Özel sağlık tesisleri	10
	Pazarlama ve tanıtım	5
	Yabancı hastalar için hizmetler	3
	Ödeme gücü yüksek turistler	2
	Ödeme ve faturalandırma kolaylığı	1
	Sağlık politikası ve sigorta	1
Üniversite Sağlık Tesisleri		13
	Üniversite hastaneleri	5
	Personel sayısı, tıbbi yeterlilik	3
	İkili anlaşmalar	2
	Covid-19 salgınındaki başarı	1
Kamu Sağlık Tesisleri		10
	Kamu sağlık tesisleri	5
	Covid-19 salgınındaki başarı	2
	Dar gelirli turistler	1
	Uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi	1
	İkili anlaşmalar	1
Toplam		45

SONUÇ

Covid-19 pandemisinin Türkiye sağlık turizmine olumlu ve olumsuz etkilerine ilişkin uzman görüşleri değerlendirmeye alınmıştır. Söz konusu olumlu etkiler; Türkiye’nin sağlık turizmindeki önemi, Türkiye’nin sağlık sisteminin ve turizminin tanıtımı, sağlık turizmi hastalarında artış, ekonomik getiri, sağlık turizmi talebinin birikmesi şeklindeki temalardan oluşmaktadır. Söz konusu olumsuz etkiler ise; sağlık turizminin azalması, ertelenmesi, iptal edilmesi, ekonomik etkileri, acil olmayan sağlık hizmetlerinin ertelenmesi, işletmelerin kapanması şeklindeki temalardan oluşmaktadır.

Covid-19 pandemisinin Türkiye sağlık turizmine olumlu etkileri arasında yer alan, Türkiye’nin sağlık turizmindeki önemi gerek sağlık turizmi verileri ile gerek katılımcılar ile yapılan görüşmeler neticesinde de ortaya konulmuştur. Türkiye sağlık turizmi alanında Dünyada önemli destinasyonlar arasında bulunmaktadır. Bu nedenle Covid-19 pandemisi sürecinde dahi, sağlık turizmi kapsamında çok sayıda yabancı hasta ülkemize sağlık hizmeti almak amacıyla gelmiştir. Sağlık tesislerimizde bir taraftan Covid-19 pandemisiyle mücadele edilmekte iken diğer taraftan da sağlık turizmi kapsamında yabancı hastalara sağlık hizmeti sunulmaya devam edilmiştir.

Türkiye Covid-19 pandemisi ile etkin mücadele eden ülkeler arasındadır. Covid-19 pandemisinin Türkiye’ye geç gelmesi pandemiye karşı hazırlanmak için zaman kazandırmıştır. Covid-19 pandemisi sürecinin yürütülmesi için hem kamu hem de vatandaş katkıları ile yoğun önlemler alınmıştır. Türkiye’nin yurt dışına yaptığı sağlık ekipmanı ve malzeme yardımlarının hem gönderilen ülke ve hem de uluslararası basın tarafından olumlu haberleştirilmesi gibi pek çok faktör ile Türkiye’nin sağlık sistemine karşı yurtdışında yaşayanlar olumlu bakış açısının oluşmasına katkıları sunulmuştur. Araştırmanın katılımcıları tarafından bu durumun Türkiye’nin sağlık turizminin tanıtımına pozitif yansımaları olacağı öngörülmektedir.

Türkiye’nin sağlık sistemi ve turizminin tanıtımı kapsamında yukarıda açıklanan temalardan da anlaşılacağı üzere, Covid-19 pandemisi sonrasında Türkiye’nin sağlık turizmi hastalarında artış yaşanacağı düşünülmektedir. Bununla beraber, Covid-19 pandemisi sonrasında sağlık turizmi hastalarının Covid-19 pandemisini başarılı bir şekilde yöneten ülkelerin sağlık turizmi hizmetlerine yöneleceği düşünülmektedir. Bu kapsamda yer alacak ülkeler arasında araştırmanın katılımcıları tarafından Türkiye’nin de bulunması beklenmektedir.

Ekonomik getiri açısından sağlık turizmi, yüksek pazar imkanları oluşturmaktadır. Bu pazar her ne kadar

Çıtak ve Keklik: Covid-19 pandemisinin sağlık turizmine etkisi

Tablo 8: “Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye’nin Sağlık Turizmi Kapsamında Hangi İlleri Daha Çok Ön Plana Çıkarılmalı ve Neden?” sorusu için katılımcı görüşleri

İl	Turist Gelme Nedeni	Frekans
İstanbul		11
	Sağlık turistlerinin geldiği il	9
	Balkan ülkeleri için	1
	Kuzey ülkeleri için	1
Antalya		10
	Sağlık turistlerinin geldiği il	9
	Kuzey ülkeleri için	1
Ankara		8
	Sağlık turistlerinin geldiği il	7
	Üniversite hastaneleri	1
İzmir		7
	Sağlık turistlerinin geldiği il	6
	Kuzey ülkeleri için	1
Trabzon		7
	Doğal güzellikler	3
	Sağlık turizmi	2
	Kuzey ülkeleri ve Karadeniz’e kıyısı olan ülkeler için	2
Muğla		6
	Sağlık turizminin yoğun olduğu il	5
	Kuzey ülkeleri için	1
Gaziantep		4
	Sağlık turizmi yatırımları	2
	Güney ülkeleri ve güneydoğuda bulunan ülkeler	2
Rize		4
	Kuzey ülkeleri ve Karadeniz’e kıyısı olan ülkeler için	2
	Doğal güzellikler	2
Bursa		3
	Sağlık turistlerinin geldiği il	3
Diyarbakır		3
	Güney ülkeleri ve güneydoğuda bulunan ülkeler	2
	Sağlık turizmi	1
Mersin		2
	Sağlık turizmi yatırımları	1
	Güney ülkeleri ve güneydoğuda bulunan ülkeler	1
Tekirdağ		2
	Balkan ülkeleri için	2
Edirne		2
	Balkan ülkeleri için	2
Şanlıurfa		2
	Güney ülkeleri ve güneydoğuda bulunan ülkeler	1
	Sağlık turizmi	1
Toplam		87

Tablo 9: Covid-19 Pandemisi Sürecinde ve Sonrasında Türkiye'nin Sağlık Turizmi Kapsamında Hangi Sağlık Hizmet Branşları Ön Plana Çıkarılmalı ve Neden?" sorusu için katılımcı görüşleri

Hizmet Branşları	Nedeni	Frekans
Ağız ve Diş Sağlığı		10
	Döviz getirisi yüksek	4
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	3
	Tıbbi başarı	2
	Markalaşma	1
Onkoloji Tedavileri		9
	Döviz getirisi yüksek	4
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	3
	Markalaşma	1
	Tıbbi başarı	1
Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi		9
	Döviz getirisi yüksek	4
	Tıbbi başarı	3
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	1
	Markalaşma	1
Kalp Damar Cerrahisi		8
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	4
	Döviz getirisi yüksek	3
	Tıbbi başarı	1
Obezite Cerrahisi		6
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	3
	Döviz getirisi yüksek	1
	Markalaşma	1
	Tıbbi başarı	1
Saç Ekimi		6
	Döviz getirisi yüksek	3
	Tıbbi başarı	2
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	1
Organ ve Doku Nakilleri		4
	Döviz getirisi yüksek	2
	Markalaşma	1
	Tıbbi başarı	1
KOAH		2
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	2
Göz Sağlığı ve Cerrahisi		2
	Tıbbi başarı	2
Yaşlı ve Engelli Turizmi		1
	Türkiye'nin tanınırlığı	1
Termal Hizmetler		1
	Türkiye'nin tanınırlığı	1
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları		1
	Türkiye'nin tanınırlığı	1
Psikiyatri		1
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	1
SPA Turizmi		1
	Covid-19 kaynaklı hasta artışı	1
İnfertilite (Kısırlık) Tanı ve Tedavileri		1
	Tıbbi başarı	1
Check-up (Genel Sağlık Kontrolü) Hizmetleri		1
	Tıbbi başarı	1
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon		1
	Döviz getirisi yüksek	1
Tüp Bebek		1
	Markalaşma	1
Yeni Branşlar		1
Toplam		66

Tablo 10: “Covid-19 Pandemisi Sonrasında Dünyada Meydana Gelebilecek Başka Pandemilere Karşı Daha Dayanıklı ve Daha Güçlü Bir Sağlık Turizm Modeli Oluşturulabilmek Mümkün mü? ve Bu Nasıl Yapılabilir?” sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Kod	Frekans
Mümkün		24
	Sağlık sistemlerinin ve tesislerinin güçlü altyapısı	8
	Yabancı hastalar ile ilgili özel uygulamalar	5
	Ulusal kriz yönetimi eylem planı	4
	Güvenli sağlık turizmi	4
	Kurumlar arası iş birliği	1
	Vize prosedürlerinin kolaylaştırılması	1
	Reklam ve tanıtım	1
Mümkün değil		4
	Salgınların güçlü etkileri	4
Toplam		28

Tablo 11: “Türkiye’nin Turizmini Yeniden Canlandırmak ve Daha da Geliştirmek İçin Sağlık Turizmi Bir Araç Olabilir mi?” sorusu için katılımcı görüşleri

Tema	Kod	Frekans
Olabilir		15
	Sağlık turizminin diğer turizm çeşitlerini de etkilemesi	14
	Sağlık turizminin her sezon geçerli olması	1
Olamaz		1
	Sağlık turizminin genel turizmden bağımsızlığı	1
Toplam		16

Covid-19 pandemisinin yoğun yaşandığı süreçlerde kesintiye uğramış olsa da sağlık turizmi sektöründe faaliyet gösteren ülkeler için hala ekonomik getiri bakımından büyük bir sektör konumundadır. Covid-19 pandemisi sonrasında ödeme gücü yüksek sağlık turizmi hastalarının ekonomik getirilerinin, sağlık turizmi yapan ülkeler için Covid-19 pandemisinin başka sektörlerde meydana getirdiği kayıpları telafi edeceği ve döviz kazançlarında artış sağlayacağı tahmin edilmektedir.

Araştırma kapsamında ortaya konulan, sağlık turizmi talebinin birikmesi her ne kadar olumsuz gibi düşünülse de aslında sağlık turizmi sektöründe faaliyet gösteren ülkeler için uluslararası alanda bu durum büyük bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Çünkü uluslararası sağlık turizmi pazarında karşılanmamış talep birikmesi yaşanmış olup Covid-19 pandemisinin olumsuz etkilerinin azalmasıyla birlikte, Türkiye’nin söz konusu uluslararası alanda biriken talebe yönelim sağlayabileceği ve sağlık turizminden aldığı payı daha da artırabileceği belirtilmektedir.

Covid-19 sürecinde Türkiye’nin sağlık turizmi kapsamında öne çıkan temalar; aşılama, Sağlık

Bakanlığı Covid-19 uygulamaları, DSÖ standartlarının uygulanması, Covid-19 ile mücadele, sağlık tesisleri, güvenli sağlık turizmi, yabancı hastalarla online sağlık görüşmeleri, başka ülkelere yardım, reklam ve tanıtım eksikliği, sağlık turizminin ertelenmesi, sağlık yatırımları, PCR testi, tedavi ve takip, ekonomik çalışmalar, tesis çalışanlarının eğitimi, Bakanların diğer ülkelere ziyaretleri, stratejik eylem planı şeklinde bulunmuştur.

Covid-19 pandemisi ile birlikte artık sağlık turizmi alanında güvenli sağlık turizminin ve yabancı hastalarla online sağlık görüşmelerinin hiç olmadığı kadar çok önem kazanacağı, bu doğrultuda Türkiye’nin bu alanlara yönelmesinin ve yatırımlarını bu doğrultuda kanallı etmesinin gerektiği düşünülmektedir. Bunun yanında, hem Covid-19 pandemisi sürecinde hem de sonrasında sektöre ilişkin stratejik eylem planının olması gerektiği belirtilmektedir. Bu plan kapsamında ülkenin tüm kurum ve kuruluşları ile vatandaşlarının da sürece dahil edilerek koordineli olarak hareket edilmesinin, Türkiye’yi sağlık turizmi sektöründe başarıya sevk edeceği ve sektörde mevcut potansiyelinin bu sayede ortaya çıkarılabileceği vurgulanmaktadır.

Covid-19 sürecinde ve sonrasında Türkiye'nin sağlık turizmini canlandırmak ve geliştirmek için atılması gereken adımlara ilişkin, sağlık sisteminde düzenlemelerin yapılmasının ön planda olduğu görülmüştür. Çünkü Covid-19 pandemisine ne Dünya ne de Türkiye hazırlıklı değildi, bunun sonucu olarak yasal mevzuatta pek çok değişiklik yapılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Sağlık turizmi alanında uygulamada olan yasal mevzuat ile Covid-19 pandemisinden dolayı ortaya çıkan problem ve koşulların yönetilemeyeceği araştırmanın katılımcıları tarafından belirtilmiştir. Bu nedenle sağlık turizmi alanının yasal alt yapısının Covid-19 pandemisi ile oluşan yeni talep ve ihtiyaçlara göre adapte edilmesinin gerekli olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca reklam, tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri noktasında yabancı hastanın mahremiyetinin ve kişisel verilerinin ihlal edilmeyecek şekilde ülkeler arası ödeme kurumu ve şirketleri ile paylaşımını destekleyen yasal zeminin oluşturulmasının Türkiye'nin sağlık turizmi sektörünün gelişiminde olumlu yansımaları olacağı belirtilmektedir.

Covid-19 pandemisi sürecinde ve sonrasında Türkiye'nin sağlık turizmi hasta sayısının nasıl etkileneceğine ilişkin katılımcıların uzman görüşleri değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu Covid-19 sürecinde hem Dünya'da hem de Türkiye'de sağlık turizmi hasta sayısının düşeceğini öngörmektedir. Buna ilaveten, Covid-19 pandemisinin etkisinin azalmaya başlaması ile birlikte, sağlık turizmi hasta sayısının artacağı ve Covid-19 sürecinde biriken veya ertelenen sağlık turizmi hizmetleri talebi kapsamında ülkelerin mevcut sektör potansiyellerinin üzerine çıkabileceği de vurgulanmaktadır.

Covid-19 pandemisi ile birlikte sağlık turizmi sektöründe uluslararası alanda ön sıralarda yer alan ülkelerin mevcut sıralamalarının yer değiştirebileceği ve hatta bazı ülkelerin bu sıralamalardan çıkabileceği açıklanmaktadır. Araştırmanın katılımcıları tarafından Covid-19 pandemisi sonrasında Türkiye'ye gelen sağlık turizmi hasta sayısında değişiklik olmaması ihtimalinin gerçekleşmesinin sektör açısından zor bir ihtimal olduğu belirtilmektedir.

ÖNERİLER

Türkiye'nin sağlık turizmi faaliyetlerini yürüten ve Covid-19 pandemisinden dolayı sağlık turizmi sektöründe azalan yabancı hasta sayısı nedeniyle zor durumda olan sağlık tesislerine ve sağlık turizmi aracı kuruluşlarına kamu kaynaklarıyla maddi destek sağlanmalıdır. Türkiye'nin sağlık turizmi kapsamında uluslararası alanda tanıtım, bilgilendirme ve reklam çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Ayrıca söz konusu faaliyetlerin yapılabilmesi için hem kamu hem de

özel sektör tarafından sağlık turizmi sektöründe gerçekleştirilen uluslararası fuar, sempozyum, kongre gibi programlara aktif katılım ve destek sağlanması gerekmektedir. Türkiye'nin Covid-19 pandemisi ile mücadelede aşılama oranlarının artırılarak sağlık turizmi kapsamında Türkiye'ye gelecek yabancı hastalar ve refakatçileri için sağlık hizmeti alınabilecek güvenli ülke imajının ve algısının oluşturulması gerekmektedir. Yabancı hastaların sağlık hizmetine erişim ve ulaşımının önündeki prosedürler azaltılmalıdır. Sağlık tesislerinin Covid-19 pandemisi ile mücadele konusunda personel eğitimi, sağlık tesisi altyapısı, imkanları ve hijyen uygulamaları uluslararası standartlara uygun olmalıdır. Sağlık hizmeti alan yabancı hastaların ülkelerine döndükten sonra da sağlık durumunun takip edilmesi, danışmanlık hizmetleri verilmesi, yönlendirilmesi ve bilgilendirmesine önem verilmelidir. Bu bağlamda online görüşmeler ve sağlıkta dijitalleşme öne çıkmaktadır. Sağlık turizmi sektöründe Covid-19 pandemisi öncesinde uygulamada olan yasal mevzuat, Covid-19 pandemisi ile birlikte yabancı hastaların ve ülkelerin yeni taleplerini ve oluşan ihtiyaçları karşılayamaz hale gelmiştir. Covid-19 pandemisi ile birlikte Türkiye'nin sağlık turizmi yasal mevzuatında değişikliklere gidilmesi gerekmektedir. Sağlık turizmi kapsamında ülkeler arası yabancı hasta akışının geliştirilmesi ve artırılması amacıyla ikili anlaşmalar ve sözleşmeler imzalanmalıdır. Böylece daha çok yabancı hasta Türkiye'ye çekilmelidir. Sağlık tesislerinin ve aracı kuruluşların Sağlık Bakanlığı'na düzenlenen ve onaylanan "Sağlık Turizmi Yetki Belgesi" almaları teşvik edilmelidir. Türkiye'nin sağlık turizmi kapsamında İstanbul, Antalya, Ankara ve İzmir illeri başta olmak üzere, Trabzon, Muğla, Gaziantep, Rize, Bursa, Diyarbakır, Mersin, Tekirdağ, Edirne, Şanlıurfa, Kayseri, Eskişehir, Van, Kars, Samsun, Zonguldak, Adana, Denizli, Afyon, Osmaniye, Kahramanmaraş, Yalova, Düzce, Çanakkale, Kocaeli illerinin de sağlık turizmi potansiyeli ortaya çıkarılmalıdır. Türkiye'nin sağlık turizmi hizmetleri çerçevesinde ağız ve diş sağlığı, onkoloji tedavileri, estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi branşları başta olmak üzere, kalp damar cerrahisi, obezite cerrahisi, saç ekimi, organ ve doku nakilleri, göz sağlığı ve cerrahisi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları gibi branşlara da ağırlık verilmelidir. Türkiye, sağlık turizmi sektöründe başta Ortadoğu ülkeleri, Afrika ülkeleri, Avrupa ve Kuzey Avrupa ülkeleri olmak üzere, ekonomik olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, yakın ve komşu ülkeler, Covid-19'la mücadelede başarısız ülkeler, Almanya, Türk soylu nüfusun yoğun olduğu ülkeler, Rusya, Asya ve Orta Asya ülkeleri, güçlü ülkeler, İngiltere, Uzak doğu ve deniz aşırı ülkeler, Körfez ülkeleri, Hollanda, Belçika gibi ülkeleri kendisine hedef pazar olarak belirlemeli ve sağlık turizmi çalışmalarını bu ülkelere yoğunlaştırmalıdır. Türkiye'nin

sağlık turizmi kapsamında sunduğu sağlık ile turizm hizmetlerinin kaynaştırılması ve zenginleştirilmesi gerekmektedir. Türkiye'ye sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmeti almak amacıyla gelen yabancı hastanın, aynı zamanda geldiği bölgenin, ilin kültürel, tarihi ve doğal güzelliklerinden de faydalanabileceği içerikler oluşturulabilir.

Not: Yazarlar makaleye eşit oranda katkı yapmıştır.

KAYNAKLAR

1. T.C. Resmi Gazete. (2017). Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik. 13.07.2017 gün 30123 sayılı, s. 1-2.
2. Özcan, Z.K. ve Aydın, V. (2015). Sağlık Turizmi (Teori ve Politika), İstanbul: Umuttepe Yayınları.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020d). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Web Sitesi. <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR-53610/-90-850-288-38-38-cagri-merkezi.html>, (20.12.2020).
4. Yalçın, B. (2013). Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması, Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
5. Güzel Şahin ve Tuzlukaya, Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi 2020, s. 62 (Ed.Tengilimoğlu, D. Sağlık Turizmi -3. Baskı- Ankara: Siyasal Kitabevi)
6. Özalp, G. (2005). Sağlık Turizmi, Hastane Dergisi, Ankara: 7, s. 34.
7. Gönül, E. (2019). Medikal Turizm Kapsamında Didim'e Gelen Dental Turistler Üzerine Bir Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
8. Işık, O. & Tengilimoğlu, D. (2020). Sağlık Turizminde Markalaşma. 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
9. TÜSKA (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü), (2020). <http://tuseb.gov.tr/tuska/index.php>, (13.12.2020).
10. Cohen, MS., Hellmann, N., Levy, JA., DeCock, K., Lange, J. (Nisan 2008). The spread, treatment, and prevention of HIV-1: Evolution of a global pandemic. The Journal of Clinical Investigation. 118(4), s. 1244-54.
11. Kalkan, İ.A, Gülten. E., Azap, A. (2020). Üçüncü Basamakta Covid-19 Hazırlığı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, s. 94.
12. Saykal, S.G. (2021). "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Bir Pandemi Hastanesinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Anksiyete ve Tükenmişlik Düzeyleri", T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, s. 17.
13. Mut, A.N.U., Çöl, M. (2020). Covid-19 Pandemisinin Başlangıç Noktası Çin'e Özgü Bulgular ve Kontrol Önlemleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, s. 231.
14. Yıldırım, A., Şimşek, H. (2021). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (12. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Türkiye’de okul sağlığı hemşireliğinde model kullanılarak yapılmış lisansüstü tezlerin incelenmesi: Sistematiik derleme

Investigation of postgraduate theses conducted using model in school health nursing in Turkey: A systematic review

Şafak Dağhan¹, Aynur Uysal Toraman², Gözde Özsezer³

¹ Prof.Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, safak.daghan@ege.edu.tr, 000-0003-3805-6416

² Prof.Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, aynur.uysal@ege.edu.tr, 0000-0001-8176-4042

³ Arş.Gör. Çanakkale Onsekiz Mart Üni., Sağ. Bil.Fak., Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Çanakkale, gozdeozsezer@hotmail.com, 0000-0003-4352-1124

ÖZ

Amaç: Bu sistematiik derlemenin amacı Türkiye’de okul sağlığı hemşireliği alanında model/kuram/teori kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerinin sistematiik olarak incelenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi veri tabanında yer alan tezler, 15 Ocak-5 Şubat 2020 tarihleri arasında Türkçe “ergen”, “adolesan”, “adölesan”, “okul sağlığı”, “ilköğretim”, “ortaokul”, “model”, “teori”, “kuram” anahtar kelimeleri farklı kombinasyonlarda kullanılarak tarandı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 20 araştırma; araştırmanın yapıldığı yıl, araştırma türü, araştırma tipi, çalışmada kullanılan model/kuram/teori ve araştırmanın örnekleme kapsamında PRISMA kuralları kapsamında sistematiik olarak incelendi. **Bulgular:** Tezlerin %35’i yüksek lisans, %65’i doktora tezidir. Kullanılan modellere göre %20’sinin Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, %15’inin Teorilerüstü Model, %15’inin Sağlığı Geliştirme Modeli, %15’inin Sağlık İnanç Modeli kullandığı görüldü. Örneklem grupları incelendiğinde, %40’ının lise öğrencilerinde yapıldığı, yıl bazında incelendiğinde %25’inin 2019 yılında, %15’inin 2020 yılında yapıldığı, araştırma tiplerine göre lisansüstü tezlerin %30’unun tanımlayıcı, %30’unun yarı deneysel, %25’inin randomize kontrollü deney türlerinde gerçekleştirildiği görüldü. **Sonuç:** Elde edilen sonuçlar, Türkiye’de okul sağlığı hemşireliği alanında yapılan araştırmaların ve araştırmalarda model/kuram/teori kullanımının diğer hemşirelik alanlarına göre azlığına dikkat çekmektedir. Bu bağlamda hemşirelik eğitiminde ve okul sağlığı hemşireliği alanında model/kuram/teori kullanımının desteklenmesi, model/kuram/teorilerin kullanımına yönelik çalışmalara yer verilmesi ve kılavuzların hazırlanması önerilebilir.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this systematic review is to systematically examine the postgraduate theses made using model/theory/theory in the field of school health nursing in Turkey. **Material and Methods:** In the study, theses in the National Thesis Center database of the Presidency of Higher Education were selected as Turkish “adolescent”, “adolescent”, “adolescent”, “school health”, “primary education”, “middle school”, “model” between January 15 - February 5, 2020. , “theory”, “theory” keywords were searched using different combinations. 20 studies that met the inclusion criteria; The year the research was conducted, the type of research, the type of research, the model/theory/theory used in the research, and the sample of the research were examined systematically within the scope of PRISMA rules. **Results:** 35% of theses are master’s and 65% are doctoral dissertations. According to the models used, 20% used the Health Behavior Interaction Model, 15% used the Transtheoretical Model, 15% used the Health Promotion Model, and 15% used the Health Belief Model. When the sample groups are examined, 40% of them were made by high school students, when analyzed on a yearly basis, 25% of them were made in 2019, 15% in 2020, according to research types, 30% of graduate theses were descriptive, 30% quasi-experimental, 25%. It was observed that “ of them were carried out in randomized controlled trial types. **Conclusion:** The results obtained draw attention to the scarcity of studies in the field of school health nursing in Turkey and the use of models/theory/theory in studies compared to other nursing fields. In this context, it can be recommended to support the use of models/theory/theory in nursing education and school health nursing, to include studies on the use of models/theory/theories, and to prepare guidelines.

Anahtar Kelimeler:
Okul Sağlığı Hemşireliği, Model,
Kuram, Lisansüstü, Tez.

Key Words:
School Health Nursing, Model,
Theory, Postgraduate, Thesis.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Arş.Gör. Çanakkale Onsekiz
Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı., Çanakkale,
gozdeozsezer@hotmail.com.

DOI:
10.52880/sagakaderg.988866

Gönderme Tarihi/Received Date:
31.08.2021

Kabul Tarihi/Accepted Date:
20.02.2022

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelikte model kullanımı, insanı tüm boyutlarıyla ele almayı ve tanımayı, insanda problem yaratan durumların anlaşılmasını/ ortaya çıkartılmasını, hemşirelik hizmetinin belli bir mantıkla ve sistemli bir şekilde sunulmasını, mesleki bakış açısının ve mesleki iletişimin geliştirilmesini sağlamaktadır (1). Hemşirelik

bakımının sistematiikleştirilmesinde ve bakım kalitesinin artırılmasında kullanılan hemşirelik sürecinin model/ kuram/teorilere dayandırılması önerilmektedir (2, 3). Model kavramı bu makale içerisinde model/ kuram ve teori kavramlarını ifade edecek şekilde kullanılmıştır. Hemşirelik teorileri, hemşirelerin farklı sağlık bakım ortamlarındaki temel rollerini fark etmelerini ve değerlendirmelerini sağlamaktadır.

Teori, uygulama ve araştırma arasındaki ilişki bilgi gelişimi için çok önemlidir (4, 5). Hemşirelik teorileri kişisel bilgi, derinlemesine düşünme, analiz, eleştirel düşünme ve etkili karar verme için bir hizmet aracıdır. (6). Hemşirelik uygulamalarının geliştirebilmesi için geliştirilen modeller, hemşireleri araştırma yapmaya yönlendirmekte ve hemşirelik bilgisinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (7). Ülkemizdeki model temelli hemşirelik araştırmaları genellikle öğrencilerin lisansüstü (yüksek lisans ve doktora) tezlerinden oluşmaktadır (8). Lisansüstü araştırmalarda, özellikle doktora çalışmalarında model kullanımının arttığı bilinmektedir. Modeller doğrultusunda lisansüstü öğrenciler kendi hemşirelik felsefelerini benimsemekte, araştırma sorusu oluşturabilmekte, araştırma tasarımı yapabilmekte ve ham verileri kullanarak bir araştırma sonucu oluşturabilmektedir (9).

Okul sağlık hizmetleri, öğrencilere günlük olarak ulaşılabilen belki de tek hizmet yaklaşımıdır (10). Okullar aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma adına en uygun ortamlardır. Okul sağlığı hizmetlerinin sunumunda önemli rolleri olan okul sağlığı hemşireleri bakımda kanıta dayalı uygulamaların ve modellerin kullanılmasında sorumluluk sahibidir (11). Ülkemizde okullarda görev yapan hemşirelerin, okul çocuklarına uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde modelleri destekleyen araştırmaları kullanması ortak bir dil oluşturulması ve bakımın standardizasyonu açısından önem taşımaktadır.

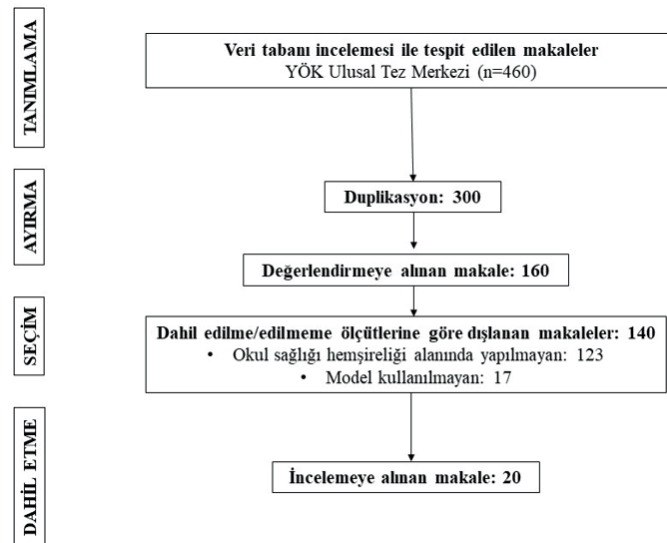
Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de okul sağlığı hemşireliği alanında 1992-2020 yılları arasında model kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerin sistematik olarak incelenmesidir.

Araştırma Soruları

1. Okul sağlığı hemşireliği alanında model kullanılan lisansüstü tezlerin sıklığı nedir?
2. Model kullanılan okul sağlığı hemşireliği alanındaki tezlerde hangi araştırma tipleri tercih edilmiştir?
3. Model kullanılan okul sağlığı hemşireliği alanındaki tezlerin örneklem özellikleri nelerdir?
4. Okul sağlığı hemşireliği alanında model kullanılan lisansüstü tezlerin Yüksek lisans ve doktora dağılımı nedir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Sistematik derleme tipindeki literatür araştırmasında, hemşirelik alanında geçmişten 2020 yılına kadar yapılan tezler Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi veri tabanında tarandı. YÖK Tez taramada kriterlere uygun tüm tezler çalışmaya dahil edildi. Tarama Türkçe dilinde yapıldı. Hemşirelik alanında, “ergen”, “adolesan”, “adölesan”, “okul sağlığı”, “ilköğretim”, “ortaokul”, “model”, “teori”, “kuram” anahtar kelimeleri kullanılarak, 15 Ocak-5 Şubat 2020 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan yüksek lisans ve doktora tezleri seçildi. Veri tabanında 460 kayıtlı teze ulaşıldı. Tez başlıkları incelendi ve tekrar eden 300 tez, okul sağlığı hemşireliği konusunda olmayan 123 tez kapsamdan çıkarıldı. Araştırma özetleri ayrıntılı incelendi ve model kullanılmayan 17 tez araştırmaya dahil edilmedi. Örneklemi oluşturan 20 araştırma; araştırmanın yapıldığı yıl, araştırma türü, araştırma tipi, araştırmada kullanılan model ve araştırmanın örneklemi kapsamında sistematik olarak incelendi. Araştırmaları seçme süreci PRISMA akış diyagramında (12) yer almaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Araştırmaların Seçim Süreci - PRISMA Akış Şeması

Sistematik derlemenin kalitesi 10 soruluk kontrol listesinden oluşan Critical Appraisal Skill Programme (CASP) kullanılarak değerlendirildi (13). Elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.25.00 paket programı ile sayı ve yüzdelikler kullanılarak yapıldı.

Örneklemi YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişime açık olan tezler oluşturduğundan etik kurul izni gerektirmedi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Okul sağlığı hemşireliği alanında yapılması
- Tezlerde model kullanılması
- 1992-2020 yıllarında yapılması
- Tezlerin erişime açık olması
- Tam metne ulaşılması

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- Model temelli araştırmaların okul sağlığı hemşireliğine ait olmaması
- Tezlerin açık erişim olmaması
- Tam metne ulaşılamaması

Çalışmanın sınırlılıkları

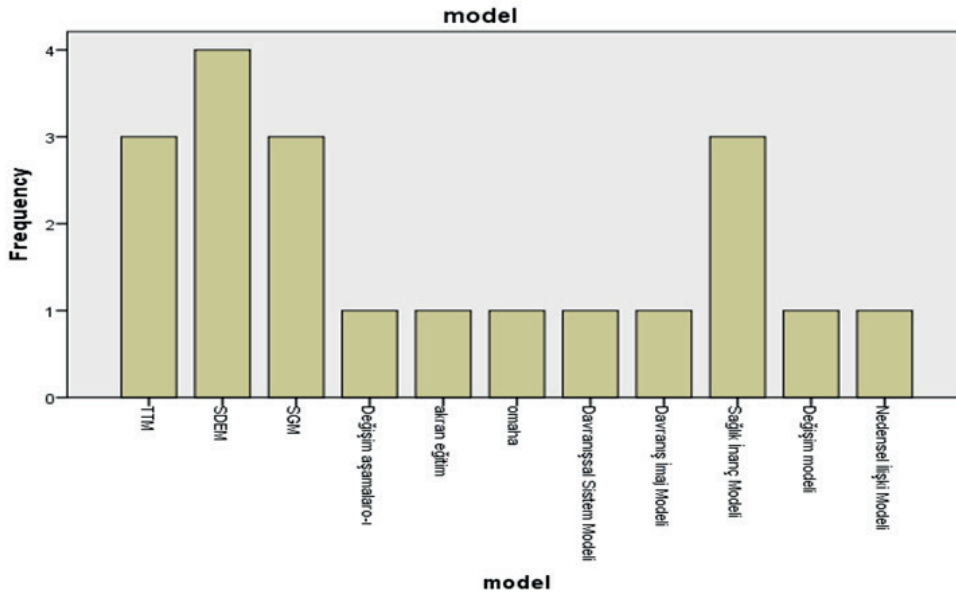
Taramanın okul sağlığı hemşireliği alanındaki lisansüstü tezlerle sınırlanması nedenleriyle dahil edilen tezlerin diğer hemşirelik alanlarına göre az sayıda olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

BULGULAR

Başlangıçta belirlenen 460 çalışmadan 20 tanesi araştırmaya dahil edildi. Araştırma kapsamına alınan tezlerin %35'i (n=7) yüksek lisans, %65'i (n=13) doktora tezidir. Tezlerin modellere göre dağılımı Şekil 2'de yer almaktadır.

Tezlerin örneklem grupları incelendiğinde, %40'ının lise öğrencilerinde, %25'inin ortaokul öğrencilerinde, %10'unun ilköğretim öğrencilerinde, %10'unun ilköğretim öğrencilerinde, %5'inin mesleki eğitim merkezi öğrencilerinde, %5'inin ilköğretim öğrencilerinde ve %5'inin okul sağlığı hemşirelerinde yapıldığı görüldü. Model kullanılan lisansüstü tezlerin özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Tezlerin %20'sinde Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, %15'inde Teorilerüstü Model, %15'inde Sağlık Geliştirme Modeli, %15'inde Sağlık İnanç Modeli, %5'inde Değişim Aşamaları Modeli, %5'inde Akran Eğitim Modeli, %5'inde Hemşirelik Bakımı Sınıflama Modelleri (OMAHA, NIC, NOC), %5'inde Davranışsal Sistem Modeli, %5'inde Davranış İmaj Modeli, %5'inde Değişim Modeli, %5'inde Nedensel İlişki Modeli kullanıldığı görüldü.

Tezlerde kullanılan modeller yüksek lisans ve doktora tezi olmasına göre ayrı ayrı incelendiğinde yüksek lisans tezlerinin %28,6'sının Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, %14,3'ünün Teorilerüstü Model, %14,3'ünün Sağlık Geliştirme Modeli, %14,3'ünün Akran Eğitim Modeli, %14,3'ünün Sağlık İnanç Modeli, %14,3'ünün Nedensel İlişki Modeli; doktora tezlerinde %15,4'ünün Teorilerüstü Model, %15,4'ünün Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, %15,4'ünün Sağlık Geliştirme Modeli, %15,4'ünün Sağlık İnanç Modeli, %7,7'sinin Değişim



Şekil 2. Tezlerin modellere göre dağılımı

Aşamaları Modeli, %7,7'sinin Hemşirelik Bakımı Sınıflama Modelleri (OMAHA, NIC, NOC), %7,7'sinin Davranışsal Sistem Modeli, %7,7'sinin Davranış İmaj Modeli, %7,7'sinin Değişim Modeli olduğu belirlendi (Tablo 2).

Araştırma tiplerine göre lisansüstü tezlerin %30'u tanımlayıcı, %30'u yarı deneysel, %25'i randomize kontrollü deney, %5'i metodolojik, %5'i tanımlayıcı ve metodolojik, %5'i kesitsel ve deneyseldir. Lisansüstü tezlerin yüksek lisans ve doktora tezleri olarak araştırma tiplerine göre dağılımı Tablo 3'te görülmektedir.

TARTIŞMA

Araştırmanın bulguları, Türkiye'de okul sağlığı hemşireliği alanında 1992-2020 yılları arasında modele dayandırılarak yapılan yüksek lisans ve doktora tezleri açısından incelenmiştir.

Bu çalışmada model kullanılan tezlerin (n=20), %35'i (n=7) yüksek lisans, %65'i (n=13) doktora tezidir. Dağcı (2019)'nın Türkiye'de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmalarını incelediği sistematik derlemesinde araştırmaların (n=121) %82,6'sı doktora tezidir (34). Şahin ve arkadaşları (2020)'nin Türkiye'de 1995-2017 yılları arasında hemşirelikte model kullanılan lisansüstü tezlerin incelediği çalışmada (n=78) tezlerin %11,5'i yüksek lisans, %88,5'i doktora tezidir (35). Türen ve arkadaşlarının (2020) hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarını incelediği çalışmada (n=43), tezlerin %25,6'sının yüksek lisans, %74,4'ünün doktora tezi olduğu belirtilmiştir (36). Hemşirelikte model kullanımının doktora tezlerinde artış göstermesi, doktora eğitiminde teori ağırlıklı derslerin yüksek lisans eğitim içeriğine göre daha yoğun verilmesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Ayrıca doktora eğitim sürecinde Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi (TYYÇ) kapsamında öğrencinin alanındaki yeni bilgileri sistematik bir yaklaşımla değerlendirebilme, kullanabilme ve sorunlara bilimsel çözüm üretme bilgi ve becerisi kazanması amacı da doktora tezlerinin bu yönde gelişiminde etkisi olan bir faktör olarak öngörülebilir (37).

Araştırmada okul sağlığı hemşireliği alanında yapılmış lisansüstü tezlerde model kullanımının yıllara göre artış gösterdiği görülmektedir. Literatürde son yıllarda model kullanılan hemşirelik araştırmalarının artış içinde olduğu ifade edilmektedir (35,36). Türkiye'de hemşirelik eğitiminin durumunun incelendiği bir çalışmada, zaman içerisinde yüksek lisans ve doktora öğrenci ve mezun sayısında artış olduğu belirtilmektedir (38). Literatürle paralel olarak tezlerde model kullanımının artış göstermesinin nedeninin, lisansüstü öğrenci sayısının artması ve dolayısıyla tamamlanan tez sayısının artış göstermesinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada tezlerin örneklem gruplarında yoğunluklu olarak lise ve ortaokul öğrencileri ile yürütüldüğü görülmektedir. Şahin ve arkadaşları (2020)'nin çalışmasında model kullanılan tezlerin %9'unun adölesanlarla, %7,7'sinin öğrencilerle yapıldığı görülmektedir (35). Bahar ve arkadaşları (2020)'nin çalışmasında tezlerin %27,9'unun çocuk ve adölesanlarda yapıldığı belirtilmektedir (40). Dağcı (2020)'nin çalışmasında, kullanılan örneklem grubunun %14'ünü her kademedeki öğrenciler, %5'inin ergen/adölesanlar oluşturmaktadır (34). Öncel ve Sümen (2017)'in çalışmasında, yüksek lisans tezlerinin %27'sinin, doktora tezlerinin %28,5'inin uygulama alanlarının okullar olduğu ifade edilmektedir (39). Okullarda yapılan tezlerin nispeten çalışmalarda yer alması, evrene ulaşmanın daha kolay olması toplumsal gelişim adına okul sağlığı hemşireliğine verilen önemin gün geçtikçe arttığını göstermektedir. Ortaöğretim kademesindeki öğrencilerin tercih edilmesinin sebebinin adölesan dönemin fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimin hızla arttığı ve kendi kararlarının daha kolay verildiği bir dönem olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu yaş grubunun tezler kapsamında hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve verilerin toplanması açısından yaş özellikleri gereği farkındalığı yüksek grup olması nedeniyle seçilmiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışma dahilinde incelenen tezlerde sırası ile Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli ve psikoloji alanında davranış kuramlarının sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Dağcı (2019)'nin çalışmasında en sık kullanılan modelin Roy Adaptasyon Kuramı ve Sağlığı Geliştirme Modeli olduğu ifade edilmektedir (34). Türen ve arkadaşları (2020)'nin hemşirelikte lisansüstü tezleri incelediği çalışmasında en sık kullanılan modelin Sağlık İnanç Modeli olduğu belirtilmektedir (36). Bahar ve arkadaşları (2020)'nin çalışmasında, halk sağlığı hemşireliği doktora tezlerinde en sık kullanılan modelin Sağlık İnanç Modeli olduğu belirtilmektedir (40). Literatürde lisansüstü araştırmalarda hemşire kuramcının geliştirdiği Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı'nın diğerlerinden daha fazla kullanıldığı görülmektedir (35, 41, 42). Öncel ve Sümen (2017)'in çalışmasında, bu araştırma bulguları ile uyumlu olarak sıklıkla kullanılan modellerin yüksek lisansta sırasıyla Sağlık İnanç Modeli (%71,4), Teorilerüstü Model (%14,3) ve Sağlığı Geliştirme Modeli (%14,3) olduğu, doktora ise Teorilerüstü Model (%25), Sağlık İnanç Model (%14,3) ve Sağlığı Geliştirme Modeli + Sağlık İnanç Modeli (%14,3) olduğu ifade edilmektedir (39). Halk sağlığı hemşireliğinin alt dalı olan okul sağlığı hemşireliğinde halk sağlığının koruma odaklı felsefesi yaklaşımı vardır. Bu felsefe davranışları geliştirmeye ve değiştirmeye, aynı zamanda sağlığı geliştirmeye yöneliktir. Dolayısıyla bu çalışmada sıklıkla kullanılan modellerin bu doğrultuda olduğu düşünülmektedir.

Tablo 1. Okul sağlığı hemşireliği alanında model temelli yapılmış lisansüstü tezlerin özellikleri

Yazar	Yıl	Model	Araştırmannın türü	Araştırmannın tipi	Örneklem	Araştırma sonucu
Aygün (14)	2012	Teorilerüstü Model	Doktora	Yarı deneysel	Sakarya ilinde bulunan iki özel okulun 6. ve 7. sınıflarında öğrenim gören öğrenciler (n=180) (girişim grubu=96, kontrol grubu=84)	Okul temelli uygulanan güneşten korunma programının girişim grubunda son teste orta düzeyde etkili olduğu, izlemde ise etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Güneşten korunma programının, girişim grubundaki öğrencilerin güneş yanığı oranını azaltmada etkili olduğu, güneşten kaçınma ve güneş koruyucu kullanma davranışları ve öz yeterliliklerinin olumlu yönde değişmesine katkı sağladığı belirlenmiştir.
Başçı (15)	2020	Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli	Doktora	Yarı deneysel	Çorum ilinde bulunan bir ilkokula devam eden 4. sınıf öğrencileri (n=117) (girişim grubu= 33, 1. kontrol grubu= 31, 2. kontrol grubu= 30)	Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'ne dayalı sağlıklı beslenme eğitiminin çocukların beslenme öz yeterlilikleri ile beslenme tutumlarında gelişme sağladığı ancak beslenme davranışlarını geliştirmede zayıf kaldığı görülmüştür.
Böyükbaş (16)	2019	Sağlığı Geliştirme Modeli	Yüksek lisans	Tanımlayıcı	Bir sosyal medya sitesindeki okul hemşireleri ve mail yoluyla ulaşılan okul hemşireleri grubunda yer alan hemşireler (n=136)	Ölçeklerin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Okul hemşirelerinin obeziteyi önlemeye yönelik okul ve öğrenci düzeyindeki uygulamaları, öz etkililik, yarar ve sosyal engel algı puanlarının ortalamasının üstünde olduğu belirtilmiştir.
Can (17)	2019	Değişim Aşamaları Modeli	Doktora	Randomize kontrollü deney	Eskişehir'in Odunpazarı ilçesinde bir lisede öğrenim gören ve günde en az bir sigara için öğrenciler (n=103) (girişim grubu= 25, kontrol grubu=26)	Pick Klop oyunu ve Değişim Aşamaları Modeline göre düzenlenen, eğitimlerin hem tek başlarına hem de birlikte uygulanması adolesanların nikotin bağımlılığının uzaklaşmasında etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.
Cangöl (18)	2016	Teorilerüstü Model	Doktora	Tanımlayıcı	Uşak ilindeki beş ortaokulun 5. sınıf öğrencileri (n=530)	Adolesanlarda obeziteyi önleyen sağlıklı beslenme alışkanlıklarının değişim aşamalarına göre yapılacak görüşmelerle geliştirilebileceği ifade edilmiştir.
Ceylan (19)	2020	Teorilerüstü Model	Yüksek lisans	Yarı deneysel	İstanbul ilinde iki lisede öğrenim gören öğrenciler (n=185) (girişim grubu=95, kontrol grubu=90)	Whatsapp uygulaması ile yapılan Transteoretik Model Temelli Fiziksel Aktivite Programının adolesanların egzersiz öz-etkililiklerini arttırmada, değişim aşamalarında ilerleme kaydetmede etkili olduğu, fiziksel aktivite ve egzersiz yarar ve zarar algıları üzerinde kısmen etkili olduğu belirlenmiştir.
Cıbrır (20)	2020	Akran Eğitimi Modeli	Yüksek lisans	Yarı deneysel	Zonguldak ilinde bir ortaokulda öğrenim gören 6. ve 7. Sınıf öğrencileri (n=200) (girişim grubu=100, kontrol grubu=100)	Akran eğitimciler tarafından eğitilen öğrencilerin, profesyonel eğitimciler tarafından eğitilen öğrencilere göre Temel Yaşam Desteği'nde benzer beceriler gösterdiği; akran eğitimi modelinin çocukluk döneminde ilkyardım eğitimi için kullanılabilir bir yöntem olduğu belirtilmiştir.
Deniz (21)	2019	Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli	Yüksek lisans	Tanımlayıcı	İstanbul'un Üsküdar İlçesinde bir lisede öğrenim gören öğrenciler (n=1093)	Stres gibi olumsuz duygular ve ergenlerin kilo memnuniyetsizliği ile olumsuz yeme tutumu ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir.
Ergün (22)	2003	Hemşirelik Bakımı Sınıflama Modelleri (OMAHA, NIC, NOC)	Doktora	Tanımlayıcı	İstanbulda özel bir ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrenciler (n=515)	Okul sağlığı hemşireliği alanından OMAHA modeline göre öğrenci problemlerinin belirlenebileceği, NOC ile ilk değerlendirmenin yapılabileceği, NIC ile girişimlerin uygulanabileceği ve yine NIC ile sonuçların değerlendirilebileceği belirtilmiştir.
Evgin (23)	2015	Davranışsal Sistem Modeli	Doktora	Randomize kontrollü deney	Nevşehir il merkezinde bulunan iki ortaokulun 7. Sınıfında öğrenim gören öğrenciler (n=83) (girişim grubu=43, kontrol grubu=40)	Okullarda yaygın bir sorun olan zorbalığın önlenmesinde Davranışsal Sistem Modeli doğrultusunda yaratıcı drama yöntemiyle verilen eğitimin etkili olduğu ve önleme programlarında kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır

Tablo 1. (Devamı) Okul sağlığı hemşireliği alanında model temelli yapılmış lisansüstü tezlerin özellikleri

İrmak (24)	2014	Sağlık Davranış Etkileşim Modeli	Doktora	Tanımlayıcı	İstanbul'da dört lisede öğrenim gören öğrenciler (n=865)	Adölesanların dijital oyun oynama davranışlarını açıklamak için Sağlık Davranış Etkileşim Modeli'nin kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Kısa görüşmelerin; sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite ve adölesan yaşamı biçimi davranışlarını, egzersiz öz-etkililik düzeyini, beslenme öz-yeterlilik düzeyini, son 30 günde şiddetli ve orta şiddetli fiziksel aktivite yapılan gün sayısını, son bir haftada şiddetli ve orta şiddetli fiziksel aktivite yapma sayısını, günlük sebze ve meyve tüketimini, günlük uyku süresini, daha fazla sağlıklı besinler yeme ve daha fazla uyuma yönünde çaba harcamayı, düzenli egzersiz yapan ve sağlıklı beslenen arkadaş sayısını arttırdığı, ruhsal sağlığın iyi olmadığı ve hobi/iş/okul aktivitelerini yapmadıkları gün sayılarını azalttığı görülmüştür.
İlhan (25)	2012	Davranış İmaj Modeli	Doktora	Yarı deneysel	İstanbul'da bir lisede öğrenim gören 10. ve 11. Sınıf öğrencileri (n=215) (girişim grubu=103, kontrol grubu=112)	Adölesanların değişim aşamaları boyunca davranış değiştirme süreci bilişsel/deneysel ve davranışsal süreçlerini kullanma puan ortalamaları ve egzersiz/öz-etkililik puan ortalamaları belirgin ölçüde artış göstermiştir. Egzersiz davranışının algılanan olumlu yanları (yarar) ve olumsuz yanlarının (zarar) kıyaslanması üzerine temellendirilen karar alma kuramına göre ise değişim aşamaları boyunca "yarar" puanları artış gösterirken "zarar" puanları düşüş göstermiştir.
Kafalı (26)	2009	Teorilerüstü Model	Yüksek lisans	Tanımlayıcı	İstanbul'un Kadıköy ilçesinde bulunan 9., 10. ve 11. sınıfta öğrenim gören üç devlet ve bir özel okul öğrencileri (n=800)	Sağlık İnanç Modeli Temelli Yaralanma Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu, ergenlerin yaralanmaya ilişkin sağlık inanç düzeylerini belirlemek için kullanılabileceği ifade edilmiştir.
Kılınç (27)	2018	Sağlık İnanç Modeli	Yüksek lisans	Tanımlayıcı ve metodolojik	İstanbul'un Eyüp ilçesinde öğrenim gören iki devlet lisesinin 9., 10., 11. ve 12. sınıf öğrencileri (n=481)	İlkokul öğrencilerinde oyun alanı kazalarından korunmaya yönelik sağlık inanç tutumunun temel kavramlarına dayalı eğitim programının öğrencilerin tutumlarını değerlendirecek davranış değişimi sağlamada bilimsel bir yol gösterici olduğu ortaya konmuştur.
Koca (28)	2018	Sağlık İnanç Modeli	Doktora	Randomize kontrollü deney	İzmir'in Konak ilçesinde bulunan bir ilkokulun 3. ve 4. sınıf öğrencileri (n=127) (girişim grubu=64, kontrol grubu=63)	Değişim modeli kapsamında adölesanlara toplam sekiz oturum yapılmıştır. Oturumların sonunda adölesanların %60,3'ünün sigarayı azalttığı, %23,8'inin sigarayı bıraktığı görülmüştür. İlk oturumda Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖÖ) ortalamalarının son oturumdaki ÖÖ ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş olduğu belirlenmiştir.
Özakar (29)	2013	Değişim Modeli	Doktora	Kesitsel ve deneysel	Çorum ilinde bulunan mesleki eğitim merkezi öğrencileri (n=63)	Drama uygulamalarının sağlık denetim odağı ve sigara algısına olumlu yönde bir değişikliğe neden olduğu, drama uygulamalarının sağlık eğitimine entegre edilerek öğrencilerin eğitimde aktif rol almasının sağlanabileceği sonucuna varılmıştır.
Tedik (30)	2019	Sağlık İnanç Modeli	Doktora	Randomize kontrollü deney	Erzurum ilinde bulunan iki ortaokulun 8. Sınıf öğrencileri (n=73) (girişim grubu=37, kontrol grubu=36)	Pender'in Sağlık Geliştirme modeline temellendirilerek uygulanan hemşirelik girişiminin uyku düzeninin geliştirilmesinde etkili olduğu belirlenmiştir.
Topan (31)	2013	Sağlık Geliştirme Modeli	Doktora	Randomize kontrollü deney	Zonguldak ilinde bulunan iki ilköğretim okulunun 6., 7., ve 8. sınıflarında öğrenim gören öğrenciler (n=84) (girişim grubu=42, kontrol grubu=42)	Ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin çocukluk çağı obezitesini önleyici davranışlara yönelik sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek amacı ile güvenle kullanılabileceği belirlenmiştir.
Ünver (32)	2019	Nedensel İlişki Modeli	Yüksek lisans	Metodolojik	İstanbul'da bir ilkokulun 3. ve 4. sınıflarında ve bir ortaokulun 5., 6., 7., ve 8. sınıflarında öğrenim gören öğrenciler (n=705)	Obez öğrencilere sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği ve yaşam kalitelerini arttırdığı belirlenmiştir.
Yılmaz (33)	2014	Sağlık Geliştirme Modeli	Doktora	Yarı deneysel	Rize ilinde bulunan dört lisede öğrenim gören öğrenciler (n=114) (girişim grubu=55, kontrol grubu=59)	

Tablo 2. Okul sağlığı hemşireliği alanında yapılmış lisansüstü tezlerin kullanılan modellere göre dağılımları (n=20)

Model	Kullanılan Modele Göre Dağılım					
	Yüksek lisans		Doktora		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli	2	28,6	2	15,4	4	20,0
Teorilerüstü Model	1	14,3	2	15,4	3	15,0
Sağlığı Geliştirme Modeli	1	14,3	2	15,4	3	15,0
Sağlık İnanç Modeli	1	14,3	2	15,4	3	15,0
Değişim Aşamaları Modeli	0	0	1	7,7	1	5,0
Akran Eğitimi Modeli	1	14,3	0	0	1	5,0
Hemşirelik Bakımı Sınıflama Modelleri (OMAHA, NIC, NOC)	0	0	1	7,7	1	5,0
Davranışsal Sistem Modeli	0	0	1	7,7	1	5,0
Davranış İmaj Modeli	0	0	1	7,7	1	5,0
Değişim Modeli	0	0	1	7,7	1	5,0
Nedensel İlişki Modeli	1	14,3	0	0	1	5,0

Tablo 3. Lisansüstü tezlerin araştırma tiplerine göre dağılımları (n=20)

Değişken	Araştırma Tiplerine Göre Dağılım					
	Yüksek lisans		Doktora		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tanımlayıcı	3	42,9	3	23,1	6	30,0
Yarı deneysel	2	28,6	4	30,8	6	30,0
Randomize kontrollü deney	0	0	5	38,5	5	25,0
Metodolojik	1	14,3	0	0	1	5,0
Tanımlayıcı ve metodolojik	1	14,3	0	0	1	5,0
Kesitsel ve deneysel	0	0	1	7,7	1	5,0

Bu çalışmada yüksek lisans tezlerinin %42,9'unun tanımlayıcı, %28,6'sının yarı deneysel; doktora tezlerinin %38,5'inin randomize kontrollü deney, %30,8'inin yarı deneysel olduğu saptanmıştır. Şahin ve arkadaşları (2020)'nin çalışmasında tezlerin %11,5'i tanımlayıcı, %57,7'si yarı deneysel, %26,9'u deneysel araştırmadır (35). Zuhur ve Özpancar (2017)'in kronik hastalık yönetiminde model kullanımını incelediği çalışmasında, araştırmaların %46,4'ü tanımlayıcı, %21,4'ü deneysel ve %10,8'i yarı deneyseldir (41). Türen ve arkadaşları (2020)'nin çalışmasında ise model kullanılan araştırmaların %48,8'inin randomize kontrollü olarak tasarlandığı saptanmıştır (36). Öncel ve Sümen (2017)'in çalışmasında yüksek lisans tezlerinin %71,7'sinin tanımlayıcı, %6,7'sinin deneysel, %3,6'sının yarı deneysel; doktora tezlerinin %14,7'sinin tanımlayıcı, %22,8'inin deneysel, %46,3'ünün yarı deneysel tipte olduğu belirtilmektedir (39). Yüksek lisansta tanımlayıcı çalışmaların sebebi araştırma süresinin kısa olması olabilir. Doktora tezlerinde ise randomize kontrollü ve yarı deneysel çalışmaların tercih edilmesinin nedeni

olarak araştırmaların daha önce çalışılmamış ve orijinal olmasının gerekliliği, toplumsal sorunlara yanıt bulmada kanıt temelli çalışmaların kullanılabilirliğinin olması, uygulamaya ve yeni yöntem/model geliştirilmeye yönelik olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda, okul sağlığı hemşireliğinde model kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerin çoğunluğunu doktora tezlerinin oluşturduğu, yıllara göre model kullanımının arttığı, en sık kullanılan modellerin Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, Teorilerüstü Model, Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sağlık İnanç Modeli olduğu, okul sağlığı çalışmalarında örneklem grubu olarak lise düzeyindeki öğrencilerin daha çok tercih edildiği, yüksek lisans tezlerinde sıklıkla tanımlayıcı, doktora tezlerinde randomize kontrollü ve yarı deneysel araştırma tipinin kullanıldığı görüldü.

İncelenen tezlerden elde edilen sonuçlar, Türkiye'de

okul sağlığı hemşireliği alanında yapılan araştırmaların ve araştırmalarda model kullanımının diğer hemşirelik araştırmalarına göre azlığına dikkat çekmektedir. Bu bağlamda hemşirelik eğitiminde, hemşirelik bilgi birikimini arttıran ve araştırmalarda önemli bir konumda yer alan model kullanımının desteklenmesi, lisans başlanarak yüksek lisans eğitimlerinde modellerin kullanımına yönelik çalışmalara yer verilmesi, modellerin araştırmalarda kullanımına yönelik eğitimlerin verilmesi ve kılavuzların hazırlanması, okul sağlığı hemşireliğinde model kullanımının desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Gigliotti, E. (2008). The value of nursing models in practice. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 1, 42-50.
2. Silva, R.N, Ferreira, M.A. (2016). Users' participation in nursing care: An element of the theory of goal attainment. Contemp Nurse, 52(1), 74-84.
3. Younas, A, Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory guided practice: an integrative review. Scandinavian journal of caring sciences, 33(3), 540-555.
4. Bond, A.E, Eshah, N.F, BaniKhale M, Hamad A.O, Habashneh S, Kataua' H, et al. (2011). Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. Scandinavian journal of caring sciences, 25(2), 404-409.
5. Bend, I.N. (2016). Evidence-based practice and nursing theory. Nursing science quarterly, 29(4), 283-284.
6. Alligood M.R. (2018). Nursing Theorists and their Work, 9th edn. Press: Elsevier, St Louis, MO.
7. Koç, Z, Kızıltepe Keskin, S, Çınarlı, T, Şener, A. (2017). Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 14(1), 62-72.
8. Ardahan, M, Özsoy S. (2015). Türkiye'de hemşirelik araştırmalarındaki eğilimler: Yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine bir çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(4), 516-534.
9. Mete, S, İsbir Gökçe, G. (2015). Using a nursing theory or a model in nursing phd dissertations: A qualitative study from Turkey. Int J Nurs Know, 26(2), 62-72.
10. Baltag, V, Pachyna, A, Hall, J. (2015). Global overview of school health services: Data from 102 countries. Health Behavior and Policy Review, 2, 268-283.
11. Bahar, Z, Öztürk Haney, M. (2016). Son on yılda okul sağlığı hemşireliğinde yapılan araştırmaların incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics, 2(1), 109-15.
12. Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: The PRISMA Statement. Open Medicine, 3(2), 123-130.
13. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Erişim tarihi: 05.02.2021
14. Aygün, Ö. (2012). Güneşten korunma programının adolesanların güneşten korunma davranışlarına etkisi: Transteoretik modele dayalı bir çalışma, Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
15. Başçı, A.B. (2020). Sağlık davranışı etkileşim modeline dayalı sağlıklı beslenme programının ilköğretim öğrencilerinin beslenme tutum ve davranışlarına etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
16. Büyükbaş, Z. (2019). Okul hemşiresinin sağlığı geliştirme modeli temelli çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz etkililik düzeyleri, algıladıkları yarar ve engeller, Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
17. Can, R. (2019). Pickklop oyunu ve dam modeline göre düzenlenmiş eğitimin adolesanların nikotin bağımlılığı üzerine etkisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Eskişehir.
18. Cangöl, S. (2016). Erken adolesanlarda obeziteyi önleyen belirleyicilerin transteoretik modelin davranış değişim aşamalarına göre incelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
19. Ceylan, F. (2020). Whatsapp uygulaması ile yapılan 'transteoretik model temelli fiziksel aktivite programının' adolesanların fiziksel aktivite ve egzersiz davranışlarına etkisi, Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
20. Cıbrı, S. (2020). Çocuklar hayat kurtarıyor: 'Akran eğitimi modeli' ile ortaokul öğrencilerine uygulanan temel yaşam desteği programının etkinliğinin değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
21. Deniz, D. (2019). Ergenlerin beslenme davranışlarının sağlık davranışı etkileşim modeli doğrultusunda değerlendirilmesi, Karabük Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Karabük.
22. Ergün, A. (2003). Hemşirelik bakımı sınıflama modelleri doğrultusunda okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
23. Evgin, D. (2015). Davranışsal sistem modeline temellendirilmiş hemşirelik girişiminin ergen zorbalığına etkisi, Erciyes Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri.
24. Irmak, A.Y. (2014). Ortaöğretim öğrencilerinin dijital oyun oynama davranışlarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
25. İlhan, N. (2012). Adolesanlarda davranış imaj modeline dayanan kısa görüşmelerin sağlık davranışlarına etkisi, Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
26. Kafalı, N. (2009). Transteoretik Modele göre adolesanların egzersiz davranışları, Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
27. Kılınç, E. (2018). Sağlık inanç modeli temelli yaralanma ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması ve ergenlerin okulda-trafikte güvenlik önlemlerine yönelik davranışları, Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
28. Koca, B. (2018). İlkokul öğrencilerinde sağlık inanç modeline dayalı eğitim programının oyun alanı kazalarından korunma davranışlarına etkisi, Ege Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
29. Özakar, S. (2013). Adolesanların risk alma davranışları ve risk alan adolesanlarda değişim modeline göre hemşirelik uygulamasının madde kullanımına etkisi, İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
30. Tedik, S.E. (2019). Adolesanlarda sağlık inanç modeli temelli yaratıcı drama eğitiminin sağlık denetim odağı ve sigara algisına etkisi, Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2019.
31. Topan, A. (2013). İlköğretim ikinci basamak öğrencilerinin uyku düzeninin iyileştirilmesinde modele temellendirilmiş hemşirelik eğitiminin etkisi, İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
32. Ünver, F. (2019). Nedensel ilişki modeli temelli çocukluk

- çağı obezitesini önleyici davranışlara yönelik sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
33. Yılmaz, A. (2014). Obez lise öğrencilerine sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi, Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
 34. Dağcı, M. (2019). Türkiye’de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. IGUSABDER, 9, 929-943.
 35. Şahin, G, Buldak, C.İ, Kaya, V, Güvenç, G, İyigün, E. (2020). Türkiye’de Hemşirelikte Model Kullanılarak Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi: Sistematik Derleme. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17(2), 170-9.
 36. Türen, S, Atakoğlu, R, Madenoğlu Kıvanç, M, Gül, A. (2019). Hemşirelikte Kuram ve Modele Dayalı Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11, 202-216.
 37. <http://tyyc.yok.gov.tr> Erişim tarihi: 21.06.2021
 38. Kocaman, G, Arslan Yürümezoğlu, H. (2015). Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Durum Analizi: Sayılarla Hemşirelik Eğitimi (1996-2015). Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 5(3).
 39. Öncel, S, Sümen, A. (2017). Türkiye’de Halk Sağlığı Hemşireliği Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics, 3(1), 20-28.
 40. Bahar, Z, Aydoğdu, N.G, Açıl, D, Cengiz, B, Çaloğlu, A, Gürkan, K.P. (2020). Türkiye’de Halk Sağlığı Hemşireliği Alanında Yapılan Doktora Tezlerinin Değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2(1), 26-38.
 41. Zuhur, Ş, Özpancar, N. (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 19(2), 57-74.
 42. Şengün, F, Üstün, B, Bademli, K. (2013). Türkiye’de Kuram/ Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2), 132-139.

Gebelik ve doğum sonrası dönemde Omega-3 kullanımı: Güncel literatürün gözden geçirilmesi

Omega-3 use in pregnancy and postpartum period: A review of the current literature

Nilay Şener Özsovalı¹, Tülay Yılmaz², Hüsniye Dinç Kaya³

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik ABD, İstanbul, nilay.sener@hotmail.com., 0000-0001-7975-6107

² Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, tulaymert@hotmail.com., 0000-0002-3706-3844

³ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul, husniyedinc@hotmail.com., 0000-0002-8461-643X

Anahtar Kelimeler:
Omega-3; Gebelik; Doğum Sonu;
Dokosaheksaenoik Asit.

Key Words:
Omega-3; Pregnancy;
Postpartum; Dokosaheksaenoik
Asit.

**Sorumlu Yazar/Corresponding
Author:**

Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul,
husniyedinc@hotmail.com.

DOI:
10.52880/sagakaderg.1038308

**Gönderme Tarihi/Received
Date:**
20.12.2021

Kabul Tarihi/Accepted Date:
20.02.2022

**Yayınlanma Tarihi/Published
Online:**
01.06.2022

ÖZ

Omega-3 yağ asitleri çoklu doymamış yağ asitlerinin önemli kaynaklarından biridir. Uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri, plasental ve fetal lipid ortamlarını değiştirme ve dolayısıyla sağlık sonuçlarını modüle etme konusunda önemli bir potansiyele sahiptir. Yağ asitleri fetal enerji metabolizmasında ve hücre farklılaşmasında, ayrıca enflamatuvar ve immün yanıtların düzenlenmesinde kritik bir rol oynar. Ayrıca prostaglandinler ve prostasiklinler, uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin eikosanoid metabolitleri arasındadır. Bunlar plasental büyüme ve gelişmede, gebelik süresinde ve doğum eyleminin başlamasında önemli rol oynar. Gebelikte omega-3'lerin tüketimine ilişkin kılavuzlar mevcut olmakla birlikte hangi haftalarda başlanacağı ve miktarı ile farklı görüşler bulunmaktadır. Mevcut kanıtlar omega-3'lerin gebelik sırasında ve doğum sonu dönemde koruyucu etkileri olduğunu göstermektedir. Omega-3'lerin olumlu etkileri gestasyonel diyabet, preeklampsi, gebelik süresi ve doğum sonu depresyonu azaltmasıdır. Rutin obstetrik bakım sırasında sağlanan sağlık bilgileri ve tavsiyeleri besinlerle omega-3 alınmasına katkı sağlar. Bununla birlikte, literatürde gebelik sırasında diyetle omega-3 tüketimi ile ilgili mevcut eğitim, tavsiye ve reçete uygulamaları ile ilgili bir boşluk bulunmaktadır. Bu derlemede gebelik ve doğum sonu dönemde omega-3 alımına ve etkilerine yönelik güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

ABSTRACT

Omega-3 fatty acids are one of the major sources of polyunsaturated fatty acids. Long-chain polyunsaturated fatty acids have significant potential to alter the placental and fetal lipid milieu and thus modulate health outcomes. Fatty acids play a critical role in fetal energy metabolism and cell differentiation, as well as in the regulation of inflammatory and immune responses. Furthermore, prostaglandins and prostacyclins are among the eicosanoid metabolites of long chain polyunsaturated fatty acids. They play an important role in placental growth and development, during pregnancy and initiation of labor. Changes in placental functions lead to various pregnancy complications such as preeclampsia, gestational diabetes, intrauterine growth restriction and cause adverse birth outcomes. Although there are guidelines on the consumption of omega-3 during pregnancy, there are different opinions regarding the gestational age to start and the amount to be given. Current evidence indicates that omega-3 has protective effects during pregnancy and the postpartum period. Positive effects of omega-3 include reduction of gestational diabetes, preeclampsia, duration of pregnancy and postpartum depression. Health information and advice provided during routine obstetric care have a positive effect on dietary omega-3 intake. However, there is a gap in the literature regarding current education, advice, and prescription practices regarding dietary omega-3 consumption during pregnancy. In this review, it is aimed to review the current information on omega-3 intake and its effects during pregnancy and postpartum period.

GİRİŞ

Omega-3 yağ asitleri, vücutta sentezlenemediği için vücuda dışarıdan alınması zorunlu olan yağ asitleri olarak kabul edilir. Omega-3 yağ asitleri aynı zamanda alfa-linolenik asit (ALA), eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA)'ın sentezlenmesinde rol oynar. Alfa-linolenik asit (ALA), bitkisel kaynaklı olup dereotu, semizotu, tere gibi yeşil yapraklı sebzelerde

bulunurken, hayvansal kaynaklı olan EPA ve DHA yağ asitlerinin başlıca kaynaklarını tek hücreli fitoplanktonlar ve deniz yosunları gibi su ürünleri oluşturmaktadır (1).

Balık ve balık yağı, omega-3 içermektedir. Gebelikte balık tüketimi çok önemlidir. Fakat birçok gebe önerilen sıklıkta balık yememektedir (2,3). Gebe kadınları özellikle düşük toksin seviyelerine sahip yağlı balık yemeye veya omega-3 takviyeleri kullanmaya

teşvik etmek çocukların ve kadınların sağlığını iyileştirebilmektedir (4,5). Omega-3 yağ asitleri, vücutta sentezlenemediği için esansiyel yağ asitleri olarak kabul edilir ve aynı zamanda fetö-plesantal büyüme ve gelişme için gereklidir. Bu nedenle, gelişen fetüs gereksinimlerini karşılamak için anne depoları kullanılır (6,7).

Gebelik sırasında plasenta, maternal lipoprotein lipaz (LPL) ve endotelyal lipaz (EL) tarafından salınan, annenin dolaşımında bulunan serbest yağ asitlerini alır (8). Gebeliğin son trimesterinde maternal DHA seviyesinin düşme eğiliminde olduğu (9) ve fetüsün özellikle beyinde yaklaşık günde 70 mg'a kadar DHA biriktiği bilinmektedir (10). Üçüncü trimesterde maternal plazmada uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin plasental taşınması, fetal/postnatal beyin gelişiminde ve retina gelişimi için kritik öneme sahiptir (11). Erken doğumları önlemesi, maternal-fetal açıdan olumlu sağlık sonuçları oluşturması nedeniyle gebelikte ek omega-3 uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin kullanımı önerilmektedir (2).

Bunların yanı sıra literatürde omega-3 kullanımının perinatal depresyon üzerinde genel olarak önemli ve faydalı bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Gebelik esnasında tam olarak depresif semptomların tedavisinde kullanılsa bile doğum sonu dönemde depresyon açısından umut verici sonuçların olduğu belirtilmektedir (12).

Bu derlemenin amacı gebelik ve doğum sonu dönemde omega-3 desteğinin alımına ve etkilerine yönelik güncel bilgileri gözden geçirmektir.

GEBELİK DÖNEMİNDE OMEGA-3 YAĞ ASİDİ ALIMINI

Gebelik döneminde omega-3 uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin diyetle yeterli tüketimi, daha iyi maternal ve fetal sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (4,13). Yağ asitleri fetüsün gelişimi sırasında, fetal enerji metabolizmasında ve hücre farklılaşmasında (14) ayrıca enflamatuvar ve immün yanıtların düzenlenmesinde kritik bir rol oynar (15). Ayrıca gen ekspresyonunu düzenleyen transkripsiyon faktörlerinin kontrolünde görevi bulunmaktadır. Gebeliğin üçüncü trimesterinde, fetal büyümede ve yağ dokusu kütlelerinde önemli bir artış görülmektedir. Bunun sonucu olarak fetüsün anneden gelen yağ asitlerine gereksinimi artmaktadır (16).

Omega-3 yağ asitleri için gebelikte kullanımına yönelik önerilen günlük dozlarla ilgili farklı öneriler mevcuttur. Uluslararası bilimsel topluluklar, gebelik sırasında DHA alımının 200 mg/gün artırılmasını, Türkiye Beslenme Rehberi ise günlük 250 mg EPA+DHA alımını önermektedir (17). Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi' nin (U.S. Food and Drug Administration –FDA) yönergesine

göre, doğurgan çağıdaki kadınların ve gebelerin haftada 2-3 kez (yaklaşık 226-340 g eşdeğeri) balık tüketmesini (hamsi, atlantik uskumru, deniz levreği, mezgit, morina, berlam, pisi balığı, sardalya, tirsi, kefal, kolyos, tatlı su levreği, dil balığı, salmon, vatoz, dil balığı, tilapia, alabalık, bakalyaro) önermektedir. Diğer yandan FDA haftada 1 posiyon olacak şekilde (yaklaşık 114 g); orfoz, mercan, lagos ve ton balığı tüketimi önermektedir (18). Bununla birlikte, gebelikte artmış beden kitle indeksi (BKI) olan kadınlarda omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin alımının zayıf kadınlarla aynı sistemik yanıtı sahip olup olmadığı hakkında veriler net değildir. Buradan yola çıkarak yapılan randomize kontrollü bir çalışmada obez gebelerin zayıf olanlara göre omega-3 desteğine düşük düzeyde bir sistemik yanıt verdiği saptanmıştır (19). Bu nedenle obez ve aşırı kilolu gebelerin omega 3 düzeyinin optimum konsantrasyona ulaşması için dozu dikkat bir şekilde ayarlanmalıdır.

Maternal obezitenin anne ve bebek sağlığı bakımı sonuçları üzerindeki yükü ve n-3 PUFA'nın fetal ve postnatal gelişimdeki kritik rolü göz önüne alındığında, gelecekteki çalışmalar obez ve aşırı kilolu kadınlar için optimal n-3 PUFA alımını ve dozunu anlamaya çalışmalıdır. Obez kadınlar, düşük n-3 PUFA durumuyla ilişkili olumsuz gebelik ve yavru sonuçları açısından daha yüksek risk altındadır; bu nedenle, gelecekteki denemeler ayrıca ağırlık veya BMI temelli diyet ve takviye stratejileri yoluyla n-3 PUFA alımının optimize edilmesinin bu yüksek riskli anne-bebek ikilileri için sağlık sonuçlarını iyileştirip iyileştiremeyeceğini araştırmalıdır.

Omega-3 yağ asidi takviyesi, oksidatif stresin neden olduğu zararlı etkilere karşı savunma mekanizması geliştirme potansiyeline sahiptir (20). Gebelikte yüksek oksidatif stres düzeyleri plesantal yaşlanma (21), intrauterin gelişme geriliği (22), erken doğum (23), preeklampsi (24) dahil maternal ve fetal artmış mortalite ve morbidite riski ile ilişkilendirilmiştir (25). Literatürde oksidatif stresin gebelik üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmada omega-3 kullanımına yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Gebelik sırasında omega-3 kullanımını araştıran güncel çalışmalar, yeterli omega-3 alımının, erken doğum riskinde azalma ve düşük doğum ağırlığı riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Middleton ve arkadaşlarının (2018) yaptığı cochrane sistematik derlemede omega-3 kullanımı sonrasında uzamış gebelik, perinatal ölüm, yenidoğan yoğun bakıma yatışlarda azalma ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin riskinde düşüş saptanırken, gebelik yaşına göre büyük bebek görülme riskinde artış belirlenmiş ve intrauterin büyüme geriliği görülmemiştir (4).

Aparicio ve ark. (2021)'nin Akdenizli 2. ve 3. trimesterdeki gebe kadınlarla yaptıkları prospektif bir çalışmada, vücuttaki omega-3 düzeyini etkileyen ana maternal faktörlerin; yüksek eğitim seviyesi, ileri yaş, balık/deniz ürünleri tüketimi ve sigara kullanmama durumlarının olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle, özellikle 25 yaşından küçük, eğitim düzeyi düşük, aşırı kilolu veya obez hamile kadınlara yönelik beslenme müdahalelerinin ve sigarayı bırakma önerilerinin, özellikle omega-3 olmak üzere gebelerin yağ asidi serum profillerinin iyileşmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Böylece maternal ve yenidoğan sağlığının artırılması yönünde bir fayda sağlanabileceği belirtilmektedir (26).

GESTASYONEL DİYABET VE OMEGA-3 YAĞ ASİDİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) insidansı dünya çapında artmaktadır. Gebelik öncesinde bilinen bir diyabeti olmayan, gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde ortaya çıkan diyabet olarak tanımlanmaktadır. Hem anne hem de gelişmekte olan fetus için önemli bir risk oluşturmaktadır (27).

GDM bozulmuş metabolik konsantrasyonlara ve çeşitli fetal ve maternal anormalliklere duyarlıdır. Gestasyonel diabetes mellitus; preeklampsi, makrozomi, zor doğum, kürtaj ve neonatal komplikasyonlar gibi maternal, perinatal ve postnatal kardiyovasküler komplikasyonlara neden olmaktadır. Ayrıca kadınlarda ve çocuklarında tip 2 diyabet insidansının artmasına da sebep olmaktadır (28). GDM'nin önlenmesi ve yönetiminde omega-3 kullanımının rolü farklı çalışmalarda incelemiştir. Bu çalışmalar, omega-3 yağ asitlerinin insülin duyarlılığını artırdığını ve fetal malformasyonlar ve metabolik bozukluklar gibi GDM ile ilişkili komplikasyonları azalttığını göstermektedir. Ayrıca annede preeklampsi, dislipidemi, kardiyovasküler bozuklukları, inflamasyonu azaltabileceği ve vasküler işlevi iyileştirebileceği saptanmıştır (29,30,31).

Normalde, DHA ve omega-6 seviyeleri gebeliğin 24-28. ve 32-35. haftalarında artar (32). Diyabetik kadınlarda ise serbest yağ asitlerinin konsantrasyonu gebeliğin erken döneminde daha yüksektir ve gebelik ilerledikçe azalmaya başlar (33). Gestasyonel diabetes mellituslu gebelerde DHA seviyeleri normal gebeliklere kıyasla değişkendir (32). Bir meta-analiz çalışmasında gestasyonel diyabetli kadınların, sağlıklı gebe kadınlara kıyasla daha yüksek serbest yağ asidi plazma seviyelerine sahip oldukları belirlenmiştir (33).

Ortega-Senovilla ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada GDM'li gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında maternal ve kord serumunda bulunan yağ asidi profilleri açısından farklılıklar olduğu saptanmıştır. Fetal gelişimde

en önemli iki omega-3 yağ asidi olan araşidonik asit (AA) ve DHA, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına rağmen, yağ asidi oranları GDM'li grupta daha düşük bulunmuştur (16). Bu durumda GDM li kadınların fetüslerinin daha fazla yağ asidine gereksinim duyduğu belirtilmektedir.

Jamilian ve ark. (2020)'nin randomize, çift kör yaptıkları bir çalışmada, GDM'li kadınlarda 6 hafta süre ile verilen omega-3 yağ asidi takviyesinin, insülin, lipid ve inflamasyon, glisemik kontrol, lipidler, inflamatuvar belirteçler ve oksidatif stres ile ilgili gen ekspresyonu üzerinde yararlı etkiler gösterdiği saptanmıştır (34). Benzer başka bir çalışmada 6 haftalık takviye sonucunda, GDM'li kadınlarda omega-3 yağ asidi takviyesinin (180 mg EPA ve 120 mg DHA), insülin direnci üzerinde olumlu etki gösterdiği ancak plazma glikozu, HOMA-B, QUICKI ve lipid profillerini etkilemediği saptanmıştır (35). GDM'li kadınlar arasında 6 hafta boyunca omega-3 yağ asitleri ve vitamin E birlikte alındığında, glikoz homeostaz parametreleri, serum trigliseritleri, VLDL kolesterol ve HDL-kolesterol konsantrasyonları üzerinde yararlı etkileri olduğu ancak total kolesterol ve LDL-kolesterol seviyelerini etkilemediği saptanmıştır (36).

Delpino ve ark. (2021)'nin yaptıkları meta-analiz sonuçlarına göre; omega-3 takviyesinin açlık kan şekeri ve insülin direnci üzerinde yararlı sonuçlar verdiği belirlenmiştir. Fakat glikolize hemoglobin için önemli sonuçlar göstermediği saptanmıştır. Sekiz haftalık omega-3 takviyesi, bazı diyabet parametrelerini iyileştirmek için yeterli görülmüştür. Sonuçta gebelik diyabetini önlemek ve omega-3'ün etkilerini doğrulamak için gebeler üzerinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (37).

ERKEN DOĞUM VE OMEGA-3 YAĞ ASİDİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Her yıl meydana gelen 15 milyon prematüre doğumu azaltmak için erken doğumu önleme stratejileri geliştirilmektedir (38). Beslenme müdahaleleri umut verici çözümler sunabilir. Erken doğum riskini azaltmak amacıyla omega-3 uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin alınması önerilmektedir. Gebeliğin erken evresinde düşük omega-3 seviyesine sahip kadınlarda omega-3 takviyesinin faydalı olacağına dair kanıtlar mevcuttur (2,4).

Erken doğum patofizyolojisinde omega-3 yetersizliğinin rol oynayabileceğini gösteren biyolojik mekanizmalar belirlenmiştir. Bu mekanizmalar omega-3 yağ asitlerinden elde edilen ve doğumun başlangıcında rol oynayan, prostaglandinler ve diğer oksilipinler ile açıklanmaktadır. Gebelik döneminde alınan omega 3 özellikle serviks olgunlaşmasında etkili olan

prostolandin sentezini inhibe ederek erken doğumları önler (39,40). Koletzko ve ark. (2014)'ı günde 600-800 mg DHA alımının erken preterm doğuma (<34 haftalık gebelik) karşı daha fazla koruma sağlayabileceğini belirtmişlerdir (41). Fakat Ramsden ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada, gebeliğin 20. haftasından 34. haftasına kadar günlük 800mg DHA ve 100mg EPA takviyesinin maternal plazmada DHA kaynaklı oksilipinleri arttırdığı, ancak preterm doğumların insidansını azaltmadığı saptanmıştır (42).

Middleton ve ark. 2006 yılında yayınladıkları gebelikte omega-3 yağ asidi takviyesi ile ilgili Cochrane derlemesini 2018 yılında güncellemişlerdir. Müdahale dozu DHA ve EPA olarak günde 200mg-2.700 mg omega-3 arasında değişmiş ve omega-3 takviyesi gebeliğin ikinci yarısı boyunca verilmiştir. Çalışma sonucu gebelik sırasında omega-3 takviyesinin erken doğum riskini azalttığına dair yüksek kaliteli kanıtlar sunulmaktadır. Ayrıca prenatal omega-3 takviyesinin güvenli olduğu, düşük doğum ağırlığı insidansını önemli ölçüde azalttığı ancak 42. haftadan fazla süren gebelik insidansını arttırdığı belirlenmiştir (4). Vinding ve ark. (2019) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 22-26. gebelik haftasından başlayarak günde 2400 mg omega-3 yağ asitleri dozu ile desteklenen kadınlarda uzamış gebelik süresi ve daha yüksek doğum ağırlığı saptanmıştır (43).

Literatürde bulunan omega-3 Prematüre İnsidansını Azaltmak (ORIP) çalışması 2019 yılında yayınlanmıştır. Bu çalışma, çoğul gebeliği olan ve düşük doz omega-3 takviyesi alan kadınları dahil eden geniş perspektifte yapılan bir çalışmadır. Toplam 5544 gebede omega-3 takviyesinin (DHA olarak) erken preterm doğum riskini azaltıp azaltmadığı değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, çoğul gebeliği olan ve düşük doz omega-3 takviyesi alan kadınlarda 34. haftada omega-3 konsantrasyonları kontrol grubuna göre yükselmiş olsa da erken preterm doğum (<34 haftalık gebelik) veya erken doğum (<37 haftalık gebelik) riskini azaltmadığı belirlenmiştir (44).

Simmonds ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada ise tek gebeliği olan ve başlangıçta düşük omega-3 seviyesi olan kadınlarda erken doğum riskinin daha yüksek olduğu ve bu riskin total omega-3 takviyesi ile önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır. Fakat aynı çalışma omega-3 depoları dolu olan annelerin ilave omega-3 ile desteklenmesinin erken preterm doğum riskini artırdığını göstermektedir (5).

Yeni Zelanda'da yüksek preterm doğum riskine sahip 142 kadın ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada gebelik sırasında omega-3 yağ asidi durumu değerlendirilmiştir. Risk altındaki popülasyonun düşük omega-3 yağ asidi statüsüne sahip olacağı hipotezi, çalışma bulguları tarafından desteklenmemiştir. Erken

doğumun önlenmesi için omega-3 yağ asidi takviyesi yapılması planlandığında, mevcut alım ve omega-3 yağ asidi durumu dikkate alınmalıdır. Yeterli veya yüksek omega-3 yağ asidi seviyelerine sahip gebelerde omega-3 yağ asidi takviyesinin etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte, değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (3). Gelecekte omega-3 yağ asidi takviyesi yoluyla erken doğumu önlemeye yönelik belirlenecek stratejiler, rutin uygulama yerine, bu takviyeden en çok kimlerin yararlanacağı ve optimum doz üzerine odaklanmalıdır.

PREEKLAMPSİ VE OMEGA-3 YAĞ ASİDİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Anne sağlığı, fetüsün gelişimi ile yakından bağlantılıdır ve çeşitli bozuklukların ilerlemesini engellemede anahtar rol oynar. Gebelikte görülen hipertansif bozukluklar hem annelerde hem de çocuklarında morbidite ve mortalite ile ilişkili riski artırır (45). Optimal maternal beslenme, plasentanın büyümesinde ve gelişmesinde önemli bir rol oynar ve maternal besin alımı veya metabolizmasındaki herhangi bir değişiklik, placent gelişiminde değişikliklere yol açabilir. Wadhwani ve ark., (2016)'nın yaptığı çalışmada preeklampsili kadınlarda 26-30. haftada ve doğumda daha yüksek omega-6 ve omega-3 yağ asitleri oranı ve daha düşük maternal plazma ve eritrosit seviyeleri saptanmıştır (46).

Omega-3 yağ asitleri desteğinin, preeklampsisi ve gebeliğin neden olduğu hipertansiyonun önlenmesindeki etkinliği belirsizliğini korumaktadır. Randomize çalışmaların iki meta-analizi, omega-3'ün diyetle alımının artırılmasının, hipertansif hastalarda daha güçlü etkilerle kan basıncını düşürdüğünü ileri sürmektedir (47,48). Bu sonucu destekler nitelikte bir araştırma bulgusu da Asyalı gebe kadınlarda gebeliğin ortasında omega-3 yağ asitleri plazma seviyelerindeki %1'lik bir artışın, gebeliğe bağlı hipertansiyonda yaklaşık %24 daha düşük olasılık oranına yol açtığını göstermiştir (49).

Middleton ve ark. (2018) yaptıkları Cochrane sistematik derlemesinde preeklampsinin omega-3 ile azaltılabileceği yönünde düşük kaliteli kanıt sunulmuştur (4). Bu konuda farklı çalışma bulguları da vardır. Imhoff-Kunsch ve arkadaşlarının (2012) yaptığı gebelik sırasında tüketilen yağ asitlerinin gebeliğe bağlı hipertansiyon ve preeklampsisi riski üzerindeki potansiyel etkilerini değerlendirilen meta-analizde; sonuçlar maternal omega-3 yağ asidi takviyesi tüketiminin preeklampsisi ve gebeliğe bağlı hipertansiyon riskini azaltmadığını saptamıştır (50). Aynı şekilde, 2015 yılında yayınlanan başka bir meta- analizde; gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde omega-3 takviyesi (n-3 dozu 200 ila 4950 mg / gün, DHA için 0 ila 2070 mg / gün ve EPA için 0 ila 3000 mg / gün arasında değişmektedir), gebeliğe bağlı hipertansiyon veya

preeklampsisi için azalmış risklerle ilişkili bulunmamıştır (51). Görüldüğü üzere preeklampsisi ile komplike olan gebeliklerde omega-3 düzeylerini ve metabolitlerini inceleyen ileri düzey çalışmalarla birlikte gebelik sırasında omega-3 desteğinin diğer olası faydaları daha ileri değerlendirmeyi gerektirmektedir.

DOĞUM SONU DÖNEM VE OMEGA-3 YAĞ ASİDİ ALIMI

Yaşamın ilk 1000 günü beslenme ve hormonal maruziyetin, uzun dönemde bebeğin büyümesini, gelişmesini ve metabolik sağlığını etkilediği bilinmektedir (52). Doğum sonu dönemde ek vitamin desteği gebelik döneminden farklı değildir (53). Uluslararası rehberler doğum sonu dönemde benzer oranlarda mikro ve makro besin öğeleri gereksinimleri belirlemiştir (Tablo 1) (17, 18, 54). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER 2015) 250 mg EPA+DHA alımını önermektedir (17). Koletzko ve ark. (2007)'nın çalışmasında, randomize çalışmalarda 1 g/d DHA veya 2,7 g/d omega-3 alınmasının önemli yan etkileri (trigliserdi artışı, gastrointestinal rahatsızlıklar vb.) olmadığı da ayrıca belirtilmiştir (53).

Postpartum dönemde omega-3 kullanımı ile ilgili veriler sınırlı olmakla birlikte (55); çalışmalar daha çok postpartum depresyon ve anne sütü içeriği

üzerine yoğunlaşmıştır. Anne sütü çeşitli omega-3 yağ asitlerinden oluşur. Bunlar; alfa linolenik asit (ALA) eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) en yaygın yağ asitleridir. Anne sütündeki omega-3 oranının, bebeğin nörodavranışsal fonksiyonları ve görsel gelişimi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (56). Emzirme döneminde omega-3 alımı, yaşamın ilk iki yılında beyin gelişimi için de önemlidir (55). Fleddermann ve ark. (2014) çalışmasında anne sütü alan bebeklerde DHA seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (57). Emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda ise bebek formül mamalarına omega-3 yağ asidi ilave edilmesi önerilmektedir (58). Çin'de yapılan bir çalışmada maternal diyet değişikliklerinin, anne sütündeki DHA oranında etkili olduğu belirlenmiştir (59). Gellert ve ark. (2016) Alman kadınlar arasında yaptıkları çalışmada, emziren kadınlarda omega-3 indeksi gebe kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu bağlamda, maternal omega-3 seviyesi, özellikle DHA, gebelik ve emzirme döneminde yeterli olmalıdır (60).

POSTPARTUM DEPRESYON VE OMEGA-3 YAĞ ASİDİ İLİŞKİ

Omega-3 yağ asitlerindeki eksiklikler uzun zamandır ruh sağlığı hastalıklarına katkıda bulunan önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (61). Uluslararası Beslenme Psikiyatrisi Araştırmaları Derneği'nin, uzman konsensüs

Tablo 1: Gebelik ve Laktasyon Döneminde EPA ve DHA Takviyelerine Yönelik Uluslararası Öneriler

Kuruluş	Öneri
Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü-(Food and Agriculture Organization of the United Nations) (FAO; 2010)	Günde 200 mg DHA olmak üzere günde 300 mg EPA + DHA
Dünya Perinatal Tıp Derneği (WAPM, 2008)	Günde 200 mg DHA
Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (European Food Safety Authority, EFSA), 2010	Günde 250 mg'in üzerinde ek olarak günde 100-200 mg DHA EPA + DHA
Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG), Gebe kadınlar için FDA tavsiyesi (2010)	Haftada 340 g deniz ürünü, günde yaklaşık 200 mg DHA-
March of Dimes (U.S. National Foundation; 2009)	Günde 200 mg DHA
Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) Politika Bildirimi-Emzirme ve insan sütünün kullanımı, 2012	Günde 200-300 mg DHA
Amerikalılar için Diyet Yönergeleri (Dietary Guidelines for Americans, DGA), 2015–2020	Günde yaklaşık 250 mg EPA ve DHA, (her hafta 225 gr çeşitli deniz ürünleri)
Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (U. S. Food and Drug Administration, FDA) EPA balık tüketimi tavsiyesi, 2017	En iyi seçenek listesinde yer alan balıklardan (hamsi, mezgit, kalamar vs.) 2–3 porsiyon balık veya iyi seçenek listesinde yer alan balıklardan (lüfer, sazan, uskumru vs.) 1 porsiyon balık

Zhang Z, Fulgoni VL III, Kris-Etherton PM, Mitmesser SH. Dietary Intakes of EPA and DHA Omega-3 Fatty Acids among US Childbearing-Age and Pregnant Women: An Analysis of NHANES 2001–2014. *Nutrients*. 2018; 10(4):416. <https://doi.org/10.3390/nu10040416>

U.S. Food and Drug Administration – (FDA) (2020). Advice About Eating Fish For Women Who Are or Might Become Pregnant, Breastfeeding Mothers, and Young Children. Erişim: 02.2021 <https://www.fda.gov/food/consumers/advice-about-eating-fish>

paneli, gebeler, çocuklar ve yaşlılar için majör depresif bozukluk tedavisinde ve yüksek riskli popülasyonlarda omega-3 yağ asidi kullanımını desteklemektedir (62, 63). Epidemiyolojik kanıtlar, omega-3'ün yetersiz tüketiminin duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğunu (61) ve diyet takviyesinin, belirli bireylerde depresyon ve anksiyete bozukluklarını önlemek veya tedavi etmek için farklı bir strateji olabileceğini göstermektedir (64). Bunun nedeni, beyin yağ dokusundan sonra en yüksek lipid konsantrasyonuna sahip olmasıdır. Beyin, beyin kuru ağırlığını oluşturan %50-60 lipid konsantrasyonu içerir ve beyin özellikle omega-6 ve omega-3'e ihtiyaç duyar; bu nedenle konsantrasyonlarındaki azalma, duygudurum bozukluklarına neden olan nörotransmitter dengesizliklerine yol açabilir (64,65).

Middleton ve ark. (2018) yaptıkları Cochrane sistematik derlemesinde gebelikte alınan omega-3 yağ asitlerinin alımının postnatal depresyon üzerindeki etkilerini belirlemek için yeterli kanıt bulunmamıştır (4). Firth ve ark. (2019) yaptığı yaygın ve ciddi zihinsel bozukluklarda besin takviyelerinin etkinliği ve güvenliği hakkındaki randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinde omega-3 takviyesinin, yüksek EPA formülleri olarak uygulandığında daha fazla yarar sağlayabileceği, omega-3'ün antidepresanlara ek olarak verildiğinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte tüm besin takviyelerinin, psikiyatrik ilaçlarla ciddi yan etkilere veya kontrendikasyonlara neden olmadığı saptanmıştır (66).

Literatürde Zhang ve arkadaşlarının (2020) yaptığı sekiz randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında ise; omega-3 yağ asitlerinin hem gebelik hem de postpartum depresyonda önemli bir etkisi olduğu belirtilmiştir (67).

Japon popülasyonda daha yüksek balık ve / veya omega-3 alımına sahip kadınların, doğumdan sonraki 6 ayda doğum sonrası depresyon ve doğumdan 1 yıl sonra ciddi ruhsal hastalık riskinde azalma saptanmıştır (68). Fakat Japonya ve Tayvan arasında 108 gebe kadının dahil edildiği randomize kontrollü bir çalışmada, depresif semptomları olan ve 1.2 g EPA + 0.6 g DHA/gün omega-3 takviyesinin, depresif semptomları azaltmada önemli bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (69). Bir meta-analiz çalışmasında da omega-3 desteğinin profilaktik ve terapötik olarak perinatal dönemlerde depresyonun önlenmesi ve tedavisi için anlamlı bir etkinliğinin olmadığı, ayrıca günlük DHA, EPA veya DHA+EPA dozları ile de ilişkili olmadığı saptanmıştır (70). Sonuçlar hala tutarsız olsa da gebe kadınlarda akut majör depresif bozukluklar için monoterapi olarak omega-3 PUFA etkisini araştıran bir meta-analizde omega-3 PUFA'nın plasebodan daha etkili olduğu vurgulanmıştır (71).

SONUÇ

Bazı gebelik komplikasyonları maternal yetersiz omega-3 seviyesi ve yağ asitlerinin maternal-fetal transferindeki bozulma ile ilişkilidir. Gebelikte omega-3 takviyesi ile ilgili çalışmalar ve fetal sonuçları hala tartışmalıdır. Gebelik süresini optimize etmek ve gebeliğe bağlı komplikasyon riskini azaltmak için popülasyon düzeyinde omega-3 takviyesinin tipi, dozu, zamanlaması ve süresi hakkında fikir birliğine varılamamıştır. Çalışmalar omega-3 seviyelerinin ölçülmesi, takviye tedavilerinin bireyselleştirilmesini de önermektedir.

Gebelik sırasında, yiyeceklerle veya takviyeler yoluyla omega-3 alımını artırmak, erken doğum insidansını (37 haftadan önce ve 34 haftadan önce) ve düşük doğum ağırlıklı bir bebek sahibi olma olasılığını azaltabilir. Ayrıca omega-3 yağ asitlerinin postpartum depresyon için umut verici bir tedavi alternatif olduğu da düşünülmektedir. Gelecekteki çalışmalar, sonuçların farklı kadın popülasyonlarında değişip değişmeyeceğini, nasıl değişebileceğini ve gebelik sırasında omega-3 alımını artırmanın farklı yollarını değerlendirebilir.

KAYNAKLAR

1. Bayhan, Ü. (2019). Balık yağı hakkında ne biliyoruz? *Ayrıntı Dergisi*, 7(78): 25-28.
2. Best, K. P., Gomersall, J., & Makrides, M. (2020). Prenatal nutritional strategies to reduce the risk of preterm birth. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 3(76): 31-39.
3. de Seymour, J. V., Jones, M. B., Okesene-Gafa, K. A.M., McKinlay, C. J., Taylor, R. S., Wall, C. R., ...McCowan, L. M. (2020). An analysis of omega-3 fatty acid status in a population of pregnant women with obesity, at higher risk of preterm birth. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(10):1478-1482.
4. Middleton, P., Gomersall, J. C., Gould, J. F., Shepherd, E., Olsen, S. F., & Makrides, M. (2018). Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
5. Simmonds, L. A., Sullivan, T. R., Skubisz, M., Middleton, P. F., Best, K. P., Yelland, L. N., ... Makrides, M. (2020). Omega-3 Fatty Acid Supplementation in Pregnancy – Baseline Omega-3 Status and Early Preterm Birth: Exploratory Analysis of a Randomised Controlled Trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 127(8): 975–981.
6. Thiele, K., Diao, L. & Arck, P.C. (2018). Immunometabolism, pregnancy, and nutrition. *Semin Immunopathol* 40:157–174.
7. Zarezadeh, R., Mehdizadeh, A., Leroy, JLMR, Nouri M, Fayezi S, Darabi M. (2019). Action mechanisms of n-3 polyunsaturated fatty acids on the oocyte maturation and developmental competence: Potential advantages and disadvantages. *J Cell Physiol*, 234(02): 1016-1029.
8. Wainwright, P. (2002). Dietary essential fatty acids and brain function: A developmental perspective on mechanisms. *Proceedings of the Nutrition Society*, 61(1): 61-69.
9. Montgomery, C., Speake, B. K., Cameron, A., Sattar, N., & Weaver, L. T. (2003). Maternal docosahexaenoic acid supplementation and fetal accretion. *British Journal of Nutrition*, 90(1):135-145.
10. Innis, S. M. (2005). Essential fatty acid transfer and fetal development. *Placenta*, 26:70-75.

11. Duttaroy, A. K., & Basak, S. (2020). Maternal dietary fatty acids and their roles in human placental development. Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids, 155, 102080.
12. Mocking, R. J., Steijn, K., Roos, C., Assies, J., Bergink, V., Ruhé, H. G., & Schene, A. H. (2020). Omega-3 fatty acid supplementation for perinatal depression: a meta-analysis. The Journal of clinical psychiatry, 81(5).
13. Godhamgaonkar, A. A., Wadhwani, N. S., & Joshi, S. R. (2020). Exploring the role of LC-PUFA metabolism in pregnancy complications. Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids, 163, 102203.
14. Dutta-Roy, A. (2000). Cellular uptake of long-chain fatty acids: role of membrane-associated fatty-acid-binding/transport proteins. CMLS, Cell. Mol. Life Sci. 57:1360–1372.
15. Prescott, S. L., & Dunstan, J. A. (2007). Prenatal fatty acid status and immune development: the pathways and the evidence. Lipids, 42(9):801.
16. Ortega-Senovilla, H., Schaefer-Graf, U., & Herrera, E. (2020). Pregnant women with gestational diabetes and with well controlled glucose levels have decreased concentrations of individual fatty acids in maternal and cord serum. Diabetologia, 63(4):864-874.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye beslenme rehberi 2015 (TÜBER). Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/rehberler/2015-beslenme-rehberi.pdf>
18. U.S. Food and Drug Administration – (FDA) (2020). Advice About Eating Fish for Women Who Are or Might Become Pregnant, Breastfeeding Mothers, and Young Children. Erişim: 02.2021 <https://www.fda.gov/food/consumers/advice-about-eating-fish>
19. Monthé-Drèze, C., Penfield-Cyr, A., Smid, M.C., & Sen, S. (2018). Maternal pre-pregnancy obesity attenuates response to omega-3 fatty acids supplementation during pregnancy. Nutrients, 10(12): 1908.
20. Toboła-Wróbel, K., Pietryga, M., Dydowicz, P., Napierała, M., Brzert, J., & Florek, E. (2020). Association of Oxidative Stress on Pregnancy. Oxidative Medicine and Cellular Longevity, 6398520:12.
21. Sultana, Z., Maiti, K., Aitken, J., Morris, J., Dedman, L., Smith, R. (2017). Oxidative stress, placental ageing-related pathologies and adverse pregnancy outcomes. American Journal of Reproductive Immunology. 77(5):1–10.
22. Mert, I., Oruc, A.S., Yuksel, S., Cakar, E.S., Buyukkagnici, U., Karaer, A., & Danışman, N. (2012). Role of oxidative stress in preeclampsia and intrauterine growth restriction. The journal of obstetrics and gynaecology research, 38(4):658–664.
23. Ferguson, K.K., Chen, Y.H., VanderWeele, T.J., McElrath, T.F., Meeker, J.D., Mukherjee, B. (2017). Mediation of the Relationship between Maternal Phthalate Exposure and Preterm Birth by Oxidative Stress with Repeated Measurements across Pregnancy. Environmental health perspectives, Mar;125(3):488-494.
24. Bilodeau, J.F., Qin Wei, S., Larose, J., Greffard, K., Moisan, V., Audibert, F., ...Fraser, D.W. (2015). Plasma F2-isoprostane class VI isomers at 12–18 weeks of pregnancy are associated with later occurrence of preeclampsia. Free Radical Biology & Medicine, 85: 282-7.
25. Sley, E. G., Rosen, E. M., van 't Erve, T. J., Sathyanarayana, S., Barrett, E. S., Nguyen, R. H., ... & Ferguson, K. K. (2020). Omega-3 fatty acid supplement use and oxidative stress levels in pregnancy. PloS one, 15(10).
26. Aparicio, E., Martín-Grau, C., Bedmar, C., Serrat Orus, N. S., Basora, J., Arija, V., & ECLIPSES Study Group. (2021). Maternal Factors Associated with Levels of Fatty Acids, specifically n-3 PUFA during Pregnancy: ECLIPSES Study. Nutrients, 13(2):317.
27. American Diabetes Association (ADA). (2016). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. The Journal of Clinical and Applied Research And Education, 39 (1): 1-119.
28. Franklin, B.E., Crisler, S.C., Shappley, R., Armour, M.M., McCommon, T.D., Ferry, J.R. (2014). Real-time support of pediatric diabetes self-care by a transport team. Diabetes Care, 37:81–87.
29. Gbankoto, A., Mashalla, Y., Nekoua, M. P., Moutairou, K., & Yessoufou, A. (2015). Beneficial effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids in gestational diabetes: consequences in macrosomia and adulthood obesity. Journal of Diabetes Research, 731434:11.
30. Phang, M., & Skilton, M. R. (2018). Marine Omega-3 fatty acids, complications of pregnancy and maternal risk factors for offspring cardio-metabolic disease. Marine drugs, 16(5):138
31. Wadhwani, N., Patil, V., & Joshi, S. (2018). Maternal long chain polyunsaturated fatty acid status and pregnancy complications. Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids, 136:143-152.
32. Zhao, J. P., Levy, E., Shatenstein, B., Fraser, W. D., Julien, P., Montoudis, A., ... & Luo, Z. C. (2016). Longitudinal circulating concentrations of long chain polyunsaturated fatty acids in the third trimester of pregnancy in gestational diabetes. Diabetic Medicine, 33(7): 939-946.
33. Villafan-Bernal, J. R., Acevedo-Alba, M., Reyes-Pavon, R., Diaz-Parra, G. A., Lip-Sosa, D. L., Vazquez-Delfin, H. I., ... & Martinez-Portilla, R. J. (2019). Plasma Levels of Free Fatty Acids in Women with Gestational Diabetes and Its Intrinsic and Extrinsic Determinants: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Diabetes research, 7098470.
34. Jamilian, M., Tabassi, Z., Reiner, Z., Panahandeh, I., Naderi, F., Aghadavod, E., ... Asemi, Z. (2020). The effects of n-3 fatty acids from flaxseed oil on genetic and metabolic profiles in patients with gestational diabetes mellitus: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. British Journal of Nutrition, 123(7):792-799.
35. Samimi, M., Jamilian, M., Asemi, Z., & Esmaillzadeh, A. (2015). Effects of omega-3 fatty acid supplementation on insulin metabolism and lipid profiles in gestational diabetes: Randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Clinical Nutrition, 34(3):388–393.
36. Taghizadeh, M., Jamilian, M., Mazloomi, M., Sanami, M., & Asemi, Z. (2016). A randomized-controlled clinical trial investigating the effect of omega-3 fatty acids and vitamin E co-supplementation on markers of insulin metabolism and lipid profiles in gestational diabetes. Journal of Clinical Lipidology, 10(2): 386–393.
37. Delpino, F.M., Figueiredo, L.M., da Silva, B. G. C., da Silva, T. G., Mintem, G. C., Bielemann, R. M., & Gigante, D. P. (2021). Omega-3 supplementation and diabetes: A systematic review and meta-analysis. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 1.
38. World Health Organization (WHO), (2018). Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
39. Karim, S.M. The role of prostaglandins in human parturition. (1971). Section of Experimental Medicine & Therapeutics, 64(1):10-12.
40. Gravett, M.G. (1984). Causes of preterm delivery. Semin Perinatol, 8(4): 246–257.
41. Koletzko, B., Boey, C. C., Campoy, C., Carlson, S. E., Chang, N., Guillermo-Tuazon, M. A., ... & Osendarp, S.J. (2014). Current information and Asian perspectives on long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation, and infancy: systematic review and practice recommendations from an early nutrition academy workshop. Annals of Nutrition and Metabolism, 65(1): 49-80.

42. Ramsden, C.E., Makrides, M., Yuan, Z.-X., Horowitz, M.S., Zamora, D., Yelland, L.N., ... & Best, K. (2020) Plasma oxylipins and unesterified precursor fatty acids are altered by DHA supplementation in pregnancy: can they help predict risk of preterm birth? *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 153, 102041.
43. Vinding, R. K., Stokholm, J., Sevelsted, A., Chawes, B. L., Bønnelykke, K., Barman, M., ... & Bisgaard, H. (2019). Fish oil supplementation in pregnancy increases gestational age, size for gestational age, and birth weight in infants: a randomized controlled trial. *The Journal of nutrition*, 149(4): 628-634.
44. Makrides, M., Best, K., Yelland, L., McPhee, A., Zhou, S., Quinlivan, J., ... & Gibson, R. (2019). A randomized trial of prenatal n-3 fatty acid supplementation and preterm delivery. *New England Journal of Medicine*, 381(11): 1035-1045.
45. Dhillon, P., Kaur, I., & Singh, K. (2021). Pregnancy-induced hypertension: Role of drug therapy and nutrition in the management of hypertension. *PharmaNutrition*, 15, 100251.
46. Wadhvani, N. S., Narang, A. S., Mehendale, S. S., Wagh, G. N., Gupta, S. A., & Joshi, S. R. (2016). Reduced maternal erythrocyte long chain polyunsaturated fatty acids exist in early pregnancy in preeclampsia. *Lipids*, 51(1): 85-94.
47. Geleijnse, J. M., Giltay, E. J., Grobbee, D. E., Donders, A. R., & Kok, F. J. (2002). Blood pressure response to fish oil supplementation: metaregression analysis of randomized trials. *Journal of Hypertension*, 20(3): 1493-1499.
48. Miller, P. E., Van Elsland, M., & Alexander, D. D. (2014). Long-chain omega-3 fatty acids eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid and blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *American journal of hypertension*, 27(7): 885-896.
49. Lim, W. Y., Chong, M., Calder, P. C., Kwek, K., Chong, Y. S., Gluckman, P. D., ... & Pan, A. (2015). Relations of plasma polyunsaturated Fatty acids with blood pressures during the 26th and 28th week of gestation in women of Chinese, Malay, and Indian ethnicity. *Medicine*, 94(9).
50. Imhoff Kunsch, B., Briggs, V., Goldenberg, T., & Ramakrishnan, U. (2012). Effect of n-3 long chain polyunsaturated fatty acid intake during pregnancy on maternal, infant, and child health outcomes: a systematic review. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 26: 91-107.
51. Chen, B., Ji, X., Zhang, L., Hou, Z., Li, C., & Tong, Y. (2015). Fish oil supplementation does not reduce risks of gestational diabetes mellitus, pregnancy-induced hypertension, or preeclampsia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 21: 2322-2330.
52. Kinshella, M. L. W., Moore, S. E., & Elango, R. (2021). The missing focus on women's health in the First 1,000 Days approach to nutrition. *Public Health Nutrition*, 24(6): 1526-1530.
53. Koletzko, B., Cetin, I., Brenna, J. T., & Perinatal Lipid Intake Working Group. (2007). Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *British Journal of Nutrition*, 98(5): 873-877.
54. Zhang, Z., Fulgoni, V.L.III, Kris-Etherton, P.M., Mitmesser, S.H. (2018). Dietary Intakes of EPA and DHA Omega-3 Fatty Acids among US Childbearing-Age and Pregnant Women: An Analysis of NHANES 2001-2014. *Nutrients*, 10(4): 416.
55. Jouanne, M., Oddoux, S., Noël, A., & Voisin-Chiret, A. S. (2021). Nutrient Requirements during Pregnancy and Lactation. *Nutrients*, 13(2): 692.
56. Dennehy, C. (2011). Omega-3 fatty acids and ginger in maternal health: Pharmacology, efficacy, and safety. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(6): 584-590.
57. Fleddermann, M., Demmelmaier, H., Grote, V., Nikolic, T., Trisic, B., & Koletzko, B. (2014). Infant formula composition affects energetic efficiency for growth: the BeMIM study, a randomized controlled trial, *Clinical nutrition*, 33(4): 588-595.
58. Koletzko, B., Lien, E., Agostoni, C., Böhles, H., Campoy, C., Cetin, I., ... & Uauy Dagach-Imbarack, R. (2008). The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *Journal of Perinatal Medicine*, 36(1).
59. Zhang, X., Zhang, M., Lin, T., Zhao, J., Luo, Z., Hou, J., ... & Chen, L. (2021). Relationship between traditional maternal diet pattern and breastmilk composition of rural lactating women during the first month postpartum in Shigatse, Tibet. *Food Science & Nutrition*, 9(8): 4185-4198.
60. Gellert, S., Schuchardt, J. P., & Hahn, A. (2016). Higher omega-3 index and DHA status in pregnant women compared to lactating women—Results from a German nation-wide cross-sectional study. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 109: 22-28.
61. Reimers, A., & Ljung, H. (2019). The emerging role of omega-3 fatty acids as a therapeutic option in neuropsychiatric disorders. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 9:1-18.
62. Guu, T. W., Mischoulon, D., Sarris, J., Hibbeln, J., McNamara, R. K., Hamazaki, K., ... & Su, K. P. (2019). International Society for Nutritional Psychiatry Research practice guidelines for omega-3 fatty acids in the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 88(5): 263-273.
63. Guu, T. W., Mischoulon, D., Sarris, J., Hibbeln, J., McNamara, R. K., Hamazaki, K., ... & Su, K. P. (2020). A multi-national, multi-disciplinary Delphi consensus study on using omega-3 polyunsaturated fatty acids (n-3 PUFAs) for the treatment of major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 265: 233-238.
64. Larrieu, T., & Layé, S. (2018). Food for mood: Relevance of nutritional omega-3 fatty acids for depression and anxiety. *Frontiers in physiology*, 9, 1047.
65. Sastry, P. S. (1985). Lipids of nervous tissue: composition and metabolism. *Progress in lipid research*, 24(2): 69-176.
66. Firth, J., Teasdale, S. B., Allott, K., Siskind, D., Marx, W., Cotter, J., ... & Sarris, J. (2019). The efficacy and safety of nutrient supplements in the treatment of mental disorders: a meta review of meta analyses of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 18(3): 308-324.
67. Zhang, M. M., Zou, Y., Li, S. M., Wang, L., Sun, Y. H., Shi, L., ... & Li, S. X. (2020). The efficacy and safety of omega-3 fatty acids on depressive symptoms in perinatal women: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Translational psychiatry*, 10(1): 1-9.
68. Hamazaki, K., Matsumura, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., Tanaka, T., Ito, M., & Inadera, H. (2020). Dietary intake of fish and n-3 polyunsaturated fatty acids and risk of postpartum depression: A nationwide longitudinal study – the Japan Environment and Children's Study (JECS). *Psychological Medicine*, 50(14): 2416-2424.
69. Nishi, D., Su, K.P., Usuda, K., Chang, J.P.C., Chiang, Y.J., Chen, H.T., ... & Matsuoka, Y.J. (2019). The efficacy of omega-3 fatty acids for depressive symptoms among pregnant women in Japan and Taiwan: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial (SYNCHRO; NCT01948596). *Psychotherapy and psychosomatics*, 88(2): 122-124.
70. Suradom, C., Suttajit, S., Oon-Arom, A., Maneeton, B., & Srisurapanont, M. (2020). Omega-3 polyunsaturated fatty acid (n-3 PUFA) supplementation for prevention and treatment of perinatal depression: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(4).
71. Wei-Hong, L., Cheng-Gui, Z., Peng-Fei, G., Heng, L., & Jian-Fang, Y. (2017). Omega-3 fatty acids as monotherapy in treating depression in pregnant women: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Iranian journal of pharmaceutical research: IJPR*, 16(4), 1593.

Diyabeti olan bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerine etkisi: Bir meta analiz çalışması

The effect of motivational interviewing method on quality of life in individuals with diabetes: A meta-analysis study

Sevda Uzun¹, Esmâ Özmay²

¹ Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gümüşhane, Türkiye, sevdauzun50@gmail.com, 0000-0002-5954-717X

² Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bölümü, Karaman, 0000-0003-0932-4012

Anahtar Kelimeler:
Motivasyonel Görüşme, Diyabet, Yaşam Kalitesi.

Key Words:
Motivational Interviewing, Diabetes, Quality of Life.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gümüşhane, Türkiye, sevdauzun50@gmail.com, 0000-0002-5954-717X

DOI:
10.52880/sagakaderg.1057855

Gönderme Tarihi/Received Date:
14.01.2022

Kabul Tarihi/Accepted Date:
12.03.2022

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
01.06.2022

ÖZ

Amaç: Çalışmamızın amacı diyabeti olan bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerine etkisine ilişkin etki büyüklüğünü incelemektir. **Gereç ve yöntem:** Meta analiz niteliğindeki bu çalışma için, Ocak-Mayıs 2021'de PubMed, Web of Science, EBSCOhost ve Google Akademik, YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanlarında yıl sınırlamasına gidilmeden tarama yapılmıştır. Çalışmada motivasyonel görüşmenin yaşam kalitesine etkisi ile ilgili sonuç bildiren altı çalışma analize dahil edilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaların toplam örneklem hacmi 15425'dir. Bu meta analizde diyabeti olan bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesini değiştirdiği saptanmıştır (SMD: -0.253, %95 CI: -0.720, 0.653; Z= 1.065, p = 0.287, I² = %90). Çalışmada kullanılan ölçüm aracı, örneklem grubu, motivasyonel görüşmeyi uygulayan kişi, yaş aralığı moderatörü anlamlı olarak bulunmuştur (p<0.05). **Sonuç:** Sonuç olarak çalışmada kullanılan ölçüm aracı, örneklem grubu, motivasyonel görüşmeyi uygulayan kişi ve yaş aralığının motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirdiği belirlenmiştir. Diyabetli kişilerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi etkisi üzerine etkisini belirlemek için daha geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilmektedir.

ABSTRACT

Objective: The aim of our study was to investigate the effect of motivational interviewing method on quality of life in individuals with diabetes mellitus. **Materials and methods:** For this meta-analysis study, a year-long scan was performed on PubMed, Web of Science, EBSCOhost and Google Academic, YÖK National Thesis Center databases in January-May 2021 without limitation. In the study, six studies that reported results about the effect of motivational interviewing on quality of life were included in the analysis. **Results:** The total sample size of the studies is 15425. In this meta-analysis, it was found that the motivational interview method did not change the quality of life in individuals with diabetes (SMD: -0.253, 95% CI: -0.720, 0.653; Z= 1.065, p = 0.287, I² = 90%). The measurement tool used in the study, the sample group, the person who conducted the motivational interview, and the age december moderator were found to be significant (p<0.05).

Conclusion: As a result, it was determined that the measurement tool used in the study, the sample group, the person who conducted the motivational interview, and the age december changed the magnitude of the effect of the motivational interview method on the quality of life. In order to determine the effect of the motivational interview method on the quality of life effect in people with diabetes, it is recommended to conduct randomized controlled trials with a larger sample.

GİRİŞ

Günümüzde küresel bir tehdit haline gelen Diyabetes Mellitus (Diyabet), prevalansı günden güne artan bir hastalıktır. Diyabet insülin hormonunun yeterli miktarda salgılanamaması ya da vücut tarafından yeterince kullanılamaması sonucu gelişen, tip 1, tip 2, gestasyonel ya da başka tıbbi durumlara bağlı gelişen alt tipleri bulunan kronik bir hastalıktır. IDF 2021 verilerine

göre dünyada 537 milyon yetişkin (20-79 yaş) diyabetle yaşamakta ve bu sayının 2030'da 643 milyona ve 2045'te 783 milyona çıkacağı düşünülmektedir. Diyabet nedeni ile 2021'de 6,7 milyon kişi hayatını kaybetmiştir (1).

Kronik hastalıklarda görülen artış, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların beraberinde getirdiği yükler özellikle yaşam kalitesi kavramının önemini arttırmaktadır. Diyabette özellikle uzun tedavi

süreci, uzun bakım gereksinimi, sık glisemik kontrol gereksinimi, beslenme alışkanlığının değişmesi, hastalığa bağlı gelişen kısa ya da uzun vadeli komplikasyonlar oluşabilmektedir. Ayrıca diyabet sonrasında gelişen ruhsal problemler bireylerin sosyal ilişkilerini etkilemekte, kaygı oluşturmakta, uzun medikal tedavi sürecine bağlı günlük rutinleri değiştirmekte ve yaşam süresi etkilenmektedir. Bütün bu süreç özellikle diyabetin de dahil olduğu bir çok hastalıkta yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır (2,3,4). Özellikle motivasyonel görüşme bu yeterliliğin kazandırılmasında bireylerin cesaretlerini ve öz güvenlerinin artırılmasında önem arz etmektedir. Motivasyonel görüşme, bireylerin sağlığının geliştirilmesi için davranışının altındaki ambivalansı/ ikilemi keşfedip bu ikilemi çözümlemelerine destek olmak için uygulanan danışan merkezli bir yöntemdir. Bir savaş değil danıştır, danışan ile birlikte hareket edilir. Davranış değişikliği için danışanın kendi motivasyonunu keşfetmesi sağlanır (5,6).

Literatürde de diyabet hastaları ile yapılan pek çok araştırmada motivasyonel görüşmenin onların hastalıklarına uyum sağlama ve hastalığın yönetiminde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir (7-9).

Bu çalışma ile diyabet hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasında motivasyonel görüşme yönteminin etki büyüklüğünün değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Meta analiz olarak yapılan bu çalışma, PRISMA kontrol listesine (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols

Tablo 1. Çalışmaların dâhil etme ve dışlama kriterleri

Dâhil Etme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
Çalışmanın tam metnine ulaşılabilir olması	Çalışmanın sadece özetine ulaşılması
Makaleler, tezler	Özet, bildiri kitapları, editör yorumları, mektup, haber, bülten, rapor özelliğinde olması
Çalışmanın yöntem ve bulgular bölümlerinde sunulan verilerin meta analizde çalışmanın etki büyüklüğünü hesaplamak için yeterli istatistiksel veriye sahip olması (Örneklem büyüklüğü, ortalama değer, SD değeri)	Analiz verilerine sahip olmayan çalışma olması
Örneklemini diyabet hastalığı olan bireylerin oluşturduğu bir araştırma olması	Diyabeti olmayan bireylere motivasyonel görüşme yöntemini içeren deneysel veya yarı deneysel çalışma olması
Yaşam kalitesi değişkenini içeren araştırma olması	Yaşam kalitesi değişkenini içermemesi
Kantitatif analiz verilerini içeren çalışma olması	Kantitatif analiz verilerini içermeyen çalışma olması
Türkçe veya İngilizce dilinde yayınlanan çalışmalar	Türkçe veya İngilizce dilinin dışında başka bir dilde yayınlanan çalışma olması
Kalite değerlendirme araçlarından "orta" ya da "güçlü" puan alan çalışmalar	Kalite değerlendirme araçlarından "zayıf" puan alan çalışmalar

(PRISMA) Checklist) göre hazırlanmıştır (10). Bu çalışmada olası bias olasılığını azaltmak için, literatürün taranması, makalelerin seçimi ve verilerin çekilme işlemleri iki araştırmacı tarafından bağımsız şekilde gerçekleştirilmiştir. Sonrasında bu aşamalar iki araştırmacı tarafından tekrar kontrol edilmiştir. Analiz kapsamına alınan çalışmaların kalite değerlendirme işlemi ise araştırmacılar tarafından yapılarak değerlendirilmiştir.

İçleme ve Dışlama Kriterleri

Bu çalışmada araştırmalar PICOS'a göre taranarak yapılmıştır;

- Çalışma grubu (P: Patient): Diyabet hastalığı olan kişiler.
- Müdahale (I: Intervention): Motivasyonel görüşme.
- Karşılaştırma (C: Comparison): Motivasyonel görüşme yöntemi uygulanmama.
- Sonuçlar (C: Outcomes): Yaşam kalitesi
- Çalışmanın deseni (S: Study design): Türkçe veya İngilizce olarak yayınlanmış deneysel, yarı deneysel çalışmalar.

Araştırmaya dâhil edilen çalışmaların seçiminde kullanılan başlıca kriterler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tarama Stratejisi

Tarama Ocak-Mayıs 2021 tarihleri arasında, MeSH'e uygun "motivational interviewing" or "motivational interviewing and chronic diseases" or "motivational

interviewing and quality of life” or “motivational interviewing and diabetes” kelimeleri kullanılarak PubMed, EBSCOhost Web of Science veri tabanlarından arama yapılmıştır. Türkçe yazım dilindeki araştırmaları taramak için “motivasyonel görüşme” veya “motivasyonel görüşme ve kronik hastalıklar” veya “motivasyonel görüşme ve yaşam kalitesi” veya “motivasyonel görüşme ve diyabet” anahtar kelimeleri ile YÖK Ulusal Tez Merkezi ve Google Akademik üzerinden tarama yapılmıştır. Son yıllarda motivasyonel görüşme yöntemi kullanımına yönelik çalışmalar artmış olsa da son derece az olduğundan yıl sınırmasına gidilmemiş bütün yıllar taranmıştır.

Araştırmaların Seçimi

Tarama sonucunda başlangıçta 15425 kayıta ulaşılmıştır. Tekrar edilen çalışmalar çıkarılmış sonrasında 15034 kayıt başlık ve özete göre incelemeye alınmıştır. Bu incelemeler sonucunda 32 çalışma tam metinde değerlendirilmek üzere seçilmiştir. Sonrasında tam metnine ulaşılan 32 makale içleme ve dışlama kriterlerine göre incelenmiş, diyabetli kişilerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesine etkisi ile ilgili sonuç bildiren altı çalışma analize alınmıştır. Araştırmaların seçim sürecine ilişkin açıklamalar Şekil 1’de yer almaktadır.

Çalışma Verilerinin Çekilmesi

Araştırmada verileri elde edebilmek için araştırmacıların geliştirdiği veri çekme aracı kullanılmıştır. Veri çekme aracı ile analize dâhil edilen araştırmaların yazar ve yayın yılı, çalışmanın deseni, veri toplama araçları, araştırmanın yapıldığı yıl, araştırmanın yapıldığı ülke, örneklem sayısı, katılımcıların yaş ortalamasına ait bilgiler toplanmıştır (Tablo 2).

Araştırma Etiği

Bu çalışma meta analiz türünde olduğu için etik kurul onayı alınması gerekmemektedir. Çalışmamız Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygun olarak yapılmıştır.

Çalışmaların Metodolojik Kalitesinin Değerlendirilmesi

Bu analize dâhil edilen araştırmaların kalite değerlendirmesi, The Joanna Briggs Institute tarafından, çalışmaların desenine göre hazırlanmış kalite değerlendirme araçları ile yapılmıştır. Bu araştırmada kullanılan değerlendirme araçları, analize dâhil edilen araştırmaların desenlerine göre seçilmiştir. Araştırmamızda randomize kontrollü çalışmalar için 13 soruluk, yarı deneysel çalışmalar için 9 soruluk değerlendirme araçları kullanılmıştır (11,12). Bu kalite değerlendirme formlarında yer alan sorular “Evet, Hayır, Belirsiz, Uygulanmaz” seçeneklerine cevap şeklinde

olmaktadır. Bu araştırmada her makale için yapılan değerlendirme puanları Tablo 2’de “Kalite puanı” olarak gösterilmiştir.

Verilerin Sentezi

Bu araştırmanın analizleri için, CMA (Comprehensive Meta Analysis) Ver. 2. kullanılmıştır. İncelenen araştırmalar arasındaki heterojenlik, Cochrane Q ve Higgins I² testleri ile değerlendirildi ve I²’nin %50’den fazla olmasının önemli bir heterojenliği gösterdiği kabul edildi. Buna göre I²’nin %50’den fazla olması durumunda Random Effect sonuçları alındı. Çalışmanın her bir sonuç değişkeni için %95 güven aralığında (CI) SMD (Standardize Mean Difference) hesaplandı. Meta-analizde incelenen bazı araştırmalarda yaşam kalitesi ölçek puanları, ilgili ölçeklerin alt ölçeklerine göre verilmişti. Meta-analiz veri setinin hazırlık aşamasında, bu çalışmaların alt ölçek puanları CMA programında meta-analiz yolu ile birleştirilerek her araştırma için tek bir ölçek puanı elde edildi ve meta-analizde kullanıldı. Tüm testler p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmada ilk tarama sonucunda 15534 veri elde edilmiştir. Tekrarlı verilerin çıkarılarak, başlık ve özete göre yapılan değerlendirme sonucunda tam metinde incelenmek üzere 32 çalışma belirlenmiştir. Belirlenen makalelerin tam metnlerinin içleme kriterlerine göre incelenmesi sonucunda altı çalışma analize dahil edilmiştir (Şekil 1).

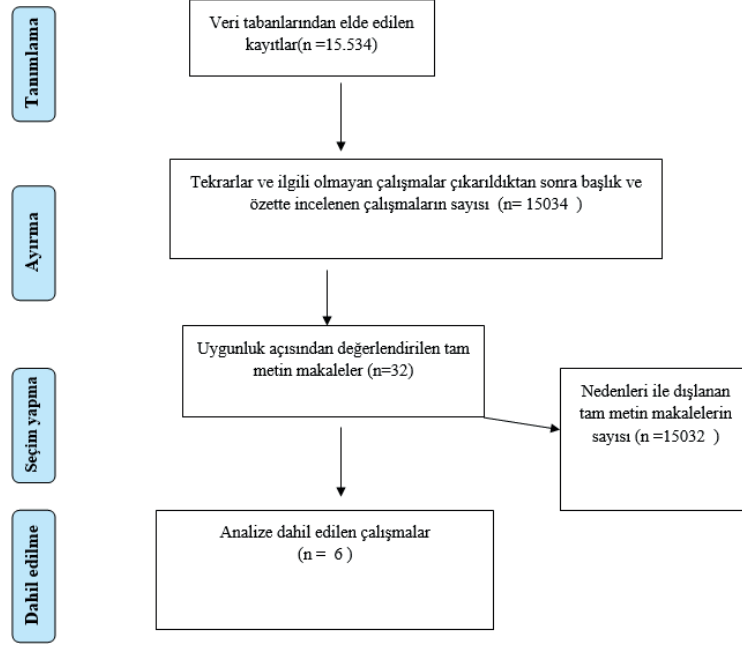
Çalışmaya alınan araştırmaların beşi randomize kontrollü deneysel, biri ön-son-test olmak üzere yarı deneysel niteliktedir. Çalışmaların yapıldığı ülkelerin; Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Tayvan ve Çin olduğu belirlenmiştir. Araştırmaların toplam örneklem sayısı 505 (müdahale grubu: 239; kontrol grubu: 240; tek grup: 26)’dir (Tablo 2).

Bu meta analize alınan çalışmaların tümünde kanıt kalite değerlendirme araçlarının maddelerinin %50’sinden daha fazlasını karşılaması sebebiyle bu çalışmada ortaya koyulan bilgilerin kanıt kalitesinin kabul edilebilir düzeyde olduğunun göstergesi olması açısından önemlidir (Tablo 2).

Motivasyonel görüşme yönteminin diyabetli kişilerde yaşam kalitesine etkisine yönelik meta analiz sonuçları

Bu çalışmada, bias olup olmadığı iki yöntem kullanılarak belirlenmiştir: (a) Huni saçılım grafiği, (b) Egger’in Regresyon Testi ile test edilmiştir (13).

Yayın yanlılığını gösteren önemli yöntemlerden biri olan huni grafiğinde (funnel plot) bu veri setinde çalışmaların huninin üst tarafında ve simetrik bir dağılım gösterdiği



Şekil 1. PRISMA akış diyagramına göre çalışmaların seçimi

Tablo 2. Meta analize dâhil edilen çalışmaların özellikleri ve başlıca bulguları

Yazarlar (Yıl)	Calhoun ve ark. 2010	Channon ve ark., 2007	Chen ve ark., 2012	Jansink ve ark., 2013	Li ve ark., 2014	Wang ve ark., 2010
Çalışma deseni	Ön test son test kontrollü Yarı deneysel	Randomize kontrollü	Randomize kontrollü	Randomize kontrollü	Randomize kontrollü	Randomize kontrollü
Veri toplama aracı	Diabetes Quality of Life	The Diabetes Quality of Life Measure for Youths (DQoLY)	WHOQOL (WHO Quality of life-brief)	EUROQOL Quality of life	DSQL, (Diabetes Specific Quality of Life scale)	Complications Quality of Life Questionnaire (EDIC-QOL)
Ülke	USA	United Kingdom	Tayvan	United Kingdom	Çin	USA
Örneklem grubu	Yetişkinler	14-17 yaş arası çocuklar	Yetişkinler	Yetişkinler	40-70 arası yetişkinler	12-18 yaş arası çocuklar
Örneklem hacmi	26 Birey	Deney grubu:38 Kontrol grubu:28	Deney grubu:104 Kontrol grubu:111	Deney grubu: 25 Kontrol grubu: 28	Deney grubu: 51 Kontrol grubu:50	Deney grubu: 21 Kontrol grubu: 23
Yapıldığı yıl	2008	2002	2008	2006-2007	2010-2011	2006-2008
Ortama Yaşı, Yıl(SS)	54.0 ±10.9	Deney grubu: 15.3 ±0.97 Kontrol grubu: 15.4±1.19	Deney grubu: 59.19 ±10.24 Kontrol grubu: 58.67± 10.23	Deney grubu: 40.7±7.8 Kontrol grubu:44.4± 6.6	Deney grubu: 58.5 ± 5.0 Kontrol grubu: 59.2 ± 5.2	Deney grubu:1 5.3± (1.4) Kontrol grubu: 15.6± (1.7)
Müdahaleyi uygulayan kişi	Hemşire	Psikolog	Hemşire	Hemşire	Hemşire	Psikolog
Müdahale Süresi	12 Hafta	12 hafta	2 hafta	8 hafta	4 hafta	36 hafta
Kalite puanı	Evet:5/9 Hayır:2/9 Belirsiz:1/9	Evet:13/13	Evet: 8/13 Hayır:2/13 Belirsiz:1/13 Uygulanmaz:1/13	Evet:7/13 Hayır:1/13 Belirsiz:3/13 Uygulanmaz:2/13	Evet:9/13 Hayır:1/13 Belirsiz:2/13 Uygulanmaz:2/13	Evet:13/13

Uzun ve Özmaya: Görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerine etkisi

görülmektedir. Bu bize yayım yanlılığının olmadığını göstermektedir (Şekil 2)

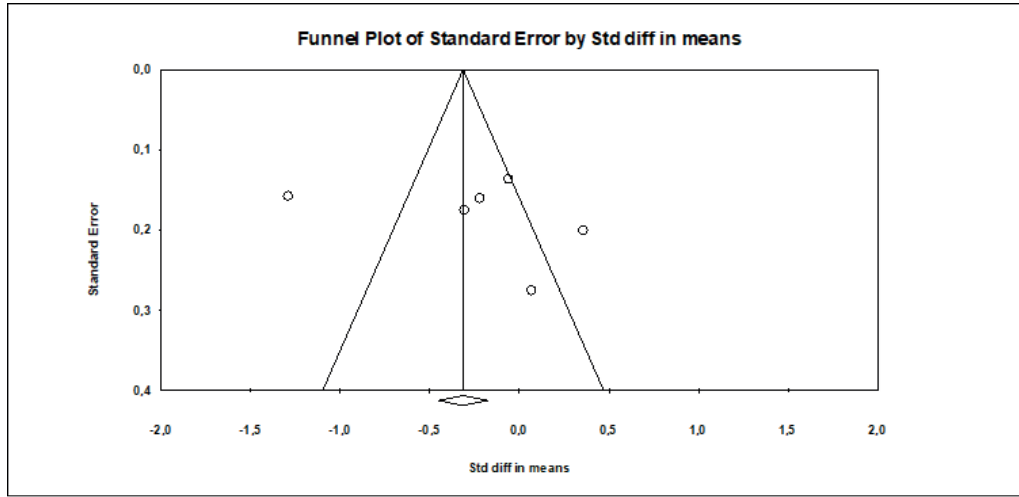
Bu veri setinde yer alan çalışmalar arasındaki yayım yanlılığı Egger'in yöntemi ile belirlenmiştir. Egger'in yöntemine göre kesme noktası (B0) 4.36930, %95 güven aralığı (-16,12958, 24.86817), $t = 0.59179$, $df = 5$ ve iki yönlü p değeri 0.58585'dir. Bu sonuç yayım yanlılığının istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ($p = 0.29291$) göstermektedir.

Diyabeti olan bireylerin yaşam kalitesi algılarının etki büyüklükleri, standart hata ve % 95'lik güvenilirlik aralığına göre alt ve üst sınırlarına ait veriler Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3'de motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin çalışmaların ağırlıkları

incelendiğinde analize dâhil edilen altı çalışmanın etki büyüklüklerinin birbirine yakın olduğu görülmektedir. Sabit ve rastgele etkiler modeline göre yapılan meta-analiz doğrultusunda motivasyonel görüşmenin yaşam kalitesi üzerindeki ortalama etki büyüklüğünün -0.253 olduğu dikkate alındığında araştırmanın bu sonucuna bakarak motivasyonel görüşme yönteminin diyabeti olan bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

İşlem etkililiği metodunda Cohen's d veya Hedges's g standartlaştırılmış etki büyüklükleri kullanılmaktadır (14). Bu araştırmada, etki büyüklüğünün hesaplanması Cohen's d kullanılarak yapılmış ve istatistiksel analizlerin anlamlılık düzeyi %95 olarak belirlenmiştir. Etki büyüklüklerini yorumlarken Cohen (1988) tarafından belirlenen etki büyüklüğü sınıflaması dikkate alınmış



Şekil 2. Çalışmalara ait huni grafiği (funnel plot)

Tablo 3. Yaşam Kalitesi Değişkenine Göre Çalışmaların Etki Büyüklükleri

Model	Çalışma adı	Etki büyüklüğü (d)	Standart hata	Varyans	Alt sınır	Üst sınır	Z-Değeri	p-Değeri
	Calhoun ve ark., 2010	-0,219	0,161	0,026	- 0,534	0,096	-1,365	0,172
	Channon ve ark., 2007	-1,290	0,159	0,025	-0,160	-0,196	-8,181	0,000
	Chen ve ark., 2012	-0,061	0,137	0,019	0,139	-0,079	1,444	0,654
	Jansink ve ark., 2013	0,067	0,275	0,076	-0,472	0,607	0,245	0,806
	Li ve ark., 2014	0,260	0,200	0,040	-0,131	0,652	1,302	0,093
	Wang ve ark., 2010	-0,308	0,171	0,031	0,130	0,227	-1,759	0,079
Sabit etkiler modeli		-0,315	0,070	0,005	-0,452	-0,177	-4,454	0,000
Rastgele etkiler modeli		-0,253	0,238	0,057	-0,720	0,213	-1,065	0,287

olup, 0,15-0,40 arasındaki değer küçük düzeyde etkiyi, 0,40-0,75 arasındaki değer orta düzeydeki etkiyi, 0,75-1,10 arasındaki değer geniş düzeydeki etkiyi, 1,10-1,45 arasındaki değer çok geniş düzeydeki etkiyi ve 1,45'den büyük değer ise mükemmel düzeydeki etkiyi göstermektedir (15).

Yaşam kalitesine göre araştırmaya alınan çalışmalara ait etki büyüklüğü değerlerinin rastgele etkiler modeline göre ortalama etki büyüklüğü değeri $ES = -0,253$ hesaplanmıştır (Tablo 3). Yapılan analiz doğrultusunda meta analize alınan 6 çalışmadaki veriler, rastgele etkiler modeline göre diyabeti olan bireylerin yaşam kalitesi üzerinde motivasyonel görüşme yönteminin önemsiz düzeyde etkisi olduğunu göstermektedir (15).

Araştırma kapsamındaki altı çalışmaya ilişkin orman grafiği Şekil 3'de aşağıda verilmiştir.

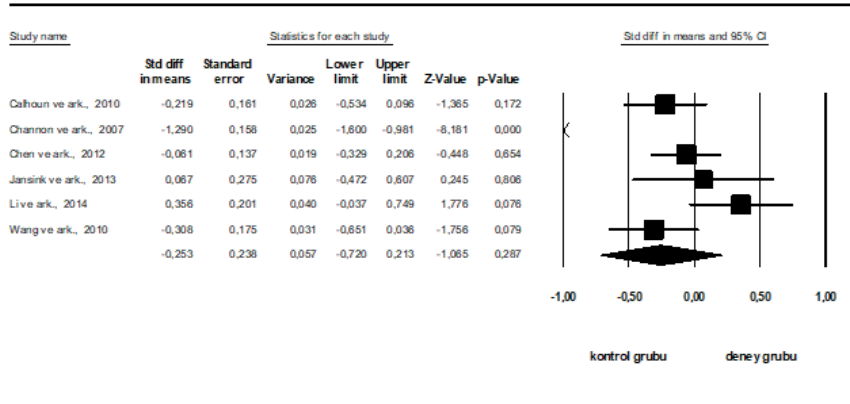
Bu meta-analizde incelenen altı çalışmada motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi ölçek skoruna etkisi ile ilgili sonuçlar rapor edilmiştir. Şekil 3'de diyabet hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin motivasyonel görüşme yöntemine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ile ilgili yapılan altı çalışmanın, etki büyüklükleri, standart hata, varyans, alt ve üst limitleri ile orman grafiği (forrest plot) verilmiştir. Orman grafiğinde yer alan çalışmalardan; 0,00'ın üstünde yani pozitif değer alanların yaşam kalitesi algılarının motivasyonel görüşme yöntemi uygulanan bireyler lehine, 0,00'ın altı yani negatif değer alanların ise motivasyonel görüşme yöntemi uygulanmayanlar lehine olduğu anlamına gelmektedir (16). Bu çalışmaların bulgularına dayalı olarak yapılan meta-analizde, motivasyonel görüşme yapılan grubun yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak kontrol grubuna benzer olduğu bulunmuştur (SMD: -0,253, %95 CI: -0,720,0,653; $Z = 1,065$, $p = 0,287$, $I^2 = \%90$; Şekil 3).

Meta-analize alınan çalışmalar homojen çıktığında, sabit etkiler modeli uygulanmakta iken, Heterojenliğin varlığında ise sabit etki modeli kullanmak yerine etki büyüklüğünün çalışmadan çalışmaya değiştiğini varsayan rastgele etkiler modeli ya da alt-grup analizi uygulanmaktadır (17). Hangi modelin uygulanacağını karar vermek için öncelikle Homojenlik/Heterojenlik testi yapılmıştır.

Diyabet tanılı bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesine etkisini belirten etki büyüklükleri arasında homojenlik testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($Q = 55,184$; $p < .05$). Bu durum, dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Cooper ve arkadaşları (2009), I^2 değeri için, %25 civarında olması düşük düzeyi, %50 civarında olması orta düzeyi, %75 ve üstünde olması ise yüksek düzeyde heterojenliği ifade etmektedir diye belirtmiştir. Bu çalışmada I^2 değeri %90 ile yüksek düzeyde heterojen olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, meta-analize dâhil edilen araştırmaların etki büyüklüğü ortalamalarının birbirinden uzak olması ve heterojen dağılımı sebebiyle araştırmada rastgele etkiler modeli kullanılmasının daha doğru olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı kıta/ülkeye ait ortalama etki büyüklüğü değerleri -0,229 (CI -0,782 – 0,325, $p > .05$) olarak bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı ülke/kıta moderatörü için çalışmalar arası varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Çalışmanın yapıldığı ülkenin/kıtanın motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirmedeği belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmada kullanılan ölçüm aracına ait ortalama etki büyüklüğü değerleri -0,253 (CI -0,651 – 0,607, $p < .05$) olarak bulunmuştur. Çalışmada kullanılan ölçüm aracı moderatörü için çalışmalar arası varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,000$). Çalışmada



Şekil 3. Çalışmalara ait orman grafiği

Tablo 4. Motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerine etkisine yönelik moderatör sonuçları

Moderatör	Çalışma sayısı	Etki büyüklüğü	Standart hata	Alt limit	Üst limit	p
Araştırmanın yapıldığı ülke/kıta						
Amerika Birleşik devletleri	2	-0,263	0,404	-1,055	0,528	0,514
United Kingdom	2	-0,661	0,416	-1,477	0,154	0,112
Çin	1	0,356	0,581	-0,783	1,496	0,540
Tayvan	1	-0,061	0,416	-0,164	1,042	0,914
TOPLAM	6	-0,229	0,282	-0,782	0,325	0,537
Kullanılan ölçüm aracı						
The Diabetes Quality of Life Measure for Youths (DQoLY)	1	1,290	0,158	-1,600	-0,981	0,000
Diabetes Quality of Life	1	-0,219	0,161	-0,534	0,096	0,172
WHOQOL (WHO Quality of life brief)	1	-0,061	0,137	-0,329	0,448	0,654
EUROQOL(Quality of life)	1	0,067	0,275	-0,472	0,607	0,806
DSQL, (Diabetes Specific Quality of Life scale)	1	0,356	0,201	-0,037	0,746	0,076
Complications Quality of Life Questionnaire (EDIC-QOL)	1	-0,358	0,175	-0,651	0,607	0,079
TOPLAM	6	-0,253	0,246	-0,736	0,230	0,000
Örneklem grubu						
Adölesanlar	2	-0,807	0,295	-1,386	0,228	0,006
Yetişkinler	4	0,026	0,215	-0,395	0,447	0,903
TOPLAM	6	-0,366	0,416	-1,181	0,450	0,022
Görüşme yapan kişinin mesleği						
Hemşire	4	0,026	0,215	-0,395	0,447	0,903
Psikolog	2	-0,807	0,295	-1,386	0,288	0,006
TOPLAM	6	-0,366	0,416	-1,181	0,450	0,002
Motivasyonel görüşmenin süresi						
2 hafta	1	-0,061	0,753	-1,537	1,415	0,935
4 hafta	1	0,356	0,767	-1,148	1,460	0,642
8 hafta	1	0,067	0,790	-1,481	1,818	0,932
12 hafta	2	-0,755	0,536	-1,835	0,294	0,158
36 hafta	1	-0,358	0,761	-1,799	1,184	0,686
TOPLAM	6	-0,226	0,343	-0,899	0,446	0,787
Yaş aralığı						
18 yaş altı	2	-0,807	0,295	-1,386	-0,228	0,006
18 yaş üstü	4	0,026	0,215	-0,395	0,447	0,903
TOPLAM	6	-0,366	0,416	-1,181	0,450	0,002

*p<0,05

kullanılan ölçüm aracının motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmada motivasyonel görüşme uygulanan örneklem grubuna ait ortalama etki büyüklüğü değerleri -0,366 (CI -1,181 – 0,450, $p<05$) olarak bulunmuştur. Çalışmanın örneklem grubu moderatörü için çalışmalar arası varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,022$). Çalışmanın örneklem grubunun motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmada motivasyonel görüşmeyi yapan kişiye ait ortalama etki büyüklüğü değerleri 0,366 (CI 1,181 – 0,450, $p<05$) olarak bulunmuştur. Motivasyonel görüşmeyi yapan kişi moderatörü için çalışmalar arası varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Motivasyonel görüşmeyi yapan kişinin motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmada motivasyonel görüşmenin yapıldığı yaş aralığına ait ortalama etki büyüklüğü değerleri -0,366 (CI 1,181 – 0,450, $p<05$) olarak bulunmuştur. Motivasyonel görüşmenin yapıldığı yaş aralığı moderatörü için çalışmalar arası varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Motivasyonel görüşmenin yapıldığı yaş aralığının motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmada motivasyonel görüşmenin süresine ait ortalama etki büyüklüğü değerleri -0,226 (CI 0,899 – 0,446, $p>05$) olarak bulunmuştur. Motivasyonel görüşmenin süresi moderatörü için çalışmalar arası varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>05$). Motivasyonel görüşmenin süresinin motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirmediği belirlenmiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu araştırma sonucunda diyabetli bireylerde motivasyonel görüşme yapılan grubun yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak kontrol grubuna benzer olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımızın aksine literatürdeki çalışmalar diyabetli kişilerde motivasyonel görüşme yönteminin etkili olduğunu göstermektedir (18,19). Bu durumunun çalışmamızdaki araştırmaların az olmasından dolayı ve örneklem hacimlerinin az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Motivasyonel görüşmeyi yapan kişi önemli bir moderatör olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer olarak

Rubak ve arkadaşlarının (2005) yaptığı sistematik derleme ve meta analizde motivasyonel görüşmeyi uygulayan kişi moderatörü anlamlı bulunmuştur. Motivasyonel görüşme yöntemini psikolog ve ruh sağlığı doktorlarının uyguladığı çalışmalar yüzde seksenlik dilimi oluştururken, hemşire, ebe gibi değer meslek gruplarındaki bireylerin uyguladığı dilim yüzde yirmilik dilimi oluşturmıştır (20).

Çalışmamızda motivasyonel görüşme yönteminin uygulandığı yaş aralığının motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi puanının artmasında değerli bir etkiye sahip olduğu ve on sekiz yaş altı bireylerde daha etkin olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine Long ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu meta analizde 18 yaş üstü KOAH'lı bireylerle yapılan, motivasyonel görüşme yönteminin bireylerin yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir (21). Yapılan incelemelerde yaş aralığı moderatörünün çoğu meta analizde ele alınan bir moderatör olmadığı saptanmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda ele alınması gereken bir durum olduğu düşünülmektedir.

Ölçüm aracı moderatörü önemli bir moderatör olarak bulunmuştur. Fakat literatürde ölçüm aracı moderatörünü ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının farklı olmasından kaynaklanan durumların sonuçları etkilediği düşünülmekle birlikte aynı ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmalarda aynı yöntemle çalışmalar yapılmasının moderatörlerle ilgili daha sağlıklı sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Araştırmamızda diyabet hastalığına sahip bireylerde uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin bireylerin yaşam kalitesini değiştirmediği belirlenmiştir. Ancak çalışmada kullanılan ölçüm aracı, örneklem grubu, motivasyonel görüşmeyi uygulayan kişi ve yaş aralığı moderatörlerin diyabetli bireylerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünü değiştirdiği belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmaların aksine çalışmamızda motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesini değiştirmediği sonucunun çıkmasının çalışma sayısının ve örneklem hacminin az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diyabetli kişilerde motivasyonel görüşme yönteminin yaşam kalitesi etkisi üzerine etkisini belirlemek için daha geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilmektedir.

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Meta analize dâhil edilen bazı araştırmalar küçük örneklem hacimli, körleme yapılmamış ve ön-son test desen ile yapılmıştır. Bu durumlar da çalışmaların ortaya koyduğu sonuçların kanıt gücünü azaltabilir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

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 yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Sevda Uzun, Esma Özmaya; Tasarım: Sevda Uzun; Denetleme/Danışmanlık: Sevda Uzun; Veri Toplama ve/veya İşleme: Sevda Uzun, Esma Özmaya; Analiz ve/veya Yorum: Sevda Uzun, Esma Özmaya; Kaynak Taraması: Sevda Uzun, Esma Özmaya; Makalenin Yazımı: Sevda Uzun, Esma Özmaya; Eleştirel İnceleme: Sevda Uzun, Esma Özmaya; Kaynaklar ve Fon Sağlama: Sevda Uzun, Esma Özmaya

KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation (IDF) (2021), IDF Diabetes Atlas 10th Edition and other resources, <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>, Erişim tarihi: 13.12.2021.
2. Yılmaz M. (2014), Tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerde yeme tutum durumlarının, yaşam kalitesi ve metabolik kontrol üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kronik Hastalıklar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.
3. Pearce MJ, Pereira K, Davis E. (2013). The psychological impact of diabetes: a practical guide for the nurse practitioner. JAANP, 25,578-583.
4. Arslan E. (2011), Tip 2 diabetes mellituslu hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi.
5. Ögel K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2(2), 41-44
6. Rhode R. (2017). Motivational Interviewing. Integrative Medicine, Fourth Edition, (David Rakel). Chapter 101. Part III. Copyright by Elsevier, e-book.
7. Chen SM, Creedy D, Lin HS, Wollin J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self- management, psychological and glycemic outcomes in Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. International Journal of Nursing Studies, 49,637-644

8. Calhoun D, Brod R, Kirlin K, Howard BV, Schuldberg D, Fiore C. (2010). Effectiveness of motivational interviewing for improving self-care among Northern Plains Indians with type 2 diabetes. Diabetes Spectrum, 23(2), 107-114
9. Song D, Xu TZ, Sun QH. (2014). Effect of Motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A Meta-analysis. International Journal of Nursing Sciences, 1,291-297.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, and Altman DG. (2009). PRISMA Group, 2009. reprint preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Physical Therapy, 89, 873-880.
11. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools Foruse in IBI Systematic Reviews. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html> (25.11.2021).
12. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, and Hopp L. (2017). Chapter 3: systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute.
13. Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. British Medical Journal, 315(7109), 629.
14. Grissom RJ, & Kim JJ. (2005). Effect sizes for research: A broad practical approach. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
15. Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Retrieved from <http://books.google.com.tr/>
16. Thalheimer W, Cook S. (2002). How to calculate effect sizes from published research articles: A simplified methodology. http://work-learning.com/effect_sizes.htm erişim tarihi: 20.01.2022.
17. Aytaç T. (2013). Eğitim Yönetiminde Yeni Paradigmalar: Okul Merkezli Yönetim, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. The effect of school type on intimidation (mobbing) experienced by teachers in schools: A meta-analysis. Educational Research and Reviews, 9 (20),1055-1064.
18. Calhoun D, Brod R., Kirlin, K., Howard, B. V., Schuldberg, D., & Fiore, C. (2010). Effectiveness of motivational interviewing for improving self-care among Northern Plains Indians with type 2 diabetes. Diabetes Spectrum, 23(2), 107-114.
19. Chen, S. M, Creedy D, Lin HS, Wollin J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 49(6), 637-644.
20. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal Of General Practice, 55(513), 305-312.
21. Long L, Mordi IR, Bridges C, Sagar VA, Davies EJ, Coats AJ, Taylor RS. (2019). Exercise based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1. Art. No.: CD003331. DOI: 10.1002/14651858.CD003331.pub5.