



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE





HEMŞİRELİK Bilimi
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Yayın Kurulu

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

Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Yayın Yeri ve Adresi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, AYDIN, TÜRKİYE

Tel: +902562138866

e-posta: journalofnursingscience@gmail.com

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

İçindekiler/ Contents

21.12.2022

Editörden Önsöz/ Editor's Foreword

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Araştırma Makaleleri/ Research Articles

Evaluation of Sense of Calling and Creative Personality Traits of Pediatric Nurses

Pediatric Nurses' Sense of Calling and Creative Personality Traits: A Cross-Sectional Study

138-148

Arş. Gör. Bahar ÇOLAK, Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Covid-19 Kliniklerinde Çalışmaya İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma

Opinions of The Senior Nursing Students About Working at A COVID-19 Clinic After Graduation: A Qualitative Study

149-157

Arş. Gör. İlknur TURA, Doç. Dr. Sevilay ERDEN

The Relationship Between Nurses' Perceived Risk of COVID-19, Knowledge, Use and Attitudes of Complementary and Alternative Medicine Practices During The Pandemic: A Cross-Sectional Study

Pandemi Sürecinde, Hemşirelerin Algılanan COVID-19 Riski ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Bilgisi, Kullanımı ve Tutumları Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma

158-168

Uzm. Hem. Leyla YAMAN ÜZÜMCÜ, Dr. Öğr. Üyesi Serpil OZDEMİR

Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi

Investigation of Rational Drug Use and Health Perception in Different Generations

169-178

Uzm. Gr. Beyza Nur ŞENGÜL, Prof. Dr. Musa Şamil AKYIL

Knowledge and Applications of the Nurses: the Application of Corticosteroid

Hemşirelerin Kortikosteroid İlaç Uygulamalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları

179-186

Uzm. Hem. Aycan KÖK, Prof. Dr. Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK

Sistemik Derleme/ Systematic Review

Effectiveness of Peer Education in Disease Self-Management of School Children and Adolescents with Chronic Diseases: A Systematic Review

Kronik Hastalığı Olan Okul Çocukları ve Adölesanların Hastalık Öz Yönetiminde Akran Eğitiminin Etkinliği: Sistemik Bir İnceleme

187-195

Arş. Gör. Dr. Pelin KARATAŞ, Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Prof. Dr. Hüsniye ÇALIŞIR

Derleme/ Review

İntegratif (Bütünleşik) Tedavinin Yeni Gözdesi: Su Jok Terapi

The New Favorite Of Integrative Therapy: Su Jok Therapy

196-201

Dr. Ayşegül KAHRAMAN, Prof. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL

Sağlıkta Hakkaniyet

Equity in Health

202-210

Dr. Mail ÖZÇELİK

Olgu Sunumu/ Case Report

Evaluation of Depression Diagnosed Women Victims of Domestic Violence According to Tidal Model and Nursing Care:

Report of Case

Depresyon Tanılı Aile İçi Şiddet Mağduru Kadının Tidal (Gel-git) Modeline Göre Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı: **211-220**

Olgu Sunumu

Yükseklisans Öğr. Büşra PARLAK, Doç. Dr. Satı DİL

Palyatif Bakım Hastasına Faye Glenn Abdellah'ın Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

Nursing Care According To Faye Gleen Abdellah's Model In The Patient Of Palliative Care: A Case Report

221-232

Yükseklisans Öğr. Ceylan BEKER, Doç. Dr. Satı DİL



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Önsöz

21.12.2022

Değerli Okuyucularımız;

Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin 2022 yılı üçüncü sayısını sizlerle paylaşmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Dergimizin bu sayısında beş araştırma, bir sistematik derleme, iki olgu sunumu ve iki derleme olmak üzere toplam 10 makale yer almaktadır. Bu sayıdaki araştırma makalelerinde farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı ve sağlık algısı, farklı hemşirelik gruplarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, meslek aşkı ve yaratıcı kişilik özellikleri, kortikosteroid ilaç uygulamalarına yönelik bilgi ve uygulamaları ve hemşirelik öğrencilerinin pandemi sonrası kliniklerde çalışmaya ilişkin görüşleri ele alınmıştır. Sistematik derlemede kronik hastalığı olan okul çocukları ve adölesanların hastalık öz yönetiminde akran eğitiminin etkinliği incelenmiştir. Olgu sunumlarında Faye Glenn Abdellah'ın Modeli ve Tidal (Gel-git) Modeli ile olgular değerlendirilmiştir. Derleme makalelerinde ise Su Jok Terapi ve Sağlıkta Hakkaniyet konularına yer verilmiştir.

Bilimsel çalışmalarını bizlerle paylaşan ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayan yazarlarımıza, dergimize gönderilen makaleleri dikkatle ve özenle değerlendiren hakemlerimize, bu zorlu süreçte yoğun çaba ve titizlikle çalışan dergi yayın kurulu sekreterlerimize çok teşekkür ediyoruz. Hemşirelik biliminin gelişimine katkı sağlayacak yeni çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1101124>

Orijinal Araştırma

Evaluation of Sense of Calling and Creative Personality Traits of Pediatric Nurses Pediatri Hemşirelerinin Meslek Aşkı ve Yaratıcı Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bahar ÇOLAK^{a,*}, İlknur KAHRİMAN^b

^a Research Assistant, Karadeniz Technical University, Faculty of Health Sciences, Pediatric Nursing, TRABZON, TÜRKİYE

^b Associate Professor, Karadeniz Technical University, Faculty of Health Sciences, Pediatric Nursing, TRABZON, TÜRKİYE

ABSTRACT

Background: Pediatric nurses must have a sense of calling as they provide services to pediatric patients, a very sensitive population. Pediatric nurses are often required to use their creative personality traits when giving care and treatment to children, explaining any procedure, trying to divert attention, etc. The research was conducted in order to evaluate the sense of calling and creative personality traits of pediatric nurses.

Methods: This cross-sectional study conducted between January and May 2021. The sample of the study consisted of 96 pediatric nurses working in two separate training and research hospitals and a state hospital. "Information Form", "Calling and Vocation Questionnaire" and "Creative Personality Trait Scale" were used to collect data. Pearson correlation analysis and linear multiple regression analysis were performed in the study. "Independent Samples T-Test" was used for comparisons of two independent groups and "ANOVA" test was used for comparisons of three independent groups.

Results: A statistically significant, positive and strong relationship was determined between the presence of calling and the total creative personality trait ($r=0.655$; $p<0.001$), internal motivation ($r=0.761$; $p<0.001$), self-confidence sub-dimensions ($r=0.679$; $p<0.001$) and risk taking sub-dimension ($r=0.595$; $p<0.001$). The presence of calling and the search for calling of nurses explain 47% of their creative personality traits.

Conclusion: It was determined that the presence of calling is an important predictor of creative personality traits.

Key words: Child, Creative Personality, Nurse, Pediatrics, Sense of Calling

ÖZET

Giriş: Pediatri hemşireleri, çok hassas bir popülasyon olan çocuk hastalara hizmet sundukları için meslek aşkı duygusuna sahip olmalıdırlar. Pediatri hemşirelerinin çocuklara bakım ve tedavi verirken, herhangi bir işlemi anlatırken, dikkati başka yöne çekmeye çalışırken vb. durumlarda yaratıcı kişilik özelliklerini kullanmaları gerekir. Bu doğrultuda araştırma, pediatri hemşirelerinin meslek aşkı ve yaratıcı kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yürütüldü.

Yöntem: Araştırma kesitsel tipte Ocak-Mayıs 2021 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemini iki ayrı eğitim ve araştırma hastanesi ile bir devlet hastanesinde çalışan 96 pediatri hemşiresi oluşturdu. Veri toplamak için "Bilgi Formu", "Meslek Aşkı Ölçeği" ve "Yaratıcı Kişilik Özellikleri Ölçeği" kullanıldı. Araştırmada Pearson korelasyon analizi ve lineer çoklu regresyon analizi yapıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırmalarında "Bağımsız Örneklem T-Testi" ve üç bağımsız grubun karşılaştırmalarında "ANOVA" testi kullanıldı.

Bulgular: Meslek aşkı varlığı ile toplam yaratıcı kişilik özelliği ($r=0.655$; $p<0.001$), içsel motivasyon ($r=0.761$; $p<0.001$), kendine güven ($r=0.679$; $p<0.001$) ve risk alma ($r=0.595$; $p<0.001$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki belirlendi. Hemşirelerin meslek aşkı varlığı ve meslek aşkı arayışı yaratıcı kişilik özelliklerinin %47'sini açıkladığı tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda pediatri hemşirelerinin meslek aşkı varlığı ve yaratıcı kişilik özelliklerinin iyi durumda olduğu tespit edildi. Meslek aşkı varlığının yaratıcı kişilik özelliklerinin önemli bir yordayıcısı olduğu belirlendi.

Anahtar sözcük: Çocuk, Yaratıcı Kişilik, Hemşire, Pediatri, Meslek Aşkı

* Corresponding Author: Bahar ÇOLAK

Addresses: Karadeniz Technical University, Faculty of Health Sciences, Pediatric Nursing, Trabzon, TÜRKİYE

E-mail: b.colak9367@gmail.com

Received Date: 11.04.2022

Accepted Date: 19.09.2022

GİRİŞ

A significant majority of people's lives consist of the "jobs" they have. Each person considers their job from a different perspective. While some people do their work only for the purpose of earning money, others identify the work they do with their lives and themselves, see it as the reason for their existence and seek a search for a meaning in their work (Steger et al., 2012). Extrinsic motivators such as economic prospects and tangible rewards may be sufficient for some people. However, some people are committed to their work with a more profound perspective and bear a "job love" feeling towards their work. This concept is denominated "calling" or "sense of calling" in the literature (Erhan et al. 2019; Hagmaier & Abele, 2012). The concept of "sense of calling" has been frequently emphasized in the last decade and has taken part in the literature as a new concept. This concept brings a different perspective on how people perceive their work (Uzunbacak et al. 2019).

The concept of sense of calling is a phenomenon that has a positive influence on people's success in their profession, their professional identity and their adaptation to their profession. Sense of calling is a power that occurs internally in individuals, nourished with spirituality, supports people and engendered outside the person. Individuals bearing a sense of calling are people who want to realize themselves, get spiritual satisfaction from their work and wish to be beneficial to the society (Erhan et al. 2019; Uzunbacak et al. 2019; Dik & Duffy, 2009). In summary, sense of calling is the love that people bear for their work, aiming to serve humanity with all their self-sacrifice among their primary goals, as well as thinking about their financial gains in the work they are engaged with (Erhan et al. 2019).

It is stated that when individuals have a sense of calling, their job satisfaction increases (Kasap & Büyüksalvarcı, 2021; Duffy et al., 2017), their motivation and individual performance increase, their job attitudes are positively affected, they feel powerful, they do useful things for both the individual(s) and the society. It is also emphasized that they experience situations such as burnout and unhappiness less frequently. As in every profession, the

concept of sense of calling is of great importance for nursing, which is quite a difficult and demanding profession. Having a sense of calling especially on part of pediatric nurses working with a sensitive population such as children, will increase their commitment to their profession, enable them to cope better with adverse conditions and increase their professional quality. The fact that nursing is a profession based on spirituality shows how an important role the sense of feeling plays in this profession.

The concept of creativity, on the other hand, is defined as the tendency to create something and the ability "to think rationally", which is recognized as an inherent part of each person. Creativity is the new thoughts and skills that a person reveals as a result of discovery, apart from traditional thoughts and practices (Denat & Memiş, 2006). Creativity is inherent in the nursing profession. Nursing is an important profession in which appropriate interventions are made by integrating science and art, services are provided to people, problems are experienced frequently, numerous threats are available and innovations are needed. Creativity ensures that the knowledge obtained with science in the nursing profession can be combined with art. It is necessary for nurses to make rational decisions regarding the problems encountered and new situations that arise, to act flexibly, to think critically, to cope with problems by finding fast and appropriate solutions and to adapt. Therefore, there is a need for creative people grounded on love for humanity in this profession. It is of utmost importance to have creative traits due to the nature of professionalism in nursing (Tiryaki-Şen et al., 2013). As a matter of fact, the Classification of Nursing Interventions (NIC) includes creative initiatives such as art and music therapies and animal-assisted therapies (Çam et al., 2014).

As creativity is important in all nursing branches, it is especially important for pediatric nurses working with a sensitive population. Because children have different developmental characteristics than adults and it is absolutely necessary to use the artistic aspect of nursing. Therefore, it is essential for nurses to have creative personality traits in order to achieve these artistic initiatives. The use of creativity and art in pediatric nursing contributes to child health in a positive

manner (Teksöz & Ocakçı, 2014). In a study which is previously conducted, creative initiatives such as using the colors when designing pediatric outpatient clinics according to the children's choices and drawing animal and cartoon characters on the walls are suggested (Yıldırım & Muslu, 2006). In this direction, it is necessary to include creative and artistic practices in order for the nurses working in this field to meet the needs of the child, while having fun at the same time, and the use of creativity should be widespread. It is also stated that individuals who use creativity in their work get more satisfaction from their work and cope with problems more easily (Çam et al. 2014).

In light of all this information, the aim of this study is to evaluate the sense of calling and creative personality traits of pediatric nurses. Moreover, it examines the impact of nurses' sense of calling on their creative personality traits and the relationship between sense of calling and creative personality traits. When we review the literature, the fact that there are no studies available that have evaluated the concept of sense of calling and creative personality traits, the impacts of these concepts on each other and the relationship between them constitutes the genuineness of the research. The evaluation of sense of calling and creative personality traits, which are essential concepts for pediatric nursing, reveals the importance of the research.

METHOD

Research Type

The research was conducted cross-sectional type between January and May 2021 in order to evaluate the sense of calling and creative personality traits of pediatric nurses.

Research Population and Sample

The study population of the research consisted of 120 pediatric nurses working in two separate training and research hospitals and a state hospital in Trabzon. The sample of the study included 96 nurses who voluntarily agreed to participate in the study and worked as pediatric nurses for at least 1 year. In this direction, 80% of the study population has been reached. The power of the sample was calculated using the G-Power 3.1.9.4 program. Accordingly, as a result of post-hoc

correlation power analysis, the power of the sample was calculated as 0.86, with an $\alpha=0.05$ and effect size= 0.28.

Hypotheses of the Study: In the study, two hypotheses were formed regarding the effects of the presence of calling and the sub-dimensions of search for calling on creative personality traits, and a research model was accordingly established (Figure 1).

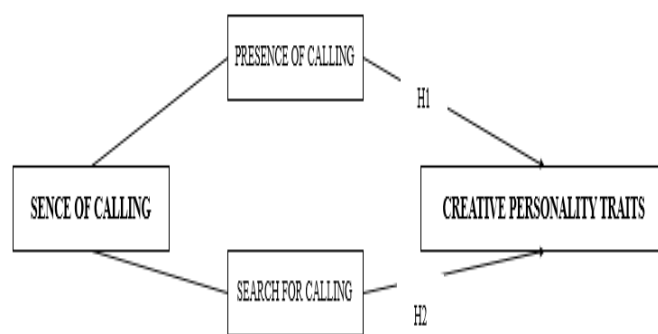


Figure 1. Research model

H₁: The presence of calling of nurses has a positive impact on their creative personality traits.

H₂: The nurses' search for calling has a positive impact on their creative personality traits.

Data collection: In the research, the online survey method created in google form was used as the data collection method. Surveys were distributed to two separate training and research hospitals and a state hospital and collected during a 3-month period (February through April) with the assistance of head nurse of on data collection. After obtaining permissions for the study, the head nurses of all three hospitals were interviewed. The head nurses shared the questionnaire with the whatsapp groups of pediatric nurses. In addition to this, they were asked to make a reminder for the questionnaire in the clinics they went to visit by interviewing the supervisor nurses. In addition, hospitals were visited once a week by a researcher to check whether the nurses received the questionnaire and were reminded to complete the questionnaire. Data were collected with "Information Form", "Calling and Vocation Questionnaire" and "Creative Personality Trait Scale". The average time to fill out the questionnaire was between 6-10 minutes.

“Descriptive Information Form”: The descriptive information form created by the researchers consisted of nine questions regarding age, gender, marital status, educational background, clinic worked in, working hours/work shift as a pediatric nurse, state of choosing the profession with pleasure, state of being satisfied with working conditions and enjoying to work with children.

“Calling and Vocation Questionnaire (CVQ)”: The "Calling and Vocation Questionnaire" (CVQ) was developed by Dik et al. (2012) and its Turkish validity and reliability study was completed by Erhan et al. (2019) Which was used to measure the sense of calling of pediatric nurses. The scale consists of 21 items and it is a 4-point Likert scale and is scored as 1: absolutely not true, 2: partially true, 3: mostly true, 4: absolutely true. Moreover, the scale has two sub-dimensions, namely “the presence of calling” and “the search for calling”. While the presence of calling indicates those who believe that they have chosen the right profession and those who are passionate about their profession; those who bear the search for calling are still on a quest and have not yet determined the sense of calling. The mean score of the scale ranges from 1 to 4, and the increase in the mean score obtained from each dimension of the scale indicates that the level of sense of calling also increases. According to the original scale, the Cronbach's alpha coefficient for the presence of calling is 0.89, and the Cronbach's alpha coefficient for the search for calling is 0.87 (Dik et al., 2019). In our study, Cronbach's Alpha coefficient was found to be 0.87 for both sub-dimensions of the scale.

“Creative Personality Traits Scale” (CPTS): The scale was developed by Şahin and Danişman (2017). The scale is divided into 4 sub-dimensions as task orientation (5 items), internal motivation (5 items), self-confidence (3 items) and risk taking (4 items) and consists of a total of 17 items. The scale is a 5-point Likert type and is scored as 1: Strongly Disagree, 2- Disagree, 3- Undecided, 4- Agree, and 5- Strongly Agree. As the score obtained from the scale increases, it means that the creative personality trait increases. The Cronbach's alpha value of the original scale was 0.67 (Şahin & Danişman, 2017). In our study, Cronbach's Alpha of the scale was found to be 0.76.

Ethical approval: In order to carry out the research, from Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Scientific Research Ethics Committee approval dated 10.02.2021 and protocol number 2020/215 was obtained from the relevant ethics committee. Institutional permissions dated 25.12.2020 and numbered E-55568733-604.01.02, 63582098,-299-E70, E-23618724-771 were obtained from the institutions where the research was conducted. Voluntary consent of the participants was added to the beginning of the online questionnaire created for the data collection tool. First of all, an explanation text about the study was added to the beginning of the questionnaire and the participants were asked to mark whether they participated in the study voluntarily or not.

Data analysis: In our study, where skewness/kurtosis values between +1/-1 were accepted as normal distribution in the evaluation of the data, the data demonstrated normal distribution. Pearson correlation analysis and linear multiple regression analysis were performed in the study. “Independent Samples T-Test” was used for comparisons of two independent groups and “ANOVA” test was used for comparisons of three independent groups. Bonferroni test was performed for pairwise group comparisons after Anova. The criterion of $p < 0.05$ was taken into account to determine the significant difference. The effect size were calculated by Partial Eta Squared on SPSS and they were defined as small ($\eta^2 < 0.06$), medium ($\eta^2 = 0.06-0.14$) and large ($\eta^2 > 0.14$) (Pallant, 2017). Furthermore, descriptive statistics such as percentage, frequency, mean and standard deviation were also included.

RESULTS

According to Table 1, 94.8% of the pediatric nurses participating in the study were women, 65.6% were married, 83.3% had a bachelor's degree, 61.4% were within the age range 25-35 and 4.2% were 46 years old and above. 37.5% of the nurses work in neonatal intensive care unit, 13.5% of the nurses work in the pediatric service (general), 9.4% of the nurses work in infant service, 8.3% of the nurses work in pediatric infection service, 8.3% of the nurses work in the pediatric intensive care unit, 6.3% of the nurses work in hematology-oncology service, 6.3% of the nurses work in pediatric surgery service, 5.2% of the nurses work in

adolescent service and 5.2% work in pediatric emergency service. 40.6% of pediatric nurses have been working as pediatric nurses for 6-10 years, 52.1% chose the profession partly voluntarily, and 89.6% stated that they love children.

Table 1. Distribution of the socio-demographic characteristics of pediatric nurses

Characteristics	n	%
Gender		
Women	91	94.8
Men	5	5.2
Marital status		
Married	63	65.6
Single	33	34.4
Educational Status		
Bachelor's degree	80	83.3
Master's or doctorate	16	16.7
Age Group		
25-35	59	61.4
36-45	33	34.4
46 and over	4	4.2
Pediatric service where nurses work		
Neonatal intensive care unit	36	37.5
Pediatric service (general)	13	13.5
Infant service	9	9.4
Pediatric infection service	8	8.3
Pediatric intensive care unit	8	8.3
Hematology-oncology service	6	6.3
Pediatric surgery service	6	6.3
Adolescent service	5	5.2
Pediatric emergency service	5	5.2
Working time as a pediatric nurse (year)		
1-5	21	21.9
6-10	39	40.6
11-20	32	33.3
21-26	4	4.2
Status of Willingly Selecting the Profession		
Yes	35	36.5
Partially	50	52.1
Satisfaction with working conditions		
Yes	-	-
Partially	69	71.9
No	27	28.1
The state of loving children		
Yes	86	89.6
Partially	10	10.4
Total	96	100.0

According to Table 2, the mean score of the presence of calling of pediatric nurses is 2.71 ± 0.63 , the mean score of search for calling is 2.45 ± 0.74 , the mean score of creative personality trait is 3.88 ± 0.56 , the mean score of task orientation sub-dimension 4.03 ± 0.70 , the mean score of

internal motivation sub-dimension is 3.79 ± 1.05 , the mean score of the self-confidence subscale is 3.66 ± 1.21 , and the mean score of the risk-taking subscale was 3.44 ± 1.04 .

Table 2. Distribution of the mean and standard deviation values for the presence of calling, search for calling, CPTS and sub-dimensions of pediatric nurses.

	Mean	Sd.
Presence of calling	2.71	0.63
Search for calling	2.45	0.74
CPTS	3.88	0.56
Task oriented	4.03	0.70
Internal motivation	3.79	1.05
Self-confidence	3.66	1.21
Risk-taking.	3.44	1.04

CPTS: Creative Personality Traits Scale

According to Table 3, a statistically significant, positive and strong relationship was determined between the presence of calling of pediatric nurses and their creative personality traits ($r=0.655$; $p<0.001$). There was no statistically significant relationship between nurses' presence of calling and task orientation sub-dimension ($r=0.016$; $p=0.874$). A statistically significant positive and strong correlation was determined between nurses' presence of calling and internal motivation sub-dimension ($r=0.761$; $p<0.001$).

A statistically significant positive and strong correlation was determined between nurses' presence of calling and self-confidence sub-dimension ($r=0.679$; $p<0.001$). A statistically significant positive and moderate correlation was determined between nurses' presence of calling and risk taking sub-dimension ($r=0.595$; $p<0.001$).

According to Table 3, a statistically significant positive and moderate correlation was determined between nurses' search for calling and creative personality traits ($r=0.500$; $p<0.001$). No statistically significant relationship was determined between nurses' search for calling and task orientation sub-dimension ($r=-0.160$; $p=0.120$). A statistically significant positive and moderate correlation was determined between nurses' search for calling and internal motivation sub-dimension ($r=0.457$; $p<0.001$). A statistically significant positive moderate correlation was determined between nurses' search for calling and self-confidence sub-dimension ($r=0.361$; $p<0.001$). A statistically significant positive and moderate correlation was determined between nurses' search

for calling and the risk-taking sub-dimension ($r=0.363$; $p<0.001$).

According to the Bonferroni test results performed after ANOVA, it was determined that the significant differences in

Table 3. Relationship between the presence of calling and search for calling of pediatric nurses and the creative personality traits scale and its sub-dimensions

		Task oriented	Internal motivation	Self-confidence	Risk-taking	CPTS Total Score
Presence of Calling	r	0.016	0.761	0.679	0.595	0.655
	P	0.874	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Search for Calling	r	-0.160	0.457	0.361	0.363	0.500
	P	0.120	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

According to Table 4, when the significance level corresponding to the F value is considered, it is seen that the model established is statistically significant ($F=43.14$; $p=0.000$). The presence of calling and the search for calling of nurses explain 47% of their creative personality traits.

both sub-dimensions resulted between the 6-10 years and 11-20 years groups. The score of the nurses working in pediatric clinics for between 6-10 years was determined higher than the nurses working for between 11-20 years (Table 5). While a significant difference was determined between the mean scores

Table 4. The effect of the presence of calling and the search for calling of pediatric nurses incidental to their creative personality traits

*Dependent Variable	**Independent variables	β	Standard error	Beta	t	p	VIF	F	Model (p)	R2	Durbin Watson
CPTS	Constant	2.09	0.19	-	10.61	0.000	-	43.14	0.000	0.47	1.73
	Presence of Calling	0.48	0.07	0.53	6.44	0.00	1.25				
	Search for calling	0.19	0.06	0.25	3.06	0.00	1.25				

*Dependent variable: CPTS; ** Independent variables: Presence of Calling, Search for Calling

According to Table 5, a statistically significant difference with a large effect was determined between the mean scores of the presence of calling ($t=-5.272$; $p<0.001$; $\eta^2=0.22$), internal motivation ($t=-4.426$; $p<0.001$; $\eta^2=0.17$) and total creativity of pediatric nurses according to their educational status ($t=-4.059$; $p<0.001$; $\eta^2=0.14$) however a statistically significant difference with medium effect was found between self-confidence ($t=-3.101$; $p=0.003$; $\eta^2=0.09$) and risk taking mean scores ($t=-2.834$; $p=0.006$; $\eta^2=0.07$). In all groups, the mean scores of the nurses with a Master's or doctorate were higher than those of the nurses with a Bachelor's degree (Table 5). A statistically significant difference was determined between the mean score of task orientation according to the state of loving children ($t=6.088$; $p=0.003$; $\eta^2=0.28$); a significant difference with a small effect was determined between the mean self-confidence score ($t=3.629$; $p=0.030$; $\eta^2=0.12$). It was determined that nurses who loving children have high scores in both sub-dimensions. There was a significant difference between the mean score of internal motivation ($F=4.357$; $p=0.006$; $\eta^2=0.37$) according to working time as a pediatric nurse, with a large effect.

of the presence of calling ($F=11.771$; $p=0.002$; $\eta^2=0.20$) and self-confidence ($F=19.887$; $p<0.001$; $\eta^2=0.29$) according to the nurses' willingness to choose the profession, risk taking ($F=5.215$; $p=0.007$; $\eta^2=0.10$) mean scores were found to be significantly different with a moderate effect. According to the results of the Bonferroni test performed after ANOVA, it was determined that the significant differences were caused by those who chose their profession fondly and nurses who did not choose their profession fondly. The scores of the nurses who chose their professions fondly were determined to be higher (Table 5). According to our study, no statistically significant difference was determined between the presence of calling, the search for calling, the creative personality trait scale and sub-dimensions of pediatric nurses according to gender, Marital status, age range, satisfaction with conditions and the clinic they worked in ($p>0.05$).

Table 5. Comparison of the presence of calling, the search for calling, the CPTS and sub-dimension scores of pediatric nurses according to their sociodemographic characteristics

Characteristics	Presence of Calling Mean±Sd	Search for Calling Mean±Sd	Task oriented Mean±Sd	Internal motivation Mean±Sd	Self-confidence Mean±Sd	Risk- taking Mean±Sd	CPTS Mean±Sd
Gender							
Women	2.73±0.63	2.43±0.76	4.04±0.71	3.8±1.06	3.71±1.19	3.46±1.05	3.90±.56
Men	2.45±0.44	2.8±0.42	3.80±0.83	3.3±0.75	2.73±1.23	2.95±.75	3.5±.39
t; p	0.956; 0.241	-1.050; 0.121	0.765; 0.548	0.950; 0.251	1.784; 0.078	1.076; 0.208	1.462; 0.147
Marital status							
Married	2.77±0.60	2.53±0.74	3.99±0.73	3.93±1.05	3.78±1.18	3.53±1.03	3.91±0.55
Single	2.60±0.66	2.31±0.74	4.12±0.64	3.54±1.02	3.43±1.25	3.26±1.06	3.84±0.58
t; p	1.282; 0.203	1.379; 0.172	-0.861; 0.391	1.710; 0.088	1.384; 0.179	1.187; 0.244	0.574; 0.567
Educational Status							
Bachelor's degree	2.58±0.57	2.40±0.72	3.99±0.70	3.60±1.04	3.50±1.23	3.30±1.04	3.79±0.55
Master's or doctorate	3.38±0.43	2.73±0.81	4.26±0.67	4.77±0.31	4.48±0.67	4.09±0.83	4.37±0.30
t; p	-5.272; <0.001	-1.612; 0.102	-1.418; 0.156	-4.426; <0.001	-3.101; 0.003	-2.834; 0.006	-4.059; <0.001
η ²	0.22	-	-	0.17	0.09	0.07	0.14
Age Group							
25-35	2.79±0.58	2.55±0.70	4.10±0.67	3.86±0.94	3.78±1.06	3.61±0.90	3.96±0.07
36-45	2.56±0.67	2.24±0.78	3.94±0.71	3.69±1.17	3.46±1.37	3.19±0.11	3.75±0.10
46 and over	2.79±0.78	2.70±0.87	3.80±1.09	3.65±1.76	3.50±1.91	1.20±0.21	3.88±0.32
F; p	1.425; 0.246	2.122; 0.126	0.747; 0.476	0.301; 0.740	0.782; 0.461	2.180; 0.119	1.532; 0.221
Satisfaction with working conditions							
Partially	2.77±0.64	2.48±0.76	4.04±0.64	3.82±1.05	3.77±1.14	3.46±1.08	3.86±0.57
No	2.56±0.56	2.37±0.72	4.00±0.85	3.73±1.08	3.40±1.36	3.37±0.96	3.95±0.53
t; p	2.291; 0.133	0.460; 0.499	0.059; 0.809	0.139; 0.710	1.804; 0.183	0.165; 0.685	0.484; 0.488
The state of loving children							
Yes	2.75±0.64	2.48±0.72	4.11±0.63	3.85±1.08	3.75±1.19	3.40±1.05	3.92±0.56
Partially	2.42±0.35	2.33±0.93	3.31±1.00	3.33±0.66	3.14±1.09	3.86±0.91	3.66±0.50
t; p	2.007; 0.140	1.607; 0.206	6.088; 0.003	1.467; 0.236	3.629; 0.030	0.995; 0.374	2.562; 0.083
η ²	-	-	0.28	-	0.12	-	-

*Bonferroni Test after ANOVA

Table 5. Comparison of the presence of calling, the search for calling, the CPTS and sub-dimension scores of pediatric nurses according to their sociodemographic characteristics continue

Characteristics	Presence of Calling Mean±Sd	Search for Calling Mean±Sd	Task oriented Mean±Sd	Internal motivation Mean±Sd	Self-confidence Mean±Sd	Risk-taking Mean±Sd	CPTS Mean±Sd
Working time as a pediatric nurse (year)							
1-5 ¹	2.87±0.68	2.67±0.58	3.93±0.73	3.86±0.88	3.84±1.10	3.54±1.08	3.86±0.48
6-10 ²	2.83±0.62	2.55±0.72	4.11±0.60	4.16±0.88	3.97±0.91	3.71±0.88	4.08±0.54
11-20 ³	2.47±0.55	2.23±0.75	4.03±0.81	3.30±1.21	3.19±1.49	2.96±1.11	3.69±0.57
21-26 ⁴	2.70±0.51	2.12±1.33	3.75±0.68	3.75±0.86	3.50±1.00	3.93±0.65	3.66±0.63
F; p	2.645; 0.054	2.091; 0.101	0.535; 0.660	4.357; 0.006	2.746; 0.057	3.749; 0.114	3.248; 0.125
η ²	-	--	-	0.37	-	-	-
*				2>3 *p=0.003			
Status of Willingly Selecting the Profession							
Yes ¹	2.96±0.53	2.65±0.58	4.03±0.62	4.27±0.79	4.23±0.77	3.52±1.05	3.94±0.44
Partially ²	2.70±0.62	2.43±0.81	4.03±0.74	3.76±0.96	3.63±1.10	3.58±0.97	3.89±0.59
No ³	2.00±0.31	1.95±0.70	4.05±0.82	2.43±1.02	2.00±1.32	2.52±0.97	3.66±0.74
F; p	11.771; 0.002	3.942; 0.123	2.003; 0.991	16.95; 1.001	19.887; <0.001	5.215; 0.007	1.073; 0.346
η ²	0.20	0.07	-	--	0.29	0.10	-
*	1>3 *p=0.002	1>3 *p=0.001			1>3 *p=0.001	1>3 *p=0.001	
Pediatric service where nurses work							
Infant service	2.77±1.01	2.45±0.75	3.60±0.55	3.42±1.43	3.11±1.76	3.50±1.34	3.94±0.90
Adolescent service	2.65±0.87	2.36±1.07	4.20±1.23	3.24±1.45	3.00±1.41	2.75±1.46	3.70±0.83
Pediatric surgery service	2.60±0.29	2.56±0.71	3.40±1.28	4.00±0.67	3.86±0.55	3.65±0.78	3.95±0.28
Hematology-oncology service	2.92±0.70	2.96±0.54	3.26±0.81	3.96±0.67	3.63±1.13	3.45±0.95	3.88±0.67
Pediatric infection service	2.93±0.69	2.20± 1.08	4.35±0.57	4.00±0.84	4.54±0.50	3.93±0.51	4.25±0.55
Pediatric surgery service	2.66±0.55	2.46±0.59	4.30±0.46	3.80±1.09	3.61±1.58	3.29±1.11	4.02±0.23
Neonatal intensive care unit	2.78±0.56	2.65±0.66	4.31±0.40	3.90±1.10	3.73±1.14	3.47±1.10	3.84±0.52
Pediatric intensive care unit	2.67±0.38	2.32±0.55	3.90±0.68	3.90±0.41	3.96±0.90	3.28±0.33	3.86±0.51
Pediatric service (general)	2.38±0.58	1.90±0.66	3.87±0.61	3.64±1.22	3.35±1.29	3.32±1.20	3.73±0.49
F; p	0.730; 0.661	1.865; 0.076	3.628; 0.101	0.457; 0.883	1.155; 0.335	0.568; 0.802	0.674; 0.713

*Bonferroni Test after ANOVA

DISCUSSION

In this study, the nurses' presence of calling and search for calling scores were at a good level. Moreover, the mean score for the presence of calling of nurses was higher than the mean corresponding to search for calling. These findings show that pediatric nurses provide service holding a significant sense of calling. According to the study conducted by Uzunbacak et al. (2019) with nurses, it was determined that the presence of calling has a positive and significant relationship with happiness and the meaning of work.

According to our study, it was determined that the creative personality traits of pediatric nurses were at a good level. The aim of pediatric nursing is to provide a holistic health service to the child and her/his family within the scope of family-centered care. While providing care to children, the pediatric nurse should know that the child has different physical, physiological and psychological characteristics compared with the adults, that the perception process is not yet fully developed, and that the perception of the disease and the reaction to the disease show individual differences according to age and developmental characteristics. As a response to all these factors, the nurse should include creative activities (such as play, painting, music, song, dance) while creating the care plan. When explaining an action to children, providing care, etc. in such cases, it is important for the nurse to use her/his creative personality to act considering the level that the child can understand. Meeting the child's need for play, performing the operations with play or post-procedure play activities allow the child's trauma to be resolved. Therefore, pediatric nurses are expected to make initiatives with a creative personality trait.

In our study, a statistically significant positive and strong relationship was determined between the presence of calling of pediatric nurses and the total creative personality trait, internal motivation, self-confidence and risk taking sub-dimension, while there was a statistically significant positive relationship and a moderate correlation was determined between the presence of calling and the creative personality trait risk-taking sub-dimension. There was no statistically significant relationship between nurses' presence of calling and

task orientation sub-dimension. A statistically significant positive and moderate correlation was determined between nurses' search for calling and creative personality traits, internal motivation, self-confidence and risk taking sub-dimensions. No statistically significant relationship was determined between nurses' search for calling and task orientation sub-dimension. In line with these findings, it is seen that the presence of calling of pediatric nurses is in a stronger relationship with creative personality traits than the search for calling. A nurse who has the presence of calling uses creative personality traits more intensely in her/his profession. Creative personality traits include a higher level of internal motivation, more profound self-confidence, and bolder risk-taking. Therefore, it is thought that a pediatric nurse, who acts with a sense of calling will act equipped with more creative personality traits while providing health services to children, since she/he is deeply committed to her/his profession.

According to the findings of our research, The presence of calling and the search for calling positively and significantly affect the creative personality trait. Of these two variables, the presence of calling has a greater effect. In line with these findings, it is seen that nurses' sense of calling is an important predictor of creative personality traits. It is seen that about half of the creative personality traits are influenced by the sense of calling. Pediatric nurses have a sense of calling, and their creative personality traits are positively affected. This situation suggests that individuals with a sense of calling have more creative personality traits because they care more about their profession, serve artistically and spiritually without expecting any reward and they are endowed with profound feelings.

In our study, according to the educational status of pediatric nurses; a statistically significant difference was found between the presence of calling, internal motivation, total creativity, self-confidence and risk taking scores. In all groups, the scores of the nurses with a Master's or doctorate were higher than those of the nurses with a Bachelor's degree. This situation reveals the importance of education level in terms of both the presence of calling and creative personality traits.

According to our study, in which a statistically significant difference was determined in terms of internal

motivation between pediatric nurses who served for between 6-10 years and 11-20 years, according to the working hours/work shift as a pediatric nurse, the score of the nurses working in pediatric clinics for between 6-10 years was found to be higher than the nurses working for between 11-20 years. This finding suggests that as the duration of work in the profession increases, intrernal motivation, which is a sub-dimension of individual creativity, decreases. Our findings show that nurses who choose the profession fondly have a higher sense of calling, and that self-confidence and risk-taking, which are part of creative personality traits, increase. Therefore, it is thought that choosing the profession willingly is effective on the formation of the sense of calling and the development of creative personality in pediatric nurses.

Limitations

The limitations of the study were that the study could only be carried out with voluntary participants and generalized only to the determined population.

CONCLUSION

In our study, it was determined that the mean score of the presence of calling and the search for calling of pediatric nurses were at a good level. However, the mean score for the presence of calling of the nurses was found to be higher than the mean for search for calling. It was determined that the total score average of the creative personality traits, the task orientation, internal motivation, self-confidence and risk taking sub-dimension score averages were also at a good level.

It was determined that there was a strong positive relationship between the mean score of the presence of calling of pediatric nurses and total creative personality trait, task orientation, internal motivation and self-confidence, and there was a moderately positive relationship between the mean score of risk taking. It was determined that there was a positive moderate relationship between the mean scores of search for calling and the mean scores of total creative personality traits, task orientation, internal motivation, self-confidence and risk taking. However, no relationship was found between the presence of calling and the search for calling sub-dimensions and the mean score of the goal orientation sub-dimension. It was determined that the presence of calling and the search for

calling were important predictors of creative personality traits. In particular, it was determined that the presence of calling effects the creative personality traits more.

According to our research, which shows that working with a sense of calling increases the creative personality, it is necessary to increase the level of sense of calling on part of nurses by taking the necessary initiatives by taking into account the variables that affect the sense of calling. In this respect, first of all, when determining the clinic where nurses will work, their interests, skills and knowledge in pediatric nursing should be taken into consideration. Nurses who want to work in the pediatric population should be given priority to work in pediatric clinics. It should be ensured that nurses who improve themselves after undergraduate studies and who have master's or doctorate degrees in pediatric nursing are assigned to pediatric clinics. Furthermore, encouraging a nurse working in the pediatric nursing clinic to do a master's degree or doctorate may contribute to the increase in the sense of calling of pediatric nurses. For future research, it may be recommended to carry out comprehensive interventional studies to increase the sense of calling of pediatric nurses.

REFERENCES

1. Çam, O. & Öztürk-Turgut, E. Büyükbayram A. (2014). Resiliency and creativity in psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 160-163.
2. Denat-Tulum, Y. & Memiş, S. (2006). Developing creativity in nursing education. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(1), 245-252.
3. Dik, B. J. & Duffy, R. D. (2009). Calling and vocation at work: definitions and prospects for research and practice. *The Counseling Psychologist*, 37(3), 424-450.
4. Dik, B. J., Eldridge, B. M., Steger, M. F., & Duffy, R. D. (2012). Development and validation of the Calling and Vocation Questionnaire (CVQ) and Brief Calling Scale (BCS) [Special Issue]. *Journal of Career Assessment*, 20(3), 242-263.
5. Duffy, R. D., England, J. W., Douglass, R. P., Autin, K. L., & Allan, B. A. (2017). Perceiving a calling and well-being: motivation and access to opportunity as moderators. *Journal of Vocational Behavior* 98 (February), 127-137.
6. Erhan, T., Akcakanat, T., Uzunbacak, H. H. & Yıldırım, A. (2019). The study of validity and reliability of calling scale in Turkish. *International Journal Of Economics And Administrative Sciences*, 5(1), 171- 188.
7. Hagmaier, T., & Abele, A. E. (2012). The multidimensionality of calling: conceptualization, measurement and a bicultural Perspective. *Journal of Vocational Behavior*, 81(1), 39-51.
8. Kasap, M. & Büyükaşalvarcı, A. (2021). Evaluation of calling and job satisfaction of hotel employees. *International Social Sciences Studies Journal* 7(77), 459-468.

9. Lee, A., Chen, I. & Chang, P. (2018). Sense of calling in the workplace: The moderating effect of supportive organizational climate in Taiwanese organizations. *Journal of Management & Organization*, 24(1), 129-144.
10. Pallant, J. (2017). *SPSS User manual Step by step data analysis with SPSS*. (translate: Sibel Balcı and Berat Ahi). Anı publishing, 2nd Edition, Ankara.
11. Steger, M. F., Dık, B. J. & Duffy, R. D. (2012). Measuring meaningful work: the work and meaning inventory. *Journal of Career Assessment*, 20(3): 322- 337.
12. Şahin, F. & Danışman, Ş. (2017). Yaratıcı kişilik özellikleri ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 747-760.
13. Teksöz, E. & Ocağcı, AF. (2014). The Practice of art in pediatric nursing. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 119-123.
14. Tiryaki-Şen, H., Taşkın-Yılmaz, F. & Pashı-Gürdoğan, E. (2013). Creativity in nursing. *Akademik Bakış Dergisi*, 38, 1-8.
15. Uzunbacak, H. H., Akcakanat, T. & Erhan, T. (2019). The relationship between calling and happiness: the role of work meaning. *Eurasia International Research Journal*, 7(19), 294 – 317.
16. Yıldırım, K. & Muslu, M. (2006). Poliklinik bekleme alanlarında çevresel faktörlerin kullanıcıların fonksiyonel ve algı-davranışsal performansına etkisi: Gazi Hastanesi Çocuk Polikliniği. *Politeknik Dergisi*, 9(1), 39-52.



Orijinal Araştırma

Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Covid-19 Kliniklerinde Çalışmaya İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma

Opinions of The Senior Nursing Students About Working at A COVID-19 Clinic After Graduation: A Qualitative Study

İlknur TURA ^{ID}*,^a, Sevilay ERDEN ^{ID}^b,^a Arş. Gör. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, ADANA, TÜRKİYE^b Doç Dr. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, ADANA, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik son sınıf öğrencilerinin, mezuniyet sonrası koronavirus (COVID-19) kliniklerinde çalışmaya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Method: Çalışmada nitel araştırma modeli kapsamında fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırmaya 10 hemşirelik son sınıf öğrencisi katılmıştır. Verilerin birbirini tekrarlamaya başlaması üzerine veri toplama süreci durdurulmuştur. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %20'sinin kendisi ve %40'nın aile üyelerinden biri COVID-19 geçirmiş olup, tamamı COVID-19 aşısı olmuştur. Koronavirus geçiren öğrencilerin tamamında ağrı, ateş ve öksürük belirtileri görülürken, aşı olan öğrencilerde de benzer şikâyetler görülmüştür. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'na göre yapılan analizler sonucunda elde edilen kategoriler; COVID-19 tanısı algısı, COVID-19 tanılı hastalara ilişkin görüşler, COVID-19 tanılı hastalara bakım veren hemşirelere ilişkin görüşler ve COVID-19 kliniklerinde çalışmaya ilişkin görüşler yer almaktadır.

Sonuç: COVID-19, yüksek bulaş riskine sahip olduğu için öğrencilerin bir kısmında korkuya/anksiyeteye sebep olmuştur. Ayrıca öğrenciler kendilerine veya ailesine zarar gelebileceğinden endişe ettikleri için COVID-19 kliniklerinde çalışmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan öğrencilerin neredeyse yarısı pandemi döneminde hemşirelik mesleğinin özverili ve yoğun olarak icra edilmesi sebebiyle doyum veren ve sorumluluk gerektiren profesyonel bir meslek olarak görmüşlerdir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19; Hemşirelik Öğrencileri; Nitel; Pandemi

ABSTRACT

Background: This study was conducted to determine the views of nursing senior students about working in COVID-19 clinics after graduation.

Method: In the study, phenomenology design was used within the scope of qualitative research model. Ten senior nursing students participated in the study. The data collection process was stopped when the data started to repeat each other. The data of the study were collected with the Personal Information Form and Semi-Structured Interview Form developed by the researchers.

Results: 20% of the students themselves and 40% of their family members had COVID-19, and all of them were vaccinated against COVID-19. While all of the students who had coronavirus had symptoms of pain, fever and cough, similar complaints were seen in the students who were vaccinated. The categories obtained as a result of the analyzes made according to the Semi-Structured Interview Form; The perception of the diagnosis of COVID-19, opinions on patients with COVID-19, opinions on nurses caring for patients with COVID-19, and opinions on working in COVID-19 clinics are included.

Conclusions: COVID-19 has caused fear/anxiety in some of the students as it has a high risk of transmission. In addition, students stated that they could not work in COVID-19 clinics because they were worried that they or their families might be harmed. In addition, almost half of the students who participated in the study saw the nursing profession as a professional profession that gives satisfaction and requires responsibility due to the self-sacrificing and intense performance of the nursing profession during the pandemic period.

Keywords: COVID-19; Nursing Students; Qualitative; Pandemic

☆ Bu çalışma daha önce yayınlanmamış ve herhangi bir dergiye eş zamanlı olarak değerlendirilmek üzere sunulmamıştır

*Sorumlu Yazar: İlknur TURA

Adres: Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ADANA, TÜRKİYE

e-posta: ilknurtura@gmail.com

Geliş tarihi: 18 Mayıs 2022

Kabul tarihi: 16 Kasım 2022

GİRİŞ

Bulaşıcılığı çok yüksek bir hastalık olan Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), küresel bir salgın olarak tehlike yaratmaya devam etmektedir (World Health Organization [WHO], 2022). Salgının kontrol edilememesi, morbidite ve mortalite riskinin yüksek olması gibi nedenler bireyleri bilinmezlik korkusuna yöneltmektedir (Keskin ve Derya, 2020; Lee, Park, and Shin, 2021; Taş ve Dalcalı, 2021). Bu durumdan en çok etkilenen gruplardan biri de hastanelerde uygulamalı eğitim almak zorunda olan hemşirelik öğrencileridir. Hemşirelik mesleği, hastane ortamında hastaya dokunarak, hastalarla ve çalışanlarla etkileşim kurarak ve uygulayarak bireye öğrenme becerisi kazandırdığı için uzaktan eğitime uygun değildir (Nehir ve Tavşanlı, 2021; Okuyan, Karasu ve Polat, 2020). Hastanede uygulama eğitimi alamayan öğrenciler için hazır olmadıkları bilinmez bir ortamda bulunmak onlarda endişe yaratmıştır. (Çetin ve Anuk, 2020; Okuyan, Karasu ve Polat, 2020). Ek olarak Mart 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında derslerin online olması ve COVID-19'un tedavisindeki belirsizliğin, bulaştırıcılığın, tanı ve tedavinin tam ve net olarak verilememesi zaten yabancı oldukları bir ortama COVID-19'un da eklenmesiyle öğrenciler için korku ve anksiyete düzeyini arttırabilmektedir (Çetin ve Anuk, 2020; Keskin ve Derya, 2020). Özellikle son sınıf hemşirelik öğrencileri, meslek hayatına kısa zamanda başlayacak olan gruplar içerisinde oldukları için onların anksiyete ve korku düzeyinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma; hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası COVID-19 kliniklerinde çalışmaya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Ayrıca salgın sürecinde, son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleğe başlamaya yönelik görüşlerini değerlendiren herhangi bir araştırmanın olmaması çalışmanın özgün yönünü belirlemektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Çalışmada nitel araştırma modeli kapsamında fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Fenomenolojik araştırmalarda amaç, bireylerin belli bir olguya yönelik algılarını, yaşantılarını ve olguya yüklenen anlamları ortaya çıkarmaktır (Creswell, 2007).

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2020-2021 eğitim-öğretim yılında, bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde eğitim alan 1000 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Ölçüt belirleme durum örnekleme kullanılarak, son bir yıldır uygulama eğitimine devam edemeyen, mezun olacak son sınıf cerrahi hemşireliğinde eğitim alan 10 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu (KBF) ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (YYGF) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (KBF): Bu form öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, kendinde ve ailesinde kronik hastalık varlığı, sigara kullanma durumu) ve COVID-19 sürecine ilişkin özelliklerinin (koronavirüs geçirme ve aşı olma durumu) sorgulandığı yedi soru yer almaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (YYGF): Bu form hemşirelik son sınıf öğrencilerinin COVID-19 kliniğinde çalışmaya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla, araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Derinlemesine bireysel görüşme yapılırken bu form kullanılmıştır. Görüşme formu “giriş”, “araştırma-görüşme” ve “kapanış” bölümlerinden oluşmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Görüşme formunda yer alan sorular;

1. “COVID-19 tanısı” kavramı sizin için ne ifade ediyor?
2. “COVID-19 tanılı hastalarla ilgili düşünceleriniz nelerdir?”
3. “COVID-19 tanılı hastalara bakım veren hemşirelerle ilgili ne düşünüyorsunuz?”
4. “Mezun olduktan sonra COVID-19 kliniğinde çalışmaya ilgili ne düşünüyorsunuz?”

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, 04.10.2021-12.11.2021 tarihleri arasında, hafta içi üç gün boyunca cerrahi hastalıkları hemşireliği dersinin uygulamasında bulunan, hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yüz yüze yapılan derinlemesine görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Görüşmeler hemşire odasında yapılmış ve öğrencilere KBF ve YYGF formundaki sorular sorulmuştur. Ayrıca, öğrencilerden görüşme kayıtları için izin alınmış olup, görüşmeler o süre içerisinde yazılı metin haline getirilmiştir. Verilerin tekrarlamaya başlaması üzerine veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Verilerin toplanması ortalama 30-35 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Veriler analizinde, tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-maks) ile içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde veriler kodlanarak kategorileştirilmiş, temalar bulunmuş, veriler kodlara ve temalara göre düzenlenmiş, bulgular yorumlanmıştır. Bu çalışmada; kod, kategori ve temaların oluşturulması aşamaları izlenmiştir. Veri analizi için, önce kaydedilen görüşmeler bilgisayara aktarılmıştır. Analize geçmeden önce veriler dikkatlice tekrar okunmuş, araştırma açısından önemli veriler kodlanmış ve uygun kodlar bir araya getirilerek kategoriler belirlenmiştir. Uygun kategorilerin bir araya getirilmesiyle araştırmanın temaları oluşturulmuştur. Son olarak temalar okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenlenerek

yorumlanmıştır. Öğrencilerin COVID-19 kliniğinde çalışmaya ilişkin görüşleri dört kategori altında tema ve kodlar şeklinde belirtilmiştir. Kategori, tema ve kodlar daha anlaşılır olması açısından kategorize edilmiştir (Tablo 2). Veriler yazılırken bireylerin isimleri kullanılmamış olup analizde kolaylık sağlaması açısından görüşme yapılan her birey numaralandırılarak kodlanmıştır (Örneğin Öğrenci 1 için Ö1, Öğrenci 2 için Ö2 gibi).

Tablo 2. Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası COVID-19 Kliniğinde Çalışmaya İlişkin Görüşleri

KATEGORİLER	TEMALAR	KODLAR	Frekans	Katılımcılar	
COVID-19 Tanısı Algısı	Beklenmedik Hastalık	Ölümcül	3	Ö1, Ö2, Ö7	
		Geçici	3	Ö2, Ö4, Ö7	
		Şok	3	Ö3, Ö8, Ö10	
	Tecrit Edilme	Cezalandırılma	2	Ö5, Ö6	
		Pişmanlık	3	Ö1, Ö5, Ö6	
	Damgalanma	Değersizlik	2	Ö3, Ö10	
COVID-19 Tanılı Hastalara İlişkin Görüşler	Belirsizlik	Öfke	3	Ö5, Ö9, Ö10	
		Ölüm Korkusu	8	Ö1, Ö3, Ö4, Ö5, Ö7, Ö8, Ö9, Ö10	
	Duygular	Anksiyete	2	Ö1, Ö8	
		Umutsuzluk	4	Ö1, Ö3, Ö4, Ö5	
COVID-19 Tanılı Hastalara Bakım Veren Hemşirelere İlişkin Görüşler	Zor Bir Alan	Mutsuzluk	2	Ö3, Ö5	
		Fedakârlık gerektiren	4	Ö5, Ö6, Ö8, Ö10	
	İletişim Temelli	İş yükü fazlalığı	3	Ö1, Ö3, Ö4	
		Etkili iletişim kurma	3	Ö2, Ö3, Ö8	
	COVID-19 Kliniklerinde Çalışmaya İlişkin Görüşler	Olumlu	Hasta bilgilendirme	2	Ö2, Ö7
			Sorumluluk gerektiren	3	Ö1, Ö3, Ö4
Olumsuz		İş doyumu	3	Ö3, Ö4, Ö6	
		Özellikli birim	2	Ö2, Ö3	
		Kendisine/Ailesine bulaştan korkma	6	Ö5, Ö6, Ö7, Ö8, Ö9, Ö10	
		İletişim kuramama	2	Ö5, Ö8	

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ç.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Akademik Kurulundan (Tarih: 11.08.21/No:157778) ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Tarih:09.07.2021/No:113) etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca katılımcıların isimleri kullanılmamış olup, araştırmanın amacı konusunda bilgi verilerek “Aydınlatılmış Onam Formu” kullanılarak görüşme öncesi öğrencilerden de sözlü izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, verilerin alt problemiyle ilgili yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 23.20±3.075 olup, %80’i kadındır. Katılımcıların %90’ının kendisinde, %80’inin ise ailesinde herhangi bir kronik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %80’i kendisi, %60’sı ailesinden herhangi biri koronavirüs geçirmemiş ve tamamı COVID-19 aşısı olmuştur (Tablo 1). Koronavirüs geçiren öğrencilerin tamamında ağrı, ateş ve öksürük belirtileri görülürken, aşı olan öğrencilerde de benzer şekilde ağrı, ateş ve öksürük ve ek olarak kol ağrısı görülmüştür. Çalışma grubunun kişisel özelliklerinin yer aldığı veriler Tablo 1’de verilmiştir.

Kategori 1. COVID-19 Tanısı Algısı

Tablo 2’de hemşirelik son sınıf öğrencilerinin COVID-19 tanısına yönelik algısını içeren kategorileri, kod ve temalar yer almaktadır. Verilerin analizi sonucunda” COVID-19 Tanısı Algısı”, “COVID-19 Tanılı Hastalara İlişkin Görüşler”, “COVID-19 Tanılı Hastalara Bakım Veren

Tablo 1. Öğrencilerin Kişisel Özellikleri

Demografik Veriler	Ortalama± SS	Min- Max
Yaş	23.20±3.075	21-32
	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	8	80.0
Erkek	2	20.0
Kronik hastalık		
Var	1	10.0
Yok	9	90.0
Ailede kronik hastalık		
Var	2	20.0
Yok	8	80.0
Koronavirüs geçirme		
Evet	2	20.0
Hayır	8	80.0
Koronavirüs geçirenlerde belirtiler		
Ağrı	2	100
Ateş	2	100
Öksürük	2	100
Ailede koronavirüs geçirme		
Var	4	40
Yok	6	60
Aşı olma		
Evet	10.0	100.0
Hayır	0.0	0.0
Aşının yan etkileri		
Kol ağrısı	10	100
Bulantı-kusma	6	60
Öksürük	4	40
Ateş	4	40

Hemşirelere İlişkin Görüşler”, “COVID-19 Kliniklerinde Çalışmaya İlişkin Görüşler” kategoriler oluşturulmuştur.

Kategori 1. COVID-19 Tanısı Algısı

Beklenmedik Hastalık: Ölümcül, geçici ve şok adı altında üç alt temadan oluşmaktadır.

Ölümcül: Öğrencilerden Ö1, COVID-19’u “Dünyayı etkisi altına almış, pek çok ölümlü sonuçlanmış bir hastalık” olarak nitelendirirken, Ö7, “Beklediğimiz bir durum değildi, aniden çıktı ve herkesi etkiledi. Kimisinde ölümcül oldu kimisinde geçici olarak kaldı” olarak tanımlamıştır.

Geçici: COVID-19 tanısına yönelik bazı öğrenciler, ölümcül olarak değerlendirirken bazı öğrenciler ise geçici olduğunu da vurgulamıştır (Ö7). Ö2’ye göre, “Şimdilerde de zaten herkes atlatmıştır eskisi gibi ağır vakaları duymaz olduk. Bu nedenle gelip geçici bir şey olduğunu düşünüyorum” şeklinde dile getirmiş ve bir başka öğrenci ise “Çok fazla kişi yakalanmış olsa da çok çok fazlası da bu hastalığı atlattı. Sonuçta geçici bir durum olduğunu düşünüyorum (Ö4)” ifadesini kullanmıştır.

Şok: Beklenmeyen bir durum olan COVID-19, çoğu kişi üzerinde şok etkisi yaratmıştır. Nitekim öğrencilerin de görüşme sorularına verdiği yanıtlar içerisinde bu ifadeler yer almaktadır. Örneğin Ö3, “COVID-19’un olduğu yıl demek, benim için de şok edici 1 yıl olarak aklımda kalmıştır” ifadesine yer verirken; Ö10, “Bu virüsün zaten birden çıkması çok büyük bir şok iken, yakalansaydım benim için ikinci bir şok daha olurdu sanırım” ve Ö8, “Birden şok edici, beklenmedik durumlarla karşılaştık” ifadelerini kullanmıştır.

Tecrit Edilme: Cezalandırma ve pişmanlık adı altında iki alt temadan oluşmaktadır.

Cezalandırma: Bazı öğrencilere göre COVID-19, bireylere verilmiş bir caza olarak algılanmaktadır. Bu nedenle öğrencilerden Ö5’in ifadesinde “Artık o kadar çok acı çekiyordum ki bu benim için sanki bir cezalandırmaydı”, yer alırken; Ö6 da “Evlerimizden çıkamaz hale geldik, cezalandırıldık ama bakalım her şey düzeldiğinde herkes ders almış olacak mı?” yer almıştır.

Pişmanlık: Öğrenciler bu süreçte bu hastalığı ciddiye almadığı ya da daha önce yaşadıklarının cezalandırılması gibi düşündükleri için pişmanlık duyduklarını dile getirmişlerdir. Örneğin Ö5, “günahlarımın bedelini yaşıyordum, hayatım boyunca yaptığım kötü şeylerden pişmanlık duymuştum” derken Ö6 ise, “ama bakalım her şey düzeldiğinde herkes ders almış olacak mı? Yaptıklarından pişman olacak mı insanlar bilmiyoruz” demiştir.

Damgalanma: Değersizlik ve öfke altında 2 alt temadan oluşmaktadır.

Değersizlik: Öğrencilere göre bu hastalığın yakalandığı bireyler toplumda damgalandığını belirtmişlerdir. Örneğin bir öğrencide, “işimden olurum, beni değersiz hissettirirler, eve

kapanmak zorunda kalırım, vebalı bir hastalık almış gibi damgalanırım” (Ö3) düşüncesi mevcut iken diğer bir öğrencide ise “COVID-19 benim için aileden uzaklık, dış dünyayla irtibatı kesme, dışlanma, değersizleştirilme gibi kelimeleri anlatıyor” düşüncesi vardır. (Ö10)

Öfke: COVID-19 bireylerde stresin yanı sıra dış dünyaya ya da kendisine karşı öfkeye, kızgınlığa sebep olmaktadır. Öğrencilere göre insanların kendisine duyduğu ifadeler içerisinde “ama bir taraftan ben neden bunu yaşadım diye öfke duymaktan kendimi alamıyordum (Ö5)”, “Düşünsenize yakınlarımı görmüyor, ayrı bir odada tedavi ediliyor, bu insanlar öfke, kızgınlık yaşamaz da kim yaşar başka? (Ö10)” yer almaktadır. Ancak dışarıya karşı duyulan öfke ifadeleri de bulunmaktadır. Örneğin Ö9’a göre, “İnsanlara çok kızgınım. Dedem 65 yaş üstü bir adam hiç sokağa bile çıkmadı. Ama sorumsuzlar yüzünden evde oturduğu halde ona da bulaştı. Ayrıca dedem daha önce kanser tedavisi gördü bunun yanında çok fazla kronik hastalığı olduğu için de sonunda atlatamadı maalesef “ diyerek öfkesini dile getirmiştir.

Kategori 2. COVID-19 Tanılı Hastalara İlişkin Görüşler

Belirsizlik: Ölüm korkusu ve anksiyete olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

Ölüm Korkusu: Öğrencilere göre COVID-19’lu hastalarda ölüm korkusu sıklıkla görülebilmektedir. Öğrencilerin hastalar için belirttiği korku ifadeleri; “Hatta öyle ki çoğunda ölüm korkusu bile görüldü (Ö1)”, “Covidli hastalarla çalıştığım için onların neler hissettiklerine bizzat şahit oldum. Ciddi ölüm korkusu, ümitsizlik yaşadılar (Ö3)”, “Bu durum hem hastalarda hem de ailelerde korkuya neden oldu (Ö4)”, “Covidli hastalar yeterince anksiyete, korku ve gelecek kaygısı yaşıyorlar (Ö8)” ve “Çok üzücü olmuştu benim için acı çekiyorlar, korkuyorlar, yalnız bırakılıyorlar (Ö10)” olmuştur. Ancak öğrencilerin cevapları içerisinde kendilerinde görülen korkuya yönelik ifadeler de yer almaktadır. Bunlar; “Ben ilk pozitif olduğum zaman çok acı çekmişim o yaşadığım göğüs ağrısını hayatım boyunca yaşamamıştım. Bir ara öleceğim sanmıştım, ölüm korkusu sarmıştı her yanıma (Ö5)”, “Babam pozitif olduğunda ve hastanede ağır bir şekilde tedavi altındayken “ya ona bir şey olursa ne yapardık, onun yokluğuna alışamam” diye korkuyordum (Ö7)” ve “Dedemin hastalığa ilk yakalandığını öğrendiğimizde dünyam başıma yıkılmıştı. Zaten kanser tedavisi görmüş bağışıklık sistemi çok zayıftı, ona bir şey olacak diye korkuyordum (Ö9)” ifadeleri olmuştur.

Anksiyete: Hastalarda genel olarak nedeni bilinmeyen ve belirsizliğe karşı korkular görülebilmektedir. Bu belirsizliklere bağlı hastalar ciddi anksiyete yaşamaktadırlar ve COVID-19’lu hastalarda da görülmektedir. Öğrencilere göre; “Hastalar beklemedikleri bir durumla karşı karşıya olunca ne yapacaklarını bilemediler, korku, anksiyete, umutsuzluk yaşadılar (Ö1)” ifadesini kullanırken; Ö8 “Covidli hastalar

yeterince anksiyete, korku ve gelecek kaygısı yaşıyorlar” demiştir.

Duygular: Umutsuzluk ve mutsuzluk olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

Umutsuzluk: Öğrencilerin bu hastalığa sahip bireylerin umutsuzluk yaşadıklarını düşündükleri belirlenmiştir. Öğrencilerin bu duyguya sahip bireylerle ilgili düşünceleri içerisinde; “Hastalarda beklemedikleri daha önce hiç yakalanmadıkları bir durumla karşı karşıya olunca ne yapacaklarını bilemediler, korku, anksiyete, umutsuzluk yaşadılar (Ö1)”, “Covidli hastalarla bizzat çalıştığım için onların neler hissettiklerine bizzat şahit oldum. Ciddi ölüm korkusu, ümitsizlik yaşadılar (Ö3)”, “Atlatan hastaların yakınları çok sevinse de zor atlatanlar ve atlatamayanlar maalesef geleceğe dair umutlarını da kaybetti (Ö4)”, “O mutsuz, umutsuz zamanlardan geriye sadece anısı kaldı (Ö5)” diyerek hastalarda ve kendilerinde ümitsizlik olduğunu dile getirmişlerdir.

Mutsuzluk: Umutsuzluk yanında hastalarda ciddi şekilde mutsuzluk da yaşamaktadırlar. Öğrencilerin ifadeleri içerisinde “Yakınları ziyaret için alınmıyordu, resmen yalnız kalmışlardı ve mutsuzlardı (Ö3)” ve “O mutsuz, umutsuz zamanlardan geriye sadece anısı kaldı (Ö5)” yer almaktadır.

Kategori 3: COVID-19 Tanılı Hastalara Bakım Veren Hemşirelere İlişkin Görüşler

Zor Bir Alan: Fedakârlık gerektiren, iş yükü fazlalığı ve kişisel koruyucu ekipman giyme zorluğu adı altında 3 alt temadan oluşmaktadır.

Fedakârlık Gerektiren: Hemşirelik mesleğinin gereği hep fedakârlık gerektiren bir meslek olarak tanımlanmıştır. Öğrenciler de mezun olmadan önce bu bilinçle yetiştirilmekte ve bu bilinçle mezun olmaktadır. COVID-19’lu hastaların bakımında da fedakârlık gerektiren zor bir alan olarak tanımlanmışlardır. Öğrencilere göre COVID-19’lu bireylere bakım veren hemşirelere yönelik verdikleri yanıtlarda “Covid hemşireliği çok fedakârlık ve sabır isteyen bir alan. (Ö5)”, “Hemşirelik çok kutsal bir meslek ve fedakârlık ister (Ö6)”, “Benim için de kutsal ve sabır gerektiren bir meslek (Ö8)”, “Bu da kolay bir şey değil çünkü hem o kadar covid hastasına bakacak hem tedavilerini yetiştirmeye çalışacak hem de enerjisi tükenmeyecek. Bu şekilde çalışmak büyük özveri ve çaba gerektirir (Ö10)” cevapları bulunmaktadır.

İş Yükü Fazlalığı: Öğrenci hemşirelerde COVID-19’lu bireylere bakım veren hemşirelere yönelik verdikleri yanıtlara göre iş yükü fazlalığı temasına yer verilmiştir. Örneğin Ö1’in ifadesine göre “Sağlık bakanlığı yetersiz kaldı, ne malzeme yetiştirdiler ne çalışanlara haklarını verdiler, ne de eleman yetiştirdiler. Bu nedenle iş yükleri her geçen gün arttı” yanıtını verirken, aynı zamanda hemşire olarak çalışan Ö3 “Biz daha çok çalıştıkça, daha çok hizmet beklediler ama bizim de

ailemiz olduğunu, bizim de yorulduğumuzu en önemlisi bizim de insan olduğumuzu unuttular. İsterdim ki bizim yükümüzü bu kadar çok arttırmassalardı” cevabını vermiştir. Ö4’e göre ise hemşirelik için “Sadece iş yoğunluğu, hastaların stresi değil de aynı zamanda bulaş riskinden korkuyor insan” ifadesini kullanmıştır.

Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) Giyme Zorluğu: COVID-19 kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yükünü arttıran nedenlerden biri KKE giyme zorunluluğudur. Çünkü saatlerce bir tulumun içinde, siperlik, maske, gözlük ve eldivenle bakım vermek, hastalarla iletişim kurmak da oldukça zor olmaktadır. Buna göre öğrenciler zor bir alan olmasının sebeplerinden birinin KKE giymek olduğunu belirtmişlerdir. Ö1 “İş yükleri her geçen gün arttı. Ayrıca KKE giyerek bakım vermek, saatlerce su bile içememek, ter içinde çalışmak kolay değil” derken, hemşire olarak çalışan Ö3 “Bir de KKE’lerin içinde çalışmak çok zordu. Dört saat boyunca onun içindeydik bu sırada yemek yiyemiyoruz, su içemiyoruz, tuvalete gidemiyoruz, eşyalarımıza dokunamıyoruz vs vs. gerçekten çok zor zamanlardı bizim için” ifadesini kullanmıştır.

İletişim Temelli: Etkili iletişim kurma ve hasta bilgilendirme adı altında 2 alt temadan oluşmaktadır.

Etkili İletişim Kurma: Hemşirelik sürecinde tedavinin ve bakımın etkinliğini değerlendirebilmek için hastalarla etkili iletişim halinde olunması gerekmektedir. Bu bağlamda öğrenciler de hemşirelik için “Bu sayede hemşireler, hem hemşire olarak görevini yerine getirmiş olacak hem de hastalarla etkin bir iletişim kurabileceklerdir (Ö2)”, “Birbirimizle iletişimimiz daha sağlıklı olabilirdi (Ö3)”, “Etkili ve güvenli bir iletişim sağlayarak hastalar için umut oluyorlar (Ö8) ifadelerine yer vermişlerdir.

Hasta Bilgilendirme: Sağlık bakım sisteminde hasta bilgilendirmesi hastaların haklarını bilmesi ve tedavi sürecinde katılımının sağlanması için oldukça önemlidir. Bu nedenle öğrenciler de hemşireliğin iletişim temelli bir alan olarak düşünmüş ve bu alan için Ö2 “Hemşireler bu alanla ilgili bilgi ve beceri kazanmaya devam etmeli ve hastalarını da ona göre bilgilendirmelidir” ifadesini kullanmıştır. Ö7 ise “Bu süreçte sürekli bilgilendirilmemizi sağlayan, babamdan haber almamı sağlayıp bizi mutlu eden kim varsa bir kez daha minnet duyuyorum onlara” diyerek bilgilendirildiği için memnuniyetini belirtmiştir.

Kategori 4: COVID-19 Kliniklerinde Çalışmaya İlişkin Görüşler

COVID-19 Kliniklerinde Çalışabilirim: Sorumluluk gerektiren, iş doyumunu sağlayan ve özellikli birim olarak 3 alt temadan oluşmaktadır.

Sorumluluk Gerektiren: Öğrencilerin de bir kısmı bu şekilde düşünerek “Mezun olduktan sonra atanayım da önce nerde olsam çalışırım. Zaten nereye verseler bizi görevimiz neyse

onu yapacağız (Ö1)”, “Ben şuan da bile zaten hastanede çalıştığım için COVID-19 kliniklerinde de çalıştım. Ne kadar özellikli bir alan olduğunu biliyorum ve çok fazla sorumluluğu, iş yükü var (Ö3)”, “Ekipmanları giyerim görevim neyse onu da yaparım (Ö4)” cevaplarını vermişlerdir.

İş Doyumu: Öğrenciler hemşireliği severek yapabilecek birinin işinden de oldukça doyum alacağını belirtmişlerdir. Buna göre Ö3 “Aynı zamanda bir hemşire olarak ne kadar ağır birimlerde çalışabilirsek, o kadar çok donanımlı olabiliyoruz ve bu benim için işimden zevk almamı, severek yapmamı sağlayan bir alan”, Ö4 “Ekipmanları giyerim görevim neyse onu da yaparım. Bunu da severek yapacağımı düşünüyorum” ve Ö6 da “Bu da her ne kadar yorucu olsa da işimi en iyi şekilde öğrenmemi ve severek yapmamı sağlayabilir” yanıtlarını vermişlerdir.

Özellikli Birim: COVID-19 klinikleri diğer kliniklere göre ayrıcalıklı birimlerdenidir. Bu nedenle bazı öğrencilerin düşüncesi de bu yönde olmuştur. Buna göre Ö2 “COVID-19 kliniklerinde çalışmak özel, zor bir alan olacak o kesin, ama en azından elimde işim olacak”, yanıtını verirken; Ö3 “Ben şuan da bile zaten hastanede çalıştığım için COVID-19 kliniklerinde de çalıştım. Ne kadar özellikli bir alan olduğunu biliyorum ve çok fazla sorumluluğu, iş yükü var” diye belirtmiştir.

COVID-19 Kliniklerinde Çalışmam: Kendisine ve ailesine bulaştan korkma ve iletişim kuramama adı altında 3 alt temadan oluşmaktadır.

Kendine/Aileye Bulaştan Korkma: Yüksek bulaş riskine sahip olan COVID-19’a karşı öğrenciler hem kendileri hem de aileleri için tedirgin olabilmektedir. Bu nedenle Ö5 “mezun olduktan sonra kesinlikle çalışmak istemediğim bir alan. Ne COVID-19’lu hastalarla konuşabilirim ne de onlara bakım verebilirim. Tekrar pozitif olmaktan çok korkuyorum”, Ö6 “COVID-19 kliniklerinde çalışabilir miyim emin değilim. Aslında bir taraftan COVID-19 kliniklerinde çalışırsam, “ya pozitif olursam, ya aileme bulaştırırsam korkusu” alırken bir taraftan doğru dürüst 2 yıldır staja çıkamıyor oluşumuzdan dolayı işi en iyi burada öğreniriz gibi geliyor”, Ö8” Daha önce pozitif olmak gibi çok kötü bir tecrübem olduğu için asla ama asla çalışacağım bir klinik değil. Tekrar bunları yaşamak istemiyorum “ yanıtlarını vererek virüs bulaşmasından korktuklarını dile getirmişlerdir. Ö10 ise “Ben de COVID-19 kliniklerinde çalışan bir hemşire olabileceğimi sanmıyorum. En çok sağlık çalışanlarını kaybettik, bizi destekleyen olmadı bu dönemde. O yüzden kimin için, ne için hem kendi canımı hem de ailemin canını riske atayım ki?” diyerek hem kendisi hem de ailesine bulaştan korktuğunu belirtmiştir.

Yalnızca aileye bulaştan endişe eden öğrencilerden Ö7 bu düşüncesini, “Mezun olup atanmak istiyorum ama COVID-19 kliniklerinde çalışan bir hemşire olmak istemem. Kendim yine neyse de aileme tekrar bulaşmasından endişe ediyorum”

şeklin ifade ederken Ö9 “Zaten ailemden birini kaybettim, benim bir ayrıcalığım olmalı diye yazmak istiyorum. Çünkü tekrar ailemden birine bir bulaş riski olsun istemiyorum” olarak cevaplamıştır.

İletişim Kuramama: Öğrenciler COVID-19’lu hastayla iletişim kurmaktan çekinmektedirler. Bu nedenle verdikleri yanıtlar içerisinde “COVID-19’lu hastalarla konuşabilirim ne de onlara bakım verebilirim. (Ö5)” ve “COVID-19 olmazsa acile bile ne geldiği belli eğil, hasta geliyor sürekli kişisel koruyucu ekipman mı giyeceğiz. O hastalarla iletişim bile kuramam ben (Ö8) bulunmaktadır.

TARTIŞMA

Çalışmamız hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası COVID-19 kliniklerinde çalışmaya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin, COVID-19 tanısına yönelik algılarında; beklenmedik bir hastalık, tecrit edilme ve damgalanma olarak nitelendirildiği belirlendi. Bu temalar altında öğrenciler COVID-19’u ölümcül, geçici ve şok edici bir hastalık olarak görmüşler ve bu hastalığa sahip olan bireylerin cezalandırıldıklarını ve yaşadıklarından pişmanlık duyduklarını da dile getirmişlerdir. Aynı zamanda değersizlik ve öfke yaşadıklarını da belirtmişlerdir. Literatürde öğrencilerin COVID-19 tanısına yönelik benzer ifadeleri yer almaktadır. Çalışmalarda COVID-19’un beklenmeyen bir durum olduğu ve hastalarda şok etkisi yarattığı belirtilmiştir (Eisazadeh, Aliakbari, Aghajanbigloo, 2020; Imran ve ark., 2020; Samrah ve ark., 2020; Shaban ve ark., 2020; Şahan, 2021). Şahan (2021), tecrit edilen hastaların kendisini hapis veya hücre cezasında gördüklerini ve hastaneye başvurdukları için pişmanlık duyduklarını belirtmiştir (Şahan, 2021). Pakistan’da yapılan bir çalışmaya göre izole edilen COVID-19 tanılı hastaların, sosyal damgalanma ve güven/saygı kaybı yaşadıkları, başkaları tarafından aşağılayıcı davranışlara maruz kaldıkları, bu nedenle gizlilik ihlalinin bireylerin psikolojileri üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu bildirilmiştir (Imran ve ark., 2020). İran’da yapılan nitel bir çalışmada ise COVID-19’un hastalar üzerindeki etkileri arasında ölüm korkusu, depresyon ve anksiyete, sosyal aktivitelerin azalması, toplum tarafından reddedilme duyguları, aile ve toplumla etkili iletişimin azalması ile hasta ve ailesi tarafından yaşanan damgalanma yer almaktadır. Buna göre, COVID-19’un sadece fizyolojik sonuçlarına odaklanmak yerine hastalar üzerindeki psikolojik etkilerine de odaklanmak gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, öğrencilerin COVID-19 tanısı olan hastalara ilişkin görüşlerinde korku, anksiyete, umutsuzluk gibi olumsuz duygular yaşadıkları saptanmıştır. Etiyopya’da yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde öğrencilerin %22.2’sinin stres, %39.6’sının anksiyete ve %40.2’sinin depresyon yaşadığı belirlenmiştir (Mekonen,

Workneh, Ali, Muluneh, 2021). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin COVID-19 korkusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ve COVID-19 korkusunun hemşirelik mesleğine yönelik tutumun olumsuz etkilediği bulunmuştur (Çalışkan, Kargın, Ersöğütçü, 2020). Benzer şekilde Sun ve arkadaşları (2020), anksiyetenin meslek profesyonelliğini etkilediği bildirilmiştir (Sun ve ark., 2020). Yeni mezun hemşirelerde yapılmış başka bir çalışmaya göre, çaresizlik ve umutsuzluk oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Buldukoğlu ve Çakır, 2020). Bu sonuçtan yola çıkarak hemşirelik mesleğinin getirdiği ağır koşullara bağlı olarak, öğrencilerin hayatı tehdit eden olaylarla karşılaştıklarında, duygularının ve kaygılarının mesleki kimliklerini olumsuz yönde değiştirdiği ve ileride bu mesleği yapmak istemeyeceğini düşünülmektedir.

Çalışmamızda, öğrencilerin COVID-19 tanımlı hastalara bakım veren hemşirelere ilişkin görüşlerinde hemşireliği fedakârlık gerektiren, iş yükü fazlalığı olan ve KKE giyme zorunluluğu olan zor bir alan olarak tanımlamışlardır. Ayrıca etkili iletişim kurma becerisi ve hasta bilgilendirmesine dayalı olduğu için iletişim temelli bir meslek olarak gördüklerini de dile getirmişlerdir. Buldukoğlu ve Çakır'ın çalışmasına göre bizim çalışmamızla paralel olarak öğrenci hemşirelerin %30.8'i, mezun hemşirelerin ise %20.5'i hemşirelik mesleğini "fedakârlık gerektiren" bir meslek olarak nitelendirmişlerdir. Yine aynı çalışmada öğrenci hemşireler, meslek olarak iş yükü fazlalığına bağlı hemşirelerin tükenmişlik sendromu yaşadığını ifade etmişlerdir (Buldukoğlu ve Çakır, 2020). Öte yandan pandemi sürecinde öğrenciler, hemşireliğin asıl değerini ve önemini anladıklarını, aynı zamanda mesleğin yüksek riskler içerdiği gerçeğini de fark ettiklerini dile getirmişlerdir (Çalışkan ve ark., 2020). Swift ve arkadaşları (2020)'nin hemşirelik öğrencileriyle yaptığı nitel bir çalışmada öğrencilerin, hemşirelik mesleğinin pandemi sürecinde insanlara yararlı olduğunu ve yaptıkları işin halk tarafından olumlu karşılanmasının kariyer seçimlerini de olumlu etkileyeceğini iletilmişlerdir (Swift ve ark., 2020). Bu sonuçlardan hareketle hemşirelik mesleği ağır şartlarda yapılıyor olsa da, sağlıklı/hasta bireylere yararlı olduğu bilinmektedir. Ayrıca toplum tarafından kutsal bir meslek olarak sayıldığı için öğrencilerin mesleğe yönelik olumlu düşüncelere de sahip olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğrenciler, hemşireliğin iletişim temelli bir meslek olduğunu vurgulamışlardır. Bu nedenle hemşirelerin etkili iletişime ve hasta bilgilendirmesine önem verdikleri belirlenmiştir. COVID-19 hastaları bulaş riski yüksek olan hasta grubu olduğu için sağlık profesyonelleri açısından iletişimi zor bir hasta grubu olduğu yadsınamaz. Çünkü bu hasta grubuna tedavi uygulamak ve bakım vermek için sağlık profesyonelleri KKE giymek zorunda kalmışlardır. Bu durum da hastaların kendisine tedavi uygulayan ve bakım veren kişinin kim olduğunu bilememekte ve iletişim zorluğu da

yaşamaktadır. Gözlemlerimiz ve literatür bilgileri, N95 maske, tıbbi maske, gözlük, siperlik, tulum gibi KKE'lerin hareketle birlikte aynı zamanda iletişimi de zorlaştırdığını göstermektedir (Back, Tulsy, Arnold, 2020; Topbaş ve ark., 2020; WHO, 2020). Oysa izole edilen COVID-19 tanımlı hastaların, hastanede hem fiziksel hem de duygusal teması önemlidir. Hastaların hastanede yattığı süre boyunca, ihtiyaçlarını sağlayabilmek için etkili iletişim kurulmalıdır. KKE giyme oranının fazla olmasının, araştırmanın salgın döneminde yapılması ve bulaş oranını en aza indirmek, diğer hastaları, kendisini ve kendisiyle iletişim halinde olan herkesi koruma amacıyla ilişkilendirilebilir (Back, Tulsy, Arnold, 2020).

Öğrencilerin COVID-19 kliniklerinde çalışmaya ilişkin görüşlerine bakıldığında öğrencilerin bir kısmı bu alanda çalışabileceğini belirtirken bir kısmı da çalışamayacağını ifade etmişlerdir. Bu kliniklerde çalışmak isteyen öğrencilerin, hemşirelik mesleğinin bu alanda diğer alanlara göre daha fazla sorumluluk gerektiren, iş doyumu sağlayan, özellikli bir alan gördükleri için mesleği severek yapabileceklerini düşünmektedirler. Bu kliniklerde çalışmak istemeyen öğrencilerin ise koronavirüsü kendisine ve ailesine bulaştırmaktan korktukları için hastalarla iletişime geçmekte zorlanacaklarını belirtmişlerdir. Pandemi döneminde insanlar koronavirüse yakalanmaktan ya da virüsü taşıma şüphesi içinde olmaktan korkmaktadırlar. Nitekim bu çalışmada da öğrencilerin yarısı bulaş riskinden korktuğu için bu kliniklerde çalışmak istemediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin COVID-19 ile enfekte olma korkusu yaşadıkları belirlenmiştir (Nehir ve Tavşanlı, 2021). Literatürde yapılan araştırmalarda da COVID-19 pandemisinin yaygın psikolojik etkileri arasında korkunun öne çıktığı görülmektedir (Levkovich ve Shinan-Altman, 2020; Trnka ve Lorencova, 2020; Zhang ve Ma, 2020). Literatürdeki bir araştırma sonucuna göre, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde COVID-19 korkusunun orta düzeyin biraz üzerinde olduğu ve öğrencilerin %53'ünün COVID-19 hastalarına bakım vermektan çekindiği saptanmıştır (Nehir ve Tavşanlı, 2021). Başka bir çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 korkusu arttıkça hemşirelik mesleğini tercih etme durumunun azaldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Güney Kore'de yapılan bir çalışmada, COVID-19'a bağlı olarak öğrencilerin çoğunun hemşirelik mesleğini bırakmak istediği ya da mezun olduktan sonra bu mesleği yapmak istemediği belirtilmiştir (Dos Santos, 2020). Ayrıca salgınla ilgili yapılan birkaç çalışmada da öğrencilerin bulaş riskinden korktukları için klinik ortamda çalışmaktan kaçındıkları belirlenmiştir (Al-Hazmi, Gosadi, Somily, Alsubaie, Saeed, 2018; Elrggal ve ark, 2018). Bu sonuçlardan yola çıkarak, COVID-19'un bulaş riskinin devam etmesi nedeniyle öğrencilerin hemşirelik alanında kariyer planlamasının önüne geçeceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik son sınıf öğrencileri; COVID-19 tanısını; sonuçları belli olmayan, tehlikeli ve hasta psikolojisi üzerinde olumsuz etkilere neden olan bir durum olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca öğrenciler, COVID-19 tanısına sahip hastaların ciddi şekilde anksiyete, mutsuzluk, umutsuzluk ve ölüm korkusu yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Pandemi döneminde hemşirelik mesleğinin özverili ve yoğun olarak yürütülmesi sebebiyle, mesleği doyum veren ve sorumluluk gerektiren profesyonel bir alan olarak görmüşlerdir. COVID-19'un yüksek bulaş riskine sahip olması öğrencilerin bir kısmında korku ve anksiyeteye sebep olmuş, kendilerine veya ailesine zarar gelebileceğinden endişe ettikleri için COVID-19 kliniklerinde çalışmak istemediklerini ifade etmişlerdir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; COVID-19 virüsünün etkileri devam ettiği sürece, hemşireler bu alanlarda da çalışmaya devam edeceklerdir. Bu nedenle COVID-19 hastalığına karşı tüm risklerin en aza indirilmesi için sağlık bakanlığı tarafından bu alanlar desteklenmeli, hem maddi hem de manevi olarak sağlık çalışanlarına destek sunulmalıdır. Ayrıca COVID-19 kliniklerinde sürekli aynı personellerin çalışması yerine bütün personellerin dönüşümlü olarak çalıştırılması önerilmektedir. Ayrıca pandemi sürecinin ekonomik ve psikolojik etkilerinin devam ettiği unutulmamalı ve ilerleyen çalışmalarda düşünceleri ölçen ve kullanan çalışmalara da yer verilmelidir.

Teşekkür: Gönüllü katılımlarından dolayı hemşirelik öğrencilerine teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu çalışmada potansiyel bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. Al-Hazmi, A., Gosadi, I., Somily, A., Alsubaie, S., Bin Saeed, A. (2018). Knowledge, attitude and practice of secondary schools and university students toward Middle East Respiratory Syndrome epidemic in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 25(3), 572-577. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2016.01.032>
2. Back, A., Tulskey, J.A., Arnold, R.M. (2020). Communication skills in the age of COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 172(11), 759-760. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>
3. Creswell, J.W., Hanson, W.E., Clark Plano, V.L., Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236-264. <https://doi.org/10.1177/0011000006287390>
4. Çakır, C ve Buldukoğlu, K. (2020). Bilişsel çarpıtmaların, hemşirelerin mesleki benlik saygısına ve hemşirelik algısına etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 193-206. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ausbid/issue/56420/669614>

5. Çalışkan, H. (2017). Sağlık hizmetlerinde kişisel koruyucu ekipman kullanma davranışını etkileyen faktörler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(3), 313-328. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/39657/469514>
6. Çalışkan, E., Kargın, M., Ersöğütçü, F. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde covid-19 korkusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasındaki ilişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(3), 170-180. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sted/issue/63584/880773>
7. Çetin, C ve Anuk Ö. (2020). COVID-19 pandemi sürecinde yalnızlık ve psikolojik dayanıklılık: Bir kamu üniversitesi öğrencileri örnekleme. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 170-189. <https://dergipark.org.tr/en/pub/asead/issue/54658/733121>
8. Dos Santos, L.M. (2021). How does COVID-19 pandemic influence the sense of belonging and decision making process of nursing students: The study of nursing students' experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(15):5603. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5603/htm>
9. Eisazadeh F., Aliakbari Dehkordi M., Aghajanbigloo S. Psychological consequences of patients with coronavirus (COVID-19): a qualitative study. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2020;2:9-20. https://journals.pnu.ac.ir/article_6661_410c46245009e292aed3e177bd49072d.pdf
10. Elrggal, M.E., Karami, N.A., Rafea, B., Alahmadi, L., Al Shehri, A., Alamoudi, R., Koshak, H., Alkahtani, S., Cheema, E. (2018). Evaluation of preparedness of healthcare student volunteers against Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) in Makkah, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 26(6), 607-612. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0917-5>
11. Imran, N., Afzal, H., Aamer, I., Hashmi, A., Shabbir, B., Asif, A., Farooq, S. (2020). Scarlett Letter: A study based on experience of stigma by COVID-19 patients in quarantine. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(7), 1471-1477. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.7.3606>
12. Keskin, M. ve Derya Ö. (2020). COVID-19 sürecinde öğrencilerin web tabanlı uzaktan eğitime yönelik geri bildirimlerinin değerlendirilmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 59-67. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1196338>
13. Korkmaz, S., Bıyık, E., Demiralp, G. (2021). COVID-19 salgınından korunmada sağlık çalışanlarında kişisel koruyucu ekipman kullanımı: sağlık inanç modeli uygulaması. *Ankara*

- Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23(1), 1-16. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ahbvuibfd/issue/61592/828330>
14. Lee, S. Y. T., Park, M., Shin, Y. (2021). Hit harder, recover slower? Unequal employment effects of the COVID-19 shock (No. w28354). National Bureau of Economic Research. 1:1-22. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w28354/w28354.pdf
 15. Levkovich, I., and Shinan-Altman, S. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on stress and emotional reactions in Israel: a mixed-methods study. *International Health*, 13(4), 358–366. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa081>
 16. Mekonen, E.G., Workneh, B.S., Ali, M.S., Muluneh, N.Y. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic on graduating class students at the university of gondar, northwest ethiopia. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 109–122. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S300262>
 17. Nehir, S., ve Tavşanlı, N.G. (2021). COVID-19 pandemisinin hemşire ve ebe öğrencilerin korku ve kontrol algısı üzerindeki etkisi. *Medical Sciences*, 16(2), 141-150. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1755872>
 18. Okuyan, C.B., Karasu, F., Polat, F. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin covid-19'a maruz kalma korkularının sağlık kaygısı düzeyleri üzerine etkisi: bir üniversite örneği. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(COVID-19 Özel Sayı), 45-52. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1126674>
 19. Shaban R.Z., Nahidi S., Sotomayor-Castillo C., Li C., Gilroy N., O'Sullivan M.V. et al. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. *Am J Infect Control*. 12:1445- 50. 29. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655320308373?casa_token=rt1Bz3qj3k4AAAAA:vgQ7WQjcgcv8R2WUF_aMrLIvM_g6ZqwRUctnhjKZe4OzeA52JQVGoIIT Y7kWUzu7VHxUVIjzXCgH
 20. Samrah S.M., Al-Mistarehi A.H., Aleshawi A.J., Khasawneh A.G., Momany S.M., Momany B.S. et al. (2020). Depression and coping among COVID-19-infected individuals after 10 Days of mandatory in-hospital quarantine, Irbid, Jordan. *Psychol Res Behav Manag*.13:823-30. <https://www.dovepress.com/depression-and-coping-among-covid-19-infected-individuals-after-10-day-peer-reviewed-fulltext-article-PRBM>
 21. Sun, Y., Wang, D., Han, Z., Gao, J., Zhu, S., & Zhang, H. (2020). Disease prevention knowledge, anxiety, and professional identity during COVID-19 pandemic in nursing students in zhengzhou, china. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(4), 533–540. <https://doi.org/10.4040/jkan.20125>
 22. Swift, A., Banks, L., Baleswaran, A., Cooke, N., Little, C., McGrath, L., Meechan-Rogers, R., Neve, A., Rees, H., Tomlinson, A., Williams, G. (2020). COVID-19 and student nurses: A view from England. *Journal of clinical nursing*, 29(17-18), 3111–3114. <https://doi.org/10.1111/jocn.15298>
 23. Şahan, E. (2021). Hasta penceresinden Covid-19 tanısıyla tek başına bir hastane odasında olmak: nitel çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 223-232. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1285083>
 24. Taş, A.S ve Dalcalı, B.K. (2021). COVID-19 pandemisi döneminde hemşirelik öğrencilerinde mesleki güdülenme. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2). <http://journal.acıbadem.edu.tr/en/download/article-file/1482686>
 25. Topbaş, S., Birol, N.Y., Çiftçi, H.B., Polat, B., Kırımtay, B., Yılmaz, A. (2020). COVID-19 pandemisi sürecinde dil ve konuşma terapisi yönetimi: “şimdi ne yapmalıyız?”. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 1-30. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1097275>
 26. Trnka, R. and Lorencova, R. (2020). Fear, anger, and media-induced trauma during the outbreak of COVID-19 in the Czech Republic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(5), 546–549. <https://doi.org/10.1037/tra0000675>
 27. World Health Organization (2020). Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization, Erişim Tarihi: 01.08.2021 Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>
 28. Yıldırım, A ve Şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerinde Nitel Araştırma Yöntemleri (11. baskı). Ankara: Seçkin Yayınevi.
 29. Zhang, Y., and Ma, Z.F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in liaoning province, china: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1193952>

Orijinal Araştırma

The Relationship Between Nurses' Perceived Risk of COVID-19, Knowledge, Use and Attitudes of Complementary and Alternative Medicine Practices During The Pandemic: A Cross-Sectional Study

Pandemi Sürecinde, Hemşirelerin Algılanan COVID-19 Riski ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Bilgisi, Kullanımı ve Tutumları Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma

Leyla YAMAN UZUMCU *,^a, Serpil OZDEMIR ^b

^a *MSc, RN., University of Health Sciences Turkey, Gulhane Faculty of Nursing, Department of Public Health Nursing, ANKARA, TÜRKİYE*

^b *Assistant Professor, PhD, RN, University of Health Sciences Turkey, Gulhane Faculty of Nursing, Department of Public Health Nursing, ANKARA, TÜRKİYE*

ABSTRACT

Background: The study aimed to determine the relationship between nurses' perceived risk of COVID-19, knowledge, use and attitudes of complementary and alternative medicine practices during the pandemic.

Methods: The cross-sectional research was conducted between February 2021 and March 2021 in a training and research hospital in Turkey. The sample consisted of 250 nurses who volunteered to participate in the study and met the inclusion criteria. The data were collected with the Personal Information Form, the Attitudes Towards Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire, and the COVID-19 Perceived Risk Scale. The Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman's correlation test were used for data analysis.

Results: The mean age of the participants was 31.17±7.65. The mean scores of Holistic Complementary Alternative Medicine Questionnaire of the participants who used complementary and alternative medicine practices to protect themselves against COVID-19 were significantly lower than the mean scores of the participants who did not use ($Z=3851$; $p=0.018$). No statistically significant correlation was found between the mean scores of Holistic Complementary Alternative Medicine Questionnaire of the participants and the COVID-19 Perceived Risk Scale ($p > 0.05$).

Conclusion: The study revealed that the perceived COVID-19 risk level of the nurses was above the average and the level of knowledge about complementary and alternative medicine practices was low. It also determined that the nurses' perceived risk of COVID-19 and their attitudes towards complementary and alternative medicine practices were not related to each other.

Keywords: complementary and alternative medicine, COVID-19, nursing, perceived risk

ÖZET

Giriş: Bu çalışmada pandemi sürecinde, hemşirelerin algılanan COVID-19 riski ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları bilgisi, kullanımı ve tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, Şubat 2021 - Mart 2021 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde ve kesitsel araştırma tasarımında yürütülmüştür. Örnekleme, araştırmaya katılmaya gönüllü ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 250 hemşire oluşturmaktadır. Çalışma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği ile Algılanan COVID-19 Riski Ölçeği ile toplanmıştır. Toplanan veriler Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, ve Spearman's korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 31.17±7.65'tir. COVID-19'dan korunmak için geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanan katılımcıların Bütüncül Alternatif ve Tamamlayıcı Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamalarının, kullanmayanların puan ortalamalarından anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır ($Z=3851$; $p=0.018$). Katılımcıların Bütüncül Alternatif ve Tamamlayıcı Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları ile Algılanan COVID-19 Riski Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışmada hemşirelerin algılanan COVID-19 riski düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Algılanan COVID-19 riski ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin tutumlarının birbiri ile ilişkili olmadığı ortaya konulmuştur.

Anahtar sözcük: geleneksel ve tamamlayıcı tıp, COVID-19, algılanan risk, hemşirelik

* The study was a master's thesis and was presented as a poster presentation at the 5th International 23rd National Public Health Congress held on 13-18 December 2021 (online).

* Corresponding Author: Leyla YAMAN UZUMCU

Addresses: University of Health Sciences Turkey, Gulhane Faculty of Nursing, Department of Public Health Nursing, ANKARA, TÜRKİYE

E-mail: leyla.yamanuzumcu@sbu.edu.tr

Received Date: 24.10.2022

Accepted Date: 11.11.2022

INTRODUCTION

The COVID-19 infection has influenced deeply the lives of billions of people biologically, psychologically, sociologically, and economically and caused lots of deaths. The global struggle against infection still continues (Harapan et al., 2020; Kang et al., 2020; Mo et al., 2020). Pregnant women, people who are above 65 years old, people with chronic diseases or suppressed immune system, and healthcare workers are the groups with the highest level of risk in terms of morbidity and mortality during the pandemic (Stawicki et al., 2020). Nurses contact the patients receiving treatment and care in the hospital and/or at home due to COVID-19 infection for the longest period of time to meet their primary healthcare needs (Labrague et al., 2020). Therefore, nurses have been defined as one of the highest-risk groups in terms of COVID-19 virus transmission in society (Mo et al., 2020).

Individuals who feel that their health is at high risk may tend to resort to complementary and alternative medicine (CAM) practices in order to reduce the risk (Hwang et al., 2020). During the pandemic, CAM recommendations are frequently encountered in the printed and audio-visual media in order to strengthen the immunity of society (Adams, Baker and Sobieraj, 2020; Günalan, Kaya and Çonak 2020). In the literature, it was reported that CAM may be effective in boosting the immune response against infectious diseases and may be used for prevention and treatment (Nilashi, Samad, Yusuf and Akbari 2020). It was further reported that CAM was used in Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle East Respiratory Syndrome (MERS) and helped to achieve effective results (Shahrajabian, Sun, Shen and Cheng 2020). The perceived risk level for the disease is an important factor that leads individuals to use CAM. It was stated in the literature that individuals who perceive a high risk of disease are more likely to receive all kinds of health services, including modern medicine and/or CAM (Fouladbakhsh and Stomme, 2007). Simsek et al. (2017) revealed that the rate of adopting CAM practices was 60.5% in Turkey (Simsek et al., 2017). A study conducted in Turkey in 2019 reported that nurses used CAM to strengthen immunity, relieve pain, reduce stress, and relieve cold symptoms themselves (Toprak, Uysal, Erenel and Kutluturkan 2019).

Heavy workload in high-risk environments during the COVID-19 pandemic seriously threatens the physical and psychological health of nurses (Abdel Wahed, Hefzy, Ahmed and Hamed 2020). Not being able to meet physical needs adequately during long working hours, fatigue, insomnia, and psychological problems such as stress, anxiety and depression could lower nurses' immunity (Silva, Ono and Souza 2020). It was reported that CAM practices could be applied to prevent diseases and strengthen the immune system (Shorofi and Arbon, 2017). No studies have yet investigated the relationship between nurses' knowledge of and attitudes towards the CAM practice during the COVID-19 pandemic. This study aims to determine the relationship between nurses' perceived risk of COVID-19 and their CAM knowledge, practices, and attitudes during the pandemic.

METHODS

This cross-sectional design study was conducted in the clinic, outpatient clinic, emergency, and intensive care unit of a training and research hospital in Ankara between February 2021 and March 2021. The sample size was calculated using the sample calculation formula, which is used when the size of the target population is known ($n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 (N-1) + t^2 p \cdot q$ $t=1.96$; $d=0.05$); p was determined as 0.22 based on previous studies (Isik, Ünver and Yildirim 2020). Given that a total of 1616 nurses worked in the hospital where the study would be conducted, the sample size was calculated as at least 226 nurses. Taking into account the possible data loss, 10% more of the calculated sample size was added, and the study was completed with 250 nurses. The inclusion criteria were being a nurse, not taking medication due to a psychiatric illness diagnosed before February 2021 and being volunteer to participate in the study.

Ethical Considerations

Ethical approval (No:30/11/2020;2020-469) was obtained from the Non-Interventional Research Ethics Committee of a training and research hospital before the data collection process, and the study followed all the principles of Helsinki Declaration. Institutional permission was obtained from the Ministry of Health Medical Specialization Education Board before the study. Also written permission was obtained

from the Health Care Services Directorate of the training and research hospital where the study would be conducted. The aim of the study was shared with the participants, and their written consent was obtained.

Survey Tool

The Data Collection Form consisted of three parts and a total of 40 questions prepared based on the literature (Alyami et al., 2020; Nejatian, Alami, Tehrani, Lael-Monfared and Jafari 2018). The first part includes the introductory information form (IIF, 21 questions), the second part includes the Attitudes towards Complementary and Alternative Medicine Questionnaire (HCAMQ; 11 items), and the third part includes the COVID-19 Perceived Risk Scale (CPRS; 8 items). Data were collected through face-to-face interviews, taking social distancing into account and using personal protective equipment. The data collection process lasted for about 20 minutes. The data collection forms were filled in anonymously without any personal identifiers.

Introductory information form: The first part of the data was collected by IIF and included six questions about sociodemographic characteristics, ten questions about COVID-19 infection history, and five questions about CAM practices (Alyami et al., 2020; Nejatian, Alami, Tehrani, Lael-Monfared and Jafari 2018).

Attitudes Towards Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire (HCAMQ): The second part of the data was obtained by HCAMQ which was developed by Hyland et al. in 2003 (Hyland, Lewith and Westoby 2003). The Turkish validity and reliability study of the questionnaire was performed by Erci in 2007 (Erci, 2007). The questionnaire includes two subscales, named as Complementary Alternative Medicine (CAM) and Holistic Health (HH), including 11 items. The items in the questionnaire are rated on a six-point Likert-type scale from “1= I completely agree” to “6= I completely disagree”. The lowest and highest scores that could be obtained from the scale are 11 and 66, respectively. Low scores indicate more positive attitudes towards complementary and alternative medicine (Erci, 2007; Hyland et al., 2003). The Cronbach α value of the

HCAMQ was reported as 0.72 in the original study and, was calculated as 0.51 in this study.

COVID-19 Perceived Risk Scale (CPRS): The CPRS is the adaptation of the SARS Risk Perception Scale developed by Brug et al. (2004) to COVID-19 by Yildirim and Guler in 2020 (Brug et al., 2004; Yildirim and Guler, 2020). This a total of eight items scale includes two subscales; cognitive dimension subscale (e.g. perceived likelihood of acquiring COVID-19 compared to other persons) and emotional dimension subscale (e.g. worry about emerging a health issue) of personal risk. Each item is rated on a five-point Likert scale from “1= negligible” and “5=very large”. Both the total scores of the subscales and the scale total score are evaluated. The total score of the scale ranges between 8 and 40. Higher scores point to a higher level of perceived personal risk related to COVID-19. The Cronbach α value of the CPRS cognitive subscale was reported the range of 0.70 - 0.74 in the original study and, was calculated as 0.70 in this study. The Cronbach α value of the CPRS emotional subscale was reported the range of 0.84 - 0.88 in the original study and, was calculated as 0.76 in this study.

Data analysis: The data were presented as numbers and percentages for the variables determined by enumeration and as mean \pm standard deviation and minimum-maximum values for the variables determined by measurement. The Single Sample Kolmogorov Smirnov Test was used to reveal whether the sample showed normal distribution. It was seen that the population did not have a normal distribution; thus, the independent variables with two sample groups were compared with the Mann-Whitney U Test, while the continuous data with more than two groups were compared using the Kruskal Wallis test. The group or groups that caused the difference were investigated using the Kruskal Wallis Analysis Multiple Comparison test. The relationship between scale scores and continuous data was examined using Spearman's Correlation analysis. The SPSS 20.0 was used to conduct statistical analyses. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

RESULTS

Participants' demographic characteristics, CAM knowledge and use

The mean age of the participants was 31.17 ± 7.65 (min.:21, max.: 54). 90.8% of the participants (n=227) were women, and 73.2% (n=219) had an undergraduate or a higher degree education. 56% of the participants (n=138) worked in the COVID-19 units and 33.2% (n=83) stated that they had been infected with COVID-19. When the question "Do you know about CAM?" was posed to the participants, 27.2% (n=68) responded to it as "Yes", 49.2% (n=123) as "Partly", and 23.6% (n=59) as "No". The question "Have you used the CAM for protection from COVID-19 infection during the pandemic?" was posed to the participants, and 80.4 % (n=201) responded to it as "No" (Table 1).

Table 1. Distribution of participants' demographic characteristics and history of COVID-19 infection (N=250)

Characteristics	n	%	
Gender	Female	227	90.8
	Male	23	9.2
Age groups	21-27 years	90	36
	28-35 years	89	35.6
	36-43 years	41	16.4
	44-51 years	28	11.2
	Higher than 51 years	2	0.8
Marital status	Married	126	50.4
	Single	124	49.6
Educational status	Associate degree or below	31	12.4
	University degree or upper	219	73.2
Professional experience	<2 years	61	24.4
	2-5 years	38	15.2
	6-10 years	61	24.4
	11-15 years	28	11.2
	16-20 years	27	10.8
Working area	21 years or higher	35	14.0
	In the COVID-19 unit	138	56.0
Income status	Out of the COVID-19 units	110	44.0
	Income more than expense	37	14.8
	Income equal expense	126	50.4
Have you had a PCR sample taken during the pandemic?	Income less than expense	87	34.8
	Yes	223	89.2
Have you been in quarantine due to COVID-19 infection?	No	27	10.8
	Yes	64	25.6
Have you had the COVID-19 infection?	No	186	74.4
	Yes	83	33.2
Have you had a relative who died due to COVID-19 infection?	No	167	66.8
	Yes	93	37.2
Do you know about CAM?	No	157	62.8
	No	59	23.6
Have you used the CAM method to protect yourself from COVID-19 infection during the pandemic?	Partly	123	49.2
	Yes	68	27.2
	No	49	19.6
	Yes	201	80.4

Participants' HCAMQ and CPRS scores

The mean HCAMQ score of the participants was 29.80 ± 4.85 . The mean CPRS score of the participants was 32.31 ± 5.09 (Table 2).

Table 2. Distribution of participants HCAMQ and CPRS mean scores

Scales	Item numbers	Mean \pm SD	Median (Min.-Max.)	Standard Min.-Max.
HCAMQ ^a	11	29.80 \pm 4.85	30 (15-45)	11-66
CAM ^b	6	21.08 \pm 3.98	21 (10-32)	6-36
HH ^c	5	8.72 \pm 2.60	8,5 (5-21)	5-30
CPRS ^d	8	32.31 \pm 5.09	33 (8-40)	8-40
Cognitive CPRS	4	14.80 \pm 3.03	15 (4-20)	4-20
Emotional CPRS	4	17.52 \pm 3.01	18 (4-20)	4-20

a= Attitudes Towards Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire

b= Complementary Alternative Medicine subscale of HCAMQ

c= Holistic Health subscale of HCAMQ

d= COVID-19 Perceived Risk Scale

The relationship between the characteristics of the participants and HCAM scores

A statically significant difference was revealed between the income level of the participants and the mean CAM and HCAMQ scores ($p < 0.05$). The difference between the mean HH score of the participants with an associate degree or below (9.87 ± 3.30) and that of the participants with undergraduate and graduate education (8.55 ± 2.44) ($p < 0.05$) was also statically significant. Moreover, the difference between the mean HH score and the mean HCAMQ score of the participants according to having a relative who died due to COVID-19 infection ($p < 0.05$) was statically significant. It was also determined that there was a statistically significant difference between the participants' knowledge about CAM and the mean HCAMQ score and subscale scores ($p < 0.05$). A significant difference was also found between the participants who used CAM practices for protection from COVID-19 and those who did not in terms of HH mean scores ($Z = 3720$; $p = 0.007$). The mean HCAMQ score of those who used CAM practices for protection from COVID-19 was found to be significantly lower than the mean score of those who did not ($Z = 3851$; $p = 0.018$) (Table 3).

Table 3. Comparison of some characteristics of the participants and, mean scores of HCAMQ total and subscales

	CAM ^c			HH ^d			HCAMQ ^e		
	Mean ± SD	Test statistic	<i>p</i>	Mean ± SD	Test statistic	<i>p</i>	Mean ± SD	Test statistic	<i>p</i>
Income status									
Income more than expense	22.43±2.75	7.037 ^a	0.03*	9.03±2.43	1.169 ^a	0.557	31.46±3.72	6.541 ^a	0.038*
Income equal expense	20.46±4.08			8.74±2.64			29.20±4.82		
Income less than expense	21.40±4.13			8.55±2.63			29.95±5.16		
Educational status									
Associate degree or below	21.19±4.62	338.0 ^b	0.976	9.87±3.30	2590.5 ^b	0.031*	31.06±5.07	2754.5	0.089
University degree or upper	21.06±3.89			8.55±2.44			29.62±4.79		
Have you had a relative who died due to COVID-19 infection?									
Yes	20.86±4.40	688 ^b	0.454	8.14±2.71	5552.0 ^b	0.001*	29.00±5.25	6075.5 ^b	0.026*
No	21.21±3.72			9.06±2.47			30.27±4.54		
Do you have any information about CAM practices?									
Yes	20.12±4.52	7.27 ^a	0.026*	8.10±2.58	7.537 ^a	0.023*	28.22±4.78	11.674 ^a	0.003*
Partially	21.15±3.34			8.91±2.47			30.06±4.33		
No	22.05±4.34			9.02±2.81			31.07±5.49		
Have you used the CAM practices to protect against COVID-19?									
Yes	20.47±4.03	4437.5 ^b	0.282	7.92±2.26	3720 ^b	0.007*	28.39±4.77	3851 ^b	0.018*
No	21.23±3.97			8.91±2.64			30.14±4.81		

a = Kruskal Wallis,

b = Mann Whitney U,

c = Complementary Alternative Medicine subscale of HCAMQ, d = Holistic Health subscale of HCAMQ, e = Attitudes Towards Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire

* = *p* < 0.05**Table 4. Comparison of some characteristics of the participants and, mean scores of CPRS total and subscales**

	Cognitive CPRS			Emotional CPRS			CPRS ^c		
	Mean ± SD	Test statistic	<i>p</i>	Mean ± SD	Test statistic	<i>p</i>	Mean ± SD	Test statistic	<i>p</i>
Income status									
Income more than expense	14.30±2.97	16.936 ^a	0.001*	17.30±2.21	6.002 ^a	0.061*	31.59±3.90	15.451 ^a	0.001*
Income equal expense	14.18±3.22			17.10±3.59			31.29±5.74		
Income less than expense	15.90±2.72			18.21±2.16			34.10±3.98		
Working area									
In the COVID-19 units	15.32±2.80	6086 ^b	0.004*	17.57±2.87	7699.5 ^b	0.999	32.89±4.65	6785.5 ^b	0.106
Out of the COVID-19 units	14.13±3.19			17.45±3.19			31.57±5.54		
Have you been in quarantine due to COVID-19 infection?									
Yes	15.44±2.68	4967.0 ^b	0.047*	17.98±2.37	5434.0 ^b	0.284	33.42±4.39	4887.0 ^b	0.032*
No	14.58±3.12			17.35±3.19			31.93±5.27		

a = Kruskal Wallis test, b = Mann Whitney U test,

c = COVID-19 Perceived Risk Scale

* = *p* < 0.05

The relationship between the characteristics of the participants and CPRS scores

Furthermore, the difference between the cognitive subscale means score of the participants working in COVID-19 units and the mean score of those working in non-COVID-19 units ($Z = 6086$; $p = 0.047$) was found to be statically significant. Differences were found between the income level of the participants and the cognitive subscale, emotional subscale and CPRS mean scores ($p < 0.05$). It was revealed that the cognitive subscale scores and CPRS mean scores of the participants who were in quarantine due to COVID-19 infection were higher than the other participants ($p < 0.05$) (Table 4).

The relationship between the participants' HCAM and CPRS scores

A statistically significant, positive and very weak correlation was found between the participants' mean CAM score, cognitive subscale mean score ($r = 0.160$; $p < 0.011$), and CPRS mean score ($r = 0.160$; $p < 0.011$) (Table 5).

(Trail-Mahan, Mao and Bawel-Brinkley 2013). The systematic review of Balouchi et al. (2018) examining 21 studies from 13 different countries reported that only 15 studies questioned the level of knowledge of nurses about CAM practices, and nurses had knowledge varying between 29.7% and 93.6% (Balouchi et al., 2018). Zeighami and Soltani-Nejad (2020) revealed that the vast majority of nurses had little knowledge about CAM practices (Zeighami and Soltani-Nejad, 2020). Similar to the literature, in our study, a majority of the participants were found to have no or partial knowledge of CAM. The widespread and unconscious use of CAM in society is considered as an important problem threatening public health. It is believed that nurses can play an important role in eliminating this problem and in protecting and maintaining both their own health and the health of society. Thus, it is necessary to equip nurses with sufficient knowledge and skills about CAM.

During the pandemic, CAM methods approved and recommended by various authorities have been frequently featured in social media to protect from COVID-19 infection

Table 5. Correlation between the participants' mean HCAMQ total and subscales' scores, and CPRS total and subscales' scores

	Cognitive CPRS		Emotional CPRS		CPRS	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
CAM^a	0,160	0,011*	0,067	0,294	0,160	0,011*
HH^b	0,058	0,361	0,065	0,308	0,057	0,370
HCAMQ^c	0,104	0,100	0,028	0,665	0,108	0,090

a= Complementary and Alternative Medicine Questionnaire of HCAMQ, b= Holistic Health subscale of HCAMQ, c= Attitudes Towards Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire
r = Spearman's Correlation,
 * = $p < 0.05$

No statistically significant difference was found between the participants' gender, age, marital status, professional experience, department, history of COVID-19 infection, and HCAMQ total and subscale mean scores ($p > 0.05$). In addition, no statistically significant difference was revealed between the participants' gender, age, marital status, educational status, professional experience, department, history of COVID-19 infection, and CPRS total and subscale mean scores ($p > 0.05$).

DISCUSSION

Nurses are expected to have scientific knowledge about the risks and benefits of CAM practices and guide society

and strengthen the immune system (Günelan et al., 2021). News in the media about the protective features of CAM in infectious diseases, especially the use of supplements, is reported to be an important factor that increases immunity (Adams et al., 2020; Hamulka, Jeruszka-Bielak, Zielinska-Pukos, Magdalena and Drywie 2021; Utlu, Turan and Metin 2021). Teke et al. (2021) stated that nearly half of healthcare workers used CAM practices to protect themselves against COVID-19 infection during the pandemic (Teke, Özer and Bahçecioğlu Turan 2021). Our study revealed that nearly about one-fifth of the participants used CAM practices like phytotherapy, apitherapy, and yoga to protect themselves against COVID-19 infection. This difference may be due to the

fact that our sample consists only of nurses, Teke et al.'s sample consists of health workers from different professions. With the increasing interest in the use of CAM practices in the world and in Turkey, it has become a necessity for nurses, who are important members of the health care team, to inform the society about the correct use, benefits, and risks of the CAM methods (Trail-Mahan et al., 2013). It was found that nearly all of the participants having CAM practices recommended these methods to others, which is noteworthy.

In our study, the attitudes of the participants towards CAM practices were found to be moderate and positive, similar to the literature (Aktas, 2017; Koç and Baltacı, 2018; Teke et al., 2021). Studies reported that although nurses had a positive attitude towards CAM, they did not have sufficient knowledge and experience about it (Cutshall et al., 2010; Gyasi, Abass, Adu-Gyamfi and Accam 2017; Uzun and Tan, 2004; Zeighami and Soltani-Nejad, 2020). In the light of the information obtained in this study, it is predicted that the positive attitudes of nurses towards CAM might be a facilitating factor in gaining knowledge and skills about this subject.

Traditional treatments are easy to use, inexpensive, and accessible, which plays an important role in increasing the use of CAM (Isik et al., 2020). There are studies in the literature arguing that the relationship between income status and CAM usage is not significant (Hwang et al., 2020). There are also studies maintaining that individuals with high income are more likely to use CAM (Fox, Coughlan, Butler and Kelleher 2010; Shorofi, 2011). Our study revealed no relationship between income status and the use of CAM to protect against COVID-19. However, it was found that the participants whose income was equal to their expenses had more positive attitudes towards the use of CAM than those whose income was more than their expenses. When evaluated from a broader perspective, it could be stated that the use of CAM usage differs from country to country, from region to region, and even from province to province (World Health Organization [WHO], 2019). There are very economical CAM applications as well as methods with high financial value (Ventegodt, 2013). The data obtained in this study draws attention to the fact that the use of CAM to protect against COVID-19 is not associated with income status,

but there is a difference between income levels and attitudes towards CAM. No studies in the literature have yet examined the relationship between income level and attitudes toward CAM.

When the studies conducted in different societies with different measurement tools were examined, it was reported that participants with a high level of education generally exhibit positive attitudes toward CAM (Demirbag, Kurtuncu and Erkaya 2015; Erci, 2007; Teke et al., 2021). Our study revealed that the participants with graduate degrees or upper had more positive attitudes toward holistic health than the participants with an associate degree or below. Holistic health refers that the individual is a whole with physical, mental, social, and spiritual aspects and each of these affects one another. The higher level of education may have caused the events to be analyzed with a broader perspective. Traditional health-seeking behavior is a remedy-seeking behavior with CAM methods that are believed to work outside of modern medicine. Ozdemir and Arpacioğlu (2020) found that the participants who lost their loved ones due to COVID-19 exhibited more traditional health-seeking behaviors than the other participants (Ozdemir and Arpacioğlu, 2020). Consistent with these results, the study also revealed that the participants with relatives who died due to COVID-19 had more positive attitudes toward CAM. With the knowledge that supplements increasing immunity can be useful in protecting against COVID-19 and some other diseases that modern medicine has not yet found a definitive treatment, the nurses who lost their relatives due to COVID-19 might have adopted a positive attitude towards CAM to protect themselves from COVID-19.

Attitudes consist of cognitive, affective and behavioral elements. Having knowledge about a subject affects having a positive or negative attitude toward that subject (Abun, Magallanes and Incarnacion 2019). The study revealed that the participants with knowledge about CAM have more positive attitudes towards CAM, compared to the other participants. Similarly, it was reported in the literature that nurses who had knowledge about CAM had more positive attitudes towards it (Demirbag et al., 2015; Shorofi and Arbon, 2010; Shorofi and Arbon, 2017). Individuals exposed to disease threat may tend

to use CAM more than individuals who do not perceive threats in order to manage the process better (Hwang et al., 2020). It was recommended to use supplements that were reported to be effective in strengthening immunity to protect against COVID-19 infection (Ahmed et al., 2020). In support of this recommendation, the study revealed that the participants who used various CAM practices to protect themselves against COVID-19 indicated more positive attitudes toward CAM. Teke et al. (2021) found that those who used CAM practices within the last month to avoid COVID-19 had more positive attitudes toward CAM. The studies conducted with different population groups in Turkey before the COVID-19 pandemic reported that CAM users had more positive attitudes towards CAM (Demirbag et al., 2015; Erci, 2007; Koç and Baltacı, 2018). The findings suggest that positive attitudes towards CAM might be effective in terms of the use of CAM by affecting the behaviors of the participants.

Perception of risk refers to how one perceives the negative situation or danger he/she is in (Waters et al., 2011). Consistent with the literature, our study revealed that the participants had above-average perceived risk levels of COVID-19 (Abdel Wahed et al., 2020; Harapan et al., 2020; Hassan et al., 2020). However, it should be noted that the perceived COVID-19 risk level of the participants working in the COVID-19 units is higher than the participants working in other units. The high perceived risk level may be because more than half of the participants in the study were working in COVID-19 clinics, a significant part of the hospital was reserved for COVID-19 patients, and the nurses were in contact with COVID-19 units at regular intervals.

Income is an important determinant of the subjective assessment of psychosocial well-being and general health status (Benzeval and Judge, 2001). Our study revealed that the participants with low income levels had a higher perceived risk of COVID-19 than the other participants. It was thought that the participants who reported that they were more economically limited may feel limited in maintaining health, i.e. in reaching sufficient resources to protect themselves from diseases, which would lead to higher levels of the perceived risk of COVID-19.

Individuals in quarantine experience compulsory social isolation, insufficient social support, and anxiety and uncertainty about infection (Brooks et al., 2020). The participants in quarantine due to COVID-19 contact were found to experience a higher level of perceived COVID-19 risk than other participants. Being infected with COVID-19 does not provide permanent immunity (To et al., 2021). It was stated in the literature that individuals who remained in quarantine were concerned about the recurrence of the difficulties they experienced (Brooks et al., 2020). It was reported that the perceived COVID-19 risk level of the participants who stayed in quarantine is higher as they consider the possibility of re-infection.

Contreras-Yanez et al. (2020) investigated the relationship between the perceived risk of disease and the use of CAM. They conducted the study with rheumatoid arthritis patients admitted to the hospital before the pandemic, and used a risk perception measurement tool developed specifically for rheumatoid arthritis patients. In the study, the perceived risk for adverse disease outcomes was associated with the use of CAM. Our study revealed a very weak positive correlation between the CAM attitudes of the participants and the perceived cognitive risk and the perceived COVID-19 risk level; however, the correlation value was considered to be quite low in revealing the relationship. Correlation references reported by Hinkle et al. (2003) were used to evaluate the relationship strength. According to the reference ranges and descriptions of Spearman correlation coefficient values, a value in the range of 0.01-0.30 is considered a negligible low correlation. When the findings were evaluated, it was interpreted that there was no relationship between the scales (Hinkle et al., 2003; Mukaka, 2012).

Limitations of the study

There are limitations of this study, which necessarily inform interpretation of these results. First, this is a single-center study, second it is a self-report study that might threaten the reliability and validity of measurements.

CONCLUSION

In this study, the nurses were found to have positive attitudes towards CAM; however, it may be stated that no relationship exists between the perceived risk of COVID-19 and the use of CAM since it was found that the rate of CAM use among the nurses was 19.6%. However, given that the perceived risk level might change over time, it is necessary to conduct studies in order to reveal how knowledge, attitudes, and behaviors toward CAM are affected over time. In this context, it is important for nurses to have knowledge about CAM in order to improve both individual and social well-being. It is recommended to organize in-service training programs for nurses and to include CAM practices in the nursing undergraduate curriculum.

Funding

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

Declaration of competing interest

There are no conflicts of interest.

REFERENCES

1. Abdel Wahed W.Y., Hefzy E.M., Ahmed M.I. & Hamed N.S. (2020). Assessment of knowledge, attitudes, and perception of health care workers regarding COVID-19, a cross-sectional study from Egypt. *Journal of Community Health*, 45(6), 1242-1251. doi:10.1007/s10900-020-00882-0.
2. Abun D., Magallanes T. & Incarnacion M.J. (2019). College students' cognitive and affective attitude toward higher education and their academic engagement. *International Journal of English, Literature and Social Science*, 4(5), 1494-1507.
3. Adams K.K., Baker W.L. & Sobieraj D.M. (2020). Myth Busters: Dietary supplements and COVID-19. *Annals of Pharmacotherapy*, 54(8), 820-826. doi:10.1177/1060028020928052.
4. Ahmed I., Hasan M., Akter R., Sarkar B.K., Rahman M. & Sarker M.S. (2020). Behavioral preventive measures and the use of medicines and herbal products among the public in response to Covid-19 in Bangladesh: A cross-sectional study. *PLoS One*, 15(12), e0243706. doi:10.1371/journal.pone.0243706.
5. Aktas B. (2017). Attitudes of nursing students toward holistic complementary and alternative medicine. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 55-59. doi:10.5222/jaren.2017.055.
6. Alyami H.S., Orabi M.A.A., Aldhabbah F.M., Alturki H.N., Aburas W.I. & Alfayez A.I. (2020). Knowledge about COVID-19 and beliefs about and use of herbal products during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 28(11), 1326-1332. doi:10.1016/j.jsps.2020.08.023.
7. Balouchi A., Mahmoudirad G., Hastings-Tolsma M., Shorofi S.A., Shahdadi H. & Abdollahimohammad A. (2018). Knowledge, attitude and use of complementary and alternative medicine among nurses: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31(2), 146-157. doi:10.1016/j.ctcp.2018.02.008.
8. Benzeval M. & Judge K. (2001). Income and health: the time dimension. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1371-1390. doi:10.1016/S0277-9536(00)00244-6.
9. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. & Rubin G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
10. Brug J., Aro A.R., Oenema A., Zwart O.D., Richardus J.H. & Bishop G.D. (2004). SARS risk perception, knowledge, precautions, and information sources, the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases*, 10(8), 1486-1489. doi:10.3201/eid1008.040283.
11. Contreras-Yanez I., Cabrera-Vanegas A., Robledo-Torres A., Caceres-Giles C., Valverde-Hernandez S., Dadilla-Ortiz D.P., Guaracha-Basanez G.A. & Pascual-Ramos V. (2020). Association of significant risk perception with the use of complementary and alternative medicine: A cross-sectional study in Hispanic patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One*, 15(8): e0237504. doi:10.1371/journal.pone.0237504.
12. Cutshall S., Derscheid D., Miers A.G., Ruegg S., Schroeder B.J. & Tucker S. (2010). Knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative therapies among clinical nurse specialists in an academic medical center. *Clinical Nurse Specialist*, 24(3), 125-131. doi:10.1097/NUR.0b013e3181d86cd1.
13. Demirbag B.C., Kurtuncu M. & Erkaya R. (2015). Attitudes towards the holistic complementary and alternative medicine: midwives working in the family health care in Turkey. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 3(1D), 261-266.
14. Erci B. (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: A sample of healthy people in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 761-768. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01655.x.
15. Fouladbakhsh J.M. & Stommel M. (2007). Using the behavioral model for complementary and alternative medicine: The CAM healthcare model. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 4(1), 11. doi:10.2202/1553-3840.1035.
16. Fox P., Coughlan B., Butler M. & Kelleher C. (2010). Complementary alternative medicine (CAM) use in Ireland: A secondary analysis of SLAN data. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(2), 95-103. doi:10.1016/j.ctim.2010.02.001.
17. Günalan E., Kaya Cebioglu İ. & Çonak Ö. (2021). The popularity of the biologically-based therapies during coronavirus pandemic among the google users in the USA, UK, Germany, Italy and France. *Complementary Therapies in Medicine*, 58(3), 102682. doi: 10.1016/j.ctim.2021.102682.
18. Gyasi R.M., Abass K., Adu-Gyamfi S. & Accam B.T. (2017). Nurses' knowledge, clinical practice and attitude towards unconventional medicine: Implications for intercultural healthcare. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29(4), 1-8. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.07.001.
19. Hamulka J., Jeruszka-Bielak M., Zielinska-Pukos M.A., Magdalena G. & Drywie M.E. (2021). Dietary supplements

- during COVID-19 Outbreak. Results of google trends analysis supported by PLife COVID-19 online studies. *Nutrients*, 13(1), 54. doi:10.3390/nu13010054.
20. Harapan H., Anwar S., Nainu F., Setiawan A.M., Yufika A. & Winardi W. (2020). Perceived risk of being infected with SARS-CoV-2: A perspective from Indonesia. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(2), 55-59. doi:10.1017/dmp.2020.351.
 21. Hassan Z., Ullah A.R., Ali I., Aqeel S., Khan J.Z., Shah S.Z.A., Zeb A. & Hussain A. (2020). Knowledge, risk perception and information sources regarding Covid-19 among allied healthcare workers in Peshawar. *Annals of King Edward Medical University*, 26(special issue), 269-275.
 22. Hinkle D., Wiersma W. & Jurs S. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences* 5th ed. Boston: Houghton Mifflin.
 23. Hwang J.H., Cho H.J., Bin I.H., Jung Y.S., Choi S.J. & Han D. (2020). Complementary and alternative medicine use among outpatients during the 2015 MERS outbreak in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 1-10. doi:10.1186/s12906-020-02945-0.
 24. Hyland M.E., Lewith G.T. & Westoby C. (2003). Developing a measure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. *Complementary Therapies in Medicine*, 11(1), 33-38. doi:10.1016/s0965-2299(02)00113-9.
 25. Isik K., Ünver H. & Yildirim H. (2020). The relationship between the attitudes of individuals towards traditional and complementary alternative treatment and their health perceptions. *Journal of Public Health*, 28(6), 745-750. doi:10.1007/s10389-020-01233-y.
 26. Kang L., Ma S., Chen M., Yang J., Wang Y. & Li R. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87(5), 11-17. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028.
 27. Koç E. & Baltacı N. (2018). Knowledge, use and attitude of intern nursing/midwifery students with regard to complementary and alternative medicine. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 10-16.
 28. Labrague L.J. & De Los Santos J.A.A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653-1661. doi:10.1111/jonm.13121.
 29. Mo Y., Deng L., Zhang L., Lang Q., Liao C. & Wang N. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002-1009. doi:10.1111/jonm.13014.
 30. Mukaka M.M. (2012). Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3), 69-71.
 31. Nejatian M., Alami A., Tehrani H., Lael-Monfared E., & A. Jafari. (2018). Perceptions and personal use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) by Iranian health care providers. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32(3), 145-150. doi:10.1016/j.ctcp.2018.06.002.
 32. Nilashi M., Samad S., Yusuf S.Y.M. & Akbari E. (2020). Can complementary and alternative medicines be beneficial in the treatment of COVID-19 through improving immune system function? *Journal of Infection and Public Health*, 13(6), 893-896. doi:10.1016/j.jiph.2020.05.009.
 33. Ozdemir D. & Arpacioğlu S. (2020). The effect of social media use, health perception and health-seeking behavior on fear of coronavirus. *Current Approaches in Psychiatry*, 12(Suppl 1), 364-381. doi:10.18863/pgy.803145.
 34. Shahrajabian M.H., Sun W., Shen H. & Cheng Q. (2020). Chinese herbal medicine for SARS and SARS-CoV-2 treatment and prevention, encouraging using herbal medicine for COVID-19 outbreak. *Acta Agriculturae Scandinavica, Section B Soil & Plant Science*, 70(5), 437-443. doi:10.1080/09064710.2020.1763448.
 35. Shorofi S.A. & Arbon P. (2010). Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(4), 229-234. doi:10.1016/j.ctcp.2010.05.008.
 36. Shorofi S.A. & Arbon P. (2017). Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 27(2), 37-45. doi:10.1016/j.ctcp.2017.03.001.
 37. Shorofi S.A. (2011). Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalised patients: Reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalisation, and the socio-demographic determinants of CAM users. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(4), 199-205. doi:10.1016/j.ctcp.2011.05.001.
 38. Silva E., Ono B. & Souza J. (2020). Sleep and immunity in times of COVID-19. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(Suppl 2), 143-147. doi:10.1590/18069282.66.S2.143.
 39. Simsek B., Aksoy D.Y., Basaran N.C., Tas D., Albasan D. & Kalayci M.Z. (2017). Mapping traditional complementary medicine in Turkey. *European Journal of Integrative Medicine*, 15(7), 68-72. doi:10.1016/j.eujim.2017.09.006.
 40. Stawicki S., Jeanmonod R., Miller A., Paladino L., Gaieski D. & Yaffee A. (2020). The 2019-2020 novel coronavirus (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) pandemic: A joint american college of academic international medicine-world academic council of emergency medicine multidisciplinary COVID-19 working group consensus paper. *Journal of Global Infectious Diseases*, 12(2), 47-93. doi:10.4103/jgid.jgid_86_20.
 41. Teke N., Özer Z. & Bahçecioglu Turan G. (2021). Analysis of health care personnel's attitudes toward complementary and alternative medicine and life satisfaction due to COVID-19 pandemic. *Holistic Nursing Practice*, 35(2), 98-107. doi:10.1097/HNP.0000000000000431.
 42. To K.K.W., Hung I.F.N., Ip J.D., Chu A.W.H., Chan W.M., Tam A.R., Fong C.H.Y., Yuan S., Tsoi H.W., Ng A.C.K., Lee L.L.Y., Wan P., Tso E.Y.K., To W.K., Tsang D.N.C., Chan K.H., Huang J.D., Kok K.H., Cheng V.C.C., Yuen K.Y. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) reinfection by a phylogenetically distinct severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 strain confirmed by whole genome sequencing. *Clinical Infectious Diseases*, 73(9), e2946-e2951. doi:10.1093/cid/ciaa1275.
 43. Toprak F.U., Uysal N., Erenel A.S. & Kutluturkan S. (2019). Determination of practices and attitudes of oncology nurses, cancer patients and patient relatives about complementary - Alternative medicine applications. *Gazi Medical Journal*, 30(3), 258-262. doi:10.12996/gmj.2019.65.

44. Trail-Mahan T., Mao C.L. & Bawel-Brinkley K. (2013). Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge. *Pain Management Nursing*, 14(4), 277-286. doi:10.1016/j.pmn.2011.06.001.
45. Utlu Z., Turan Ç. & Metin N. (2021). Supportive product use in healthcare professionals during the Covid-19 pandemic: survey report. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 4(1), 27-32. doi:10.5336/jtracom.2020-77905.
46. Uzun O. & Tan M. (2004). Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4), 239-244. doi:10.1016/j.ctnm.2004.06.004.
47. Ventegodt S. (2013). How should medicine develop? A comparative analysis of cost-benefit and cost-effectiveness of all types of evidence-based medicine for all clinical conditions (report from work-in-progress). *Alternative & Integrative Medicine*, 2(8),1000e108. doi:10.4172/2327-5162.1000e108.
48. Waters E.A., Klein W.M.P., Moser R.P., Yu M., Waldron W.R., McNeel T.S. & Freedman A.N. (2011). Correlates of unrealistic risk beliefs in a nationally representative sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(3), 225-235. doi:10.1007/s10865-010-9303-7.
49. WHO Report, WHO Global report on traditional and complementary medicine 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?ua=1> (Accessed: 18 December 2020).
50. Yildirim M. & Guler A. (2020). Factor analysis of the Covid-19 perceived risk scale: a preliminary study. *Death Studies*, 46(5), 1065-1072. doi:10.1080/07481187.2020.1784311.
51. Zeighami M., Soltani-Nejad S. (2020). Knowledge, attitude, and practice of complementary and alternative medicine: a survey of Iranian nurses. *Journal of Research in Nursing*, 25(4), 380-388. doi:10.1177/1744987120925852.



Orijinal Araştırma

Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi

Investigation of Rational Drug Use and Health Perception in Different Generations

Beyza Nur ŞENGÜL ^a, Musa Şamil AKYIL ^b^a Uzm. Gr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Disiplinlerarası Doktora Programı, AYDIN, TÜRKİYE^b Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Bilimler Bölümü, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Bu araştırmanın amacı; Baby Boomer (BB), X ve Y kuşağının sağlık algıları (SA) ve akılcı ilaç kullanımı (AİK) bilgi seviyelerini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde Şubat 2020- Ağustos 2020 tarihlerinde, 407 katılımcı ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)", "Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)" ile elde edilmiştir. Betimleyici analiz, Kruskal Wallis, Ki kare ve Mann Whitney U testi uygulanmış, istatistiki anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcılar %21.1 oranında BB kuşağı, %29 oranında X kuşağı, %49.9 oranında Y kuşağından oluşmaktadır. SAÖ toplam puan ortalaması 49.93; AİKÖ toplam puan ortalaması 36.75 bulunmuştur. Sosyal güvence, medeni durum, yaş, düzenli egzersiz, eğitim düzeyi, ilaç kullanımı bilgisi AİK bilgi düzeylerini etkilemekte iken diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim ve gelir düzeyi, medeni durum, yaş, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanmak, ilaç kullanımı bilgisi, alkol tüketimi ve farklı kuşaklardan olmak SA ile ilişkilidir. Y kuşağı, SA'sı ve AİK bilgi düzeyi en yüksek kuşak iken; kronik hastalık, polifarmasi, düzenli kullanılan ilaç sayısı en fazla BB kuşağında görülmüştür. SA ve AİK arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Katılımcılarda akılcı olmayan ilaç kullanımının varlığı, ilaç kullanımıyla ilgili bilgilendirmeler yapılması gerektiği, AİK ile SA'nın ilişkili olduğu ve bu durumun farklı kuşaklarda yer almaktan etkilendiği saptanmıştır. BB kuşağının AİK ile ilgili bilinçlendirilmesi, hizmet sağlayıcıların kuşaklararası farklılıkları ve bilgi asimetrisini gözetmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcük: Akılcı İlaç Kullanımı, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı, Baby Boomer, X ve Y Kuşağı, Sağlık Algısı

ABSTRACT

Background: The aim of this study was to determine health perceptions and the rational drug use knowledge levels of BB, X, Y generations.

Methods: The research was carried out at Aydın Adnan Menderes University Faculty of Dentistry, between February 2020 and August 2020, with 407 participants. As a data collection tool; "Introductory Information Form", "Health Perception Scale (HPS)" and "Rational Drug Use Scale (RDUS)" were used. Descriptive analysis, Mann Whitney U, Chi-square and Kruskal Wallis test were applied and statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: Participants consist of 21.1% BB generation, 29% X generation, 49.9% Y generation. HPS total mean score was 49.93; The total score mean of the RDUS was 36.75. While social security, marital status, age, regular exercise, education level, knowledge of drug use affect the knowledge levels of RDU, no significant correlation was found with other variables. Education and income level, marital status, age, chronic disease, regular drug use, drug use knowledge, alcohol use and being from different generations are associated with HPS. Generation Y is the generation with the highest level of HP and RDU knowledge; Chronic disease, polypharmacy, and the number of regularly used drugs were mostly seen in the BB generation. A positive and significant relationship was found between HP and RDU.

Conclusion: It was determined that there was irrational drug use in the participants, that information should be given about drug use, that RDU and HP were related, and that they were affected by being in different generations. It is recommended to raise the awareness of the BB generation about RDU, and to ensure that service providers observe the intergenerational differences and information asymmetry.

Keywords: Rational Drug Use, Irrational Drug Use, Baby Boomer, X and Y Generations, Health Perception

★ Bu çalışma; birinci yazarın, ikinci yazar danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak yazılmış, 25.11.2021 tarihinde I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Multidisipliner Yaklaşımlar Kongresi'nde özet bildirisi olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Beyza Nur ŞENGÜL

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Disiplinler arası Doktora Programı, AYDIN, TÜRKİYE

e-posta: bevezanursengul1995@gmail.com

Geliş tarihi:13.11.2022

Kabul tarihi:12.12.2022

GİRİŞ

Yaşanılan dönemin toplumsal, politik, iktisadi, kültürel olaylarından ve etkin değerlerinden etkilenen benzer zaman aralıklarında dünyaya gelen bireylerin oluşturduğu topluluklar kuşak olarak adlandırılmaktadır (Altuntuğ, 2012).

1946-1964 yılları arasında doğmuş kişiler Baby Boomer (BB) Kuşağı (Fell, 2020; Lancaster ve Stillman, 2002), 1965-1979 yılları arası X Kuşağı (Fell, 2020), 1980-2000 yılları arası ise Y Kuşağı (Salahuddin, 2010) olarak tanımlanmaktadır. Kuşaklar; farklı dönem, çevre ve koşullarda yetişmelerinden kaynaklı olarak farklı karakteristik yapılar sahiptirler. Bu bireyleri tanımlarken kuşağının karakteristik özelliklerini, güçlü/ zayıf yanlarını, istek ve yaşam biçimlerini göz önünde bulundurmak, kuşaklar arası farklılıkları ve iletişimi etkin yönetmeyi kolay hale getirecektir (Adıgüzel, Batur ve Ekşili, 2014). Literatürdeki kuşak çalışmaları incelendiğinde sağlık durumları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık algısı ve ilaç kullanımları konularında yapılan fazla çalışma olmadığı dikkat çekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, yarıdan fazla ilaç; uygun olmayan şekillerde reçetelenmekte ve satılmaktayken, hastaların yarısı ilaçlarını olması gerektiği gibi kullanmamaktadır (WHO, 2002). Çoğu ülkede yapılan ilaç harcamaları, sağlık giderlerinin içinde önemli bir yer tutmaktadır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2022).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ilaca bağlı ortaya çıkan mortalite ve morbidite sebepli giderlerin 30 milyon- 130 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmekteyken, Arjantin 'de cepten harcamalarda en fazla payı (%70) ilaçların oluşturduğu, Kenya 'da ayaktan tedavilerde cepten harcamaların en fazla ilaç harcamalarına (%69) yapıldığı bildirilmektedir (Holloway, 2009; Cavagnero, Carrin, Xu ve Rivera, 2006; Xu, James, Carrin ve Muchiri, 2006). Ülkemiz için de benzer biçimde sağlık harcamalarının hızlı bir biçimde arttığı, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında tüm sağlık harcamaları içerisindeki ilaç harcamaları oranının ülkemizde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Akıcı ve Ulupınar, 2013; Yardan, Demirkıran ve Kiremit, 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre cepten sağlık harcamaları (ilaç, tedavi

masrafları vb.) bir önceki yıla kıyasla %19.3 artarak 40 milyar 105 milyon TL olmuştur (TÜİK, 2020). Küresel sağlık problemi olarak karşımıza çıkan akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) kapsamında; reçetesiz ilaç alımı, uygun olmayan reçetelemeler, gereksiz antibiyotik, enjeksiyon ve yanlış ilaç kullanımı, yanlış doz, hasta bilgilendirilmelerine yeterli sürenin verilmemesi ve yanlış tedavi sürelerinin sık görüldüğü dikkat çekmektedir (Holloway, 2009; Akl, Mahalli, Elkahky ve Salem, 2014; Chareonkul, Khun ve Boonshuyar, 2002; Saha ve Hossain, 2017; Xu ve ark, 2006). AOİK ve ilaç harcamalarının azaltılabilmesi için akılcı ilaç kullanımı (AİK) uygulamaları artırılabilir (Yardan, Demirkıran ve Kiremit, 2016).

DSÖ, 1985' te Nairobi' de AİK'yi: "Hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçları, gereksinimlerini karşılayacak dozda, uygun sürelerde, kendisi ve toplum adına en az maliyetle alması" şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1985). AİK'nin yaygınlaştırılması ve halkın bilinçlendirilmesi gerekmekte, uygun kılavuzlara ihtiyaç duyulmaktadır (Agrawal ve ark, 2009; Bairami, Soleymani ve Rashidian, 2016). Ülkemizde yapılmış çalışmalarda da AOİK' nin sık görüldüğü, AİK ve farkındalık eğitimleri ihtiyacının önemli olduğu bulunmuştur (Mollahaliloğlu, Alkan, Özgülcü, Öncül ve Güney, 2011; Şendir, Çelik, Güzel ve Büyükyılmaz, 2015; Yılmaz, Kırbıyıkoglu, Ariç ve Kurşun, 2014). AOİK ve polifarmasinin artması ile birlikte meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik problemler sebebiyle her yaş grubundan kuşakta AİK önemlidir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip olmak gerekmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kazanma, sağlığı geliştirme ve sürdürmenin sağlık algısı (SA) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Çilingir ve Aydın, 2017; Açıksöz, Uzun ve Arslan, 2013). Sağlık algısı; kişinin sağlığını biyolojik, ruhsal ve sosyal açıdan değerlendirmesidir (Erengin ve Dedeoğlu, 1997). Kendisini sağlıklı olarak algılayan bireyler, sağlıklarını geliştirecek ve koruyacak davranışları daha çok sergilemektedirler (Ayaz, Tezcan ve Akıncı, 2005). Bireyin sağlığı hakkında doğru karar verip uygun davranması SA ve sağlığı konusundaki farkındalığıyla ilişkili iken yaşanılan sağlık problemleri ve

sürekli ilaç kullanmak sağlık algısını etkilemektedir (Önal ve ark, 2009).

SA ve AOİK' nin morbidite, mortalite, hasta geçirilen gün sayısı, hospitalizasyonla ilişkisi nedeniyle bu parametrelerin tespit edilmesinin uygun sağlık hizmetlerinin sunulmasına, bakım ve hastalık yükünün azaltılmasına iyi yönde etki edeceği düşünülmektedir (Ertaş ve Kırac, 2019; Cho, Martin, Margrett, MacDonald ve Poon, 2011; WHO, 2002). Sağlığı geliştirebilmek ve yaşam doyumunu artırabilmek için SA'nın daha iyi hale getirilmesi ve AİK'nin yaygın duruma getirilmesi, SA ve AİK ile ilgili daha fazla araştırmanın yapılması önem arz etmektedir. Farklı kuşakların SA ve AİK durumlarındaki değişimler belirlenip mukayese edilerek SA ve AİK'nin yaygınlaştırılmasında, farkındalığın artırılmasında iş birliği geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Amaç

Bu çalışmada üç farklı kuşağın sağlık algıları, AİK bilgi düzeyleri ve de bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma analitik ve kesitsel niteliktedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Diş Hekimliği Fakültesi'nde Şubat 2020- Ağustos 2020 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni ADÜ Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bir önceki senenin hasta sayısı (31.100) evren olarak kabul edilip evreni bilinen örneklem formülü kullanılıp örneklem sayısı belirlenmiştir. Yaş aralıklarına göre katılımcı sayısı hesaplanırken tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır buna göre BB kuşağından en az 86, X kuşağından en az 104, Y kuşağından en az 189 olmak üzere 379 katılımcının örnekleme dahil edilmesi gerekmekte iken daha fazla kişiye ulaşılarak çalışmaya "407" birey dâhil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)", "Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)" ile elde edilmiştir.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan formda bireylerin sosyo-demografik verileri, sağlık durumu ve sağlığını korumaya yönelik davranış özellikleri, ilaç kullanımı bilgisi ve alışkanlıklarını anlamaya yönelik 20 soru yer almaktadır.

AİKÖ: AİK bilgisini ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik, güvenilirliği Demirtaş ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmıştır. 21 madde, 1 alt boyuttan oluşan ölçekten 0- 42 aralığında puan alınabilmekte, 35 üzeri puan alanların AİK bilgisine sahip olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.789 dur (Demirtaş ve ark, 2018). Araştırmada ise Cronbach's Alpha değeri; 0.64 olarak bulunmuştur.

SAÖ: Diamond ve ark. (2007) geliştirdiği, Kadioğlu ve arkadaşlarının Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı, 15 maddelik, 5'li likert tipte, dört alt boyutu olan bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puan 15-75 arasındadır, sınır değeri yoktur, toplam puanın yüksekliği SA düzeyinin yüksekliğini, düşük puanlar SA düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek Cronbach's alpha katsayısı 0.77 iken (Kadioğlu ve Yıldız, 2012) çalışmada bu değer 0.69 bulunmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Belirlenen katılımcı sayısına erişilinceye kadar; hafta içi, araştırmanın yapıldığı merkeze gidilip çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun, çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere araştırma hakkında açıklama yapıp onamlarının alınmasının ardından soruları yanıtlamaları istenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde istatistik paket programı IBM SPSS 25. 0 kullanılmıştır. Araştırmada bağımlı değişkenler SA ve AİK; bağımsız değişkenler cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kronik hastalıklar, sürekli ilaç kullanmak, BB, X, Y kuşağından olmaktır. Veriler değerlendirilirken; demografik verilerde ortalama, yüzdelik oran, pearson korelasyon analizi, Mann-

Whitney U, Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Veriler toplanırken ADÜ Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (tarih ve sayı; 11/02/2020-E.10014, 50107718-050.99, protokol no; 2020/161), ADÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlık onayı, ölçek kullanım izinleri, aydınlatılmış onam alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların %51.8'i erkek, %56'sı evli, %44.2'si üniversite mezunudur. Bireylerin %53.8'inin geliri giderine eşittir ve %88'inin sosyal güvencesi vardır (Tablo 1). Katılımcıların SAÖ puan ortalaması 49.9361, minimum puanı 28, maximum puanı 74; AİKÖ puan ortalaması 36.7568, minimum puanı 21 ve maximum puanı 42 olarak tespit edilmiştir. Katılımcılara ait demografik özellikler, SAÖ ve AİKÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalara ait istatistiksel analiz sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile SAÖ ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	SAÖ				AİKÖ	
	N	%	Ort	SS	Ort	SS
Cinsiyet						
Kadın	196	48.2	49.66	7.63	37.36	3.90
Erkek	211	51.8	50.19	7.88	36.19	4.46
Test ve Önemlilik			U=19892.5 p=.507		U=17389.0 p=.005	
Medeni Durum						
Evli	228	56	49.16	7.67	36.56	4.49
Bekar	156	38.4	51.28	7.60	37.01	3.92
Boşanmış	12	2.9	50.75	9.47	36.42	3.89
Eşi vefat etmiş	11	2.7	46.18	7.20	37.64	3.58
Test ve Önemlilik			$X^2=11.96$ p=.007		$X^2=1.17$ p=.759	
Eğitim Durumu						
Okur Yazar	13	3.2	45.69	5.57	34.77	5.13
İlk ve Ortaokul	87	21.4	47.21	7.48	35.03	5.07
Lise	97	23.8	48.99	7.70	35.80	4.15
Üniversite	180	44.2	51.94	7.72	37.91	3.43
Lisansüstü	30	7.4	50.70	6.28	38.80	2.84
Test ve Önemlilik			$X^2=32.438$ p=.000		$X^2=41.921$ p=.000	
Gelir Düzeyi						
Gelir < gider	123	30.2	48.12	7.60	36.21	4.41
Gelir = gider	219	53.8	50.36	7.40	36.96	4.03
Gelir > gider	65	16	51.95	8.58	37.11	4.51
Test ve Önemlilik			$X^2=9.605$ p=.008		$X^2=3.442$ p=.179	
Sosyal Güvence						
Var	358	88	49.89	7.572	37.01	3.958
Yok	49	12	50.31	9.077	34.94	5.621
Test ve Önemlilik			U=8677.00 p=.903		U=6944.50 p=.017	

Araştırma bulguları kadınlarda AİKÖ'den alınan puanların daha yüksek olduğunu göstermiştir ($p < 0.05$, Tablo 1). SA ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 1). Katılımcıların medeni durumları ve SA arasında anlamlı ilişki bulunmakta iken evli olan bireylerin SA'ları bekârlara göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 1). Medeni durum ve AİK arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 1). Araştırma bulguları eğitim düzeyi lisansüstü olanların en yüksek AİKÖ puanlarına sahip olduğunu göstermiştir ($p < 0.05$, Tablo 1). Sağlık algısı en yüksek grup eğitim düzeyi lisans ve yüksek lisans olanlardır ($p < 0.05$, Tablo 1). Araştırma, sosyal güvencesi olmayan bireylerin AİK düzeylerinin sosyal güvencesi olanlardan daha düşük olduğunu göstermiştir ($p < 0.05$, Tablo 1), sosyal güvence ile SA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 1). Araştırma bulgularına göre gelir durumu gider durumundan daha yüksek olan katılımcılar daha yüksek SA'ya sahiptir ($p < 0.05$, Tablo 1), AİK bilgi düzeylerinin gelire göre farklılığı anlamlı değildir ($p > 0.05$, Tablo 1).

Tablo 2.a. Katılımcıların İlaç Kullanım Bilgisi ile SAÖ ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kronik Hastalık	SA			AİK	
	N	%	SS	Ort	SS
Evet	138	33.9	47.89	7.72	36.67
Hayır	269	66.1	50.99	7.57	36.8
Test ve Önemlilik			U=14414.0 p=.000		U=18394.0 p=.881
Düzenli İlaç Kullanımı					
Evet	142	34.9	48.54	7.94	36.99
Hayır	265	65.1	50.68	7.56	36.63
Test ve Önemlilik			U=15664.5 p=.005		U=17867.5 p=.399
İlaçların Kullanım Nedenini Bilmek					
Evet	382	93.9	50.14	7.82	36.92
Hayır	25	6.1	46.84	5.84	34.2
Test ve Önemlilik			U=3485.5 p=.024		U=3490.0 p=.023
İlaçların Nasıl Kullanılacağını Bilmek					
Evet	390	95.8	50.07	7.84	36.89
Hayır	17	4.2	46.94	4.42	33.59
Test ve Önemlilik			U=2386.0 p=.050		U=1989.0 p=.005
İlaç Kullanımına Dair Bilgilendirilmek					
Evet	382	93.9	50.13	7.82	36.81
Hayır	25	6.1	46.92	5.90	36.0
Test ve Önemlilik			U=3285.0 p=.009		U=4378.5 p=.483

Tablo 2.b. Katılımcıların İlaç Kullanım Bilgisi ile SAÖ ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	%	SA		AİK	
			SS	Ort	SS	Ort
Prospektüsü Anlamakta Güçlük Çekmek						
Evet	267	65.6	49.01	7.30	36.37	4.37
Hayır	140	34.4	51.71	8.30	37.49	3.88
			U=15423.5		U=15800.0	
			p=.004		p=.010	
Evde Yedekte İlaç Bulundurmak						
Evet	235	57.7	50.2	7.83	36.87	4.26
Hayır	172	42.3	49.58	7.66	36.6	4.21
			U=19242.0		U=19260.0	
			p=.409		p=.414	
Reçetesiz İlaç Kullanmak						
Evet	242	59.5	50.12	7.59	36.9	4.23
Hayır	165	40.5	49.67	8.00	36.55	4.25
			U=19051.0		U=18757.5	
			p=.432		p=.296	
AOİK Kavramını Duymak						
Evet	117	28.7	52.44	7.77	38.6	3.52
Hayır	290	71.3	48.92	7.52	36.01	4.27
			U=12452.0		U=10042.0	
			p=.000		p=.000	

Araştırmada kronik hastalık varlığı ile AİK arasında anlamlı bir fark saptanmamışken ($p>0.05$, Tablo 2.a), SA ile arasındaki farklılığın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 2.a).

Kronik hastalığı olan katılımcıların SA'sı daha düşüktür. Araştırma bulguları ilaçlarını neden, nasıl kullanması gerektiğini biliyor olma ve prospektüleri anlama ile AİK arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($p<0.05$, Tablo 2.a). İlaç kullanımı konusunda bilgiye sahip olan ve prospektüleri okurken anlamakta güçlük çekmeyen katılımcıların AİK bilgi düzeyleri bilmeyenlere göre daha yüksektir (Tablo 2.a, Tablo 2.b). Araştırmada hastaların %6.1'i ilaçlarının kullanım nedenini, % 4.2' si kullanım şeklini bilmediğini, %65.6'sı prospektüleri anlamakta zorlandığını, %6.1'i sorumlu tarafların gereken bilgilendirmeleri yapmadığını bunun yanı sıra yakınlarına ilaç tavsiye ettiğini, sağlıklı olmayan tanıdıklarından bilgi edindiğini ifade etmişlerdir. Reçetesiz ilaç kullanım oranının %59.5, yedek ilaç reçetelenmesini isteyenlerin oranının %57.8 olduğu belirlenmiş, self medikasyon düzeyi yüksek bulunmuştur. Katılımcılar, %44.2 oranında daha önce reçetelenmiş ilaçları, %20.9 oranında bireysel bilgi ve gözlemlerini, %7.9 oranında etrafindakilerin önerilerini, %6.1 oranında internetten araştırdıklarını, %0.2 oranında televizyondan gördüklerini dikkate alarak reçetesiz ilaç kullandığını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %71.3'ü "akılcı ilaç kullanımı" kavramını duymadıklarını ifade etmiş, bu kavramı duyduğunu belirten kişilerin AİKÖ puan ortalamaları duymayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo2.b).

Araştırma bulgularına göre ilaç kullanım nedenini ve nasıl kullanması gerektiğini bilen, ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilen, prospektüleri okurken zorluk çekmeyen, düzenli kullandığı ilacı olmayan katılımcıların SAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2.a, Tablo 2.b). SAÖ puan ortalamaları daha önce AİK kavramını duyan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 2.b).

Kuşakların SAÖ ve AİK toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 3'de verilmiştir. Bulgulara göre en yüksek SA ve AİK bilgi seviyesinin yaş olarak en genç olan Y kuşağında olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 3). AİKÖ puan ortalamaları ile farklı kuşaklarda yer alma durumları arasındaki farkın anlamlı olmadığını ancak BB, X kuşağının AİK bilgi düzeyi ortalamalarının Y kuşağına göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo3). Araştırmada polifarmasinin en çok BB kuşağında olduğu görülmektedir. Araştırma bulguları "kuşaklara göre" SA seviyelerindeki farklılığın anlamlı olduğunu, diğer kuşaklara kıyasla Y kuşağının SA'sının daha yüksek olduğunu göstermiştir ($p<0.05$, Tablo3). Araştırma bulguları SA ve AİK arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğunu göstermiştir($r=0.278,p=0.000$). SA'nın artmasıyla AİK bilgi seviyesi de artış göstermektedir.

Tablo 3. Kuşakların SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kuşak	N	%	SA		AİK	
			Ort	SS	Ort	SS
BB	86	21.1	47.72	7.875	36.22	4.771
X	118	29	49.41	7.33	36.29	4.11
Y	203	49.9	51.18	7.73	37.26	4.03
Test ve Önemlilik			$\chi^2=15.116$		$\chi^2=6.635$	
			p=.001		p=.056	

TARTIŞMA

Aynı yıllarda doğmuş, yirmi beş- otuz yıllık yaş gruplarını oluşturan nesiller kuşak olarak adlandırılmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2022). Baby Boomers kuşağı, rekabetçi aynı zamanda iyimser kişilik yapısına sahiptir ve

para, unvan, takdir görme, kendini ifade etme ve bireysellik onlar için önemlidir (Lancaster ve Stillman, 2002 akt; Freeman, Trower, Tan ve Terkla, 2009). Şüpheli kişilik yapısına sahip olan X kuşağı özgürlük ve yaşam standartlarının yüksek olmasına önem verirken; özgüvenleri ve özgürlüklerine düşkünlüğü ile bilinen Y kuşağı ise sürekli sorgulayan, yaşı nedeniyle çoğunlukla iş hayatına yeni atılmış, esnekliği önemseyen bir kuşaktır (Lancaster ve Stillman, 2002 akt; Freeman, Trower, Tan ve Terkla, 2009; İnce, 2018). Kuşaklarda görülen bu farklılıkların SA ve AİK'yi etkileyebileceği düşünülmektedir. BB, X ve Y kuşağının SA ve AİK bilgi düzeyleri ile bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; kadınların AİKÖ'den aldıkları puanın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bulgularımızı destekler nitelikte olan (Demirtaş ve ark, 2018), buna karşın cinsiyetin AİK bilgi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşan farklı çalışmalar mevcuttur (Özkan ve Aca, 2020; Soysal ve Şahin, 2020). Bununla birlikte; çalışmada SA ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 1). Araştırmada elde edilen bulgular literatürü destekler niteliktedir (Ertaş ve Kıraç, 2019; Yanmış ve Ergüney, 2020; Çaka, Topal, Suzan, Çınar ve Altınkaynak, 2017; Rahman ve Barsky, 2003).

Evli olan bireylerin SA'ları bekârlara göre daha düşüktür (Tablo 1). Medeni durum ve SA arasında anlamlı ilişki bulunmakta ve çalışmada elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir (Erengin ve Dedeoğlu, 1997; Uzuntarla ve Uzuntarla, 2019).

Araştırma bulgularına göre eğitim düzeyi lisansüstü olanların AİKÖ puanları daha yüksektir (Tablo 1). Eğitim düzeyinin artması ile AİK bilgi düzeylerinin de artması beklenen bir durumdur. Sağlık algısı en yüksek grup eğitim düzeyi lisans ve yüksek lisans olanlardır (Tablo 1). Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Ertaş ve Kıraç, 2019). Düşük eğitim düzeyine sahip sağlık algısı yüksek olan katılımcılarda sağlık algısını etkileyebileceği düşünülmesi sebebiyle "bireyin sağlığına ne kadar ehemmiyet verdiği, beden ve hastalıklarıyla ilgili farkındalık ve bilinci, taramalar yoluyla sağlık sisteminden uzaklaşmama" davranışlarının gözden geçirilmesi gerekebilir.

Araştırma bulgularına göre sosyal güvencesi olmayan bireylerin AİK düzeyleri sosyal güvencesi olanlardan daha düşüktür (Tablo 1). Araştırmada elde edilen bu bulguyu destekler nitelikte, literatürde kişilerin sosyal güvencesi olmayışının ilaçları akılcı kullanma durumlarına olumsuz etki ettiği aktarılmaktadır (Pınar, Karataş, Bozdemir ve Ünal, 2013). Sosyal güvencenin olmaması halinde hastalar olası masraflardan kaçınma, teşhis ve tedavi süreçlerinin bireysel olarak üstesinden gelmeye yönelebilecekleri gibi bu durum AOİK adına risk teşkil etmekteyken sosyal güvencenin olmayışının kişide oluşturacağı stresin fiziksel ve psikolojik iyilik halini de olumsuz etkileyeceği öngörülmektedir. Sosyal güvence ile kişinin güvende hissetmesi, sağlık sistemi içerisinde yer alarak uzmanlarca medikalizasyon ve sağlıklı davranış biçimleri konusunda denetimde olmalarının sağlanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada AİK bilgi düzeylerinin gelire göre farklılığının anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Literatürde gelir düzeyi ile AİK tutum ve düzeyleri arasında ilişki olduğunu söyleyen farklı çalışmalar mevcuttur (Demirtaş ve ark, 2018; Utli ve Turan, 2020), bu durumun örneklem gruplarının farklı olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada gelir durumu gider durumundan yüksek olan katılımcılar daha yüksek SA'ya sahiptir (Tablo 1). Literatürde gelir düzeyi, ekonomik durum ile SA arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu, gelir durumu yükseldikçe SA'nın yükseldiği, sosyo-ekonomik düzeyin düşmesiyle algılanan sağlığın düştüğü (Uzuntarla ve Uzuntarla, 2019; Şimşek ve ark, 2012) aktarılmakta, araştırmadan elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir. Gelir düzeyinin bireyin barınma olanakları gibi yaşam şartlarını, sağlıklı davranış biçimlerini etkileyebilmesi sebebiyle objektif ve sübjektif sağlığı dolayısıyla SA'yı etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmada kronik hastalık varlığı ile AİK arasında anlamlı bir fark saptanmamışken SA ile arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2.a). Araştırmadan elde edilen bu bulgu literatürü destekler niteliktedir (Demirtaş ve ark, 2018). Kronik hastalığı olan katılımcıların SA'sı beklendiği üzere daha düşüktür. Literatürde, araştırma bulgularıyla paralel şekilde SA ile kronik hastalık varlığının

ilişkili olduğu (Çilingir ve Aydın, 2017; Tuğut ve Bekar, 2008), kronik hastalıkların SA'yı olumsuz etkilediği aktarılmaktadır (Erengin ve Dedeoğlu, 1997).

Katılımcılar prospektüsleri anlamakta zorlandığını, sorumlu tarafların gereken bilgilendirmeleri yapmadığını bunun yanı sıra yakınlarına ilaç tavsiye ettiğini, sağlıklı olmayan tanıdıklarından bilgi edindiğini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularına benzer biçimde literatürde de ilaçların miktarı ya da kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olunmadığı aktarılmıştır (Ekici, Kurutçu ve Uysal, 2019; Akıcı, Mollahaliloğlu, Özgülcü, Dönertaş ve Alkan, 2015). Hastanın ilaçların kullanımı ve tedavi ile ilgili yeterli derecede bilgilendirilmemesi hasta uyumunu azaltacak temel sebeplerden birisidir (Toklu, Akıcı, Uysal ve Dülger, 2010). Hastanın ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması tedavinin yarıda kalmasına, AOİK'ye ve atık ilaçların artmasına sebebiyet vermektedir (Çot, Aytaç ve Akbaba, 2019). Bu durum hastaların eksik/ yanlış ilaç kullanarak doğru/ yeterli tedavi alamamasına, ilaç bağımlılığının gelişmesine, advers reaksiyonlara, artan morbidite ve mortaliteye, antibiyotik direncine, sayıca artan atık ilaçlara neden olabilmekte başka bir deyişle AOİK için uygun ortam yaratmaktadır. Akılcı ilaç kullanımından sorumlu paydaşların ilaç tedavisi konusunda gerekli ve yeterli bilgilendirmeleri yapması son derece önem arz etmektedir.

Araştırma bulgularına göre reçetesiz ilaç kullanım oranının ve yedek ilaç reçetelenmesini isteyenlerin oranının, self medikasyon düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Uygun reçete edilmemiş ilaçlar; yeterli ve güvenli olmayan tedaviyle birlikte hastalığın şiddetini artırarak hasta geçirilen zamanın artmasına sebebiyet verip kişinin fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Vries, Henning, Hogerzeil ve Fresle, 1994). Katılımcıların büyük çoğunluğu "akılcı ilaç kullanımı" kavramını duymadıklarını ifade etmiş, bu kavramı duyduğunu belirten kişilerin AİKÖ puan ortalamaları duymayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo2.b). Bu bilgilerden hareketle; AİK konusunda halkın bilinçlendirilmesi ve görünürlüğünün artırılması önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırma bulguları ilaç kullanım nedenini ve nasıl kullanması gerektiğini bilen, ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilen, prospektüsleri okurken zorluk çekmeyen, düzenli kullandığı ilacı olmayan katılımcıların sağlık algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tablo 2.a, Tablo 2.b). İlaç kullanımı hastalık ile ilişkili olduğundan birey durumunu objektif sağlığından daha kötü algılayabileceği gibi kullandığı ilaçlar ile hastalığının kontrolde olduğunu, sağlığının iyiye gittiğini, gidebileceğini düşünüp daha güvende hissedip sağlığını daha iyi algılayabileceğinden sürekli ilaç kullanan kişilerde SA'nın düşük veya yüksek olması olasıdır. Konuyla ilgili sağlık profesyonellerince bilgilendirilmiş olmanın, kullandığı ilacın prospektüsünü anlıyor olmanın, doğru ve yeterli ilaç kullanım bilgisine sahip olmanın kişilerin subjektif ve objektif sağlığına da iyi anlamda etki edeceği düşünülmektedir. Araştırmada sağlık algısı, daha önce AİK kavramını duyan katılımcılarda daha yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 2.b). Bu kavramı duymuş olmak AİK'yi dolayısıyla SA'yı etkileyeceğinden AİK kavramının görünürlüğünün artırılması önemlidir.

En yüksek SA ve AİK bilgi seviyesinin yaş olarak en genç olan Y kuşağında olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Literatürdeki çalışmalarda araştırma bulgularından farklı olarak; genç yaşlarda AİK davranışlarının azaldığı bildirilmiştir (Demirtaş ve ark, 2018; Cingil, Delen ve Aksuoğlu, 2009). Yaşın artması ile AİK bilgi düzeyinin azalmasını; ileri yaşlarda kronik hastalık görülme sıklığının ve yaşlılarda polifarmasinin yaygınlaşmasıyla ilişkili olabileceği, uzun süreli ilaç kullanımının AOİK'ye yol açması ve AİK bilgi düzeyini de olumsuz etkilemesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yaşlanmayla kronik hastalık ve semptomların prevelansının ve yaşlılık dönemine ait diğer biyopsikososyal problemlerin artması ile SA'nın gençlerden daha düşük gözlenmesi beklenen bir durumdur.

Araştırmada AİK ile farklı kuşaklarda yer alma durumları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ancak BB, X kuşağının AİK bilgi düzeyi ortalamalarının Y kuşağına göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo3). Araştırmada elde edilen bu bulgu literatürle farklılık göstermekte; Özen ve ark. farklı kuşaklar ile yaptığı çalışmada AİK bilgisi ve tutumu

hususunda gençlere oranla yaşlılarda durumun daha iyi olduğunu aktarmaktadır (Özen, Erten ve Bülbül, 2018). Bu durumun, yaşlı kuşaklarda kronik hastalık ve düzenli kullanılan ilaç sayısının daha fazla olmasıyla yaşlıların kullandıkları ilaçlara daha hâkim olabileceği, çalışmanın farklı örneklem grubuyla gerçekleştirilmiş olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada polifarmasinin beklendiği üzere en çok BB kuşağında olduğu görülmektedir. Yaşlı kuşaklarda polifarmasiden kaynaklanabilecek olası AOİK konusunda dikkatli olmakta fayda vardır. Nitekim araştırmada genç kuşakların yaşlı kuşaklardan sayıca az ilaç kullanması, AİK bilgisi ve tutumlarının daha yüksek bulunması bu düşünceyi desteklemekte iken Y kuşağının eğitim seviyesinin diğer kuşaklara kıyasla fazla olması, entelektüel bilgi birikimini artıracığı için AİK'nin yüksek çıkması beklenebilecek bir durumdur.

Araştırmada “kuşaklara göre” SA seviyelerindeki farklılığın anlamlı olduğu, diğer kuşaklara kıyasla Y kuşağının SA'sının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo3). BB ve X kuşağıyla yapılan bir çalışmada X kuşağı ile kıyaslandığında BB kuşağının sağlık durumunu daha mükemmel bildirdiği ifade edilirken (Carter ve Kelly, 2013), Pilkington ve ark. da X kuşağına kıyasla BB kuşağına mensup bireylerin, sağlık durumunu daha sık mükemmel olarak bildirdiklerini aktarmışlardır (Pilkington, Taylor, Hugo ve Wittert, 2014). Daha tatminkâr, dinç ve sağlıklı olmanın BB kuşağının temel değerleri arasında yer almasının ve X kuşağının da değişimlere daha ılımlı yaklaşan bir kuşak olmasının bu durumu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Ek olarak Y kuşağının karakteristik olarak özgürlükçü bireyler olduğu ve çoğunun bekâr olduğu da göz önünde bulundurulduğunda sağlığının kontrolünün kendi elinde olduğu düşüncesi sağlık algılarını olumlu etkileyecektir. Bununla beraber genç kuşakların entelektüel bilgi birikimi seviyelerinin yüksekliği, yaşın ilerlemesiyle kognitif ve fiziksel rezervlerde gerçekleşen değişimler, artan multimorbidite ve polifarmasi prevalansı nedeniyle BB, X kuşakları ile Y kuşağının SA durumunun farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

SA'nın artmasıyla AİK bilgi seviyesi de artış göstermektedir. Araştırmada elde edilen bu bulguyu destekler

nitelikte, üniversite çalışanlarıyla yapılan araştırmada da AİK ve SA ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (Çiftçi, Değer ve Ulutaşdemir, 2021). Konuyla ilgili yapılmış çalışma sayısının kısıtlı olması sebebiyle AİK ve SA arasındaki ilişkinin kuşaklar bazında ele alınmasının literatüre önemli bir katkı yaptığı düşünülmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak; araştırma kapsamında değerlendirilen bireylerde Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı saptanmıştır. Bununla ilişkili olarak Akılcı İlaç Kullanımı, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı konusunda halkın bilgilendirilmesi ve sağlık okuryazarlığının yaygınlaştırılmasına daha fazla önem verilmesi gerektiği, Sağlık Algısı ile Akılcı İlaç Kullanımı'nın ilişkili olduğu ve farklı kuşaklarda yer almanın bu duruma etki ettiği saptanmıştır. En yaşlı kuşak olan Baby Boomer kuşağının Akılcı İlaç Kullanımı ve polifarmasi konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Kitle iletişim araçları ve kamu spotları kullanılarak halkın bilgilendirilmesi, halk eğitim programlarının yaygınlaştırılması, prospektüslerin herkes adına yalın, anlaşılması kolay bir dil ile hazırlanması, Akılcı İlaç Kullanımı konusunun görünürlüğü ve bilinirliğinin artırılması, hizmet sağlayıcılar ile sağlık çalışanlarının kuşaklararası farklılıkları ve bilgi asimetrisini gözetmesi önerilmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları: Araştırmanın sınırlılığı, katılımcıların olasılıksız örneklem tekniği kullanılarak seçilmesidir, araştırmanın sonuçları bu araştırma örneğine genellenebilir.

Teşekkür: Araştırma kapsamında soruları yanıtlayarak katkı sağlayan tüm katılımcılara ve araştırma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Rahşan Çevik Akyıl'a teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması: Araştırma kapsamında makalenin yazarları arasında herhangi bir kişisel veya finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı: Fikir ve tasarım: BNŞ, MŞA; Veri toplama: BNŞ; Veri Analizi: MŞA; Yazım ve düzenleme: BNŞ, MŞA; İnceleme ve kontrol: BNŞ, MŞA.

KAYNAKLAR

1. Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-187.
2. Adıgüzel, O., Batur, H. Z. ve Ekşili, N. (2014). Kuşakların değişen yüzü ve Y kuşağı ile ortaya çıkan yeni çalışma tarzı: mobil yakalılar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 165-182.
3. Agrawal, A., Aronson, J. K., Britten, N., Ferner, R. E., Smet, P. A., Fialová, D., . . . Velo, G. (2009). Medication errors: problems and recommendations from a consensus meeting. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), 592.
4. Akıcı, A. ve Ulupınar, S. (2013). Hemşire ve diğer sağlık çalışanları için akılcı ilaç kullanımı. *Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı*.
5. Akıcı, A., Alkan, A., Dönertaş, B., Mollahaliloğlu, S. ve Özgülcü, Ş. (2015). Birinci basamak sağlık merkezlerine ve devlet hastanelerine başvuran hastaların aldıkları sağlık hizmetinin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 6(1), 30-39.
6. Akl, O. A., Mahalli, A. A., Elkahky, A. A. ve Salem, A. M. (2014). WHO/INRUD drug use indicators at primary healthcare centers in Alexandria, Egypt. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 54-64.
7. Altuntuğ, N. (2012). Kuşaktan kuşağa tüketim olgusu ve geleceğin tüketici profili. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 203-212.
8. Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
9. Bairami, F., Soleymani, F. ve Rashidian, A. (2016). Improving injectable medicines prescription in outpatient services: a path towards rational use of medicines in iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(5), 321-324.
10. Carter, M. R. ve Kelly, R. K. (2013). Self-Reported Health Status, Body Mass Index, and Healthy Lifestyle Behaviors Differences Between Baby Boomer and Generation X Employees at a Southeastern University. *Workplace Health Safety*, 61(9), 409-419.
11. Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K., ve Rivera, A. M. (2006). Health financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Utilization and Health Care Expenditure. Geneva: World Health Organization.
12. Chareonkul, C., Khun, V. L. ve Boonshuyar, C. (2002). Rational drug use in cambodia: study of three pilot health centers in kampong thom province. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 418-424.
13. Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M. ve Poon, L. W. (2011). The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *Journal of Aging Research*.
14. Cingil, D., Delen, S. ve Aksuoğlu, A. (2009). Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(8), 551-556.
15. Çaka, S. Y., Topal, S., Suzan, Ö. K., Çınar, N. ve Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal Human Rhythm*, 3(4), 199-203.
16. Çiftçi, S., Değer, V. B. ve Ulutaşdemir, N. (2021). Evaluation of attitudes and knowledge levels of university employees towards rational drug use and health perception. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 943-954.
17. Çilingir, D. ve Aydın, A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 167-176.
18. Çot, D. A., Aytaç, N. ve Akbaba, M. (2019). Adana Çukurova ilçesinde yaşayan hane halkının atık ilaç konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(3), 398-405.
19. Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., . . . Metintaş, S. (2018). Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 37-46.
20. Ekici, M. A., Kurutçu, Ş. ve Uysal, B. (2019). Erişkinlerdeki akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinin ölçülmesi. *Uluslararası Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Dergisi*, 179-189.
21. Erengin, H. ve Dedeoğlu, N. (1997). Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*, 11-16.
22. Ertaş, H. ve Kırac, F. Ç. (2019). Hastaların Sağlık Algı Düzeylerinin İncelenmesi. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 320-328.
23. Fell, A. (2020). Generation next: Meet Gen Z and the Alphas. 2020 tarihinde Mccrindle: <https://mccrindle.com.au/uncategorized/generation-next-meet-gen-z-and-the-alphas/> adresinden alındı.
24. Freeman, L. M., Trower, C. A., Tan, R. J. ve Terkla, D. G. (2009). Comparison of attitudes between generation x and baby boomer veterinary faculty and residents. *Journal of Veterinary Medical Education*, 36(1), 128-134. doi:10.3138/jvme.36.1.128.
25. Holloway, K. (2009). Rational use of drugs: an overview, Adverse drug events. Department of Essential Medicines and Pharmaceutical Policy TBS 2009. World Health Organization.
26. İnce, F. (2018). Kuşaklararası etkin iletişim ve davranış. Konya: Eğitim Yayınevi.
27. Kadioğlu, H. ve Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47-53.
28. Lancaster, L. C. ve Stillman, D. (2002). When generations collide: traditionalists, baby boomers, generation xers, millennials: who they are, why they clash, how to solve the generational puzzle at work. New York: Harper Business.
29. Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Özgülcü, Ş., Öncül, H. G. ve Güney, Z. (2011). Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı. (R. Akdağ, Dü.) Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
30. OECD. (2022). Pharmaceutical spending (indicator). doi:10.1787/998febf6-en
31. Önal, A. E., Erbil, S., Gürtekin, B., Ayvaz, Ö., Özel, S., Cevzici, S. ve Güngör, G. (2009). İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. *Nobel Medicus*, 24-28.
32. Özen, B., Erten, Z. K. ve Bülbül, T. (2018). Kuşaklar arası akılcı ilaç kullanımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(3), 199-204.
33. Özkan, Ş. ve Aca, Z. (2020). Akılcı ilaç kullanımında sağlıklı yaşam becerilerinin etkisi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(2), 273-288.
34. Pilkington, R., Taylor, A. W., Hugo, G. ve Wittert, G. (2014). Are baby boomers healthier than generation x? A profile of australia's working generations using national health survey data. *PLoS ONE*, 9(3), 1-7.

35. Pınar, N., Karataş, Y., Bozdemir, N. ve Ünal, İ. (2013). Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 639-650.
36. Rahman, M. O. ve Barsky, A. J. (2003). Self-reported health among older bangladeshis: how good a health indicator is it? *The Gerontologist*, 43(6), 856-863.
37. Saha, S. ve Hossain, M. T. (2017). Evaluation of medicines dispensing pattern of private pharmacies in rajshahi, bangladesh. *BMC Health Services Research*, 136.
38. Salahuddin, M. M. (2010). Generational differences impact on leadership style and organizational success. *Journal of Diversity Management*, 5(2), 1-6.
39. Soysal, A. ve Şahin, E. (2020). Akılcı ilaç kullanımı: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 175-182.
40. Şendir, M., Çelik, Z., Güzel, E. ve Büyükyılmaz, F. (2015). Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15-22.
41. Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., . . . Çiftçi, Ş. (2012). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.
42. Toklu, H. Z., Akıcı, A., Uysal, M. K. ve Dülger, G. A. (2010). Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hasta uyuncuna hekim ve eczacının katkısı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(3), 139-145.
43. TÜİK. (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. Ağustos 9, 2022 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192> adresinden alındı.
44. Türk Dil Kurumu. (2022). Güncel Türkçe Sözlük. 12 Kasım, 2022 tarihinde Türk Dil Kurumu Web Sitesi: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı.
45. Utli, H. ve Turan, M. (2020). 0-12 Yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının incelenmesi. *EGE HFD*, 36(2), 87-95.
46. Uzuntarla, Y. ve Uzuntarla, F. (2019). Ambalaj atığı toplayan kişilerin sağlık algılarının incelenmesi. *Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi*, 2(2), 69-75.
47. Vries, T. P., Henning, R., Hogerzeil, H. V. ve Fresle, D. A. (1994). Guide to Good Prescribing: a practical manual . Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59001> adresinden alındı
48. WHO. (1985). The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva.
49. WHO. (2002). Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. Geneva.
50. Xu, K., Carrin, G., Phuong, N. T., Long, N. H., Bayarsaikhan, D. ve Aguilar, A. M. (2006). Health Service Utilization and the Financial Burden on Households in Vietnam: The Impact of Social Health Insurance. Geneva: World Health Organization.
51. Xu, K., James, C., Carrin, G. ve Muchiri, S. (2006). An empirical model of access to health care, health care expenditure and impoverishment in Kenya: learning from past reforms and lessons for the future. Geneva: World Health Organization.
52. Yanmış, S. ve Ergüney, S. (2020). Effects of perception of health on hemodialysis dependent individuals' nonadherence to diet and fluid restriction. *Asian Journal of Pharmacy, Nursing and Medical Sciences*, 8(3), 24-33.
53. Yardan, E. D., Demirkıran, M. ve Kiremit, B. Y. (2016). Türkiye sağlık harcamaları trendi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 157-176.
54. Yılmaz, M., Kırbıyıkoglu, F. İ., Ariç, Z. ve Kurşun, B. (2014). Bir diş hekimliği fakültesi'ne başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımının belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39-47.



Orijinal Araştırma

Knowledge and Applications of the Nurses: the Application of Corticosteroid**Hemşirelerin Kortikosteroid İlaç Uygulamalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları**Aycan KÖK^a, Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK^{*.b}^a *Uzman Hemşire*, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Aydın, TÜRKİYE^b *Prof Dr.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Aydın, TÜRKİYE

ABSTRACT

This study was conducted with 71 nurses working at hospital in order to determine the knowledge of nurses for corticosteroid drugs and to evaluate the effect of their knowledge on the practice. This study was carried out descriptively and cross-sectionally. 74.6% of the participants are women and 49.3% are high school / associate degree graduates. It was determined that the participants did not know the physiological system of corticosteroid hormones. It was determined that as the knowledge score for corticosteroid treatment / drug increased, the application score increased significantly. The knowledge level of undergraduate/ graduate graduates among participants was found to be higher than high school/ associate degree graduates.

As a result, it was determined that the nurses working in internal diseases clinics / units had insufficient knowledge of corticosteroid drug and this situation had a negative effect on the application.

Keywords: Corticosteroid, Nurse.

ÖZET

Bu araştırma, iç hastalıkları klinik/ ünitelerinde kortikosteroid ilaçlara yönelik hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını belirlemek ve bilgilerinin uygulamaya etkisini değerlendirmek amacıyla, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 71 hemşire ile yapıldı. Katılımcıların %74,6'sı kadın ve %49,3'ü lise/ön lisans mezunudur. Katılımcıların "kortikosteroid hormonların salgılanmasını düzenleyen fizyolojik sistem/süreçleri, plazmada taşıma yollarını, nerede metabolize olduğunu ve vücuttan atılma yollarını "bilmediği" saptandı. Katılımcıların, ilaçların saklanma koşullarını ve tek doz İ.V. yolla uygulama saatini doğru bildikleri saptandı. Katılımcıların kortikosteroid tedavi/ilaca yönelik bilgi puanı arttıkça uygulama puanının da anlamlı olarak arttığı saptandı. Katılımcıların, lisans+lisansüstü mezunlarının bilgi düzeyi, lise+önlisans mezunlarına göre daha yüksek bulundu.

Sonuç olarak; iç hastalıkları klinik/ünitelerinde çalışan hemşirelerin kortikosteroid ilaç bilgilerinin yetersiz olduğu ve bu durumun uygulamaya olumsuz yansıdığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Kortikosteroid

* Corresponding Author: Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK

Addresses: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Aydın, TÜRKİYE

E-mail : smemis@adu.edu.tr

Received Date: 13.05.2022

Accepted Date: 14.12.2022

INTRODUCTION

The structure of corticosteroid drugs is similar to cortisol secreted from the adrenal cortex of the adrenal gland. These drugs are used in the treatment of many diseases thanks to their intracellular activities through receptors (Alparslan, 2008; turkdermatoloji.org.tr, 2017, Heidary & Heidari, 2022). These drugs are used in cases such as allergic conditions, respiratory diseases, dermatological disorders, endocrine system disorders, gastrointestinal diseases, hematological diseases, rheumatology and autoimmune diseases, uveitis, organ transplantations, multiple sclerosis, coronavirus disease and nephrotic syndrome (Alparslan, 2008; Liu et al., 2013, turkdermatoloji.org.tr, 2017, Pulakurthi et al., 2021).

Side effects such as osteoporosis, diabetes, hypertension, weakness, fatigue, hyperlipidemia, atopic lubrication, acne formation in the body, increase in the amount of hair, stria formation, psychological problems, gastric ulcer, risk of infection and late healing of wounds can develop in individuals depending on corticosteroid treatment (characterized by excessive increase of cortisol in plasma) (Fine et al., 2018; Doğan, 2007; Barret, Barman, Boitano and Brooks, 2015; Akiyama et al., 2014). According to Health Statistics Yearbook prepared by Turkey Ministry of Health (Ministry of Health, 2018), it is reported that 54.3 million boxes of systemic hormonal preparation drugs (excluding sex hormones and insulins) were consumed and the sales value was 476.7 million TL in Turkey in 2007. Following the clinical application process is important because of the wide use of corticosteroid drugs, the development of many side effects and the high cost.

Aim

Nursing care is essential in patients receiving corticosteroid therapy because leads to early identification of possible complications and intervention to minimize them (Heidary & Heidari, 2022). It is the responsibility of the nurse to inform the patient who is receiving corticosteroid treatment about the side effects and to implement follow-up and interventions to prevent side effects (Alparslan & Kapucu, 2008; Birol, 2004). However, no research on the theoretical knowledge and application of nurses regarding corticosteroid

treatment has been reached. This study was carried out to determine the knowledge and applications of nurses for corticosteroid drug applications in internal medicine clinics/units and to evaluate the effect of their knowledge on the application.

METHOD

Design and Setting

The study was carried out in internal diseases clinics/units (hematology, oncology, cardiology, neurology, pulmonology, dermatology, endocrine and nephrology clinic, general medicine service 1-2 and wound care unit) at hospital. In this hospital, 134 nurses (total: 580 nurses) work in internal diseases clinics/units. No sample selection was made in the study. It is aimed to reach the whole universe. However, the study was carried out with 71 nurses.

The data of the study were collected between November 2018 and December 2018 after obtaining institutional approval from Aydın Adnan Menderes University Application and Research Hospital.

Participants

The nurses who were on maternity leave and unpaid leave (18 nurses), who participated in the pre-trial of the structured questionnaire (10 nurses) and were reluctant to participate in the study (35 nurses) were not included in the study.

Data Collection Form

The data of the study were collected with the "Structured Questionnaire" prepared in line with the literature (Liu et al., 2013; Fine et al., 2018; Akiyamave et al., 2014; Alparslan and Kapucu, 2008; Birol, 2004; Doğan, 2007; Barret et al., 2015 ; Gentilini et al., 2018; Lee, Kim, Jeong, Zouboulis and Lee, 2013).

"Structured Questionnaire" consists of three parts. These are;

Part 1: It consists of questions that question the socio-demographic (age, gender, clinical/unit, educational status, etc.) characteristics of the participants.

Part 2: It consists of 15 questions (12 closed-ended, 3 open-ended) evaluating the participants' knowledge of corticosteroid drug treatment. A total of 15 points were obtained from the questions in this section.

Part 3: It consists of 10 questions (1 closed-ended, 9 open-ended) that question practices of nurses for corticosteroid treatment. 1 point was given to those who answered the open-ended practice questions truly in accordance with the literature such as "Where and at what temperature do you store the steroid drugs (at parenteral forms)?", "When you apply steroid medications in the form of pulse therapy, with which liquid and how long do you administer the drug?", "What time do you apply steroids when you are administering a single dose (intravenously or per oral)?", and "How is steroid treatment ended in your clinic?". Also, 1 point was given to those who gave "blood glucose" as an answer to the question "What laboratory findings do you follow in the patient receiving steroid treatment in your clinic?", who gave any of "blood pressure", "blood pressure / pulse" or "pulse" as an answer to the question "Which vital sign(s) do you follow in the patient receiving steroid treatment in your clinic?", and who gave "salt and carbohydrate restriction" as an answer to the question "What restrictions or precautions do you impose on the patient receiving steroid treatment in your clinic?" (Liu et al., 2013; Fine et al., 2018; Akiyama and others, 2014; Alparslan and Kapucu, 2008; Birol, 2004; Doğan, 2007; Barret et al., 2015; Gentilini et al., 2018; Lee, Kim, Jeong, Zouboulis and Lee, 2013). A total of 10 points were obtained from this section.

Data Collection

The "structured questionnaire" was presented to the expert panel (pharmacologist, physician, nurse, pharmacist) and then was applied to 10 nurses who were not included in the study. After the necessary arrangements were made, it was finalized.

The participants were given the necessary explanation regarding the structured questionnaire, verbal consent was obtained, and the questionnaire was filled out by the researchers through face-to-face interview method.

Data Analysis

In all hypothesis tests, 0.05 was accepted as the level of significance and $p < 0.05$ was considered as statistically significant.

Linear relationship between numerical variables was examined by Spearman Rank correlation analysis. The compliance of numerical variables to normal distribution was evaluated with the Kolmogorov Smirnov test. In the comparison of the knowledge scores, Mann Whitney U for two groups, Kruskal-Wallis in the case of more than two groups, and then the Dunn Test was used by making Bonferroni correction. The comparison of categorical variables between groups was carried out with Chi-square tests.

Limitations of Research

The limitations of the study are that it is a descriptive study, that the entire universe could not be reached, and that it is conducted in a single center.

Ethics

The study was approved by the ethics committee (no:50107718-050.04.04) approval. All research participants provided informed consent prior to participating in the study. Necessary "institution permit" was obtained from the hospital where the study was carried out.

RESULTS

Participant Characteristics

12.7% of the participants work in the hematology service, 11.3% in the internal medicine service and 11.3% in the oncology service. It was determined that the total working time of 35.2% of the participants was between 5 and 9 years and 39.5% were working in the clinic for between 1 and 4 years.

It was determined that 90.1% of the participants did not receive in-service training on corticosteroid drug treatment.

When the distribution of knowledge scores of the participants regarding the physiological processes of corticosteroid hormones / drugs was examined, it was found that 56.3% knew the organ in which corticosteroid hormones

were secreted. However, it was found out that the participants did not know the physiological system / processes (66.2%) that regulate the secretion of corticosteroid hormones, how they are transported in the plasma (81.7%), where they are metabolized (70.4%) and the ways they are excreted from the body (67.6%) (Table 1).

It was determined that the participants did not know the effects of corticosteroid drugs on protein (91.5%), carbohydrate (83.1%), fat metabolism (97.2%) and immune system (85.9%). (Table 1).

Table 1. Distribution of Knowledge Score of the Participants about the Physiological Processes of Corticosteroid Hormones / Drugs and their Effects on the Body (N = 71)

	knowing n %	unknown n %
The place where the corticosteroid hormones / drugs are secreted	40 (56.3)	31(43.7)
The system that regulates their secretion	24 (33.8)	47 (66.2)
Their transport in plasma	13 (18.3)	58 (81.7)
Their metabolized organ	21(29.6)	50 (70.4)
The way they are excreted from the body	23 (32.4)	48 (67.6)
Their effects on the metabolism of proteins	6 (8.5)	65 (91.5)
Their effects on carbohydrate metabolism	12 (16.9)	59 (83.1)
Their effects on fat metabolism	2 (2.8)	69 (97.2)
Their effects on the immune system	10 (14.1)	61 (85.9)

It was found that more than half of the participants knew about the storage conditions before (63.4%) and after (63.4%) the preparation of corticosteroid drugs. On the other hand, it was determined that only 28.2% of the participants knew that the pulse therapy of corticosteroid drugs (high dose, 1-5 days 1gr / day IV) would be applied with saline solution and in 30 minutes (8.5%) (Table 2).

It was determined that 31% of the participants ended the corticosteroid treatment in the clinic by decreasing the dose. It was found that although more than half of the participants knew the correct time of administration of a single dose of corticosteroid treatment, only a quarter (26.8%) applied it at the right time (a.m. 06: 00-07: 00). It was determined that the participants followed up blood glucose (19.7%), blood pressure (16.9%) and pulse in the patients receiving corticosteroid treatment, and that only 35.2% of the participants imposed salt and carbohydrate restrictions on the patients receiving corticosteroid treatment (Table 2).

Table 2. Distribution of the Knowledge and Application Status of Participants Regarding Storage, Preparation and Administration of Corticosteroid Drugs (N = 71)

Questions regarding storage, preparation and application of corticosteroid drugs	knowing n %	unknown n %
Storage condition before preparation	45 (63.4)	26 (36.6)
Storage condition after preparation (parenteral form)	45 (63.4)	26 (36.6)
The time corticosteroid drugs should be administered in a single dose intravenously.	44 (62)	27 (38)
Application of corticosteroid drugs	Correct application n %	False application n %
Liquid used with medication in the treatment of pulse	20 (28.2)	51 (72.8)
Duration for the application of pulse treatment	6 (8.5)	65 (91.5)
Way of termination of corticosteroid treatment in the clinic	22 (31)	49 (69)
Single dose application time (PO or I. V.)	19 (26.8)	52 (73.2)
Laboratory test followed	14 (19.79)	57 (80.3)
Vital signs followed in the patient	12 (16.9)	59 (83.1)
Restrictions / measures put on patients	25 (35.2)	46 (64.8)

I.V. = intravenously, P.O.= per oral

When it was examined that whether the average scores of the theoretical and practical knowledge varied according to the age of the participants, it was found that there was a significant relationship between age and theoretical knowledge ($r = 0.209$; $p < 0.014$), practical knowledge ($r = 0.301$; $p < 0.011$) and total knowledge score ($r = 0.317$; $p < 0.007$). Theoretical and practical knowledge increase as age increases (Table 3).

When it was examined that if the average scores of the participants varied, it was seen that as the theoretical knowledge score increased, the practical knowledge score increased significantly ($r = 0.709$; $p < 0.001$) (Table 3).

Table 3. Comparison of The Age, Working Year, Average Score of Theoretical Knowledge and Practical Knowledge of the Participants (N = 71)

	theoretical knowledge		practical knowledge		total knowledge	
	r	p	r	p	r	p
Theoretical knowledge			0.709	0.001		
Age	0.209	0.014	0.301	0.011	0.317	0.007

Non-parametric correlation, spearman-correlation analysis

There was a significant difference between theoretical knowledge ($p < 0.014$), practical knowledge ($p < 0.036$) and total knowledge score ($p < 0.013$) of the participants who were high school / associate degree graduates and undergraduate / graduate graduates. The knowledge score of the participants with undergraduate and graduate education levels was higher (Table 4).

Table 4. Comparison of The Educational Background of the Participants with the Theoretical Knowledge, Practical Knowledge and the Total Knowledge Score (N = 71)

	theoretical knowledge Avg. (min -max.)	practical knowledge Avg. (min -max.)	total knowledge Avg. (min -max.)
High school/Associate(n=35)	5 (0-13)	1 (0-7)	7 (0-20)
Undergraduate/Graduate (n=36)	7 (0-13)	3 (0-9)	10 (0-20)
p	0.014	0.036	0.013

Mann-Whitney test, Wilcoxon W

Avg= Average, min.=minimum, max.=maximum

DISCUSSION

In the literature, it is reported that the secretion of cortisol hormone is regulated by the hypothalamus-pituitary-adrenal axis, it is carried in the blood by binding to globins carrying albumin, transcortin and cortisone, and it is metabolized in the liver and excreted from the body through urine and faeces (Barret et al., 2015; Gün, 2014). In this study, more than half of the participants were determined to know the organ in which corticosteroid hormones / drugs are secreted. However, it was determined that the majority of the participants did not know the physiological system / processes (66.2%) that regulate the secretion of corticosteroid hormones, the ways in which they are transported in plasma (81.7%), where they are metabolized (70.4%) and the ways they are excreted from the body (67.6%). (Table1). No studies evaluating the theoretical knowledge and practice instances of nurses regarding corticosteroid treatment have been found. In a study in which pharmacology knowledge levels of nurses were examined as a whole, it is reported that they have insufficient information about drugs (Işıklı, 2006). In another study evaluating the knowledge of the emergency nurses about drugs, it has been reported that the knowledge level of the nurses has been limited (Cabilan, Eley, Hughes & Sinnot, 2015).

In the literature, it is reported that corticosteroid drugs increase the amount of amino acid in plasma by increasing the catabolism of proteins, the amount of plasma glucose by increasing glucose production in the liver and the amount of plasma fatty acid by decreasing the passage of fatty acids into the cell, and also delay wound healing by decreasing the number of immune system elements and suppressing the immune system (Barret et al., 2015; Zwol et al., 2017; Malkawi et al., 2018; Doğan, 2007; Kuo, Harris and Wang, 2015; Khalil, Cullen, Chambers and Mcgrail, 2017). In this study, it was

determined that almost all of the participants did not know the effects of corticosteroid drugs on protein, carbohydrate, fat metabolism and immune system (Table 1). In different studies, it is reported that nurses generally have low level of knowledge about drug action mechanisms (Aştı & Kıvanç, 2003; Işıklı, 2006). Connecting the dots' between knowledge and clinical practice provide the platform for nurses to gain and build trust with their patients (Montayre et al. 2021). We are of the opinion that due to the insufficient theoretical knowledge of the participants regarding the physiological processes of corticosteroid drugs, they will be insufficient to prevent, follow and manage the side effects that may develop during the treatment.

In the literature, pulse therapy of corticosteroid drug (high dose, 1-5 days 1gr / day IV) is recommended to be applied in normal saline, in nearly 30 minutes, and intravenously (Samancı and Balcı, 2001). Also administration of 1 gm of methylprednisolone daily (pulse dosing) has also been reported in the literature with claims of favorable outcomes (Yaqoob et al. 2021). In this study, it was determined that only a quarter of the participants applied the pulse therapy with saline solution, and only a few participants applied this therapy within 30 minutes (Table 2). This result shows the need for the application protocol for corticosteroid drugs. In a study examining parenteral drug administration errors, it was reported that one third of the participants did not prepare and administer the drug using the correct technique (Aslan & Ünal, 2005).

Abrupt discontinuation of corticosteroid treatment causes adrenal insufficiency due to the decrease in ACTH secretion. Therefore, treatment should be ended by decreasing the dose (Barret et al., 2015). It was found that approximately one third of the participants were aware that corticosteroid treatment was ended by decreasing the dose in the clinic (Table 2). Although drug treatment is legally under the responsibility of the physician, the nurse also has a responsibility to prevent malpractice (Turkey Official Gazette, 2010).

Fisun, Seval and Birol (2014) reported in their study that one fourth of their nurses applied the drugs at the wrong time. Medication administration errors are an important patient

safety issue. Nurses are responsible for administering medication to patients (Schroers, Ross&Moriarty, 2021). In this study, although two-thirds of the nurses knew that corticosteroid drugs should be administered between 06:00 and 07:00 in the morning, it was determined that one-quarter administered the medicine at the right time (Table 2). This result suggests that theoretical knowledge is insufficient in reflecting on application. Side effects such as diabetes, hypertension, hyperlipidemia, atopic lubrication, psychological problems, ulcer, edema, infection risk and late healing of wounds may develop due to corticosteroid treatment (Fine et al., 2018; Doğan, 2007; Barret et al., 2015; Akiyama et al., 2014; Kelly, 2014). It is the responsibility of the nurse to inform the patient about the side effects that may develop due to medications and to provide the necessary nursing care to prevent side effects (Alparslan & Kapucu, 2008; Birol, 2004; Karadakovan, 1989; Turkey Official Gazette, 2010). In this study, it was determined that only one fifth of the participants followed "blood glucose" and "blood pressure and pulse" (16.9%) in the patients receiving corticosteroid treatment. Similarly, it was found that one third of the participants imposed "salt and carbohydrate restriction" on the patients receiving corticosteroid treatment (Table 2). These results suggest that the participants do not adequately implement the necessary follow-up and preventive interventions for the side effects of the drug. Side effects that may develop in the patient are an important problem to be considered in terms of increasing health care costs and extending the length of hospital stay.

In this study, as the theoretical knowledge score of the participants increased, the practical knowledge score increased significantly ($p < 0.001$) (Table 3). This is an expected and positive situation. In his study, King (2003) reports that nurses need to increase the level of knowledge for good practice and that their education may increase their confidence in drug management. In a study examining erroneous medical practices, 62.1% of the errors are reported to result from lack of information (Ertem, Oksel and Akbıyık, 2009).

It was found that there was a significant relationship between the mean age of the participants and theoretical

knowledge ($p < 0.014$), practical knowledge ($p < 0.011$), total knowledge score averages ($p < 0.007$). Theoretical and practical knowledge increase as age increases (Table 3). It has been observed that the age of the nurses affects their perceptions of the factors that cause medication errors (Uzuntarla&Büyük, 2021).

There was a significant difference between high school / associate degree and undergraduate / graduate education levels of the participants in terms of theoretical knowledge ($p < 0.014$), practical knowledge ($p < 0.036$) and total knowledge score averages ($p < 0.013$). The level of knowledge of people with undergraduate and graduate education levels was found to be higher (Table 4). This is an expected and positive situation. Aştı and Kıvanç (2003) report that the nurses who have undergraduate and graduate degrees know more about the effects of drugs and the factors affecting the dose of administration ($p < 0.001$). In their study, Avşar and Çiftçi (2014) report that there is a significant relationship ($p < 0.05$) between educational status and knowledge level.

CONCLUSION AND RELEVANCE

As a result of this study, participants theoretical knowledge about the physiological processes of corticosteroid hormones/drugs is insufficient. They did not administer the drug early in the morning, and were not at the desired level to monitor, prevent and manage the side effects that may develop during the treatment.

It is recommended that the corticosteroid medication administration and follow-up guide be posted on the clinic boards so that nurses can see it.

KAYNAKLAR

1. Akiyama N, Akiyama Y, Kato H, Kuroda T, Ono T, Imagawa K, Asakura K, Shinosaki T, Murayama T, Hanasaki K. Pharmacological Evaluation of Adipose Dysfunction via 11 β -Hydroxycorticosteroid Dehydrogenase Type 1 in the Development of Diabetes in Diet-Induced Obese Mice with Cortisone Pelle Implantation, *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2014, 349, 66-74.
2. Alparslan B, Kapucu S. Kortikosteroidlerin Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2008, 77-84.

3. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005, 47, 175-178.
4. Aştı T, Kıvanç M. Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6(3), 1-9.
5. Avşar G, Çiftçi B. Hemşirelerin Oral ilaç Tedavileri ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(2), 710-722.
6. Barret K, Barman S, Boitano S, Brooks H. Adrenal Medulla ve Adrenal Korteks, In: *Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi*, Gökbel H. İstanbul, Nobel Kitabevi, 2015, s353-376.
7. Birol L. Hipofiz Fonksiyon Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı, In: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*(2.baskı), Ankara, 2004, s679-694.
8. Cabillan C, Eley R, Hughes J, Sinnott M. Medication Knowledge and Willingness to Nurse-Initiate Medications in an Emergency Department: A Mixed-Methods Study, *Journal of Advanced Nursing*, 2015, 72(2), 396-408.
9. Doğan A. Böbrek Üstü Bezi Korteks Hormonları, In: *Tıbbi Fizyoloji* (11.baskı), Çavuşoğlu H, Çağlayan Yeğen B., Nobel Kitabevi, 2007, s944-959.
10. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme, *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009, 84(1), 1-10.
11. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Prevalence of long-term oral glucocorticoid prescriptions in the UK over the past 20 years, *Rheumatology*, 2011, 50, 1982-1990.
12. Fine N, Doig C, Elhassan Y, Vierra N, Marchetti P, Bugliani M, Nano R, Piemonti L, Rutter G, Jacobson D, Lavery G, Hodson D. Glucocorticoids Reprogram β -Cell Signaling to Preserve Insulin Secretion, *Diabetes*, 2018, 67(2), 278-290.
13. Fisun V, Seval Ç, Birol V. Sık Karşılaşılan İlaç Uygulama Hataları ve İlaç Güvenliği, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5(4), 271-275.
14. Gentilini M, Viglietti A, Benitez C, Molli A, Cerrone G, Giambartolomei G, Delpino M. Inhibition of Osteoblast Function by *Brucella abortus* is reversed by Dehydroepiandrosterone and involves ERK1/2 and steroid hormone receptor, *Frontiers Immunology*, 2018, 9, 8.
15. Gün F. İdrar ve Serum Kortizol ve Kortizon Seviyelerinin Ölçümünde Immunoassay Ve Sıvı Kromatografi-Sıralı Kütle Spektrometre Metotlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, 2014. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı.
16. Heidary S, Heidari H. Crohn's Disease and Nursing Care from A Patient Treated with Corticosteroids: A Case Report. *Nursing and Health Sciences Journal*, 2022, 2(1).
17. Işıklı D. Hemşirelerin Farmakoloji Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2006, 62.
18. Kelly AK. Nursing Management of Endocrine Problems In: *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*, Ninth Edition, Missouri: Elsevier-Mosby, 2014. s1213-1214.
19. Khalil H, Cullen M, Chambers H, McGrail M. Medication affecting healing: an evidence-based analysis, *Int Wound J* 2017, 14, 1340-1345.
20. Kuo T, Harris C, Wang J. Metabolic functions of glucocorticoid receptor in skeletal muscle, *Molecular and Cellular Endocrinology*, 2013, 380, 79-88.
21. Lee S, Kim J, Jeong M, Zouboulis C, Lee S. 11 β -hydroxycorticosteroid dehydrogenase type 1 is expressed in human sebaceous glands and regulates glucocorticoid-induced lipid synthesis and toll-like receptor 2 expression in SZ95 sebocytes, *British Association of Dermatologists*, 2013, 168, 47-55.
22. Liu J, Mustafa S, Barrat D, Hutchinson M. Corticosteroid exposure increases NF- κ B translocation and sensitizes IL-1 β responses in BV2 microglia-like cells, *Frontiers in Immunology*, 2018, 9(3).
23. Malkawi A, Alzoubi K, Jacob M, Matic G, Ali A, Faraj A, Almuhanha F, Dasouki M, Mensah-Nyagan A, Do-Rego J, Beaujean D, Luu-The V, Pelletier G, Vaudry H. Neurocorticosteroids: Expression of Corticosteroidogenic Enzymes and Regulation of Corticosteroid Biosynthesis in the Central Nervous System, *The American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 1999, 51(1).
24. Montayre J, Ramjan L, Maneze D, Ho M, Maceri A, Salamonsen Y. "Connecting the dots" – The transfer of bioscience knowledge by new graduate nurses to the clinical setting: A qualitative study. *Nurse Education Today* 97, 2021. 104729.
25. Özdemir P, Yazıcıoğlu M. Kortikosteroidler ile İlişkili Alerjik Reaksiyonlar, *Çocuk Dergisi*, 2017, 17(1), 4-11.
26. Pulakurthi Y, Pederson J, Saravu K, Gupta N, Balasubramanian P, Kamrowski S, Schmidt M, Vegivinti C, Dibas M, Reiersen N, Pisipati S, Joseph B, Selvan P, Dymtriv A, Keesari P, Sriram V, Chittajallu S, Brinjikji W, Katamreddy R, Chibbar R, Davis A, Malpe M, Mishra H, Kallmes K, Hassan A, Evanson K. Corticosteroid therapy for COVID-19. A

- systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 2021, 100(20).
28. Samancı N, Balcı N. Kortikosteroidler ve Klinikte Kullanımları, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 2001, 21.
 29. Schroers G, Ross J, Moriarty H, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Elsevier, 2021, 47(1), 38-53.
 30. Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete. (2010). Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik>
 31. Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2018). Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
 32. Uzuntarla E, Büyük E. Hemşirelerin İlaç Uygulama Hata Deneyimleri ile İlaç Hata Nedenlerine Yönelik Algıları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021; 6(3), 641-654.
 33. Yaqoob H, Greenberg D, Hwang F, Curtis L, Vernik D, Manglani R, Wang Z, Murad M, Chandy D, Epeldaum O. Comparison of pulse-dose and high-dose corticosteroids with no corticosteroid treatment for COVID-19 pneumonia in the intensive care unit. *Journal of Medical Virology*. 2022; 94, 349-356.
 34. Zwol A, Oosterloo N, Betue C, Bogers A, Liefde I, Deutz N, Joosten K. Effects of glucocorticoids on serum amino acid levels during cardiac surgery in children. *Clinical Nutrition ESPEN*, 2018, 23, 212-216.
 35. Kortikosteroid Tedavisi ve Etkileri, <http://turkdermatoloji.org.tr/icerik/detay/143> (14.05.2018).



Sistemik Derleme

Effectiveness of Peer Education in Disease Self-Management of School Children and Adolescents with Chronic Diseases: A Systematic Review

Kronik Hastalığı Olan Okul Çocukları ve Adölesanların Hastalık Öz Yönetiminde Akran Eğitiminin Etkinliği: Sistemik Bir İnceleme

Pelin KARATAŞ ^a, Zekiye KARAÇAM ^b, Hüsniye ÇALIŞIR ^c

^a Res. Assist. Dr., Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Nursing, Department of Pediatric Nursing, AYDIN, TÜRKİYE

^b Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, AYDIN, TÜRKİYE

^c Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Nursing, Department of Pediatric Nursing, AYDIN, TÜRKİYE

ABSTRACT

Background: This systematic review aims to investigate the effectiveness of peer education in the self-management of schoolchildren and adolescents with chronic diseases.

Methods: This study examined Turkish and English studies in the literature. It included experimental and quasi-experimental studies published in PubMed, Cochrane, and EBSCOhost on the effectiveness of peer education given to children aged 7-18 years about self-management of their disease. As a result of the review, nine articles were included in the study. The results were tabulated and presented in a narrative.

Results: The studies included 1,890 participants between the ages of 7 and 29. Some of the studies administering programs identified as "peer education programs" reported that these programs improved self-management, quality of life, well-being, feelings of happiness, academic performance, pulmonary function, self-evaluation, social support, and general communication perceptions, as well as reducing like a teak undesirable behaviours and cost. However, some studies indicated that these programs were not effective in improving the skills of coping with pain, controlling emotions, perceiving social support, self-efficacy, health-care management, quality of life, and glycemic control.

Conclusion: The study results showed that peer education programs might facilitate children and adolescents in adapting to the chronic diseases in their life, increase their quality of life, satisfaction, self-management, and self-efficacy skills, improve healthy behaviours, and lessens the intensity of their bad moods and reduce hospital costs. It is recommended that pediatric nurses providing care for patients with chronic diseases learn and utilize peer education methods. Therefore, a more enjoyable education environment could be established, leading pediatric patients to participate and improve the effectiveness of these programs.

Key words: Adolescent, Child, Chronic Disease, Nursing, Peer education

ÖZET

Giriş: Çalışmanın amacı, kronik hastalığı olan okul çocuğu ve adölesanların hastalık öz- yönetimlerinde akran eğitiminin etkinliğini incelemektir.

Yöntem: Sistemik derleme türünde olan bu çalışma, Ekim 2017– Ocak 2018 tarihleri arasında Türkçe ve İngilizce literatürler taranarak yapıldı. Çalışmaya, 7-18 yaş grubundaki çocuklara verilen akran eğitiminin hastalık öz-yönetimlerine etkisi hakkında MeSH'e uygun anahtar kelimeler kullanılarak Pubmed, Cochrane ve EBSCOhost veri tabanlarında yayınlanan deneysel ve yarı deneysel araştırmalar dahil edildi. Tarama sonucunda konu ile ilgili olan dokuz makale araştırmaya alındı. Elde edilen bulgular tablollaştırılarak öyküsel (narrative) olarak sunuldu.

Bulgular: Çalışmaların toplam örneklem hacmi 1890 idi. Katılımcıların yaşları 7-29 aralığında değişmekteydi. Araştırmalarda ipeer2peer, akran mentörlüğü/desteği/liderliği, uzman akran mentörlüğü ve akran bileşenli kendini yönetim programlarının kullanıldığı görüldü. Akran eğitimi olarak belirtilen bu programların çocukların öz-yönetim, yaşam kalitesi/iyilik hali ve mutluluk hissi, akademik performansı, tik gibi istenmeyen davranışları, pulmoner fonksiyonu, kendini değerlendirme, sosyal destek ve genel iletişim algılarını geliştirdiği ve maliyeti azalttığı saptandı. Fakat bu programların uygulandığı bazı çalışmalarda ise kronik hastalığı olan çocukların ağrı ile baş etme, duygusal semptom kontrolü, algılanan sosyal destek, öz etkililik, sağlık bakım yönetim becerisi, yaşam kalitesi ve glisemik kontrol becerilerini geliştirmede etkili olmadığı belirlendi.

Sonuç: Akran eğitimi kronik hastalığı olan okul çocuğu ve adölesanların hastalıkları ile ilgili bazı durumları yönetmelerinde etkiliyken bazılarında etkisiz bulundu.

Anahtar sözcük: Adölesan, Çocuk, Akran eğitimi, Kronik hastalık, Hemşirelik

☆This study was presented as an oral presentation at the II. International VII. National Pediatric Nursing Congress held in Çeşme/İzmir on 27-30 November 2019.

* Corresponding Author: Pelin KARATAŞ

Addresses: Kepez Mevkii, Zafer Mahallesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, 09010, Efeler/AYDIN, TÜRKİYE

E-mail: karatas.pelin@hotmail.com

Received Date: 29.04.2022

Accepted Date:24.10.2022

INTRODUCTION

Although chronic diseases vary by children and their developmental characteristics, they affect the daily life activities of all children. These children may frequently be hospitalized for medical care (Hockenberry and Wilson, 2015). Chronic diseases generally are a long disease process that does not heal spontaneously (Compas, Jaser, Dunn, and Rodriguez, 2012), adversely affecting these children's lives. These children may experience problems in education, choosing a profession, and peer relations because of frequent absences from school and having a disability requiring treatment (Sikorová and Polochová, 2014; Hockenberry and Wilson, 2015).

Adolescence differs from childhood or adulthood due to peer pressure, psychosocial development, and health care transition (Bitsko, Everhart, and Rubin, 2013; Hockenberry and Wilson, 2015). Adolescents may experience problems such as activity restriction, school absenteeism, deterioration of peer relations, worsening of disease symptoms, hospitalization, and anxiety due to the decrease in disease compliance and management (Lu et al., 2012; Bitsko et al., 2013; Hockenberry and Wilson, 2015). Peer and school relationships are essential for school children and adolescents. The acceptance and adaptation process of the disease may be prolonged and adversely affected for the child when peer relationships are impaired due to chronic disease (Hockenberry and Wilson, 2015). Children may fail to receive successful treatment, and there is a potential to harm themselves during this period. Therefore, helping children to adapt to the chronic disease process is essential and requires more scientific knowledge.

Children learn how to manage chronic diseases through communication and experience with their families, peers, health care workers, and others in society (Beacham and Deatrick, 2015). It is essential to facilitate diagnosis, treatment, and adaptation reliably to improve the outcomes and enhance the child's ability to manage the disease. Peer education benefits education and counselling services based on the importance of peer relations among school children and adolescents. Peer education is a process in which selected

people coach their peers on personal, social, and academic issues and provide them with skills (Aladağ and Tezer, 2016). With peer education, false facts that children think are true can be corrected, and they can be supported in adopting favourable attitudes and healthy behaviours through interaction with peers (Abdi and Simbar, 2013; Ghahramani, 2015; Aladağ and Tezer, 2016).

Peer education effectively develops and encourages healthy behaviours based on the power of social interaction and similar roles among individuals (Abdi and Simbar, 2013). Children with chronic illnesses who peers guided may feel more comfortable doing things they cannot do when they are with an adult. Peers encourage each other and freely express their thoughts, so the cognitive load is shared, and what they learn from their peers can be internalized more easily (Newton and Ender, 2010; Abdi and Simbar, 2013).

Peer education is an effective model for counselling, individualized care, patient-centred knowledge, decision making, and self-management support (Ghahramani, 2015). This education process is a positive and favourable environment that facilitates learning in children and adolescents with chronic illnesses and develops their sense of responsibility for learning skills for self-management (Ahola Kohut et al., 2016). However, if the peers who provide peer education are school children or adolescents, they should be well-educated and supported and evaluated continuously as untrained peers sometimes can create problems (Ünver and Akbayrak, 2013).

Nurses can connect with these school children and adolescents more efficiently and effectively during the health care process using the peer education model. Nurses support the children in accepting the disease, adapting to their social life more accessible, and preventing their isolation from society. This also makes self-management more effective, reducing the nurses' professional workload (Hockenberry and Wilson, 2015).

There are studies examining the effectiveness of the peer education model among school children and adolescents with chronic diseases in managing their diseases in the international literature (Clark et al. 2010; Rhee, Belyea, Hunt,

Brasch and 2011; Jerson et al. 2013; Otim, Jayasinha, Forbes and Shah, 2015; Ahola Kohut et al. 2016; Oris et al. 2016; Stinson et al. 2016; Siew Mazzucchelli, Rooney and Girdler, 2017). However, no study was found on this subject in Turkey. This systematic review aimed to show the effectiveness of peer education models on the disease self-management of schoolchildren and adolescents with chronic diseases based on studies in international literature. The data obtained are expected to contribute to the nursing care services, and scientific research carried out in the future.

This systematic review aimed to investigate the effectiveness of peer education in disease self-management of schoolchildren and adolescents with chronic diseases. The research questions of the study are as follows:

1- What peer education models are used to facilitate the adaptation of children and adolescents with chronic diseases?

2- How effective are peer education models in promoting the adaptation of children and adolescents with chronic diseases?

MATERIALS AND METHODS

Type of research

This study was organized as a systematic review. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Statement) were used to conduct this systematic review and write the research report (Moher et al., 2009).

Literature review

Literature review, study selection, and data collection processes were conducted independently by the first (P.K.) and third researchers (H.C.) to reduce the risk of possible non-neutrality. The first researcher performed the quality assessment of the studies included in the systematic review. Data were collected by the second researcher (Z.K.), who also checked the quality assessment of the studies. In addition, to be able to perform all these procedures properly and successfully, three researchers (P.K., Z.K., H.C.) participated in a pilot study. This pilot study included reviewing, selecting articles, collecting data, and evaluating the quality of the articles. Ideas

were shared, and disagreements were resolved through discussions during the session.

Selection process and criteria for the studies

Full-text experimental and quasi-experimental studies examining the effect of peer education given to 7 to 18-year-old children and adolescents with chronic illnesses on disease self-management were included in the study. Complying with MeSH, the following keywords were indexed using PubMed (including MEDLINE), Cochrane, and EBSCOhost databases: "Education," "Counseling," "Tutoring," "Assisted Learning," "Learning," "Support," "Teaching," "Mentoring," "Peer Support," "Peer Education," "Peer Counseling," "Peer Tutoring," "Peer Assisted Learning," "Peer Learning," "Peer Teaching," "Peer Mentoring," "Chronic disease," "Chronic illness," "Age 7-12 and "Age 12-18". Studies conducted between 2010 and 2017 were reviewed (Table I).

Initially, 19 344 records were found. As a result of the review made according to the title and summary parts of the studies, 31 articles were obtained. Among the reasons for exclusion of these 31 articles were the age, year, and type of study. The repeated records were excluded, and 19 full-text articles were examined according to the selection and exclusion criteria below. Then nine studies were included in the review. Figure I shows the procedure followed in selecting the articles.

The studies were reviewed according to the following criteria:

- (1) The study group: School children and adolescents with a chronic disease
- (2) Intervention: Peer education
- (3) Comparison: Healthy school children and adolescents or school children and adolescents with a chronic disease
- (4) Results: Self-management and adaptation
- (5) Study Design: Experimental and quasi-experimental studies

The review did not include descriptive, case-control studies conducted with healthy children.

Data collection

Data were collected using a data collection tool developed by the researchers. This data collection tool allowed the researchers to obtain information about the methods of the studies, how these studies collected data, where the study was conducted, what interventions were applied, sample size, age of the participants, the group characteristics, and their results.

weaknesses" when 1-3 items were checked as "No/Unclear"; "medium risk weaknesses" when 4-6 items were checked as "No/Unclear" and "high-risk weaknesses" when 7-13 items were checked as "No/Unclear." The quality assessment of five quasi-experimental studies was carried out using JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-

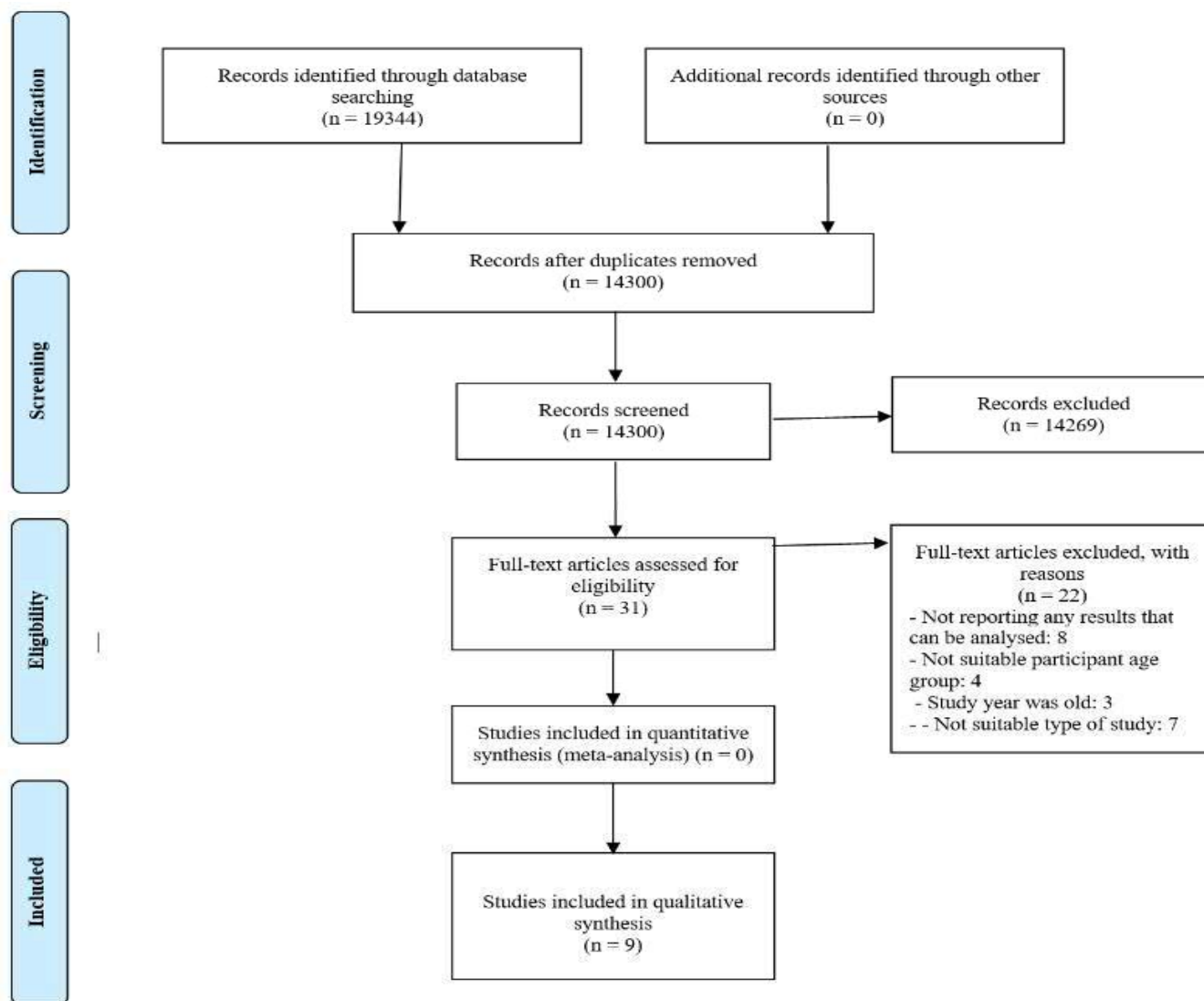


Figure 1 PRISMA flow diagram of the search process

Assessment of methodological quality of the studies

The quality assessment of the four randomized-controlled studies was conducted using the Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials (Peters et al., 2015). The checklist consisted of 13 items, and each item was evaluated with "Yes," "No," "Unclear," and "Not Applicable (NA)." The assessment criteria of the checklist in this study were as follows: "low-risk

randomized experimental studies) (Peters et al., 2015). This checklist consisted of nine items, and each item was assessed with "Yes," "No," "Unclear," and "Not Applicable (NA)." The assessment criteria of the checklist in this study were as follows: "low-risk weakness" when 1-2 items were checked as "No/Unclear"; "medium risk weaknesses" when 3-5 items were checked as "No/Unclear" and "high-risk weaknesses" when 6-9 items were checked as "No/Unclear."

Data analysis

The methodology, characteristics of the participants, assessment methods, and outcome variables of the studies included in the systematic review varied. Therefore, a meta-analysis could not be conducted, and the findings were tabulated and presented as a narrative.

RESULTS

Searching results

Figure I shows the process of this systematic review and how the studies were selected. At the first stage of the review, 19,344 records of the articles were obtained. Repeated records were excluded and were selected based on their titles and abstracts. Then 19 possible studies for the systematic review were obtained. The full texts of these studies were examined, and nine articles investigating the effectiveness of peer education were included in the systematic review.

Characteristics of the studies

The studies were published between 2010 and 2017; four were experimental, and five were quasi-experimental. The distribution of the studies by country was as follows: four were conducted in the United States, two in Australia, two in Canada, and one in Germany. Four studies were carried out at a school, two at a Level three hospital, one at a medical centre, one at a camp, and one at a children's clinic. The total sample size of the studies included 1,890 children, and each study's sample size ranged from 3 to 1,292. The participants were in the 7-29 year age range. The distribution of the studies according to the diseases of the participants was as follows: two studies were conducted with children with autism, two were conducted with children with asthma, one was conducted with children with a probability of asthma, one was conducted with children with chronic pain, one was conducted with children with type 1 diabetes and congenital heart disease, one was conducted with children with juvenile idiopathic arthritis and one was conducted with children who received a liver transplant operation (Table 1).

Peer-education models used in the studies

The studies included in the systematic review were found to have used six different peer education

programs/models. Among the studies, two used online peer mentoring (iPeer2Peer), two used peer support, one used peer mentoring, one used expert peer mentoring, two used peer leadership, and one used a peer-assisted self-management program (Table 1).

Assessment of methodological quality

The assessment of methodological quality using the JBI Critical Appraisal Checklist showed that six of the studies were found to have "low-risk weaknesses," and three had "medium-risk weaknesses."

Effectiveness of peer education programs

The iPeer2Peer program, which was used in the studies conducted with participants with chronic and painful juvenile idiopathic arthritis, improved the self-management of the adolescents but did not affect coping with pain, controlling emotions, perceiving social support, or self-efficacy (Ahola Kohut et al., 2016). The study showed that interventions defined as peer mentoring, peer support, and peer leadership improved self-evaluation, quality of life/well-being, and self-management of adolescents positively. Additionally, it reduced costs, improved lung function in children with asthma, and reduced undesirable behaviors in children with autism (Rhee et al., 2011; Jerson et al., 2013; McCurdy and Cole, 2014; Otim et al., 2015). Peer-assisted self-management programs improved academic achievement and self-management skills. Expert peer mentoring increased social support and general communication perception, academic achievement, and feelings of happiness (Clark et al., 2010; Siew et al., 2017). However, some studies included in the systematic review showed that these programs were not effective in improving health care management skills, quality of life, social support, and glycemic control (Jerson et al., 2013).

When the studies included in the systematic review were examined, it was found that peer education improved self-management in all children and adolescents. Still, it was not effective on disease-specific self-efficacy, pain, and quality of life, regardless of country and disease type.

Table I. Characteristics of the Studies Included in the Systematic Review

Authors (year)	Research method	Data collection tool	Country	Intervention	Study area	Sample size	Mean age, year (SD)	Characteristics of the group	Primary Results
Ahola Kohut et al. (2016)	Randomized controlled trial	SSI, RPI, BAPQ, MSPSS, SMSAG, PSEQ, PCQ, HRQOL, DBSC	Canada	Online peer monitoring (iPeer2Peer)	Level 3 hospital	Experiment: 12 Control: 16	14±1.6 (12-18)	Chronic pain	Online peer monitoring (iPeer2Peer) - Improved self-management. - Did not affect pain, emotional symptoms, perceived social support, and self-efficacy.
Jerson et al. (2013)	Quasi-experimental	HRQOL	The USA	Peer mentoring	Medical Center	Experiment: 9 Control: 13	16-29	Liver transplantation operation	Peer mentoring program did not improve health care management skills and quality of life
Oris et al. (2016)	Quasi-experimental	NRI, IPPA, YS-R, OS-IQ, GC	Germany	Peer support	Pediatric health care clinic	Experiment: 109 Control: 119	13.9±1.28	Type 1 diabetes and congenital heart disease Healthy check-ups	Peer support program improved self-evaluation and well being - Did not affect social support and glycemic control.
Otim et al. (2015)	Quasi-experimental	Questionnaire	Australia	Peer leadership	School	165 students	11-12	Asthma	Peer leadership - Improved self-management. - The decreased cost of asthma.
Stinson et al. (2016)	Randomized controlled trial	RPI, MEPS, CAS-E, HRQOL	Canada	Online peer monitoring (iPeer2Peer)	Level 3 hospital	Experiment: 16 Control: 14	Experiment: 14.11±1.53 Control: 14.42±2.04	Juvenile idiopathic arthritis	Online peer monitoring (iPeer2Peer) - Improved self-management. - Did not improve pain management, self-efficacy, and quality of life.
Clark et al. (2010)	Randomized controlled trial	Questionnaire, PAQLQ, DPSSOTE	The USA	Peer-assisted self-management program	School	1,292 students	10-13	Probability of asthma	Peer-assisted self-management program - Increased academic achievement and self-management.
Rhee et al. (2011)	Randomized controlled trial	TCAAS, PAQLQ, FEV1, FEV1/FVC	The USA	Peer leadership	Asthma camp	Experiment: 59 Control: 53	Experiment: 14.86±1.35 Control: 14.53±1.3	Asthma	Peer leadership program - Increased self-management, quality of life, and pulmonary function.
McCurdy et al. (2014)	Pre-test and post-test check	IOA, PSQ	The USA	Peer support	School	3	Aged around 7, 8 and 11	Autistic	Peer support program - Undesirable behaviors decreased
Siew et al. (2017)	Pre-test and post-test check	AMAS-C, SCAM, PRCA-24, CSQ	Australia	Expert peer mentoring	School	10	17-20	Autistic	Expert peer mentoring program - Increased social support and general communication perception, academic achievement, coping skills, and feelings of happiness.

AMAS-C: Adult Manifest Anxiety Scale-College Version, BAPQ: Bath Adolescent Pain Questionnaire, CAS-E: Children's Arthritis Self-Efficacy, CSQ: Client Satisfaction Questionnaire, DBSC: Developmentally Based Skills Checklist, DPSSOTE: Detroit Public Schools System Office of Testing and Evaluation, GC: Glycemic Control, HRQOL: Health-related quality of life, IOA: Interobserver Agreement, IPPA: Inventory of Parent and Peer Attachment, MEPS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support, OS-IQ: Offer Self-Image Questionnaire, PAQLQ: Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire, PRCA-24: Personal Report of Communication Apprehension, PSEQ: Pain Self-Efficacy Questionnaire, PSQ: Peer Supporter Questionnaire, SCAM: Situational Communication Apprehension Measure, SMSAG: Self-Management Skills Assessment Guide, SPCC: Self-Perceived Communication Competence Scale, SPS: Social Provision Scale, RPI: Recalled Pain Inventory, TCAAS: The Children's Attitude toward Asthma Scale, YS-R: Youth Self-Report, SSI: Semi-Structured Interview, NRI: Network of Relationships Inventory, FEV1: Forced Expiratory Volume, FVC: Forced Vital Capacity.

DISCUSSION

In this systematic review investigating the effectiveness of peer education in disease self-management of school children and adolescents with chronic disease, the results regarding 1,890 children included in nine studies were presented.

The study indicated that peer education programs were defined as i) online peer mentoring (iPeer2Peer), ii) peer mentoring, iii) peer support, iv) peer leadership, v) expert peer mentoring, vi) and peer-assisted self-management programs. Similar to this study, other studies reported that peer support and peer leadership education programs had been used (Alshayab, Crisp and Shah, 2012; Stinson et al., 2014; Breithaupt, Eickman, Byrne and Fischer, 2017; Zhong and Melendez-Torres, 2017). These results are significant as they indicated that similar peer education programs using different names were utilized in the care and management of children and adolescents.

This study showed that these programs improved children's self-management skills, quality of life/well-being, happiness, academic achievement, lung functions, self-assessment, social support, and general communication perceptions but reduced undesirable behaviors and costs. As a result of a qualitative study conducted with adolescents with chronic pain in the 14-18-year range, Stinson et al. (2014) reported that peer support programs increased pain self-management skills. Clark et al. (2010), the peer-assisted self-management program they applied to children with asthma aged 10-13, increased academic achievement and self-management of the participants.

Conversely, other studies found that these programs, referred to as peer education programs, were ineffective in coping with pain, controlling emotions, perceiving social support, self-efficacy, health care management skills, quality of life, and glycemic control in children with chronic disease.

In a systematic review, Zhong and Melendez-Torres (2017) reported that peer leadership self-management program was ineffective in improving lung function or quality of life in adolescents with asthma. Aladağ and Tezer (2016) noted that peer education would not be effective unless administered

according to determined standards, ethical principles, and guidelines. Based on these results, it could be argued that the effectiveness of these programs may change depending on the characteristics of the people who provide peer education and the standardization of the education.

The results of assessing the methodological quality of the studies included in this systematic review were satisfactory. This is significant as it shows that this systematic review presented strong evidence.

CONCLUSION

This systematic review showed that peer education programs were effective for school children and adolescents with chronic diseases in managing some related conditions, but they were ineffective in other situations. It was found in most studies that peer education programs improved self-management skills, quality of life, well-being, academic achievement, lung function, healthy behavior, social support, and self-perception of school children and adolescents with chronic diseases, as well as decreasing costs. However, in some studies, peer education programs did not have any effect on coping with pain, controlling emotions, perceiving social support, self-efficacy, health care management skills, quality of life, and glycemic control skills of children and adolescents.

Diversity of the peer education methods and results used in the studies showed that more experimental studies, in which the effectiveness of peer education programs are developed based on a particular rule and the effectiveness of different programs are compared, are needed.

Nurses have important responsibilities in the organization of peer education groups, education of education groups, and monitoring education results (Hockenberry and Wilson, 2015). However, in the studies included in this systematic review, people such as nurses, psychologists, and speech therapists, plan and conduct peer education. In peer education, the educator and the participants have similar statuses and the same disease. This may be more effective in understanding and internalizing the information conveyed by the participants. Nurses can reach children and adolescents more easily thanks to the disease education they plan by taking advantage of the power of peer education. In addition, since

these programs do not have any negative effects, nurses and trainers managing children with chronic diseases are advised to use these programs to improve their ability to cope with the diseases by using the interaction power of children.

The programs used in peer education were identified and defined under different names in the studies, and their results were evaluated according to various criteria. Therefore, a meta-analysis could not be carried out, and the results were presented as a narrative. The sample size of the five studies included in the systematic review was small. This may reduce the power of evidence of the results of the studies.

Ethics Peer-review:

Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: I am a partner, and my partners have had no potential conflict of interest.

Financial Disclosure: I and my partners have had no relevant financial interests.

Concept: P.K., H.C., Design: P.K., Z.K, H.C., Data Collection or Processing: P.K., H.C., Analysis or Interpretation: P.K., H.C., Z.K., Literature Search: P.K., H.C., Writing: P.K., H.C., Z.K.

REFERENCES

1. Abdi, F., & Simbar, M. (2013). The peer education approach in adolescents-narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, 42(11), 1200-6.
2. Ahola Kohut, S., Stinson, J., Forgeron, P., van Wyk, M., Harris, L., Luca, S. (2016). A qualitative content analysis of peer mentoring video calls in adolescents with chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 23(6):788-99.
3. Aladağ, M., & Tezer, E. (2016). Akran Danışmanlığı Nedir? Ne Değildir? *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(27), 139-55.
4. Al-sheyab, N., Gallagher, R., Crisp, J., Shah, S. (2012). Peer-led education for adolescents with asthma in Jordan: a cluster-randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129(1), e106-12.
5. Beacham, B. L., & Deatrick, J. A. (2015). Children with chronic conditions: Perspectives on condition management. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 25-35.
6. Bitsko, M. J., Everhart, R. S., Rubin, B. K. (2013). The Adolescent with Asthma. *Paediatric Respiratory Reviews*, 15(2), 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2013.07.003>.
7. Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., Fischer, S. (2017). REbeL Peer Education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. *Eating Behaviors*, 25, 32-7.
8. Clark, N. M., Shah, S., Dodge, J. A., Thomas, L. J., Andridge, R. R., Little, R. J. (2010). An evaluation of asthma interventions for preteen students. *Journal of School Health*, 80(2), 80-7.
9. Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455-80.
10. Ghahramani, N. (2015). The potential impact of peer mentoring on treatment choice in patients with chronic kidney disease: a review. *Archives of Iranian Medicine*, 18(4), 239-43.
11. Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children*. St. Louis: Mosby.
12. Jerson, B., D'urso, C., Arnon, R., Miloh, T., Iyer, K., Kerkar, N., et al. (2013). Adolescent transplant recipients as peer mentors: A program to improve self-management and health-related quality of life. *Pediatric Transplantation*, 17(7), 612-20.
13. Lu, Y., Mak, K. K., van Bever, H. P. S., Ng, T. P., Mak, A., Ho, R. C. M. (2012). Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatric Allergy and Immunology*, 23(8), 707-715. <https://doi.org/10.1111/pai.12000>.
14. McCurdy, E. E., & Cole, CL. (2014). Use of a peer support intervention for promoting academic engagement of students with autism in general education settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 883-93.
15. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339, b2535. doi:10.1136/bmj.b2535.
16. Newton, F. B., & Ender, S. C. (2010). *Students helping students: A guide for peer educators on college campuses*. United States of America: John Wiley & Sons.
17. Oris, L., Seiffge-Krenke, I., Moons, P., Goubert, L., Rassart, J., Goossens, E., et al. (2016). Parental and peer support in adolescents with a chronic condition: a typological approach and developmental implications. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(1), 107-19.
18. Otim, M. E., Jayasinha, R., Forbes, H., Shah, S. (2015). Building evidence for peer-led interventions: assessing the cost of the Adolescent Asthma Action program in Australia. *Australian Journal of Primary Health*, 21(4), 438-43.
19. Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., Parker, D. (2015). *The joanna Briggs institute reviewers' manual 2015: a methodology for JBI scoping reviews*.
20. Rhee, H., Belyea, M. J., Hunt, J. F., Brasch, J. (2011). Effects of a peer-led asthma self-management program for adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(6), 513-19.
21. Siew, C. T., Mazzucchelli, T. G., Rooney, R., Girdler, S. (2017). A specialist peer mentoring program for university students on the autism spectrum: A pilot study. *PloS one*, 12(7), e0180854.
22. Sikorová, L., & Polochová, M. (2014). Coping strategies of family with a chronically ill child. *Kontakt*, 16(1), e31-8.
23. Stinson, J. N., Lalloo, C., Harris, L., Isaac, L., Campbell, F., Brown, S., et al. (2014). iCanCope with Pain™: User-centred design of a web-and mobile-based self-management program for youth with chronic pain based on identified health care needs. *Pain Research and Management*, 19(5), 257-65.
24. Stinson, J., Ahola Kohut, S., Forgeron, P., Amaria, K., Bell, M., Kaufman, M., et al. (2016). The iPeer2Peer program: a pilot randomized controlled trial in adolescents with juvenile

- idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 14(1), 2-10.
25. Ünver, V., & Akbayrak, N. (2013). Hemşirelik eğitiminde ekran eğitim modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(4), 214-17.
26. Zhong, C. S., & Melendez-Torres, G. (2017). The effect of peer-led self-management education programs for adolescents with asthma: A systematic review and meta-analysis. *Health Education Journal*, 76(6), 676-94.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/10.54189>

Derleme

İntegratif (Bütünleşik) Tedavinin Yeni Gözdesi: Su Jok Terapi The New Favorite Of Integrative Therapy: Su Jok Therapy

Ayşegül KAHRAMAN^{ID}*,a, Raşan ÇEVİK AKYIL^{ID}b

^a *PhD.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, AYDIN, TÜRKİYE

^b *Prof.Dr.* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

ÖZET

Su Jok terapiye göre eller ve ayaklar vücudun minyatür bir kopyasıdır ve anatomik olarak insan vücuduna maksimum yapısal benzerlik göstermektedir. İnsan vücudundaki her organın el ve ayaklarda karşılık geldiği bir yansıma noktası bulunmaktadır. Bu noktalar uzaktan kumanda gibi vücudun her organını ve parçasını harekete geçirmektedir. Su Jok terapi ile vücudun el ve ayaklardaki yansıma noktalarına çeşitli teknikler ile yapılan uygulama sonucunda fiziksel olarak organ veya vücut bölgesinin uyarıldığı ve vücutta bulunan enerjinin harekete geçirildiği ve iyileşmenin sağlandığı savunulmaktadır. Uygulamanın basit olması, yan etkisinin olmaması, girişimsel bir müdahale içermemesi ve uygulama alanı olarak geniş bir yelpazeye sahip olması Su Jok terapinin popüleritesini gittikçe artırmaktadır.

Bu derlemede Su Jok terapi ile ilgili alanyazın (literatür) taraması yapılmış ve çeşitli kaynaklardan derlenen bilgiler ışığında integratif (bütünleşik) hemşirelik ile felsefe yakınlığından bahsedilmiş bir yöntem olan Su Jok terapi ve etki mekanizması, uygulama prensipleri ile alanda yapılan çalışmalar ele alınmış ve derlenen bilgiler özetlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; İntegratif (bütünleşik) Yöntem; Su Jok

ABSTRACT

According to Su Jok therapy, the hands and feet are a miniature replica of the body and anatomically show maximum structural similarity to the human body. Each organ in the human body has a corresponding reflection point on the hands and feet. These points activate every organ and part of the body, like a remote control. It is argued that thanks to Su Jok therapy, as a result of the application of various techniques to the reflection points of the body on the hands and feet, the organ or body region is physically stimulated, the energy in the body is activated and healing is achieved. The popularity of Su Jok therapy is increasing day by day as it is simple to apply, has no side effects, does not contain any interventional interference and has a wide range of application areas.

In this review, the literature on Su Jok therapy was searched and in the light of the data compiled from various sources, Su Jok therapy, which is a method of integrative nursing and philosophy closeness, and its mechanism of action, application principles and studies in the field were discussed and the collected data was tried to be summarized.

Keywords: Su Jok; Integrative Method; Nursing

* Bu çalışma daha önce yayınlanmamış ve herhangi bir dergiye eş zamanlı olarak değerlendirilmek üzere sunulmamıştır.

*Sorumlu Yazar: Ayşegül KAHRAMAN

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, AYDIN, TÜRKİYE

e-posta: kahramanaysegul@yahoo.com

Geliş tarihi: 16 Eylül 2021

Kabul tarihi: 12 Aralık 2022

GİRİŞ

Modern tıp uygulamalarının enerji ve zihinsel temelli değişim teknikleriyle birlikte uygulanması olarak tanımlanan “integratif (bütünleşik) tıp” beden enerjisinde oluşan bozuklukların fiziksel hastalıkların nedeni olduğunu, sağlığın devamı ve iyileşmenin sağlanması için de beden enerjisinin yeniden düzenlenmesi gerektiğini savunmaktadır (Sommer ve Vatanoglu-Lutz, 2017). Tedavide sadece hastalığa odaklanılmamakta, birey ruhsal ve bedensel olarak da bir bütün olarak ele alınmaktadır (Tütüncü, 2017). Bu açıdan bakıldığında tamamlayıcı tedaviler ile hemşirelik bakım uygulamalarının aynı felsefeye sahip olduğu görülmektedir. İnsanın içindeki iyileştirici gücü açığa çıkarmayı amaçlayan integratif hemşirelik, yoğun invaziv uygulamalarının aksine non-invaziv ve non-farmakolojik yöntemlerle insanın bir bütün olarak iyileşmesini destekleyen geleneksel ve yeni girişimler için kanıt temelli uygulamaları tercih etmektedir (Taşcı, 2015; Watson 2009). Bu nedenle integratif yöntemlerin bilimsel sorun çözme ve kuramsal bilgi ile donatılmış hemşirelerin bağımsız rolleri arasında sayılabilecek bir hemşirelik girişimi olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Turan, Öztürk ve Kaya, 2010).

Dünya'daki Birleşik Krallık, Danimarka, Hollanda, Almanya, Kanada vb ülkelerde gerekli kurs, eğitim, sertifika aldıktan sonra hemşirelerin integratif yöntemleri uygulamalarında herhangi bir engel yasa ya da yönetmelik bulunmazken, ülkemizde 29158 sayılı ile 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” nde hemşirelerin tek başına uygulama yapma yetkilerinin bulunmadığı, sertifikalı tabip ve diş tabibinin gözetim ve denetimi altında ancak uygulamalara katılabildikleri ifade edilmektedir (Sommer ve Lutz, 2017).

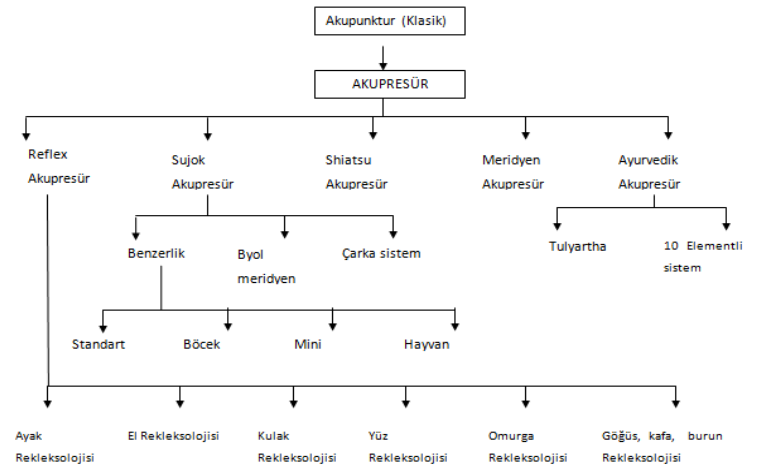
Literatürde, integratif hemşireliğin felsefesiyle benzerlik gösteren Su Jok terapinin uygulamasının basit oluşu, herhangi bir yan etkinin olmaması ve girişimsel bir müdahale içermemesi gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin semptom yönetiminde integratif (bütünleşik) bir yöntem olarak Su Jok terapiyi uygulayabilecekleri savunulmaktadır (Nurjannah, 2020).

Su Jok Terapi

Güney Koreli bilim adamı Profesör Park Jae Woo (1942-2010) tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. Kore dilinde “Su” el, “Jok” ise ayak anlamına gelmektedir (Friman ve Chelala, 2016; Ivanov 2018; Sharma ve Sharma, 2015; Woo 1987, 1991, 2000, 2002, 2007). Su Jok terapi, el ve ayaklarda bulunan yansıma noktalarına masaj, moksa (ısıtma), iğne, magnet ve tohum gibi çeşitli teknikler uygulanarak yapılan, vücudun eller ve ayaklar üzerindeki bağımsız iletişim sistemlerini kullanan modern bir akupresür/akupunktur

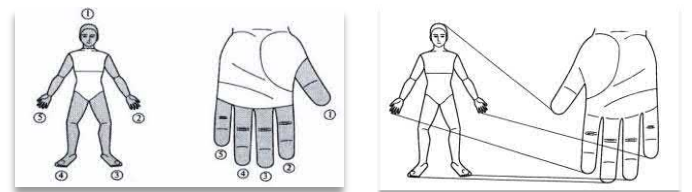
yorumu olarak tanımlanmaktadır (Şekil 1) (Albert ve Asanova, 2016; Albert, 2018; Ivanov 2018; Ponni, 2011).

Holistik yaklaşımlar, enerji akışı ve meridyenler Su Jok terapinin temelini oluşturmaktadır (Ivanov 2018; Seth, 2013). Su Jok, doğu tıbbının denenmiş ve güvenilir birçok yöntemini içeren entegre bir terapi yöntemidir (Ponni, 2011; Rodríguez, Mendoza, García ve Castañeda, 2018; Seth, 2013). Özellikle de aynı felsefenin ifade ettiği yaklaşımlar olan akupunktur ve akupresür gibi uygulamalara içerik bakımından benzerlik göstermektedir (Ivanov 2018; Ponni, 2011; Rodríguez ve ark., 2018). Bu yaklaşımların ortak amacı, vücutta enerji taşıyan meridyenlerin (enerji kanallarının) üzerindeki biyolojik olarak aktif noktalara (akupunktur noktalarına) basınç yaparak yaşam enerjisi olan Chi (ki) enerjisinin sağlıklı bir şekilde akışını sağlamaktır (Chen ve Wang, 2014). Su Jok terapinin diğer refleksoterapi yöntemlerinden farkı, el ve ayakların insan vücuduna olan benzerliğidir. Bu benzerlik Su Jok terapi de “uygunluk sistemi” olarak adlandırılmaktadır (Ivanov 2018; Woo 1987, 1991, 2000, 2002, 2007).



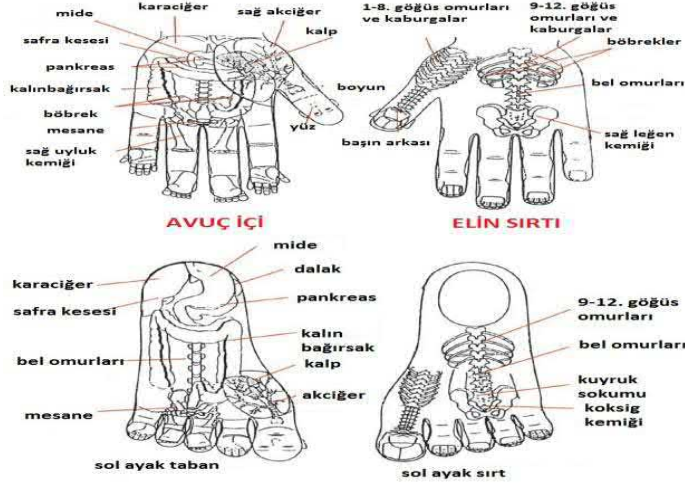
Şekil 1. Su Jok terapinin akupresüre yöntemleri içindeki yeri (Woo, 1987).

Resim 1'de görüldüğü gibi, el ve ayaklardaki başparmak “baş” bölgesini, elde avuç, ayakta ise taban “gövdeyi”, el ve ayaklardaki 3. ve 4. parmaklar “bacakları”, 2. ve 5. parmaklar da “kolları” temsil etmektedir. Böylece eller; gövdeden uzanan kollar, bacaklar ve baş bölgesi ile vücudun küçük bir yansıması olarak gözlenmektedir (Friman ve Chelala, 2016; Ivanov 2018; Woo 1987, 1991, 2000, 2002, 2007).



Resim 1. Baş ve ekstremitelerin sayılarında elin vücuda uygunluğu (Woo, 1991).

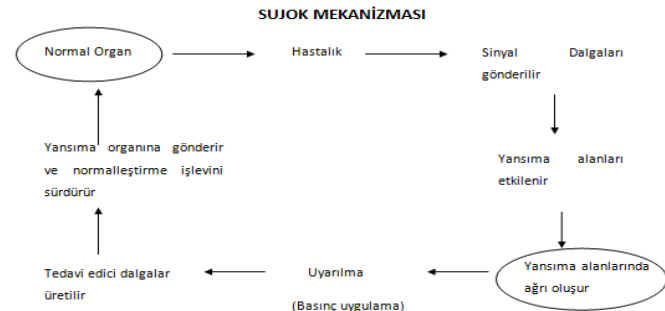
Eski Çin bilgilerine göre insan bedeni ying ve yang olmak üzere ikiye bölünmektedir. El yumruk şeklinde sıkıldığında avuç içi ying, dış yüzü yang olmaktadır (Woo, 1991). Su Jok uygunluk sistemine göre de, bedenin yang tarafı ellerin ve ayakların dış tarafına; ying tarafı ise avuç içi ve ayak tabanına uygunluk göstermektedir. Yang tarafında omurga, ying tarafında da iç organların yansima noktaları bulunmaktadır (Resim 2) (Ivanov 2018; Seth, 2013; Woo 1987, 1991, 2000, 2002, 2007).



Resim 2. Su Jok yöntemine göre organların el/ayaklara yansima şeması (Woo, 1991).

Su Jok Terapinin Etki Mekanizması

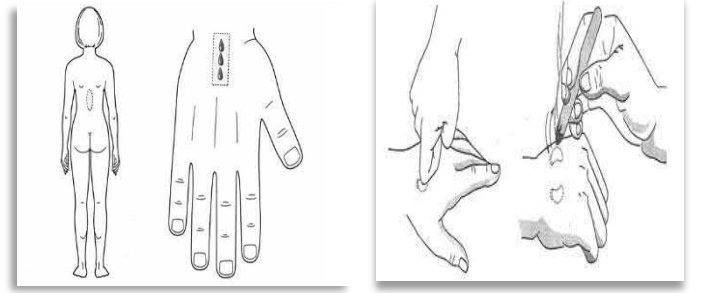
Su Jok teorisine göre; vücutta enerji akımı ve sirkülasyonun bulunduğu, hastalık oluştuğunda da bu enerji akımının bozulduğu savunulmaktadır (Ivanov 2018; Seth, 2013; Woo 1987, 1991, 2007). Vücutta bulunan organda ağrı/hastalık durumu ortaya çıktığı zaman uygunluk sistemi prensibine göre el ve ayaklarda bulunan yansima bölgesine sinyaller gönderilmektedir (Ivanov 2018). Ağrı/hastalığın olduğu organa ait el ve ayakların yansima noktalarında “bilye uygunluğu” denilen basıya duyarlı minik şişlikler oluşmaktadır (Seth, 2013; Woo 1987, 1991, 2000, 2002, 2007). Bu noktalara yapılan uygulama sonucunda hasta organ veya vücut bölgesinin uyarıldığı, bu uyarılma ile vücutta bulunan enerjinin harekete geçtiği ve semptomlarda da düzelme gözlemlendiği ifade edilmektedir (Ivanov 2018; Seth, 2013; Woo 1987, 1991, 2007) (Şekil 2).



Şekil 2. Su Jok Terapinin Etki Mekanizması (Woo, 1987).

Su Jok Terapi Uygulama Prensipleri

Yansima Alanlarının Seçimi: Yansima noktaları, organın el ve ayaklarda karşılık geldiği alan üzerinde tespit edilmektedir (Seth, 2013). Yansima alanının doğru seçimi, Su Jok terapinin etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Aksi takdirde, Su Jok terapinin etkisiz olmasına neden olabileceği belirtilmektedir. Örneğin; bel bölgesinde ağrı şikâyeti olan hastaya Su Jok uygunluk sistemine göre omurganın el sırtına yansıyan alanda uygulama yapılırsa sonuç başarısız olabilir. Çünkü bel ağrısı omurga ile ilgili bir sorundan değil, böbrek hastalığından da kaynaklanabilir (Resim 3). Eğer kişinin bel ağrısının sebebi gerçekte böbrek hastalığı ise, teşhisin yanlış olması yansima alanının yanlış seçimine ve Su Jok terapinin de etkisiz olmasına neden olabileceği ifade edilmektedir (Ivanov, 2018).



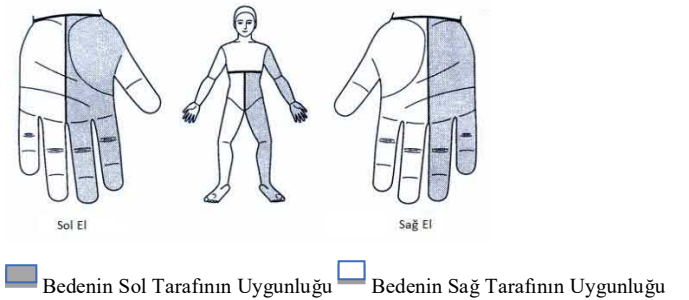
A: Bel ağrısı yansima alanı

B: Böbrek ağrısı yansima alanı

Resim 3. Yansima noktasının yanlış teşhisi (Woo, 1991).

El ve ayakların doğru pozisyonda tutulması yansima noktalarının tespitinde vücudun sağ ve sol bölgesine göre belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır (Resim 4) (Woo 1987, 1991, 2000).

Uygulamada, ayak tabanının hareketten dolayı doğal bir mekanik basınç uygulayıcısı olarak işlev görmesinin tedavinin etkinliğini arttırdığı belirtilmektedir (Ivanov, 2018). Fakat klinikte ayaklardan çok kullanım kolaylığı açısından eller tercih edilmektedir (Woo, 1991). Kadınlarda sağ, erkeklerde de sol elin kullanılmasının uygulamada biraz daha etkili olduğu ifade edilse de “birincil alan/bölge” olarak tanımlanan temsil ettikleri organın tarafında bulunan bölgeye uygulanması kabul görmektedir.

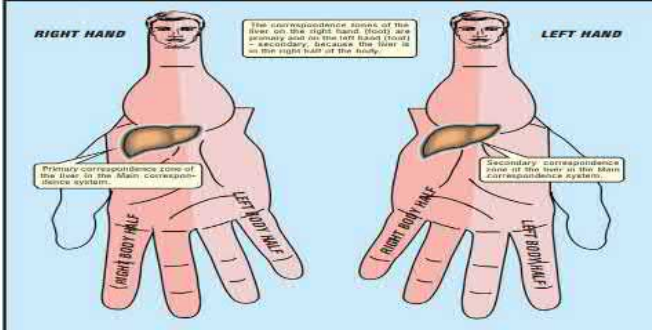


Resim 4. Bedenin Sağ ve Sol Kısımlarının Ellere Yansiması (Woo, 1991).

Örnek 1: Karaciğer, safra kesesi, sağ bacak, sağ kol, sağ göz, sağ kulak vb. organlar vücudun sağ tarafında bulunan organlardır. Bu nedenle birincil bölgeleri sağ tarafta ve ikincil ilişkili bölgeleri de sol tarafta bulunmaktadır (Resim 5).

Örnek 2: Kalp, dalak, sol bacak, sol kol, sol kulak, sol göz vb. organlar vücudun sol tarafında bulunan organlardır. Bu nedenle birincil bölgeleri sol tarafta ve ikincil bölgeleri de sağ tarafta yer almaktadır.

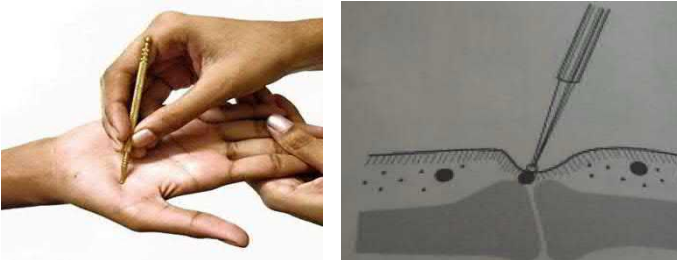
Birincil bölgeler, karşılık geldikleri organa daha yakın olduğu için daha etkili sonuçların alındığı bildirilmektedir (Ivanov, 2018).



Resim 5. Birincil ve ikincil alanlar (Ivanov, 2018).

Ağrılı Su Jok Noktalarının Yerlerinin Belirlenmesi: Bu yöntemin etkinliğini belirleyen en temel adım doğru noktayı bulmaktır (Friman ve Chelala, 2016; Park 1991,2007; Rodríguez ve diğerleri, 2018). Vücuttaki enerji akışı, üzüntü, stres, travmalar sonucu tıkanabilir. Vücuttaki enerji akışı tıkanığında bu durum ellere, vücuda, başa ve ayaklara yansımaktadır. Bu blokajlar ağrı deneyimi, şişlik veya kalınlaşmış alanlar olarak ortaya çıkmaktadır (Tuğay, 2010).

El ve ayaklarda, patolojinin olduğu organa ait yansıma noktalarında “bilye uygunluğu” denilen minik şişlikler oluşmaktadır. İlgili noktanın basınca duyarlılığının, vücut bölümündeki ağrı seviyesi ile doğrudan bir korelasyona sahip olduğu savunulmaktadır. Bu nedenle, vücudun uzuvlara yansıdığı noktalarda basıyla birlikte ağrı ve çekilme hissi oluşmakta ve bu sayede doğru nokta tespiti yapılabilmektedir (Resim 6) (Seth, 2013; Woo, 1987, 1991, 2000, 2002).



Resim 6. Patolojinin olduğu organa ait yansıma (Woo 1987, 1991).

El ve ayaktaki ağrılı noktanın tespiti için “diyağnostik prob” veya “teşhis çubuğu” olarak adlandırılan metal, plastik veya tahtadan yapılmış, yaklaşık on santimetre uzunluğunda bir çubuk kullanılmaktadır. Uygun bölgedeki tüm noktalara aynı güçte bası uygulanması doğru noktanın tespiti açısından

son derece önemlidir (Resim 7) (Seth, 2013; Woo, 1987, 1991, 2000, 2002).



Resim 7. Diyağnostik prob (Teşhis çubuğu) (Ivanov, 2018).

Ağrılı Noktaların Stimülasyonu: Doğru noktanın tespitinden sonra bu noktaları uyarmak ve enerji akışının devamı sağlamak amacıyla Su Jok terapide çeşitli teknikler uygulanmaktadır (Ivanov, 2018; Woo 2007).

- Moxa stimülasyonu
- Soğuk stimülasyonu
- İğne stimülasyonu
- İğne ve moxa stimülasyonu
- Masaj stimülasyonu
 - Diagnostic probe masajı
 - Tohum masajı (seed-therapy)
 - Genel masaj aletleri yardımıyla
 - Masaj yüzüğü
 - Spiral masaj
 - Silindir masaj
 - Parmakla masaj
 - Magnetik yıldız masajı
- Magnet stimülasyonu
 - Nokta şeklinde
 - Halka şeklinde
 - Magnetik işaretli

Stimülasyon Yönteminin Seçimi: Su Jok noktalarına uygulanacak stimülasyon yönteminin seçimi, hastalığın ciddiyetine ve kullanılacak olan uygunluk bölgesinin boyutuna göre farklı olabilmektedir (Ivanov, 2018). Çok ciddi olmayan hastalıklarda ağrıyı hafifletmek için iğne yerine teşhis probu veya tohum terapisi/mıknatıslar ile yapılan masajların yeterli olabileceği belirtilmektedir. Daha ciddi, akut ve kronik hastalıklarda ise, moxa, iğneler veya farklı stimülasyon metotlarının kombinasyonlarında daha etkili sonuçlar alınabilmektedir.

Stimülasyon Süresinin Belirlenmesi: Bir uygulamanın süresi; stimülasyon yöntemine ve stimüle edilen ağrı

noktalarının veya alanlarının sayısına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Ivanov, 2018).

Uygulama Sayı ve Sıklığının Belirlenmesi: Uygulamanın sayı ve sıklığı hastalığın doğasına ve ciddiyetine göre belirlenmektedir (Ivanov, 2018). Literatüre göre iyileşme süresi bir çok faktöre göre değişkenlik göstermekle birlikte optimal terapötik sonuçlar elde etmek için genellikle 1-15 seans olması tavsiye edilmektedir (Seth, 2013; Woo, 1991). Hastalık akut değilse kronik hastalıklarda seanslar arasında bir iki günlük aralıklar verilmesi kullanılan ağrı noktalarının dinlenebilmesi için önerilmektedir. Hastalığın semptomları kaybolduktan sonra da ilave olarak 2-3 seans daha uygulama yapılması işlemin etkinliğini artırması açısından tavsiye edilmektedir (Ivanov, 2018). Tanının yanlış olması, stimülasyon yöntem seçiminin uygun olmaması, uygunluk bölgesi için küçük bir alan seçilmesi, ağrı noktalarının doğru tanımlanmaması, belirli bir hastalığın gerektirdiği rejimin gözlenmemesi, hastalıklı organda geri dönüşümsüz organik değişikliklerin varlığı, hastalıktan tüm vücut sisteminin etkilenmesi Su Jok terapinin başarısız olmasına neden olabilmektedir (Ivanov, 2018).

Literatürde Su Jok Terapi

Su Jok Terapi, 2000 yılında Rusya Sağlık Bakanlığı tarafından refleksoterapi yöntemi olarak kabul edilmiş ve birçok ülkede aktif bir şekilde uygulanmaktadır (Ivanov, 2018; Safonov ve Naprienko, 2017).

Literatürde; Su Jok uygulamasının olumlu etkileri ile ilgili; kronik ağrı, bel ve boyun fitiğine bağlı ağrı, postoperatif ağrı, migren ağrısı, astım, soğuk algınlığı, göğüs ağrısı, postür bozukluğu, karpal tünel sendromu, mide ülseri ve duodenum ülserinin tedavisinde, anksiyete de kaygı durumunun azalmasına yönelik yapılmış az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Albert ve Asanova, 2016; Albert, 2018; Cruz ve Muñoz, 2012; Huber, Despaigne, García ve Díaz, 2016; Nedeljkovic, Ljuština-Pribić ve Savić, 2008; Oliva, Orduño, Portuondo, Monier ve López, 2017; Pérez, González, López ve Roque, 2014; Popova, 2005; Safonov ve Naprienko, 2017). Literatürde incelemesi sonucu ulaşılan Su Jok terapi ile ilgili yapılmış çalışmalardan bazıları şunlardır: Perez ve diğerleri'nin çalışmasında; 65-69 yaş arasında ve çeşitli deformasyonlara bağlı şiddetli diz ağrısı olan katılımcıların oluşturduğu örnekleme, Su Jok uygulaması sonrasında hissedilen şiddetli ağrının anlamlı düzeyde azaldığı belirtilmiştir (Pérez ve ark., 2014). Yaşları 7 ile 17 arasında değişen 100 astımlı çocuk ile yapılan randomize kontrollü çalışmada; sadece ilaç alan çocukların oluşturduğu grup ile hem ilaç alan ve hem de Su Jok uygulanan gruptaki çocukların karşılaştırılması sonucu, kombine (ilaç ve Su Jok) grubun tedavi sonuçlarının ilaç grubuna göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Nedeljkovic ve ark., 2008).

Oliva ve diğerlerinin yarı deneysel planladıkları çalışmasında; 20 yaşından büyük hidrosalpinks tanısı alan 56 hastaya, her biri 10 gün süren toplamda 3 kürden oluşan ve her kür arasında 15 günlük dinlenme aralıklarının planlandığı Su Jok tedavisi sonucunda, pelvik ağrısı olan hastaların %58,9'unun uygulama sonrası ağrılarının azaldığı bildirilmiştir (Oliva ve ark., 2017). Huber ve diğerleri topuk dikenini nedeniyle fizik tedavi bölümünde takip edilen 128 hastayı, konvansiyonel tedavi (kontrol grubu) ve Su Jok (çalışma grubu) uygulanan hastalar olmak üzere randomize olarak iki guruba ayırmıştır. Çalışmanın başında her iki gruptaki hastaların hepsinin analjezik kullanmasına rağmen ağrı şikâyetlerinin dağılımının homojen olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda da; Su Jok grubunun iyileşme ve ağrının hafifleme süresinin konvansiyonel tedaviye göre daha hızlı olduğu belirtilmiştir. Terapi alan hastaların memnuniyet derecesi değerlendirildiğinde çalışma grubunun % 98,4'ü, kontrol grubunun da % 87,5'inin elde edilen sonuçlardan memnun olduğu saptanmıştır (Huber ve ark., 2016). Cruz ve Munoz'un gerilim tipi baş ağrısı (n=50) olan hastalarda Su Jok terapinin etkinliğini değerlendirdiği çalışmada, hastaların %80'inde Su Jok uygulaması sonrasında ağrı şiddetinde ve sıklığında azalma olduğu bildirilmiştir (Cruz ve Muñoz, 2012). Literatürde; ikisi ülkemizde olmak üzere hemşirelik uygulaması olarak bel, göğüs, migren ve cerrahi operasyon sonrası oluşan genel ağrının azaltılmasına yönelik Su Jok terapinin etkisinin araştırıldığı 4 çalışmaya rastlanmıştır. Sözü edilen çalışmalarda da Su Jok terapinin ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu ve hemşirelik uygulamaları içinde yer alabileceği belirtilmektedir (Ponni, 2011; Nurjannah, 2020; Şimşek, 2020; Kahraman, 2021).

Su Jok Terapinin Kontrendike Olduğu Durumlar

Su Jok uygulaması, herhangi bir yan etki oluşturmadığından her yaş grubunda kullanılabilir olup; 5 yaş altındaki çocuklar ile işbirliği sağlanamaması nedeniyle uygulama zor olacağı için tercih edilmemektedir. Uygulama bölgesinde yara, mantar vb. gibi durumlar dışında uygulanmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır. (Friman ve Chelala 2016; Huber ve diğerleri, 2016; Ivanov, 2018; Popova, 2005; Woo, 1991). Aşırı ilaç ve alkol kullanımı sonrası /süresince, gebeliğin son üç ayı, ciddi yorgunluk, uykusuzluk ve açlık gibi durumlarda, yoğun alınan öğün sonrası Su Jok terapi uygulanmamalıdır (Ivanov, 2018).

SONUÇ

Holistik felsefenin uygulama alanını oluşturan integratif hemşirelik birey, aile ve toplumu çevresi ve ilişkileriyle bir bütün olarak değerlendiren ve sağlık bakımında tüm iyileştirme yöntemlerini kullanmayı savunan bir sağlık yaklaşımıdır. Hasta bakımında her bireyin eşsiz ve gereksinimlerinin birbirinden farklı olduğu bilinerek bütüncül bir yaklaşımla integratif bakım uygulamalarının ele alınması sunulan hemşirelik bakımının kalitesini arttıracaktır. Bu

nedenle integratif yaklaşımların semptom yönetime entegre edilmesi gerekmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Su Jok terapinin kanıta dayalı olarak uygulanabilmesini sağlamak amacıyla bilimsel araştırmaların nitelik ve nicelik yönünden artırılması,
- Semptomlarının hafifletilmesi, yaşam kalitesi ve bakımın etkinliğinin artırılması için uygulamaya ilişkin yasal düzenlemelerle hemşirelerin bu alandaki yetkinliğinin artırılması,
- Hemşirelik bakım uygulamaları içinde Su Jok terapiye yer verilmesi önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı: Fikir sahibi: A.K., R.Ç.A.; Kaynak taraması: A.K.; Makalenin yazılması: A.K., R.Ç.A.; Eleştirel inceleme: R.Ç.A.

KAYNAKLAR

1. Albert M. Study of The Effects of Su Jok in Patients with Impaired Posture. In Varna Medical Forum 2018;7:284-88.
2. Albert MD, Asanova BM. Using Su Jok Therapy to Overcome Pain Syndrome at Lumbar İntervertebral Disk Disease. MEDICUS International Medical Scientific Journal 2016;5(11):58-61.
3. Chen YW, Wang HH. The Effectiveness of Acupressure on Relieving Pain: A Systematic Review. Pain Management Nursing 2014;15(2):539-550.
4. Cruz DM, Muñoz MEP. Tratamiento De La Cefalea Tensional Con Acupuntura, Su Jok Y Terapia De Semillas. Correo Científico Médico 2012;16(2).
5. Friman CRC, Chelala ASL. Terapia Su Jok El Holograma Básico. 2016.
6. Huber JCT, Despaigne OLP, García CJ, Díaz RDLCG. Effectiveness of the Su Jok Therapy in Patients with Pain Due to Heel Spur. MediSan 2016, 20(10), 5009-5017.
7. Ivanov P. Su Jok and Moxa. In: Lavreel H,eds. A Self-Trea A Self-Treatment Manual. Bulgaria: MEDIKS Ltd.; 2018.
8. Kahraman A, Çevik Akyıl R. Efficacy of Su Jok Seed Therapy in Migraine: A Randomized Placebo-Controlled Study. Complement Med Res 2022; doi: 10.1159/000526903.
9. Nedeljković M, Ljuština-Pribić R, Savić K. Innovative Approach to Laser Acupuncture Therapy of Acute Obstruction in Asthmatic Children. Medicinski Pregled 2008;61(3-4):123-30.
10. Nurjannah I. "Su Jok" Therapy and Sclerology Profile Monitoring for Managing Chest Pain at Home While Avoiding Hospital Admission During The Covid-19 Pandemic: A Case Study. Belitung Nursing Journal 2020;6(6):229-32.
11. Oliva GB, Orduño AC, Portuondo HR, Monier BZ, López BF. Su Jok Therapy in Patients With Hydrosalpinx Diagnosis. Medisan 2017; 21(7):819-25.
12. Pérez IT, González MG, González LGI, López HÁ, Roque LFV. Pain Treatment By Means of Su Jok System for Knee Complaints in Major Adults. Mediciego 2014;20(S1).
13. Ponni, S. A study to assess the effectiveness of Su Jok therapy on low back pain among women at vilankurichi, Coimbatore (Doctoral dissertation, KG College of Nursing, Coimbatore). 2011.
14. Popova LA. Metod Su-Dzhok Akupunktury V Praktike Lecheniya Ortopedicheskikh Bol'nykh. Geniy or-topedii 2005; 4:125-128.
15. Rodríguez A, Mendoza YA, García EFC, Castañeda YT. Terapia Su-Jok en pacientes con diagnóstico de cervicalgia. Revista Cubana de Tecnología de la Salud 2018, 9 (3), 42-49.
16. Safonov MI, Naprienko MV. Analysis of the Efficacy Of Reflexology in The Complex Treatment of Chronic Migraine. Zhurnal Nevrol. i Psihiatr. Im. S.S. Korsakova 2017;117(5), 22-25. doi:10.17116/jnevro20171175122-25.
17. Seth S. Sujok: The Healing Touch. Altern Integ Medicine 2013;2:10.
18. Somer P, Vatanoglu-Lutz EE. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin Hukuki ve Etik Açısından Değerlendirilmesi. Anadolu Kliniği 2017;22(1):58-65.
19. Taşçı S. Hemşirelik Eğitiminde İntegratif Anlayış Geliştirme. İntegratif Tıp Dergisi 2015;3(2):50-54.
20. Tuğay N. Masaj teknikleri. Yüksel İ, editör. Refleksoloji Ankara: Öz Baran Ofset; 2010. p.184-193.
21. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(1):103-8.
22. Tütüncü S. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Genel Bir Bakış. Tütüncü S, Etiler N, editör. Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2017. p.11-55.
23. Sharma P, Sharma D. Control/cure naturally the headache/migraine just by touching the tips of your fingers. Cephalalgia 2015. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0333102415581304
24. Şimşek HE., Alpar ŞE. The effect of aromatherapy and Su Jok interventions on post-cesarean pain. Complement Ther Clin Pract 2022;49. doi: 10.1016/j.ctcp.2022.101642.
25. Watson J. (2009). Caring Science and Human Caring Theory: Transforming Personal and Professional Practices of Nursing and Health Care. Journal of Health and Human Services Administration 2009;31(4):466-82.
26. Woo JW. Be your own doctor. Jaipur, India: Smile Academy Pvt. Ltd.; 1987.
27. Woo JW. Su Jok for everybody. Smile Academy.1991.
28. Woo JW. Seed therapy. Moscow: Su Jok. Monografia en CD-ROM]. Academy; 2000.
29. Woo JW. Su Jok therapy in emergency situations. Moscow: Su Jok Academy; 2002.
30. Woo JW. A guide to Su Jok therapy. Moscow: Su Jok Academy; 2007.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1094643>

Derleme

Sağlıkta Hakkaniyet Equity in Health

Mail ÖZÇELİK *.a

^a Dr., İSTANBUL, TÜRKİYE.

ÖZET

Sağlıkta hakkaniyet, bireylerin ya da hançalklarının herhangi bir koşula bakılmaksızın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini kullanabilmesidir. Sağlıkta hakkaniyet “yatay” ve “dikey hakkaniyet” olmak üzere iki boyutta değerlendirilmektedir. Yatay hakkaniyet, eşit sağlık ihtiyacı olan bireylerin eşit düzeyde hizmet alabilmesidir. Dikey hakkaniyet ise, daha fazla sağlık ihtiyacı olan bireylere daha fazla sağlık hizmetinin sağlanması anlamına gelir. Sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizlikler genel olarak sosyal eşitsizliğin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada özellikle az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde hakkaniyetli sağlık konusunda çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar büyük ölçüde sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan sosyal ve ekonomik faktörlerden ve sağlık hizmeti kullanımına dair yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü çalışmalarında sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizliklere vurgu yaparak, sağlık bakım sistemi ve sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin yapılması gerekenler konusunda ülkelere öneriler geliştirmiş ve sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmaları konusunda tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu nedenle ülkelerin kendine özgü ve nüfusun sağlık sorunlarını yansıtan hakkaniyet ölçüm çerçevesi geliştirmeleri ve toplumda yaşanan sağlık hakkaniyetsizliklerinin tespit edilerek sağlık sonuçlarını iyileştirmeleri önem arz etmektedir. Bu çalışmada, sağlıkta hakkaniyet kavramı, hakkaniyetin boyutları, sağlıkta hakkaniyeti artırmaya yönelik bilgiler sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hakkaniyet, Sağlık, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

Equity in health is the ability of individuals or households to use the health service they need regardless of any conditions. Equity in health is evaluated in two dimensions as “horizontal” and “vertical equity”. Horizontal equity means that individuals with equal health needs receive equal services. Vertical equity means providing more health services to individuals with more unique health needs. Inequities in health are generally the result of social inequality. In the world, especially in underdeveloped or developing countries, there are various problems regarding equitable health. These problems are due to social and economic factors called social determinants of health, and inadequacies in the use of health services. By emphasizing the inequities in health in its work, the World Health Organization has developed recommendations for countries on what to do about the health care system and the social determinants of health and advises them to reduce inequities in health. For this reason countries to develop an equity measurement framework that reflects the health problems of the population and identify health inequities society and improve health outcomes. This study presents the concept of equity in health, the dimensions of equity, and information increasing equity in health.

Keywords: Equity, Health, Social Determinants of Health, Health Services

*Sorumlu Yazar: Mail ÖZÇELİK

Adres: Akçaburgaz mah.3018.sok.No:18 D:10 Esenyurt-İstanbul

e-posta: mailozcelik18@gmail.com

Geliş tarihi: 28.03.2022

Kabul tarihi: 09.10.2022

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir (Sadana ve ark., 2011). Bireyin ya da hane halklarının sağlığı, sağlık sistemi politikaları ve sağlık hizmetleri başta olmak üzere, bireylerin genel eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzey ve sağlık alışkanlıkları gibi nüfus sağlığı üzerinde belirleyici olan pek çok dış faktörden etkilenmektedir. İyi sağlığın belirleyicileri içinde önemli bir konuma sahip olan sağlık sistemi, sağlığın korunması, zamanında ve etkili tedavi ya da rehabilitasyon programları uygulayarak hastalık ve sakatlıkların iyileştirilmesi, sağlık statüsünün artırılması ve sağlığın geliştirilmesi için bir dizi faaliyet ve prosedürlerden sorumludur (Donev ve ark., 2013).

DSÖ (1999), sağlık sistemini, sağlığı yükseltmeyi temel amaç edinmiş tüm organizasyonlar, kurumlar ve kaynaklardan oluşan bir yapı olarak tanımlar (Murray ve Frenk, 2000). Her sağlık sisteminin adil bir şekilde karşılaması gereken asgari şartlar vardır. Bunlar; akut ve kronik sağlık ihtiyaçları için kaliteli hizmetlere erişim, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme, ortaya çıkan bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, nüfusun yaşlanması ve küresel çevresel değişikliklerinin sağlık üzerindeki etkilerine yönelik sistemin uygun cevap verebilirliğidir (Donev ve ark., 2013). DSÖ'nün sağlık sistemi performans değerlendirmesinde kullandığı yeni stratejisi; sağlığı yükseltmek, hizmette yeterlilik ve finansmanda adalet vurgusudur (Murray ve Frenk, 2000). DSÖ 1998 Raporu'nda, 21. yüzyılda herkes için “hakkaniyetli sağlık” konusu üzerinde durulmuş, hakkaniyetli olmayan bir sağlık sisteminin istenen performansı gösteremeyeceği ifade edilmiştir. DSÖ, sağlıkta hakkaniyetin önemi, sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin artırılması için yapılması gerekenler ve belirli aralıklarla sağlık sistemlerinin hakkaniyet performanslarının ölçülmesi konusunda dünya ülkelerine bir takım önerilerde bulunmuştur (WHO, 1998).

Sağlıkta hakkaniyet, herkesin iyi sağlık için ihtiyaç duyduğu tüm hizmetlere erişebilmesi ve hiç kimsenin sosyal konumu veya diğer sosyal faktörler nedeniyle hizmetlere ulaşmada dezavantajlı konuma düşmemesidir. Hakkaniyeti geliştirmeye yönelik eylemler arasında iyi sağlık statüsü, sağlık hizmetlerinin dağıtımı, hizmetlerinin sürdürülebilirliği, erişimde kolaylık, temel kamu mal ve hizmetlerin etkin sunumu ve sağlıkla ilgili kaynakların adil tahsisi gibi kıstaslar yer almaktadır (Tang ve ark., 2008). Birleşmiş Milletler Bin Yıllık Kalkınma Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında, sağlık kazanımlarının sürdürülmesi ve hakkaniyetli sağlık hizmetinin artırılması konuları öncelikli hedefler olarak yer almaktadır (Marmot ve Bell, 2018; Olayinka ve ark., 2016).

Bu çalışmada amaç, sağlıkta hakkaniyet kavramını açıklayarak, hakkaniyeti artırma konusunda bir bakış açısı oluşturmak ve sağlıkta hakkaniyet konulu çalışmalara ışık tutmaktır.

1. Sağlıkta Hakkaniyet Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre “hakkaniyet (equity)” sözcüğü, “hak ve adalet, doğruluk, uygunluk” anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 1932). “Hakkaniyet” ve “eşitlik” terimleri güncel hayatta eşanlamlı olarak kullanılmaktadır (Braveman, 2014). Aynı şekilde sağlık eşitsizlikleri (inequalities) ve sağlıkta hakkaniyetsizlik (inequities) terimlerinin de birbirinin yerine kullanıldığını görmekteyiz. Oysaki “eşitlik (equality)”, kelime anlamı olarak iki veya daha çok şeyin eşit olması durumunu ifade eder ve denklik” anlamına gelir (Türk Dil Kurumu, 1932). Hakkaniyet, sosyal adalet ilkesini temel alan etik bir kavramdır. Sağlıkta hakkaniyet, doğası gereği normatif, dağıtımcı adalet etik ilkesine dayanan ve insan hakları ilkeleriyle uyumlu etik bir değerdir (Braveman ve Gruskin, 2003; Jacob Novignon, 2014; Östlin ve ark., 2005). Sağlıkta eşitlik ise, aynılıktır ve matematiksel bir eşitliği ifade eder (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Sağlıkta eşitlik ile hakkaniyet kavramı aynı şey değildir. Eşitlik istatistiksel bir ölçüdür (Cookson ve ark., 2016), hakkaniyet ise eşit sonuçların sağlanmasıyla ilgilenir (Hugo ve ark., 2010). Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grubun doğuştan beklenen yaşam süresi aynı ise, eşitlikten söz edilir. Bununla birlikte tüm sağlık eşitsizlikleri adaletsiz olarak değerlendirilemez. Örneğin, genç yetişkinlerin yaşlı nüfustan daha sağlıklı olması doğaldır. Erkek olarak doğan çocuklar, kızlara göre ortalama olarak daha yüksek doğum ağırlığına sahip olma eğilimindedir. Erkeklerde prostat sorunları varken, kadınlarda yoktur. Dolayısıyla sağlık eşitsizliklerinden herhangi birinin haksız ya da adaletsiz olduğunu iddia etmek zor olacaktır (Braveman ve ark., 2001; Braveman, 2014). Hakkaniyet ve eşitlik kavramları birbirinden farklı olsa da, sağlıkta hakkaniyetin işlevsel hale getirilmesi ve ölçülmesinde eşitlik kavramı vazgeçilmezdir. Sağlıkta hakkaniyetin değerlendirilmesi, sağlığın ve onun sosyal belirleyicilerinin, daha çok ve daha az avantajlı sosyal gruplar arasında karşılaştırmasını gerektirir (Braveman ve ark., 2001). Bir ülkedeki nüfus grupları arasında yaşanan, etnik ayrımcılık, iyi eğitime erişim engelleri, gelir farklılıkları, sağlıksız konutlar, güvenli olmayan çevre ve olumsuz iş koşulları gibi sosyal eşitsizlikler bireylerin iyi sağlık uygulamalarına ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırarak sağlık hakkaniyetsizliklerini artırmaktadır. Eşit olmayan ya da düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayan insanların daha sık hastalanması ya da daha erken ölmesi sağlık eşitsizlikleri ile açıklanmaktadır (WHO, 2019). Sağlıkta eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratılması ve sağlık farklılıklarının mümkün olan en düşük seviyeye indirilmesidir (Ramirez ve ark., 2012).

Literatürde sağlıkta hakkaniyet kavramı üzerine çok sayıda tanım yapılmıştır. DSÖ, hakkaniyeti "toplumsal, ekonomik, demografik, coğrafik veya diğer kategorilere göre tanımlanmış insan grupları arasında önlenebilir, haksız veya düzeltililebilir farklılıkların olmaması" şeklinde tanımlamaktadır (Leclerc ve ark., 2008). Sağlıkta hakkaniyet yaygın olarak, nüfus grupları arasında sistematik eşitsizliğin olmaması olarak açıklanmaktadır (Braveman, 2003; Braveman, 2006; Östlin ve ark., 2005). Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, eşit hizmet ihtiyacı için eşit erişim, hizmetlerden eşit yararlanma ve eşit sağlık sonuçları olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım sağlık kaynaklarının ihtiyaca göre tahsis edilmesi ve finansmanın ödeme gücüne göre ayarlanması anlamına gelmektedir (Braveman, 2003; Hugo ve ark., 2010). Bu durum, ideal olarak herkesin tam sağlık potansiyeline ulaşmak için adil bir fırsata sahip olması gerektiği ve hiç kimsenin bunu başarma konusunda dezavantajlı ya da kısıtlı konuma düşürülmemesi anlamını taşır (Chang, 2002; Wilf-Miron ve ark., 2021). Hakkaniyette, sağlık için eşit fırsatlar yaratılması ve sağlık farklılıklarının mümkün olan en düşük seviyeye indirilmesi ve sağlığın optimal düzeyde gerçekleşmesinin teşvik edilmesi beklenmektedir. Hakkaniyetli bir sağlık sistemi, tüm bireyler ve özellikle dezavantajlı gruplar (boşanmış ya da eşi ölmüş kadınlar, çocuklar, engelliler, yoksullar, mülteciler gibi) açısından, sağlık farklılıklarının mümkün olan en düşük seviyeye indirebilecek konularla ilgilenmelidir. Hakkaniyet, sağlıkta az ya da çok avantajlı sosyal gruplar arasında sistematik bir eşitsizliğe neden olmayacak şekilde kaynakların ve diğer bakım süreçlerinin adaletli dağılımına dikkat çeker. Bu, yalnızca sağlık hizmetleri kaynaklarının ve programlarının değil, çoğu sağlık sektörünün doğrudan kontrolü dışında olan, sağlığın şekillenmesinde belirleyici olan tüm kaynakların, politikaların ve programların adil dağıtımını ve tasarımı da ifade etmektedir (Anand, 2002; Nolen ve ark., 2005; Olayinka ve ark., 2016).

Daha ölçülebilir bakış açısıyla sağlıkta hakkaniyet, sağlığın sosyal belirleyicileri göz önüne alındığında, farklı sosyal düzeylere sahip insan grupları arasında, sağlık bakımından sistematik farklılıkların olmamasıdır. Örneğin sosyal olarak kırılğan gruplar arasında yer alan kadın-çocuk nüfus, farklı ırk ve etnik kökene sahip ve yoksul bireylere yönelik, sağlık, refah ve sosyal açıdan kısıtlılık yaratacak durum ve uygulamaların ortadan kaldırılmasıdır (Venkatapuram ve ark., 2010). Hane halkları ve bireyler sağlığı korumak, geliştirmek ve sürdürmek veya iyileştirmek için gerekli olan sıhhi ve sosyal önlemlere erişme fırsatına sahip olmalıdır (Alleyne, 2000). Yapılan tanımlar çerçevesinde, sağlıkta hakkaniyetin son derece geniş tabanlı bir konu olduğu ve büyük ölçüde sağlık sektörünün ötesindeki adalet sorunları ile ilgilendiği söylenebilir (Hahn ve ark., 2020).

2. Sağlıkta Hakkaniyetin Boyutları

Sağlık hizmetleri, nüfusun çeşitli sağlık ihtiyaçları ve taleplerini karşılamak amacıyla bir dizi önleyici, tedavi edici ve sağlığı geliştirici faaliyet, uygulama ve süreçleri içermektedir (Donev ve ark., 2013). Bireylerin bu hizmetlere zamanında erişimi, kaliteli bakım ve tedavi alma, hizmetler için adil bir sağlık harcaması ve elde edilen sağlık sonuçlarının istenilir düzeyde gerçekleşmesi hakkaniyetli sağlık hizmetinden beklenen sonuçlardır (Coudouel ve Paternostro, 2005). Sağlık hizmeti hedef ve faaliyetlerinin bu çerçevede şekillenmesi hakkaniyetsizlikleri büyük ölçüde azaltacaktır.

Sağlık politikaları kapsamında incelendiğinde hakkaniyet, "yatay" ve "dikey" olmak üzere iki terimle açıklanmaktadır (Coudouel ve Paternostro, 2005) (Tablo 1).

Tablo 1. Hakkaniyetin Boyutları

	Yatay hakkaniyet	Dikey hakkaniyet
Sağlık hizmetlerine erişim	Benzer ihtiyaçları olan bireyler, benzer hizmet erişimine sahiptir.	Daha fazla ihtiyacı olan bireyler daha fazla veya daha yoğun hizmete erişebilir
Sağlık hizmetleri finansmanı	Aynı sosyoekonomik durumda sahip olanlar, sağlık hizmeti için aynı ücreti öder.	Zengin hane halkları, yoksul olanlara göre daha fazla ödeme yapar
Sağlık harcaması	Aynı sosyoekonomik konumda veya benzer sağlık düzeyinde olanlar, kamu tarafından finanse edilen hizmetlerden aynı miktarda pay alırlar.	Daha yoksul ve daha fazla hastalığa sahip olan hane halkları, daha zengin ve sağlıklı hane halklarından daha fazla pay alır.
Sağlık sonuçları	Sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak tüm hane halkları benzer sağlık sonuçlarına sahiptirler.	

Kaynak: Coudouel ve Paternostro, 2005

Sağlık hizmetleri kullanımında yatay hakkaniyet (horizontal), eşit düzeyde sağlık ihtiyacına sahip bireylerin, ödeme güçlerinden (gelirlerinden) bağımsız olarak aynı bakım ve tedaviyi alması gerektiğini ifade eder (Braveman, 2006). Yatay hakkaniyet, bireylerin sosyoekonomik durumları, yaşadıkları yer, coğrafi bölge ve eğitim düzeylerinden bağımsız olarak aynı ihtiyaç için aynı ya da eşit muamele görmeleri anlamına gelmektedir. Başka bir ifade ile, benzer sağlık bakımına ihtiyacı olan bireylerin, yoksul ya da zengin, genç ya da yaşlı, siyah ya da beyaz olup olmamasına bakılmaksızın aynı tedavi ve bakımı alabilmesidir. Dolayısı ile aynı ihtiyaca sahip bireylerin farklı miktar ya da şekilde sağlık hizmeti alması sağlıkta yatay hakkaniyetsizliğe neden olmaktadır (Braveman, 2006; Olayinka ve ark., 2016; Zhou ve ark., 2013).

Dikey hakkaniyet (vertical), maliyetlerin ve faydaların farklı statüye sahip gruplar arasındaki dağılımını ifade etmektedir. Dikey hakkaniyette, daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacı olan bireylerin daha fazla sağlık kuruluşuna erişim ve hizmet kullanımı söz konusudur (Starfield, 2011). Kaynakların tahsisine yönelik dikey hakkaniyet, farklı ihtiyaç seviyeleri için farklı kaynakların tahsisini gerektirir. Örneğin, evrensel bir sağlık planı, herkesin bir noktada sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu temelinde yatay hakkaniyete hitap edebilir. Ancak yoksul olan kişiler için aynı düzenleme dikey hakkaniyete hizmet etmeyecektir (West-Charles, 2001). Hizmete erişim kapsamında dikey hakkaniyette, sağlık durumunun bireyden

bireye farklılık gösterdiği ve bu farklılıklara göre alınan hizmetin değişmesi söz konusudur. Örneğin grip olan bir hasta ile zatürre olan bir hastaya aynı tedavi ve bakım uygulanmamaktadır (Çelik, 2013).

Sağlık hizmetleri finansmanında yatay hakkaniyet, ödeme gücü aynı olan bireylerin cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer gibi farklılıklara bakılmaksızın aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasıdır. Örneğin, bir ülkede farklı yerel bölgelerde, farklı vergi oranları uygulanması finansmanda hakkaniyeti destekler. Ancak aynı vergi oranı uygulandığında zengin bölgeler için daha çok gelir, yoksul bölgeler için daha az gelire neden olabileceğinden dikey hakkaniyetsizlik ortaya çıkabilir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008; Wagstaff ve ark., 1991). Sağlık hizmetleri finansmanında dikey hakkaniyet ise, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin veya hane halklarının sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapmasıdır. Başka bir deyişle, ödeme gücü daha yüksek olan bireylerin, ödeme gücü daha düşük olan bireylere göre sağlık finansmanına daha fazla katkıda bulunmasını açıklar. Bireylerin ödeme gücü yükseldikçe, sağlık finansmanına daha fazla katkı yapması beklenir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008; Manavgat, 2019). Adil bir sağlık sistemi için, aynı ihtiyaçlar karşısında sağlanan sağlık hizmetlerinde herhangi bir farklılık olmaması, daha fazla sağlık ihtiyacı olduğunda daha fazla sağlık hizmetinin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Abimbola ve ark., 2019; Zhou ve ark., 2013).

3. Sağlıkta Hakkaniyet Nasıl Artırılır?

Literatürde sağlık hizmeti kullanım ve erişiminde farklı insan grupları arasında belirgin ayrılıklar olduğuna dair bazı çalışmalara rastlamak mümkündür. Dei ve Sebastian (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi ve eğitimin ayaktan tedavi almayı kolaylaştıran güçlü belirleyiciler olduğu ve bu iki faktörün hizmet kullanımında gözlemlenen yatay hakkaniyetsizliği artırdığı belirtilmiştir. Peltzer ve ark. (2014)'nin düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkeleri kapsayan bir çalışmada, yaşlı kişilerin ayakta tedavi hizmetlerini kullanma olasılığının diğer yaş gruplarına göre yaklaşık %30 daha az olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmalarda bebek ölümlerinin, eğitim seviyesi ve gelir eşitsizliği ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kim ve Saada, 2013). Sosyoekonomik eşitsizliğin akut ve kronik hastalıkların farklı toplumsal tabakalar için farklı sosyal ve ekonomik sonuçları vardır. Örneğin ciddi ve kronik hastalıklar, sosyal korumanın bulunmadığı ya da yetersiz olduğu hassas gruplar arasında hanehalkı yoksulluğuna neden olabilmekte veya var olan yoksulluğu daha da kötüleştirmektedir (Aksungur, 2020; Nolen ve ark., 2005). Gelişmekte olan ülkelerdeki yoksulların etkin sağlık hizmetlerine erişiminin zenginlere göre daha düşük olduğu kabul edilmektedir (Olayinka ve ark., 2016). Peru'da yapılan bir çalışmada, diş bakımı, hastaneye yatış ve koruyucu sağlık hizmetlerinde,

zengin kişiler lehine uygulamalar endişe verici olarak değerlendirilmiştir (Petra ve ark., 2013). COVID-19 salgını üzerine yapılan bir çalışmada, nüfusun yoğun olduğu bölgelerde yaşayan ve kronik rahatsızlığı olan yoksul bireylerin kaliteli halk sağlığı ve tıbbi hizmetlere ulaşmada engeller yaşadığı ve bu popülasyonun orantısız bir şekilde salgından daha fazla etkilendiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların adaletsiz ve plansız dağılımına dikkat çekilmiştir. Örneğin Brezilya'nın yoğun bakım yatak sayısı (on bin kişi başına 2.03) gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında iyi düzeyde olmasına rağmen, yatakların kamusal ve özel sektör arasındaki adaletsiz dağılımının COVID-19 salgını sürecinde toplumsal hakkaniyetsizliğe neden olduğu gösterilmiştir (Shadmi ve ark., 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde COVID-19 üzerine yapılan başka bir çalışmada, siyah ırka sahip vakaların daha yüksek hastaneye yatış oranları olduğu ve bu hastalıktan ölme olasılıklarının beyaz nüfusa göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Shah ve ark., 2020).

Gerek toplumun sağlık göstergeleri, gerekse tedavi, acil bakım ve salgın hastalık dönemlerinde; yoksulluk, düşük eğitim seviyesi, elverişsiz çalışma ve yaşam koşulları, sağlık kaynaklarının adaletsiz dağılımı gibi nedenler, bireylerin zamanında, etkili ve kaliteli sağlık hizmetine erişimini engelleyerek sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri artırmaktadır (Edwards ve ark., 2020).

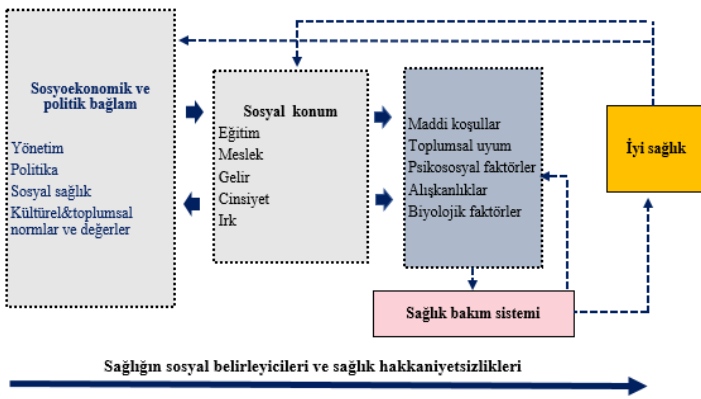
Sağlıkta hakkaniyet, dünya çapında sağlık reformu için kapsayıcı bir hedeftir. Başta DSÖ olmak üzere çok sayıda ülke, hizmetlerin ihtiyaca göre ve etkin ve verimli bir biçimde sunulması, hizmet bedellerinin kişilerin ya da hane halklarının ödeme gücüne göre ayarlanması konusuna dikkat çekmektedir. Ancak çoğu toplumda özellikle kırılgan gruplar başta olmak üzere, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında çeşitli sorunlar yaşanmakta olup, sağlıktaki gittikçe artan bir hakkaniyetsizlikten söz edilmektedir (Wang ve Yaung, 2013). Sağlık sektöründe yaşanan adil olmayan uygulamalar, toplumdaki dezavantajlı grupları sağlık açısından daha da kırılgan duruma getirerek, onların sağlıklı olma fırsatlarını azaltmaktadır. Neredeyse dünyanın her yerinde, sosyal kısıtlılık ya da engeller, kötü sosyoekonomik statü, cinsiyet, etnik köken ve coğrafi bölgesel farklılıklar nedeniyle farklı sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Berkman ve Kawachi, 2000).

DSÖ (2007), sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri bir sorun olarak ele almış ve hakkaniyeti artırmak için küresel bir stratejik mekanizma olarak, "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri" üzerine bağımsız bir komisyon kurmuştur. Komisyon, hükümetleri, uluslararası kuruluşları, araştırma kurumlarını, sivil toplum kuruluşlarını harekete geçirerek, sağlıkta hakkaniyet ve sosyal belirleyiciler konusunda sürdürülebilir bir küresel hareket oluşturmak, hakkaniyeti tesis etmek ve bu konuda üye ülkeleri desteklemek amacıyla çalışmalar

yapmıştır (Commission on Social Determinants of Health, 2007).

DSÖ 2008 Raporu'nda sağlık hakkaniyetsizliklerini azaltmak amacıyla ülkelere üç öneride bulunulmuştur (Leclerc ve ark., 2008). Bunlar;

1. Bireylerin doğduğu ve içinde yaşadığı çevre koşullarının iyileştirilmesi
2. Kaynakların adaletli dağılımı için doğru planlama yapılması
3. Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine eğitilmiş iş gücü oluşturulması ve bu konuda kamu bilincinin geliştirilmesi, olarak sıralanmıştır.



Şekil 1. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sağlık Hakkaniyetsizlikleri (Sadana ve ark., 2011).

Şekil 1'de sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık hakkaniyetsizlikleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Sosyal gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının kaynak noktaları, nüfusun sağlık statüsünde yaşanan adaletsizliklerin giderilmesinde izlenecek yollar, hakkaniyetsizlikle ilişkili sağlık belirleyicileri ve sağlıktaki hakkaniyetsizliği azaltmada izlenecek yollar özetlenmiştir (Sadana ve ark., 2011).

Sosyoekonomik ve politik bağlam; yönetim ve politika, sivil toplum katılımı, kamu yönetiminde hesap verebilirlik ve şeffaflık da dahil olmak üzere en geniş anlamda yönetim süreçlerini içermektedir. Makroekonomik (mali, parasal, ödemeler dengesi ve ticaret politikaları) ve temel işgücü piyasası yapılarını içeren politika; emek, sosyal refah, sağlıklı iş yeri ve konut dağılımı gibi sosyal politikalar ile eğitim, tıbbi bakım, su ve sanitasyon gibi sağlıkla ilgili kamu politikalarını oluşturmaktadır. Sosyal konum; her toplumda finansal ve diğer kaynakların adil olmayan dağılımını içeren çerçeveyi yansıtmaktadır. En önemli belirteçleri mesleki statü, eğitim başarısı, gelir düzeyi, sosyal sınıf, cinsiyet ve etnik köken gibi sosyoekonomik faktörlerdir. Maddi koşullar; çevresel etkenler de dahil olmak üzere, özellikle ekonomik zorluklar, olumsuz fiziksel çalışma ve yaşam koşullarını tanımlayan diğer sosyal belirleyicilerdir. Ayrıca, stresli bir hayat tarzı, sosyal destek eksikliği gibi psikolojik ve sosyal faktörler ile sigara ve alkol tüketimi, diyet, fiziksel egzersiz gibi yaşam tarzı alışkanlıkları sağlık hakkaniyetsizlikleri açısından belirleyici konular olarak ifade edilmektedir (

Braveman ve ark., 2001; Östlin ve ark., 2005; Solar ve Irwin, 2010).

Hakkaniyetsizliği azaltmada sağlık hizmetlerinin, diğer önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Nüfusun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve iyi sağlık göstergeleri açısından sağlık hizmeti kullanımı oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen hususlar, toplumun sağlık göstergelerini de etkileyecektir. Hizmet kullanımını etkileyen tüm faktörler, sağlık statüsündeki farklılıkların nedenlerini belirlemede önemli bir rol oynamakta ve sağlık hizmeti kullanımını teşvik etmek amacıyla kullanılacak politikaların oluşturulmasına rehberlik etmektedir (Leclerc ve ark., 2008). Bireylerin hak ettiği sağlık hizmetine ulaşabilmesi, yeterli düzeyde hizmet kullanımı, ve bireyin arzularını sosyoekonomik özelliklere sahip olması adil bir hizmet alımı için gerekli unsurlardır (Aksungur, 2020; Eriksson ve ark., 2010).



Şekil 2. Sağlıkta Hakkaniyeti Artırmak İçin Mekanizmalar (Tsui, 2010)

Şekil 2'de kaynakların yeniden tahsisi ile sağlıkta hakkaniyet arasındaki ilişki gösterilmiştir. Materyal ve diğer kaynaklara erişim; kaynakların insan grupları arasındaki adaletsiz dağılımını ortadan kaldırarak sağlık hakkaniyetsizliklerini yok etmeyi amaçlamaktadır. Örneğin hükümetin ya da yerel yönetimlerin, halkın güvenilir gıdaya erişimi ve temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik alışveriş marketlerini yetersiz hizmet alan bölgelere çekmesi ya da bu konuda teşvik programları oluşturmalarıdır. Gelişmiş fiziksel ve sosyal çevre; daha iyi yaşam koşulları oluşturularak iyileştirici kaynakların daha adil dağıtılmasını mümkün kılmaktadır. Örneğin, toplum temelli sağlık tesislerinin erişilebilir olması, fiziksel aktivite ve sosyal katılımı sağlayan güvenli konutlar inşa edilmesi, işe ve okula yakın parklara ve diğer açık alanlara erişimi kolaylaştıran yaklaşımlar, tehlikeli ve zararlı iç ve dış faktörlerden uzak sağlıklı bir çevre oluşturulmasını desteklemektedir (Northridge ve Freeman, 2011). Artan fırsatlar ve siyasi güç; bireylere işe ve okula gidiş-gelişte güvenli ve uygun fiyatlı ulaşım seçenekleri sunulması, çalışanların geçinebilecekleri ücret politikalarının oluşturulması, çocuklara yaşamları boyunca kaliteli bir eğitim sağlanması, kadınların güçlendirilmesi, ezilen nüfuslar için artan siyasi güç desteği, sağlığı destekleyen fırsatlar yaratılması ve yetersiz hizmet alan gruplara yönelik yeniden ve daha adil kaynak dağılımına katkı sağlamaktadır (Northridge ve Freeman, 2011; Tsui, 2010).

Toplumda çoğunlukta dezavantajlı gruplar arasında daha belirgin gözlemlenen sağlık hakkaniyetsizliklerinin bireysel olarak azaltılması ya da yok edilmesi oldukça zordur. Bu konu, toplum, sivil toplum kuruluşları, sağlık kuruluşları ve hükümetlerin de katılımı ile uygulanabilir ve rasyonel politika değişiklikleri gerektirmektedir (WHO,2019; Liburd ve ark.,2020) .

4. Sağlıkta Hakkaniyet Göstergeleri

Nüfus sağlığının iyileştirilmesi, sağlıkta hakkaniyetin artırılması ve sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması için öncelikle sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanması gerektiği savunulmaktadır. Sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizlikler büyük ölçüde sosyal adaletsizliğin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir ülkede sağlığı etkileyen bir takım sosyal ve ekonomik faktörlerin iyileştirilmesi toplumdaki sağlık adaletsizlikleri ile birlikte bireylerin sağlık statüsünü de iyileştirmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık arasındaki karşılıklı ilişkilerin ölçülmesi ve nereye etkili bir şekilde müdahale edileceğinin belirlenmesi hakkaniyeti teşvik etmek ve sağlık hakkaniyetsizliklerini azaltmak bakımından oldukça önemlidir. Bu yaklaşım, sağlığın çeşitli sosyal belirleyicileri ile sağlık arasındaki ilişkinin doğru tanımlanmasını, aralarındaki nedensel ilişkilerin objektif olarak değerlendirilmesini ve sonuçlara göre etkili adımların atılmasını mümkün kılmaktadır (Dover ve Belon, 2019; Islam ve ark., 2006; WHO, 1999). Sağlıkta hakkaniyetin ölçülmesi, tüm insanlar için sağlıklı ve daha uzun yaşamayı teşvik etmek, sağlık ve diğer sektörler arası ilerlemeyi ve gelişmeyi izlemek için kilit bir adımdır (Dover ve Belon, 2019).

Hakkaniyet ölçüm göstergeleri ortaya çıkan adaletsiz sağlık sonuçlarını ortaya koymak ve altta yatan sorunları tespit ederek gerekli müdahalelerde bulunma fırsatı vermektedir. Dover ve Belon (2019) tarafından “sağlıkta hakkaniyet ölçüm çerçevesi” başlıklı bir model geliştirilmiştir. Modelde, politik ve sosyokültürel faktörler, sağlık sistemiyle ilgili politika ve programlar, maddi ve sosyal koşullar, çevre, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler ile algılanan sağlık durumu, sosyal konum, sağlık davranışları ve inançlara yönelik faktörlerin hakkaniyet göstergeleri olarak kullanılması önerilmiştir. Benzer şekilde DSÖ 1998 Raporu’nda, Dünya ülkeleri için sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin izlenmesi için bir dizi hakkaniyet göstergesi tanımlamıştır (Tablo 2).

Sağlık sektörü hakkaniyet analizlerinde genellikle, sağlığı etkileyen sosyoekonomik faktörler, sağlık statüsü göstergeleri, sağlık hizmeti kaynakları, sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık alışkanlıkları, algılanan sağlık durumu gibi performans ölçütleri kullanılmaktadır. Bu göstergeler, ampirik olarak bireyler, topluluklar ve uluslar arasında adil ya da adil olmayan bir sağlık durumunu yansıtmaktadır (Braveman, 2006; Cookson ve ark., 2016; Dei ve Sebastian, 2018; Nolen ve ark., 2005).

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyetin İzlenmesi İçin Temel Göstergeler

Kategoriler	Göstergeler
Sağlığın belirleyicilerine ilişkin göstergeler	<ul style="list-style-type: none"> • Yükseklik düzeyi ve yaygınlığı • Eğitim seviyesi • Yeterli sanitasyon, güvenli gıda ve suya erişim
Sağlık statüsü göstergeleri	<ul style="list-style-type: none"> • 5 yaş altı ölüm hızı • Çocuk bodurluğunun yaygınlığı • Anne ölüm oranı • Doğumda yaşam beklentisi • Bulaşıcı hastalıkların hızı ya da yaygınlığı • Bebek ölüm hızı • 1-4 yaş arası bebek ölüm hızı
Sağlık hizmetleri kaynaklarına ilişkin göstergeler	<ul style="list-style-type: none"> • Kişi başına nitelikli personel dağılımı • Kişi başına birincil, ikincil ve üçüncül sağlık kuruluşu dağılımı • Kişi başına toplam sağlık harcaması
Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin göstergeler	<ul style="list-style-type: none"> • Bağışıklama kapsamı • Doğum öncesi bakım kapsamı • Nitelikli personelin katıldığı doğum oranı • Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı

Kaynak: WHO,1998

Sağlıkta hakkaniyeti ölçen çalışmalar, toplumun sağlık statüsü göstergeleri ile sağlığın sosyal belirleyicileri arasındaki ilişkiyi yakından incelemesine izin verecek şekilde modellenmelidir. Araştırmalarda kullanılan göstergelerin amacı, yatay veya dikey hakkaniyetin varlığına veya aleyhine kanıt sağlamaktır (Chang, 2002; Sadana ve ark.,2011). Morisod ve ark. (2021)’nin sağlıkta hakkaniyet konulu 29 makale üzerinde yaptıkları sistematik incelemede, 14 farklı hakkaniyet göstergesi üzerinde durulduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda kullanılan göstergeler hizmet alanına göre dört grupta toplanmıştır.

Acil bakım öncesi ayaktan tedavi hizmetlerine erişime yönelik hakkaniyet göstergeleri: Acil servise kabul oranı, önlenebilir acil başvurular ve acil başvuruların sıklığıdır.

Acil bakım sırasında bakım kalitesine yönelik hakkaniyet göstergeleri: Acil duruma özel prosedür sayısı, teşhis veya tedavide gecikme oranı, acil serviste kaçırılan tanılar ve yanlış teşhis oranıdır.

Acil bakım sonrasında bakım kalitesine yönelik hakkaniyet göstergeleri: Hastane ölüm oranı, nörolojik iyileşme oranı, acil kabulden sonra yatılan gün sayısı, hastane dışı kalp durmasından sonra iyileşme oranıdır.

Küresel hakkaniyet göstergeleri: 30,90 ve 365 günlük hastane ölüm oranları, acil servise geri kabul ya da yatış oranı olarak gruplanmıştır (Morisod ve ark., 2021).

Hakkaniyetin birden fazla boyutu olduğundan, sağlık sistemi düzeyinde yapılacak değerlendirmelerde tek bir ölçüm kriteri bulunmamaktadır. Sağlık sektöründe ya da bilimsel araştırmalarda kullanılacak ölçüm göstergeleri değerlendirilecek karar birimine ya da üzerinde çalışılacak hakkaniyet boyutuna göre değişim gösterebilmektedir.

SONUÇ

Sağlıkta hakkaniyet, sosyal ve ekonomik faktörler de dahil olmak üzere sağlığı etkileyen tüm belirleyiciler üzerindeki eşitsizlikleri azaltmayı ya da ortadan kaldırmayı amaçlayan bir kavramdır. Sağlıkta hakkaniyet konusu, dünya çapında sağlık reformu için kapsayıcı bir hedefdir. Çok sayıda ülke, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımın ödeme gücüne

göre değil, ihtiyaca dayalı olması gerektiğine dair bir politika hedefi belirlemeye çalışmaktadır. Sağlık hakkaniyetsizlikleri, sosyal veya ekonomik engeller yaşayan ve düşük eğitim düzeyine sahip insan gruplarını daha fazla etkilemektedir. Sağlık hakkaniyetsizliklerinin önlenmesinde sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyi tanımlanması ve kırılgan gruplar için farklı sosyal politikalar geliştirilmesi önemlidir. Sağlık hizmetleri sağlıktaki hakkaniyetin sağlanmasında ve adaletsizliklerin önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Sağlık kuruluşları tek başına tüm toplum için sağlığın çoklu belirleyicilerinin tümünü iyileştirme gücüne sahip olmasa da, hakkaniyetsizlikleri doğrudan hizmet noktasında ele alma ve bunları yaratan birçok belirleyiciyi etkileme gücüne sahiptir. Sağlıkta yaşanan hakkaniyetsizliklerin gerek toplumun sağlık statüsü ve gerekse sağlık ekonomisi üzerinde olumsuz sonuçlar doğuracağı belirtilmektedir. Hakkaniyetsizlikleri önlemek için, sağlık sistemlerinin bu konuyu stratejik bir öncelik haline getirmesi, daha adil bir sağlık hizmeti sunma noktasında gerekli altyapıların oluşturulması, sağlığın çoklu belirleyicileri göz önünde bulundurularak gerekli politikaların oluşturulması, dezavantajlı grupların güçlendirilmesi ve sağlık sistemlerinin hakkaniyet düzeylerinin ölçülerek, ülkelerin sağlık statülerini iyileştirmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abimbola, S., Baatiema, L., & Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: A realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>
- Aksungur, A. (2020). Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi [Hacettepe Üniversitesi]. <https://doi.org/Yayınlanmamış> Doktora Tezi
- Alleyne, G. A. O. (2000). Reflexiones del Director / From the Director Equity and health 1. 7(1), 1–7.
- Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), 485–487. <https://doi.org/10.1136/jech.56.7.485>
- Berkman, L.F, Kawachi, I. (Eds). (2000). *Social Epidemiology: Berkman, LF, Kawachi I (Eds) Oxford University Press, New York, 2000, pp. 391. Health Education Research*, 18(3), 404–407. <https://doi.org/10.1093/her/cyg020>
- Braveman, P. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: A conceptual framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 181–192.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Braveman, P., Starfield, B., & Geiger, H. J. (2001). World Health Report 2000: How it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323(7314), 678–680. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7314.678>
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P. (2014). What is health equity: And how does a life-course approach take us further toward it? *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 366–372. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1226-9>
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi. 2.Baskı,Ankara*
- Chang, W. C. (2002). The meaning and goals of equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), 488–491. <https://doi.org/10.1136/jech.56.7.488>
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes, Interim Statement. World Health Organization, 370(9593), 1–78.* <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607613853>
- Cookson, R., Asaria, M., Ali, S., Ferguson, B., Fleetcroft, R., Goddard, M., Goldblatt, P., Laudicella, M., & Raine, R. (2016). Health Equity Indicators for the English NHS. In *Centre for Health Economics (Issue 124). www.health_equity_indicators_for_the_English_NHS.pdf*
- Coudouel, A., & Paternostro, S. (2005). Analyzing the Distributional Impact of Reforms. In *Analyzing the Distributional Impact of Reforms.* <https://doi.org/10.1596/0-8213-6181-3>
- Dei, V., & Sebastian, M. S. (2018). Is healthcare really equal for all? Assessing the horizontal and vertical equity in healthcare utilisation among older Ghanaians. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0791-3>
- Donev, D., Kovacic, L., & Laaser, U. (2013). The Role and Organization of Health Care Systems. In *Health: Systems – Lifestyles – Policies (Volume I) (Issue October).* <https://www.researchgate.net/publication/257830385>
- Dover, D. C., & Belon, A. P. (2019). The health equity measurement framework: A comprehensive model to measure social inequities in health. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0935-0>
- Edwards, T. L., Breeyear, J., Piekos, J. A., & Velez Edwards, D. R. (2020). Equity in Health: Consideration of Race and Ethnicity in Precision Medicine. *Trends in Genetics*, 36(11), 807–809. <https://doi.org/10.1016/j.tig.2020.07.001>
- Eriksson, M., Dahlgren, L., Janlert, U., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). Social Capital, Gender and Educational Level Impact on Self-Rated Health. *The Open Public Health Journal*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.2174/1874944501003010001>
- Hahn, K., Steinhäuser, J., & Goetz, K. (2020). Equity in Health Care: A Qualitative Study with Refugees, Health Care Professionals, and Administrators in One Region in Germany. *BioMed Research International*, 2020, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2020/4647389>
- Hugo, J. F. M., Couper, I. D., Thigiti, J., & Loeliger, S. (2010). Equity in health care: Does family medicine have a role? *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 2(1), 3–5. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v2i1.243>
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U. G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(3), 1–28. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>

24. Jacob Novignon, A. L. (2014). [WIP] Mp r a. Economic Policy, MPRA Paper No:56897, 0–33. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/568997>
25. Kim, D., & Saada, A. (2013). The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: A cross-country systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2296–2335. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062296>
26. Leclerc, A., Kaminski, M., & Lang, T. (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. In *World Health Organization* (Vol. 57, Issue 4). <https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.04.006>
27. Liburd, L. C., Hall, J. E., Mpofu, J. J., Williams, S. M., Bouye, K., & Penman-Aguilar, A. (2020). Addressing health equity in public health practice: Frameworks, promising strategies, and measurement considerations. *Annual Review of Public Health*, 41, 417–432. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094119>
28. Manavgat, G. (2019). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Dikey Hakkaniyet: Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Ödemeleri için Konsantrasyon ve Lorenz Eğrileri Analizi (2002-2016). *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(2), 263–280.
29. Marmot, M., & Bell, R. (2018). The Sustainable Development Goals and Health Equity. *Epidemiology*, 29(1), 5–7. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000773>
30. Morisod, K., Luta, X., Marti, J., Spycher, J., Malebranche, M., & Bodenmann, P. (2021). Measuring Health Equity in Emergency Care Using Routinely Collected Data: A Systematic Review. *Health Equity*, 5(1), 801–817. <https://doi.org/10.1089/heq.2021.0035>
31. Murray, C. J., & Frenk, A. J. (2000). A Framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731. [https://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf?ua=1)
32. Nolen, L. B., Braveman, P., Dachs, J. N. W., Delgado, I., Gakidou, E., Moser, K., Rolfe, L., Vega, J., & Zarowsky, C. (2005). Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8), 597–603. <https://doi.org/S0042-96862005000800013>
33. Northridge, M. E., & Freeman, L. (2011). Urban planning and health equity. *Journal of Urban Health*, 88(3), 582–597. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9558-5>
34. Olayinka, A., Olaide, L., & Opeloyeru, S. (2016). Inequity in Healthcare Utilization: Analysis of the Nigeria Situation. *International Journal of Business and Social Science*, 7(5), 223–232. https://ijbssnet.com/journals/Vol_7_No_5_May_2016/21.pdf
35. Östlin, P., Braveman, P., Dachs, J. N., Dahlgren, G., Diderichsen, F., Harris, E., Howden-Chapman, P., Labonte, R., Loewenson, R., McIntyre, D., Pannarunothai, S., Sen, G., Whitehead, M., Vega, J., Irwin, A., Panisset, U., & Valentine, N. (2005). Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(12), 948–953. <https://doi.org/S0042-96862005001200018>
36. Peltzer, K., Williams, J. S., Kowal, P., Negin, J., Snodgrass, J. J., Yawson, A., Minicuci, N., Thiele, L., Phaswana-Mafuya, N., Biritwum, R. B., Naidoo, N., & Chatterji, S. (2014). Universal health coverage in emerging economies: Findings on health care utilization by older adults in China, Ghana, India, Mexico, the Russian Federation, and South Africa. *Global Health Action*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25314>
37. Petrera, M., Valdivia, M., Jimenez, E., & Almeida, G. (2013). Equity in health and health care in Peru, 2004-2008. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 33(2), 131–136. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000200008>
38. Ramirez, L. K., Baker, E.A., & Metzler, M. (2012). Promoting health equity. *BMJ*, 345, 1-110. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4881>
39. Sadana, R., Simpson, S., Popay, J., Albrecht, D., Hosseinpoor A. R., & Kjellstrom, R. (2011). Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants. In *World Health Organization*. <https://doi.org/10.4324/9780203866900>
40. Shadmi, E., Chen, Y., Dourado, I., Faran-Perach, I., Furler, J., Hangoma, P., Hanvoravongchai, P., Obando, C., Petrosyan, V., Rao, K. D., Ruano, A. L., Shi, L., De Souza, L. E., Spitzer-Shohat, S., Sturgiss, E., Suphanchaimat, R., Uribe, M. V., & Willems, S. (2020). Health equity and COVID-19: Global perspectives. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>
41. Shah, G. H., Shankar, P., Schwind, J. S., & Sittaramane, V. (2020). The detrimental impact of the COVID-19 crisis on health equity and social determinants of health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(4), 317–319. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001200>
42. Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
43. Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10(15), 1–3. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
44. Tang, S., Meng, Q., Chen, L., Bekedam, H., Evans, T., & Whitehead, M. (2008). Tackling the challenges to health equity in China. *The Lancet*, 372(9648), 1493–1501. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61364-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61364-1)
45. Tsui, E. K. (2010). Sectoral job training as an intervention to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), 88–94. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.181826>
46. Türk Dil Kurumu. (1932). <https://www.tdk.gov.tr/>
47. Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 1999–2026.
48. Venkatapuram, S., Bell, R., & Marmot, M. (2010). The right to sutures: Social epidemiology, human rights, and social justice. *Health and Human Rights*, 12(2), 3–16.
49. Wagstaff, A., Paci, P., & van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 33(5), 545–557. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90212-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90212-U)
50. Wang, S. I., & Yaung, C. L. (2013). Vertical equity of healthcare in Taiwan: Health services were distributed according to need. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-12>
51. West-Charles, R. A. V. (2001). *Equity & Health* (Issue 8). <https://doi.org/ISBN 9275122881>
52. WHO. (1998). *World Health Report Life in the 21st Century A vision for all Report of the Director-General*. In *World Health Organization*. <https://doi.org/ISBN 92 4 156189 0>
53. WHO. (1999). *The health for all policy framework for the WHO European Region-Health 21* (Issue No.6).

-
54. WHO. (2019). Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. In The World Health Organization.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>
 55. Wilf-Miron, R., Avni, S., Valinsky, L., Myers, V., Ziv, A., Peretz, G., Luxenburg, O., Saban, M., & Feder-Bubis, P. (2021). Developing a National Set of Health Equity Indicators Using a Consensus Building Process. *International Journal of Health Policy and Management*, x(x), 1-11.
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.54>
 56. Zhou, Z., Su, Y., Gao, J., Campbell, B., Zhu, Z., Xu, L., & Zhang, Y. (2013). Assessing equity of healthcare utilization in rural China: Results from nationally representative surveys from 1993 to 2008. *International Journal for Equity in Health*, 12(34), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-34>



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.994469>

Olgu Sunumu

Evaluation of Depression Diagnosed Women Victims of Domestic Violence According to Tidal Model and Nursing Care: Report of Case

Depresyon Tanılı Aile İçi Şiddet Mağduru Kadının Tidal (Gel-git) Modeline Göre Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Büşra PARLAK ^{*}, a, Satı DİL ^b

^a MSc Student, Çankırı Karatekin University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing, ÇANKIRI, TÜRKİYE

^b Associate Professor, Çankırı Karatekin University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, ÇANKIRI, TÜRKİYE

ABSTRACT

In this phenomenon, a 38-year-old married woman, who was exposed to physical and psychological violence by her husband and was admitted to the hospital with symptoms of depression, is evaluated according to the Tidal Model. In this phenomenon, an answer for the question that “Is the nursing care which is based on the Tidal Model effective for the Depression Diagnosed Women Victims of Domestic Violence?” has been searched.

In this study, descriptive research that investigates the contribution of the Tidal Model to care and recovery in depression patients who are victims of domestic violence was used.

The patient was diagnosed with ineffective coping, disorder in social interaction, disorder in thinking process, disorder in self-respect, disruption in the continuity of family processes, and weakness. The Tidal Model has a healing effect on the diagnoses of weakness, disorder in self-respect, disorder in social interaction and ineffective coping among these diagnoses.

Violence against women is a serious social and mental health problem worldwide and is also a human rights violation. All women, who were admitted to the hospital with depression, should be examined for domestic violence. The Tidal Model is a recovery model that cares about individuality in mental health nursing practices.

Keywords: Depression, Women, Violence, Tidal Model, Nurse, Care

ÖZET

Bu olguda, 38 yaşında, evli ve eşi tarafından fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalmış ve depresyon semptomlarıyla başvuran bir kadın hastanın Tidal (Gel-git) Model’ine göre değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu olguda “Depresyon Tanılı Aile İçi Şiddet Mağduru Kadına Tidal Model’e dayalı hemşirelik bakımı etkili midir?” sorusuna yanıt aranmıştır.

Bu çalışmada aile içi şiddet mağduru olan depresyon hastalarında Tidal Model’in bakıma ve iyileşmeye katkısını araştıran tanımlayıcı araştırma kullanılmıştır.

Hastada var olan güçsüzlük, benlik saygısında rahatsızlık, sosyal etkileşimde bozulma ve etkisiz baş etme tanımlarında Tidal Model’inin geçişe yönelik bakım ve gelişimsel bakımda yapılan müdahalelerle iyileştirici etkisi olmuştur.

Kadına yönelik şiddet dünya çapında ciddi bir sosyal ve ruhsal sağlık sorunudur ve insan hakları ihlalidir. Depresyon ile başvuran tüm kadınlar aile içi şiddeti açısından taranmalıdır. Tidal (Gel-git) Modeli ruh sağlığı hemşireliği uygulamalarında bireyselliği önemseyen bir iyileşme modelidir.

Anahtar sözcük: Depresyon, Kadın, Şiddet, Tidal Model, Hemşirelik, Bakım

* Corresponding Author: Büşra PARLAK

Addresses: Çankırı Karatekin University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing, ÇANKIRI, TÜRKİYE

E-mail: busraparlak3@gmail.com

Received Date: 13.09.2021

Accepted Date:20.07.2022

INTRODUCTION

Women in the world encounter violence that threatens their mental health, poverty, negative experiences such as excessive workload and biopsychosocial risk factors such as stress due to coercive reasons, more than men and they experience mental problems related to these more (Dil, 2017).

Violence against women is a serious social and mental health problem worldwide and is described as a human rights violation (World Health Organization [WHO], 2013). Violence against Women expresses that “All the attitudes and behaviors which are applied to women just because they are women or caused violate to women’s human rights with the discrimination based on gender that affects women and that is defined as violence in the law” (Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 2012).

Around the world, without any geographical boundaries, violence against women is extremely common in every age group, every race, every ethnic origin and every socio-economic level (Aslan Cobutoğlu, 2021). Domestic violence is a negative impact on the life, physical and mental health of a member of the family or the endangerment of the individual's freedom by force (Başer and Döğücü, 2021). Domestic violence cannot be evaluated independently of the social stratum of society. In this context, the foundation of the family is generally based on the domination of the man over the woman and putting the woman in a subordinate position, which makes her dependent on the man. This structural inequality causes women to have low self-respect (Özkan, 2017). Against men, who use violence as a means of having precedence over women, women hide the violence because of the reasons such as being exposed to more violence, being ashamed of violence, and learned helplessness, and may not take action to solve the problem. There are so many factors that cause domestic violence to happen. These factors can be listed as follows: exposing to or witnessing domestic violence in childhood; psychological, socioeconomic and cultural factors, age difference between the partners, lack of social support (Başer and Döğücü, 2021). In the literature, among the reasons for the spouse's violence economic problems determined as 30,5%, problems that sourced from bilateral relations as

30,5%, substance use as 6,7% and social pressure as 5,7% (Genç, Altıparmak and Ustabaşı Gündüz, 2019).

According to the 2016 report of the World Health Organization (WHO), one out of every three women in the world is exposed to physical or sexual violence by her partner or others. It has been reported that 38% of women are exposed to violence by their partners and 7% by another than their partner (World Health Organization [WHO], 2016). In 2014, in the "Domestic Violence against Women in Turkey" research of the General Directorate on the Status of Women, the prevalence of domestic physical or sexual violence was reported as 38% (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2014).

In less developed or developing countries, the mental disorder that is closely related to socioeconomic parameters is 'major depression'. It is stated that one out of every 5 women and one out of every 7-8 men in the world have depression at least once in their lifetime (Sarkhel, 2019). The poor women, who are exposed to violence, receive less education, are exposed to more physical neglect and abuse and face more stressors compared to men. Women with mental health problems may also benefit less from appropriate treatments because of poverty. Thus, the course and outcome of their diseases are affected negatively and this may cause disability (Savaşan and Olcay Çam, 2019).

The woman who has been exposed to violence having a period of self-blame and depression after a period of shock and denial (Özyurt and Devceci, 2011). Depression is accepted as an important health problem since it causes disability. The risk of depression for women, who are exposed to violence, is 4-5 times higher than other women. And also, the prevalence of domestic violence in women, that diagnosed with depression, reaches 60% (Karakoç, Gülseren, Çam, Gülseren, Tenekeci and Mete, 2015).

To prevent violence against women, it is really important for women to improve their role in society, to know their rights and to be empowered to act accordingly, to gain economic independence and to minimize their dependence on their partners. This healing and empowerment process should be planned with the victim of violence together. Tidal Model has been used in the healing of women who are victims of

violence, since it is a model that plans nursing interventions with the patient, not for the patient (Bag, 2019).

CASE REPORT

This study was carried out in a psychiatry clinic of a state hospital between 06.01.2021 and 26.02 2021, to perform and evaluate nursing care by using the Tidal Model, which is developed by Barker (2001), for a patient who was followed up with a diagnosis of depression. This study complied with the Helsinki Declaration of Human Rights. Oral and written informed consent was obtained from the patient. The interviews were carried out voluntarily and the patient was informed that she could leave whenever she wanted. In addition, due to the fact that the study was a case report, the hospital ethics committee was informed and the patient's consent was deemed sufficient by the hospital ethics committee. Written consent of the patient was obtained.

General Information About Case

The patient is 38 years old, married, a high-school graduate, a housewife and a mother of two children woman, who exposed to physical and psychological violence by her husband. The disease history was taken from the patient and the patient's epicrisis.

The case states that she has been exposed to violence by her husband and 17 years old son for the last four years. The husband of the patient brought her to the hospital because she does not housework, damaging furniture, saying that she saw demons and fairies, had crying attacks, depressed mood, poor sleep, neglecting her children and family, and the patient was hospitalized with the diagnosis of depression.

The patient stated that her father was addicted to alcohol and used violence against her mother very often. The patient had lost her father when she was 7 years old. Then she states that she was abandoned by her mother, leaving her to her grandfather. The patient, who takes care of her two siblings, states that she was exposed to psychological violence by her grandfather and uncle, who were living in the same house. The patient, who said that she had a successful and sociable school life, did not continue her education after high school. In high school years, an older and married neighbor proposed to the

patient. The patient stated that she reacted damnably to this situation and that she could not share it with anyone. After graduating from high school, at the age of 19, the patient was married to her neighbor's brother. She stated that she arranged her marriage, that she did not want to marry her husband, and that she married him because she felt compassion for him in time. She states that domestic violence started when she could not have sexual intercourse with her husband. She states that because she could not have sexual intercourse, her husband and brother's wife were forced to have intercourse by being tied to the bed, and her brother was also exposed to violent behavior. The patient, who became pregnant shortly after her marriage, was frequently abused (throwing furniture on, kicking, slapping, etc. physical violence) by her husband and his brother, who did not want the pregnancy. During her pregnancy, the patient's self-care needs were not met and her husband wanted a divorce from the patient. The patient did not accept the divorce first because she had nowhere to go. But shortly after giving birth, she had to divorce because of financial difficulties and violence. However, the patient, who had no place to go, returned to her husband after the divorce. Domestic violence decreased as her husband got a new job and her husband's brother moved away from their home. In the second pregnancy of the patient, her husband did not want the child again, but although the psychological violence continued, the physical violence decreased. Neglect continued in her second pregnancy too. After the birth, physical violence ended for a long time, and psychological violence continued with insults. 4 years ago, when the person she fell in love with in high school added the patient on social media, the patient and that person started talking on the internet and phone. She shared this situation with her husband because she was afraid, and her husband responded with maturity. As this person continued his harassment over the internet, the patient's fear and crying attacks increased, and she was afraid of her husband telling others about this situation. After this incident, domestic violence started again. The patient was exposed to violence by his wife and eldest son. The domestic violence continued for 4 years. When the neighbors in the apartment informed the police, the patient told the police that she had not been exposed to violence and gave a statement like that: "I am sick, I am

crying and shouting; that's why there is noise.” The patient thought that the reason for her husband's use of violence was that he was an orphan and had a traumatic childhood like herself, so she did not complain about her husband. Her husband filed for divorce against the patient. The patient does not want a divorce, she wants to get well and continue her marriage.

Health History

The patient had recently increased complaints such as damaging things, reading religious books loudly and insomnia. 6 months ago, the patient was evaluated by the psychiatry health board and was not hospitalized to follow up with outpatient treatment. During this period, the patient delayed her follow-ups and her complaints continued to increase. She applied to the hospital again with the complaints such as toileting on the balcony, saying that she was disturbed by demons and fairies, and freezing (catatonia).

Psychopharmacological Treatment: Venlafaksin 300 mg/day, Ketiapin 100 mg/day

Family History

Her father: Died from a traffic accident 30 years ago. *Mother:* 60 years old, schizophrenic patient. And it is known that her uncle has a psychiatric illness.

Tidal Model

The Tidal Model, which is a recovery model for mental health and psychiatric nursing, was developed by Baker. Baker defines the Tidal Model as a philosophical approach to reach mental health (Barker, 2015). With the Tidal model, it is provided that people adapt to their lives and continue their lives in a meaningful way based on their life stories and it is accompanying the person on the way to overcome the problems (Barker, 1998; Barker and Buchanan-Barker 2005). Also, this model focuses on what the patient needs to adapt and overcome the problems the patient experiences. With the Tidal Model applications, nurses collaborate with patients to establish close communication and a relationship that empowers patients (Lafferty and Davidson, 2006). The Tidal Model focuses directly on the person, not the diseases or possible disorders in the person (Barker, 2001). The purpose of this is to understand

the current state of the person in the relationship between illness and health. Investigation of person's experiences with person's environment, herself/himself and her/his friends are more than nurse's curiosity about the patient. The information to be obtained in these areas about the person with a mental disorder constitutes an important step of the care plan (Bag, 2013). Tidal Model handles the care plan in three stages: "Immediate care, transitional care and developmental care".

1. Immediate Care

When working with women who are exposed to violence, firstly it is necessary to provide the safety of the environment and trust in interpersonal relations. Otherwise, the women may not share their violent experiences or care may not be effective. It is required that health care providers to support women, who are exposed to violence, to develop their safety plans. In immediate care of the Tidal Model, it can be said that making a personal security plan will meet this requirement. In addition, to provide life first and then comfort, it would be appropriate to evaluate the suicidal thoughts of the person, to provide treatment and care for physical injuries and to regulate physiological functions following Maslow's hierarchy of needs, under emergency care. It may be recommended to define short-term goals as a result of the evaluation of all the requirements stated above with a holistic evaluation (Çam and Öztürk Temel, 2019).

There was no physical injury at the first stage of the patient's hospitalization. There was shaking on her teeth. Her security is provided by keeping the entrances to the service under control. There are no suicidal thoughts of the patient. Physiological needs were met in line with Maslow's hierarchy of needs.

2. Transitional Care

Transitional care works on finding solutions to the problems that a person experiences during the change process. It provides the care needs of the person during transition periods such as hospital admission or discharge (Savaşan, 2015). The transitional care of the patient was also evaluated in two stages: admission and discharge.

When the patient was admitted to the service, the service nurses introduced the operation and environment of the service. The patient's security is provided with the controlled entrances and exits. In the period of her hospitalization, the patient thought that she was estranged from her family and abandoned. In addition to this, since her husband says that they will get back together on the condition of being treated, she was willing to be treated and acted in harmony with the process. During the interviews with the patient, the interviews were shaped according to the patient's emotional state because she often had crying attacks while talking about herself. Also, during this period, psychological support was provided to the patient. The discharge period and the process of preparing for social life were supported by the training given in developmental care.

3. Developmental Care

The developmental care phase focuses on the patient's medium and long-term aims (Öztürk Turgut, 2018). At this stage, the reasons behind the thought that the patient deserves violence were examined and focused on why she wanted to continue her relationship that involves violence. The patient was thinking that her husband was using violence because of her behaviors and she deserved this violence. She was not blaming her husband for the violence against herself. She attributed the reason for her husband's use of violence to the traumas that he experienced in his childhood. It was noticed that the patient was aware of the violence with these thoughts but did not make any attempt to get rid of it. It was planned for the patient to pass from the thought period in violence to the preparation period by using cognitive and behavioral methods. In the training, the cognitive re-evaluation and environmental re-evaluation methods were used to help the patient realize the effects of the situation that she was in. In favor of these methods, the patient realized how violence affects herself and her children. The patient said that the violence had a negative impact on her children's education life, and she also stated that she was harmed physically and felt mentally unwell. The patient stated that she had intense feelings of fear, hopelessness and desperation during the violence. With the social freedom method, the changes, which will occur in her life when she gets rid of violence, have been revealed. The patient said that she

would have a happier life, her children's education life would get better, her children would respect her and her respect for her husband would increase, and she would get rid of her depressed mood. With the stimulus control method, situations that cause violence have been determined. The patient stated that the factors causing the violence were her own behaviors and that she had not been exposed to violence before her depressive mood. With the helper relationship method, women's social support was put in place and with the strengthening method, women were trained on what to do when they felt weak.

The patient does not have a job and economic freedom, and her social and economic support is insufficient. All of this reduced her self-confidence and caused her to be unable to trust her power. As a result of these situations that were detected in the patient, it was focused on issues such as the development of the concept of positive identity, strengthening of social networks and making career plans. Discussions were held with the patient within the framework of these issues. For the patient to develop a positive identity and get rid of the thought that she deserves violence, interviews were planned after discharge too. Although she has given up on blaming herself, she was still thinking that she could not leave her relationship that involves violence and could not leave her husband. It was researched the public education centers in the region where the patient is living and the opportunities were introduced to the patient both for socialization and for obtaining a profession. But because of the Covid-19 pandemic, the patient's participation in these courses has been postponed to a later date. In case the patient would be exposed to violence again in the future, the information was given about the national centers and women's shelters to which she would apply. The training was carried out interactively and feedback was received from the patient.

Recovery in Violence and Using of Tidal Model

Tidal Model states that persons, who are exposed to a traumatic situation such as violence or injury, lose their sense of self. These persons need a versatile rescuer (Barker, 2001). This versatile approach starts a recovery process in violence, by supporting the providing rehabilitation services with long and short-term goals in a safe environment for women who

have been subjected to violence (Kumar and Nizamie, 2013). In the Nursing Outcomes Classification (NOC), recovery in violence is considered as physical, emotional, sexual and economic (Johnson, Maas and Moorhead, 2000).

Physical Violence and Recovery: Physical violence against the patient started at the beginning of the marriage and this violence continued chronically. The patient said that physical violence continued in the period before she was hospitalized too. Accordingly, in the meetings, the training was given to the patient for protecting herself from physical violence. Within the scope of this training, the national call centers were explained such as ALO 183-line, Violence Prevention and Monitoring Center and women's shelters. The training was carried out by asking questions to the patient and receiving feedback. The patient did not participate in the training willingly enough at the beginning and had difficulty concentrating by constantly telling what she had experienced before. At the end of the meetings, the patient became aware of the emotional and psychological symptoms of the violence that she exposed. Then she wanted her husband to participate in the solution, and family therapy was planned thereupon. In addition to this, her husband was directed to individual therapy to solve his anger control and communication problem.

Nursing Interventions

Between 06.01.2021 and 26.02.2021, with the patient, 45-minute meetings were held twice a week. At the first meetings, the patient was worried that her husband would hear about this situation, so she had a trust problem. However, a bond of trust was established with the patient in the subsequent meetings. The patient was crying frequently during the meeting and was distracted from the subject. The patient was anxious and willing to end the meeting while answering questions about the future and the outcome. In this regard, attention was paid to the self-determination and privacy of the patient. A supportive attitude was displayed to gain confidence. Table 1 presents the nursing process for the case (Table 1).

DISCUSSION

Women, who are victims of domestic violence, often have depression. The importance of proper treatment of depression and nursing care for these women cannot be

ignored. Treatment of depression should not be limited to psychopharmacological treatment only. Equal attention should be given to individual, family and psychoeducational interventions. The Tidal model has given positive results in the care of persons, who are the victims of violence. The best results for the woman and her family are obtained with nursing care that is carrying out with the appropriate methods.

When the studies, in which the Tidal Model was applied, were examined; it was realized that most of the persons in the experimental group partly achieved their individual goals, by examining the results of the 12-month follow-up of alcohol addicts, who were followed with a psychiatric nursing approach based on the Tidal Model of Savaşan and Çam (Savaşan and Çam, 2019). On the other hand, Fletcher and Stevenson (2001) determined that the duration of stay of the patients in acute services, the use of restraints and violence with self-harming behaviors have decreased, the number of admission to the service has increased, and the time between admission to the service and evaluation was shortened. Stevenson and friends (2002) in their study in the adult psychiatry ward, determined that there were significant differences in the length of stay and the time between admission and evaluation (Stevenson, Barker and Fletcher, 2002). Berger (2006), in his research that created an interdisciplinary care plan in the community liaison program in Canada, stated that patients were more involved in their care and felt rested by healthcare professionals. They stated that they were respected and accepted by the team. In healthcare workers, it was determined that job satisfaction and involvement in patient care increased. Young (2010), pointed out that it is possible to integrate the Tidal Model in the recovery programs of women using drugs; indicating that it is also suitable for women, men and adolescents.

Domestic violence is one of the types of violence that women are frequently exposed to. Domestic violence can be hidden because of the thought that family is a private area and is not reported to the judicial authorities. During the meetings with the patient, the fact that the patient hides the violence and does not want to end the relationship can be considered because of this thought.

Table 1. The Nursing Process for The Case Is Given

Nursing Diagnosis 1: Ineffective Coping				
Descriptive Characteristic	Etiological Factors	Expected Outcomes of Patient	Outcomes of	Nursing Interventions
Cannot carry out the role expectations, reacting passively, verbal statement of being unable to cope	Due to the lack of problem-solving skills and hospitalization	The patient will notice the situations that hurt her in her round and will make decisions to change these situations and do an act in accordance with these decisions.		<p>Evaluation of the person's current coping status (It is observed that the patient cries or ignores the problem when she is faced with a negative situation.)</p> <p>Identifying the risk of self-harm and taking appropriate action, (The patient said that she has strong religious beliefs and she has no suicidal thoughts.)</p> <p>Providing that the patient notices the situation she is in from all aspects.</p> <p>Encouraging the patient to evaluate herself and the situation that she is in.</p> <p>Developing problem-solving skills.</p> <p>Patient's decision on proper coping methods.</p> <p>Investigating the support systems of the patient (spouse, friends, relatives, etc.), providing support. (The children and spouse of the patient were frequently consulted during the patient's hospitalization process.)</p> <p>Helping the patient to relax and cope with the situation by teaching relaxation techniques (deep breaths etc.) to the patient.</p>
Nursing Diagnosis 2: Disruption in Social Interactions				
Descriptive Characteristic	Etiological Factors	Expected Outcomes of Patient	Outcomes of	Nursing Interventions
Introversion, Staying away from people, Shut off body posture, Avoiding eye contact	Linked to ineffective coping secondary to depression	The patient will report an increase in satisfaction from socialization.		<p>Interviewing the patient to determine the source of the problem.</p> <p>Ensuring routine social interactions with a calm, gentle approach to the patient; using a simple and clear language</p> <p>Reduction of external stimuli.</p> <p>Allowing the individual to express their feelings and thoughts.</p> <p>Teaching the coping mechanisms and techniques related to the stress experienced by the individual.</p>
Nursing Diagnosis 3: Disruption in the Thinking Process				
Descriptive Characteristic	Etiological Factors	Expected Outcomes of Patient	Outcomes of	Nursing Interventions
Agitation, Restlessness, Seeing demons and fairies, Not being able to do her treatment on time and under her control.	Secondary to depression, Related to ineffective management of the therapeutic regimen	The patient will be able to make realistic decisions based on the situations that she lives in.		<p>Determining the patient's former function level.</p> <p>Postponing her making important life decisions.</p> <p>Reducing the patient's responsibilities when she is under heavy depression.</p> <p>Giving the patient time to think and react.</p> <p>Allowing more than a normal amount of time to do daily activities.</p> <p>Working on negative emotions and thoughts with the patient.</p> <p>Doing thought-stopping practices and exercises to shorten the listening time of negative thinking.</p> <p>Supporting her positive and realistic thoughts.</p>
Nursing Diagnosis 4: Discomfort in Self-Respect				
Descriptive Characteristic	Etiological Factors	Expected Outcomes of Patient	Outcomes of	Nursing Interventions
Isolation from the external environment, Feeling guilty, Depression, Remarks about feeling powerless.	Associated to weakness and ineffective coping, secondary to domestic violence exposure	The patient will be able to express a positive outlook towards her future and identify positive aspects of herself.		<p>Supporting the patient to recognize and express her feelings.</p> <p>Ensuring that the patient develops an awareness that she can make change happen.</p> <p>Ensuring that her positive abilities and features are examined and reinforced.</p> <p>Directing her to the social endeavors and activities where she can display positive abilities.</p> <p>Supporting her to not isolate herself.</p>

Nursing Diagnosis 5: Disruption in the Continuity of Family Processes

Descriptive Characteristic	Etiological Factors	Expected Outcomes of Patient	of Nursing Interventions
Conflict in family, Not fulfilling domestic role expectations, Communication failure, Less sharing inside the family, Violence	Related to change in-role performance and inability to communicate effectively	Family members will maintain a functional system in which they mutually support each other.	Ensuring that the family members communicate effectively. Identifying problems rising between the family members. Producing solutions with the full participation of family members as a result of the identified problems. Defining boundaries in the family. Planning roles of the family members in a way to not cause gender discrimination. Explaining to parents that children can be negatively affected by disrupted family dynamics. Explaining that children should not witness any actual or verbal quarrel. Creating activity programs that family members can do together without getting bored.

Nursing Diagnosis 6: Powerlessness

Descriptive Characteristic	Etiological Factors	Expected Outcomes of Patient	of Nursing Interventions
Loss of control, Sadness, Insufficiency in self-care, Crying, Avoiding eye contact.	Related to being dependent on others and not being able to control the situation	The patient will find effective problem-solving methods that will allow her to take control of her life until the time of her discharge.	Encourage the patient to take as much responsibility as possible so that they can participate in their own care. Helping the patient to set realistic goals. Helping to identify living spaces that the patient can control. Providing realistic hope levels for the future. Encouraging the patient from time to time to help direct her thoughts about the future.

The patient did not follow any legal path for this violence, that has been going on since the beginning of the marriage. Contrarily, she protected her husband when others complained on behalf of her. The patient frequently witnessed that her father used violence against her mother during her childhood. This situation caused the patient to normalize her behavior of being exposed to violence by her husband and reinforce her learned helplessness and passivity. She has children and she did not attempt to solve domestic violence with the thought that she does not want to leave her children apart from their parents. Especially since the patient herself grew up without a mother and father, she could not face up to keep her children away from the family environment like her. It is thought that she could not end her relationship despite the psychological and physical harms caused by violence. Seeing herself as the cause of violence, thinking that she deserves violence, blaming herself and feeling worthless started the depression process in the patient. The depression table, which has not been treated for a long time and became chronic, has increased the extent of the violence that the patient is exposed to and has dragged the patient into a vicious circle. With the

Tidal model, the patient was evaluated in three different stages and showed a generally compatible attitude. As a result of the improvement and strengthening efforts that are made to prevent violence against the patient, general awareness was observed in the patient.

CONCLUSION

The care of the patient was handled according to the nursing process. The Tidal Model had a very healer effect in the care of discomfort in self-respect, impaired social interaction, weakness and ineffective coping. In the transitional care and developmental care stages of the Tidal Model, with the cognitive and behavioral methods, it was provided that the patient was fully aware of the situation she was in, and this situation contributed positively to the identity development of the patient. With the training and support programs, which were given to the patient, she was strengthened and it was seen that she would play an active role in coping with problems. For the diagnosis of disruption in the continuity of family processes, since the patient did not return to family life and the results of the interventions could not be followed, it could not

be seen how effective the model was neither. It had a healing effect on the data of "the patient is compliant with the treatment but not being able to perform the treatment under her own control", which is one of the defining properties of the diagnosis of impairment in thought process. In addition, this results have observed in the patient;

- The patient has determined the situation that damaged to herself.
- The patient has made a truthful decision for the situation which was determined by herself and She has applied the decision that was received.
- The patient has adopted a positive perspective towards the future and became aware of her positive features.
- The patient has stated that socialization satisfaction increased.
- The patient has learned problem solving methods.

In the use of the model, it is recommended to prepare a ground where the patient's family processes can be observed and evaluated and planning accordingly. By integrating the developmental care phase of the Tidal Model with the nurse change model, the use of cognitive and behavioral methods can increase the effectiveness of the model.

REFERENCES

1. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. (2012) <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6284.pdf>
2. Aslan Cobutoğlu, S. (2021). Kadın Ve Şiddet: Manves City'de Şiddetin Türleri (Fiziksel, Ekonomik Ve Cinsel Şiddet). Motif Akademi Halkbilimi Dergisi, 14 (33), 238-265. doi: 10.12981/mahder.858388
3. Bag, B. (2019). Tidal Model in Mental Health and Psychiatric Nursing Interventions. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Actual Approaches in Psychiatry), 11(4), 547-560. doi: 10.18863/pgy.411672
4. Barker, P. (1998). It's time to turn the tide. Nursing times, 94(46), 70–72.
5. Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. Journal of psychiatric and mental health nursing, 8 (3), 233-40.
6. Barker, P. (2001). Thetidal Model: The Lived-Experience in Person-Centred Mental Health Nursing Care, Nursing Philosophy, 2(3), 213-233.
7. Barker, P., Buchanan-Barker P. (2005). The Tidal Model: a Guide For Mental Health Professionals, New York, Routledge.
8. Başar, F., Demirci, N. (2015). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Şiddet (Social Gender Inequality). KASHED, 2(1), 41-52.
9. Berger J. L. (2006). Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care--a program quality improvement project. Journal of psychiatric and mental health nursing, 13(4),464–467. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01007.x>
10. Özyurt B. C., Devenci A (2011). Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(1), 10 - 16.
11. Dil, S. (2017). Kadın Ruh Sağlığı Epidemiyolojik Göstergeleri ve Toplumsal Cinsiyet, Türkiye Klinikleri (Turkey Clinics), 3(3), 198-203.
12. Başer, D., Döğücü, M. (2021). Evli Kadınların Benlik Saygısı, Temel Kişilik Özellikleri İle Maruz Kaldıkları Aile İçi Şiddet Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 21 (50), 278-313 . Doi: 10.21560/Spdc.Vi.576631
13. Fletcher, E., Stevenson, C. (2001). Launching the Tidal Model in an adult mental health programme. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain):1987), 15(49),33–36. <https://doi.org/10.7748/ns2001.08.15.49.33.c3074>
14. Genç, Y., Altıparmak, İ. B., Ustabaşı Gündüz, D. (2019). Kadına Yönelik Şiddetin Erkekler Tarafından Değerlendirilmesi: Sakarya Örneği Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21 (2), 391-408 . DOI: 10.32709/akusosbil.537650
15. Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S. (2000). Nursing Outcomes Classification (NOC) (2nd edition), St.Lois: Mosby. pp. 100-104. (Available: doi:10.1590/S0103-21002009000700004)
16. Karakoç B., Gülseren L., Çam B., Gülseren Ş., Tenekeci N., Mete L (2015). Depresyonu Olan Kadınlarda Aile İçi Şiddetin Yaygınlığı Ve İlişkili Etkenler. Nöropsikiyatri Arşivi, 52(4), 324 - 330.
17. Kumar, A., Nizamie, S. H., Srivastava, NK. (2013). Violence against women and mental health, Mental Health & Prevention,(1),4-10.
18. Lafferty, S., Davidson, R. (2006). An Account of Experience of Implementing The Tidal Model in an Adult Acute Admission Ward in Glasgow, Mental Helth Today,31-34.
19. Olcay Çam, M., Öztürk Temel, T. (2019). Şiddet Gören Kadınların iyileşmesinde bir model önerisi: tidal (gel-git) model, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,11 (2),248-256.
20. Özkan, G. (2017). Kadına Yönelik Şiddet- Aile İçi Şiddet ve Konuya İlişkin Uluslararası Metinler Üzerine Bir İnceleme.

- Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi,7(1), 533-564 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/hacettepehdf/issue/46371/582819>
21. Öztürk Turgut, E. (2018). Şiddet gören kadınlarda Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının psikolojik dayanıklılıklarına etkisi, Doctoral Thesis. (Available: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>)
 22. Sarkhel S. (2009). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edition. Indian Journal of Psychiatry, 51(4), 331.
 23. Savaşan, A. (2015). Etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarında Tidal (Gel-Git) Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisi, Doctoral Thesis.
 24. Savaşan, A., Olcay Çam, M. (2019). Tidal model ile izlenen alkol bağımlılarının 12 aylık takip sonuçları, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10(1), 48-54.
 25. Stevenson, C., Barker, P., Fletcher, E. (2002). Judgement days: developing an evaluation for an innovative nursing model. Journal of psychiatric and mental health nursing, 9(3),271–276. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00472.x>
 26. Taşdemir, G. (2014). Yoksulluğun Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri. International Journal of Human Sciences, 11(2), 74-78. doi:10.14687/ijhs.v11i2.2681
 27. World Health Organization (WHO). (2016). Violence against women, Intimate partner and sexual violence against women, Publications of the World Health Organization, Switzerland.
 28. World Health Organization (WHO). (2013). Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence, Department of Reproductive Health and Research, Geneva, Switzerland.
 29. Young B. B. (2010). Using the tidal model of mental health recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. Issues in mental health nursing, 31(9),569–575. <https://doi.org/10.3109/01612840>
 30. .2010.487969



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1003960>

Olgu Sunumu

Palyatif Bakım Hastasına Faye Glenn Abdellah'ın Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

Nursing Care According To Faye Gleen Abdellah's Model In The Patient Of Palliative Care: A Case Report

Ceylan BEKER ^{*,a}, Satı DİL ^b

^a *Yüksek Lisans Öğr.* Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ÇANKIRI, TÜRKİYE

^b *Doç.Dr.* Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ÇANKIRI, TÜRKİYE

ÖZET

Palyatif bakımda hastayı çok yönlü değerlendirmek, hastada gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Faye Glenn Abdellah'ın kuramı da hemşirelik bakımında, hasta ve bakım vericinin fiziksel, ruhsal, entelektüel, sosyal ve spiritüel açıdan bütüncül olarak gözlemlenmesi, gereksinimlerin karşılanması ve sonuçlarının yorumlanması açısından önem arz etmektedir. Bu olguda, geçirdiği kaza sonucu hipoksik iskemik ensefalopati gelişen ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan 23 yaşındaki erkek hasta ile beraber ona bakım verenlere; Abdellah'ın kuramında belirtilen 21 hemşirelik sorununa yönelik hemşirelik bakımı verilmesi, kuramın bu bakımda ki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Faye Glenn Abdellah'ın kuramı, Hemşirelik bakımı, Hipoksik beyin, Palyatif bakım

ABSTRACT

In palliative care, it is very important to evaluate the patient in multiple ways in order to prevent complications that may develop in the patient in the early period. Faye Glenn Abdellah's theory is also important in terms of physical, mental, intellectual, social and spiritual evaluation of the patient and caregiver, meeting the needs and evaluating the results in nursing care. In this case, a 23-year-old male patient who developed hypoxic ischemic encephalopathy as a result of an accident and needed palliative care, and his caregivers; It is aimed to provide nursing care for 21 nursing problems stated in Abdellah's theory and to evaluate the effectiveness of the theory in this care.

Keywords: Faye Glenn Abdellah's theory, Hypoxic brain, Nursing care, Palliative care

☆ Bu olgu sunumu Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi'nde 24.06.2021 tarihinde zoom üzerinden sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Ceylan BEKER

Adres: Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ÇANKIRI, TÜRKİYE

e-posta: ceylan.beker97@gmail.com

Geliş tarihi: 4 Ekim 2021

Kabul tarihi:24 Temmuz 2022

GİRİŞ

Normal Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; palyatif bakım, sağlığı tehdit eden herhangi bir durumla karşılaşan çocuk, yetişkin ve aileleri ayırt etmeksizin sağlıkla ilgili acılarını engellemeyi ve yok etmeyi amaçlayan bir birimdir. Psikolojik, ruhsal, fiziksel ve sosyal sıkıntıları ele alan birey merkezli yaklaşıma sahip bir sistemdir. (World Health Organization [WHO]a) Bunun yanında Demir'in aktardığına göre DSÖ palyatif bakımın yaşama ve ölüme normal bir süreç olarak saygı duyduğunun, ölümü hızlandırmak veya ertelemek gibi bir amaçta olmadığını üzerinde durmaktadır. (Demir, 2016)

DSÖ'nün Ağustos 2020 verilerine göre; her yıl tahminen 40 milyon insan palyatif bakıma ihtiyaç duymakta ve bunların %78'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Dünya çapında, palyatif bakıma ihtiyaç duyan kişilerin sadece %14'e yakın bir bölümü bu bakımı alabilmektedir. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan çocukların ise %98'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde ve neredeyse yarısının Afrika da yaşadığı bildirilmektedir. (WHOa, WHOc)

Palyatif bakım artık tedavinin mümkün olmadığı hastalıklar için, bu tedavinin oluşturduğu yük, yararlarını aştığında veya hastalar yaşamın son dönemlerine girdiklerinde uygulanır. Amaç; hasta ve ailelerine bakanlar için acıyı hafifletmek ve yaşam kalitesini en üst seviyede tutmaktır. Palyatif bakım hizmet ekibi doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanları, psikolog, din adamları, diyetisyen, fizyoterapist, eczacılık ve diğer ihtiyaç duyulan profesyonellerini bünyesinde barındırmaktadır. (Kelly ve Meier, 2010)

Palyatif bakım hemşireleri hemen her gün hayatın büyük sorunlarıyla mücadele eden, yoğun sıkıntı ve acı çeken, içinde buldukları duruma anlam bulma mücadelesi veren hastalara bakım vermektedir. Palyatif bakım hemşireleri insanların saygın, huzur ve rahatlık içinde ölmelerine yardımcı olmak için çalışırlar. Amaçları ise ölen insanların ve ailelerin hayatında olumlu bir iz bırakma, fark yaratma isteğidir. (Barnard, Hollingum ve Hartfiel, 2006; Payne, Seymour ve Ingleton, 2008) Uzman palyatif bakım hemşiresinin görev kapsamı; ağrı ve semptom yönetimi, terminal dönem hasta bakımı, hasta ve yakınlarının psikososyal, manevi ve kültüre duyarlı bakımı, disiplinler arası iş birliğine dayalı uygulama, kayıp ve keder bakımı, hasta eğitimi, etik ve yasal konulara duyarlı, iletişim yeteneği gelişmiş, topluluk kaynakları konusunda farkındalığının yüksek olmasını içermektedir. (Emanuel ve Librach, 2011)

Hemşireler hastanın fiziksel ihtiyacını karşılarken emosyonel, spiritüel ve psikososyal ihtiyaçlarını da karşılamaktadırlar. Bu durumda hastanın uyumunu kolaylaştırırken bireyin sağlığını algılamasını, baş etme mekanizmasının etkinliğini değerlendirip uygulayacağı girişimlerinde bu doğrultuda planlaması gerekmektedir. (Özer, Yıldırım, Kocağalar Akince ve Bölüktaş, 2019) Etkin bir

palyatif bakım modelinde fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi iyilik hali bir bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Psikolojik iyilik hali depresyon, kontrol, anksiyete, mutluluk, ağrı, korku ve manevi bilişi içermektedir. (Aslan, 2020) Çeşitli önemli hastalıklar kişinin yaşam kalitesini düşüren ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir. Psikiyatristler ve psikiyatri hemşireleri, palyatif bakım hastalarının kayıp, keder, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, intihar düşüncesi, kafa karışıklığı ve kişilik değişimi gibi duygularına doğru tepkiyi ve etiyolojiyi birlikte değerlendirmek için uygun bir konuma sahiptir. Psikiyatrik bozuklukların erken teşhis edilip, tedavi edilmesi yaşam sonu bakımın kalitesini arttıracaktır. (Aziz ve Saeed, 2019; Musthaq, 2018)

Faye Glenn Abdellah ve 21 Hemşirelik Problemi Modeli (1960)

Faye Glenn Abdellah; hemşireliğin profesyonelliğe ulaşması için bilgiye, bilgiye ulaşmak için araştırmaya, tıptan bağımsız hareket ederek hastalık merkezli yaklaşım teorisinden uzaklaşarak hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmesi gerektiğine odaklanmaktadır. (Pektekin, 2013; womenofthehall.org)

Bu modele göre "Hemşirelik, hemşirenin bireysel tutumlarını, entelektüel yetkinliklerini ve teknik becerilerini, hasta veya iyi insanların sağlık ihtiyaçlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olma arzusu ve yeteneğine göre şekillendiren bir sanat ve bilime dayanmaktadır." (Allam, Megrin ve Alkeridis, 2016) Modelde hasta ve bakım vericinin fiziksel, ruhsal, entelektüel, sosyal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılamak için hemşirelik bakımı üzerine vurgu yapar. Bu yaklaşım düşünüldüğünde hemşirelerin ihtiyaç duyduğu bilgi birikiminin geniş bir alana sahip olduğunu görebiliriz. Hemşirelerin, psikoloji, sosyoloji, kişiler arası ilişkiler, büyüme-gelişme, temel bilimler bilgisi ve tabii ki özel hemşirelik becerileri alanında bilgiye sahip olması gerektiğini düşünmektedir. (Ay, 2013)

Abdellah'ın 21 Hemşirelik Problemi şunları içermektedir;

1. İyi hijyen ve fiziksel rahatlığın sağlanması
2. Optimal aktiviteyi teşvik etmek: egzersiz, dinlenme, uyku
3. Kaza, yaralanma veya diğer travmanın önlenerek güvelliğin sağlanması, enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi
4. Deformiteleri önlemek ya da düzeltmek için iyi vücut mekaniğinin sağlanması
5. Vücudun tüm hücrelerine oksijen gidişinin sağlanması
6. Vücudun tüm hücrelerinin beslenmesinin sağlanması
7. Eliminasyonun sağlanması
8. Sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması
9. Vücudun hastalığa karşı verdiği fizyolojik, patolojik ve kompensasyon tepkilerinin tanınması

10. Vücudun düzenleyici mekanizmaların ve fonksiyonların devamlılığının sağlanması
11. Duyusal işlevin sürdürülmesini sağlanması
12. Olumlu ve olumsuz ifadeleri, duyguları ve tepkileri tespit etmek ve kabul etmek
13. Duygu ve organik hastalıkların birbiriyle ilişkili olduğunu tespit etmek ve kabul etmek
14. Beden dili ve sözel iletişimin etkin kullanılması ve devamlılığının sağlanması
15. Kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesi
16. Bireyin ruhsal amaçlarına ulaşmasını sağlamak
17. Terapötik bir ortam yaratmak veya sürdürmek
18. Bireyin, fiziksel, duygusal ve gelişimsel gereksinimleri yönünden farkındalık geliştirmesini sağlamak
19. Fiziksel ve duygusal durumları dikkate alarak optimum hedeflerin kabul edilmesi
20. Hastalıktan kaynaklanan sorunların çözümünde toplumsal kaynaklardan faydalanmak
21. Sosyal sorunların hastalık nedeni olabileceğinin kavranması.

Palyatif bakım servisinde hastalar aylarca hatta bir yılı aşan sürede bakım için kalabilmektedirler. (Turgut ve Soylu, 2020) Uzun süre hastanede yatış yapma hem hasta hem de bakım vericileri için fiziksel, ruhsal, sosyal, spiritüel birçok probleme yol açabilmektedir. Bu nedenle palyatif bakım servisinde sadece hastaya değil aile bireylerine gerekli durumlarda danışmanlık, psikososyal bakım ve destek hizmeti sunulmaktadır. Faye Glenn Abdellah da hemşirelik bakımında ‘hemşirelik tanısı’ için hasta ve ailesini ayırt etmeyerek “hasta ya da ailenin yaşadığı sorun” şeklinde tanımlamıştır. (Pektekin, 2013)

Kuram sadece hastaya yönelik bakım vermeyerek bakım vericileri de kapsamaktadır. Çok yönlü değerlendirme imkanı sunarak sadece fiziksel veya fizyolojik değil; sosyal, ruhsal, spiritüel birçok alana yönelerek hemşirelik mesleğinin tüm yönlerinin derinlemesine kullanılmasını sağlayarak, bakım verici rolünün holistik ve hümanistik bir yaklaşım ile gerçekleştirilmesine olanak sağlar. Bu olguda da ‘21 hemşirelik problemi’ modeli kullanılarak hastanın ve bakım vericilerinin sorunlarının çözülmesi amaçlanmıştır.

METOD

Bu çalışmanın verileri 23.11.2020-20.12.2020 tarihleri arasında Çorum’da bir devlet hastanesinin palyatif bakım servisinde toplanmıştır. Bu çalışma hastadan alınan bilgiler, sağlık çalışanları ve hasta dosyasından alınan bilgiler ve ilgili literatür kaynaklarından yararlanılarak “Faye Glen Abdellah’ın 21 Hemşirelik Problemi Modeli’ne” göre bireyin hemşirelik bakım süreci planlanmıştır. Ailenin gönüllü olarak

katılımı ile gerçekleştirilmiş, sözel olarak onayları alınarak yapılmıştır. Çalışma sırasında hiçbir etik ilke ihlali gerçekleştirilmemiştir.

Olgu

Bay S.D., 23 yaşında. 13 Eylül 2019’da denizde boğulma durumu sonrasında, denizden çıkarıldığında kardiyak arrest gerçekleşmiş ve hastaya ilk müdahale olay yerinde yapılmış. Geri döndürülen hasta aynı ildeki fakülte hastanesine yatırılmış. İlk teşhisi “hipoksik beyin” olan S.D. 84 gün yoğun bakımda takip edilmiştir. Hastaneye yattıktan on beş gün sonra trakeostomi ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) açılmış ve üriner katater takıldıktan sonra sık enfeksiyon oluşumu nedeniyle prezervatif sonda kullanılmaya başlanmıştır. Hasta halen prezervatif sonda kullanılmaktadır.

Kaza sonra çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) sonuçlarına göre; sık epilepsi nöbeti geçirdiği için yaklaşık altı hafta uyuması sağlanmış. İlk günler göz koordinasyonunu sağlayamadığı ve aileden alınan ifadeye göre boş gözlerle tavanı izlediği, hiç tepki vermediği gözlemlenmiş, sonraki günler ise etrafına daha anlamlı bakmaya başladığı, insanları takip etmeye başladığı ve annesi yanındayken S.D.’nin annesine tepki verdiği ifade edilmektedir. Bu nedenle günlük bir saat olan ziyaret saati S.D. ve annesi için uzatılmış. Annesi gün içinde bir kez odaya girip istediği kadar kaldığını ve oğluna bu durumun daha iyi geldiğini ifade ediyor.

Trakeostomi öncesi S.D.’nin ilk tepkisi annesine boğazından ses çıkarmak olmuş. Daha sonra da annesi odaya girdiğinde, annesi kendisiyle konuşurken ağlama davranışı gerçekleştirmiş. Annesi S.D.’nin yanından ayrılırken “Gözünü kapat öyle gideyim. Gözünü bana bakarken gidemiyorum.” dediğinde S.D. gözünü kapatıyormuş.

Kazadan 84 gün sonra, yoğun bakımdan çıkarılan S.D. başka ilde bulunan bir hastanede yoğun bakıma yatırılmış. Burada 4 gün kalmış. Bu hastaneye geçiş yapmadan önce gözüyle insanları takip edebilen S.D. bu hastanede ki yoğun bakım şartlarından dolayı regresif davranış başlamış. Burada annesiyle eskisi gibi vakit geçirememesi, ziyaretçi kısıtlanması S.D.’yi olumsuz etkilemiş. Ve gözüyle insanları takip etmeyi bırakmış.

S.D. 4 günün sonunda aynı şehirdeki başka bir hastane de palyatif bakım servisine yatırılmış. Burada 120 gün kalan S.D.’nin ilk dekübit yarası sakrum da açılmış. Aile S.D.’nin bakımına bu serviste ilk defa katılmış. Yara bakımı, aspire etme ve hastaya pozisyon verme öğretilmiş. Pandemi sebebi ile 120 günün sonunda kendi evlerine geçiş yapmışlar. Planlanan şekilde S.D.’nin mamasını vermişler ancak S.D. mamayı sindirememiş ve aspire ederek, 4 gün evde kaldıktan sonra aynı ilde bağlı ilçe devlet hastanesinde palyatif bakım servisine yatırılmış. S.D. ilçedeki hastaneye geldiğinde sakrumda bir önceki hastanede açıldığı söylenen dekübit yarası mevcuttu. Buradaki hastanede S.D.’nin çift taraflı omuzlarında dekübit yarası açılmıştır.

Yapılan gözlemlerde S.D.'nin bilincinin tamamen açık olduğu ancak ağlamak ve vücudunu kasmak dışında hiçbir tepki veremediği görüldü. Aileden herhangi bir üye S.D.'yi ziyarete geldiğinde S.D. de ağlama davranışı gerçekleşti. Karşı cinsten sağlık personeli bakım sırasında odaya girdiğinde S.D.'nin bacaklarını kasarak genital bölgesini utanarak kapatmaya çalıştığı gözlemlendi.

Hasta ve annesinin birbirlerine çok düşkün ve bağımlı oldukları gözlemlendi. Annesi hastanın yanında ilerleyen günlerde torununu görmek için hastaneden çıkacağını söylediğinde S.D.'nin o günlerde vücut ısısının yükseldiği ve gece uyumadığı görüldü. Annesinin duygusal durumunu değerlendirmek için sohbet edildiğinde; 'zaman zaman bu durumla baş edemediğini, S.D.'nin kötüye gitme düşüncesini aklından çıkaramadığını, öyle bir şey olursa nasıl yaşayacağını bilmediğini' dile getirdi. Annede diyabet mevcut. Ancak S.D. ile ilgilenmekten kendine vakit ayıramadığını, önceliğinin oğlu olduğunu ilaçlarını ve diyetini sıkça aksattığını ve hastalığında alevlenme olduğu görüldü.

Bir dönem eşi ile oğullarının bakımı sırasında sıkça kavga ettikleri gözlemlendi. Bakım sırasında fikir ayrılığı yaşıyorlardı. O dönem S.D.'nin de huzursuz olduğu, vücut kasılmalarının arttığı görüldü. Servis hekimi ailenin psikolog ile görüşmesini önerdi. Konsültasyon ile aile psikologla görüştü. Ancak annesi psikolog ile görüştüğünde daha kötü olduğunu söyleyerek birkaç görüşme sonra bir daha görüşmeyi reddetti. Annenin aktarımına göre; psikolog annenin kendine vakit ayırmasını, arada evine gitmesini, bu duruma ihtiyacı olduğunu hastaneden uzaklaşması gerektiğini söylediği için görüşmeleri sürdürmemektedir.

Aile Öyküsü

S.D.'nin kendisinden iki yaş büyük bir ablası var. Aileden alınan bilgiye göre S.D. ve ablası birbirlerine çok bağlı ve düşkünmüş. Baba 52, anne 46 yaşında. S.D.'nin dört yaşında yeğeni var. Kaza öncesinde S.D.'nin ona da çok düşkün olduğu iletilmiştir.

Geçmiş Sağlık Öyküsü

Bilinen herhangi bir hastalığı/allerjisi yok. Bilgiler aile görüşmesi, epikriz ve hemşire gözlemleri sonucunda toplanmıştır.

TARTIŞMA

Beyne giden kan ve oksijen akımının azalması ya da durması sonucu gelişen, merkezi sinir sistemini etkileyen ve oluşan hasar sonucunda ortaya çıkmış olan serebral hasar, hipoksik iskemik ensefalopati olarak tanımlanmaktadır. (Demir, Erdem, Tantik ve Bıçakçı, 2016; Karadeniz Bilgin, Aladağ, Aygün ve Altay, 2011) Hipoksik iskemik beyin hasarı, ölüm ve uzun süreli nörolojik hasarın en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. (Sekhon, Ainslie ve Griesdale, 2017) Hipoksi ve iskeminin etkisine göre hasarın derecesi değişiklik gösterebilmektedir. İleri derece de oluşan hipoksi iskemide

kortikal nöronların belli tabanlarında selektif hasar oluşur. Bu hastalar konuşamaz, hareket edemez, uzun süre etraflarından habersiz bakıma muhtaç şekilde yaşayabilirler. (İsabetli ve Kan Öntürk, 2008) Olgumuzda da hipoksik iskemik beyin hasarıyla nörolojik hasar gelişmiş benzer bir vakada benzer süreç izlenmiştir. Olgu Faye Glenn Abdellah'ın 21 Hemşirelik Problemi modeli ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sadece hasta odaklı değil hastaya bakım veren ailesini de kapsamaktadır. Abdellah modelinde hastayı ailesinden bağımsız olarak düşünmemektedir. Ona göre "hemşirelik tanısı" hasta ya da ailesinin yaşadığı sorundur ve hemşirenin işlevi bu soruna çözüm bulmaya odaklanmaktır." (Pektekin, 2013)

Palyatif bakım servisinde hastalara bir yıla yakın hatta bir yılı aşabilen sürelerde bakım uygulanmaktadır. Bu süreçte ailelerde hastalarının yanında olarak onlara refakat etmektedirler. Bu süreç hasta yakınlarının da uzun süre hastanede kalmalarına ve onların rollerinde değişikliklere, adaptasyon sorunlarına, kaygı, depresyon, tükenmişlik, kayıp, keder, çaresizlik gibi duygularla baş edememeye ve sosyal hayatlarından izole olmalarına sebep olmaktadır. Karşılaşmış oldukları bu sorunlar hasta yakınlarını fiziksel, ruhsal, psikososyal ve ekonomik anlamda etkileyerek yaşam kalitelerini de düşürmektedir. (Turgut ve Soylu, 2020)

Olgumuzda ki anne ve babanın da benzer şekilde psikososyal işlevlerinde bozulmalar gözlemlenmiştir. Kendilerini sosyal hayatlarından kopararak tamamen çocuklarına adadıkları, sağlık personelleri onlara sosyalleşmeleri gerektiğini söylediğinde özellikle annenin olumsuz tepki verdiği, "çocuğum buradayken ben nasıl başka yere giderim" gibi kısa süreli ayrılışlara dahi duygusal ifadelerle karşılık verdiği görülmüştür. Bu durum hem oğlunu yalnız bıraktığında suçluluk ve kaybetme korkusu yaşadığını, hem de oğlunun yanından ayrıldığında oğlunun olumsuz bir durum yaşamasından korktuğunu düşündürmüştür. Hastane içinde hemşirenin desteği ile diğer hasta yakınları ile iletişime geçip sosyalleşmeye başlayabilmişlerdir. Ancak uzun süre hastanede kalmaya bağlı, yaşadıkları travmayı kabullenememenin etkisiyle aile içi çatışmalar sık gözlenmiştir.

S.D. tam bağımlı ve hayattan izole olmuş durumdadır. Tepkilerini vücudunu kasarak, ağlayarak ve göz kırparak vermektedir. Hasta odasına girildiğinde S.D. ile kurulan iletişim, 'göz kırparak cevap ver' diyerek hemşirenin onu da katmaya çalışması S.D.'nin yüz ifadesinde rahatlama oluşturduğu gözlenmiştir. Ve zamanla bakım veren personellere alışması, güven duygusunun gelişmesi, bakım sırasında vücut kasılmalarında azalma ortaya çıkarmıştır. Bu da hem bakımı kolaylaştırmış hem de S.D.'nin tedaviye ve bakıma uyumunu arttırmıştır. Yapılan araştırmalar doğrultusunda organik bir nedene veya sedasyona bağlı hastaların bilinci kapalı olsa dahi, işitme duyusunun en son kaybedilen duyu olduğu ve işitmenin bu hastalarda devam

ettiği bilinmektedir. Bu nedenle bilinci kapalı hastalarla iletişim kurarken sadece kullanılan kelimelere değil ses tonuna ve bu ses tonunun arkasında ki duyguya da dikkat edilmelidir. Bu iletişim hastalarda anksiyete ve bunalmışlık hissini azaltarak güven duygusunu arttırmaktadır. (Aktaş, Baysan Arabacı, 2016).

“Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilinci Kapalı Hastayla İletişim- Etkileşim Konusundaki Yaklaşımı” ile ilişkili 148 hemşire ile yapılan çalışma da etkili kurulan iletişimin hastaya kendisini güvende hissettirdiği (%83), yakınları ile kurulan iletişimi daha kolay kıldığı (%71) ve iyileşme sürecini kısalttığı (%46) bulguları saptanmıştır. (Kara, 2014)

Abdellah 21 hemşirelik problemi modeli ile hasta merkezli hemşirelik bakımının öncüsü olmuştur. Ayrıca bu modelin insan ihtiyaçları için bir teori olduğunu, hastanede ki bakıma rehberlik etmeyi amaçladığını ve halk sağlığı hemşirelerinde de uygulanabileceğini savunmuştur. (Allam, Megrin, Alkeridis, 2016) Literatür incelendiğinde ampütasyon bakımında uygulanan hemşirelik bakımı, baş bitinin sosyal damgalanmaya olan etkisinin ortadan kaldırılması ve tip 2 diyabetli hastalarla ilgili yapılan çalışma da Abdellah'ın modelinin etkili olduğu bildirilmiştir. (Çoban, Gezginci, Gökaş, 2019; Allam, Megrin Alkeridis, 2016; Mehraeen, Nazapour, Ghanbari, 2020) Ancak literatür taraması yapıldığında Abdellah'ın modeline yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Bu durum yapılan araştırmaların etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim duyulduğunu düşündürmektedir. (Çoban, Gezginci, Gökaş, 2019; Allam, Megrin Alkeridis, 2016; Mehraeen, Nazapour, Ghanbari, 2020).

SONUÇ

Olguda hipoksik iskemik ensefalopatisi olan bir hastaya Faye Glenn Abdellah'ın 21 hemşirelik problemi modeline göre hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Abdellah'ın da amaçladığı ve planladığı gibi 21 hemşirelik problemi sadece hastaya değil sağlıklı bireylere yani aileye de uygulanmıştır. Hasta ve bakım vericileri psikolojik, fizyolojik, sosyolojik, kişiler arası ilişkiler ve spiritüel açıdan değerlendirilmiş ve gerekli hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Verilen bakım ve yapılan değerlendirme sonucunda Abdellah'ın modelinin palyatif bakım servisinde yatan hipoksik iskemik ensefalopati hastasına ve yakınlarına hemşirelik bakımı verme açısından uygun ve yeterli olduğu görülmüştür. Modelin hasta ve yakınlarına bütüncül bir yaklaşım sağlaması, palyatif bakım servisinde yatan hastalar içinde başka birimde tedavi gören hasta ve yakınları için de bu model ile hemşirelik bakımı uygulanması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Bu olgu çalışmasında araştırma, yazma veya yayınlanma süreçlerinde hiçbir kişisel ve mali çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları: Bu olgu çalışmasında fikrin oluşmasında SD, veri toplama CB, literatür taraması ve yazım aşamasında SD ve CB katkısı vardır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHOa) Palliative care Erişim Tarihi:14.02.2021 <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care>
2. Demir M. (2016) Palyatif Bakım Etiği, Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi, 7(2):62-6
3. World Health Organization (WHOb) Palliative Care Erişim Tarihi:10.02.2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. World Health Organization (WHOc) 10 Facts on Palliative Care Erişim Tarihi:21.02.2021 <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/>
5. Kelly A.S., Meier D.E.(2010) Palliative care- a shifting paradigm, The New England Journal of Medicine, 363(8):781-2 doi: 10.1056/NEJMe1004139
6. Barnard A., Hollingum C., Hartfiel B.(2006) Going on a journey: understanding palliative care nursing, International Journal of Palliative Nursing, 12(1):6-12 doi: 10.12968/ijpn.2006.12.1.20389
7. Payne S., Seymour J., Ingleton C. (Ed.) (2008) Palliative care nursing: principles and evidence for practice, 2nd ed, Berkshire, McGraw Hill House
8. Emanuel L.L., Librach S.L., (2011) Palliative care core skills and clinical competencies, 2 nd ed, Missouri, Elsevier Saunders
9. Özer Z., Yıldırım D., Kocaağalar Akince E., Bölüktaş R.P., (2019) Hemşirelerin palyatif bakım hastalarına manevi bakım uygulamaları, Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 7(14):97-108
10. Aslan Y. (2020), Palyatif bakımda psikososyal yaklaşım ve değerlendirme: kısa bir derleme, J Med Palliat Care ;1(2): 41-5
11. Aziz V., Saeed R., (2019) Palliative care for older people: the psychiatrist's role, BJPpsych Advances, 25(1):37-46 doi:10.1192/bja.2018.33
12. Musthaq B., (2018) Role of psychiatric nurse in palliative care, JOJ Nurse Health Care 7(1): 1-2 doi: 10.19080/JOJNHC.2018.07.555705
13. Pektekin Ç., (2013) Hemşirelik felsefesi, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi
14. National Woman's Hall of Fame, Faye Glenn Abdellah Erişim Tarihi: 03.03.2021 <https://www.womenofthehall.org/inductee/faye-glenn-abdellah/>
15. Allam N.A., Al Megrin W.A., Alkeridis L.A., (2016) Faye Abdellah model to banishing social stigma of head lice among school students, Science Journal of Clinical Medicine, 5(1):1-11 doi: 10.11648/j.sjcm.20160501.11
16. Ay F.A., (2013) Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler, 5.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp
17. Karadeniz Bilgin L., Aladağ N., Aygün C., Altay D., (2011) Hipoksik iskemik ensefalopati: 63 term yenidoğanın değerlendirilmesi, Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 5(2):89-94
18. Corpenito, L.J. (2021), Hemşirelik tanıları el kitabı, (Prof. Dr. F. Erdemir, Prof. Dr. G. Türk), İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri
19. Demir T., Erdem M., Tantik A., Bıçakçı Ş., (2016) Arı sokması sonrası gelişen hipoksik iskemik ensefalopati tedavisinde

- zolpidem: olgu sunumu, Türk Nöroloji Dergisi, 22:133-136
doi: :10.4274/tn.92005
20. Sekhon M.S., Ainslie P.N., Griesdale D.E., (2017) Clinical pathophysiology of hypoxic ischemic brain injury after cardiac arrest: a “two-hit” model, Crit Care 21:90 doi:10.1186/s13054-017-1670-9
 21. İsaetli S., Kan Öntürk Z., (2008) Olgu sunumu: post-op hipoksik ensefalopati ve hemşirelik bakımı, Erişim Tarihi: 24.01.2021 http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/olgu%20sunumu-KOC.pdf
 22. Turgut A.Ş., Soylu G., (2020) Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma, Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(2):460-76 doi: 10.33417/tsh.662982
 23. Aktaş Y., Baysan Arabacı L., (2016) Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(3):39-43 Erişim Tarihi:12.01.2022 https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/47252/595264#article_cite
 24. Kara B. (2014) Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelerinin Bilinci Kapalı Hastayla İletişim- Etkileşim Konusundaki Yaklaşımı, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1-35 Erişim Tarihi: 12.02.2022 <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11616/5747/Proje%20Dosyas%c4%b1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 25. Mehraeen P., Nazarpour P., Ghanbari A. (2020) Designing a nursing care plan based on Faye Glenn Abdellahm model in
 26. patients with diabetes type 2: A case study, International Journal of Caring Sciences, 13(3):2250-60.

Tablo 1. Palyatif Hastasına Faye Glenn Abdeallah'ın 21 Hemşirelik Problemi Modeline Göre Hemşirelik Bakımı							
Abdellah'ın 21 Hemşirelik Problemi Alanları	Risk Faktörleri	Tanımlayıcı Özellikler	Hemşirelik Tanısı	Amaç/Beklenen Hasta Sonucu	Planlama	Uygulama	Değerlendirme
1) İyi hijyen ve fiziksel rahatlığın sağlanması		-Kendi kendine beslenememe, kendi bakımına yerine getirememesi (Giyinme, yıkanma, boşaltım ihtiyaçlarını karşılayamama)	-Öz bakım eksikliği sendromu (Corpenito 2022)	-Hastanın ihtiyaç duyduğu öz bakım aktivitelerini tanımlaması ve optimal hijyeni sağlaması. -Beklenen hasta sonucu: Hastanın öz bakım ihtiyaçlarının giderildiğinin gözlemlenmesi.	- S.D.'nin günlük (saat 14.00) göz, ağız, el, ayak, perine bakımı yapılacak. Günlük yara, PEG ve kateter bakımı yapılacak. Haftalık banyo günü belirlenerek (sali) düzenli vücut temizliği sağlanacak. 2-3 saat arayla hastaya pozisyon verilecek. Fizyoterapist ile iş birliği sağlanarak yatak içi egzersiz yaptırılacak, aileye bunun eğitimi verilecek.	- S.D.'nin günlük (saat 14.00) göz, ağız, el, ayak, perine bakımı yapıldı. Günlük yara, PEG ve kateter bakımı yapıldı. Haftalık banyo günü belirlenerek (sali) düzenli vücut temizliği sağlandı. 2-3 saat arayla hastaya pozisyon verildi. Fizyoterapist ile iş birliği sağlanarak hafta içi her gün saat 16.00'da yatak içi egzersiz yaptırıldı, aileye bunun eğitimi verildi.	-Hastanın öz bakımı düzenli olarak yapıldı. Fizyoterapist hafta içi 5 gün süreyle hastaya egzersizlerini düzenli şekilde yaptırdı. Gelmediği günler de aile korktuğunu söyleyerek egzersizlerini yaptırmak istemedi.
2) Optimal aktiviteyi teşvik etmek: egzersiz, dinlenme, uyku		-Duygu durumunda değişikliğe bağlı uykuya dalmada güçlük yaşamaması, uyumaması	-Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık (Corpenito 2022)	-Hasta uyuduğu ve uyanık kaldığı süre arasında optimal dengeyi sağlamalı. Beklenen hasta sonucu: Hastanın uyku uyanıklık süresinin düzenli olduğunun gözlemlenmesi.	-Hastanın uyumasını engelleyen nedenler tanımlanacak ve hastanın uyuması için uygun ortam sağlanacak. -Gündüz uyuması engellenecek.	-Uyku alışkanlığı ve uyku düzenini bozan faktörler aile ile iletişim kurularak araştırıldı. Hastanın yanında yapılan telefon görüşmelerinden etkilenerek uyumadığı tespit edildi ve aile bu konuda uyarıldı. -Gündüz uyuması engellendi.	-Ailenin hasta odası dışında telefonda konuştuğu görüldü. Hastanın gündüz uyumadığı ve geceleri düzenli şekilde uyuduğu tespit edildi. Uyku düzeni sağlandı.
3) Kaza, yaralanma veya diğer travmanın önlenerek güvenliğinin sağlanması, enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi	-Dekübit ülser, PEG ve Kateter varlığı -Uzun süreli immobilité -Uzun süredir hastanede yatma		-Enfeksiyon riski Corpenito 2022)	-Hasta yakınlarının enfeksiyon bulaşma yollarını tanıması, enfeksiyon belirti bulgularının tanınması ve hastada enfeksiyon gelişmemesi. Beklenen Hasta sonucu: Yapılan tahlillerde enfeksiyon bulgusuna rastlanmaması ve ailenin enfeksiyondan korunma yöntemlerini uyguladığının gözlemlenmesi.	-Yapılan tüm girişimlerde aseptik kurallara uyulacak. Enfeksiyon belirti bulguları yönünden hasta takip edilecek. -Aileye enfeksiyondan korunma yolları ve enfeksiyon belirti-bulguları konusunda bilgi verilecek. -Aspirasyon engellenecek	-Yapılan tüm girişimlerde aseptik kurallara uyuldu. Enfeksiyon belirti bulguları yönünden (invaziv girişim yerlerinde kızamıklık, şişlik, sıcaklık; vücut sıcaklığında artış, idrarda renk değişimi) takip edildi. Haftalık kan değerleri (CRP ve hemogram) ile tam idrar tahlili (TİT) takibi yapıldı. Aileye enfeksiyondan korunma yolları ve enfeksiyon belirti-bulguları konusunda bilgi verildi. Günlük PEG, kateter ve yara bakımı yapıldı. -Aspirasyon gelişmesinin engellenmesi amacıyla 4 saat aralıkla rezüdü kontrolü yapıldı, her bakımdan 15 dakika önce beslenme durduruldu, gerekli durumda aspire edildi.	-Hastada enfeksiyon belirtileri görülmedi. Kan bulguları ve TİT de değerler normal aralıkta seyretti. -Aile verilen eğitim doğrultusunda davranış gösterdi. -Aspirasyon gelişmedi.

4) Deformiteleri önlemek ya da düzeltmek için iyi vücut mekaniğinin sağlanması		-Hastanın immobil olması	-Fiziksel Mobilitede Bozulma Corpenito 2022)	-Hastanın fiziksel mobilitede artış göstermesi. Beklenen hasta sonucu: Hastanın egzersizlerinin düzenli yapılması ve ailenin egzersizlere uyum sağlaması.	-Fizyoterapist ile iletişim kurularak düzenli egzersiz yapması sağlanacak. Aileye eğitim verilerek fizyoterapist olmadığında da egzersizleri yaptırması sağlanacak.	-Fizyoterapist ile iş birliği kurularak düzenli egzersiz yapması sağlandı. Aileye bu konuda eğitim verildi ve fizyoterapist dışında egzersiz yaptırabileceği açıklandı	-Hastanın günlük planlanan egzersizleri yapıldı. Aile fizyoterapist dışında egzersiz yaptırmaktan kaçındı.
5)Vücudun tüm hücrelerine oksijen gidişinin sağlanması		-İmmobilitateye sekonder bilişsel defisit, ciltte inceleme	- Basınç ülseri (Corpenito 2022)	-Hastada yeni basınç ülserleri oluşmaması ve mevcut yaraların iyileştiğinin gözlemlenmesi, hastanın basınç yarası riskini azaltma yönünde davranış göstermesi. Beklenen hasta sonucu: Ailenin basınç úlserlerine bakım yaptığının görülmesi, iyileşme veya kötüleşme belirtilerini bilmeleri ve yaralarda iyileşme gözlemlenmesi.	-Dekübit ülserlerin evreleri tespit edilecek. Düzenli şekilde temizliği ve bakımı yapılarak yaraların nemli kalması sağlanacak. Yaralar enfeksiyon klinik belirtileri yönünden takip edilecek. Hastaya düzenli pozisyon verilecek.	-Dekübit yaralarının derecesi belirlendi (sağ ve sol omuz evre 2, sakrum evre 3). Günlük (saat: 14.00) pansuman yapıldı ve yara bölgesinin nemli kalması sağlandı. Yara; akıntı, kötü koku, şişlik gibi enfeksiyon belirtileri yönünden takip edildi. Hastaya 2-3 saat arayla düzenli pozisyon verildi.	-Hastanın sol omzunda ki yarada iyileşme, sakrumda ki yarada küçülme gözlemlendi. Sağ omuzda ki yarada herhangi bir değişiklik gözlemlenmedi. Yaralarda enfeksiyon belirtilerine rastlanmadı.
6)Vücudun tüm hücrelerinin beslenmesinin sağlanması		-Hastanın yutma refleksinin olmaması ve iletişim kuramamaya bağlı açlığın sorgulanamaması	-Beslenme dengesi (Corpenito 2022)	-Hastanın metabolik gereksinim, aktivite düzeyi ve basınç yaralarını dikkate alacak şekilde beslenmesi. Beklenen hasta sonucu: Hastanın düzenli beslenmesi ve kilo kaybının gözlenmemesi.	-Diyetisyenle iş birliği sağlanarak hastanın vücut gereksinimlerine göre beslenme planlanacak. Aileye bu duruma yönelik eğitim verilecek.	-Diyetisyen ile iş birliği sağlanarak hastanın vücut gereksinimine göre kalorili ve dekübit ülser varlığı sebebiyle yüksek proteinli mama almasına karar verildi. Günlük alması gereken miktar belirlenerek beslenmesi düzenlendi. Aileye beslenme eğitimi verildi ve 4 saat arayla hastanın rezüdü kontrolü yapılarak sindirimi takip edildi.	-Hastanın beslenmesi düzenli olarak sağlandı. Kilo kaybı gözlemlenmedi.
7)Eliminasyonun sağlanması	-Hastanın immobil olması		-Konstipasyon riski Corpenito 2022)	-Hasta etkili bağırsak hareketleri olduğunu bildirmeli. Beklenen hasta sonucu: Hasta da düzenli gaita çıkışı görülmesi.	-Hekim ve diyetisyenle iş birliği kurularak hastanın alması gereken sıvı miktarı belirlenecek. Fizyoterapist iş birliği ile günlük yatak içi egzersizleri yaptırılacak. Bağırsak sesleri gaita takibi yapılacaktır.	-Hastanın günlük alacağı sıvı miktarı belirlendi. Günlük yatak içi egzersizleri yaptırıldı. Hastanın bağırsak sesleri, gaita çıkışı ve gaita sertliği kontrol edildi.	-Hastanın bağırsak seslerinin dakikada 3-4 olduğu duyuldu. Günlük düzenli gaita çıkışı olduğu görüldü. Konstipasyon gözlemlenmedi.
8)Sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması	-Hastanın yutma refleksinin olmaması ve oral beslenememesi		-Sıvı volüm dengesizliği riski (Corpenito 2022)	-Hastada sıvı volüm dengesizliği gelişmemesi. Beklenen hasta sonucu: Hastanın aldığı-çıkardığı takibinin dengeli ilerlemesi ve elektrolit takibinin normal değer aralığında olması.	-Hastaya aldığı çıkardığı takibi yapılacak. İdrar rengi, miktarı, deri turgoru takip edilecek. -Elektrolit (sodyum, potasyum, klor) takibi yapılacak. -Günlük alması gereken sıvı miktarı belirlenecek. Gerekli durumda intravenöz (IV) yolla sıvı takviyesi yapılacaktır.	-S.D.'nin aldığı çıkardığı takibi yapıldı. İdrar rengi ve miktarı, deri turgoru takip edildi. -Elektrolit (sodyum, potasyum, klor, fosfor) takibi yapıldı.	-Hastanın aldığı ve çıkardığı dengede ilerledi. Yüksek oranda aldığı çıkardığından 200 cc az ya da fazlaydı. -Yapılan elektrolit takibinde anormal değerlere rastlanmadı. IV sıvı desteğine ihtiyaç duyulmadı.

<p>9) Vücudun hastalığa karşı verdiği fizyolojik, patolojik ve kompansasyon tepkilerinin tanınması</p>		<p>-Hastanın kaza sonucunda fonksiyon kaybı yaşaması ve immobil olması. İletişim kuramaması ve öz bakım için başkalarına ihtiyaç duyması. Bakım sırasında ağlama ve alt bakımı sırasında bacaklarını kasma davranışı göstermesi.</p>	<p>-Benlik kavramında rahatsızlık (Corpenito 2022)</p>	<p>-Hastanın uygun baş etme becerileri göstermesi. Beklenen hasta sonucu: Bakım sırasında hastanın ağlamasının azalması/ağlamaması. Vücudunun kasma davranışının azalması/durmasının gözlemlenmesi.</p>	<p>-Hastaya karşı olumsuz eleştiride bulunulmayacak. Olumlu ve rahatlatıcı tavırla kendisinin anlaşıldığı hissettirilecek.</p>	<p>- Hasta ile durumu hakkında açıkça iletişim kuruldu. 'Bizden utanmaması gerektiği, bizim ona bakım varırken rahatsız olmadığımız, yaşadığı durumun güç, alışması zor bir durum olduğu ancak bakım sırasında kendisini kasmadan bize yardımcı olursa her şeyin daha kolay olacağı' şeklinde hastaya açıklama yapıldı. Bakım için odaya girildiğinde bakım sırasında hastayla sohbet edildi. Hastanın da dahil olması için 'Bu şekilde rahatsan göz kırp' ya da 'kolunun altına yastık koymamı istiyorsan göz kırp' gibi ifadeler kullanılarak bakımda onun da kontrol sahibi olduğu hissettirilmeye çalışıldı.</p>	<p>-Girişimler sonrası hastanın kendisini daha az kastığı gözlemlendi. Ancak sözlü ya da yazılı etkili bir iletişim kurulmadığı için duygu ve düşünceleri hakkında net bir bilgi alınamadı.</p>
<p>10) Vücudun düzenleyici mekanizmaların ve fonksiyonların devamlılığının sağlanması</p>	<p>-Hastada fonksiyon kaybı ve immobil olması</p>		<p>-Travma riski (Corpenito 2022)</p>	<p>-Aile travmadan koruyucu önlemlerin neler olduğunu öğrenmesi ve hastada travma gelişmemesi. Beklenen hasta sonucu: Ailenin verilen eğitimi doğru ve etkili şekilde uygulaması. Hastada travma gelişmediğinin gözlemlenmesi.</p>	<p>-Bakım sırasında travmayı önleyici önlemler alınacak. Aileye düşme riski, aspirasyon riski gibi travma oluşturabilecek durumlar hakkında eğitim verilecek.</p>	<p>-Bakım sırasında hastanın döndürüleceği tarafın yatak kenarlıkları kaldırıldı ve oluşabilecek travmalara yönelik yatak kenarlıklarından yastıkla korundu. Pozisyon verilirken vücut boşlukları ve basınç bölgeleri yastıkla desteklendi. -Bakımdan 20 dakika önce hastanın beslenmesi durduruldu. Normal zamanlarda da aspirasyonu önlemek amacıyla hastanın başı 15-30 derece yukarda olacak şekilde ayarlandı. -Aileye düşme ve aspirasyon riskini önlemek amacıyla eğitim verildi.</p>	<p>-Aile verilen eğitimler doğrultusunda davranış değişikliği gösterdi. Hastanın vücut düzenleyici mekanizma ve fonksiyonlarının devamlılığı sağlandı. Düşme veya aspirasyon durumu gözlemlenmedi.</p>
<p>11) Duyusal işlevin sürdürülmesini sağlanması</p>	<p>-Hastada fonksiyon kaybı ve immobil olması, dekübit ülser varlığı.</p>		<p>-Periferel doku perfüzyonunda etkisizlik riski (Corpenito 2022)</p>	<p>-Hastanın periferel dolaşımı arttıran davranışlar gerçekleştirmesi. Beklenen hasta sonucu: Periferel dolaşımı iyileştiren faktörleri tanıması. Yaşam şeklinde değişmesi gereken durumları fark etmesi. Periferel dolaşımı baskılayan durumları tanıması ve arttıran</p>	<p>-Doku perfüzyonunu arttıran ve azaltan faktörler değerlendirilecek. Hastaya iki saat arayla pozisyon verilecek. Eksternal basınçlar (basınç noktaları) azaltılacak. Hastaya günlük egzersizleri düzenli olarak yaptırılacak. Tüm bu işlemler yapılırken travmadan koruyucu</p>	<p>- Doku perfüzyonunu arttıran ve azaltan faktörler değerlendirilerek aileye eğitim verildi. -Hastaya düzenli olarak iki saat arayla pozisyon verildi ve basınç bölgeleri yumuşak yastıkla desteklendi. -Fizyoterapist ile iş birliği kurularak düzenli egzersiz</p>	<p>-Verilen eğitim doğrultusunda aile doku perfüzyonunu arttıran davranışlar yönünde değişiklik gösterdi. Hastanın pozisyon değişim saatlerini takip ettireler. Basınç noktaları ve vücut boşluklarını yastıkla destekledikleri gözlemlendi. Fizyoterapist dışında</p>

				davranışları gerçekleştirmesi.	önlemler alınacak. Dekübit ülser bakımları düzenli olarak yapılacaktır.	yaptırıldı ve aileye de bu konuda eğitim verildi. -Hastaya pozisyon verilirken yada egzersiz yaptırırken yatak kenarlıkları kaldırıldı, travmalardan korumak amacıyla yatak kenarlıkları yastıkla korundu. -Günlük dekübit yara pansumanları yapıldı.	egzersiz yaptırmaktan kaçındılar. Hasta da travma gözlemlenmedi. Sol omzunda ki yarada iyileşme, sakrumda ki yarada küçülme gözlemlendi. Sağ omzunda ki yarada değişiklik görülmedi. Doku perfüzyonunda etkisizlik gelişmedi.
12)Olumlu ve olumsuz ifadeleri, duyguları ve tepkileri tespit etmek ve kabul etmek		-Annenin çocuğunun durumunda kalıcı bir değişim gerçekleşmesine yönelik beklenti ve ümidinin azalması -Zaman zaman ağlama davranışı göstermesi -Eşyle sık sık tartışma ve öfke ifadelerinin olması	-Kronik keder (Corpenito 2022)	-Annenin kederini, üzüntüsünü tetikleyen durumla karşılaştığında desteklenmesi. Beklenen hasta sonucu: Annenin duygularını ifade edebilmesi ve doğru savunma mekanizmaları göstererek mevcut durumu kabullenebildiğini ifade etmesi.	-Annenin duygu ve düşünceleri paylaşması için ortam oluşturulacak. -Normalliğin kaybının şiddetlendiği (yaşlılarının askerliğe gitmesi, evlenmesi gibi) dönüm noktalarını tanıması sağlanacak.	- Annesine kaza ve sonrasındaki dönemde yaşadığı duyguları paylaşması için fırsat verildi. -Normalliğin kaybının şiddetleneceği dönüm noktalarını (yaşlılarının askerliği, evliliği vb) tanıması sağlandı. Duygularının zaman içinde dalgalanma göstereceği ama kederin tamamen geçmeyeceği konusunda açıklık getirildi.	-Annesi; kaza sonrasında dua ederek ayakta kalabildiğini, sürekli ağladığını ifade etti. Hekimler oğlunun iyileşme ihtimalinin düşük olduğunu ifade etse de iyileşeceğine inandığını, aksi bir durum gelişirse yaşayamayacağını ifade etti. Hekimin sadece ‘Oğlunuzla geçirdiğiniz zamanları güzel değerlendirin’ şeklinde kullandığı bir ifade sonrasında bile ‘neden bunu sorguladığı ve kendini camdan atmayı düşündüğünü dile getirdi. Şu an da kendisini iyi hissettiğini oğluyla kurduğu göz iletişiminin onu ayakta tuttuğunu, umutlu olduğunu dile getirdi. İhtiyaç halinde istediği zaman tekrar görüşme yapabileceği söylendi.
13)Duygu ve organik hastalıkların birbiriyle ilişkili olduğunu tespit etmek ve kabul etmek		-Kalp hızında artma -Ağlama	-Anksiyete (Corpenito 2022)	-Hasta anksiyete sebep olan durumları tanıması. Hastanın psikolojik ve fizyolojik rahatlığının sağlanması. Beklenen hasta sonucu: Hastanın anksiyeteye sebep olan durumla baş edebildiğinin gözlenmesi.	-Anksiyeteye sebep olan durumlar tespit edilerek yaşadığı anksiyete minimize edilecek.	-S.D'nin ziyaretçi olarak yanına arkadaşları geldiğinde utandığı, ağladığı, kalp hızının arttığı ve o gece vücut ısısının yükseldiği gözlemlendi. Durumunu kabullenmekte zorlandığı görüldü. Aile de bu durumdan etkilenecek arkadaşlarını bir daha kabul etmeyeceklerini söyledi.	- S.D. sözlü ve yazılı iletişim kuramadığı için duygu ve düşünceleri etkili bir şekilde öğrenilemedi. Ancak ziyaretçi gelmesi önlenmediği için tekrar anksiyete yaşamadı.
14)Beden dili ve sözel iletişimin etkin kullanılması ve devamlılığının sağlanması		-Fonksiyon kaybı ve konuşamama	-İletişimde bozulma (Corpenito 2022)	-Hasta iletişimde doyumun arttığını ifade edebilmeli. Beklenen hasta sonucu: Anlama ve kendini ifade etmede artış görülmeli ve	-Hastanın kendini ifade etmesinde artış gözlemlenecek. İletişim için ortam uygun hale	-Hasta ile iletişim kurulmak istendiğinde ortam uygun hale getirildi. Hasta odasının kapısı kapatılarak ortamda ki sesler	- Planlanan ve uygulanan göz kırpması yöntemi ile hasta ile iletişim sağlanmış ve verim alınmıştır. Ancak hasta konuşamadığı için

				bireyin alternatif iletişim yöntemlerini kullandığı görülmeli.	getirilecek, alternatif yöntemler geliştirilecek.	minimalize edildi. Hastayla göz temasının kurulabildiği bir pozisyonda, uygun mesafe de, uygun ses tonuyla tane tane konuşuldu. 'Beni anlıyorsan gözünü iki defa kırp', 'Uykunu alabildin mi? Eğer öyleyse gözünü üç defa kırp' gibi ifadelerle iletişim kuruldu.	sadece sorulan sorular kadarıyla kendini ifade edebilmiştir.
15) Kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesi		-Hastanın anne ve babasının açık ve etkili/empatik iletişim kuramaması ve bakım sırasında sıkça tartışma içerisine girmeleri -Hastanın yaşadığı durum değişikliği, tedavi ve bakımından kaynaklı emosyonel değişimler yaşamaları (alınan ve hassas olmaları) -Aileni, hasta dışında başka bir çocukları ve torunları olduğu ve hastanede kaldıkları sürede onunla görüşemeyip özlediklerini ifade etmeleri.	-Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma (Corpenito 2022)	-Aile üyeleri birbirini destekleyen fonksiyonel bir iletişim kullanmalı. Beklenen hasta sonucu: Aile üyelerinin tartışmalarında azalma/bitme gözlemlenmeli. Yaşadıkları emosyonel dalgalanmalar da azalma gözlemlenmeli. Hastane dışında ki aile üyeleri ile iletişim ve görüşmelerinden doyum sağladıklarını ifade etmeleri.	-Aile üyelerinin duygu ve düşüncelerini paylaşmaları sağlanacak. -Aile üyeleri birbiri ile daha yapıcı, pozitif ve destekleyici iletişim kuracak. Bakım sırasında veya fikir ayrılığı yaşadıklarında çatışma davranışı göstermeyecek. -İhtiyaç halinde profesyonel destek almaları sağlanacak. -Diğer çocukları ile de görüşme yapmaları sağlanacak.	- Anne ve baba ayrı ayrı dinlenerek duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlandı. Yaşadıkları durumun zor ve yıpratıcı bir süreç olduğu, onları anladığımızı, onlarında birbirlerine karşı duygularını ifade etmeleri ve empati yaparak birbirlerini anlamaları gerektiği istenmiştir. Uzun süre hastanede kalmaya bağlı ikisinin çatışma yaşamalarının geçici ve normal bir süreç olduğu ve bu durumun hastayı da etkileyeceği hatırlatılmıştır. -Ailenin gereksinimleri ölçüsünde isterlerse profesyonel psikolojik destek alabilecekleri hatırlatıldı. Aile bunu kabul ederek bir hafta içerisinde iki defa psikolog ile görüşme sağladı. - Eğer mümkünse ablasının ve yeğeninin hastaneye gelip ziyaret edebilecekleri söylendi.	-Yapılan görüşme sonrasında hastanın bakım anında anne ve babanın tartışmalarında azalma olduğu gözlemlendi. Çatıştıkları konularda daha sakin bir ses tonuyla ve sakin bir üslupla konuştukları görüldü. -Aile psikolog desteğini iki görüşme sonrasında kendi isteği ile reddetti. -Hastanın ablası ile bir iki hafta arayla görüşmesi, yeğeniyle de görüntülü görüşmesi sağlandı.
16) Bireyin ruhsal amaçlarına ulaşmasını sağlamak		-Ailenin dini ritüellerini yerine getiremediğini ifade etmesi -Tedavi saatlerinin ona göre ayarlanmasını istemesi -Hastaya ilahi dinletmek istediğini ifade etmesi	-Dinsel Kurallara Uymada Bozulma (Corpenito 2022)	-İnançları doğrultusunda ibadetlerini yerine getirebilmeleri ve doyum sağlamaları. Beklenen hasta sonucu: İbadetlerini yerine getirdikleri ve doyum sağladıklarını ifade etmeleri. Hastalarına ilahi dinletebildikleri gözlemlenmeli.	-Ailenin namaz saatlerine göre tedavi ve bakım saatleri düzenlenecek. -İbadetini yerine getirebileceği uygun ortam hazırlanacak. -Hastaya ilahi dinletebilecekler.	-Bakım ve tedavi saati hasta bakımının ibadetini engellemeyecek şekilde düzenlendi. -İbadet odası toplu bir alan olması ve pandemi varlığı sebebiyle kullanamayacağı ancak odasında ibadeti yerine getirmesinde sakinca olmadığı ifade edildi. -Hastaya ilahi dinletti.	-Hasta yakınlarının ibadetlerini yerine getirdiği ve gün içerisinde hastaya ilahi dinlettiği gözlemlendi.

17) Terapötik bir ortam yaratmak veya sürdürmek		-Hastanın yan odasına ajite ve bağıran bir hasta yatması sonucu bu hastanın her bağırması ile hastanın irkilmesi, vücudunu kasma. -Kalp hızı ve solunum sayısında artış gözlemlenmesi -Vücut ısısının artması	-Rahat (konforda) bozulma (Corpenito 2022)	-Alınan önlemler doğrultusunda hastanın rahatladığının gözlemlenmesi. Beklenen hasta sonucu: Hastanın yaşadığı fizyolojik belirtilerin ortadan kalktığı ve huzursuzluğunun geçtiğinin gözlemlenmesi.	-Hastanın konforu tekrar sağlanacak. Mevcut probleme çözüm bulunacak. -Hastayı huzursuz eden durumun sebebi açıklanarak onu tehdit eden bir durum olmadığı söylenecek.	-Hastaya seslerin sebebi açıklandı ancak huzursuzluğunun devam ettiği görüldü. Sonucunda hastanın odası değiştirildi.	-Yanında ki hastanın odası değiştirildiğinde, hastanın sakinleştiği ve huzursuzluğunun kaybolduğu görüldü.
18) Bireyin, fiziksel, duygusal ve gelişimsel gereksinimleri yönünden farkındalık geliştirmesini sağlamak						-Hastayla etkili iletişim kurulamaması, sadece sorulan sorulara göz kırpmaya yöntemi ile cevap alınması, duygu ve düşüncelerini ifade edememesi sebebiyle farkındalık düzeyi ve ihtiyaçları yönünden net bilgi elde edilememiştir.	
19) Fiziksel ve duygusal durumları dikkate alarak optimum hedeflerin kabul edilmesi		-Hastanın annesinin sık sık ağlama davranışı sergilemesi. Sürekli oğlunun durumu ile ilgili korku ve kaygı hissettiğini ifade etmesi. -Oğlunun şu anki sağlık durumunun kalıcı olduğunu reddetmesi	-Aile baş etmesinde Yetersizlik (Corpenito 2022)	-Ailenin uygun baş etme mekanizmalarını kullanarak uygulaması ve mevcut durumu kabullenmesinin sağlanması. Beklenen hasta sonucu: Ailenin duygu ve düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması. Psikolog ile görüşmesi sağlanarak uygun baş etme yöntemlerini kullandığının gözlemlenmesi.	-Var olan baş etme davranışları tespit edilerek değerlendirilecek. İhtiyaç halinde daha etkili baş etme yöntemleri geliştirilmesi sağlanacak. -Aile bireylerinin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanacak. -Durumu değerlendirme ve kabul etme konusunda destek olunacak. Gerekirse profesyonel destek almaları sağlanacak.	-Ailenin zaman zaman ağladığı gözlemlendi. Mevcut durumla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilecekleri dile getirildi ve aileye zaman ayırıp görüşme yapıldı. Yanlış anlaşılmayı önlemek amacıyla hekim ile beraber hastanın sağlık durumu aileye tekrar açıklandı.	-Annesi durumu kabullenemediğini ve profesyonel destek istemediğini ifade etti.
20) Hastalıktan kaynaklanan sorunların çözümünde toplumsal kaynaklardan faydalanmak		-Ailenin kaza sonrası insanlarla olan iletişimlerinde azalma olduğunu ifade etmeleri -Birbirleri ve çocukları dışında kimseyi görmediklerinden yakınmaları	-Sosyal izolasyon (Corpenito 2022)	-Ailenin sosyal iletişimde doyum yaşadığını ifade etmesi. Beklenen hasta sonucu: Ailenin sosyal etkileşimde artış yaşadığının görülmesi ve iletişimde doyum yaşadıklarını ifade etmeleri.	-Aileye isterlerse dönüşümlü olarak dışarı çıkıp sosyalleşebilecekleri ve yakınları ile görüşebilecekleri bunun sağlık çalışanları için problem olmayacağı ifade edilecek. -Diğer hasta yakınları ile tanıştırlacak birimde bulunan oturma odasında sosyalleşmeleri sağlanacak.	-Aileye dönüşümlü olarak dışarı çıkabilecekleri ifade edildi. -Diğer hasta yakınları ile tanıştırlarak iletişim kurmaları sağlandı.	-Hasta yakınlarının diğer hasta yakınları ile iletişim kurduğu, kurulan iletişim sonrası daha az gergin ve daha güler yüzlü olduğu gözlemlendi. 'Onlarla oturup konuşmak iyi geliyor' ifadesini kullandı. Ancak hastaneden ayrılmak istemediklerini söyleyerek dışarı çıkmadılar.
21) Sosyal sorunların hastalık nedeni olabileceğinin kavranması.		-Hastanın annesinin, diyabet hastası olduğunu ve oğlunun sağlığıyla ilgilendiği için hastalığının alevlendiği, kendi sağlığına dikkat etmediğini ve ilaçlarını kullanmadığını ifade etmesi	-Sağlığı sürdürmede etkisizlik (Corpenito 2022)	-Hastanın sağlığını etkili sürdürme davranışı göstermesi. -Beklenen hasta sonucu: Hastanın diyetine uyduğu ve ilaçlarını düzenli kullandığının gözlemlenmesi.	-Bireye sağlığını etkin sürdürmesi yönünde eğitim verilecek. Hastanede ki uygun branşa yönlendirilerek doktor kontrollerini düzenli yaptırıp, uygun diyet planlanacak, ilaçlarını düzenli kullanması sağlanarak sağlığını etkin sürdürecektir.	-Bireye diyabet eğitimi verilerek uygun branşa ki doktora yönlendirildi. Hasta için uygun diyet planlanması sağlandı. İlaçlarını düzenli içmesi, kendi sağlığını koruyarak oğluna daha iyi bakım vereceği söylenerek motivasyon oluşturuldu.	-Verilen eğitim sonrasında kısa dönem diyetine uyup, ilaçlarını düzenli kullandığı görüldü ancak uzun dönemde aksattığı görüldü.