



EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
Journal of Ege University Nursing Faculty



ISSN 2147-3463
E-ISSN 2667-6648



Yıl 2023
Year 2023

Cilt 39
Volume 39

Sayı 1
Number 1



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2023

Cilt (Volume) : 39

Sayı (Number) : 1

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ Hemşirelik Fakültesi Adına

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN

Prof. Dr. Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Online Yayın Tarihi

Nisan 2023

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

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

Türk Medline, CiteFactor, EBSCHO Central & Eastern European Academic Source, CINAHL ve TR Dizin kapsamında dizinlenmektedir. Turk Medline, CiteFactor, EBSCHO Central & Eastern European Academic Source, CINAHL and TR Dizin.

AÇIKLAMALAR

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

Yayın Türleri

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

Yayın Hakları

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

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editör / Editor in Chief

Oya Kavlak

Alan Editörleri / Field Editor*

Ayten ZAYBAK

Fahriye VATAN

Fatma ORGUN

Figen YARDIMCI

Şafak DAĞHAN

Şenay ÜNSAL ATAN

Türkan ÖZBAYIR

Yasemin YILDIRIM

Editör Yardımcıları / Editor Assistants

Duygu GÜLEÇ ŞATIR

Emine KARAMAN

Gizem BEYCAN EKİTLİ

Hakem Kurulu / Advisory Board*

Amine Terzi, Artvin Çoruh Üniversitesi, Artvin, Türkiye
Atiye Karakul, Tarsus Üniversitesi, Mersin, Türkiye
Ayfer Açıkgöz, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, Türkiye
Ayla Yavuz Karamanoğlu, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye
Ayşe Büyükbayram Arslan, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Ayşe Kahraman, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Aytül Hadımlı, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Bedriye Ak, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, Türkiye
Bengü Çetinkaya, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye
Burcu Ceylan, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Cantürk Çapık, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye
Derya Çınar, İzmir Bakırçay Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Dilek Aygın, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Türkiye
Esra Oksel, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Fadime Gök, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye
Gül Ünsal, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
Gülbin Konakçı, İzmir Demokrasi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Gülçin Özalp Gerçekler, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Hatice Başkale, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye
Hülya Keskin, Mardin Artuklu Üniversitesi, Mardin, Türkiye
Hüsnüye Çalışır, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye
İlknur Yeşilçınar, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Kerime Derya Beydağ, İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
Leyla Baysan Arabacı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Meryem Erdoğan, Sinop Üniversitesi, Sinop, Türkiye
Nazmiye Çıray, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Nazmiye Yıldırım, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, Türkiye
Nuray Egelioglu Cetişli, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Nursen Bolsoy, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye
Özlem Bilik, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Özlem Güner, Sinop Üniversitesi, Sinop, Türkiye
Özlem Karabulutlu, Kafkas Üniversitesi, Kars, Türkiye
Özlem Tekir, İzmir Demokrasi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Sebahat Gözüm, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye
Selda İldan Çalım, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye
Serap Özer, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Sevcan Topçu, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Sevgi Nehir, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye
Tuğba Çınarlı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye
Yeliz Çakır Koçak, Bartın Üniversitesi, Bartın, Türkiye
Züleyha Seki, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Dil Editörü

Meryem YAVUZ van GIERBERGEN

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

İÇİNDEKİLER / CONTENTS**Araştırma Makaleleri / Research Article**

- Determining the Use of Traditional and Complementary Therapies Among Infertile Women
İnfertil Kadınların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanım Durumlarının Belirlenmesi
Aylin TANER, Sezer ER GÜNERİ 1-9
- Ebelerin Perinatal Dönemde Gelişen Venöz Tromboemboliye İlişkin Bilgi Ve Görüşleri
Information and Opinions of Midwives About on Venous Thromboembolism Developing in the Perinatal Period
Fatma ÇANDAR, Ayten TAŞPINAR 11-20
- Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması
Person Centered Perioperative Nursing Scale: The Study of Adaptation to Turkish, Validity and Reliability
Nadide YILMAZ ESENBOĞA, Seher YURT 21-33
- The Effects of Coronavirus Phobia and Anxiety States on Parents' Attitudes Towards Their Preschool Children
Okulöncesi Çocuğu Olan Ebeveynlerin Koronavirüs Fobisi ve Anksiyete Durumlarının Çocuklarına Yönelik Tutumlarına Etkisi
**Hatice UZSEN, Dilek ZENGİN, Seda ARDAHAN SEVGİLİ, Hatice BAL YILMAZ
Zumrut BASBAKKAL 35-41**
- Hemşirelerin Profesyonel Otonomi Düzeyleri ve Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları İle İlişkili Faktörler
Factors Related to The Nurses' Levels of Professional Autonomy and Attitudes to Evidence-Based Nursing
**Esra DANACI, Seval AĞAÇDİKEN ALKAN, Tuğba KAVALALI ERDOĞAN2 ,
Esra ÖZBUDAK, Sevil MASAT HARBALİ 43-54**
- Sorun Çözme Terapisi Temelli Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Ruhsal Belirtiler Üzerine Etkisi
The Effect of Problem-Solving Therapy-Based Psychiatric Nursing Approach on the Mental Symptoms Experienced by University Students
**Esra ENGİN, M. Olcay ÇAM, Ayşegül DÖNMEZ, Şeyda DÜLGERLER, Gönül ÖZGÜR,
Ayça GÜRKAN, Satı DOĞAN, Serap YILDIRIM, Emel ÖZTÜRK TURGUT, Nihan DURGU,
Gizem BEYCAN EKİTLİ, Elif Deniz KAÇMAZ, Merve UĞURYOL, Hacer DEMİRKOL,
Cansu GÜLER, Ege Miray TOPCU, Özgür KARAÇAM 55-62**
- Kadınların Doğum Ağrısını Azaltmak İçin Tercih Ettikleri Nonfarmakolojik Yöntemler
Nonpharmacological Methods That Women Prefer to Reduce Birth Pain
Saadet BOYBAY KOYUNCU, Mehmet BÜLBÜL 63-70
- Sağlık Çalışanı Ebeveynlerde COVID-19 Korkusunun Ebeveyn Çocuk İlişkinine Etkisi
The Effect of COVID-19 Fear on Parent Child Relationship in Healthcare Professionals Parents
Şeyda BİNAY YAZ, Güliz ÖZBOLAT 71-79

Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlığa ve Hastalığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

The Relationship Between Illness Acceptance and Attitudes Towards Health and Illness in Patients with Diabetic Foot

Ezgi DÖNER, Rabiye ÇIRPAN, Gülsüm Nihal ÇÜRÜK.....81-91

Çocuk Hemşirelerinin Meslek Ölçütleri Çerçevesinde Hemşireliğe Bakışı

Pediatric Nurses' Perspective on Nursing in the Framework of Professional Criteria

Burcu ÇALIK BAĞRIYANIK, Dilek YILDIZ, Tamer BAĞRIYANIK

Aylin PEKYİĞİT93-102

Kemoterapi Tedavisi Alan Hematoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Araştırma

The Learning Needs of Hematology Patients Receiving Chemotherapy Treatment and Affecting Factors: Descriptive Research

Anita KARACA, İpek AYCİL..... 103-113

Egzersize Yönelik Sağlık İnançları Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

The Validity and Reliability Study of the Health Belief Model Scale for Exercises

Çağdaş CAZ, Yakup PAKTAŞ, Ömer Faruk YAZICI..... 115-124

Derlemeler / Reviews

Tip 1 Diyabette Damgalama İçin Bir Model Önerisi: Roy Adaptasyon Modeli

A Model Proposal For Stigma in Type 1 Diabetes:Roy Adaptation Model

Ece MUTLU SATIL, Şeyda DÜLGERLER..... 125-133

Covid-19 Korunma İlkelerine Bireysel Uyum için Gereken Üç Özellik:

Otokontrol-Sorumluluk-Empati

Three Features Required for Personal Compliance with Covid -19 Protection Principles: Self-Control Responsibility-Empathy

Dilan ÇİFTÇİ, Aynur TÜREYEN..... 135-139

Thoracic Surgery and Nursing Care

Göğüs Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı

Fatma DEMİR KORKMAZ, Tuğçe YEŞİLYAPRAK, Firdevs ATICI SOFU..... 141-148

Değerli okurlarımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2023 yılının ilk sayısını sizlere sunmaktan gururluyuz. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Türkiye Atıf Dizini, Sosyal Bilimler Atıf Dizini, Türk Medline, CiteFactor, Directory of Research Journals Indexing, ULAKBİM TR-Dizin, EBSCO ve CINAHL olmak üzere hem ulusal hem de uluslararası veri tabanlarında taranmaktadır.

Dergimizin bu sayısında alanımız ile ilgili İngilizce ve Türkçe güncel konuları içeren, ilginizi çekeceğini düşündüğümüz 12 araştırma ve 3 derleme olmak üzere toplam 15 makaleye yer verdik. Araştırma makaleleri, “Determining the Use of Traditional and Complementary Therapies Among Infertile Women”, “Ebelerin Perinatal Dönemde Gelişen Venöz Tromboemboliye İlişkin Bilgi Ve Görüşleri”, “Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe’ye Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”, “The Effects of Coronavirus Phobia and Anxiety States on Parents’ Attitudes Towards Their Preschool Children”, “Hemşirelerin Profesyonel Otonomi Düzeyleri ve Kanıt Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları İle İlişkili Faktörler ”, “Sorun Çözme Terapisi Temelli Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Ruhsal Belirtiler Üzerine Etkisi”, “Kadınların Doğum Ağrısını Azaltmak İçin Tercih Ettikleri Nonfarmakolojik Yöntemler”, “Sağlık Çalışanları Ebeveynlerde COVID-19 Korkusunun Ebeveyn Çocuk İlişkisine Etkisi”, “Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlığa ve Hastalığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, “Çocuk Hemşirelerinin Meslek Ölçütleri Çerçevesinde Hemşireliğe Bakışı”, “Kemoterapi Tedavisi Alan Hematoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Araştırma”, “Egzersiz Yönelik Sağlık İnançları Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”; derlemeler, “Tip 1 Diyabette Damgalama İçin Bir Model Önerisi: Roy Adaptasyon Modeli”, “Covid-19 Korunma İlkelerine Bireysel Uyum için Gereken Üç Özellik: Otokontrol-Sorumluluk-Empati” ve “Thoracic Surgery and Nursing Care” başlıkları adı altında toplanmıştır.

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

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

Sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Baş Editör

Determining the Use of Traditional and Complementary Therapies Among Infertile Women

İnfertil Kadınların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavileri
Kullanım Durumlarının Belirlenmesi

Aylin TANER¹
Orcid: 0000-0002-3386-4863

Sezer ER GÜNERİ¹
Orcid: 0000-0002-6097-841X

Gönderilme tarihi: 10 Aralık 2021

Kabul tarihi: 10 Ekim 2022

*A part of this research article was presented as a poster presentation of the 3th Transcultural Nursing Congress with International Participation held in Çanakkale on May 21-23, 2015.

¹Ege University Faculty of Nursing, Women Health and Diseases Department.
Bornova, İzmir, Türkiye.

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):
AYLIN TANER
aylintaner@gmail.com

Keywords:

Traditional medicine;
complementary therapies;
infertility; women.

Anahtar Sözcükler:

Geleneksel tıp; tamamlayıcı
tedaviler; infertilite; kadın.

ABSTRACT

Objective: The aim of the study is to determine the use of traditional and complementary therapies by infertile women.

Methods: This descriptive and cross-sectional research was carried out with 270 infertile women who visited the In-vitro Fertilization Centre of a public hospital in İzmir, Turkey. Scientific ethical committee approval was obtained to conduct the research and permission was obtained from the hospital and the women participating in the research in order to conduct the research. Data were collected via a face-to-face interview in the hospital with a questionnaire developed by researchers.

Results: Of the women, 98.9% had knowledge of traditional and complementary therapies and the main source of the information was friends/family (71.2%). The use of traditional and complementary therapies in infertile women is 92.9%. Of the women, 62.1% believed that traditional and complementary therapies would be effective, and 82.3% did not disclose their traditional and complementary therapies use to the health professionals. The most common three traditional and complementary therapies methods in the study were: hip and leg elevation after sexual intercourse; consuming herbs/herbal products; and changes in daily life.

Conclusions: The use of traditional and complementary therapies was found to be high in infertile women, and most of the women did not disclose traditional and complementary therapies to health professionals.

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı infertil kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri kullanma durumlarını belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, İzmir'de bir devlet hastanesinin Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran 270 infertil kadın ile yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için bilimsel etik kuruldan, hastaneden ve araştırmaya katılan kadınlardan izin alınmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket formu ile hastanede yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların %98.9'unun geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler hakkında bilgi sahibi olduğu ve bu bilgilerin ana kaynağı arkadaş/aile (%71.2) olduğu belirlenmiştir. İnfertil kadınlarda geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı %92.9'dur. Kadınların %62.1'i geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin etkili olacağına inanmaktadır ve %82.3'ü geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullandığını sağlık profesyonellerine söylememiştir. Çalışmada en yaygın üç geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemi: cinsel ilişki sonrası kalça ve bacakların kaldırılma; otlar/bitkisel ürünler tüketme ve günlük yaşam değişiklikleridir.

Sonuç: İnfertil kadınlarda geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı yüksek düzeyde bulunmuş ve kadınların çoğu geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri sağlık profesyonellerine açıklamamıştır.

How to cite: Taner, A., Er Güneri S. (2023). Determining the Use of Traditional and Complementary Therapies Among Infertile Women. *JEUNF*, 39(1), 1-9 Doi:10.53490/egehemsire.1035263

Kaynak Gösterimi: Taner, A., Er Güneri, S. (2023). İnfertil Kadınların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanım Durumlarının Belirlenmesi. *EGEHFD*, 39(1), 1-9 Doi:10.53490/egehemsire.1035263

INTRODUCTION

Although the frequency of infertility varies between regions and countries, it is a problem that concerns 15% of the world population (Gurunath, Pandian, Anderson and Bhattacharya 2011; Vander Borcht and Wyns, 2018; WHO, 2010). It is estimated that infertility prevalence varies between 10.0% and 20.0% in industrialized countries and approximately 1.1 million of 11 million married couples are infertile in Turkey (Duman, and Koçak, 2016). According to the results of the Turkish Demographic and Health Survey (2018), infertility among married women aged between 15-49 years old was reported to be 9.4% in Turkey. Infertility rates among Turkish women are similar to other developing countries (Çakı and Sohbet, 2021; Hacettepe University Institute of Population Studies, 2019).

Childbearing plays a key role in determining and guaranteeing the position of the family in society as an indispensable, traditional and social institution of Turkish society. As in many countries, the concepts of womanhood and motherhood are perceived synonymously in Turkey, and the continuity of society is related to the children who are born (Engin and Pasinlioğlu, 2002; Yılmaz, Yazici and Benli, 2020).

Although pregnancy and labor are physiological processes, they are affected by social and cultural features of the society, beliefs, and traditions. Therefore, infertility causes social pressure on women and in some cultures, motherhood is believed to be the single way of improving the status of women (Topdemir Koçyiğit, 2012; Yılmaz et al., 2020). As the role of the woman in the family and society has been associated with fertility and childcare since ancient times, infertility is believed to be a problem of the woman and it is thought that even the sex of the child depends on the woman in some parts of the world and in certain regions of Turkey (Şen, Bulut and Şirin, 2014). Islam, in particular, attaches great importance to having children. Adoption as an alternative is not preferred in Turkey. Giving birth is accepted as the only way of shedding the stigma of being an infertile woman (Hacettepe University Institute of Population Studies, 2019; Şimşek, 2013). The most common causes of female infertility are infections, hormonal factors and endometriosis while infections are the most common factors for male infertility.

The treatment of infertility usually requires complicated diagnostic procedures and long-term therapies. In some cases, the efficacy is low despite all interventions. As a result, women experience stigma and anxiety about having children and apply traditional and complementary therapies (TCT) due to the pressure of society (Hacettepe University Institute of Population Studies, 2019; Pozza, Dettore and Coccia, 2019; Şimşek, 2013; Teskereci, 2010).

Turkey is a country where many civilizations have been established since ancient times and therefore has a rich culture. Despite the developments in modern medicine, TCT is commonly used as well in Turkey (Sevindik, Açıık, Gülbayrak and Akgün, 2007). The aim of the study was conducted to determine the knowledge and use of TCT among infertile women.

METHODS

Research Design

The study used a descriptive and cross-sectional design.

Population and Sample

Data were collected from the participants admitted to the In-vitro Fertilization Centre of a public hospital in İzmir between 15 February and 15 September 2015. The women who have been diagnosed with infertility for one year or more and agreed to participate were included in the study. The population of the study consisted of 865 women admitted to the center. Cohen's criteria were used to determine the sample size. According to this criterion, the sample size was calculated as 266 (95% confidence interval, $\alpha=0.05$, $d=0.05$, $p=0.50$, and $q=0.5$). The study was terminated after 270 women voluntarily participated in the study.

Data Collection

Data were collected anonymously by the researchers via a face-to-face interview in 5-10 minute periods in the waiting room before or after the examination and after the necessary permissions were obtained.

Data Collection Tools

To collect data, a questionnaire consisting of 33 questions was developed by the researchers with regard to relevant literature to determine the socio-demographic attributes (age, place of residence, marital status, income status, social insurance, people they live with) of the women in the sample and their knowledge of and practice related to TCT for conception (Bardaweel et al., 2013; Engin and Pasinlioğlu, 2002; Şimşek, 2013). After developing the data collecting form, it was evaluated by five experts and revised with respect to their suggestions. The final version of the questionnaire was assessed by five patients for its comprehensibility was not included in the study.

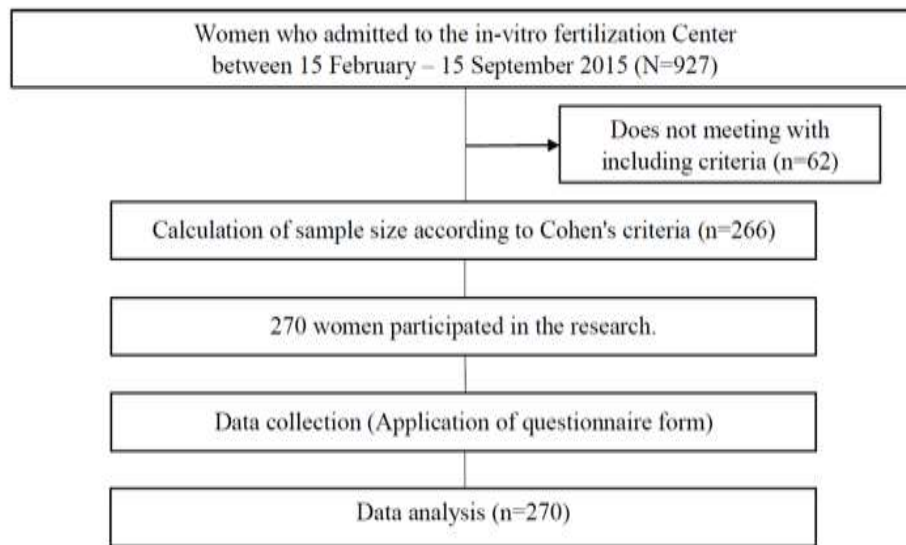


Figure 1. Flow diagram of the study

Data Analysis

Data were analyzed using SPSS version 25.0. Descriptive data in the study are presented as numbers (n) and percentages (%). Kolmogorov-Smirnov (KS) analysis used to determine the normality of the data ($p=0.339$). A Chi-square test used to evaluate categorical variables. Independent sample t-test was used to compare mean attitudes scores between groups based on data normality.

Ethical Consideration

Written approvals were obtained from Ege University Faculty of Nursing Scientific Ethical Committee (Protocol.2015-13, Date: 23/02/2014) and written permission was taken from the In-vitro Fertilization Center Training Unit (date: 09/03/2015, number:10342988-115) to conduct the study. Informed consent was read and signed by the participants. All principles of the Helsinki declaration were followed throughout the study.

RESULTS

The mean age of the women was 32.20 ± 5.15 years, 37.4% were born in the metropolis, 30.7% were graduates of primary school, 64.4% were unemployed and 67% reported that their income equals their expenses. The mean duration of marriage was 7.41 ± 4.67 years (Table 1).

Table 1. Socio-Demographical Characteristics of Women

Socio-Demographical Characteristics of Women (n=270)	Mean±SD or n	IQR or %
The mean age of the women	32.20±5.15	19-45
The mean duration of marriage	7.41±4.67	1-24
Birthplace		
Village	42	15.6
District	71	26.3
City	56	20.7
Metropolis	101	37.4
Education		
Literate	22	8.1
Primary school	83	30.7
Secondary school	52	19.3
High school	68	25.2
University	45	16.7

Employment		
Employed	96	35.6
Unemployed	174	64.4
Income Status		
Income less than expenses	77	28.5
Income equals expense	181	67.0
Income more than expenses	72	4.5

Of the participants, 87.8% reported that they had no kinship with their husbands and 13.7% of women were living with other family members (parents and/or relatives of the husband) in the same house. Family history of infertility among women was 33.0%. When they experienced problem around pregnancy, 62.2% first applied to a hospital and 54.1% reported that they consulted healthcare professionals/institutions to get information about becoming pregnancy. After they first realized that they need professional help, the mean duration for applying to health professionals was 5.4 ± 4.05 years, the mean duration of diagnosed infertility was $4.47 (\pm 3.83)$ years, and the mean duration of professional treatment was 4.06 ± 3.87 years.

Among the treatment options, intrauterine insemination (IUI) was used by 62.6% of the women, in-vitro fertilization (IVF) was used by 41.9% of the women, and 16.3% of those women stated that they had experienced problems with these treatment methods. These problems included pain, bleeding, personal and family problems, financial distress, psychological problems and other medical problems. These problems mostly occurred when TCT used by women was ineffective (40.9%).

Almost all the women (98.9%) in the study had information about TCT and the main source of the information was friends and families (71.2%). Of the women, 92.9% used TCT, and of these women, 62.1% believed in the advantages and effectiveness of the methods. Among the women who used TCT, 41.5% stated that they rarely used these methods and 69.4% reported that they did not experience any changes in their feelings and emotions while 8.1% experienced side effects. The most common side effect was pain (5.0%). Among the women who used TCT, 82.3% did not disclose their TCT use to health professionals, 53.6% reported that they do not want to use TCT again and 59.3% reported that they would not recommend TCT to others (Table 2).

Table 2. Distribution of TCT-Related Characteristics and Experiences of Infertile Women

	n	%
Had an information about TCT (n=270)		
Yes	267	98.9
No	3	1.1
Source of the information (n=267)		
Not preferred to say	11	4.1
Friend/family	190	71.2
Media (internet, magazine, journal, television...)	48	18.0
Healthcare professionals	14	5.2
Companies on herbs and medical products	4	1.5
TCT use (n=267)		
Yes	248	91.9
No	22	8.1
Reasons for TCT use (n=248)		
Have not get a positive outcome from the current treatment	31	12.5
Feeling that no other alternatives is available	19	7.7
Believing their effectiveness	154	62.1
Other	44	17.7

TCT use frequency (n=248)		
One time	80	32.3
Regularly	65	26.2
Rarely	103	41.5
How do you feel after TCT use (n=248)		
Better both physically and psychologically	54	21.8
No change	172	69.4
Worse both physically and psychologically	22	8.8
Experience of side effects (n=248)		
Yes	20	8.1
No	228	91.9
Side effects experienced by women (n=20)		
Pain	9	45.0
Infection	1	5.0
Hormonal Imbalance	2	10.0
Bleeding	2	10.0
Itchiness/Irritation	2	10.0
Menstrual Irregularity	1	5.0
Nausea	1	5.0
Virilization	2	10.0
Disclosure to health professionals (n=248)		
Yes	44	17.7
No	204	82.3
Willingness to TCT use again (n=248)		
Yes	56	22.6
No	133	53.6
Maybe	59	23.8
Do you offer TCT to others? (n=248)		
Yes	101	40.7
No	147	59.3

The five most common TCTs known by women were: elevating the hip and legs after sexual intercourse (96.7%); consuming herbs/herbal products (86.7%); not having a viral cold; not lifting heavy objects and not beating carpets (84.1%), visiting preachers to have them say prayers and write amulets (81.9%); and bathing in thermal springs (64.4%). As for practices, the most common methods were elevating hip and legs after sexual intercourse (75.9%), not having a viral cold, not lifting heavy objects and not beating carpets (51.9%), consuming herbs/herbal products (39.6%), eating the meat that comes pilgrim's journey (28.9%) and having a midwife pull the waist of the woman (17.4%); all methods are presented in Table 3.

Table 3. Types of TCT Used by Infertile Women

Traditional and Complementary Treatment Methods (n=270)	Informed		Used	
	n	%	n	%
Visiting a preacher to get him/her to say prayers/write an amulet	221	81.9	42	15.6
The woman lies down with elevates her hip and legs after sexual intercourse	261	96.7	205	75.9

A midwife pulls, measures the waist of the woman (if midwife detects stiffness, infection, etc. in the pubic area, she puts healing herbs into the uterus or wraps the pubic area with a belt and lifts uterus up)	170	63.0	47	17.4
Inserting a cotton piece blended with herbs and species believed to be healing such as sugar, tar, vegetable oil, onion, etc. into the uterus.	111	41.1	18	6.7
Those who cannot have a baby go on pilgrimage and when they stop at Mount Arafat, they draw a baby on the soil of the mount and say prayers.	97	35.9	8	3.0
Consuming herbs/herbal products	234	86.7	107	39.6
Money that collected from forty pregnant women is given to a person who is going on pilgrimage.	97	35.9	13	4.8
Woman eats the meat, wheat or date brought from the Hejaz or pilgrimage.	156	57.8	78	28.9
The infertile woman sits on the placenta of a woman who has given birth until it cools down.	34	12.6	3	1.1
Bath in the hot springs.	174	64.4	33	12.2
The woman sits over a boiler where healing herbs are boiled.	154	57.0	41	15.2
The woman tries not to have a viral cold, does not lift heavy objects and does not beat carpets, etc.	227	84.1	140	51.9
Yoga, meditation, hypnosis etc.	96	35.6	9	3.3
Massage, cupping, reflexology and acupuncture etc.	102	37.8	16	5.9

TCT was utilized more frequently by women with a long mean treatment duration, and there was a significant difference between them and those who did not ($t=2.136$, $p=0.033$). There was no difference between TCT use and other variables ($p>0.05$) (Table 4).

Table 4. Distribution of Mean Duration of Treatment According to TCT Use

TCT use	n	The mean duration of professional treatment \pm SD	t	p
Yes	248	4.21 \pm 3.94	2.149	0.033
No	22	2.37 \pm 2.50		

DISCUSSION

Infertile women's knowledge and use of TCT's were investigated in this study. This study shows that many infertile Turkish women are using TCT in addition to those used in medical practice. Almost all the infertile women had information about TCT. The prevalence of TCT use varies by country. It was reported that TCT use prevalence was 49.6% in Iran, 44.7% in Jordan, 41.0% in Lebanon, 39.8% in Israel, 36.5% in Sierra-Leone, 30.6% in Denmark, and 29.5% in the USA (Ayaz and Yaman Efe, 2008; Boivin and Schmidt, 2009; Edirne, Arica, Gucuk, Yildizhan, Kulusari, Adali ve Can 2010; Günay, Cetinkaya, Nacar and Aydin, 2005; Kırca and Sis Çelik, 2016; Timur Taşhan and Aksoy Derya, 2013). In Turkey, the prevalence ranged from 9.3%-82.0% in the east, 27.3%-61.5% in the Central Anatolia and 51.0%-65.0% in the west (Dehghan, Mokhtarabadi and Heidari, 2018; Engin and Pasinlioğlu, 2002; Ghazeeri, Awwad, Alameddine, Younes and Naja 2012; James, Taidy-Leigh, Bah, Kanu, Kangbai and Sevalie, 2018; Özkan, Karaca and Sarak, 2018; Porat-Katz, Eldar-Geva, Kahane, Laufer, Younis, Radin and Paltiel, 2015; Smith, et al., 2010). The TCT use prevalence was higher in our study than reported in the literature. We attribute these differences to the differences in the characteristics of the participants as well as the period of time, locations and cultures that the studies included.

We found that the main source of information about TCT was family or friends. Other studies carried out in Turkey also show that the main source of this information was families, friends, and neighbors followed by mass media (Bardaweel, Shehadeh, Suaifan and Kilani, 2013; Ghazeeri et al., 2012; James et al., 2018; Özkan et al., 2018). Traditional information transfer is more common than a consultation with a health professional in Turkey. So, family, social environment, and mass media are the main sources of information. The results of this study support this phenomenon.

There are numerous TCT used by infertile women for conception. These therapies include the use of healing ailments and supplements; changes in sexual activity and dietary habits; and certain religious rituals. The present study reveals that the most common traditional methods used by infertile women are elevating the hip and legs after sexual intercourse; not having a viral cold, not lifting heavy and not beating carpet; and consuming herbs/herbal products.

We found that evidence based TCT such as yoga, meditation, hypnosis, reflexology, and acupuncture was known but used less than other methods. This finding could be related to the sources of the information which is not health professionals and not reliable. Evidence-based TCT, on the other hand, has recently become popular in the country. Types of TCT used by infertile women are different in Turkey from other parts of the world. TCT used by infertile women in other countries include herbal therapies (Ayaz and Yaman Efe, 2008), saying prayers (Boivin and Schmidt, 2009; Edirne et al., 2010), spiritual healing (Şimşek 2013), religious practices (Smith et al., 2010), sitting over steam, direct application of mixtures into vagina (Ghazeeri et al., 2012), using herbal mixtures and having a midwife pull the waist of the woman, consuming herbs/herbal mixtures (James et al., 2018; Şimşek, 2013), making a vow (James et al., 2018), onion and fig cures (Özkan et al., 2018). Based on these findings, it can be seen that there is no universal standard for infertile women in terms of TCT.

We found that infertile women who were using TCT rarely experienced side effects and the most common side effects were pain and infection. Ayaz and Efe (2010) reported that 15.2% of the women using TCT experienced side effects and the rates of women who experienced side effects were 15.0% and 4.2% by Şimşek (2013) and Özkan et al. (2018), respectively. Engin and Pasinlioğlu (2002) found vaginal discharge and bleeding were reported side effects. Boivin et al. (2009) reported that the rates of pregnancy and live birth were 30% lower among women who received infertility treatment and used TCT combined. Although the rate of experiencing side effects of TCT is low, such therapies/interventions have the potential to affect the treatment process negatively. To protect infertile women from these potential negative effects of TCT and orient these women to reliable source of information, women's disclosure is essential. For this disclosure, health professionals' attitudes toward TCT should not be negative.

In this study, 82.3% of the women do not disclose their TCT use to health professionals. Rayner, McLachlan, Forster and Cramer (2009) reported that most of the infertile women do not disclose their complementary and alternative medicine use to health professionals due to various reasons. Edirne et al. (2010) reported that 80.5% of infertile women do not disclose their complementary and alternative medicine use to their physician. Our results reflect the literature in this subject.

In the current study we found that there were statistically significant differences between treatment duration and TCT use. In the literature, it was reported that educational level, economic level, and duration of marriage are affecting the TCT use. It was also reported in the literature that the unsuccessful results from medical treatment and the increase in the side effects of medical treatment increase the TCT use (Ayaz and Yaman Efe, 2008; Günay et al., 2005). We thought that the different results in the literature are due to different sociodemographic profile of the participants.

There were some limitations in this study such as: the study was conducted in only one center and data were based on self-reported answers. The generalizability of the study is limited to the society that study conducted in because, the findings were including traditional practices and they were affected by culture.

CONCLUSIONS

TCT use among infertile women was found at high levels. The main source of the information was the family and friends. Most of the methods used by women have not been investigated. Most patients do not disclose their TCT use to health professionals. We recommend future research on the effectiveness of the above methods. Health professionals should ask couples seeking infertility treatment about their usage of TCTs and provide scientific support without bias. To provide disclosure of TCT, we also recommend future research to close the gap between health professionals and patients' attitudes toward TCT.

Author Contributions

Concept and design: A.T., S.E.G. Data collection: A.T. Data analysis and interpretation: A.T., S.E.G. Writing manuscript: A.T., S.E.G. Critical review: S.E.G.

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

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

REFERENCES

- Ayaz, S., Yaman Efe, S. (2008). Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postpartum. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(3), 282-288. Doi: 10.1080/13625180802049427.
- Bardaweel, S. K., Shehadeh, M., Suaifan, G. A., Kilani, M. V. Z. (2013). Complementary and alternative medicine utilization by a sample of infertile couples in Jordan for infertility treatment: clinics-based survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(1), 1-7. Doi: 10.1186/1472-6882-13-35.
- Boivin, J., Schmidt, L. (2009). Use of complementary and alternative medicines associated with a 30% lower ongoing pregnancy/live birth rate during 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 24(7), 1626-1631. Doi: 10.1093/humrep/dep077.
- Çakı, B., Sohbet, R. (2021). The examination of reproductive information and stress levels of fertile and infertile women. *Journal of Health Sciences of Adiyaman University*, 7(1), 103-112. Doi: 10.30569.adiyamansaglik.830193.
- Dehghan, M., Mokhtarabadi, S., Heidari, F. G. (2018). Complementary and alternative medicine usage and its determinant factors among Iranian infertile couples. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 15(2). Doi: 10.1515/jcim-2017-0138.
- Duman, N. B., Koçak, D. Y. (2016). İnfertilitenin cinsel sağlığa etkileri ve profesyonel hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing - Special Topics*, 2(1), 51-8.
- Edirne, T., Arica, S. G., Gucuk, S., Yildizhan, R., Kulusari, A., Adali, E., Can, M. (2010). Use of complementary and alternative medicines by a sample of Turkish women for infertility enhancement: a descriptive study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(1), 1-7. Doi: 10.1186/1472-6882-10-11.
- Engin, R., Pasinlioglu, T. (2002). The traditional beliefs and applications of infertile women regarding infertility in and around Erzurum. *Journal of Atatürk University School of Nursing*, 5(1), 1-10.
- Ghazeeri, G. S., Awwad, J. T., Alameddine, M., Younes, Z. M., Naja, F. (2012). Prevalence and determinants of complementary and alternative medicine use among infertile patients in Lebanon: a cross sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), 1-9. Doi: 10.1186/1472-6882-12-129
- Günay, O., Cetinkaya, F., Nacar, M., Aydin, T. (2005). Modern and traditional practices of Turkish infertile couples. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10(2), 105-110. Doi: 10.1080/13625180500034911.
- Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R. A., Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility - a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575-588. Doi: 10.1093/humupd/dmr015.
- Hacettepe University Institute of Population Studies. (2019). *2018 Turkey demographic and health survey*. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Presidency of Turkey Directorate of Strategy and Budget and TÜBİTAK, Ankara, Turkey.
- James, P. B., Taidey-Leigh, L., Bah, A. J., Kanu, J. S., Kangbai, J. B., Sevalie, S. (2018). Prevalence and Correlates of Herbal Medicine Use among Women Seeking Care for Infertility in Freetown, Sierra Leone. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, eCAM, 2018, 9493807. Doi: 10.1155/2018/9493807.
- Kırca, N., Sis Çelik, A. (2016, November). *Complementary and supportive care practices used by infertile women*. 1st International and 3rd National Congress on Complementary Therapies and Supportive Care Practices Congress Book, Antalya.
- Özkan, F. S., Karaca, A., Sarak, K. (2018). Complementary and alternative medicine used by infertile women in Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 22(2), 40-48. Doi: 10.29063/ajrh2018/v22i2.4
- Porat-Katz, A., Eldar-Geva, T., Kahane, A., Laufer, N., Younis, J. S., Radin, O., Paltiel, O. (2015). Use of complementary medical therapies by Israeli patients undergoing in vitro fertilization. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 129(2), 133-137. Doi: 10.1016/j.ijgo.2014.11.021.
- Pozza, A., Dettore, D., Coccia, M. E. (2019). Depression and anxiety in pathways of medically assisted reproduction: The role of infertility stress dimensions. *Clinical Practice and Epidemiology In Mental Health*, 15, 101. Doi: 10.2174/1745017901915010101
- Rayner, J. A., McLachlan, H. L., Forster, D. A., Cramer, R. (2009). Australian women's use of complementary and alternative medicines to enhance fertility: Exploring the experiences of women and practitioners. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9(52), 1-10. Doi: 10.1186/1472-6882-9-52
- Şen, E., Bulut, S., Şirin, A. (2014). To examine of dyadic adjustment on primary infertile women. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 22(1), 17-24.
- Sevindik, F., Açıık, Y., Gülbayrak, C., Akgün, D. (2007). Traditional methods which are known and applied in order to achieve voluntary abortion by married women living in Elazığ. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(5), 321-324.
- Şimşek, Ş. (2013). *Traditional methods known to conceive by women living in Melekli Town of Iğdır*. (Master Thesis). Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ankara.

- Smith, J. F., Eisenberg, M. L., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Shindel, A. W., Wing, H., ... Infertility Outcomes Program Project Group. (2010). The use of complementary and alternative fertility treatment in couples seeking fertility care: data from a prospective cohort in the United States. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2169-2174. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.02.054.
- Teskereci, G. (2010). *The effect of the lifestyle on life quality of couples receiving infertility treatment*. (Master Thesis). Akdeniz University Institute of Health Sciences, Antalya.
- Timur Taşhan, S., Aksoy Derya, Y. (2013). Traditional practices used by the infertile women to become pregnant and their effects on the quality of life. *International Journal of Nursing Practice*, 19(5), 516-522. Doi: 10.1111/ijn.12094.
- Topdemir Koçyiğit, O. (2012). Infertility and its sociocultural impact. *Journal of Human Science*, 1(1), 27-37.
- Vander Borgh, M., Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10. Doi: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012.
- World Health Organization [WHO] (2010). Mother or nothing: the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88 (12), 881 - 882. World Health Organization. Doi: 10.2471/BLT.10.011210.
- Yilmaz, T., Yazici, S., Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(4), 275-281. Doi: 10,1080/0167482X.2019.1708318.

Fatıma ÇANDAR¹
Orcid: 0000-0002-1928-1944

Ayten TAŞPINAR²
Orcid: 0000-0001-7918-2457

Ebelerin Perinatal Dönemde Gelişen Venöz Tromboemboliye İlişkin Bilgi Ve Görüşleri

Information and Opinions of Midwives About on Venous Thromboembolism Developing in the Perinatal Period

Gönderilme tarihi: 13 Şubat 2022

Kabul tarihi: 18 Ekim 2022

* Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans tezi (2021) kapsamında yapılan çalışmadır.

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, ebelerin perinatal dönemde gelişen venöz tromboemboliye ilişkin bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel olarak Aralık 2019-Aralık 2020 tarihleri arasında, Denizli il merkezinde kamuda çalışan 230 ebeinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri "kişisel bilgi formu" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Likelihood ratio, Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Ebelerin %64.8'inin lisans/yüksek lisans mezunu olduğu, %78.8'inin aile sağlığı merkezlerinde, %14.3'ünün doğumhanede çalıştığı saptanmıştır. Ebelerin %17.4'ünün venöz tromboemboli vakasıyla karşılaştığı, %86.5'inin venöz tromboemboli ile ilgili bir eğitim almadığı belirlenmiştir. Ebelerin venöz tromboemboliye ilişkin bilgi puan ortalaması 3.57±1.92 olup, %43'ünün bilgileri "orta düzeyde" saptanmıştır. Ebelerin venöz tromboemboliye ilişkin görüşlerinin; gebe ve lohusalara venöz tromboemboliye yönelik eğitim ve bilgilendirme yapılmasının (%43.4), risk tespiti için anamnez alınması ve fizik muayene yapılmasının (%29.5), gebelik ve doğum sonu dönemde izlemlerin düzenli ve dikkatli yapılmasının (%18.6) olduğu saptanmıştır. Ebelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin bilgi düzeylerini etkilemediği (p>0.05), daha önce venöz tromboemboli vakasıyla karşılaşan ve venöz tromboemboli hakkında bilgilerini yeterli bulanların venöz tromboemboli konusundaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu (p<0.05) saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmada ebelerin venöz tromboemboliye ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu bulunmuş olup venöz tromboemboliye karşı gebe ve lohusaları korumak ve venöz tromboemboliyi erken tanılamak için gebe ve lohusalara eğitim ve bilgilendirme yapılması, anamnez alınması ve fizik muayene yapılması, izlemlerin düzenli ve dikkatli yapılması şeklinde görüş bildirdikleri saptanmıştır.

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine the knowledge and opinions of midwives about venous thromboembolism developing in the perinatal period.

Methods: The research was carried out cross-sectional study between December 2019 and December 2020, with the participation of 230 public midwives in Denizli. Research data were collected with a "Personal Information Form". Descriptive statistics, Likelihood ratio, Pearson Chi-square test were used in the analysis of the data.

Results: It was determined that 64.8% of the midwives were undergraduate/master's graduates, 78.8% worked in family health centers and 14.3% worked in delivery rooms. It was determined that 17.4% of the midwives encountered cases of venous thromboembolism, and 86.5% did not receive any training on venous thromboembolism. The average knowledge score of midwives on venous thromboembolism. was 3.57±1.92, and the knowledge of 43% was found to be "moderate". Midwives' views on venous thromboembolism; Providing education and information about venous thromboembolism to pregnant and postpartum women (43.4%), taking anamnesis and physical examination for risk determination (29.5%), regular and careful follow-ups during pregnancy and postpartum (18.6%) was found to be. It was determined that the sociodemographic and professional characteristics of midwives did not affect their level of knowledge (p>0.05), and those who had experienced venous thromboembolism before and found their knowledge of venous thromboembolism sufficient had better knowledge about venous thromboembolism (p<0.05).

Conclusion: In this study, it was found that midwives had low level of knowledge about venous thromboembolism, and they expressed their opinion that to protect pregnant and postpartum women against venous thromboembolism, and to provide education and information to pregnant and puerperal women, to take anamnesis and physical examination, and to follow up regularly and carefully in order to diagnose venous thromboembolism early

¹ Denizli Tavas Devlet Hastanesi Denizli/Türkiye

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın /Türkiye.

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

FATİMA ÇANDAR
candarfatima@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Ebe; yüksek-riskli gebelik; venöz tromboembolizm.

Keywords:

Midwife; high-risk pregnancy; venous thromboembolism.

Kaynak Gösterimi: Çandar, F., Taşpınar, A. (2023). Ebelerin Perinatal Dönemde Gelişen Venöz Tromboemboliye İlişkin Bilgi Ve Görüşleri. *EGEHFD*, 39(1), 11-20. Doi:10.53490/egehemsire.1072787

How to cite: Çandar, F., Taşpınar, A. (2023). Information and Opinions of Midwives About on Venous Thromboembolism Developing in the Perinatal Period. *JEUNF*, 39(1), 11-20 Doi:10.53490/egehemsire.1072787

GİRİŞ

Venöz tromboembolizm (VTE), ülkemizde dahil olmak üzere dünya genelinde gebelik ve peripuerperal dönemde meydana gelen anne ölümlerinin yaklaşık %10'undan sorumludur (Akarsu ve Oskay, 2015). Gebelerde, aynı yaş grubunda gebe olmayan kadınlara göre, VTE gelişme olasılığı 5-6 kat daha yüksektir. Venöz tromboembolinin gebelik ve peripartum dönemdeki yüksek prevalansı ve ölüm de dahil olmak üzere çok ciddi sonuçlara yol açabilme potansiyeli nedeniyle, antenatal dönemde VTE'nin tanı ve profilaksisi büyük önem arz etmektedir. Dolayısıyla VTE riskinin önlenmesi ve tanındığı zaman yönetiminin hızlıca yapılabilmesi çok değerlidir (Akarsu ve Oskay, 2015; Kalyoncuoğlu ve Can, 2015; Kır, 2019; *Thromboembolism in Pregnancy*, 2011).

Gebelikte fizyolojik ve anatomik değişiklikler sonucu ortaya çıkan VTE, maternal mortalite ve morbidite riskini artıran önlenebilir bir durumdur. Gebe olmayan kadınlara göre, VTE riski antepartum dönem için 7-10 kat artarken, doğum sonrası bu risk yaklaşık 15-40 kat artmaktadır (Özsu ve Uzun, 2015; Tsikouras, von Tempelhoff ve Rath, 2017). Gebelikte meydana gelen tromboembolik olayların %80'ini derin ven trombozu (DVT), %20'sini pulmoner emboli (PE) oluşturmaktadır. Derin ven trombozu vakalarının üçte ikisi gebelik sırasında ortaya çıkmaktadır ve gebelik boyunca üç trimesterde de risk bulunmaktadır. Pulmoner emboli vakalarının ise %43-60'ı postpartum dönemde görülmektedir (Evangelista, Slompo ve Timi, 2018).

Postpartum dönemde VTE'nin fizyopatolojisi doğum şekli ve postpartum immobilizasyondan sonra pelvik damarlarda meydana gelen vasküler hasarı içerir. Özellikle sezaryenle doğum sonrası pelvik venlerde distansiyon ve venlerin travmatize olması nedeniyle sezaryen doğumlarda vajinal doğumlara oranla tromboz gelişme riski 2-4 kat fazladır (*Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi*, 2014).

Batı dünyasında maternal mortalite ve morbiditenin başlıca nedeni olan VTE her 1000 gebeliğin 3'ünde görülmektedir. Buna ek olarak Birleşik Devletler'de anne ölümlerinin %10'unu oluşturan PE, gebeliğin en ciddi komplikasyonlarından biri olarak kabul edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise %1.4'lük VTE insidansının %1.1'ini DVT, %0.3'ünü PE oluşturmaktadır (Evangelista, Slompo ve Timi, 2018). Fransa'da VTE nedeniyle 2010-2012 yılları arasında anne ölümünün araştırıldığı bir çalışmada anne ölümlerinin 7'si gebelik sırasında, 13'ü doğum sonrası dönemde ve 4'ü küretaj sonrası olmak üzere toplam 24 anne ölümünün PE ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Rossignol, Morau ve Dreyfus, 2017). İngiltere'de ise bir milyon kadının incelendiği bir çalışmada üçüncü trimesterde VTE geçirme riski gebe olmayan kadınlara göre yaklaşık 6 kat, postpartum ilk altı haftalık sürece ise yaklaşık 22 kat arttığı sonucuna varılmıştır (Sultan ve diğerleri, 2012).

Türkiye'de 2013 yılında PE'ye bağlı maternal mortalitenin araştırılmış olduğu retrospektif bir çalışmada 224 anne ölümü saptanmış ve maternal mortalite oranı 15.9/100.000 olarak bulunmuştur. Bu vakaların 17 tanesinin ölümünün PE olduğu ve PE'ye bağlı ölümlerin tüm maternal mortalitenin %7.58'den sorumlu olduğu sonucuna varılmıştır (Sanisoğlu ve diğerleri, 2017).

Hayatı tehdit eden klinik bir problem olan VTE tedavisinde koruyucu etkisi kanıtlanmış olmasına rağmen tromboprofilaksi dünyada ve ülkemizde göz ardı edilmektedir (Arseven ve diğerleri, 2015). Genellikle asemptomatik olarak karşımıza çıkan DVT ve komplikasyonlarının önlenmesinde erken tanı ve tedavilerin sağlanması sürecinde ebeler önemli sorumluluklar üstlenmelidir. Öncelikle birinci basamakta ebeler bakım kalitesinin artırılması için ebelerin, tromboembolinin patogenezi ve nedenlerini kavrayabilmelerinin yanı sıra güncel bilgi ve girişimleri uygulamaya aktarabilmeleri önem taşımaktadır (Serin, Ateş ve Kocaturk, 2020).

Mevcut sağlık sorunlarının büyük bir kısmı, sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin paralelinde sağlık hizmetlerinin de artırılması ile önlenebilir. Sağlık çalışanları için yapılan hizmet içi eğitimlerin daha etkin bir şekilde uygulanabilmesi için hastane yöneticileri tarafından eksikliğin hangi alanda olduğunun belirlenmesi önem kazanmaktadır. Ülkemizde gebe izlemlerinde primer görevli sağlık profesyoneli olan ebelerin VTE ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması konusunda yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamış olması ve ebelerin bu konuda bilgi ve görüşlerinin saptanmasının kadın sağlığı açısından önemli olabileceğinden bu çalışma planlanmıştır.

Araştırmanın amacı, ebelerin perinatal dönemde gelişen tromboemboliye ilişkin bilgi ve görüşlerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Ebelerin perinatal dönemde gelişen venöz tromboemboliye ilişkin bilgileri nasıldır?
- Ebelerin perinatal dönemde gelişen venöz tromboemboliye ilişkin görüşleri nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel olarak tasarlanmış ve Aralık 2019-Aralık 2020 tarihleri arasında Denizli ilinde bulunan bir devlet hastanesi ve Denizli ilinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan ebeler üzerinde yürütülmüştür.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Denizli ilinde bulunan bir devlet hastanesinde çalışan ebeler ve Denizli ilinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde (126 ASM) çalışan toplam 510 ebe oluşturmuştur (N=510). Araştırmaya alınacak en az örneklem sayısı, evreni bilinen örneklem yöntemi ($n=Nt^2pq/d^2(N-1)+t^2(pq)$) (Karataş, 2002) ile hesaplanmış olup (%95 güven aralığı) örneklem sayısı 220 bulunmuştur. Araştırma 230 ebe ile tamamlanmıştır (n=230).

Veri Toplama

Veriler, mesai saatleri içerisinde araştırmacı tarafından kurumlara gidilerek toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak ebeler ile tanışılmış araştırmacının amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebelere Kişisel Bilgi Formu verilmiş ve kendilerinin doldurmaları sağlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu ile toplanmıştır. Bu form araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup (Akarsu ve Oskay, 2015; Çağlayan ve Üstün, 2015; Özsu ve Uzun, 2015; Phillippe, 2017; *Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi*, 2014; Serin, Ateş ve Kocatürk, 2020), ebelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren iki, meslek hayatı ile ilgili özelliklerini içeren beş ve VTE vakasıyla karşılaşma durumlarına ve bilgi düzeylerine ilişkin altı ve VTE'den korunmaya ilişkin görüşlerini içeren bir soru olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Literatürde ebelerin, VTE ile ilgili yapılan çalışmalarda saptanan 33 ayrı risk faktörü, 11 belirti-bulgu ve 14 tane koruyucu girişimler liste halinde hazırlanmış (*Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi*, 2014) ve ebelerin bu konulara yönelik bilgileri için “evet”, “hayır” ve “fikrim yok/bilmiyorum” şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Ebelerin gebe/lohusalarda VTE'in önlenmesine yönelik görüşleri ise açık uçlu soru ile sorulmuş ve verilen cevaplar benzerliklerine göre gruplandırılmıştır.

Ebelerin VTE konusundaki bilgi düzeyleri 10 cm uzunluğunda ve her rakamsal değer aralığı 1 cm olan sayısal ölçek ile (0- hiç bilgin yok, 10-Çok iyi düzeyde bilgin var) değerlendirilmiş olup daha sonra elde edilen puanlar 0: Hiç bilgin yok, 1-3: biraz, 4-6: orta düzeyde, 7-9: iyi düzeyde ve 10:çok iyi düzeyde olacak şekilde gruplandırılmıştır.

Veri toplama formu için 10 öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınmıştır. Önerilen değişiklikler yapıldıktan sonra veri toplama formunun anlaşılabilirliğini tespit etmek amacıyla aile sağlığı merkezlerinde çalışan 10 ebe ile ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşme yapılan ebeler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu form, ebelerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Anket formunun doldurulma süresi ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Science (SPSS) 22 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma ile gösterilmiştir. Verilerin analizinde Likelihood ratio ve Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede verilerin anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için etik kurul (27.11.2019 tarih ve 02 karar numaralı) onayı alınmış olup, araştırmanın Denizli ilinde yapılabilmesi için Denizli İli Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen ebeler araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan ebelerin yaş ortalaması 38.77 ± 7.55 yıl olup %64.8'i lisans/yüksek lisans mezunudur. Ebelerin meslekte çalışma yılları ortalama 16.81 ± 8.9 yıl, şuan görev yaptıkları birimlerdeki çalışma süreleri ortalama 82.53 ± 69.6 aydır. Ebelerin %78.7'sinin şuan ASM'de çalıştığı, %68.3'ünün daha önce başka bir birimde çalıştığı, başka birimde çalışanların %33.6'sının en fazla cerrahi servislerde (acil servis, ortopedi, beyin cerrahisi, genel cerrahi, kalp-damar cerrahisi, ameliyathane) çalıştıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Ebelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=230)

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
34 ve altı	70	30.4
35-44	110	47.8
45 ve üzeri	50	21.8
Yaş ortalaması \pm SS*	38.77 ± 7.55	(Min-Max:21-56)
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi mezunu	21	9.1
Ön lisans mezunu	60	26.1
Lisans/yüksek lisans mezunu	149	64.8

Çalışma süresi (yıl)		
1-10	67	29.1
11-20	72	31.3
21-37	91	39.6
Çalışma süresi ortalaması ±SS* (yıl)	16.81±8.9	(Min-Max:1-37)
Çalışılan birim		
KDS**	16	7.0
Doğumhane	33	14.3
ASM***	181	78.7
Şuan görev yapılan birimde çalışma süresi (ay)		
1-24	65	28.3
25-120	111	48.3
121-360	54	23.4
Şuan görev yapılan birimde çalışma süresi ortalaması±SS* (ay)	82.53±69.6	(Min-Max:1-360)
Daha önce başka birimde çalışma durumu		
Evet	157	68.3
Hayır	73	31.7
Daha önce çalışılan birim (n=193)****		
Cerrahi servisler (acil servis, ortopedi, beyin cerrahisi, genel cerrahi, kalp-damar cerrahisi, ameliyathane)	65	33.6
Dahili servisler (dahiliye, palyatif, FTR****, onkoloji, çocuk servisi, diyaliz, endoskopi, bulaşıcı hastalıklar, göğüs hastalıkları, hematoloji, sağlık müdürlüğü)	33	17.0
ASM, TSM****, sağlık evi/sağlık ocağı	61	31.7
KDS, doğumhane	34	17.7

*Standart Sapma ** Kadın Doğum Servisi, ***Aile Sağlığı Merkezi ****Birden fazla yanıt verilmiştir, ***** Fizik Tedavi Rehabilitasyon, *****Toplum Sağlığı Merkezi

Ebelerin %17.4'ü daha önce VTE vakasıyla, %13.9'u bakım verdikleri gebe ve lohusalarda VTE ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Ebelerin %13.5'inin VTE ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır. Ebelerin VTE ile ilgili bilgi düzeyleri 0-10 puan arasında değerlendirilmiş olup %6.5'inin VTE ile ilgili hiç bilgisinin olmadığı, %43'ünün orta düzeyde, %7.9'unun ise iyi düzeyde bilgisi olduğu bulunmuştur. Ebelerin VTE bilgi puan ortalamaları 3.57±1.92'dir (Tablo 2).

Tablo 2. Ebelerin Daha Önce Venöz Tromboemboli Vakası ile Karşılaşma ve Venöz Tromboemboliye İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=230)

Özellikler	n	%
Daha önce VTE** vakasıyla karşılaşma durumları		
Evet	40	17.4
Hayır	153	66.5
Hatırlamıyorum	37	16.1
Bakım verilen gebe ve lohusalarda VTE ile karşılaşılma durumları		
Evet	32	13.9
Hayır	158	68.7
Hatırlamıyorum	40	17.4
VTE ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumları		

Evet	31	13.5
Hayır	199	86.5
VTE ilişkin eğitim almak isteği		
Evet	174	75.7
Hayır	56	24.3
Ebelerin VTE yönelik koruyucu girişimler konusunda bilgilerinin yeterli bulma durumları		
Evet	41	17.8
Hayır	189	82.2
Ebelerin VTE ile ilgili bilgi düzeyleri		
Hiç bilgin yok (0)	15	6.5
Biraz (1-3 Arası)	98	42.6
Orta düzeyde (4-6 Arası)	99	43.0
İyi (7-9 Arası)	18	7.9
Çok İyi (10)	0	0
Ebelerin VTE bilgi puan ortalaması±SS*	3,57±1,92	(Min-Max:0-9)

* Standart Sapma , **Venöz Tromboemboli

Ebeler tarafından yüksek oranda bilinen risk faktörleri sırasıyla; geçirilmiş venöz tromboembolizm (%90.9), büyük variköz venler (%90), obezite (BKİ>30kg/m) (%88.7), sigara-alkol kullanımı (%83), sezaryen (%83), cerrahi girişimler (%81.3), yaş>35 (%79.6), kalp-akciğer hastalıkları (%79.1), uzun mesafeli seyahatler (>4 saat) (%75.7), parapleji (%75.7) immobilite (%77.4) ve uzamış eylem (%70.4) iken en az oranda bilinen risk faktörleri sırasıyla; hiperemesis (%13), gebelikte idrar yolu enfeksiyonu (%13)'dur (Tablo 3).

Tablo 3. Ebelerin Venöz Tromboembolinin Risk Faktörlerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımları (n=230)

Venöz Tromboembolinin Risk Faktörleri	Evet	Hayır	Fikrim yok/ Bilmiyorum
	n(%)	n(%)	n(%)
Yaş >35	183(79.6)	23(10.0)	24(10.4)
Obezite (BKİ >30kg/m)	204(88.7)	12(5.2)	14(6.1)
Multiparite (>3)	154(67.0)	24(10.4)	52(22.6)
Geçirilmiş tromboembolizm	209(90.9)	4(1.7)	17(7.4)
Trombofili	161(70.0)	12(5.2)	57(24.8)
Büyük variköz venler	207(90.0)	7(3.0)	16(7.0)
Parapleji	174(75.7)	22(9.6)	34(14.8)
Sigara-alkol kullanımı	191(83.0)	15(6.5)	24(10.4)
Orak hücreli anemi	61(26.5)	42(18.3)	127(55.2)
İnflamatuvar barsak hastalığı	38(16.5)	60(26.1)	132(57.4)
Nefrotik sendrom	73(31.7)	43(18.7)	114(49.6)
Kalp-akciğer hastalıkları	182(79.1)	10(4.3)	38(16.5)
Sistemik lupus	59(25.7)	33(14.3)	138(60.0)
Kanser	81(35.2)	31(13.5)	118(51.3)
İntravenöz ilaç kullanımını gerektiren durumlar	155(67.4)	30(13.0)	45(19.6)
Oral kontraseptif kullanımı	148(64.3)	33(14.3)	49(21.3)
Çoğul gebelik	156(67.8)	29(12.6)	45(19.6)
Yardımcı üreme teknikleri	81(35.2)	49(21.3)	100(43.5)

Pre-eklempsi	148(64.3)	27(11.7)	55(23.9)
Sezaryen	191(83.0)	15(6.5)	24(10.4)
Uzamış eylem	162(70.4)	24(10.4)	44(19.1)
Müdahaleli doğum	158(68.7)	26(11.3)	46(20.0)
Ölü doğum	108(47.0)	45(19.6)	77(33.5)
Postpartum kanama (>1lt)	136(59.1)	34(14.8)	60(26.1)
Hiperemezis	30(13.0)	108(47.0)	92(40.0)
OHSS (ovarian hiperstimülasyon sendromu)	52(22.6)	38(16.5)	140(60.5)
Dehidratasyon	71(30.9)	68(29.6)	91(39.6)
Uzun mesafeli seyahatler (>4saat)	174(75.7)	40(17.4)	16(7.0)
Cerrahi girişimler	187(81.3)	24(10.4)	19(8.3)
Sistemik enfeksiyonlar	106(46.1)	60(26.1)	64(27.8)
Postpartum yara enfeksiyonu	101(43.9)	62(27.0)	67(29.1)
İmmobilite (hareketsizlik, >3 gün yatak istirahati)	178(77.4)	36(15.7)	16(7.0)
Gebelikte idrar yolu enfeksiyonu	30(13.0)	127(55.2)	73(31.7)

Ebelerin %97'si bacakta oluşan renk değişikliğinin, %92.6'sı bacakta hassasiyet ve ağrının, %87'si bacakta ödemin, %84.8'i bacakta ısı artışının VTE'nin bulgularından olduğunu yüksek oranlarda bildikleri saptanmıştır. Diğer bulgulardan hipotansiyon (%43) ve hemoptizi (%27.4) düşük oranlarda bilinen bulgular olarak saptanmıştır. Ebelerin %98.7'si koruyucu girişim olarak fizik muayenesinin yapılması gerektiğini, %97.8'i VTE hakkında gebe/lohusa bilgilendirme, yapılan uygulamaların önemini açıklama ve artmış olan varislerde doktor kontrolünün gerektiğini, yine %97'si kapsamlı bir gebelik öyküsünün alınması gerektiğini bildirmişlerdir. Daha sonra sırasıyla gebelikte ve postpartum dönemde her iki alt ekstremitede homans kontrolünün yapılması (%95.7), doğum sonu erken mobilizasyonun sağlanması (%90), gebelik ve postpartum dönemde aktivite-egzersiz-dinlenme programlarının planlanması (%89.1), sigara, alkol, kafein ve gazlı içecekler yerine bol su tüketiminin önerilmesi (%87.4) ebeler tarafından koruyucu girişim olarak kabul edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Ebelerin Venöz Tromboembolinin Bulguları ve Koruyucu Girişim Bilgilerinin Dağılımları (n=230)

Venöz Tromboembolinin Bulguları	Evet	Hayır	Fikrim yok/ Bilmiyorum
	n(%)	n(%)	n(%)
Bacakta ödem	200(87.0)	13(5.6)	17(7.4)
Bacakta hassasiyet, ağrı	213(92.6)	3(1.3)	14(6.1)
Bacakta renk değişikliği (solukluk, siyanoz)	223(97.0)	1(0.4)	6(2.6)
Bacakta ısı artışı	195(84.8)	11(4.8)	24(10.4)
Dispne	133(57.8)	40(17.4)	57(24.8)
Taşikardi	128(55.7)	41(17.8)	61(26.5)
Hipotansiyon	99(43.0)	49(21.3)	82(35.7)
Derin solunum ve öksürme	120(52.2)	36(15.7)	74(32.2)
Göğüste rahatsızlık hissi	139(60.4)	30(13.0)	61(26.5)
Hemoptizi	63(27.4)	57(24.8)	110(47.8)
Kardiyak arrest	138(60.0)	21(9.1)	71(30.9)
Koruyucu Girişimler			
Kapsamlı bir gebe öyküsü alınmalı (yaş, multiparite>3, trombofili öyküsü, kardiyovasküler hastalık öyküsü, hiperkoagülasyon bozuklukları, inflamatuvar barsak hastalıkları, gebelik/postpartum hormon tedavisi vb.)	223(97.0)	0(0)	7(3.0)

Fizik muayenesi yapılmalı (BKİ>30, variköz venlerin varlığı, dolaşım bozuklukları vb.)	227(98.7)	0(0)	3(1.3)
Laboratuar testleri yapılmalı (Trombositoz, D-dimer testi)	197(85.7)	5(2.2)	28(12.2)
Gebelikte ve postpartum dönemde her iki alt ekstremitede ödem, ağrı, hassasiyet kontrolü (humans) yapılmalı	220(95.7)	1(0.4)	9(3.9)
Gebelik ve postpartum dönemde aktivite-egzersiz-dinlenme programları planlanmalı	205(89.1)	6(2.6)	19(8.3)
Dinlenme süresi içerisinde alt ekstremitede elevasyon egzersizleri gösterilerek uygulaması sağlanmalı	191(83.0)	7(3.0)	32(13.9)
Gebelikte derin solunum, öksürme egzersizleri öğretilmeli	153(66.5)	18(7.8)	59(25.7)
Sigara, alkol, kafein ve gazlı içecekler yerine bol su tüketimi önerilmeli	201(87.4)	14(6.1)	15(6.5)
BKİ>30 olan gebeler için beslenme programları	193(83.9)	10(4.3)	27(11.7)
Doğum sonu erken mobilizasyon sağlanmalı	207(90.0)	3(1.3)	20(8.7)
Antiembolik çorap kullanımı önerilmeli	184(80.0)	6(2.6)	40(17.4)
Doktor kontrolünde antikoagülan tedavi kullanımı sağlanmalı (DVT'si olan veya geçirilmiş DVT öyküsü olan gebeler)	193(83.9)	2(0.9)	35(15.2)
Venöz tromboemboliye yönelik gebe ve lohusa bilgilendirilmeli, her uygulamanın önemi açıklanmalı	225(97.8)	1(0.4)	4(1.7)
Gebelikte artmış olan varisleri için doktor kontrolünün gerekliliği anlatılmalı	225(97.8)	1(0.4)	4(1.7)

Ebelerin gebe ve lohusaları VTE'den korumaya ilişkin görüşleri açık uçlu soru ile sorulmuş ve verilen cevaplar benzerliklerine göre gruplandırılmıştır. Ebelerin %43.4'ü gebe ve lohusalar için eğitim ve bilgilendirme yapılması gerektiğini, %29.5'i risk tespiti için anamnez alınması ve fizik muayene yapılması gerekliliğini, %18.6'sı gebelik ve doğum sonu dönemde yapılacak olan izlemlerin düzenli ve dikkatli yapılması gerektiğini ve yine ebelerin %8.2'si riskli durum tespit edildiği anda ileri bir kuruma sevk edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Venöz tromboemboli konusunda "biraz/orta" düzeyde bilgilerinin olduğunu ifade eden ebeler en yüksek oranda, 34 yaş ve altı grubunda (%88.6), lisans/yüksek lisans mezunlarında (%87.9) ve çalışma yılı 1-10 yılları arasında olanlarda (%91) saptanmış olmasına rağmen bu değişkenlerin ebelerin VTE ile ilgili bilgi düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Kadın doğum servisinde çalışan ebelerin tamamının, doğumhanede çalışanların %69.7'sinin ve ASM'de çalışanların %87.3'ünün VTE ile ilgili bilgi düzeylerinin "biraz/orta" düzeyde olduğu saptanmıştır. Daha önce VTE vakasıyla karşılaşmış olan ebelerin %82.5'inin, karşılaşmayanların %87.6'sının, hatırlamayanların ise %81.1'inin bilgi düzeyleri "biraz/orta düzeyde" bulunmuş olup ebelerin daha önce VTE vakası ile karşılaşma durumlarının VTE ile ilgili bilgi düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur ($p=0.005$). Venöz tromboemboliye yönelik koruyucu girişimler konusunda bilgilerini yeterli bulan ebelerin %26.8'inin, bilgilerini yeterli bulmayanların %3.7'sinin ise bilgi düzeylerinin iyi/çok iyi" olduğu saptanmış olup bu fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 5).

Tablo 5. Ebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Venöz Tromboemboli ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=230)

Özellikler	Bilgi Düzeyleri			İstatistiksel Analiz	
	Hiç yok (n=15)	Biraz/orta (n=197)	İyi/Çok iyi (n=18)	X ²	P
	n(%)	n(%)	n(%)		
Yaş (yıl)					
34 ve altı	4(5.7)	62(88.6)	4(5.7)	1.006	0.906*
35-44	8(7.3)	93(84.5)	9(8.2)		
45 ve üzeri	3(6.0)	42(84.0)	5(10.0)		
Eğitim durumu					
Sağlık meslek lisesi mezunu	3(14.3)	17(81.0)	1(4.8)	0.909	0.480*
Ön lisans mezunu	5(8.3)	49(81.7)	6(10.0)		

bulguları olan göğüste rahatsızlık hissi, dispne ve taşikardi ebelerin yarısından biraz fazlası tarafından, hipotansiyon ise %43'ü tarafından bir bulgu olarak tanınmıştır. Venöz tromboemboli iki klinik durum olarak karşımıza çıkabilir. Bunlardan birincisi ve çok daha sık görüleni DVT iken, ikincisi ve daha nadir görüleni de PE'dir. Ebelerin günlük çalışmalarında VTE'nin iki klinik durumundan DVT ile karşılaşma ihtimali, PE ile karşılaşma ihtimalinden çok daha fazladır. Ayrıca DVT muayene ve klinik şüphe üzerine çekilecek bir venöz doppler ultrasonografi ile kolaylıkla saptanabilecek ve tedavisi gebenin ev ortamında yapılabilecekken, PE tanısı için daha spesifik testler ve görüntüleme yöntemleri gerekmektedir. Ayrıca PE tedavisi mutlaka hastane ortamında yapılmalıdır. Dolayısıyla bir ebeğin, PE nedeni ile tedavi altına alınmış bir gebe ile karşılaşma olasılığı da çok daha düşüktür. Bu nedenle ebelerin PE'den daha çok DVT'nin bulguları ile ilgili bilgi sahibi olmalarının doğal olduğu düşüncesindeyiz.

Ebelere VTE'nin önlenmesine yönelik mevcut koruyucu girişimler sorulmuş, ebelerin de "evet koruyucu bir yöntemdir", "hayır koruyucu bir yöntem değildir" ya da "fikrim yok/bilmiyorum" şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Ebelerin büyük çoğunluğunun VTE'nin önlenmesine yönelik koruyucu girişimler konusundaki bilgilerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yine burada da koruyucu girişimlerin veri toplama formunda sıralanmış olmasının doğru cevap sayısının yüksek olmasında katkısı olabileceği kanaatindeyiz. Çin genelinde Ocak 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında gebelikte ve doğum sonu dönemde DVT ve PE gelişen 100 vakanın araştırıldığı bir çalışma sonucunda, yüksek riskli değerlendirilen antenatal dönemdeki kadınlarda antikoagülan tedavinin eksikliği ve PE gelişen vakalarda erken mobilizasyonun eksikliği saptanmıştır. Bunun sonucunda ise VTE'den korunmak için gerekli stratejilerin uygulanabilmesinde sağlık sistemleri içerisinde sağlık çalışanlarının çabasına daha fazla ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Zhao, Zhou ve Li, 2019). Buna karşılık ülkemizde antikoagülan tedavi doktor reçetesine göre uygulanmakta olup bizim çalışmamızda ise erken mobilizasyonun önemi ebelerin büyük çoğunluğu tarafından bilinmekte ve genel olarak koruyucu girişimler konusunda ebelerin bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır.

Ebelere gebe/lohusalarda gelişme riski olan VTE'nin önlenmesine yönelik görüşleri açık uçlu soru ile sorulmuştur. Verilen cevaplar benzerliklerine göre gruplandırılmış ve VTE'ye karşı korumak ve VTE'yi erken tanılamak için ilk sırada gebe ve lohusalara eğitim ve bilgilendirme yapılması daha sonra sırasıyla anamnez alınması ve fizik muayene yapılması, izlemlerin düzenli ve dikkatli yapılması şeklinde görüş bildirdikleri saptanmıştır. Gebe ve lohusa izlemlerinden sorumlu ebelerinin VTE'nin önlenmesine yönelik bakım ve hizmetleri kapsayan bu görüşleri bildirmeleri koruyucu girişimler konusunda bilgi düzeylerinin iyi olduğunu göstermekte ancak ebelerin veri toplama formunda VTE'ye karşı koruyucu girişim bilgilerinin verilmiş ve "evet", "hayır" ya da "fikrim yok/bilmiyorum" şeklinde cevaplamalarının istenmiş olması ebelerin koruyucu girişim bilgilerini doğru tanıma oranlarını arttırmış olabileceği gibi gebe/lohusalarda gelişme riski olan VTE'nin önlenmesine yönelik görüşlerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Genç yaş (21-34 yaş) grubunda olanların, lisans/yüksek lisans mezunlarının, meslekte ilk 10 yılının içinde olanların büyük çoğunluğunun, kadın doğum servisinde çalışanların ise tamamının VTE ile ilgili bilgi düzeylerini biraz/orta düzeyde değerlendirdikleri bulunmuş olmasına rağmen, ebelerin bu tanımlayıcı özelliklerinin VTE ile ilgili bilgi düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Ebelerin büyük çoğunluğunun VTE ile ilgili bilgi düzeylerini biraz/orta düzeyde değerlendirmeleri tromboemboli konusunda büyük bir eksiklik olduğunu düşündürmektedir. Lisans/yüksek lisans mezunu olup genç yaşta ve meslek hayatının ilk yıllarında olan ebelerden bilgi düzeylerini iyi/çok iyi düzeyde değerlendirenlerin oranlarının çok düşük olması nedeniyle ebelerin lisans eğitiminde VTE konularına daha fazla yer verilmesi gerektiği, var olanlarında tekrar gözden geçirilmesinin gerekliliği düşünülmektedir.

Ebelerin çok azının (%17.4) daha önce VTE vakasıyla karşılaştıkları saptanmış olup VTE vakasıyla karşılaşan ebelerin VTE'ye ilişkin bilgi düzeylerini iyi/çok iyi bulma oranlarının hiç karşılaşmayan yada karşılaştığını hatırlamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ebelerin hem gebe ve lohusa takibinde hem de çalıştıkları diğer klinik alanlarda VTE ile karşılaşma olasılıkları yüksektir. Yine ebelerin çok azının (%17.8) VTE yönelik koruyucu girişimler konusunda bilgilerini yeterli bulduğu, bilgi düzeylerini iyi/çok iyi düzeyde bulanların oranları yeterli bulunmayanlara göre istatistiksel düzeyde yüksek bulunmuştur. Gebelikte VTE sıklığı %0.05-1.8 sıklığında ve postpartum döneminde de bunun yaklaşık altı katı sıklığında görüldüğünden (Çağlayan ve Üstün, 2015) ebelerin mesleki yaşantıları boyunca kendisi/yakın çevresi ve hastalarında VTE vakası ile karşılaşacağı açıktır. Ebelerin VTE konusunda bilgi ve farkındalıklarının artırılması için hizmet içi eğitim programlarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Sınırlılıklar

Araştırmaya katılan ebelerin sadece gönüllülerden seçilmesi ve soruları kendi bildirimlerine göre cevaplandırılmaları ayrıca VTE'nin risk faktörlerinin, belirti-bulgularının ve koruyucu girişimlerinin liste halinde verilmesi ve ebelerden "evet", "hayır" ya da "fikrim yok/bilmiyorum" şeklinde cevaplamalarının istenmiş olması ebelerin bu konularda doğru bilme oranlarını arttırmış olabileceği çalışmanın sınırlılığıdır.

SONUÇ

Bu çalışmada ebelerin VTE'ye neden olabilecek risk faktörleri, belirti-bulguları ve koruyucu girişimlerine yönelik genel bilgi düzeylerinin düşük olduğu, özellikle sık karşılaşılan risk faktörlerinin bile ebeler tarafından daha az bilindiği saptanmıştır. Diğer risk faktörlerinin ise çok düşük oranlarda bilinmesi ebelerin VTE ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca sadece gebe/lohusada var olan gözle görülür belirti bulgularının varlığının VTE ile ilgili bir görüş oluşturduğu, ebelerin kendilerinin tespit edebileceği risk faktörleri konusunda (çoğul gebelik, ölü doğum gibi) bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Yine meslekte deneyimli olan ya da genç yeni mezun olan ebelerin VTE ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Ebelerin, VTE'ye karşı gebe ve lohusaları korumak ve VTE'yi erken tanılamak için gebe ve lohusalara eğitim ve bilgilendirme yapılması, anamnez alınması ve fizik muayene yapılması, izlemlerin düzenli ve dikkatli yapılması şeklinde görüş bildirdikleri saptanmıştır.

Ebelerin VTE'den korunma, erken tanı, tedavi ve bakımdaki rol ve sorumluluklarının bilincinde olmalarını sağlayacak bilgilerin yenilenmesi ve güncel tutulması için mevcut olan kılavuzlar ve güncel yayınlar ışığında sistematik olarak kapsamlı hizmet içi eğitimlere önem verilmesi, ebelik lisans eğitiminde VTE konularına daha fazla yer verilmesi, var olanlarında yapılan araştırma sonucunda ebelerin VTE ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna bakılarak tekrar gözden geçirilmesi önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: F.Ç. Veri toplama: F.Ç. Veri analizi ve yorumlama: F.Ç., A.T. Makale yazımı: F.Ç. Eleştirel inceleme: A.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Akarsu, R.H., Oskay, Ü. (2015). Gebelikte venöz tromboemboli ve hemşirelik bakımı. *Medeniyet Medical Journal*, 30(2), 89-95.
- Arseven, O., Ekim, N., Müsellim, B., Oğuzülgen, İ. K., Okumuş, N. G., Öngen, G. (2015). Türk Toraks Derneği Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşım Raporu. İstanbul: Ada Ofset Mat. <https://toraks.org.tr/site/community/library/1875> adresinden erişildi.
- Çağlayan, E.K., Üstün, Y.E. (2015). Gebelik ve venöz tromboembolizm. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(1), 48-51.
- Evangelista, M. S., Slompo, K., Timi, J. R. R. (2018). Venous thromboembolism and route of delivery-review of the literature. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40(3), 156-162. doi: 10.1055/s-0037-1621742.
- Kalyoncuoğlu, M., Can, M.M. (2015). Gebelik ve akut pulmoner emboli. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 8(6),146-153.
- Karataş, N. (2002). Araştırmada örnekleme. İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma kitabı içinde* (s. 136). İstanbul: Odak Ofset.
- Kır, E.A. (2019). *Doğum yapmış gebelerde ulusal ve uluslar arası venöz tromboemboli profilaksi protokollerinin uygulanabilirlik ve maliyet açısından karşılaştırılması*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Lee, J. A., Grochow, D., Drake, D., Johnson, L., Reed, P., van Servellen, G. (2014). Evaluation of hospital nurses' perceived knowledge and practices of venous thromboembolism assessment and prevention. *Journal of Vascular Nursing*, 32(1), 18-24.
- Ma, Y. F., Xu, Y., Chen, Y. P., Wang, X. J., Deng, H. B., He, Y., Wu, X. J. (2018). Nurses' objective knowledge regarding venous thromboembolism prophylaxis. *Medicine*, 97(14), e0338-e0338. doi: 10.1097/MD.00000000000010338
- Oh, H., Boo, S., Lee, J. A. (2017). Clinical nurses' knowledge and practice of venous thromboembolism risk assessment and prevention in South Korea: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 427-435.
- Özsu, S., Uzun, O. (2015). Gebelerde pulmoner tromboembolinin tanı ve tedavisi. *Tüberk Toraks*, 63(2), 132-139.
- Phillippe, H. M. (2017). Overview of venous thromboembolism. *The American journal of Managed Care*, 23(20), 376-382.
- Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 926. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Rossignol, M., Morau, E., Dreyfus, M. (2017). Maternal death by venous thromboembolic disease. *Gynecologie, Obstetrique, Fertilité & Senologie*, 45(12), 31-S37.
- Sanisoğlu, S., Uygur, D., Keskinçilç, B., Engin-Üstün, Y., Keskin, H. L., Karaahmetoğlu, S., Özkan, S. (2017). Maternal mortality cases from pulmonary embolism: A nation-wide study in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(2), 151-156.
- Serin, Ü., Ateş, N. A., Kocatürk, A. A. (2020). Gebelikte tromboemboli ve antikoagülan kullanımında ebelik yaklaşımı. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 81-83.
- Sultan, A. A., West, J., Tata, L. J., Fleming, K. M., Nelson- Piercy, C., Grainge, M. J. (2012). Risk of first venous thromboembolism in and around pregnancy: A population-based cohort study. *British Journal of Haematology*, 156(3), 366-373.
- Thromboembolism in Pregnancy. (2011). Practice Bulletin No 123. American College of Obstetrics and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 118.
- Tsikouras, P., von Tempelhoff, G. F., Rath, W. (2017). Epidemiology, risk factors and risk stratification of venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221(4), 161-174. doi: 10.1055/s-0043-107618
- Zhao, Z., Zhou, Q., Li, X. (2021). Missed opportunities for venous thromboembolism prophylaxis during pregnancy and the postpartum period: evidence from mainland China in 2019. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-7. doi: 10.1186/s12884-021-03863-w

Nadide YILMAZ ESENBOĞA¹
Orcid: 0000-0001-9922-0254

Seher YURT²
Orcid: 0000-0001-9972-3273

¹Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. (Genel Müdürlük), Kurumsal Tıbbi Değerlendirme Birimi, İstanbul/Türkiye

²İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):
NADİDE YILMAZ ESENBOĞA
nadideyilmazz@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Birey merkezli bakım; perioperatif hemşirelik; ölçek geliştirme; geçerlik güvenilirlik.

Keywords:

Person-centered care; perioperative nursing; scale development; validity reliability.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Person Centered Perioperative Nursing Scale: The Study of Adaptation to Turkish, Validity and Reliability

Gönderilme tarihi: 21 Nisan 2022

Kabul tarihi: 24 Ekim 2022

* Bu çalışma, 21/01/2022 kabul tarihinde 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (PCPON): Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması' adı ile Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez çalışmasından üretilmiştir.

ÖZ

Amaç: Bu araştırma; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'ni Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Metodolojik tipte gerçekleştirilen araştırma, İstanbul ilinde bulunan dört kamu hastanesinin ameliyathane ünitesinde Ekim 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın çalışma evreninden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 256 ameliyathane hemşiresine ulaşıldı. Veriler, 'Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu' ve 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği' kullanılarak toplandı. Geçerlik analizinde kapsam, yüzey ve yapı geçerliği; güvenilirlik analizinde madde analizi, iki yarıya bölme, Cronbach alpha ve Omega katsayıları kullanıldı.

Bulgular: Ölçeğin çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak dil uyarlaması sağlandı. Kapsam Geçerlik İndeksi 0.97 bulundu. Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.85; Bartlett's değeri $\chi^2=2062.99$, $p<0.00$ hesaplandı. Model uyum incelemesinde uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu saptandı. Spearman Brown katsayısı 0.92; Cronbach alpha 0.86 ve Omega katsayısı 0.88 bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to test the Turkish validity and reliability of the Person-Centered Perioperative Nursing Scale.

Methods: This study which in methodological type was carried out in the operating room unit of four public hospitals in Istanbul between October-November 2021. Operating room nurses 256 who were selected from the study population using a non-probability random sampling method and met the inclusion criteria were reached. Data were collected by using the 'Nurse Sociodemographic and Professional Introduction Form' and 'Person-Centered Perioperative Nursing Scale'. Content, surface, and construct validity were used in validity analysis, and; item analysis, split-half, Cronbach alpha, and Omega coefficients were used in reliability analysis.

Results: Language adaptation was ensured by using the translation-back translation method. The Content Validity Index was found as 0.97. Kaiser-Meyer-Olkin value was calculated as 0.85 and Bartlett's value was calculated as 2062.99, $p<0.00$. In the model fit analysis, fit indices were found to be within acceptable limits. The Spearman-Brown coefficient was 0.92; Cronbach alpha was 0.86 and Omega coefficient was 0.88.

Conclusion: As a result; it has been determined that the Person-Centered Perioperative Nursing Scale is a valid and reliable scale and suitable for Turkish language and culture.

Kaynak Gösterimi: Yılmaz Esenboğa, N., Yurt, S. (2023). Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *EGEHFD*, 39(1), 21-33 DOI: 10.53490/egehemsire.1107227
How to cite: Yılmaz Esenboğa, N., Yurt, S. (2023). Person Centered Perioperative Nursing Scale: The Study of Adaptation to Turkish, Validity and Reliability. *JEUNF*, 39(1), 21-33 DOI: 10.53490/egehemsire.1107227

GİRİŞ

Günümüz koşullarında iş hayatı ve rekabet koşulları hızla değişmektedir ve bu değişime sağlık kurumlarının uyum sağlaması son derece önemlidir. Tıbbi paradigma 20. yüzyılda, hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta merkezlilik yaklaşımına geçiş yapmıştır (Kang ve diğerleri, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO), hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayan sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı vurgulamıştır (WHO, 2019). ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM), sağlık profesyonellerinin koordineli ekip çalışması, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme ve bilişim yetenekleri vurgulamanın yanı sıra hasta merkezli bakım sunmanın da önemini bildirmiştir (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019). *'Kalite Uçurumunu Aşmak: 21. Yüzyıl için Yeni Bir Sağlık Sistemi'* adlı çalışma, IOM tarafından 1 Mart 2001'de yayınlanmış olup birey merkezli bakım; *'bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına, değerlerine saygı duyan ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bakım'* olarak tanımlanmış ve hasta merkezli bakımdan farkı ortaya çıkarılmıştır. Bu çalışma yayımlandıktan sonra birey merkezli hemşirelik kavramına ilginin arttığı görülmektedir (Ball ve Balogh, 2016).

Birey merkezli hemşirelik kavramının sağlık alanında uzun bir tarihi vardır. Bu kavramın kökeni 'hastalığa değil, hastaya odaklanarak bakımı tıptan ayıran' Florence Nightingale'e kadar uzanmaktadır (Morgan ve Yoder, 2012). Hemşirelikte birey merkezli terimi; insan onuru ve kişiliğinin kabulüne dayanmaktadır. Birey terimi ise; insanın niteliğini, nasıl hareket ettiğini, kendi hayatını nasıl inşa ettiğini temsil etmekte ve insanın içindeki bilinmeyen bulma çabası olarak tanımlanmıştır (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson ve von Vogelsang, 2017). Bu bilgiye paralel olarak, birey kendini bulmaya çalışırken kendi davranışında kendisini anlayacaktır. Böylece, bireylerin kendilerini bulma sürecinde onlara saygı duyulmalı ve değer verilmelidir (Arakelian ve diğerleri, 2017; Olsson, Jakobsson Ung, Swedberg ve Ekman, 2013).

Hasta merkezli bakım (HMB) ve birey merkezli bakım (BMB) olmak üzere iki temel bakım kalitesi yöntemi bulunmaktadır. Bu iki yöntem benzer ancak birbirinden farklı yönleri vardır (Boz ve Akgün, 2019). HMB, birey ile sağlık profesyonelleri arasında iki yönlü etkileşim kuran bir yaklaşım iken (Epstein, Fiscella, Lesser ve Stange, 2010); BMB, birey, bireyin yakınları ve tüm sağlık profesyonelleri arasında terapötik ilişki aracılığıyla etkileşim kuran bir yaklaşımdır (Li ve Porock, 2014). HMB, bireyin hastalığına odaklanarak biyo-psikososyal bakım verirken (Jakimowicz ve Perry, 2015); BMB, bireyin hastalığına ilişkin deneyimlerine odaklanarak bütünsel (biyo-psikososyal-ruhsal) bir bakım vermektedir (Van Haitsma ve diğerleri, 2014). HMB, hastaların değer ve tercihlerini keşfetmeye, klinik karar verme sürecinde hasta ile sağlık profesyoneli arasında uzlaşmaya giderken (Sidani ve diğerleri, 2014); BMB, hastaların değer ve tercihlerini ortaya çıkartmaya, hastayı ekibin bir üyesi olarak görüp klinik karar verme sürecine bireyin aktif katılımını ve otonomisini kullanmasını sağlamaktadır (Delaney, 2018). HMB, sağlık profesyoneli egemenliğinde profesyonel olarak tanımlanmış geleneksel bakım protokolleri ile bakım planı hazırlayıp uygularken (Epstein ve diğerleri, 2010); BMB, hasta ile sağlık profesyoneli arasında iş birliği egemenliğinde bireylerin sağlık sorunlarının belirlenmesine de izin veren birlikte kullanabilecekleri anlaşılır, saygılı ve bireyselleştirilmiş bakım planı hazırlayıp uygulamaktadır (Edvardsson, Fetherstonhaugh, Nay ve Gibson, 2010).

Perioperatif hemşirelik; ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat dönemi (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakım veren hemşirelik olarak kabul edilmektedir (AORN, 2015). Perioperatif hemşirelik alanında, Rothrock ve Smith (2000) tarafından Perioperatif Hasta Odaklı Model (Perioperative Patient Focused Model-PPFM) önerilmiştir ve bu model dört alandan oluşmaktadır. Bunlar hasta güvenliği, davranışsal yanıt, fizyolojik yanıt ve sağlık sistemidir. Hasta güvenliği, davranışsal yanıt, fizyolojik yanıt alanları; hastaların ameliyat öncesi, ameliyat dönemi ve ameliyat sonrası ihtiyaçlarını en iyi şekilde açıklamaktadır. Son olarak sağlık sistemi alanı ise, ekipmanlar ve sarf malzemeleri gibi hasta merkezli hemşirelik bakım uygulamaları için çevrede olması gereken gerekli unsurları içermektedir (Rothrock ve Smith, 2000). Bu modele göre hemşirenin hastayı karar alma süreçlerine dahil etmesi, hastayı yetkilendirmesi ve hastayı eğitmesi gibi perioperatif hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmesi önerilmektedir (Lones, 2011). Perioperatif bakım konusu Ameliyathane Hemşireleri Birliği tarafından 1978 yılında Amerika'da ilk kez şekillendirilmiştir ve günümüzde adı The Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) olan bu kurum PPFM'ye dayalı perioperatif hemşirelik standartlarını geliştirerek birey merkezli perioperatif bakımın verilmesini desteklemiştir (AORN, 2015). AORN standartlarına göre perioperatif hemşireler, hastaların fizyolojik, sosyal, kültürel ve ruhsal gereksinimlerini karşılayabilecek kişileştirilmiş bir bakım planı geliştirmelidir. Bu bakım planını geliştirirken ve uygularken hastanın hedeflerine değer vermeli, tercihlerine saygı göstermelidir (Blomberg, Bisholt ve Lindwall, 2018).

Yabancı bir ortamda bulunma stres faktörü iken hastanın cerrahi girişim geçirecek olması orta derece bir stres faktörüdür. Ameliyat kaynaklı stres sürecinde fizyolojik (kan kaybı, anestezi indüksiyonu, ameliyat masasında hareketsizlik gibi) ve psikolojik (anksiyete, korku gibi) stresörler rol oynamakta ve komplikasyonları artırmaktadır (Mazurenko, Zemke, Lefforge, Shoemaker ve Menachemi, 2015). Cerrahide ilerlemiş teknoloji ve modern ekipmanların kullanımı hasta üzerinde oluşacak komplikasyonları azaltmış ve ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmıştır (Hohenberger ve Delahanty, 2015). Ancak ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirecek risk faktörü arasında, cerrahi girişimin hasta üzerindeki psikolojik stresörlerin yarattığı etkilerdir. Ameliyathane hemşireleri bu

manevi, duygusal ve ruhsal risk faktörleri göz ardı edip, hastanın var olan fiziksel sağlık problemi ile ilgilenmektedir. Perioperatif hemşireler hastaların bireyselliğine ve otonomisine saygı duyarak vereceği birey merkezli bakım, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası stresin olumsuz etkilerini azaltacak ve iyileşmeyi hızlandıracaktır. Birey merkezli bakım, perioperatif hemşirelik uygulamasında kaliteyi iyileştirmek ve bakım standartlarımızın merkezinde yer alması gereken kilit bir faktördür (Sundqvist, Nilsson, Holmefur ve Anderzén- Carlsson, 2018).

Perioperatif alanda birey merkezli bakım uygulandığında, hasta memnuniyetini yükselterek hızlı iyileşmesine katkı sağlayacaktır. Hastanede kalış süresini kısaltarak tıbbi harcama maliyetini düşürecektir (Delaney, 2018; Meterko, Wright, Lin, Lowy ve Cleary, 2010). Ekman ve diğerleri (2011) birey merkezli bakımın uygulamasını kolaylaştırmak için üç rutinden bahsetmektedir. Bunlar; hasta anlatılarını dikkate alarak ortaklığın başlatılması, ortak karar vererek çalışmak ve anlatıları belgeleyerek ortaklığı korumaktır (Ekman ve diğerleri, 2011). Bu bilgilere paralel olarak, ameliyat öncesi dönemde hastanın biyo-psikososyal-manevi ihtiyaçlarını dikkate almak, hemşirelik bakımında karar alma süreçlerine dahil etmek ve bireyselleştirilmiş eğitim vermek hasta anksiyetesini azaltacaktır (Bergström, Håkansson, Stomberg ve Bjerså, 2018; Spruce, 2015). Ameliyat döneminde hastanın vermiş olduğu kararları ve değerleri göz önünde bulundurmamak sağlık bakım kalitesini ve hasta güvenliğini artıracaktır (Bergström ve diğerleri, 2018). Ameliyat sonrası dönemde oluşacak komplikasyonları (cerrahi alan enfeksiyonları, postoperatif ağrı, emosyonel sıkıntılar) ve mortaliteyi azaltarak klinik bakımı geliştirecektir (Olsson ve diğerleri, 2013). Bu yararlar göz önüne alındığında; geleneksel bakım yaklaşımlarının ötesinde sağlık bakım kalitesine ulaşmak ve sürdürmek için perioperatif alanda birey merkezli yaklaşımın hemşirelik bakım uygulamalarına entegre edilmesi önerilmektedir (Toru, 2020).

Literatür tarandığında birey merkezli bakıma ilişkin öneriler, derlemeler ve makaleler bulunmaktadır. Yurt dışı çalışmalarında demans bakımı, onkolojik bakım, yoğun bakım ve perioperatif bakım dahil olmak üzere çeşitli klinik ortamlarda birey merkezli bakıma vurgu yapan çalışmalar yer almaktadır (Edvardsson ve diğerleri, 2010; Kang ve diğerleri, 2018; Radwin, Cabral ve Wilkes, 2009). Ülkemizde ise Boz ve Akgün (2019) infertilitede bakım, Bulduk, Çetin ve Usta (2015) yaşlılarda acil bakım, Toru (2020) bireyselleştirilmiş bakım olmak üzere farklı klinik departmanlarda birey merkezli bakımın önemini vurguladığı çalışmalar yayınlamıştır fakat perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakıma yönelik bilimsel çalışmalara rastlanılmamıştır.

Birey merkezli hemşireliğe olan ilgi arttıkça, yurt dışında ölçmek için çeşitli nicel araçlar geliştirilmiştir. Suhonen, Välimäki ve Katajisto (2000) tarafından geliştirilen Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği (Individualised Care Scale-ICS), Edvardsson ve diğerleri (2010) tarafından geliştirilen Kişi Merkezli Bakım Değerlendirme Aracı (Person Centred Care Assessment Tool-PCAT), Kang ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilen Birey Merkezli Yoğun Bakım Hemşirelik Ölçeği (Person Centered Critical Care Nursing-PCCN) bulunmaktadır ve bu nicel ölçüm araçları sağlık sistemine entegre edilmiştir. Ülkemizde ise Atar ve Aştı (2012) tarafından Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) ve Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmaktadır fakat birey merkezli perioperatif hemşireliğini nicel olarak ölçmek için bir araç bulunmamakta ve uygulanmamaktadır.

Bu bağlamda perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakımı değerlendirebilmek için ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır. Perioperatif alanda birey merkezli hemşireliğin anlaşılması ve uygulanabilmesi için kullanılacak geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş ve perioperatif alanda birey merkezli bakımı belirleyecek bir ölçüm aracına gereksinim duyulmaktadır.

Bu çalışmada, Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından Güney Kore'nin Busan şehri Dong-A Üniversitesi'nde İngilizce dilinde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış (2019) olan Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin (BMPHÖ) psikolinguistik ve psikometrik özellikleri değerlendirilerek, Türk dili ve kültürüne uygunluğunun incelenmesi amaçlandı. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt arandı:

Türkçe uyarlaması yapılan BMPHÖ geçerli midir?

Türkçe uyarlaması yapılan BMPHÖ güvenilir midir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Tipi

Bu araştırma, Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından 2019 yılında Güney Kore'de İngilizce dilinde geliştirilen BMPHÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik tipte gerçekleştirildi. Araştırma, İstanbul ilinde bulunan dört kamu hastanesinin ameliyathane ünitesinde Ekim 2021- Kasım 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; kurum izinleri alındıktan sonra İstanbul il sınırları içerisinde bulunan dört kamu hastanesinin ameliyathane ünitesinde çalışan ameliyathane hemşireleri oluşturdu (N=445).

Geçerlik-güvenirlik çalışmasının verileri tek bir evrene genellenemeyeceği için, araştırma evrenini belirlemeye gerek yoktur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde farklı görüşler mevcut olup, çalışmanın analizi yapılabilmesi için yeterli sayıda birey seçilmesi gerekmektedir (Çapık, Gözüm ve Aksayan, 2018). Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanması, ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az 5-10 katı sayıda kişiye ulaşılması önerilmektedir (Esin, 2014). Bu bilgi doğrultusunda, 20 maddelik BMPHÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri için 200 (20 madde x10) ameliyathane hemşiresi ile çalışma yapılması planlandı. %10 oranında veri kaybı olacağı düşünülerek 220 ameliyathane hemşiresine ulaşılması hedeflendi. Bu çalışmada, araştırmanın çalışma evreninden olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemi ile seçilmiş ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 256 ameliyathane hemşiresine ulaşıldı.

Veri Toplama

Verilerin toplanması Ekim 2021- Kasım 2021 tarihleri arasında bizzat araştırmacı tarafından yürütülerek gerçekleştirildi. Araştırmacı tarafından izin alınan dört kamu hastanesinin eğitim hemşireleri ile görüşme yapılarak; ameliyathane birimlerinin uygun oldukları gün ve saatlerde randevu planlandı. Hafta içi genellikle 08:00-16:00 saatleri arasında kurumlara gidildi ve katılımcılarla yüz yüze görüşme sağlanarak araştırmanın içeriği, doldurulacak sorular ve ölçek hakkında bilgi verildi. Anketin 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabileceğini belirtip, katılımcılar araştırmaya davet edildi ve bilgilendirilmiş onamları alındı. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan, ameliyathane birimlerinde en az altı aydır çalışan hemşireler araştırmaya dahil edildi. Veriler, 'Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu' ve 'BMPHÖ' kullanılarak özbildirim yöntemi ile toplandı.

Araştırmada, Dünyada salgın olan Koronavirüs (COVID-19) süreci nedeniyle bazı hastanelerden izin alma ve veri toplama aşamasında ameliyathane hemşirelerine ulaşma durumunda güçlükler yaşandı. Araştırmanın yürütüldüğü dört kamu kurumunda sürekli farklı akademik çalışmaların yapılıyor olması hemşirelerin sıklıklarına neden olmuş ve anket cevaplamaktan bunaldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşire yetersizliğinden ameliyathane hemşirelerinin koronavirüs nedeni ile farklı birimlerde çalıştırılıyor olması, çalışma sürelerinin uzunluğu, iş stresi ve iş yoğunluğu nedeni ile araştırmaya katılmak için zaman harcamak istemekte ki gönülsüz davranışları araştırmanın uygulanmasını zorlaştırdı.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini içeren Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu ve geçerlik-güvenirlik analizleri yapılan BMPHÖ kullanıldı.

Hemşire sosyodemografik ve mesleki tanıtım formu: Araştırmacının geliştirdiği sosyo-demografik bilgileri içeren formda; cinsiyet, yaş, medeni durum, toplam çalışma yılı, ameliyathanede çalışma yılı, eğitim durumu, mesleğe ait derneğe üye olma, birey merkezli bakım hakkında makale okuma, perioperatif hemşirelikte kanıt dayalı uygulamalar hakkında eğitime katılma ve perioperatif dönemde bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünme gibi 10 maddeden oluşan sorular yer almaktadır.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: 'Person-Centered Perioperative Nursing (PCPON)' 2019 yılında Güney Kore'de Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakımı değerlendirmek amacı ile İngilizce dilinde geliştirilmiş olup, 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin merhametli etkileşim (1, 2, 3, 4, 5 ve 6. madde), saygı (7, 8, 9, 10 ve 11. madde), rahatlık sağlama (12, 13 ve 14. madde), bilgi paylaşımı (15, 16 ve 17. madde) ve hemşirelik uzmanlığı (18, 19 ve 20. madde) olmak üzere toplam beş alt boyutu mevcuttur. Bu ölçek; '1=hiçbir zaman', '2=nadiren', '3=ara sıra', '4=sıklıkla', '5=her zaman' şeklinde puanlanmakta ve beşli Likert tipinde sıklık derecesi ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100 olup, alınan puan yükseldikçe yüksek derecede birey merkezli perioperatif hemşirelik performansı içerdiği anlamına gelmektedir. PCPON performans ölçüm aracı ilk 40 maddeden oluşturulmuş olup, yapılan analizler (kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, madde analizi ve yapı analizi) sonucunda 20 maddeye indirgenmiştir. Kore'de 21 hastanenin ameliyathane ünitesinde çalışan 459 hemşireye uygulanmış ve Cronbach alpha değeri 0.90 bulunmuştur. Ölçeğin her bir faktörünün Cronbach alpha ile temsil edilen iç tutarlılığı ise 0.76-0.88'dir (Shin ve Kang, 2019).

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin yorumlanabilmesi için toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, veriler SPSS for Windows 25.0 (Statistical Package for Social Science) ve 22.0 AMOS (Analysis of Moment Structures) istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. İstatiksel anlamlılık ölçütü %95 güven aralığında $p < 0.05$ kabul edilerek analiz edildi. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra çarpıklık ve basıklık ölçüleriyle değerlendirildi. Ölçeğin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanıldı. Ölçeğin geçerlik analizinde; kapsam geçerliği, yüzey geçerliği ve yapı geçerliği uygulandı. Kapsam geçerliği için Davis tekniğinden yararlanarak Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ve Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) hesaplandı. Yüzey geçerliği için pilot uygulama yapıldı. Yapı geçerliği için AMOS 22.0 programı kullanılarak Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) uygulandı. Ölçeğin

güvenirlik analizinde; madde analizi (madde toplam puan korelasyonu ve %27'lik alt-üst grup karşılaştırılması), test yarılama analizi, Cronbach alpha ve Omega katsayıları hesaplandı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yürütülürken tüm etik konulara dikkat edildi. Orijinal ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve kullanılması için ölçeği geliştiren Jiyeon Kang'dan e-posta yolu ile izin alındı. Araştırmaya başlamadan önce; bir üniversitenin klinik araştırmalar etik kurulundan (30.04.2021 tarih ve 12/06 numaralı kararı) Etik Kurul Onayı alındı. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için T.C İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (11.10.2021 tarih ve 2021/44 sayılı kararı E-15916306-604.01.02) kurum izni alındı. Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerine araştırmanın amacı ve araştırmanın gönüllük ilkesine dayandığı anlatılarak; veri toplama aracının ön nüshasına Bilgilendirilmiş Onam Formu eklendi, katılımcının gönüllü imzasına sunularak hem sözlü hem de yazılı onamları alındı.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %73.8'i kadın; %64.1'i bekar; yaş ortalaması ise 29.86±6.79 olarak hesaplandı. Hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde %75.4'ünün lisans mezunu olduğu; %39.4'ünün üç yılın altında, %30.5'inin 4-7 yıl arasında, %30.1'inin sekiz yılın üstünde toplam çalışma yılına sahip olduğu; %46.9'unun iki yılın altında, %28.1'inin 3-5 yıl arasında, %25'inin altı yılın üstünde ameliyathanede çalışma yılına sahip olduğu tespit edildi.

Ameliyathane hemşirelerinin %77'si bir dernek üyeliğinin olmadığını, %46.5'i birey merkezli bakım eğitimi almadığını, %58.6'sı birey merkezli bakım eğitimi makalesi okumadığını belirtti. Ayrıca ameliyathane hemşirelerinin %53.1'i bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünmektedir (Tablo 1).

Psikolinguistik Bulgular

Dil uyarlaması

Ölçeğin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanıldı. Ana dili Türkçe olan İngilizce'yi iyi bilen birbirinden bağımsız mütercim-tercüman anabilim dalında görevli iki öğretim üyesi ve noter yeminli bir tercüman toplam üç uzman tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapıldı. Toplam üç Türkçe çevirisi olan formlar araştırmacılar tarafından değerlendirildikten sonra tek bir form haline indirildi. Tek bir Türkçe form haline dönüştürülen ölçeğin son hali iyi derecede İngilizce bilen bir uzman tarafından İngilizce'ye tekrar çevrildi. Geri çevirisi yapılan İngilizce ölçek ve orijinal İngilizce ölçek karşılaştırılıp, uyumlu olduğuna araştırmacılar tarafından karar verildi. Böylece oluşturulan Türkçe ölçek, anlam ve dil bilgisi açısından gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra kapsam geçerliğini ölçmek için uzman görüşüne sunulmaya hazır hale getirildi.

Psikometrik Bulgular

Ölçeğin geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliği için Davis tekniği yöntemi kullanıldı. Ölçeğin KGI skoru 0.97; ölçekte bulunan her bir maddenin KGO skoru 0.85 ile 1.00 arasında değer aldığı hesaplandı. Yapılmış olan hesaplamalarda 0.80 altında madde olmadığı tespit edildi ve herhangi bir madde ölçekten çıkarılmadı. Uzmanlardan alınan geribildirimlerde maddenin ifadesi ve içeriği konusunda kültürel yorumlamaları gözden geçirilip, bazı maddelerde değişiklikler yapıldı. Ölçeğin yüzey geçerliğini ölçmek için pilot uygulama yöntemi kullanıldı. Ölçekte bulunan maddelerin anlaşılır olup olmadığını belirlemek için anlam, ifade ve cevaplama süresi yönünden sorular soruldu. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 30 ameliyathane hemşiresinin görüşleri alındı. Pilot uygulama sonucunda; anlaşılmayan herhangi bir madde olmadığı tespit edildi.

Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için Örneklem Yeterlilik Testi (Kaiser-Meyer-Olkin-KMO) ve Bartlett Küresellik Testi (Bartlett's Test of Sphericity) uygulandı. KMO değeri 0.85 hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için 'çok iyi' örneklem büyüklüğüne sahip olduğu ve verilerin homojen dağıldığı belirlendi. Bartlett's değeri $\chi^2=2062.99$; $p=0.00$ hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için maddeler arasında yeterli korelasyon olduğu belirlendi.

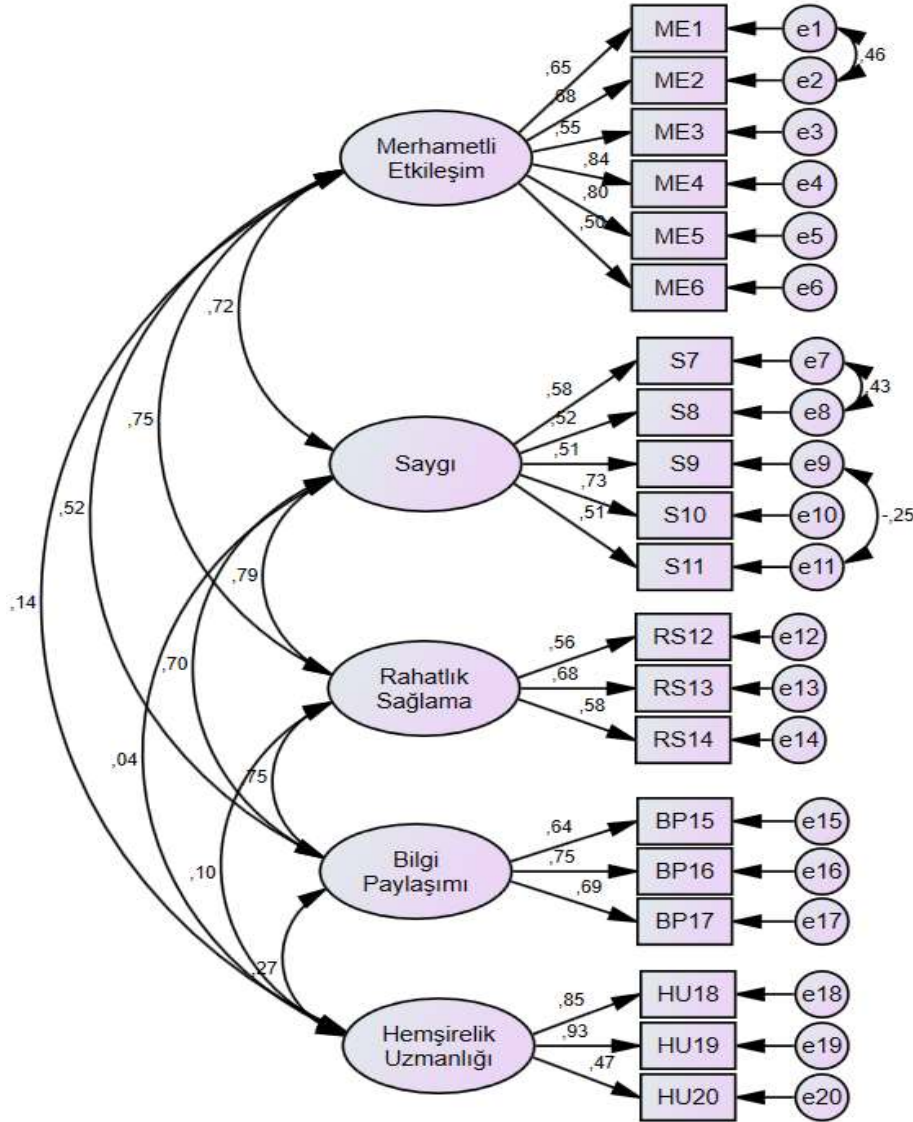
Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	189	73.8
	Erkek	60	23.5
	Belirtmek istemiyorum	7	2.7
Medeni durum	Evli	92	35.9
	Bekar	164	64.1
Yaş	<= 25.00	82	32.0
	26.00 –35.00	121	47.3
	36.00+	53	20.7
Ort±Ss =29.86±6.79			
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	13	5.1
	Ön Lisans	26	10.1
	Lisans	193	75.4
	Doktora	24	9.4
Toplam çalışma yılı	<= 3.00	101	39.4
	4.00 –7.00	78	30.5
	8.00+	77	30.1
Ort±Ss =7.55±7.37			
Ameliyathane çalışma yılı	<= 2.00	120	46.9
	3.00 –5.00	72	28.1
	6.00+	64	25.0
Ort±Ss =5.27±5.88			
Dernek üyeliği	Evet	59	23.0
	Hayır	197	77.0
Birey merkezli bakım eğitimi	Evet	137	53.5
	Hayır	119	46.5
Birey merkezli bakım makale okuma	Evet	106	41.4
	Hayır	150	58.6
Bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünme	Evet	136	53.1
	Hayır	120	46.9

Doğrulayıcı Faktör Analizi'ne göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0.00$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 20 madde ve beş alt boyut faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlendi (Tablo 2). Modelde iyileştirme yapılmış olup, iyileştirme yapılırken modifikasyon indeks değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans (e1-e2; e7-e8; e9-e11) oluşturuldu (Şekil 1).

Tablo 2. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İyiliği Ölçümleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Modifikasyon Öncesi Uygulama Sonuçları	Modifikasyon Sonrası Uygulama Sonuçları
CMIN/DF	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2.27	2.12
GFI	$0.90 \leq GFI$	$0.80 \leq GFI$	0.85	0.88
AGFI	$0.90 \leq AGFI$	$0.80 \leq AGFI$	0.80	0.84
CFI	$0.95 \leq CFI$	$0.85 \leq CFI$	0.86	0.91
RMSEA	$0.0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.06 \leq RMSEA \leq 1.0$	0.08	0.07
RMR	$0.0 \leq RMR \leq 0.05$	$0.06 \leq RMR \leq 1.0$	0.06	0.06
NFI	$0.95 \leq NFI$	$0.80 \leq NFI$	0.78	0.84
TLI	$0.90 \leq TLI$	$0.80 \leq TLI$	0.83	0.89
IFI	$0.95 \leq IFI$	$0.85 \leq IFI$	0.86	0.91

**Şekil 1.** Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Maddelerine İlişkin Path Diyagramı

Doğrulayıcı Faktör Analizi'nde uyum iyiliği indeksi olarak; ki kare uyum testi (CMIN/DF: Chi-Square Goodness), iyilik uyum indeksi (GFI: Goodness of Fit Index), düzeltilmiş iyi uyum indeksi (AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI: Comparative Fit Index), yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation), kök ortalama kare kalıntı (RMR: Root Mean Square Residual), normlandırılmış uyum indeksi (NFI: Normed Fit Index), normlandırılmamış uyum indeksi (NNFI/TLI: Non-Normed Fit Index) ve artan uyum indeksi (IFI: Incremental Fit Index) kullanıldı (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008; Simon, Kriston, Loh, Spies, Scheibler ve diğerleri, 2010). Birinci düzey çok faktör analizi sonucuna göre; BMPHÖ uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde χ^2 (CMIN/DF)=2.12 ile mükemmel uyum; GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA=0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 ve IFI=0.91 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği (p=0.00) tespit edildi (Tablo 2).

Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde; bütün maddelerin 6.38 ile 12.74 arası puan aldığı 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu bulundu. Ölçeğe ilişkin faktör yükleri incelendiğinde; 0.30 altında bir madde olmadığı ve faktör yüklerinin 0.47 ile 0.93 arasında kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edildi (Şekil 1).

Tablo 3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Madde Analizi

Madde No	r	t	p
Merhametli Etkileşim			
1. Hasta duygularını ifade ettiğinde empati kurarım.	0.66	13.04	0.00 *
2. Hastayı aktif olarak dinlerim.	0.69	12.92	0.00 *
3. Konuşamayan hastalarla sözsüz iletişim kurmaya çalışırım.	0.53	12.72	0.00 *
4. Sözlerimle ya da davranışlarımla hastanın kaygısını azaltmaya çalışırım.	0.71	15.47	0.00 *
5. Hastanın anlayabileceği kelimeler kullanırım.	0.68	12.62	0.00 *
6. Hastanın ihtiyaçlarını (örneğin, solunum, boşaltım) sık sık kontrol ederim.	0.41	9.12	0.00 *
Saygı			
7. Hasta için saygı ifade eden kelimeler kullanırım.	0.59	12.81	0.00 *
8. Hastaya uygun bir unvanla hitap ederim.	0.52	13.29	0.00 *
9. Hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım.	0.41	8.44	0.00 *
10. Hastanın ihtiyacına veya sorularına hızlı yanıt veririm.	0.54	12.77	0.00 *
11. Hastanın ameliyat öncesi öyküsünü incelerim.	0.31	11.22	0.00 *
Rahatlık Sağlama			
12. Hastanın cerrahi pozisyonundan kaynaklanan rahatsızlığını belirler ve uygun girişimde bulunurum.	0.41	13.02	0.00 *
13. Hastanın üşüyüp üşümediğini kontrol eder ve uygun girişimde bulunurum.	0.50	15.30	0.00 *
14. Hastanın ağrı şikayeti varsa uygun girişimde bulunurum.	0.40	12.92	0.00 *
Bilgi Paylaşımı			
15. Ameliyattan önce hastaya işlemle ilgili açıklama yaparım.	0.54	16.78	0.00 *
16. Hastaya ameliyatın gecikme nedenini açıklarım.	0.63	17.25	0.00 *
17. Herhangi bir hemşirelik girişiminden önce hastaya açıklama yaparım.	0.51	11.20	0.00 *
Hemşirelik Uzmanlığı			
18. Düzenli olarak perioperatif hemşirelik eğitimine katılırım.	0.72	28.35	0.00 *
19. Perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılırım.	0.76	33.13	0.00 *
20. Hastaların tedavisinde diğer bölümlerle işbirliği yaparım.	0.43	11.56	0.00 *

Ölçeğin güvenirliği

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin madde analizi incelendiğinde; her bir maddenin madde toplam puan korelasyonu ve %27'lik alt-üst grup maddelerinin arasında bulunan farklara bakıldı. Ameliyathane

hemşirelerinin ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri incelendi ve 0.30'un altında kalan maddeler olmadığı tespit edildi. Tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon değerleri 0.31 ile 0.76 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edildi. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralandı, alt %27 ve üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırıldı. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.00$) bir farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin iç tutarlılığını değerlendirmek için testi yarılama güvenirlik analizi uygulandı. İki yarıya bölme güvenirlik analizi uygulandığında, ölçeğin her iki yarısına ait Cronbach alpha güvenirlik katsayısı hesaplandı. BMPHÖ'nde 20 madde bulunmaktadır ve tek numaralı maddeler (10 maddeden oluşan) birinci yarıyı oluştururken, çift numaralı maddeler (10 maddeden oluşan) ikinci yarıyı oluşturdu. 10 maddeden oluşan birinci yarı Cronbach alpha değeri 0.72; 10 maddeden oluşan ikinci yarı Cronbach alpha değeri 0.74 bulundu. İki yarı arasındaki korelasyon değerini veren eşdeğerlik katsayısı 0.85; Spearman Brown Katsayısı 0.92 ve Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı 0.92 bulundu.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Cronbach alpha 0.86, Omega katsayısı 0.88 olarak bulundu. Ayrıca alt boyutları için Cronbach alpha ve Omega katsayılarına bakıldı. Merhametli etkileşim alt boyutu Cronbach alpha 0.83, Omega katsayısı 0.84; saygı alt boyutu Cronbach alpha 0.71, Omega katsayısı 0.72; rahatlık sağlama alt boyutu Cronbach alpha 0.62, Omega katsayısı 0.64; bilgi paylaşımı alt boyutu Cronbach alpha 0.73, Omega katsayısı 0.74; hemşirelik uzmanlığı alt boyutu Cronbach alpha 0.78, Omega katsayısı 0.81 olarak bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Cronbach Alpha (α) ve Omega Katsayısı (ω) Güvenirlik Analizi

Ölçek ve alt boyutları	α	ω
Merhametli Etkileşim	0.83	0.84
Saygı	0.71	0.72
Rahatlık Sağlama	0.62	0.64
Bilgi Paylaşımı	0.73	0.74
Hemşirelik Uzmanlığı	0.78	0.81
BMPHÖ	0.86	0.88

TARTIŞMA

Ölçme aracının hedef dil ve kültüre uyarlanması ilk basamağı, orijinal ölçeğin psikolinguistik özelliklerinin (dil uyarlaması) sınanmasıdır (Çapık ve diğerleri, 2018). Ölçeğin dil uyarlamasını sınamak için tek taraflı çeviri, çeviri-geri çeviri ve grup çevirisi yöntemleri kullanılmakta olup, ekonomik olduğu için sıklıkla çeviri-geri çeviri yöntemi tercih edilmektedir. Çeviri-geri çeviri yönteminde ölçeğin kültürel eşdeğerliğinin sağlanabilmesi için, en az iki bağımsız dil uzmanı tarafından hedef dile çevirinin yapılması ve farklı bir dil bilimci tarafından ölçeğin orijinal diline çevrilmesi gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeğin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanıldı. Birbirinden bağımsız üç uzman (mütercim-tercüman anabilim dalında görevli iki öğretim üyesi ve noter yeminli bir tercüman) tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapıldı. Türkçe ölçeğin son hali iyi derecede İngilizce bilen bir uzman tarafından İngilizce'ye çevrildi. Geri çevirisi yapılan İngilizce ölçek ve orijinal İngilizce ölçek karşılaştırılıp uyumlu olduğuna karar verildi. Böylece oluşturulan Türkçe ölçeğin dil uyarlaması sağlandı.

Geçerlik, bir ölçeğin ölçmek istediği şeyi ölçüp ölçmediğini göstermektir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Başka bir tanıma göre geçerlik, bir ölçeğin sadece ölçülmek istenen değişkeni ölçmesi, başka bir özellik veya değişken ile karıştırılmadan ölçülmesi olarak tanımlanmaktadır (Ercan ve Kan, 2014). Bu çalışmada geçerliği ölçmek için kapsam geçerliği, yüzey geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri kullanıldı.

Kapsam geçerliği, ölçeğin bütünü ve ölçekte bulunan maddelerin ölçülmesi istenen yapıyı ne derecede temsil ettiğini belirtmek amacıyla yapılmaktadır (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Kapsam geçerliğini değerlendirebilmek için ölçek geliştirme veya uyarlama çalışması deneyimine sahip, ölçülecek ilgili konunun teknik ve yöntemlerine hâkim olan uzmanların görüşlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Literatüre göre kapsam geçerliği yapabilmek için en az üç, en fazla 40 uzman önerilmektedir. Kapsam geçerliğini ölçmek için Davis, Lawshe ve Polit-Beck yöntemleri kullanılmakta olup, bu yöntemlerden en sık tercih edilen ise Davis tekniğidir. Davis tekniğinde; uzmanlar, maddelere yönelik görüşlerini 'A-madde özelliği temsil ediyor (4-puan)', 'B-maddenin biraz

düzeltilmeye ihtiyacı var (3-puan)', 'C-maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var (2-puan)' ve 'D-madde özelliği temsil etmez (1-puan)' şeklinde dörtlü derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Bu tekniğe göre A ve B cevabı veren uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek ölçeğe ilişkin KGİ ve her bir maddenin KGO hesaplanmakta ve ölçüt değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2005). Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeğin kapsam geçerliğini ölçmek için Davis tekniği yöntemi kullanıldı. Cerrahi hastalıklar hemşireliği anabilim dalında görevli, ölçek geliştirme veya uyarlama çalışmaları konusunda deneyime sahip 20 uzman tarafından değerlendirildi. Ölçeğin KGİ skoru 0.97; ölçekte bulunan her bir maddenin KGO skoru 0.85 ile 1.00 arasında değeri aldığı hesaplandı. Ölçeğin KGİ ve ölçekte bulunan her bir maddenin KGO skorları 0.80 ve üstü olduğu için herhangi bir madde ölçekten çıkarılmadan kapsam geçerliği sağlandı.

Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini ve ifadelerin okunabilirliğini belirlemek amacıyla ana örneklem ile aynı özellikleri taşıyan gruba pilot uygulama yapılması gerekmektedir (Deniz, 2007). Literatüre göre pilot uygulama yapılabilmesi için ana örneklemin %10'u kadar veya 30 kişi ile yapılması önerilmektedir (Ercan ve Kan, 2004). Bu bilgiler doğrultusunda; araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve ana örneklem ile aynı özellikleri taşıyan 30 ameliyathane hemşiresinin görüşleri alındı. Pilot uygulama sonucunda; anlaşılmayan herhangi bir madde olmadığı için ölçek maddelerinde bir değişiklik yapılmadan yüzey geçerliği sağlandı.

Yapı geçerliği, ölçekte bulunan maddelerin cevaplanmaya çalışılan nitelikleri ne derecede doğru ölçtüğünü kanıtlamak amacıyla yapılmaktadır (Ercan ve Kan, 2004). Yapı geçerliğini ölçmek için küme analizi, hipotez testi, faktör analizi ve iç tutarlılık analiz yöntemleri kullanılmakta olup, bu yöntemlerden en sık tercih edilen ise faktör analizidir. Faktör analizi, ölçek maddelerinde bulunan çok sayıda değişkenleri az sayıda değişkenlere indirgemek, farklı gruplar altında toplanıp toplanmayacağını belirlemek amacıyla yapılmaktadır (Büyüköztürk, 2011). Faktör analizi uygulayabilmek için örneklem sayısının yeterli olması ve ölçekte bulunan madde sayısının 10 veya 15 katı kadar kişiden veri toplanması gerekmektedir (Esin, 2014). Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için KMO ve Bartlett's testi uygulanması önerilmektedir. KMO testi, örneklem uygunluğunu değerlendirmek için yapılmaktadır. KMO değeri 0.50-0.70 arası 'orta'; 0.70-0.80 arası 'iyi'; 0.80-0.90 arası 'çok iyi' ve 0.90 üzeri ise 'mükemmel' olarak değerlendirilmektedir. Bartlett's testi, verilerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek için yapılmaktadır. Bartlett's değeri, ki-kare sonucunun istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0.05$) bulunması gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu bilgiler doğrultusunda, 20 maddelik BMPHÖ'nin faktör analizi için 256 (20 madde x13) ameliyathane hemşiresinden veri toplandı. KMO değeri 0.85 hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için 'çok iyi' örneklem büyüklüğüne sahip olduğu ve verilerin homojen dağıldığı belirlendi. Bartlett's değeri $\chi^2=2062.99$; $p < 0.00$ hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için maddeler arasında yeterli korelasyon olduğu belirlendi. Böylece, toplanan veriler faktör analizi yapmaya uygun bulundu.

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve DFA olmak üzere iki farklı faktör analizi yöntemi bulunmaktadır (Esin, 2014). Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında faktör analizi uygulanırken orijinal faktör yapısından farklı bir faktör yapısı sıklıkla elde edildiği için AFA yapılmadan, DFA ile sınanmasının yeterli olduğu bildirilmektedir (Seçer, 2015). DFA, varolan bir ölçeğin ya da modelin faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını test etmek amacıyla yapılmaktadır (Esin, 2014). DFA yapıldığında birçok uyum iyiliği indekslerine, faktör yüklerine, t istatistiklerine bakılması ve Path Diyagramı oluşturulması önerilmektedir. Uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; χ^2 (CMIN/DF), CFI, NFI, IFI, GFI, AGFI, TLI, RMR ve RMSEA verilerinin istenilen düzeyde olması gerekmektedir. χ^2 (CMIN/DF) üç ve alt ölçütü 'mükemmel uyum'; beş ve alt ölçütü 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. CFI ve IFI ölçütü 0.95 ve üzeri 'mükemmel uyum'; 0.85 ve üzeri 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. NFI ölçütü 0.95 ve üzeri 'mükemmel uyum'; 0.80 ve üzeri 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. GFI, AGFI ve TLI ölçütü 0.90 ve üzeri 'mükemmel uyum'; 0.80 ve üzeri 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. RMSEA ve RMR ölçütü 0.05 ve altı 'mükemmel uyum'; 1.00 ve altı 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir (Hooper ve diğerleri, 2008; Simon ve diğerleri, 2010). Ölçeğin faktör yükleri incelendiğinde; alt boyut ve maddeler arasındaki faktör yükleri 0.30 ve üzerinde olması gerekmektedir. 0.30 altında faktör yükü alan maddeler ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Büyüköztürk, 2011). Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde; t değeri 1.96 üzerinde puan alıyorsa 0.05 düzeyinde; 2.56 üzerinde puan alıyorsa 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu kabul edilmektedir. Anlamsız olan maddeler ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012). Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeğe DFA uygulandı. Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde χ^2 (CMIN/DF)=2.12 ile mükemmel uyum; GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA=0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 ve IFI=0.91 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği saptandı ($p=0.00$). Ölçeğin faktör yükleri incelendiğinde; 0.30 altında madde olmadığı ve faktör yükleri 0.47 ile 0.93 arasında kabul edilebilir sınırdaki olduğu tespit edildi. Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde; bütün maddelerin 6.38 ile 12.74 arası puan aldığı 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Path diyagramı incelendiğinde; 20 madde ve beş alt boyut faktörlü ölçek yapısıyla uyum gösterdiği belirlendi.

Güvenirlilik, bir ölçeğin hatalardan arınık olarak doğru ölçüm yapmasını göstermektedir (Ercan ve Kan, 2014). Başka bir tanıma göre güvenirlilik, bir ölçeğin tutarlılığı, kararlılığı, hatalardan arınmışlığı, değişmezliği, yeterliliği ve eşdeğerliliğinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu çalışmada güvenirlilik

analizinde iç tutarlılığı ölçmek için madde analizi, test yarılama analizi, Cronbach alpha ve Omega katsayıları yöntemleri kullanılmıştır. Madde analizi, ölçeğin maddelerinin ayırt ediciliğini ve maddelerin toplam puanı yordama derecesini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Maddelerin toplam puanı yordama derecesini belirlemek için madde toplam puan korelasyonu yöntemi kullanılması önerilmektedir. Madde toplam puan korelasyonu; ölçekte bulunan her bir maddenin puanı ile ölçeğin bütün puanı kıyaslanarak aralarındaki ilişki düzeyini incelemektedir. Madde toplam puan korelasyonu pozitif yönde ve yüksek olması, ölçeğin her bir maddesinin benzer olduğunu ve iç tutarlılığının yüksek olduğunu belirtmektedir. Madde toplam puan korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0.30 olarak belirtilmektedir (Kline, 2000). Maddelerin ayırt ediciliğini belirlemek için ise %27'lik alt-üst grup puanlarının karşılaştırılması yöntemi kullanılması önerilmektedir. %27'lik alt-üst grup puanlarının karşılaştırılması; ölçekten elde edilen puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmakta, %27'si büyük puandan oluşan 'üst grup' ve %27'si küçük puandan oluşan 'alt grup' puanları bağımsız grup t-testi ile kıyaslanarak aralarındaki ilişki düzeyini incelemektedir. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.00$) bir farklılık bulunması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2011). Bu bilgiler doğrultusunda; tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon değeri 0.31 ile 0.76 arasında değişkenlik göstermekte olup, 0.30'un altında kalan madde olmadığı bulundu. Böylece, tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu belirlendi. %27'lik alt-üst grup karşılaştırmaları sonucu, madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p=0.00$). Böylece, istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu belirlendi.

Test-tekrar test yönteminde süre problemi yaşanmaktadır ve paralel test yönteminde eş değer ölçek bulma sorunu yaşanmaktadır. İki yarıya bölme yönteminde ise fiziksel, bilişsel, psikolojik ve çevresel faktörlerin aynı olması test-tekrar test ve paralel test yöntemine kıyasla daha güçlü olduğu için önerilmektedir. İki yarıya bölme analizinde; bir ölçeğin maddeleri ilk yarı-son yarı, tek-çift veya yansız yöntemlerinden biri kullanılarak ölçek iki eşit parçaya bölünmesinden elde edilen ortalamaların ve varyansların paralellik göstermesi gerekmektedir. Spearman-Brown tarafından geliştirilen yöntem kullanılarak, iki eşit parçadan elde edilen ölçümün Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı analizi ile hesaplanmaktadır. Hesaplanan güvenirlilik katsayılarının ölçüt değeri 0.70 ve üzerinde olması gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu bilgiler doğrultusunda; BMPHÖ'nin Spearman Brown ve Gutmann Split-Half güvenirlilik katsayısı 0.92 olarak bulundu. Böylece, Spearman Brown ve Gutmann Split-Half güvenirlilik katsayısı 0.70'in üzerinde olup, iç tutarlılık güvenirliliğinin yüksek olduğu belirlendi.

Likert tipi ölçek uyarlama çalışmalarında ölçeğin ve ölçekte bulunan alt boyutların homojenliğini belirlemek için sıklıkla Cronbach alpha katsayısı kullanılmaktadır (Kılıç, 2016). Çok faktörlü maddesi bulunan ölçeklerde Cronbach alpha değerine alternatif olarak Omega güvenirlilik katsayısının da hesaplanması önerilmektedir. Heise ve Bohrnstedt (1970) tarafından önerilen Omega katsayısı; doğrulayıcı faktör analizinde bulunan standartlaştırılmamış faktör yükünün toplamının karesinin, maddelerin hata varyanslarının toplanmasıyla elde edilen değere bölümüyle elde edilmektedir (Ercan ve Kan, 2014; Hayes ve Coutts, 2020). Omega (ω) ve Cronbach alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arası 'güvenilir değil'; 0.40-0.60 arası 'düşük güvenirlilikte', 0.60-0.80 arası 'oldukça güvenilir' ve 0.80-1.00 arası 'yüksek derecede güvenilir' bir ölçek olarak değerlendirilmektedir (Kılıç, 2016; Ravinder ve Saraswathi, 2020). Bu bilgiler doğrultusunda; BMPHÖ'nin Cronbach alpha katsayısı 0.86, Omega katsayısı 0.88 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alpha katsayısı 0.62 ile 0.83 arasında; Omega katsayısı 0.64 ile 0.84 arasında bulundu. Böylece, BMPHÖ'nin Cronbach alpha ve Omega katsayıları 0.80'nin üzerinde olup, 'yüksek derecede güvenilir'; ölçekte bulunan alt boyutlarının Cronbach alpha ve Omega katsayıları 0.60'ın üzerinde olup, 'oldukça güvenilir' bir ölçek olduğu belirlendi.

SONUÇ

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının yapılması sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulundu. Ülkemizde ameliyat için hastaneye yatışı yapılan hastaların birey merkezli bakım düzeylerinin değerlendirilmesi amacı ile bakım veren perioperatif hemşireler tarafından kullanılması; perioperatif dönemde birey merkezli bakımı tanımlama ve uygulama ile ilgili deneysel çalışmalarda kullanılması; perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakımın değerlendirilmesi ve bakımı etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda kullanılması; hemşirelerde ve hastalarda birey merkezli bakımı etkileyebilecek diğer faktörler de dikkate alınarak değişik çalışmaların planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: N.Y.E., S.Y. Veri toplama: N.Y.E. Veri analizi ve yorumlama: N.Y.E. Makale yazımı: N.Y.E., S.Y. Eleştirel inceleme: N.Y.E., S.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-14.
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective-an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544. doi: 10.1111/jocn.13639
- Arslanoğlu, A., Kırılmaz, H. (2019). Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 158-166. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sagakaderg/issue/46295/584634>
- Association of periOperative Registered Nurses (2015). Guidelines for perioperative practice. Erişim adresi: <https://www.aorn.org/guidelines/about-aorn-guidelines>
- Atar, N. Y., Aştı, T. A., (2012). Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenirlik ve geçerliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 129-139. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/fnjin/issue/9007/112256>
- Ball, J. R., Balogh, E. (2016). Improving diagnosis in health care: Highlights of a report from the national academies of sciences, engineering, and medicine. *Annals of Internal Medicine*, 164(1), 59-61. doi: 10.7326/m15-2256
- Bergström, A., Håkansson, Å., Stomberg, M. W., Bjerså, K. (2018). Comfort theory in practice—Nurse anesthetists' comfort measures and interventions in a preoperative context. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(2), 162-171. doi: 10.1016/j.jopan.2016.07.004
- Blomberg, A. C., Bisholt, B., Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 5(3), 414-421. doi: 10.1002/nop2.153
- Boz, I., Akgün, M. (2019). İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 170-175. doi: 10.5222/HEAD.2019.170
- Bulduk, S., Çetin, H., Usta, E. (2015). Birey merkezli yaklaşım yaşlıların acil bakımında olası mıdır? *G.O. P. Taksim E.A.H. Jaren*, 1(1), 45-50. doi: 10.5222/jaren.2015.045
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Veri analizi el kitabı*. (14. Baskı), Ankara:Pegem Akademi,167-182.
- Çapık, C., Gözüm, S., Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), 199-210. doi: 10.26650/FNIN397481
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları* (Vol. 2). Ankara: Pegem Akademi.
- Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119-123. doi: 10.1016/j.colegn.2017.02.005
- Deniz, Z. (2007). The adaptation of psychological scales. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 40(1), 1-16. doi: 10.1501/Egifak_0000000180
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108. doi: 10.1017/S1041610209990688
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Bergbom, I. ... for the University of Gothenburg Centre for Person-Centred Care (GPCC) (2011). Person-centred care—ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(8), 1489-1495. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0888
- Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/uutfd/issue/35255/391149>
- Esin, N. M. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları ve veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. İçinde S. Erdoğan, M.N. Esin, N. Nahcivan, (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma Kitabı* (s. 193-233). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Hayes, A. F., Coutts, J. J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But.... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24. doi: 10.1080/19312458.2020.1718629
- Hohenberger, H., Delahanty, K. (2015). Patient-centered care—Enhanced recovery after surgery and population health management. *AORN Journal*, 102(6), 578-583. doi: 10.1016/j.aorn.2015.10.016
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60. doi: 10.21427/D7CF7R
- Jakimowicz, S., Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1499-1517. doi: 10.1111/jan.12644

- Kang, J., Cho, Y. S., Jeong, Y. J., Kim, S. G., Yun, S., Shim, M. (2018). Development and validation of a measurement to assess person-centered critical care nursing. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(3), 323-334. doi: 10.4040/jkan.2018.48.3.323
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlilik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48. doi: 10.5455/jmood.20160307122823
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd Ed.). London: Routledge.
- Li, J., Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1395–1415. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003
- Lones, E. (2011). Modeling patient-centered care. *AORN Connections*, 93(5), C5-C6. doi: 10.1016/S0001-2092(11)00391-7
- Mazurenko, O., Zemke, D., Lefforge, N., Shoemaker, S., Menachemi, N. (2015). What determines the surgical patient experience? Exploring the patient, clinical staff, and administration perspectives. *Journal of Healthcare Management*, 60(5), 332-346. doi: 10.1097/00115514-201509000-00007
- Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5p1), 1188-1204. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01138.x
- Morgan, S., Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15. doi: 10.1177/0898010111412189
- Olsson, L. E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 456-465. doi: 10.1111/jocn.12039
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 4-17. doi: 10.1002/nur.20302
- Ravinder, E. B., Saraswathi, D. A. (2020). Literature review of Cronbach's coefficient (A) and McDonald's Omega coefficient (Ω). *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(6), 2943-2949. doi: 10.13140/RG.2.2.35489.53603
- Rothrock, J. C., Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal*, 71(5), 1030-1037. doi: 10.1016/S0001-2092(06)61552-4
- Seçer, İ. (2015). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve LISREL uygulamaları*. (s:65-135). Ankara: Anı yayıncılık.
- Shin, S., Kang, J. (2019). Development and validation of a person-centered perioperative nursing scale. *Asian Nursing Research*, 13(3), 221-227. doi: 10.1016/j.anr.2019.07.002
- Sidani, S., Collins, L., Harbman, P., MacMillan, K., Reeves, S., Hurlock-Chorostecki, C. ... van Soeren, M. (2014). Development of a measure to assess healthcare providers' implementation of patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(4), 248–257. doi: 10.1111/wvn.12047
- Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., Härter, M. (2010). Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the Autonomy- Preference- Index (API). *Health Expectations*, 13(3), 234-243. doi: 10.1111/j.1369-7625.2009.00584.x
- Spruce, L. (2015). Back to basics: patient and family engagement. *AORN Journal*, 102(1), 33-39. doi: 10.1016/j.aorn.2015.04.020
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1253–1263. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01596.x
- Sundqvist, A. S., Nilsson, U., Holmefur, M., Anderzén- Carlsson, A. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2403-2415. doi: 10.1111/jocn.14181
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 46-54. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/amusbfd/issue/52200/505152>
- Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Mihelic, A., Scott, C., Abbott, K. (2014). New toolkit to measure quality of person-centered care: Development and pilot evaluation with nursing home communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 671–680. doi: 10.1016/j.jamda.2014.02.004
- World Health Organization. (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>
- Yeşilyurt, S., Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliliği için bir yol haritası. *Erzican Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264. doi: 10.17556/erziefd.297741
- Yurdugül, H. (2005, Eylül). *Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması*. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1, 771-774.

Hatice UZSEN¹

Orcid: 0000-0001-9873-5088

Dilek ZENGİN²

Orcid: 0000-0002-4240-7090

Seda ARDAHAN SEVGİLİ²

Orcid: 0000-0001-6544-2588

Hatice BAL YILMAZ²

Orcid: 0000-0001-8015-6379

Zumrut BASBAKKAL²

Orcid: 0000-0002-7937-7518

¹ Ondokuz Mayıs University Faculty of Health Sciences, Department of Pediatric Nursing, Samsun/Turkey

² Ege University Faculty of Nursing, Department of Pediatric Nursing, İzmir/Turkey

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

HATİCE UZSEN

hatice_uzsen35@hotmail.com

Keywords:

COVID-19; anxiety; phobia;
parenting; disease outbreaks.

Anahtar Sözcükler:

COVID-19; anksiyete, fobi;
ebeveyn tutumları; pandemi.

The Effects of Coronavirus Phobia and Anxiety States on Parents' Attitudes Towards Their Preschool Children

Okulöncesi Çocuğu Olan Ebeveynlerin Koronavirüs Fobisi ve Anksiyete Durumlarının Çocuklarına Yönelik Tutumlarına Etkisi

Gönderilme tarihi: 22 Mayıs 2022

Kabul tarihi: 8 Kasım 2022

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the effects of coronavirus phobia and anxiety states of the parents with preschool children on their attitudes towards their children

Methods: It was carried out descriptive cross-sectional study. The sample of the study was composed of 275 parents of preschool children in Turkey in winter 2021. During the data collection period, a 'Descriptive Information Form, COVID-19 Phobia Scale, Beck Anxiety Scale, and Parental Attitude Scale' were generated on Google forms, and the link was sent to the parents through social media.

Results: Mean score of the parents from Beck Anxiety Scale was 33.40±9.97 and their mean score from COVID-19 Phobia Scale was 53.22±15.28. According to Parental Attitude Scale, mean democratic attitude score of the parents was 73.73±6.09 and mean protective attitude score was determined as 30.55±5.98. A positive correlation was found between Beck Anxiety Scale and COVID-19 Phobia Scale ($r = .461$; $p = .000$).

Conclusion: Severe anxiety and a moderate level of COVID-19 phobia were detected among the parents in the study. Moreover, anxiety and COVID-19 phobia were found to be positively correlated with authoritarian and protective parental attitudes. To support and follow children and parents by the nurses in physiological and psychological aspects through innovative approaches is very important.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada okul öncesi çocuğu olan ebeveynlerin koronavirüs fobisi ve anksiyete durumlarının çocuklarına yönelik tutumlarına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini 2021 yılı kış mevsiminde, Türkiye'de okulöncesi çocuğu olan 275 ebeveyn oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde; araştırma hakkında bilginin verildiği açıklayıcı metin ile birlikte Tanıtıcı Bilgi Formu, Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Ebeveyn tutum Ölçeği Google formlar üzerinden oluşturulmuş ve linki ebeveynlere sosyal medya aracılığı ile ulaştırılmıştır.

Bulgular: Ebeveynlerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması 33.40±9.97, Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği puan ortalaması 53.22±15.28'dir. Ebeveyn Tutum Ölçeği'ne göre ebeveynlerin demokratik tutum puan ortalaması 73.73±6.09, koruyucu tutum puan ortalaması 30.55±5.98 belirlenmiştir Beck Anksiyete Ölçeği ve Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği arasında pozitif yönde korelasyon ($r = .461$; $p = .000$) saptanmıştır.

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre ebeveynlerde şiddetli anksiyete semptomları ve orta derece koronavirüs korkusu olduğu tespit edildi. Anksiyete ve koronavirüs fobisi ile otoriter ve koruyucu ebeveyn tutumu arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı.

How to cite: Uzen, H., Zengin, D., Ardahan Sevgili, S., Bal Yılmaz, H., Basbakkal, Z. (2023) The Effects of Coronavirus Phobia and Anxiety States on Parents' Attitudes Towards Their Preschool Children. *JEUNF*, 39(1), 35-41 DOI: 10.53490/egehemsire.1119726

Kaynak Gösterimi: Uzen, H., Zengin, D., Ardahan Sevgili, S., Bal Yılmaz, H., Basbakkal, Z. (2023) Okulöncesi Çocuğu Olan Ebeveynlerin Koronavirüs Fobisi ve Anksiyete Durumlarının Çocuklarına Yönelik Tutumlarına Etkisi. *EGEHFD*, 39(1), 35-41 DOI: 10.53490/egehemsire.1119726

GİRİŞ

Coronavirus (COVID-19), which was first detected in the capital city of the Hubei region of China, Wuhan in December 2019, was announced as a pandemic by World Health Organization (WHO) (Hong, Wang, Chung, Chen 2020; Ludvigsson, 2020; WHO, 2020). It has been accepted as a global epidemic and causes changes in the behaviors, lifestyles, and habits of the people by taking the whole world under influence in a very short time (Akbas and Dursun, 2020; Akturk, 2020).

Mothers were obliged to stay at home with their children with the closure of schools during the COVID-19 pandemic. Therefore, their domestic roles have been changed and they have to deal with homework, courses, and activities of their children in the scope of distance education. Moreover, they are required to do housework alone and to maintain more hygiene. In addition, the workloads of the employed mothers have been added to their daily routines and this has made the process more complicated (Aktürk, 2020; Yeasmin et al., 2020). The responses of the individuals affected directly or indirectly may vary because of a pandemic. It has been estimated that individuals may experience fear and anxiety regarding health conditions of their own and beloved ones, their sleeping and eating patterns may change, they cannot concentrate on their work and their chronic health problem may be worsened if present and their consumption of alcohol, tobacco or other drugs may increase (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Uzun, Karaca and Metin, 2021). In the study by Wang et al., being a woman and student, having symptoms suggestive of COVID-19 and perceived health state were found to be correlated with higher anxiety and depression rates (Wang, 2020). The change in the routine habits of individuals and the continuation of the uncertainty about the course and consequences of the pandemic cause individuals to experience anxiety, fear, and anger (Arpaci, Karataş and Baloğlu, 2020; Brown, Doom, Lechuga-Peña, Watamura and Koppels, 2020; Demirutku, 2020; Drouin, McDaniel, Pater and Toscos, 2020). During this period, these psychological and social changes are thought to affect the behaviors and attitudes of the parents towards their children. In the literature, it has been determined that parents experience negative emotions such as fear, despair, unhappiness, and fatigue during the pandemic process, their attitudes towards their children have changed partially, and they are more protective and authoritarian in this process (Arslan-Dikme and Gultekin, 2021; Connell and Strambler, 2021; Kay and Saglam, 2021; Ildeniz, 2021; Lee and Ward, 2020). This study aimed to examine the effects of COVID-19 phobia and anxiety states on parents' attitudes towards their preschool children.

METHODS

Research Design

A descriptive, cross-sectional study was conducted between December 2020 and May 2021 in Turkey.

Population and Sample

The universe of the study included parents of preschool children in Turkey. The sample consisted of mothers who were selected by non-probability accidental sampling method, agreed to participate in the study, and filled out the data completely. The sample of the study was composed of 275 parents who were contacted through social media, who approved to participate, and who provided data completely. The inclusion criteria of the study were approved to participate, being able to read and write in Turkish, and filling the necessary forms completely.

Data Collection

Written permission via online was taken from the authors to use the scales. During the data collection period, a "The Descriptive Information Form, COVID-19 Phobia Scale, Beck Anxiety Scale, and Parental Attitude Scale" were generated on Google forms along with a descriptive text including information about the study; and the link was sent to the parents through social media (Facebook, Twitter, Instagram, mail, etc.). The study was conducted with the parents who approved to participate in the study based voluntarily.

Data Collection Tools

Data of the study were collected by using "The Descriptive Information Form, COVID-19 Phobia Scale, Beck Anxiety Scale, and Parental Attitude Scale".

The Descriptive Information Form, which was generated by the researchers, included 18 questions regarding sociodemographic characteristics and the COVID-19 process (Arpaci et al., 2020; Brown et al., 2020; Demirutku, 2020; Drouin et al., 2020).

COVID-19 Phobia Scale (C19P-S) is a 5-point Likert type self-assessment scale, which was developed to measure phobia developed against COVID-19 and includes 20 items. The total score of the scale varies between 20 and 100. The high scores indicate a high level of phobia for COVID-19. The scale demonstrates convergent and discriminant validity and internal consistency. Internal consistency coefficients for the sub-scales range from 0.85 to 0.90. Cronbach alpha for the overall scale was 0.926 (Arpaci et al., 2020). Cronbach's alpha reliability coefficients for this study were found as 0.94.

Beck Anxiety Scale (BAS) was developed by Beck et al. (1988). Turkish adaptation of the scale was carried out by Ulusoy et al. (1998), and it was determined to have an adequate level of validity and reliability. BAS assesses the incidence of anxiety experienced by the individual. It is a self-assessment scale that includes twenty-one items and is scored between 0-3. To what extent the feeling of distress disturbs the individual is questioned by the questions asked. The range of scores is 0-63. The high score obtained from the scale shows the level of anxiety

experienced by the individual. The cut-off point of this scale is 17 points. A result of 8-15 points shows mild anxiety, 16-25 shows moderate anxiety, and 26-63 shows severe anxiety (Beck, Epstein, Brown and Steer, 1988; Ulusoy, Şahin and Erkemen, 1998). The Cronbach's alpha value for this study was 0.92

The Parental Attitude Scale was developed by Demir and Sendil (2008) to measure the behaviors of parents towards their children aged between 2-6 years old. This scale is applied to the parents with of preschool children, and it is a 5-point Likert type scale including 4 subscales as democratic (17 items), authoritarian (11 items), protective (9 items), and permissive (9 items) and 46 items. The score is obtained for each subscale by calculating them separately. Having a high score from a subscale means to adopt the behavior style represented by that subscale. When internal consistency coefficients were examined to detect the reliability of PAS, Cronbach's alpha reliability coefficients were found as 0.83 for democratic subscale, 0.76 for authoritarian subscale, 0.75 for overprotective subscale and 0.74 for permissive subscale (Demir and Sendil, 2008). Cronbach's alpha reliability coefficients for this study were found as 0.85 for democratic subscale, 0.76 for authoritarian subscale, 0.82 for overprotective subscale and 0.73 for permissive subscale.

Data Analysis

IBM SPSS (Version 22.00) package program was used for the analysis of data. Descriptive statistics of data were carried out with frequency and percentage distributions based on the demographic characteristics of the mothers. The conformity of data to normal distribution was analyzed by the Shapiro-Wilk test. Accordingly, data were compared by using the Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test because of non-normal distribution. The correlations between scale scores were analyzed by Spearman correlation analysis.

Ethical Considerations

This paper involves human research. It was approved by the Social Sciences and Humanities Research and Publication Ethics Committee of Ondokuz Mayıs University (date:12/25/2020, number:20209003). Consent was obtained from all participants via google forms after they were informed about the purpose and method of the study. The permissions of the scales used in the study were obtained from the authors via e-mail.

RESULTS

Among the parents who participated in the study, 96.7% were women, and the mean age was 33.31 ± 3.66 years old. 96.7% of the parents were married, and 64.7% had a university degree. While 74.5% of the parents were working, the ratio of the ones working during the pandemic was 46.2%. It was also determined that the mean age of the children was 3.97 ± 1.3 years old (Table 1).

It was found that 74.9% parents have severe anxiety, 25.1% parents have moderate anxiety levels. The mean BAS score of the parents was 33.40 ± 9.97 and the mean C19P-S score was 53.22 ± 15.28 (Table 2). It was analyzed whether there were statistically significant differences between mean BAS and C19P-S scores were analyzed based on sociodemographic characteristics. As a result of this analysis, statistically significant differences were found between scale scores of the parents who had a chronic disease and who had a family member diagnosed with COVID-19 ($p \leq 0.05$) (Table 1). Based on Parental Attitude Scale, mean scores of the parents were found as 73.73 ± 6.09 in democratic attitude and as 30.55 ± 5.98 in protective attitude (Table 2).

Based on the results of correlation analysis, a positive correlation was found between BAS and C19P-S ($r = .461$; $p = .000$). Moreover, positive correlations were detected between BAS and PAS-Authoritarian attitude ($r = .206$; $p = .001$) and C19P-S and PAS-Protective attitude ($r = .273$; $p = .000$) (Table 3).

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Parents

		X±SD	Min. - Max.	
Age		33.31±3.66	25-45	
Child's age		3.97±1.3	2-6	
		N (%)	BAS	C19P-S
Sex	Women	266 (96.7)	33.43±9.97	53.06±15.04
	Men	9 (3.3)	32.22±10.63	58.00±21.74
	p*		0.63	0.66
Family type	Core	246 (89.5)	33.71±10.06	53.27±14.84
	Large	29 (10.5)	30.72±8.96	52.82±18.90
	p*		0.11	0.57
Marital status	Single	9 (3.3)	33.54±10.09	53.35±15.22
	Married	266 (96.7)	29.22±3.66	49.55±17.35
	p*		0.31	0.38
Education	Secondary school	5 (1.8)	32.6±14.67	60.80±21.82
	High school	42 (15.3)	31.80±10.70	51.83±14.23

	University	178 (64.7)	34.36±9.95	54.15±15.36
	Postgraduate	50 (18.2)	31.38±8.70	50.36±15.28
	p**		0.85	0.40
Working status during the pandemic	Working	153 (55.6)	33.17±9.63	53.23±15.28
	Not working	122 (44.4)	33.72±10.55	53.42±15.84
	p*		0.91	0.92
Chronic disease status	Yes	40 (14.5)	38.55±10.65	54.37±18.15
	No	235 (85.5)	32.52±9.61	53.03±14.77
	p*		0.00	0.83
Chronic disease status of the child	Yes	19 (6.9)	33.00±8.93	46.15±16.95
	No	256 (93.1)	33.42±10.06	53.75±15.05
	p*		0.89	0.21
Having a family member diagnosed with COVID-19	Yes	32 (11.6)	39.15±12.05	50.40±12.54
	No	243 (88.4)	32.64±3.44	53.60±15.59
	p*		0.00	0.37
Having a family member tested for COVID-19	Yes	111 (40.4)	34.70±10.88	51.96±14.05
	No	164 (59.6)	32.51±9.25	54.08±16.04
	p*		0.15	0.36

*Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis Test

Table 2. Mean Scores of BAS, C19P-S, and PAS

	N (%)	X±SD	Min-Max
Beck Anxiety Scale (BAS)		33,40±9,97	21.00-68.00
Moderate	69 (25.1%)	22.89±1.58	
Severe	206 (74.9%)	36.50±8.72	
COVID-19 Phobia Scale (C19P-S)		53.22±15,28	20.00-97.00
Less than 65	212 (77.1%)	45.64±13.90	
More than 65	63 (22.9%)	55.50±14.90	
Parental Attitude Scale (PAS)			
Democratic Attitude		73.73±6.09	55.00-83.00
Protective Attitude		30.55±5.98	15.00-45.00
Permissive Attitude		22.66±5.06	9.00-41.00
Authoritarian Attitude		21.78±4.67	14.00-36.00

Table 3. The Correlations between BAS, C19P-S, and PAS

Spearman	Correlation	BAS	C19P-S	Democratic	Protective	Permissive	Authoritarian
BAS	r		.461**	-.116	.067	.238**	.206**
	p		.000	.055	.266	.000	.001
	n		275	275	275	275	275
C19P-S	r	.461**		-.122*	.273**	.085	.213**
	p	.000		.043	.000	.162	.000
	n	275		275	275	275	275
Democratic Attitude	r	-.116	-.122*		.037	-.131*	-.535**
	p	.055	.043		.545	.030	.000
	n	275	275		275	275	275
Protective Attitude	r	.067	.273**	.037		.128*	.154*
	p	.266	.000	.545		.034	.011
	n	275	275	275		275	275
Permissive Attitude	r	.238**	.085	-.131*	.128*		.164**
	p	.000	.162	.030	.034		.006
	n	275	275	275	275		275
Authoritarian Attitude	r	.206**	.213**	-.535**	.154*	.164**	
	p	.001	.000	.000	.011	.006	
	n	275	275	275	275	275	

** Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at 0.05 level (2-tailed).

DISCUSSION

In our study, it was determined that most parents showed severe anxiety, and some parents had moderate level of COVID-19 phobia. Similarly, in the study by Ebrahim et al. (2020) including 306 individuals, parents were found to exhibit COVID-19 associated anxiety (Ebrahim, et al., 2020). Adibelli and Sümen (2020) stated in their study that 79.7% of the parents were scared and excited due to COVID-19 (Adibelli and Sümen, 2020). Moreover, Brown et al. (2020) reported that 68.9% of the parents showed COVID-19-related anxiety and 86.3% showed depressive symptoms (Brown et al., 2020). While 49.6% of the parents were found to exhibit severe anxiety in the study by Drouin et al. (2020), 39.9% of the parents were found to show severe anxiety in the study by Lee et al. (2021) (Drouin et al., 2020; Lee, Ward, Chang and Downing, 2021). In another study, it was also determined that anxiety of the parents, who lost their jobs, were more, and anxiety levels of the children of parents, who showed severe anxiety, were also high (Lee et al., 2021). Health-related crisis may be affected by many factors. Factors such as hygiene habits and economic conditions of the individuals, social meetings, adequacy and availability of healthcare system, and affordability of healthcare services by the state have been reported to have an impact on anxiety levels (Fiorillo and Gorwood, 2020; Lin et al., 2021; Wind and Komproe, 2012). Based on our results, the concern that individuals may have to take their own precautions due to their thoughts as national and international measures are not sufficient in the scope of COVID-19 or the increase in the number of people diagnosed with COVID-19 at specific times was suggested to be a possible reason of the severe anxiety seen among the parents.

When the relationship between anxiety of the parents and their sociodemographic data was examined. Only individuals who had a chronic disease and who had a family member diagnosed with COVID-19 have severe anxiety. It is thought that the diagnosis of COVID-19 in a family member, the state of being affected by the disease of the person, the fact that the patient may infect himself, his spouse or child with the disease may cause anxiety in parents (Dalton, Rapa and Stein, 2020; Dubey, Dubey, Ghosh and Chatterjee, 2020; Hu et al., 2020). Moreover, talking about COVID-19 all day, following news from social media, and searching for COVID-19-related information on the internet may cause an increase in the anxiety (Gao et al., 2020).

The COVID-19 phobia of parents was found moderate. The reason why parents experienced COVID-19 phobia at a moderate level despite having severe anxiety may be interpreted as their careful follow-up and practice regarding measures for protection from COVID-19 and their limitations in social lives. Özkan and Geçkil (2022) studied that mothers' fear of COVID-19 was 19.37 ± 5.84 . Suffren et al. (2021) showed that parental COVID-19 fear was 14.6 ± 5 . Jeffs et al. (2021) found that 47.7% of parents have moderate fear. The study is similar to the literature. There were little studies examining mothers' fear of COVID-19 in literature. It was limited to discuss the study.

Although parents were generally found to adopt democratic and protective attitudes based on the study results, mean BAS scores of the parents were determined to have a negative correlation with democratic attitudes and a positive correlation with authoritarian attitudes. Moreover, C19 P-S was found to have positive correlations with protective and authoritarian attitudes. When the study of Deater-Deckard (1998) was examined, it was found that parents who had a high level of parental stress were more authoritarian and tough, and they were less sensitive to their children (Deater-Deckard, 1998). In the previous studies, it was reported that individuals with a high level of parental stress exhibited more punitive attitudes and parent-child interaction was found to be negatively affected (Crnic, Gaze and Hoffman, 2005; Hong et al., 2020; Kay and Saglam, 2021; Lee and Ward, 2020; Liu and Wang, 2015; Wang et al., 2020). Kay and Saglam (2021) were determined that the attitudes of parents changed during the pandemic process and they adopted more protective attitude (Kay and Saglam, 2021). In Ildeniz's (2021) master thesis, it was determined that parents adopt an authoritarian attitude to those with high parenting stress during the pandemic process. Lee and Ward (2020) showed that financial worries and social isolation because of pandemic affected parenting behaviors (Lee and Ward, 2020). Parents, who experienced severe anxiety and had COVID-19 fear, might have shown a protective and authoritarian attitude towards their children during the pandemic. Parents, who are internally responsible for ensuring the adaptation of their children to the changes occurring in all areas of life, might have adopted these attitudes in order to protect their children from the physiological, psychological, and social effects of COVID-19 through some rules. Parents are considered to adopt authoritarian and protective attitudes in order to alleviate these effects.

CONCLUSION

Based on the study results, parents were found to have severe anxiety and a moderate level of COVID-19 phobia. Anxiety and COVID-19 phobia were found to be positively correlated with authoritarian and protective parental attitudes. It is thought that severe anxieties are a motivating power in adapting to the precautions taken for protecting from COVID-19 and decrease COVID-19 phobia in the parents. It is also considered that the parents, who generally show a democratic attitude, exhibit authoritarian and protective attitudes during this period in order to protect their children and support them to adapt changes in life.

It is recommended to support and follow children and parents by the nurses in physiological and psychological aspects through innovative approaches such as telehealth. Parents should be provided online training enabling them to have healthy communication with their children due to the changing roles and increasing responsibilities at pandemic process. Parents should be allowed to express their concerns and fears and they should be taught proper coping skills with anxiety during the pandemic.

Author Contributions

Concept and design: H.U., D.Z., H.B.Y., Z.B. Data collection: H.U., D.Z., S.A.S. Data analysis and interpretation: H.U., D.Z., S.A.S. Writing manuscript: H.U., D.Z., S.A.S., H.B.Y., Z.B. Critical review: H.B.Y., Z.B.

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

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

REFERENCES

- Adibelli, D., Sümen, A. (2020). The effect of the coronavirus (COVID-19) pandemic on health-related quality of life in children. *Children and Youth Services Review*, 119, 105595. DOI: 10.1016/j.chilgyouth.2020.105595
- Akbas, Ö.Z., Dursun, C.(2020). Mothers interpolating public space into private space during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Eurasian Journal of Social and Economic Research*, 7(5), 78-94.
- Akturk, H. (2020). *Online life and psychological effects during the new coronavirus disease pandemic period*. (Doctoral Thesis). Ankara University Health Science Institute, Ankara-Turkey.
- Arslan-Dikme, Ş., Gultekin, B. K. (2021). Effects of covid19 pandemic process on parents working from home and their children. *Education & Youth Research*, 1(1), 31-48.
- Arpaci, I., Karataş, K., Baloğlu, M. (2020). The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). *Personality And Individual Differences*, 164, 110108. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110108>
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-7.
- Brown, S., M., Doom, J.R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S.E., Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, 110(2), 104699. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104699.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Accessed link: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
- Connell, C. M., Strambler, M. J. (2021). Experiences with COVID-19 stressors and parents' use of neglectful, harsh, and positive parenting practices in the Northeastern United States. *Child Maltreatment*, 26(3), 255-266. <https://doi.org/10.1177/10775595211006465>

- Crnic, K.A., Gaze, C., Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117–132. <https://doi.org/10.1002/icd.384>.
- Dalton, L., Rapa, E., Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolescent Health*, 4 (5),346-347. Doi:10.1016/S2352-4642(20)30097-3.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>.
- Demir, E.K., Sendil, G. (2008). Parent' Attitude Scale (PAS). *Turkish Journal of Psychiatry*, 11(21), 15-25. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/ebeveyn-tutum-olcegi-toad.pdf>.
- Demirutku, K. (2020). Uncertainty, control, acceptance. *Turkish Psychiatry Association*, Accessed link: <http://www.psikolog.org.tr/tr/haberler/www/belirsizlik-kontrol-kabullenme-x531/>.
- Drouin, M., McDaniel, B.T., Pater, J., Toscos, T. (2020). How parents and their children used social media and technology at the beginning of the COVID-19 pandemic and associations with anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(11),727-736. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0284>.
- Dubey, S., Dubey, M.J., Ghosh, R., Chatterjee, S. (2020). Children of frontline coronavirus disease-2019 warriors: our observations. *The Journal of Pediatrics*, 224,188-189. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.05.026.
- Ebrahim, A.H., Saif, Z.Q., Buheji, M., AlBasri, N., Al-Husaini, F.A., Jahrami, H. (2020). COVID-19 information-seeking behavior and anxiety symptoms among parents. *OSP Journal of Health Care and Medicine*, 1(1), 1-9.
- Fiorillo, A., Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), 32. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S.,Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>.
- Hong, H., Wang, Y., Chung, H.T., Chen, C.J. (2020). Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatrics & Neonatology* 61(2). 2020. Doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2020.03.001>://doi.org/10.1016/j.pedneo.2020.03.001.
- Ildeniz, B.S. (2021). The relationship between mother's parenting stress, family resilience and child rearing practices during coronavirus pandemic. (Master Thesis) Department of Psychology, Maltepe University, İstanbul.
- Jeffs, E., Lucas, N., Walls, T. (2021). COVID- 19: Parent and caregiver concerns about reopening New Zealand schools. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(3), 403-408.
- Kay, M. A., Sağlam, M. (2021). Evaluation of the COVID-19 output process in terms of parent attitudes in the family and emotional and behavioral situations in children. *Journal of Inonu University Health Services Vocational School*, 9(3), 1115-1130.
- Lee, S.J., Ward, K.P., Chang, O.D., Downing, K.M. (2021) Parenting activities and the transition to home-based education during the COVID-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*, 122, 105585.
- Lee, S. J., Ward, K. P., (2020). Stress and parenting during the coronavirus pandemic. Ann Arbor, MI: University of Michigan Parenting in Context Research Lab.Lin, Y., Huang, L., Nie, S., Liu, Z., Yu, H., Yan, W., Xu, Y. (2011) Knowledge, attitudes and practices (KAP) related to the pandemic (H1N1) 2009 among Chinese general population: a telephone survey. *BMC Infectious Diseases*, 11, 128. <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-11-128>.
- Liu, L., Wang, M. (2015) Parenting stress and harsh discipline in China: The moderating roles of marital satisfaction and parent gender. *Child Abuse & Neglect*, 43, 73–82. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.01.014.
- Ludvigsson, J.F. (2020) Systematic review of COVID- 19 in children show milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica*, 09(6), 1088-95. doi: 10.1111/apa.15270.
- Özkan, T. K., Geçkil, E. (2022). Investigation of COVID-19 fear and related factors of mothers with children between 2-6 years old. *Turkish Journal of Science and Health*, 3(2), 95-102. <https://doi.org/10.51972/tfsd.1027903>.
- Suffren, S., Dubois-Comtois, K., Lemelin, J. P., St-Laurent, D., Milot, T. (2021). Relations between child and parent fears and changes in family functioning related to COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1786.
- Ulusoy, M., Şahin, N., Erkmen, H. (1998). Turkish version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-72.
- Uzun, H., Karaca, N.H., Metin, Ş. (2021) Assesment of parent-child relationship in COVID-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*, 120, 105748.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, 17(5), 1729. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Wind, T.R., Komproue, I.H. (2012). The mechanisms that associate community social capital with post-disaster mental health: a multilevel model. *Soc Sci Med.*, 75(9), 1715-1720. DOI: [10.1016/j.socscimed.2012.06.032](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.032).
- World Health Organization (WHO). (2020). Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding, 18 Mart 2020. Accessed link: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>.
- Yeasmin, S., Banik, R., Hossain, S., Hossain, M.N., Mahumud, R., Salma, N., Hossain, M.M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of children in Bangladesh: A cross-sectional study. *Children And Youth Services Review*, 117,105277. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105277>.

Esra DANACI¹

Orcid: 0000-0003-1453-6255

Seval AĞAÇDİKEN ALKAN²

Orcid: 0000-0003-4368-0766

Tuğba KAVALLI ERDOĞAN²

Orcid: 0000-0001-7903-4905

Esra ÖZBUDAK³

Orcid: 0000-0003-2622-7863

Sevil MASAT HARBALİ²

Orcid: 0000-0002-5880-1981

¹ Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Zonguldak /Türkiye

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Samsun./Türkiye

³ Yozgat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yozgat/Türkiye.

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

ESRA DANACI

esradnc89@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Hemşire; kanıta dayalı uygulama; kanıta dayalı hemşirelik; otonomi; profesyonellik.

Keywords:

Autonomy; evidence-based nursing; evidence-based practice; nurse; professionalism.

Hemşirelerin Profesyonel Otonomi Düzeyleri ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları İle İlişkili Faktörler

Factors Related to The Nurses' Levels of Professional Autonomy and Attitudes to Evidence-Based Nursing

Gönderilme Tarihi: 8 Nisan 2022

Kabul Tarihi: 29 Kasım 2022

*Araştırma II. Lisansüstü Hemşirelik araştırmaları Sempozyumu'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Öz

Amaç: Bu çalışma hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile ilişkili faktörleri belirlemek üzere ilişki arayıcı bir araştırma olarak yürütüldü.

Yöntem: Araştırma 02.10.2021-02.12.2021 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan 450 hemşireden, araştırmaya katılmayı kabul eden 266 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirildi. Veriler hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerini belirleyici bilgi formu ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %80.8'ini kadınların, %19.2'sini erkeklerin oluşturduğu, %56.4'ünün evli, %60.2'sinin lisans mezunu olduğu, %79.3'ünün vardiyalı olarak çalıştığı, %78.9'unun mesleğini isteyerek tercih ettiği, %65'inin mesleğini sevdiği, %28.9'unun herhangi bir mesleki demeye üye olduğu, %27.8'inin son bir yıl içinde mesleki, bilimsel toplantılara ve kongrelere katıldığı ve %64.7'sinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaş ortalaması 31.2±6.9'dur. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 62.9 ± 8.9 ve Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 78.3 ± 10.5 olarak saptandı. Bu çalışmada Hemşirelerin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği puanı ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki ($r=0.406$, $p<0.01$) olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmada Hemşirelerin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği puanı arttıkça Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği puanının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted as a relation-seeking research to determine the factors related to the professional autonomy levels of nurses and their attitudes towards evidence-based nursing.

Methods: The research was carried out with the participation of 266 nurses out of 450 nurses working in a university hospital between 02.10.2021 and 02.12.2021. The data were collected using an information form that determines the socio-demographic and working life characteristics of nurses, Evidence-Based Nursing Attitude Scale and Nurses' Attitudes towards Professional Autonomy Scale. Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, One-Way Analysis of Variance and Spearman correlation analysis were used in the analysis of the data.

Results: 80.8% of the nurses participating in the study were women, 19.2% were men, 56.4% were married, 60.2% were undergraduates, 79.3% worked in shifts, 78.9% of them willingly preferred their profession, 65% of them love their profession, 28.9% are members of any professional association, 27.8% have attended professional, scientific meetings and congresses in the last year, and it was determined that 64.7 of them had knowledge about evidence-based nursing practices. The mean age of the nurses is 31.2±6.9 years. The mean score of the Nurses' Attitudes towards Evidence-Based Nursing Scale was 62.9 ± 8.9 and the mean score of the Nurses' Attitudes towards Professional Autonomy Scale was 78.3 ± 10.5. In this study, it was determined that there was a moderately significant positive correlation ($r=0.406$, $p<0.01$) between the Nurses' Attitudes Towards Professional Autonomy Scale score and the Evidence-Based Attitudes Towards Nursing Attitude Scale score.

Conclusion: In the study, it was concluded that as the Nurses' Attitude Scale towards Professional Autonomy scores increased, the Attitudes towards Evidence-Based Nursing Scale score also increased.

Kaynak Gösterimi: Danacı,E., Ağaçdiken Alkan, S., Kavalalı Erdoğan, T., Özbudak, E., Masat Harbali, S. (2023). Hemşirelerin Profesyonel Otonomi Düzeyleri ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları İle İlişkili Faktörler. *EGEHFD*, 39(1), 43-54 DOI: 10.53490/egehemsire.1100623

How to cite: Danacı,E., Ağaçdiken Alkan, S., Kavalalı Erdoğan, T., Özbudak, E., Masat Harbali, S. (2023). Factors Related to The Nurses' Levels of Professional Autonomy and Attitudes to Evidence-Based Nursing. *JEUNF*, 39(1), 43-54. DOI: 10.53490/egehemsire.1100623

GİRİŞ

Sağlık bakım sunumunda profesyonellik ve profesyonel davranış oldukça önemlidir. Günümüzde hemşirelerden düşünen, karar verebilen ve kararlarının sorumluluğunu alabilen kişiler olmaları beklenmektedir. Hemşirelerin bu beklentiyi karşılayabilmesinin en temel yolu ise bireysel ve profesyonel otonomiye sahip olabilmeleridir. Bu yönüyle otonomi hemşirelikte profesyonel uygulamanın ana unsuru olarak kabul edilmektedir (Rouhi-Balasi, Elahi, Ebadi, Jahani, ve Hazrati, 2020).

Otonomi, insanın özgür bir şekilde düşünerek karar verme, kararları doğrultusunda hareket etme, bağımsız davranma gücü ve yetkisi şeklinde ifade edilebilir (Karagözoğlu ve Kangallı, 2009). Hemşirelikte otonomi ise profesyonel hemşirelik bilgisini hasta bakımına ve klinik karar verme sürecine dahil etme yeteneği şeklinde ifade edilmektedir (Rao, Kumar ve McHugh, 2017). Bununla birlikte profesyonel otonomi hemşirelere hemşirelik bakımı sırasında hemşirelik kararlarını verebilme ve hemşirelere verdikleri kararlar doğrultusunda hareket etme özgürlüğü sağlamaktadır (Erikmen ve Vatan, 2019). Literatürde profesyonel otonomiye sahip olan hemşirelerin bilgili, yetkin, öz yönetim ve denetim becerisine sahip, klinik kararlar verebilen, özgür ve hastaları destekleyen özelliklere sahip oldukları bildirilmektedir (Rouhi-Balasi ve diğerleri, 2020).

Hemşirelikte profesyonel otonomi, hemşirelik bakımını geliştirmekte, bireyin hemşirelik bakımından aldığı doyumunu arttırmakta, hemşirelik mesleğinin statüsünü yükseltmekte ve hemşirelerin işe olan bağlılığını arttırmaktadır (Başaran ve Dinç, 2018; Labrague, Mc-Enroe Petite ve Tsaras, 2019). Ayrıca profesyonel otonomi hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları yaparak olumlu sonuçlar elde edebilmeleri için gerekli önemli bir bileşendir (Labrague ve diğerleri, 2019; Mousavizadeh ve Mohtashami, 2018). Bu yönüyle otonomi düzeyi yüksek olan hemşirelerin bakım uygulamaları hakkında bağımsız kararlar verebildikleri ve hastaların tercihlerini önemseyerek kanıta dayalı kararlar alabildikleri belirtilmektedir (Mousavizadeh ve Mohtashami, 2018).

Kanıta dayalı uygulama, klinik kararları desteklemek için, elde edilebilen en iyi kanıtların kullanılma sürecidir (Kocaman, 2003). Günümüzde değişen hemşirelik paradigması, geleneksel uygulamalardan ve klinik deneyimlerden kanıta dayalı uygulamaya geçerek, klinik uzmanlığı hastalar ve klinik koşullara ilişkin mevcut en iyi kanıtla bütünleştirmektedir. Bu yönüyle kanıta dayalı hemşirelik, hemşirelerin hastaların bakım tercihlerini göz önünde bulundurarak sistematik ve bilimsel araştırma bulgularından elde edilen mevcut en iyi klinik kanıtların uygulanması sürecidir (Mousavizadeh ve Mohtashami, 2018). Crosby (2013) mesleki otonominin kanıta dayalı uygulamanın ayrılmaz bir parçası olduğunu vurgulamış, ayrıca mesleki kimlik yaratmada etkili olduğunu ve hemşirelerin profesyonel otonomisini desteklediğini belirtmiştir.

Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının yürütülmesinde hemşirelerin otonom kararlar verebilmeleri oldukça önemlidir. Türkiye’de hemşireler ile yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutuları ile ilişkili faktörleri inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum çalışmamızın çıkış noktasını oluşturmuştur. Bu nedenle araştırma hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanı aranmıştır:

- Hemşirelerin sosyo-demografik, çalışma ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin özellikleri nelerdir?
- Hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Hemşirelerin profesyonel otonomileri hangi düzeydedir?
- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları nasıldır?
- Hemşirelerin otonomi düzeyleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 02.10.2021-02.12.2021 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan 450 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısının belirlenmesinde kullanılan formülden yararlanılmıştır. Uygun örneklem büyüklüğü %95 güven sınırında %5 hata ile 208 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya çalışmanın yapıldığı tarihlerde raporlu ya da izinli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 266 gönüllü hemşire dahil edilmiştir.

Veri Toplama

Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı açıklanmıştır. Araştırmaya katılan

hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip sözel bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veriler araştırmacılar tarafından toplanmaya başlanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 15-20 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler “Hemşire tanıtıcı bilgi formu”, “Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği” ve “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Hemşire tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyodemografik, çalışma ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin özelliklerini içeren 25 sorudan oluşmaktadır.

Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği (HPOYTÖ): HPOYTÖ Asakura, Satoh ve Watanabe tarafından (2016) geliştirilen, Şimşek ve Ceylan (2021) tarafından Türkçe’ye uyarlanan 18 madde ve üç alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri 1 “Kesinlikle katılmıyorum” ve 5 “Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanmakta; “Kesinlikle katılıyorum” hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik en özgür tavrı ifade ederken “Kesinlikle katılmıyorum” en tutucu tavrı belirtmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 18 ile 90 arasında değişmekte; puan yükseldikçe profesyonel otonomi düzeyi artmaktadır. Orjinal ölçeğin cronbach alfa katsayısı, 0,85; bu çalışmada ise 0,88 olarak saptanmıştır.

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ): KDHYTÖ Ruzafa-Martinez, López-Iborra ve Madrigal-Torres (2011) tarafından geliştirilen, Ayhan, Kocaman ve Bektaş (2015) tarafından Türkçe’ye uyarlanan 15 madde ve üç alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğe ilişkin 1., 2., 5., 7., 9., 11., 13. ve 14. maddeler olumlu, 3., 4., 6., 8., 10., 12. ve 15. maddeler olumsuz ifade içermekte; olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 15 ile 75 arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Orjinal ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,85’tir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 20 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov ile değerlendirildi. Verilerin analizinde Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ve Tek Yönlü Varyans analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi amacıyla Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı’ndan (15.06.2021 tarih ve 47952 karar numaralı) etik kurul izni ve kurum izni (Kurum Kayıt Tarihi ve Sayısı:16.07.2021/60706) alınmıştır. HPOYTÖ ve KDHYÖ kullanılabilmesi için ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yürüten yazarlardan yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.2 ± 6.9 ’dur. Hemşirelerin %80.8’ini kadınların oluşturduğu, %60.2’sinin lisans mezunu olduğu, %39.8’inin dahili servislerde görev yaptığı, %95.9’unun servis hemşiresi olduğu, %79.3’ünün vardiyalı olarak çalıştığı, %78.9’unun mesleğini isteyerek tercih ettiği belirlendi. Bununla birlikte araştırmaya katılan hemşirelerin %27.8’inin son bir yıl içinde mesleki, bilimsel toplantılara ve kongrelere katıldığı ve %64.7’sinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olduğu, %51.1’inin mesleği ile ilgili bilimsel yayınları/kanıtları takip etmediği, mesleki yayınları/kanıtları takip etmeyen hemşirelerin %28.5’inin zaman ayıramadığı için, %22.6’sının çalışma saatleri fazla olduğu, %20.9’unun bilgi sahibi olmadığı, %15.9’unun ihtiyaç duymadığı ve %12.1’inin bilimsel araştırmalara ulaşmakta sorun yaşadığı için hemşirelik ile ilgili bilimsel yayınları/kanıtları takip etmediği, %20.6’sının hemşirelik uygulamalarında hekim istemlerini ve hasta takip formlarını kullandığı, %19.9’unun kişisel deneyim ve tecrübesinden ve %18.1’inin meslektaşları ile yaptığı bilgi alışverişinden yararlandığı ve %43.2’sinin mezuniyetten sonra hemşirelik araştırması yaptığı saptandı (Tablo 1).

Bu çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalaması 62.9 ± 8.9 ’dur. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler, Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti ve Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla 30.2 ± 4.7 , 15.7 ± 3.0 , 16.4 ± 3.3 ’tür. KDHYTÖ puanı değerlendirildiğinde, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumunun yüksek düzeyde olduğu saptandı (Tablo 2).

HPOYTÖ toplam puan ortalaması 78.3 ± 10.5 ’tir. İş ile İlgili Bağımsızlık, Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol ve Otonom Klinik Kararlar alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla 22.1 ± 3.5 , 30.5 ± 4.7 , 25.6 ± 4.2 ’dir. HPOYTÖ puanı değerlendirildiğinde, profesyonel otonomi puanının yüksek olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik, Çalışma Ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=266)

Özellikler		n	%
Yaş (31.2 ± 6.9)	20-30 yaş	130	48.9
	31-40 yaş	94	35.3
	41 yaş ve üzeri	42	15.8
Cinsiyet	Kadın	215	80.8
	Erkek	51	19.2
Medeni durum	Evli	150	56.4
	Bekar	116	43.6
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	15	5.6
	Ön lisans	31	11.7
	Lisans	160	60.2
	Lisansüstü	60	22.5
Servisi	Dahili servisler	106	39.8
	Cerrahi servisler	90	33.8
	Yoğun bakım	70	26.4
Servisteki görevi	Servis hemşiresi	255	95.9
	Servis sorumlu hemşiresi	11	4.1
Çalışma statüsü	Kadrolu	184	69.2
	Sözleşmeli	82	3.8
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	55	20.7
	Vardiya	211	79.3
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu	Evet	210	78.9
	Hayır	56	21.1
Mesleğini sevme durumu	Evet	173	65.0
	Hayır	21	7.9
	Kararsızım	72	27.1
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnunum	150	56.4
	Kısmen memnunum	19	7.1
	Memnun değilim	97	36.5
Herhangi bir bilimsel dergiye üye olma durumu	Evet	44	16.5
	Hayır	222	83.5
Herhangi bir mesleki derneğe üye olma durumu	Evet	77	28.9
	Hayır	189	71.1
Son bir yıl içinde mesleki ve bilimsel toplantılara,	Evet	74	27.8

kongrelere katılma durumu	Hayır	192	72.2
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi durumu	Evet	172	64.7
	Hayır	94	35.3
Mesleği ile ilgili bilimsel yayınları/kanıtları takip etme durumu	Evet	130	48.9
	Hayır	136	51.1
Cevabı hayır ise mesleği ile ilgili bilimsel çalışmaları/kanıtları takip edememe sebep/sebepleri*	Çalışma saatlerim çok fazla olduğu için	54	22.6
	Bu konuda bilgi sahibi olmadığım için	50	20.9
	Gereksinim duymadığım için	38	15.9
	Bilimsel çalışmalara ulaşmakta sıkıntı yaşadığım için	29	12.1
	Zaman ayıramadığım için	68	28.5
Hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel kaynaklar/kanıtlardan yararlanma durumu	Evet	131	49.2
	Hayır	135	50.8
Klinikteki hemşirelik uygulamalarında kullandığı yöntem/yöntemler*	Hekim orderi ve hasta takip formları	227	20.6
	Bilimsel çalışma sonuçları	85	7.7
	Meslektaşlarım ile yaptığım bilgi alışverişi	199	18.1
	Kişisel deneyim ve tecrübe	219	19.9
	Hizmet içi eğitimler	173	15.7
	Kurs ve sertifika programları	119	10.8
	Klinik hemşirelik rehberleri	78	7.2
Mezuniyetten sonra hemşirelik araştırması yapma durumu	Evet	115	43.2
	Hayır	151	56.8

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Bu çalışmada KDHYTÖ toplam puan değerinin kadın, lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin ön lisans ve lisans mezunu olan, dahili servislerde görev yapan, herhangi bir bilimsel dergiye üye olan, son bir yıl içinde mesleki/bilimsel toplantılara ve kongrelere katılan, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olan, hemşirelik ile ilgili bilimsel yayınları takip eden, hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel kaynaklardan/kanıtlardan yararlanan, mezuniyet sonrası hemşirelik araştırması yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 3).

Bu çalışmada HPOYTÖ toplam puan değerinin lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin ön lisans mezunu olan, kadrolu olarak çalışan, mesleğini isteyerek tercih etmeyen, herhangi bir bilimsel dergiye üye olan, herhangi bir bilimsel derneğe üye olan, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olan, hemşirelik ile ilgili bilimsel yayınları/kanıtları takip eden, hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel kaynaklar/kanıtlardan yararlanan ve mezuniyetten sonra hemşirelik araştırması yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 3).

Bu çalışmada HPOYTÖ puanı ile KDHYTÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki ($r=0.406$, $p<0.01$) olduğu, HPOYTÖ puanı arttıkça KDHYTÖ puanının da arttığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 2. KDHYTÖ ve HPOYTÖ Alt Boyut Puan Ortalama Ve Ortanca Değerleri (N=266)

Ölçek	Ortalama ± SS	Ortanca	(Min-Max)
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği			
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	30.2 ± 4.7	31	13 - 35
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	15.7 ± 3.0	16	7 - 20
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	16.4 ± 3.3	17	4 - 20
Toplam	62.9 ± 8.9	65	32 - 75
Hemşirelerin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği			
İş ile İlgili Bağımsızlık	22.1 ± 3.5	24	10 - 25
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	30.5 ± 4.7	32	14 - 35
Otonom Klinik Kararlar	25.6 ± 4.2	26	8 - 30
Toplam	78.3 ± 10.5	81	36 - 90

Min.: Minimum. Max.: Maksimum. S.S: Standart Sapma

Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik, Çalışma ve Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Özellikleri ile KDHYTÖ ve HPOYTÖ Toplam Puan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=266)

Özellikler		KDHYTÖ	HPOYTÖ
Yaş	20-30 yaş	63.6 ± 8.6	81 (36 - 90)
	31-40 yaş	63.1 ± 9.1	82 (46 - 90)
	41 yaş ve üzeri	60.6 ± 9.2	79.5 (54 - 90)
		F=1.760 p=.174	$\chi^2=3.813$ p=.149
Cinsiyet	Kadın	65 (32 - 75)	81 (46 - 90)
	Erkek	58 (42 - 74)	80 (36 - 90)
		U=3719 p<.001	U=4927.5 p=.260
Medeni durum	Evli	65 (32 - 75)	81 (46 - 90)
	Bekar	65 (42 - 75)	80 (36 - 90)
		U=8691.5 p=.989	U=8388.5 p=.616
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	65 (43 - 73)AB	74 (56 - 87)AB
	Ön lisans	60 (43 - 74)A	77 (54 - 90)A
	Lisans	63 (32 - 75)A	81 (36 - 90)AB
	Lisansüstü	68.5 (46 - 75)B	83.5 (63 - 90)B
		$\chi^2=24.944$ p<.001	$\chi^2=14.671$ p=.002
Servisiniz	Dahili servisler	66 (42 - 75)A	81.5 (36 - 90)
	Cerrahi servisler	62 (43 - 75)B	81 (54 - 90)
	Yoğun bakım	65 (32 - 75)AB	81 (46 - 90)

		$\chi^2=8.096$ p=.017	$\chi^2=0.353$ p=.838
Servisteki görevi	Servis hemşiresi	65 (32 - 75)	81 (36 - 90)
	Servis sorumlu hemşiresi	66 (46 - 73)	84 (71 - 90)
		U=1329.5 p=.770	U=1002.5 p=.109
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	65 (32 - 75)	82 (46 - 90)
	Sözleşmeli	65 (42 - 75)	78 (36 - 90)
		U=6491.5 p=.069	U=6230.5 p=.023
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	68 (42 - 75)	80 (52 - 90)
	Vardiya	65 (32 - 75)	81 (36 - 90)
		U=4982.5 p=.106	U=5175.5 p=.216
Mesleğinizi isteyerek tercih etme durumu	Evet	65 (32 - 75)	81 (36 - 90)
	Hayır	63 (45 - 75)	84 (56 - 90)
		U=5699 p=.723	U=4605 p=.013
Mesleğinizi sevme durumu	Evet	65 (32 - 75)	81 (36 - 90)
	Hayır	65 (46 - 74)	82 (58 - 90)
	Kararsızım	63.5 (45 - 75)	81 (52 - 90)
		$\chi^2=0.766$ p=.532	$\chi^2=1.573$ p=.455
Herhangi bir bilimsel dergiye üye olma durumu	Evet	69 (46 - 75)	84 (63 - 90)
	Hayır	63,5 (32 - 75)	81 (36 - 90)
		U=3154 p<.001	U=3656.5 p=.008
Son bir yıl içinde mesleki ve bilimsel toplantılara, kongrelere katılma durumu	Evet	67 (46 - 75)	83.5 (60 - 90)
	Hayır	63 (32 - 75)	81 (36 - 90)
		U=5728 p=.014	U=6212.5 p=.112
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi durumu	Evet	66 (32 - 75)	82 (46 - 90)
	Hayır	59 (42 - 75)	78 (36 - 90)
		U=4675 p<.001	U=6230 p=.002
Mesleği ile ilgili bilimsel yayınları/kanıtları takip etme durumu	Evet	67 (32 - 75)	82 (46 - 90)
	Hayır	62 (42 - 75)	79 (36 - 90)
		U=6430 p<.001	U=7190 p=.008
Hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel kaynaklar/kanıtlardan yararlanma durumu	Evet	67 (32 - 75)	82 (46 - 90)
	Hayır	62 (42 - 75)	81 (36 - 90)
		U=6113 p<.001	U=7422.5 p=.023

Mezuniyetten sonra hemşirelik araştırması yapma durumu	Evet	67 (32 - 75)	82 (36 - 90)
	Hayır	62 (43 - 75)	81 (52 - 90)
		U=6274 p<.001	U=7430 p=.044

χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği. U= Mann Whitney U Test İstatistiği. F= One Way Anova A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 4. HPOYTÖ ile KDHYTÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	HPOYTÖ
KDHYTÖ	0.406**

r=spearman korelasyon analizi, ** p<0.01

TARTIŞMA

Hemşireliğin profesyonelleşme sürecinde bilimsel bilgiye dayalı karar verme ile birlikte hemşirelik uygulamalarında kanıt kullanımı oldukça önemlidir. Kanıta dayalı hemşirelik en iyi araştırma kanıtlarının hasta değer ve tercihleri ile bütünleştirilmesi sürecini ifade etmekte (Kumsar, Polat ve Doğrusöz, 2020), hastaya etkin, verimli ve güvenli bakım sunumunu sağlamaktadır (Stevens, 2013).

Bu çalışmada hemşirelerin mesleği ile ilgili bilimsel yayın/kanıtları takip etmeme nedenleri sırasıyla zaman ayıramamama, çalışma saatlerinin fazla olması, bilgi eksikliği, ihtiyaç duymama ve bilimsel yayımlara ulaşmakta sorun yaşama şeklinde ifade ettikleri saptandı. Literatür incelendiğinde hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik engelleri; iş yoğunluğu (Baran, Atasoy ve Şahin, 2020; Khammarnia, Mohammadi, Amani, Rezaeian ve Setoodehzadeh, 2015; Zeb ve diğerleri, 2018;), iş merkezli çalışma (Baran ve diğerleri, 2020), yabancı dil yetersizliği (Baran ve diğerleri, 2020; Khammarnia ve diğerleri, 2015; Shayan, Kiwanuka ve Nakaye, 2019), hemşire eksikliği (Baran ve diğerleri, 2020; Khammarnia ve diğerleri, 2015; Shayan ve diğerleri, 2019; Zeb ve diğerleri, 2018), zaman kısıtlılığı (Baired ve Miller, 2015; Baran ve diğerleri, 2020; Khammarnia ve diğerleri, 2015; Mohsen, Safaan ve Okby, 2016; Shayan ve diğerleri, 2019; Yılmaz ve diğerleri, 2018; Zeb ve diğerleri, 2018), bilimsel araştırma yöntemleri konusunda bilgi eksikliği (Baran ve diğerleri, 2020), kurumsal destek yetersizliği (Baran ve diğerleri 2020; Shayan ve diğerleri, 2019; Zeb ve diğerleri, 2018), bilgisayar kullanma becerisi eksikliği (Khammarnia ve diğerleri, 2015; Shayan ve diğerleri, 2019), klinikte karar verici olamama (Baran ve diğerleri, 2020; Khammarnia ve diğerleri, 2015; Umarani, 2014), hemşirelik dergilerini içeren bir kütüphaneye erişim eksikliği (Khammarnia ve diğerleri, 2015), klinik ortam ve malzeme yetersizliği (Baran ve diğerleri, 2020; Yılmaz ve diğerleri, 2018; Zeb ve diğerleri, 2018) ile bilgi eksikliği (Jordan, Bowers ve Morton, 2016; Underhill, Roper, Siefert, Boucher ve Berry, 2015) şeklinde sıraladıkları bildirilmiştir. Araştırma bulguları literatür ile uyumlu olup hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik algıladıkları engellerin bireysel ve örgütsel süreçler ile ilişkili olduğu; araştırmaların eleştirel bir şekilde değerlendirilmesi ve araştırma bulgularının uygulanması için hemşirelerin klinik çalışma saatlerine ilişkin düzenlemelere gereksinim duyduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin klinikteki hemşirelik uygulamaları sırasında kullandıkları bilgi arama yöntemlerini sırasıyla hekim istemlerini ve hasta takip formları, kişisel deneyim ve tecrübe, meslektaşları ile yaptığı bilgi alışverişi, hizmet içi eğitimler, kurs ve sertifika programları, bilimsel araştırma sonuçları ve klinik hemşirelik rehberleri şeklinde sıraladıkları görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan çalışmalarda hemşirelerin bilgi kaynaklarını; meslektaşlar (Hashempour, 2015; Yılmaz ve diğerleri, 2018), hekimler ve diğer tıbbi personel (Hashempour, 2015; Yılmaz ve diğerleri, 2018), hasta kayıtları (Hashempour, 2015), ders kitapları (Hashempour, 2015), bilimsel dergiler (Hashempour, 2015; Yılmaz ve diğerleri, 2018), internet (Hashempour, 2015), elektronik kaynaklar ve veri tabanları (Hashempour, 2015), hizmet içi eğitimler (Yılmaz ve diğerleri, 2018) ile kongre/konferanslar (Yılmaz ve diğerleri, 2018) şeklinde sıraladıkları bildirilmiştir. Kanıt düzeyi yüksek olan çalışmalar hemşireliğin bilimsel bilgi tabanının geliştirilmesinde anahtar role sahiptir. En iyi bilgi, bilimsel dergilerde bulunan iyi tasarlanmış ve sistematik olarak yürütülen araştırma bulgularından elde edilen kanıtlardır (Potter, Perry, Stockert ve Hall, 2013). Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesine katkı sağlamaktadır (Kocaman, 2003).

Bu çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ toplam puanı $62,9 \pm 8,9$ olarak belirlendi. KDHYTÖ puanı değerlendirildiğinde, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumunun yüksek düzeyde yani olumlu olduğu saptandı. Araştırma bulgularını destekler nitelikte hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik

tutumlarının incelendiği Erişen, Yeşildal ve Dömbekçi (2019) ile Doğan, Cin, Demirağ ve Uçan, (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılmış bazı çalışmalarda ise hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Daştan ve Hintistan, 2018; Shafiei, Baratimarnani, Goharinezhad, Kalhor ve Azmal, 2014; Şen ve Yurt, 2021; Yılmaz, Düzgün ve Dikmen, 2019). Araştırma bulguları arasındaki farklılıkların hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi düzeyi, tutumları, eğitim seviyesi ve bakım verdikleri hasta sayısı gibi farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada KDHYTÖ toplam puan değerinin kadın, lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin ön lisans ve lisans mezunu olan, dahili servislerde görev yapan, herhangi bir bilimsel dergiye üye olan, son bir yıl içinde mesleki/bilimsel toplantılara ve kongrelere katılan, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olan, hemşirelik ile ilgili bilimsel yayınları takip eden, hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel kaynaklardan/kanıtlardan yararlanan, mezuniyet sonrası hemşirelik araştırması yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda kadın (Dikmen, Filiz, Tanrikulu, Yılmaz ve Kuzgun, 2018; Kumsar ve diğerleri, 2020), lisansüstü eğitim düzeyine sahip (Şen ve Yurt, 2021), dahili birimlerde görev yapan (Erişen ve diğerleri, 2019), bilimsel kongre ve toplantılara katılan ve katılmaya istekli olan (Aslan ve Gürdap, 2021; Yılmaz diğerleri, 2018), kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi sahibi olan (Aslan ve Gürdap, 2021; Baran ve diğerleri, 2020; Ruzafa-Martinez ve diğerleri, 2011), hemşirelik ile ilgili bilimsel yayınları takip eden (Dikmen ve diğerleri, 2018; Yılmaz ve diğerleri, 2019) kanıta dayalı güncel bakım uygulamalarını hasta bakımına yansıtan (Aslan ve Gürdap, 2021; Doğan ve diğerleri, 2021; Yılmaz ve diğerleri, 2018), ve bilimsel araştırma yapan (Baran ve diğerleri, 2020; Erişen ve diğerleri, 2019; Yılmaz ve diğerleri, 2018) hemşirelerin KDHYÖ toplam puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ise cinsiyet (Aslan ve Gürdap, 2021; Daştan ve Hintistan, 2018; Karakaş, Şahin, Polat ve Öztürk, 2021; Yılmaz ve diğerleri, 2019), eğitim düzeyi (Aslan ve Gürdap, 2021; Daştan ve Hintistan, 2018; Karakaş ve diğerleri, 2021; Yılmaz ve diğerleri, 2019), çalışılan birim (Aslan ve Gürdap, 2021; Yılmaz ve diğerleri, 2019), mesleki yayınları takip etme durumu (Daştan ve Hintistan, 2018), bilimsel toplantılara katılma durumu (Daştan ve Hintistan, 2018; Karakaş ve diğerleri, 2021; Yılmaz ve diğerleri, 2019) ve mezuniyet sonrası araştırma yapma durumu (Karakaş ve diğerleri, 2021; Daştan ve Hintistan, 2018) ile KDHYTÖ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada HPOYTÖ toplam puanı 78.3 ± 10.5 olarak belirlendi. HPOYTÖ puanı değerlendirildiğinde, profesyonel otonomi puanının yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Cajulis, Fitzpatrick ve Kleinpell'in (2007) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin otonomi puanının yüksek olduğu belirlenmiş olup; hemşirelerin %41'inin çok yüksek, %31.5'inin oldukça yüksek ve %19.0'ının ise orta düzeyde otonomiye sahip oldukları belirtilmiştir. Araştırma bulgularına karşın Georgiou, Papatthanassoglou ve Pavlakis'in (2017) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin profesyonel otonomi puanının orta düzey olduğu; en düşük otonomi puanını birimin işleyişiyle ilgili bağımsız kararlar verebilirim ve birim işlemlerini düzenlemek için bağımsız hareket edebilirim alt boyutlarından; en yüksek otonomi puanını ise bilgi tabanımı geliştirmekten sorumluyum ve hemşirelik bakımıyla ilgili kararlarımdan sorumluyum alt boyutlarından aldıkları bildirilmiştir. Abdolmaleki, Lakdizaji, Ghahramanian, Allahbakhshian ve Behshid'in (2018) yapmış olduğu çalışmada ise acil hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Hemşireler için otonomi profesyonelleşmenin en önemli unsurlarından biridir. Profesyonel otonomi düzeyi yüksek olan hemşireler, hemşirelik uygulamaları üzerinde düşünebilen, seçenekleri değerlendirerek seçim yapabilen, seçimleri doğrultusunda hemşirelik kararlarını uygulayan, yapmış olduğu uygulamalara ilişkin hesap verebilen bir konumdadır. Bu durum hemşirelerin mesleki memnuniyetini, iş doyumunu ve motivasyonunu arttırmaktadır (Atasoy ve Baykara, 2020).

Bu çalışmada HPOYTÖ toplam puan değerinin lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin ön lisans mezunu olan, kadrolu olarak çalışan, herhangi bir bilimsel dergiye ve derneğe üye olan, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olan, hemşirelik ile ilgili bilimsel yayınları/kanıtları takip eden, hemşirelik girişimlerini gerçekleştirirken bilimsel kaynaklar/kanıtlardan yararlanan ve mezuniyetten sonra hemşirelik araştırması yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Dikmen ve diğerlerinin (2016) yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin eğitim düzeyi, mesleki bir derneğe üye olma ve mesleki bilimsel toplantılara katılma durumları ile otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu; lisansüstü eğitim düzeyine sahip, mesleki bir derneğe üye olan ve mesleki bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin otonomi puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte Shohani, Rasouli ve Sahebi'nin (2018) hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada da araştırma bulgularıyla uyumlu olarak hemşirelerin profesyonel otonomi puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu; yüksek lisans eğitimi alan hemşirelerin hasta bakımı için karar vermede otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Profesyonel otonomi hemşireliğin kuramsal ve kavramsal bilgisi ile yakından ilişkilidir. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip, bilimsel yayınları takip eden, kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili bilgi sahibi olan hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyinin yüksek olmasının araştırma sonuçlarına kolaylıkla ulaşabilmeleri ve bu kanıtları hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada HPOYTÖ puanı ile KDHYTÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki ($r=0.406$, $p<0.01$) olduğu, HPOYTÖ puanı KDHYTÖ puanının da arttığı belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte, Mousavizadeh ve Mohtashami, (2018)'nin hemşirelerin mesleki otonomi ve kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada da hemşirelerin otonomi düzeylerinin artması kanıta dayalı uygulamayı desteklemekte ve hemşirelik bakımının kalitesini arttırdığı bildirilmektedir. Profesyonel otonomi, hemşireler tarafından hastaların ihtiyaçlarının incelenmesini, her hasta için bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının tasarlanmasını ve uygulanmasını ve güncel araştırma kanıtlarına dayalı olarak hastaların bakım sonuçlarının değerlendirilmesini içermektedir (Mousavizadeh ve Mohtashami, 2018). Hemşirelerin sağlık bakım ortamı içerisinde sürekli, hızlı ve bağımsız klinik kararlar vermesi bireyin gereksinimlerini belirleyebilmesi için otonomi becerisine sahip olması gerekmektedir. Bu yönüyle profesyonel otonomi düzeyi ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları yüksek olan hemşireler, mesleki bilgiyi sentezleyerek seçenekler içerisinde en iyi kanıtları seçip hemşirelik bakımına yansıtmaktadır. Bu durum ise hemşirelik bakımında daha fazla kanıt kullanımı sağlayarak hasta bakım sonuçlarının iyileşmesini, hemşirelik bakım kalitesinin artmasını ve hemşirelerin iş doyumlarının yükselmesini sağlamaktadır.

Sınırlılıklar

Araştırma Türkiye’de tek bir hastanede yürütülmüş olması nedeniyle tüm hemşirelere genelleme yapılamaz. Ayrıca elde edilen bulguların bireylerle eş zamanlı görüşmelere dayalı olmaması ve nedensel çıkarımların yapılamaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır

SONUÇ

Bu çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu, profesyonel otonomi düzeylerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada HPOYTÖ puanı ile KDHYÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu, HPOYTÖ puanı KDHYTÖ puanının da arttığı belirlendi. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesinde, hemşirelere olumlu bir klinik ortam oluşturmak, eğitimler verilerek hemşirelerin araştırma kullanma becerilerini geliştirmek, hemşirelerin profesyonel otonomileri ve kanıt kullanma süreçleri önündeki engellerin keşfedilerek ortadan kaldırılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi için çalışmaların yapılması ve hemşirelerin otonomi ve kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumlarının geniş örneklerde araştırılması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: E.D, S.A.A. Veri toplama: E.D. Veri analizi ve yorumlama: E.D, T.K.E, E.Ö. Makale yazımı: E.D, T.K.E. Eleştirel inceleme: E.D, S.A.A, S.M.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazar/lar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Abdolmaleki, M., Lakdizaji, S., Ghahramanian, A., Allahbakhshian, A., Behshid, M. (2018). Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(1), 20-25. doi:10.20529/IJME.2018.076.
- Asakura, K., Satoh, M., Watanabe, I. (2016). The Development of the Attitude Toward Professional Autonomy Scale for Nurses in Japan. *Psychological Reports SAGE Journals*, 119(3), 1–22. doi: 10.1177/0033294116665178
- Aslan, H., Gürdap, Z. (2021). Nurses’ attitudes towards evidence-based nursing and their knowledge levels to prevent infection associated with peripheral venous catheter. *Jour Turk Fam Phy*, 12(2), 84-98. doi:10.15511/tjtfp.21.00284.
- Atasoy, N., Baykara, Z.G. (2020). Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 28(2), 206-15. doi: 10.5336/mdethic.2019-71559
- Ayhan, Y., Kocaman, G., Bektaş, M. (2015). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği” nin Türkçe’ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlilik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17(2-3), 21-35.
- Baran, GK., Atasoy, S., Şahin, S. (2020). Evaluation of awareness and attitudes of nurses towards evidence-based nursing practices, *CBU-SBED*, 7(3), 352 -359. Erişim adresi: <https://doi.org/10.34087/cbusbed.699410>
- Başaran, S., Dinç, L. (2018). Turkish adaptation and psychometric characteristics of the nursing authority and autonomy scale. *Journal of Nursing Management*, 26(6),735-743. doi: 10.1111/jonm.12611

- Cajulis, C.B., Fitzpatrick, J.J., Kleinpell, R. M. (2007). Levels of autonomy of nurse practitioners in an acute care setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(10), 500-507. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00257.x
- Crosby E. (2013). The role of practice guidelines and evidence-based medicine in perioperative patient safety. *Canadian Journal of Anesthesia*. 60(10), 143-151. doi 10.1007/s12630-012-9855-9
- Daştan, B., Hintistan, S. (2018). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi: kırsal bölge örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 1-9. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/613958>
- Dikmen, Y., Filiz, N.Y., Tanrikulu, F., Yılmaz, D., Kuzgun, H. (2018). Attitudes of intensive care nurses towards evidence-based nursing. *International Journal of Health Sciences and Research*, 8(1), 138-143. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Nasibe-Filiz/publication/342881197_Attitudes_of_Intensive_Care_Nurses_towards_Evidence-Based_Nursing/links/5f0b32c4299bf1881616e47b/Attitudes-of-Intensive-Care-Nurses-towards-Evidence-Based-Nursing.pdf
- Dikmen, Y., Yılmaz, D.K., Usta, Y.Y. (2016). An analysis of nurses' autonomy levels in terms of certain variables. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 72-87. doi: 10.17371/UHD.2016823282
- Doğan, E. S., Cin. A., Demirağ, H., Uçan, M. F. (2021). Investigation of nurses' attitudes toward evidence-based nursing practices. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 612-622.
- Erikmen, E., Vatan, F. (2019). Hemşirelerin bireysel ve mesleki otonomilerinin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2(6), 141-152. doi:10.5222/SHYD.2019.36036.
- Erişen, M.A., Yeşildal M., Dömbekçi, H.A. (2019). Investigation of nurses' attitudes towards evidence-based nursing. *Journal of Social And Humanities Sciences Research*, 6(44), 3682-3689. <https://doi.org/doi:10.33715/inonusaglik.715440>
- Georgiou, E., Papatianassoglou, E., Pavlakis, A. (2017). Nursephysician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 22(1), 29-39. doi: 10.1111/nicc.12126
- Hashempour L. (2015). Hemşirelerin bilgi gereksinimleri ve bilgi arama davranışları. 1. Uluslararası Öğrenciler sosyal Bilimler Kongresi. Ankara.
- Jordan, P., Bowers, C., Morton, D. (2016). Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in Eastern Cape. *South African Journal of Critical Care*, 32(2), 50-54. doi:10.7196/SAJCC.2016.v32i2.253
- Karagözoğlu, Ş., Kangallı P. (2009). Autonomy levels among nurses: professional-institutional factors that affect autonomy. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(5), 1085-1097. Erişim adresi: <https://avesis.cumhuriyet.edu.tr/yayin/82759fc2-ea22-4e74-905c-a7cda3c6594b/autonomy-levels-among-nurses-professional-institutional-factors-that-affect-autonomy>
- Khammarnia, M., Mohammadi, M.H., Amani, Z., Rezaeian, S., Setoodehzadeh, F. (2015). Barriers to implementation of evidence based practice in Zahedan teaching hospitals, Iran, 2014. *Nursing Research and Practice*, 2015,1-5. <https://doi.org/10.1155/2015/357140>
- Karakaş SA, Şahin NAÖ, Polat H, Öztürk Z. (2021) Examination of evidence- based nursing attitudes and the relationship with Professional self-concept in nurses working in a psychiatric hospital. *Perspect Psychiatr Care*. 57,1425-1432. <https://doi.org/10.1111/ppc.12708>
- Kocaman N. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2),61-69. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/983256>
- Kumsar, A.K., Polat, Ş., Doğrusöz, L.A. (2020). Determining attitudes of nurses toward evidence-based nursing in a university hospital sample. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(3), 268. doi: 10.5152/FNJJN.2020.19022
- Labrague, L. J., Mc-Enroe Petite, D. M., Tsaras, K. (2019). Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: a cross- sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), e12711. doi: 10.1111/ijn.12711.
- Mohsen, M., Safaan, N. A., Okby, M. O. (2016). Nurses' perceptions and barriers for adoption of evidence based practice in primary care: Bridging the gap. *American Journal of Nursing Research*, 4(2), 25-33. doi: 10.12691/ajnr-4-2-1

- Mousavizadeh, S.N., Mohtashami, J. (2018). Correlation between professional autonomy and evidence-based practice in nurses. *Medical Science*, 22(94), 514-517. Erişim adresi: http://www.discoveryjournals.org/medicallscience/current_issue/v22/n94/A2.pdf
- Potter, P. A., Perry, A. G. E., Stockert, P. A., Hall, A. E., (2013). *Fundamentals of nursing*. Elsevier mosby.
- Rao, A. D., Kumar, A., McHugh, M. (2017). Better nurse autonomy decreases the odds of 30- day mortality and failure to rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), 73-79. doi:10.1111/jnu.12267.
- Rouhi-Balasi, L., Elahi, N., Ebadi, A., Jahani, S., Hazrati, M. (2020). Professional autonomy of nurses: A qualitative meta-synthesis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(4), 273. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_213_19
- Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Madrigal-Torres M. (2011). Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4):664-70. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01677.x.
- Shafiei, E., Baratimarnani, A., Goharinezhad, S., Kalhor, R., Azmal, M. (2014). Nurses' perceptions of evidence-based practice: a quantitative study at a teaching hospital in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 135. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322335/>
- Shayan, S.J., Kiwanuka, F., Nakaye, Z. (2019). Barriers associated with evidence- based practice among nurses in low- and middle- income countries: A systematic review. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*, 16(1), 12-20. <https://doi.org/10.1111/wvn.12337>
- Shohani, M., Rasouli , M., Sahebi , A. (2018). The level of professional autonomy in Iranian nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12 (5), LC0-LC04. doi: 10.7860/JCDR/2018/31249.11465
- Stevens, K. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol18No02Man04
- Şen, E.S., Yurt, S. (2021). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *DEUHFED*, 14(2), 102-107. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1104609#:~:text=Sonu%C3%A7%3A%20Hem%C5%9Firelerin%20kan%C4%B1ta%20dayal%C4%B1%20hem%C5%9Fireli%C4%9Fe,de%C4%9Fi%C5%9Fikli%C4%9Fine%20yol%20a%C3%A7mad%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20sonucuna%20ula%C5%9F%C4%B1ld%C4%B1>.
- Şimşek, S., Ceylan, B. (2021). Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirliği. *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.* 12(2), 411-417. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.849356>
- Umarani, J. (2014). Perceived barriers to evidence-based practice among registered nurses. *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*, 4(32), 15-19. doi: 10.15272/ajbps.v4i32.485
- Underhill, M., Roper, K., Siefert, M. L., Boucher, J., Berry, D. (2015). Evidence-based practice beliefs and implementation before and after an initiative to promote evidence-based nursing in an ambulatory oncology setting. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(2), 70-78. doi: 10.1111/wvn.12080.
- Yılmaz, D., Düzgün, F., Dikmen, Y. (2019). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 713-719. doi: <https://doi.org/10.31067/0.2018.91>
- Yılmaz, E., Çeçen, D., Aslan, A., Kara, H., Kızıl Toğaç, H.K., Mutlu, S. (2018). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve araştırma kullanımında algıladıkları engeller. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(4), 235-241. doi:10.5222/HEAD.2018.235
- Zeb, A., Riaz, M., Emmanuel, S., Rehman, N., Qudrat, S., Rubina. (2018). Barriers to Evidence Based Nursing Practice in Tertiary Care Hospitals of Peshawar, Pakistan. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 8(1), 1-5. doi: 10.26717/BJSTR.2018.08.001592.

Esra ENGİN¹
Orcid: 0000-0003-0836-1532
M. Olcay ÇAM¹
Orcid: 0000-0002-6115-7306
Ayşegül DÖNMEZ¹
Orcid: 0000-0002-1087-9173
Şeyda DÜLGERLER¹
Orcid: 0000-0003-4512-9855
Gönül ÖZGÜR²
Orcid: 0000-0002-6539-3496
Ayça GÜRKAN²
Orcid: 0000-0001-6962-3095
Satı DOĞAN¹
Orcid: 0000-0002-9935-3265
Serap YILDIRIM¹
Orcid: 0000-0002-9822-1877
Emel ÖZTÜRK TURGUT¹
Orcid: 0000-0003-0620-2749
Nihan DURGU³
Orcid: 0000-0001-7430-9316
Gizem BEYCAN EKİTLİ¹
Orcid: 0000-0002-7308-5629
Elif Deniz KAÇMAZ⁴
Orcid: 0000-0001-7630-3532
Merve UĞURYOL¹
Orcid: 0000-0002-2069-7306
Hacer DEMİRKOL⁵
Orcid: 0000-0002-8639-8376
Cansu GÜLER⁶
Orcid: 0000-0002-0939-1760
Ege Miray TOPCU¹
Orcid: 0000-0001-5574-7441
Özgür KARAÇAM⁷
Orcid: 0000-0003-4165-2745

¹ Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

² Emekli Öğretim Üyesi

³ Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa.

⁴ İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

⁵ Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat.

⁶ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Muğla

⁷ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kampüs Poliklinikleri, İzmir

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

NİHAN DURGU
nihan_yalciner@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Öğrenci hemşire; ruhsal belirti; sorun çözme terapisi; psikiyatri hemşireliği.

Keywords:

Student nurse; mental symptom; problem solving therapy; psychiatric nursing.

EGEHFD, 2023, 39 (1): 55-62

DOI: 10.53490/egehemsire.1036992

Sorun Çözme Terapisi Temelli Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Ruhsal Belirtiler Üzerine Etkisi

The Effect of Problem-Solving Therapy-Based Psychiatric Nursing Approach on the Mental Symptoms Experienced by University Students

Gönderilme Tarihi: 21 Aralık 2021

Kabul Tarihi: 7 Aralık 2022

* Araştırma, I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi'nde (13-16 Nisan 2017) poster bildirisi olarak sunulmuştur..

ÖZ

Amaç: Araştırma Sorun Çözme Terapisine (SÇT) dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının ruhsal belirtileri olan hemşirelik öğrencilerinin ruhsal belirti düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem: Araştırma, tek grup, ön test-son test uygulamalı yarı-deneysel tasarımda yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, 2016-2017 eğitim ve öğretim yılında bir hemşirelik fakültesinde eğitim gören 262 birinci sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Örneklemi Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ) puan ortalaması 2.00 ve üstü olan yedi öğrenci oluşturmuştur. SÇT, her öğrenciye bireysel olarak, ortalama 40-45 dakika süren yedi-sekiz oturumda uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı analizler, bağımsız gruplar arası farkın anlamlılığı testi ve Paired Sample Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik katsayısı $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın evreni RCİ puanı açısından değerlendirildiğinde, öğrencilerin %22.1'inin (%3.4, $RCİ \geq 2.00$, $n=9$ ve %18.7, $1.99 \geq RCİ > 1.00$, $n=49$) psikopatoloji eğilimi gösterdiği saptanmıştır. SÇT sonrası, örneklem grubunun KSE ve tüm alt boyut belirti toplam puanında, Ek Bulgular ($p=0.89$, $p > 0.05$) alt boyutu dışında düşüş görülmüştür ($p < 0.005$). Ayrıca RCİ'nin girişim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.005$).

Sonuç: SÇT temelli psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, ruhsal belirti gösteren hemşirelik öğrencileri üzerinde olumlu etki sağladığı belirlenmiştir. SÇT'nin ruhsal belirti gösteren üniversite öğrencilerinde daha geniş örneklem gruplarında uygulanması ve randomize kontrollü araştırmalarla etkililiğinin sınanması önerilmektedir.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to examine the effect of the Problem-Solving Therapy (PST) based psychiatric nursing approach on the mental symptom levels of nursing students showing mental symptoms.

Methods: The study was conducted in the semi-experimental design with a single group and pretest-posttest application. Study population consisted of 262 first-year students attending a nursing faculty in the 2016-2017 academic years. The data of the study was collected using the Introductory Information Form and Brief Symptom Inventory (BSI). The sample included seven students with a mean score of 2.00 or over on the Disease Severity Index (DSI). PST was implemented in seven-eight sessions of 40-45 minutes on average individually for each student. Data was assessed using descriptive analyses, test for the significance of the difference between independent groups and Paired Sample Wilcoxon Signed Rank Test. The level of statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: When the study population was evaluated in terms of DSI scores, it was seen that 22.1% of the students (3.4%, $DSI \geq 2.00$, $n=9$ and 18.7%, $1.99 \geq DSI > 1.00$, $n=49$) had psychopathologic tendencies. Following the PST, a decrease was found in the total scores of the sample on the BSI and whole subscales except for the Additional Findings subscale ($p=0.89$, $p > 0.05$) ($p < 0.005$). In addition, the difference between the mean scores on the DSI before and after the intervention was found statistically significant ($p < 0.005$).

Conclusion: It was determined that PST-based psychiatric nursing approach had a positive effect on nursing students with mental symptoms. It is recommended that PST be applied in larger sample groups in university students with severe mental symptoms and its effectiveness should be tested with randomized controlled studies.

Kaynak Gösterimi: Engin, E., Çam, MO., Dönmez, A., Dülgerler, Ş., Özgür, G., Gürkan, A., ... Karaçam, Ö. (2023) Sorun Çözme Terapisi Temelli Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Ruhsal Belirtiler Üzerine Etkisi. *EGEHFD*, 39(1), 55-62 DOI:10.53490/egehemsire.1036992

How to cite: Engin, E., Çam, MO., Dönmez, A., Dülgerler, Ş., Özgür, G., Gürkan, A., ... Karaçam, Ö. (2023) The Effect of Problem-Solving Therapy-Based Psychiatric Nursing Approach on the Mental Symptoms Experienced by University Students. *JEUNF*, 39(1), 55-62 DOI:10.53490/egehemsire.1036992

GİRİŞ

Üniversite yaşamında öğrencilerin gelişimsel sorunlarıyla yüzleşmesinin yanında üniversite yaşamına uyum sağlaması beklenmektedir. Aileden ayrılma, yalnız kalma, ekonomik güçlük yaşama, farklı kültürden gelen insanlarla anlaşma zorunluluğu, ilişki sorunları, akademik rekabet, mesleğe hazırlanma, iş bulma kaygısı gibi nedenler yoğun strese ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Altaş, Kaya, Özel ve Topuzoğlu, 2020; Pedrelli, Nyer, Yeung, Zulauf ve Wilens, 2015).

Hemşirelik eğitiminin uygulamalı ve yoğun bir ders müfredatına sahip olması, klinik ortamda daha çok hasta bireylere bakım verme (Baysan, Korhan, Tokem ve Torun, 2015), bireylerin ağrı, acı çekme, ümitsizlik, ölüm gibi deneyimlerine şahit olma, yoğun akademik çalışma nedeniyle sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi ruhsal hastalıklara neden olabilecek farklı stres faktörlerini de beraberinde getirmektedir (Softa ve Kaya, 2013). Alan yazında yapılan birçok çalışma öğrenci hemşirelerin, stres, anksiyete, duygu düzenleme güçlüğü, ruhsal sorunlar ve hastalıklar yaşadığını göstermektedir (Bartlett, Taylor ve Nelson, 2016; Baysan ve diğerleri, 2015; Cheung ve diğerleri, 2016; Turner ve McCartly, 2017; Yıldırım, Hacıhasanoğlu ve Karakurt, 2008; Zeng, Wang, Xie, Xiuying ve Reinhardt, 2019).

Kendisinin ve hastalarının gereksinimlerinin farkında, eleştirel bakabilen, hasta odaklı bakım veren, etik ilkelere göre hareket eden, multidisipliner ekip üyeleri ile uyum içerisinde çalışan hemşirelerin yetişmesi ancak fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı hemşirelik öğrencileri ile mümkün olabilir (Çam ve Engin, 2021; Özmen ve Çetinkaya, 2016). Dolayısıyla, ruhsal desteğe gereksinimi olan hemşirelik öğrencilerine sunulan psikososyal danışmanlık uygulamalarının hem bireysel hem de mesleki kazanımları olacağı düşünülmektedir.

Günlük yaşamda karşılaşılan sorunları çözme becerisi yetersiz kaldığında, bireylerde ruhsal sorunların yaşandığı belirtilmektedir. Sorun Çözme Terapisi (SÇT) bu noktadan yola çıkarak karşılaşılan sorunun kişiye verdiği psikolojik sıkıntıyı ortadan kaldırmak ve gelecekte karşılaşılabilecek sorunlara karşı sorun çözme becerilerini artırmaya yardımcı olarak psikolojik dayanıklılığını artırma ve olası ruhsal hastalıkları önlemeyi amaçlamaktadır (Eskin, 2011).

Araştırmada “H1: Ruhsal belirti yaşayan öğrencilere uygulanan SÇT’ye dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı, RCİ puan ortalamasını düşürür.” hipotezi değerlendirilmiştir. Ayrıca birinci sınıf öğrencilerin ruhsal durumlarının taranarak ruhsal belirti ciddiyeti düzeylerinin belirlenmesi araştırmanın alt hedefini oluşturmuştur.

Öğrencilerin ruhsal belirti ciddiyetlerinin saptanması, ruhsal desteğe gereksinimi olan öğrencilerin erken dönemde belirlenmesi, gerekli müdahalelerin yapılması ve yönlendirilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ek olarak SÇT’ye dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı ile sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin, öğrencilerin ruh sağlıklarının iyileştirilmesine, kişisel gelişimlerine ve mesleki performanslarının artmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tek gruplu, ön test-son test uygulamalı yarı- deneysel tipte bir araştırmadır.

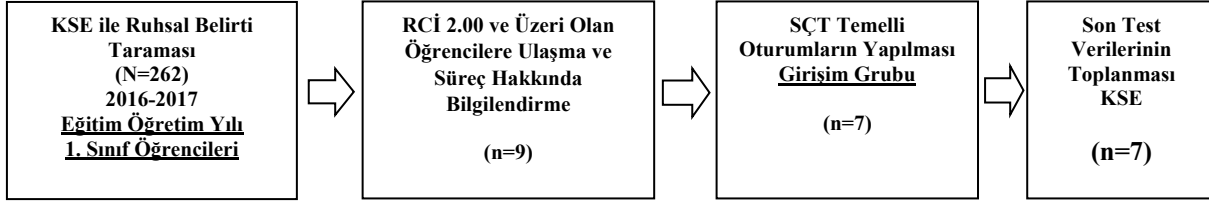
Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2016-2017 eğitim ve öğretim yılında bir hemşirelik fakültesinde eğitim gören birinci sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=262). Örneklem seçiminde Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulaması ile Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ) ortalaması 2.00 puan ve üstü puan almış olma (ciddi düzeyde ruhsal belirti gösterme), araştırmaya katılmaya gönüllü olma ve görüşmelere tam devamlılık gösterme koşulları karşılanmıştır. RCİ ortalaması 2.00 puan ve üstü olan dokuz öğrenci (hedef grup) saptanmıştır. Bu dokuz öğrenciye telefonla ulaşılarak yüz yüze görüşmelere çağırılmıştır. Görüşmelerde araştırmanın hedefleri ve bireysel danışmanlık sürecine ilişkin detaylı bilgi paylaşılarak, öğrencilerin katılma gönüllülüğü belirlenmiştir. Bir öğrenci araştırmaya katılmaya gönüllü olmadığı, bir öğrenci de görüşmelere devam koşulunu yerine getiremediği için araştırma toplam yedi öğrenci (Girişim Grubu) ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama

Araştırmanın evrenini oluşturan 262 birinci sınıftaki öğrencilerin RCİ taramaları Kasım 2016’da gerçekleştirilmiştir. Taramanın Kasım ayında gerçekleştirilmesi kararında, öğrencilerin fakülteye uyumlanabilmeleri için gerekli altı- sekiz haftalık bir kriz sürecini tamamlamaları gözletilmiştir. KSE uygulaması öncesi araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmanın önemi anlatılmıştır. Ardından öğrencilere Tanıtıcı Bilgi Formu ve KSE ön test olarak uygulanmıştır (Şekil 1). Kâğıt ve kalemle kendi kendilerine uygulayabilmelerine olanak sağlayan bu veri toplama araçlarının tamamlanması için öğrencilere 20 dakika süre verilmiştir.

Taramalarla evrenin tamamına ulaşılmıştır (N=262). Girişim grubundaki öğrencilerle (n=7) SÇT’nin sekiz temel basamağı kapsamında yürütülen görüşmeler Eylül 2017’de sonlandırılmıştır. Görüşmeler sonrası Ekim 2017’de KSE ölçümleri (son test) yenilenmiştir.



Şekil 1. Uygulama Akış Planı

Araştırmanın uygulanması

Sorun çözme terapisi: SÇT’de bireylerin sorunlarının belirlenmesi kadar sorun çözümünde kullandıkları içsel ve dışsal kaynaklarının da bilinmesi son derece önemlidir. Bu bilgiler aynı zamanda tedavinin başarı göstergesi olarak da değerlendirilmektedir. Bireysel ve grup uygulamaları yapılabilmekte, telefonla ya da internet üzerinden uygulama olanağı da sunmaktadır. SÇT süreci bireylerin etkin olarak yer aldığı sekiz işlem basamağından oluşmaktadır; değerlendirme ve bilgilendirme görüşmesi, soruna yönelim eğitimi, sorunların tanımlanması, hedeflerin belirlenmesi, çözüm seçeneklerinin oluşturulması, uygun bir çözüm seçeneğinin seçilmesi, seçilen çözüm seçeneğinin uygulanması ve uygulamanın değerlendirilmesi. Oturum sayısı ve süreci, bireysel esnekliğe izin vermektedir (Eskin, 2011). Alan yazında SÇT’nin bazı ruhsal hastalıkların sağaltımı ve intiharı önlemede etkili olduğu belirtilmiştir (Choi, Martı ve Conwell, 2016; Kleiboer ve diğerleri, 2015; Oxman, Hegel, Hull ve Dietrich, 2008; Sharma ve Kirmani, 2016; Sorsdahl ve diğerleri, 2015). Sorun çözümüne ilişkin kanıtları ve yapılandırılmış işlem basamaklarının kolay kullanışlı olması sebebiyle araştırmada sunulan psikiyatri hemşireliği yaklaşımı SÇT’ye göre temellendirilmiştir. Araştırmadaki hedef görüşme planı Tablo 1’de sunulmuştur (Eskin, 2011).

Tablo 1. Hedef Basamakları

Hedef Basamakları	İçerik
1. Hedef	Tanışma ve süreç hakkında bilgi verme
2. Hedef	Sorunları ve sıkıntıları belirleme, işlevsel olmayan sorun çözme tekniklerini belirleme
3. Hedef	Duygusal belirtiler ile sorunlar arasındaki ilişkiyi belirleme ve sorunun ne zaman, ne sıklıkta, nerede, kimlerle yaşandığına yönelik detaylı değerlendirme
4. Hedef	Hedefleri belirleme, iç ve dış güç kaynaklarını belirleme
5. Hedef	Çözüm önerileri belirme için destekleme
6. Hedef	Belirlenen çözüm önerilerinden bireye en uygun olanı seçimi için destekleme
7. Hedef	Belirlenen çözüm önerisini uygulamaya geçirmek için bireyin kaygılarının, korkularının belirlenmesi/ ifadesinin sağlanması, olası risklerin belirlenmesi, olumlu ve olumsuz sonuçların belirlenmesi
8. Hedef	Durum değerlendirmesi; birey açısından uygulama başarılı oldu mu, sorun çözüldü mü, hedefe ulaşıldı mı, sıkıntılar azaldı mı? Son- test uygulanması (KSE)

Pilot uygulama: Araştırmada görüşmelerin içeriğini ve sürecini yapılandırmak üzere pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama, 2015-2016 eğitim ve öğretim yılında, birinci sınıf öğrencilere KSE uygulanmasının ardından hedef gruba uygun örneklem dışındaki yedi öğrenci ile yürütülmüştür. Pilot uygulama verileri araştırma bulgularına dahil edilmemiştir. Planlanan girişime denk şekilde yedi-sekiz oturum olarak sürdürülen bu uygulamada; oturumların yapısı, süresi, ilerleme şekli; zorlukları ve fırsatları açısından değerlendirme yapılmış, oturumların son hali oluşturulmuştur.

Girişim: Araştırma ekibi iş kalemlerinin dağılımını yapmış ve veri toplama dört, bireysel görüşmeler yedi, araştırmanın ve görüşmelerin süpervizyonu beş araştırmacı ile yürütülmüştür. Araştırmacıların SÇT yaklaşımını bir standart çerçevesinde sunabilmeleri amacıyla ilgili yaklaşıma yönelik 16 saatlik bir eğitimi tamamlamaları sağlanmıştır. Ayrıca farmakolojik tedavi için üniversitenin Sağlık, Spor, Kültür Daire Başkanlığı’nda hizmet veren bir hekim araştırmacılar arasında yer almıştır.

Araştırmada belirlenen örneklem grubundaki öğrencilere birer bireysel danışman belirlenmiş olup, öğrenci-danışman arasında iletişim kurulması sağlanmıştır. Bireysel danışmanlar belirlenirken öğrencilerin eğitiminde çıkar çatışması ya da akademik bir kaygı yaşamalarına neden olmayacak bir ekip üyesinin seçimi gözetilmiştir.

Süreç; öğrenci ve danışmanın bireysel bir görüşme takvimi oluşturması ile başlamıştır. Görüşmeler, öğrenci ve danışanların çevresel etmenlerden yalıtılacakları ve sakin ve güvenli bir ortam sağlayacak görüşme odalarında gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresince odaların dışarıdan kullanılmaması ya da sürece zarar verebilecek şekilde görüşmelerin bölünmemesi amacıyla kapıya uyarı notları asılmıştır. Sekiz temel hedefin gerçekleştirilmesi doğrultusunda oluşturulan görüşme programı her biri ortalama 40-45 dakika süren yedi- sekiz görüşmede tamamlanmıştır.

Görüşmelerin tamamlanmasının ardından Girişim Grubu'na son test olarak KSE uygulanmış ve ruhsal belirti ciddiyetleri ölçülmüştür. Kâğıt ve kalemle kendi kendilerine uygulayabilmelerine olanak sağlayan KSE son test uygulaması için öğrencilere 15 dakika süre verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Tanıttıcı bilgi formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan form, öğrencilerin ruhsal sorunları ve sorunlara yönelik çözüm yollarına etki etmesi muhtemel sosyodemografik ve kişisel özelliklerini belirlemeye yöneliktir. Yaş, cinsiyet, gelir durumu, yaşadığı yer ve sorunlarının hayatına etkisine dair toplamda sekiz soru yer almıştır (Altaş ve diğerleri, 2020).

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Bireylerin ruhsal belirti varlığı ve düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmış ölçek Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) maddelerinin gözden geçirilmesi sonucu yeniden geliştirilmiş olup, 53 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Her madde "hiç/biraz, var/orta derecede var/epay var/çok fazla var" seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla "0, 1, 2, 3, 4" puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçeğin belirlenen dokuz alt ölçeği; Somatizasyon (S), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), Kişiler arası duyarlılık (KD), Depresyon (D), Anksiyete bozukluğu (AB), Hostilite (H), Fobik anksiyete (FA), Paranoid düşünce (PD), Psikotizm'dir (P). Ek maddeler (EM) ise yeme-içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddelerdir. Ölçekten Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi olmak üzere üç ayrı gösterge hesaplanabilmektedir.

- Rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCİ): Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilen ortalama puandır. RCİ, boş bırakanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalaması olup; 0.00 ile 4.00 değerleri arasında değişebilen en önemli göstergedir. RCİ puanlarının 1.00 puanın üzerinde bulunması belirtilerde psikopatolojik eğilimi, 2.00 puan ve üzerinde olması psikopatoloji varlığını gösterir.
- Belirti toplamı indeksi : Sıfır olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) bir olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.
- Semptom rahatsızlık indeksi : Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir.

Ölçeğin ergenler için geçerlik ve güvenilirliği Şahin, Durak ve Uğurtaş (2002) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam puan aralığı 0- 212 arasındadır. Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir (Şahin ve diğerleri, 2002). Bu çalışmada toplam puandan elde edilen Cronbach's Alpha katsayısı 0.96, alt ölçeklerde 0.74-0.81 aralığında değişmektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı örneklem sayısının 30'un altında olması nedeniyle Shapiro Wilk testi ile sınanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde ve ortalama) kullanılmıştır. Verilerin analizinde, normal dağılıma uygunluk göstermeyen örneklem gruplarında bağımsız gruplar arası farkın anlamlılığı testlerinden yararlanılmıştır. Ön test-son test puanları arasındaki farklılık için ise normal dağılıma uygunluk göstermeyen bağımlı gruplardaki farklılığın anlamlılığını inceleyen Paired Sample Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik katsayısı $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikle Ege Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan (25.09.2014 tarih ve 2013-40 numaralı kararı) gerekli izinler alınmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Saymanlığı tarafından desteklenmiştir (16-HYO-007). Ayrıca, Ölçek 'Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler' kitabında ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin internet sayfasında yayınlandığı için, ölçek izninin alınmasına gerek bulunmamaktadır (Savaşır ve Şahin, 1997).

Örneklemi oluşturan öğrencilere bireysel görüşmelerin amacı anlatılmış ve süreçle ilgili bir danışmanlık sözleşmesi imzalatılmıştır. Görüşmelere başlamadan önce öğrenciler, görüşmeler sırasında sesli ya da görüntülü bir kayıt alınmadığına yönelik bilgilendirildikleri ve görüşmenin verilerinin bilimsel amaçlı olarak kullanılabileceğine yönelik bilgilendirilmiş yazılı onam vermişlerdir. Öğrencilerin görüşmelerinin tamamlanmasının ardından yeniden

danışmanları ile görüşmelere gereksinim duymaları halinde, ilgili fakültenin Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Birimi'ne başvurmaları konusunda bilgilendirme sağlanmış olup, ilgili herhangi bir yeniden başvuru kaydı alınmamıştır. Birinci sınıf öğrencilerinin tamamı üzerinde yürütülen taramalar sonucunda örnekleme dahil olma koşullarını karşılayacak ciddiyette belirti göstermeyen ($1.00 < RCİ < 2.00$) riskli öğrenciler ($n=49$) ise psikopatolojik risk alanları doğrultusunda düzenlenen psikoeğitim seminerlerine katılmıştır.

BULGULAR

Araştırmanın evrenini oluşturan öğrencilerin KSE toplam puan ortalamaları 37.38 ± 28.34 (min=1.00, maks=159.00) puandır ($N=262$). RCİ puan ortalamaları 0.71 ± 0.53 (min=0.02, maks=3.00) puan olarak belirlenmiştir. RCI puanları açısından öğrencilerin %22.1'inin (%3.4, $RCİ \geq 2.00$, $n=9$ ve %18.7, $1.99 \geq RCİ > 1.00$, $n=49$) psikopatoloji eğilimi bulunduğu saptanmıştır.

Girişim grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 19.85 ± 0.69 'dur (min:19.00, maks:21.00) ($n=7$). Öğrencilerin altısı kadinken, beşi gelirini giderinden az olarak algıladığını ifade etmiştir. Altı öğrenci devlet yurdunda yaşamaktadır.

Girişim grubu öğrencilerinin KSE puan dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre öğrencilerin KSE belirti toplam puanında ve RCİ puan ortalamasında girişim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.005$). Araştırmanın "Ruhsal belirti yaşayan öğrencilere uygulanan SÇT'ye dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı, RCİ puan ortalamasını düşürür." hipotezi sınanarak kabul edilmiştir. KSE puanlarının girişim sonrasında düşme gösterdiği; bu düşüşün KSE Ek Bulgular ($p=0.89$, $p > 0.05$) alt boyutu dışındaki ölçek toplam puan ve alt boyut puan dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 2. Girişim Grubu Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları ($n=7$)

KSE	ÖN		SON		Z*	p
	\bar{X}	Ss	\bar{X}	Ss		
Envanter Toplam Puanı	128.71	16.12	48.14	17.03	-2,366	0.018
Somatizasyon	10.28	4.35	2.57	1.40	-2,371	0.018
Obsesif Kompulsif Bzk. (OKB)	17.14	2.04	9.29	4.11	-2,371	0.018
Kişilerarası Duyarlılık (KD)	11.29	3.09	3.71	3.30	-2,379	0.017
Depresyon (D)	16.86	2.85	5.86	2.54	-2,375	0.018
Anksiyete Bozukluğu (AB)	13.57	3.41	2.57	2.64	-2,366	0.018
Hostilite (H)	14.00	3.21	3.57	2.51	-2,375	0.018
Fobik Anksiyete (FA)	10.57	3.15	4.29	2.98	-2,371	0.018
Paranoid Düşünceler (PD)	14.86	2.67	6.14	3.53	-2,366	0.018
Psikotizm (P)	11.86	2.54	3.86	2.27	-2,388	0.017
Ek Belirtiler (EK)	8.28	2.87	4.43	3.78	-1,703	0.089
Belirti Toplam Puanı	45.57	5.13	27.86	10.94	-2,371	0.018
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ)	2.83	0.30	0.91	0.32	-2,366	0.018

*Paired Sample Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

Girişim grubu öğrencilerinin oturumlardaki öznel ifadeleri kayıt altına alınmıştır. Öğrencilerin sıklıkla yaşadıkları duyguya yönelik ifadeleri Plutchik'in (1980) 'Duygu Çarkı Modeli'ne göre sınıflandırıldığına; 'üzüntü (çaresizlik, tükenmişlik, kırgınlık, güvensizlik)' ($n=7$), 'korku (anksiyete)' ($n=5$), 'öfke (kırgınlık)' ($n=4$), 'beklenti (yalnızlık, değersizlik)' ($n=4$), 'pişmanlık' ($n=4$) olduğu belirlenmiştir (Plutchik, 1980). Yaşanan sorun alanlarının 'sosyal sorunlar' (ortak mekân sorunları, performans kaygısı, arkadaş ilişkilerinde doyumsuzluk, $n=5$), 'romantik sorunlar' ($n=2$), 'ailevi sorunlar' ($n=3$) ve 'akademik sorunlar' ($n=1$) olduğu belirlenmiştir. Öğrenciler 'uyku problemleri' ($n=4$), 'konsantrasyon kaybı' ($n=4$), 'zihni boşaltamama' ($n=4$), 'sinirlilik' ($n=4$), 'içten olmayan yüzeysel ilişkiler' ($n=4$), 'umursamazlık' ($n=3$), 'kendini suçlama' ($n=3$), 'kendini ifade edememe' ($n=2$), 'ağrı' ($n=2$) ve 'yorgunluk' ($n=1$) gibi sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmiştir.

Sorun çözme kuramı basamaklarından duygu odaklı hedef koyma basamağında, öğrencilerin dördü 'öfke düzeyini düşürmek', üçü 'anksiyetesini düzenlemek', biri 'duygusal arkadaşıyla duygu ve düşüncelerini paylaşmak', biri 'samimi sosyal ilişkiler kurabilmek' ve biri 'sakinleşmeyi' denemek hedeflerini belirlemiştir. Bu hedefler

doğrultusunda içsel ve dışsal kaynaklarını belirlemeleri istendiğinde; içsel kaynaklarını, ‘öfkeyi etkili kullanmak’ (n=2), ‘olumlu yönlerini yüksek sesle vurgulamak’ (n=2), ‘tepkiyi erteleyebilmek’ (n=2) olarak sıralarken, dışsal kaynaklarını, ‘romantik arkadaşı’ (n=3), ‘güvenilir yakın arkadaşı’ (n=2) ve ‘sosyal paylaşım yapılan arkadaşı’ (n=1) olarak belirlemişlerdir.

Oturumlar süresince öğrencilerin sorun odaklı hedefleri incelenmiştir. Bireysel ifadeleri doğrultusunda ‘bulunulan ortamı terk etmek’ (n=2), ‘girişken olabilmek’ (n=2), ‘kendisini daha iyi ifade edebilmek’ (n=2), ‘sorunu konuşarak çözümlenmek’ (n=1), ‘konuşmayı sonlandırmak’ (n=1), ‘uykuya dalmak’ (n=1), ‘sabretmek’ (n=1), ‘topluluk önünde başarılı sunum yapabilmek’ (n=1), ‘sorunu ertelemeden yüzleşmek’ (n=1), ‘önyargılarının gücünü azaltmak’ (n=1) öğrencilerin öncelikli hedefler arasında yer almıştır. Öğrenciler belirledikleri bu hedefler için ‘iletişim becerilerini’ (n=4), ‘güçlü yönlerini hatırlamayı’ (n=3), ‘öz güvenini’ (n=3), ‘anksiyetesini’ (n=1), ‘üzüntüsünü’ (n=1), ‘öfkesini’ (n=1) ve ‘sabretmeyi’ (n=1) bir içsel kaynak olarak kullanabilmeyi hedeflemiştir. Yararlanmayı hedefledikleri dışsal kaynaklar arasında ‘sosyal paylaşım yapılan arkadaşı’ (n=3), ‘sosyal kalabalık ortam ve mekanlar’ (n=2), ‘aile üyesi’ (n=2), ‘güvenilir yakın arkadaşı’ (n=1) ve ‘akademik güvenilir kişiler’ (n=1) yer almıştır.

Uygulanan girişim sonucunda öğrencilerin tamamının hedeflerine ulaşmak için yeni kaynakları kullanmaya başladığı; bu kaynakların kullanımını güçlendirmek için ‘ortamdan uzaklaşmak’, ‘müzik dinlemek’, ‘huzurlu şeyler düşünmek’, ‘zihnini boşaltmayı ve dikkatini sorundan uzaklaştırmayı sağlamak’, ‘ailesiyle paylaşımında bulunmak’, ‘sorunu sakinleşince tekrar düşünebilmek’, ‘ağlayarak rahatlamak’, ‘zamanını etkili yönetmek’, ‘gevşeme ve solunum egzersizleri yapmak’, ‘mizahı kullanmak’ ve ‘ilk adımı atma cesareti göstermek’ gibi öneriler ifade etmişlerdir.

TARTIŞMA

Araştırmada, uygulanan girişimlerin örneklem grubundaki öğrencilerin ruhsal belirti ciddiyetlerinde anlamlı düzeyde fark yarattığı belirlenmiş, H₁ hipotezi kabul edilmiştir. Bu sonuçlar SÇT temelli uygulamaların etkililiğini gösteren araştırmalar ile paralellik göstermektedir. Dowrick ve arkadaşları (2000), 18-65 yaş katılımcılarla yürüttüğü araştırmada, SÇT’ye dayalı altı oturumluk bireysel görüşmelerin depresyonun önlenmesinde; Çekici ve Güçray (2012) üniversite öğrencilerinde sekiz oturumluk problem çözme terapisinin öğrencilerin sosyal problem çözme becerilerini geliştirmede; Turgut (2021) intihar girişimi olan kişilerde, sekiz oturumluk SÇT’nin hem bireysel hem de grup uygulamasında intihar olasılığının azalmasında etkili olduğunu belirlemiştir (Çekici ve Güçray, 2012; Dowrick ve diğerleri, 2000; Turgut, 2021). SÇT’den fiziksel hastalığı olan kişilerin de yararlandığı (Ağce ve Ekici, 2020; Hill ve diğerleri, 2019) ve SÇT’nin artık mobil ve internet tabanlı uygulamalarda yer aldığı görülmektedir (Doukani ve diğerleri, 2021; Kleiboer ve diğerleri, 2015). Ancak alan yazında gençlerde SÇT’nin depresyon gibi ruhsal hastalıklarda etkililiğini ortaya koyan güçlü çalışmaların bulunmadığı da belirtilmektedir (Krause ve diğerleri, 2021).

Araştırmada oturumlar süresince öğrencilerin öznel ifadeleri kaydedilmiştir. Üzüntü, korku, öfke, beklenti ve pişmanlık gibi duyguların yoğun olarak yaşandığı belirlenmiştir. Duygularının ifade edilmesine yönelik genellikle etkili yollar uygulamayan öğrencilerin uyku sorunları, ağrı, yorgunluk gibi fiziksel şikayetlerinin de olduğu görülmektedir. Ruhsal sorunları olan bireyler bunlar gibi birtakım duygu ve durumlar duygular yaşayabilmektedir (Arslan ve Buldukoğlu, 2018). Araştırmanın girişim grubunda hissedilen bu yoğun duyguların ruhsal hastalık eğilimleri ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Öğrencilerin yaşadıkları sorun alanları incelendiğinde ise sosyal, ailevi ve akademik sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Alan yazında yaşanan ruhsal sorunların bu tür sonuçlara neden olabileceği gibi bu alanların da ruhsal sorunların kaynağı olabileceği belirtilmektedir (Kacur ve Atak, 2011; Softa ve Kaya, 2013; Yıldırım ve diğerleri, 2008). Öğrencilerin okula başlamaları, yeni sosyal bir çevreye uyumlanma, meslek seçimi ile ilgili yaşanan tereddütler, aileden ayrılma, yeni bir şehre adaptasyon süreci gibi yaşanan gelişimsel durumların da bu tür duygularla ilişkili olabileceği düşünülebilir (Erkan, Özbay, Çankaya ve Terzi 2012; Topkaya ve Meydan, 2013). Ayrıca genellikle kişilerarası ilişkilerde sorunlar belirtilmiş olsa da duygu ve sorun odaklı hedeflerde dışsal kaynaklarda yine akran ilişkileri ön plana çıkmıştır. Ergenlikten yetişkinliğe adım atan üniversite öğrencilerinde psikososyal gelişim ödevi olarak kişilerarası ilişki çatışmalarını çözümlenmeleri son derece önemlidir. Erikson (1984) Psikososyal Gelişim Kuramında da belirttiği üzere, genç yetişkinleri sorunlarıyla etkili şekilde baş edemediğinde, işlevselliklerinde bozulmalar görülebilmektedir (Erikson, 1984). Bununla birlikte SÇT temelli hemşirelik yaklaşımının ikinci görüşmesinde öğrencilerin işlevsel olmayan sorun çözme teknikleri incelenmiş ve öğrencilerin sorunlarla baş etmede etkili yöntemleri kullanamadıkları görülmüştür. Araştırma sonunda ruhsal belirti gösteren öğrencilerin sorun çözmeye yönelik gerçekçi, kendilerine uygun, etkili, içsel ve dışsal kaynaklara yönelik yöntemler belirlemiştir. Yaşanan stresli durumlarla baş etmede bireylerin baş etme kaynakları son derece önemlidir. Sorun çözme becerisi ile baş etme kaynakları arasında doğru orantı olduğu dikkate alındığında SÇT temelli girişimlerinin ruhsal belirtiler gösteren öğrencilerde, stresle baş etmeyle ruhsal belirtileri azalttığı söylenebilir (Eskin, 2011). Dolayısıyla araştırmada, sorun çözme basamaklarının uygulamalı olarak öğretilmesi ile katılımcıların kişisel gelişimlerine de katkı sağlandığı düşünülebilir (Eskin, 2011).

SONUÇ

Araştırmada öğrencilerin yaklaşık %22'sinin ruhsal hastalık eğilimlerinin olduğu saptanmıştır. SÇT temelli psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, bu öğrencilerin yaşadıkları ruhsal belirtileri olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Öğrencilerin RCİ puan ortalamasında anlamlı düzeyde düşüş belirlenmiş ve araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Araştırma hem SÇT temelli uygulama kaynaklarına hem de ruhsal sorunların erken tespiti ve erken dönemde müdahale imkânı sunmasıyla koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine katkı sağlamıştır.

Araştırmanın araştırmada uzun dönem sonuçlara yönelik veri olmaması (izlem testi), sonuçları yalnızca araştırma süresi ile sınırlandırılması ve araştırma sonucunun küçük bir örneklem grubunda, yalnızca araştırma süresince geçerliliğinin olması araştırmanın sınırlılıkları olarak sayılabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; ruhsal belirti ciddiyeti açısından risk gruplarını belirlemek amacıyla öğrencilere tarama yapılması, ruhsal belirti gösteren öğrenciler için gerekli bireysel danışmanlık hizmetinin sağlanması, hizmetlerin bilişsel davranışçı bir felsefeyle hedeflenen sonuçlara ilişkin somut değerlendirmelerinin yapılabileceği SÇT gibi kısa süreli ve yapılandırılmış standart bir yaklaşımla sunulması, SÇT'ne dayalı girişimlerin grup uygulamalarındaki etkililiğinin sınanması, daha geniş örneklem grubuyla, uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Yazar Katkıları:

Fikir ve tasarım: E.E, M.O.Ç, A.D., Ş.D., G.Ö., A.G. Veri toplama: E.Ö.T., N.D., G.B.E., E.D.K., M.U., H.D., C.G., E.M.T., Ö.K. Veri analizi ve yorumlama: E.E, M.O.Ç., A.D., Ş.D., G.Ö., A.G., E.Ö.T., N.D., G.B.E., E.D.K., M.U., H.D., C.G., E.M.T. Makale yazımı: E.Ö.T., N.D., G.B.E., E.D.K., M.U., H.D., C.G., E.M.T., Ö.K. Eleştirel inceleme: E.E, M.O.Ç, A.D., Ş.D., G.Ö., A.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Çalışma, Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 16-HYO-007)

KAYNAKLAR

- Ağce, Z. B., Ekici, G. (2020). Person-centred, occupation-based intervention program supported with problem-solving therapy for type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 265. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01521-x>
- Altaş, Z. M., Kaya, C., Özel, F., Topuzoglu, A. (2020). Sağlık bilimleri alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinde ruhsal bozuklukların ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(3), 443-60. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.701164>
- Arslan, B., Buldukoğlu, K. (2018). Ruhsal hastalık deneyiminden büyümek mümkün müdür?: Psikiyatri hemşireliği bakış açısından bir gözden geçirme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 1(1), 16-27.
- Bartlett, M. L., Taylor, H., Nelson, D. (2016). Comparison of mental health characteristics and stress between baccalaureate nursing students and non-nursing students. *Journal of Nursing Education*, 55(2), 87-90. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160114-05>
- Baysan, A. L., Akin-Korhan, E., Tokem, Y., Torun, R. (2015). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi-sırası ve sonrası anksiyete ve stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(1), 1-16.
- Cheung, T., Wong, S.Y., Wong, K.Y., Kanunu, L. Y., Ng, K., Tong, A. T. ... Yip P. S. F. (2016). Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in hong kong: a cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 13(8), 779. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080779>
- Choi, N. G., Marti, C. N., Conwell, Y. (2016). Effect of problem-solving therapy on depressed low-income home bound older adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6(3), 323-336. <https://doi.org/10.1111/sltb.12195>
- Çam, O., Engin, E. (2021). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği: Bakım sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çekici, F., Güçray, S. S. (2012). Problem çözme terapisine dayalı beceri geliştirme grubunun üniversite öğrencilerinin sosyal problem çözme becerileri öfkeyle ilişkili davranış ve düşünceler ile sürekli kaygı düzeylerine etkisi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(2), 103-128.
- Doukani, A., van Dalen, R., Valev, H., Njenga, A., Sera, F., Chibanda, D. (2021). A community health volunteer delivered problem-solving therapy mobile application based on the friendship bench 'muka coaching' in Kenya: a pilot cohort study. *Global Mental Health*, 8(e9), 1-11. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.3>
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V. ... Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321(7274), 1450-1456. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7274.1450>
- Erikson, E. H. (1984). *İnsanın sekiz çağı*. (Şar. V, Çev.). Ankara: Birey ve Toplum Yayınları.
- Erkan, S., Özbay, Y., Çankaya, C. Z., Terzi, Ş. (2012). Üniversite öğrencilerinin yaşadıkları problemler ve psikolojik yardım arama gönüllülükleri. *Eğitim ve Bilim*, 37(164), 94-107.
- Eskin, M. (2011). *Sorun çözme terapisi kuram, uygulama, araştırma*. Ankara: HYB Yayınları.
- Hill, K., House, A., Knapp, P., Wardhaugh, C., Bamford, J., Vail, A. (2019). Prevention of mood disorder after stroke: a randomised controlled trial of problem solving therapy versus volunteer support. *BMC Neurology*, 19, 128. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1349-8>

- Kacur, M., Atak, M. (2011). Üniversite öğrencilerinin sorun alanları ve sorunlarla baş etme yolları: Erciyes üniversitesi örneği. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(31), 273-297.
- Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., Van Straten, A., Riper, H., Cuijpers, P. (2015). A Randomized controlled trial on the role of support in internet-based problem solving therapy for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 63-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.013>
- Krause, K. R., Courtney, D. B., Chan, B. W. C., Bonato, S., Aitken, M., Relihan, J. ... Szatmari, P. (2021). Problem-solving training as an active ingredient of treatment for youth depression: a scoping review and exploratory meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21, 397. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03260-9>
- Oxman, T. E., Hegel, M. T., Hull, J. G., Dietrich, A. J. (2008). Problem-solving treatment and coping styles in primary care minor depression. *J Consult Clin Psychology*, 76(6), 933-943. <https://doi.org/10.1037/a0012617>
- Özmen, D., Çetinkaya, A. (2016). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki algılarına yönelik nitel bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 18(1), 40-52.
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., Wilens, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment considerations. *Acad Psychiatry*, 39(5), 503-511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>
- Plutchik, R. (1980). A General Psycho Evolutionary Theory of Emotion. R. Plutchik, H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience: Vol. 1. Theories of emotion*. (pp. 3-33). New York: Academic.
- Savaşır, I., Şahin, N. H. (1997). *Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölççekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Sharma, D., Kirmani, M. N. (2016). Problem solving therapy in young adult: A case report. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(4), 498-500.
- Softa, H. K., Kaya, S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2(2), 214-229.
- Sorsdahl, K., Stein, D. J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Myers, B. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 46. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0042-1>
- Şahin, N. H., Durak B. A., Uğurtaş, S. (2002). The validity, reliability and factor structure of the Brief Symptom Inventory (BSI). *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-35.
- Topkaya, N., Meydan, B. (2013). Üniversite öğrencilerinin problem yaşadıkları alanlar, yardım kaynakları ve psikolojik yardım alma niyetleri. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3, 25-37.
- Turgut, M. N. (2021). İntihar girişiminde bulunmuş hastalarda sorun çözme terapisinin intihar riskini azaltmada etkililiği. (Doktora Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Turner, K., Mc Carthy, V. L. (2017). Stress and anxiety among nursing students: a review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Education In Practice*, 22, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.002>
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal durumlarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 1-8.
- Zeng, Y., Wang, G., Xie, C., Xiuying, H., Reinhardt, J. D. (2019). Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from sishuan, china: A cross-sectional study. *Psychology, Health&Medicine*, 24(7), 798-811. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574358>

Saadet BOYBAY KOYUNCU¹
Orcid: 0000-0002-6145-9179

Mehmet BÜLBÜL²
Orcid: 0000-0001-5695-2586

Kadınların Doğum Ağrısını Azaltmak İçin Tercih Ettikleri Nonfarmakolojik Yöntemler

Nonpharmacological Methods That Women Prefer to Reduce Birth Pain

Gönderilme tarihi: 3 Mart 2022

Kabul tarihi: 8 Aralık 2022

ÖZ

Amaç: Araştırma, doğum eyleminde olan kadınların doğum ağrısını azaltmak için tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntemleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak tasarlanan araştırmanın evrenini 01.07.2019- 01.03.2020 tarihleri arasında bir hastanenin doğumhane servisine yatışı yapılan 250 kadın oluşturmuştur. Örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya, doğum eylemi başlamış, gebelik haftası term olan, vajinal doğum planlanan, kendisinde veya bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan, tek fetüse sahip, tedavi gebeliği olmayan gebe kadınlar dâhil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Katılımcı Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada kadınların doğum ağrısına yönelik tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntemler incelendiğinde; sırasıyla en fazla pozisyon değişikliği ve bele masaj daha sonra sosyal destek, doğum topu, müzik dinleme, sakruma masaj, aromaterapi, perine masajı, yoga/meditasyon, sıcak uygulama (bel, ayak), perineal sıcak uygulama, soğuk uygulama, akupres, akupunktur, hipnoz, intradermal steril su enjeksiyonu, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, kadınların tamamının doğum ağrısını azaltmak amacıyla herhangi bir nonfarmakolojik yöntemi tercih ettiği sonucuna varılmıştır. En çok tercih edilen nonfarmakolojik yöntemler; pozisyon değişikliği, bele masaj ve sosyal destektir. Doğum eyleminde kadını rahatlatan nonfarmakolojik yöntemler, doğumhanelerde uygulanmalıdır, bu gebelerin doğum eylemini daha memnun tamamlamalarına olanak sağlayacaktır.

¹Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Adıyaman/Türkiye

²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Karabük /Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):
SAADET BOYBAY KOYUNCU
saadetboybay87@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Doğum; ağrı; ağrı yönetimi;
nonfarmakolojik yöntemler; kadın.

Keywords:

Birth; ache; pain management;
nonpharmacological methods;
woman.

ABSTRACT

Objective: The research was carried out to question the non-pharmacological methods they know to cope with the pain experienced by women in labor and to determine which of these methods they prefer.

Methods: The universe of the research designed as descriptive was 250 women who were hospitalized in the maternity ward of a hospital between 01.07.2019- 01.03.2020. Convenience sampling method was used for sample selection. The study included pregnant women who had a birth process, had a gestational week, planned vaginal delivery, had no health problems in their own baby, had a single fetus, and had no treatment pregnancy. Participant Information Form was used as a data collection tool. Percentage, mean, standard deviation, Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests were used for analyzing of the data.

Results: In the study, when the nonpharmacological methods preferred by women for labor pain were examined; position change and waist massage, followed by social support, birth ball, music listening, sacrum massage, aromatherapy, perineal massage, yoga/meditation, hot application (waist, foot), perineal hot application, cold application, acupressure, acupuncture, hypnosis, intradermal sterile water injection, transcutaneous electrical nerve stimulation were detected.

Conclusion: In this study, it was concluded that all women prefer any nonpharmacological method in order to reduce birth pain. The most preferred non-pharmacological methods; position change, back massage and social support. Non-pharmacological methods that relieve women in labor should be applied in delivery rooms, this will allow pregnant women to complete labor more satisfied.

Kaynak Gösterimi: Boybay Koyuncu, S., Bülbül, M. (2023). Kadınların Doğum Ağrısını Azaltmak İçin Tercih Ettikleri Nonfarmakolojik Yöntemler. *EGEHFD*, 39(1), 63-70 DOI: 10.53490/egehemsire.1082169

How to cite: Boybay Koyuncu, S., Bülbül, M. (2023). Nonpharmacological Methods That Women Prefer to Reduce Birth Pain. *JEUNF*, 39(1), 63-70 DOI: 10.53490/egehemsire.1082169

GİRİŞ

Doğum ağrısı, doğası gereği diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır. Fizyolojik bir sürecin parçası olmakla birlikte tolere edilemeyen doğum ağrısının hem anne hem de bebek için istenmeyen sonuçlara yol açabileceği bilinmektedir (Jones ve diğerleri, 2012; Thomson, Feeley, Moran, Downe ve Oladapo, 2019). Dolayısıyla doğum sürecinde ağrı ile baş edebilmeleri için kadınların desteklenmesi hayati olabilmektedir.

Doğum ağrısının yönetiminde uygulanacak yöntemler, ağrıyı azaltarak kadının doğum eyleminden memnuniyetini artırmalıdır (Thomson ve diğerleri, 2019). Ağrı tedavisinde standart ilaç tedavisine yardımcı olduğu düşünülen nonfarmakolojik yöntemlerin insanların duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyokültürel boyutlarını etkileyerek hissettikleri ağrıyı azaltıkları düşünülmektedir (Nwanodi, 2016). Bu yöntemler; gevşeme metotları (biofeedback, hareket/pozisyon, hipnoz, akupunktur, akupress, müzik ve yoga), tensel uyarılma metotları (masaj, İntradermal Steril Su Enjeksiyonu (ISSE), Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS), yüzeysel soğuk sıcak uygulama, hidroterapi), mental uyarılma (odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma) ve solunum teknikleri (Lamaze ve Dick Read)'dir (Kömürçü ve Ergin, 2008; Jones ve diğerleri, 2012). Literatürdeki birçok çalışmada nonfarmakolojik yöntemlerin kadınların yaşadıkları doğum ağrısını azalttığı görülmektedir (Chaillet ve diğerleri, 2014; Chen ve diğerleri, 2019; Erkek ve Aktaş, 2018; McCaffrey, Cheung, Barry, Punch ve Dore, 2020; Nwanodi, 2016; Ranjbaran ve diğerleri, 2017; Simavli, 2014; Smith ve diğerleri, 2018). Doğum eylemi sırasında bel, bacak, omuz vb. bölgelere uygulanan masajın; ağrı ve acıyı azalttığı, doğumda rahatlama ve pozitif düşünmeyi desteklediği görülmektedir (Smith ve diğerleri, 2018).

Ağrı kontrolünde medikal ve girişimsel tedaviler kullanılsa da bu tedavilerin anne ve bebek üzerine olumsuz etkileri olabileceği için birçok gebe kadın bu yöntemleri tercih etmemektedir (Thomson ve diğerleri, 2019). Bununla birlikte, kadınların çoğu nonfarmakolojik yöntemleri kullanarak doğum ağrısıyla baş etmeye çalışmaktadırlar. Bu kadınlardan çok azı bilinçli bir şekilde nonfarmakolojik ağrı kontrolünü uygularken çoğu kadın bu yöntemleri farkında olmadan uygulamaktadır. Literatür incelendiğinde; kadınların yaşadıkları doğum ağrısını azaltan nonfarmakolojik yöntemlerin hangileri oldukları ve bu yöntemlerin ağrıyı azaltmada etkili olup olmadıkları ile ilgili araştırmaların olduğu görülmektedir (Chaillet ve diğerleri, 2014; Chen ve diğerleri, 2019; Erkek ve Aktaş, 2018; McCaffrey ve diğerleri, 2020; Nwanodi, 2016; Ranjbaran ve diğerleri, 2017; Simavli ve diğerleri, 2014; Smith ve diğerleri, 2018). Ancak, literatürde kadınların doğum ağrısı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Araştırma, doğum eyleminde olan kadınların doğum ağrısını azaltmak için tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntemleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Doğum eyleminde olan kadınların bildikleri nonfarmakolojik yöntemler nelerdir?
2. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile tercih edilen nonfarmakolojik yöntem sayı ortalaması arasında fark var mıdır?
3. Kadınların obstetrik özellikleri ile tercih edilen nonfarmakolojik yöntem sayı ortalaması arasında fark var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin doğumhane servisine yatışı yapılan gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırma, 01.07.2019- 01.03.2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü, %5 yanılma düzeyi, çift yönlü önem düzeyinde, %95 güven aralığında, 0.89 temsil gücüyle 250 kadın olarak belirlenmiştir. Örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya, doğum eylemi başlamış, gebelik haftası term olan, vajinal doğum planlanan, kendisinde ve bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan, tek fetüse sahip, tedavi gebeliği olmayan araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar dahil edilmiştir. Araştırmadan dışlanma kriterleri; sezaryen doğum düşünülen, doğum eylemi ile ilgili komplikasyonu oluşan, preterm veya postterm gebeliği olan, kendisi ve bebeğinde sağlık problemi olan gebeler olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama

Veriler hafta içi beş gün süresince 08:00-16:00 saatleri esnasında araştırmacı tarafından travay odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Katılımcı Bilgi Formu kullanılmıştır.

Katılımcı bilgi formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Chao ve diğerleri, 2007; Lawrence, Hofmeyr ve Styles, 2016; Jahdi, Sheikhan ve Haghani, 2017; Rana, 2012) geliştirilmiş olan Katılımcı Bilgi Formu, doğum eyleminde olan gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve doğum eyleminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili bilgilerini inceleyen 12 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce, Katılımcı Bilgi Formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası ifade yanlışlıkları düzeltilerek anket formuna son şekli verilmiştir. Veri toplama formunun doldurma süresi ortalama 15-20 dk dır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows, Version 15.0) paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılımını analiz etmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılmadığı saptanmış olup, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Adıyaman Üniversitesi “Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (26.06.2019 tarih ve 2019/5-6 numaralı kararı) onay alınmıştır. Ayrıca, araştırmanın yürütüldüğü hastaneden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere ise onam formu doldurulmuştur. Araştırma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygun olarak yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada, kadınların %83.2’sinin 20-34 yaş grubunda olduğu, %83.2’sinin çalışmadığı, %36.4’ünün 5-8 yıllık eğitim aldığı ve %7.2’sinin aylık gelirini kötü olarak algıladığı saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırmada, kadınların doğum ağrısını azaltmak için tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntem sayı ortalaması 4.51 ± 2.16 (min:1-max:13) olarak saptanmıştır. Eğitim süresi dört yıl ve altında olan kadınların tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntem sayı ortalaması 3.22 ± 1.20 , beş-sekiz yıllık eğitim alanların sayısı 4.37 ± 1.56 , dokuz yıl ve daha fazla eğitim alanların ortalamalarının ise 5.01 ± 2.74 olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Aylık gelirini iyi olarak algılayan kadınların tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntem sayı ortalamasının 5.22 ± 2.22 , orta olarak algılayanların 4.23 ± 2.08 , kötü olarak algılayanların ise 3.66 ± 1.74 olarak saptanmıştır. Araştırmada kadınların yaş ve çalışma durumu ile doğum ağrısına yönelik tercih ettikleri yöntem sayı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Doğum Ağrısına Yönelik Tercih Ettikleri Nonfarmakolojik Yöntem Sayısına Göre Dağılımı (n:250)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (%)	Tercih Edilen Nonfarmakolojik Yöntem Sayısı Median (min-max)	İstatistiksel Test
Yaş			
20-34	208(83.2)	4.65(1-13)	$Z^* = -1.142$
≥ 35	42(16.8)	3.94(1-6)	$p = 0.253$
Çalışma durumu			
Evet	42(16.8)	$5.09 \pm 2.98(1-13)$	$Z^u = -1.60$
Hayır	208(83,2)	$4.39 \pm 1.94(1-13)$	$p = 0.109$
Eğitim süresi (yıl)			
≤ 4	28(11.2)	$3.22 \pm 1.20(1-4)$	KW* = 17.01
5-8	91(36.4)	$4.37 \pm 1.56(1-8)$	p = 0.002
≥ 9	131(52.4)	$5.01 \pm 2.74(1-13)$	
Aylık gelir			
İyi	81(32.4)	$5.22(3-13)^a$	KW* = 25.86
Orta	151(60.04)	$4.23(1-13)$	p = 0.001
Kötü	18(7.2)	$3.66(2-8)^b$	
Toplam	250(100.0)	4.51 ± 2.16	

* Mann Whitney U Testi. α KW: Kruskal Wallis Testi.

a,b,c:Bonferroni Testi ile alt grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Her satır için farklı harfle temsil edilen ortalamalar arasında $p<0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak farklılık vardır.

Araştırmada kadınların obstetrik özelliklerinin doğum ağrısına yönelik tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntem sayısına göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre; kadınların %41.6’sının primipar, %6’sının iki ve üzerinde düşük sayısının olduğu, %95.6’sının gebeliğinin istenen bir gebelik olduğu, %38’inin latent evrede olduğu, %33.2’sine herhangi bir müdahalenin yapılmadığı ve %96.8’inin tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntemlerin yaşadıkları ağrıyı azaltmaya yönelik işe yarayacağını düşündükleri saptanmıştır.

Araştırmada, doğum eyleminin latent evresinde olan kadınların tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntem sayı ortalamasının 4.74 ± 2.72 , aktif evrede olanların 4.54 ± 1.77 , geçiş evresinde olanların ise 3.51 ± 1.12 olduğu ve doğumun evrelerine göre tercih edilen yöntemler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmada, doğum eyleminin latent ve aktif evresinde olan kadınların tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntem sayı ortalamasının, geçiş evresinde bulunanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Doğum Ağrısına Yönelik Tercih Ettikleri Nonfarmakolojik Yöntem Sayısına Göre Dağılımı (n:250)

Obstetrik Özellikler	Sayı (%)	Tercih Edilen Nonfarmakolojik Yöntem Sayısı Median (min-max)	İstatistiksel Test
Gebelik Sayısı			
Primipar ≤ 1	108(43.2)	4.74(1-13)	$Z^a=-1.26$
Multipar ≥ 2	142(56.8)	4.408(1-13)	$p=0.205$
Düşük Sayısı			
≤ 1	235(94.0)	4.52(1-13)	$Z^a=-1.04$
≥ 2	15(6.0)	4.26(2-8)	$p=0.298$
Gebeliğin İstenme Durumu			
Evet	239(95.6)	-	-
Hayır	11(4.4)		
Doğumun hangi evresi			
Latent	95(38.0)	4.74(1-13) ^a	KW*=7.99
Aktif	128(51.2)	4.54(1-13) ^a	p=0.018
Geçiş	27(10.8)	3.51(1-5) ^b	
Doğum eyleminde uygulanan müdahaleler			
Müdahale yok	83(33.2)	4.97(1-13)	KW*=4.11
İndüksiyon	141(56.4)	4.26(1-13)	$p=0.128$
Propes molit	26(10.4)	4.58(2-6)	
Tercih edilen nonfarmakolojik yöntemlerin işe yarayacağını düşünme durumu			
Evet	242(96.8)	=	=
Hayır	8(3.2)		

*KW: Kruskal Wallis Testi. ^aMann Whitney U Testi.

a,b,c:Bonferroni Testi ile alt grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Her satır için farklı harfle temsil edilen ortalamalar arasında $p<0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak farklılık vardır.

Araştırmada kadınların gebelik ve düşük sayısı ve doğum eyleminde uygulanan müdahaleler ile doğum ağrısına yönelik tercih edilen yöntem sayı ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Araştırmada kadınların doğum ağrısını azaltmaya yönelik tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntemler incelendiğinde; sırasıyla en fazla pozisyon değişikliği (%93.6), bele masaj (%76), sosyal destek (62.8), doğum topu (%47.2), müzik dinleme (%40.4), sacruma masaj (%34.8), aromaterapi (%26), perine masajı (%14.8),

yoga/meditasyon (%11.2), sıcak uygulama-perineal sıcak uygulama (%9.6), soğuk uygulama (%8.8), akupres (%6), akupunktur (%4), hipnoz (%2.8), ISSE (İntradermal Steril Su Enjeksiyonu) (%2), TENS (Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu) (%0.8) yöntemlerini tercih ettikleri ve pozisyon değişikliği isteyen kadınların ise en çok dik pozisyonlardan olan yürüme tercih ettikleri (%42.8) saptanmıştır (Tablo 3). Ek olarak, gebelerin nonfarmakolojik yöntemler hakkındaki bilgilerinin, yöntem tercih etme oranlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Kadınların Nonfarmakolojik Yöntem Tercihleri ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (n:250)

Nonfarmakolojik Yöntemler	Kadınların Bildikleri Nonfarmakolojik Yöntemler		Kadınların Tercih Ettiği Nonfarmakolojik Yöntemler	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
Sakruma Masaj	23(9.2)	227(90.8)	87(34.8)	163(65.2)
Bele masaj	92(36.8)	158(63.2)	190(76.0)	60(24.0)
Soğuk uygulama	9(3.6)	241(96.4)	22(8.8)	228(91.2)
Sıcak uygulama	22(8.8)	226(90.4)	24(9.6)	226(90.6)
Perineal sıcak uygulama	22(8.8)	226(90.4)	24(9.6)	226(90.6)
ISSE	4(1.6)	246(98.4)	5(2.0)	245(98.0)
Müzik dinleme	56(22.4)	191(76.4)	101(40.4)	149(59.6)
Hoş kokular-aromaterapi	32(12.8)	218(87.2)	65(26.0)	185(74.0)
Perine masajı	19(7.6)	231(92.4)	37(14.8)	213(85.2)
Akupres	8(3.2)	242(96.8)	15(6.0)	235(94.0)
Akupunktur	6(2.4)	244(97.6)	10(4.0)	238(95.2)
Doğum topu	40(16.0)	210(84.0)	118(47.2)	132(52.8)
Sosyal destek	49(19.6)	201(80.4)	157(62.8)	93(37.2)
Yoga/meditasyon	40(16.0)	210(84.0)	28(11.2)	222(88.8)
Pozisyon değişikliği	83(33.2)	167(66.8)	244(93.6)*	16(6.4)
TENS	4(1.6)	246(98.4)	2(0.8)	248(99.2)
Hipnoz	6(2.4)	244(97.6)	7(2.8)	243(97.2)

*Tercih edilen pozisyonlar: Dik Pozisyon Olan Yürüme (%42.8), Yatma (%19.6), Dikey (%17.2), Oturma (%10.4).

TARTIŞMA

Araştırmada, eğitim süresi yüksek olan ve aylık gelirini iyi olarak algılayan kadınların daha fazla nonfarmakolojik yöntem tercih ettikleri saptanmıştır. Reyhan ve Sayiner'in (2017) çalışmalarında, eğitim seviyesi yüksek olan kadınların daha çok doğumdaki ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemleri tercih ettiklerini saptamışlardır. Midilli ve diğerlerinin (2019) yaptıkları çalışmada kişilerin eğitim seviyesi arttıkça ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemleri daha çok kullandıklarını saptamışlardır. Araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur. Yapılan literatür incelemesinde; kadınların aylık gelir algılama durumları ile tercih edilen nonfarmakolojik yöntem sayısı arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırma bulgularında ise ekonomik anlamda iyi olan kadınların doğum eyleminde yaşadıkları ağrı ile aktif olarak baş etmek istedikleri görülmektedir.

Araştırmada, doğum eyleminin latent ve aktif evresinde olan kadınların tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntem sayı ortalamasının, geçiş evresinde bulunanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Doğum eyleminin ilerleyen evrelerinde kadınların gittikçe artan doğum ağrısına yönelik nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili taleplerinin azaldığı görülmektedir. Yapılan literatür incelemesinde, kadınların doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin ağrıyı azalttığına inandıkları anlaşılmaktadır (Chao ve diğerleri, 2007; Jahdi ve diğerleri 2017; Lawrence ve diğerleri, 2016; Rana, 2012; Uzel ve Yanikkerem 2018; Yeşildağ ve Gölbaşı, 2018). Ancak doğumun evrelerine göre bu düşüncelerinin nasıl değiştiği ile ilgili bir veriye rastlanmamıştır.

Araştırmada kadınların doğum ağrısını azaltmaya yönelik tercih ettikleri yöntemler sırasıyla en fazla; pozisyon değişikliği, bele masaj, sosyal destek, doğum topu, müzik dinleme, sakruma masaj, aromaterapi, perine masajı, yoga/meditasyon, sıcak uygulama-perineal sıcak uygulama, soğuk uygulama, akupres, akupunktur, hipnoz, ISW, TENS yöntemleri olduğu saptanmıştır. Yapılan literatür incelemesinde; temelinde gevşeme, mental-tensel uyarılma olan nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrılarını azaltmada etkili olduğu, konforu artırdığı ve kadınların gerekirse tekrar kullanmak istedikleri görülmüştür (Chao ve diğerleri, 2007; Jahdi ve diğerleri, 2017; Lawrence ve diğerleri, 2016; Rana, 2012). Uzel ve Yanikkerem (2018) yaptıkları çalışmalarında intrapartum dönemde olan kadınların ağrıyı azaltmaya yönelik en fazla tercih ettikleri yöntemlerin; sosyal destek, nefes alma-gevşeme teknikleri, pozisyon değişikliği ve masaj olduğunu saptamışlardır. McCaffrey ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada (2020) müzik dinlemenin doğumdaki kadınların stresini azaltıp kontrol hislerini artırarak ağrı ve endişeyi azalttığını saptamışlardır. Çalık ve Kömürcü (2014) yaptıkları çalışmada akupresür uygulanan gebelerin çoğunluğunun daha pozitif doğum deneyimi yaşadığı, doğumu algılamalarının daha olumlu olduğu ve akupresür uygulamasından oldukça memnun kaldıklarını saptamışlardır. Chen ve diğerlerinin (2019) bulguları aromaterapinin doğum ağrısı ve süresini azaltmada etkili olduğunu ve genellikle annelerin bu yöntemi tercih etmek istediklerini saptamışlardır. Yine Chao ve diğerlerinin (2007) doğum eyleminde olan kadınlar ile yaptıkları çalışmada TENS yönteminin kadınların doğum ağrılarını azalttığını ve kadınların bu yöntemi talep ettiklerini saptamışlardır. Araştırma bulgumuz literatür ile uyumlu olup kadınların yaşadıkları doğum ağrısı ile baş edebilmek için nonfarmakolojik yöntemleri tercih ettiklerini göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların en çok tercih ettikleri nonfarmakolojik yöntemlerden birinin pozisyon değişikliği olduğu görülmektedir. Aktif doğum yaklaşımında, kadınların doğum boyunca en rahat ettikleri pozisyonu almaları önerilmektedir (Balaskas, 1992; Serçekuş ve İsbir, 2012). Rana (2012) çalışmasında, doğum eylemindeki kadınların ayakta ya da oturur pozisyonda daha az ağrı çektikleri bu pozisyonda kalmayı istediklerini saptamıştır. Lawrence ve diğerleri (2013) derleme makalelerinde, doğum eyleminde yürüme ve ayakta durmanın anne ve yenidoğan sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin bulunmadığını ve kadınların pozisyon değişikliğini istediklerini bildirmişlerdir. Kadınların doğum eylemi sürecinde istediği şekilde hareket edebilmesine fırsat verilmesi anne adayının daha rahat doğum yapmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca araştırmamızda kadınların çoğunluğunun yaşadıkları ağrı ile baş edebilmek için yürümeyi tercih ettikleri saptanmıştır. Doğum eylemi boyunca kadınların dik pozisyonlardan olan yürümeyi tercih etmelerinin birçok sebebi olabilir. Bunlar; sinirlere ve eklemelere olan basının ortadan kalkması, doğum kanalının genişlemesi, ağrıyı daha az hissettirmesi, yer çekiminin etkisi ile bebeğin servikse olan basısının artması ve doğumun hızlanması olabilir (Grupt, Hofmeyr ve Shehmar, 2012; Jones ve diğerleri, 2012; Lawrence ve diğerleri, 2013).

Araştırmamızda en fazla tercih edilen nonfarmakolojik yöntemlerden bir diğeri ise bele masaj yöntemidir. Simith ve diğerleri derleme makalelerinde (2018) doğum eyleminde uygulanan masajın daha fazla memnuniyet ve daha az ağrı ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Erkek ve Aktaş (2018) yaptıkları çalışmada, doğum eyleminde kadınlara yapılan bel masajının ağrıyı azalttığı ve pozitif doğum deneyimini artırdığını saptamışlardır. Yine bir derleme makalesinde masajın doğum ağrısını azalttığı ve kadınların bu yöntemden memnun olduklarını saptamışlardır (Tektaş, Akay, Mak ve Ay, 2017). Araştırma bulgumuz literatürü desteklemektedir.

Araştırmamızda kadınların çoğunluğunun doğumda sosyal destek taleplerinin olduğu görülmektedir. Güleç ve diğerlerinin (2014) çalışmalarında kadınların doğum eyleminde sosyal destek taleplerinin olduğunu ve sosyal desteği yüksek olan kadınların daha az ağrı hissettiklerini saptamışlardır. Yine Timur ve Şahin (2010) yaptıkları çalışmada, kadınların çoğunluğunun doğum sırasında onları destekleyecek birine ihtiyaç duyduklarını belirlemişlerdir.

Literatür ile benzerlik gösteren araştırmamızda kadınların nonfarmakolojik yöntemi bilme oranlarının bu yöntemleri tercih etme oranlarına göre daha düşük olduğu anlaşılmıştır. Bu sonuç bize kadınların nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi sahibi olmasalar dahi o yöntemleri denemek istediklerini göstermektedir. Yapılan literatür taramasında; kadınların doğum ağrılarını azaltmak için nonfarmakolojik yöntemleri talep ettikleri ve istekli oldukları anlaşılmaktadır (Chao ve diğerleri, 2007; Jahdi ve diğerleri, 2017; Lawrence ve diğerleri, 2016; Rana, 2012).

Araştırmanın sınırlılıkları

- Araştırmadan elde edilen bulgular, kullanılan ölçüm aracı ve katılımcıların öz bildirimleri ile sınırlıdır.
- Araştırma bulguları evrene genellenemez, verilerin toplandığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin doğumhane servisine yatışı yapılan gebe kadınları temsil etmektedir.
- Ek olarak, doğum eyleminde, giderek artan kontraksiyonlar sebebiyle geçiş fazında olan kadınlardan sağlıklı cevaplar almamız zor olmuştur.

SONUÇ

Araştırmada, gebelerin eğitim süresi, aylık gelir algılama durumları ve doğum eyleminin evreleri ile tercih edilen nonfarmakolojik yöntem sayısı bakımından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim

süresi düşük ve aylık geliri kötü olan gebelerin nonfarmakolojik yöntem tercih etme oranlarının düşük olması onlara daha fazla destek verilmesi gerektiğini göstermektedir. Araştırma bulgularının desteklenmesi için daha geniş örneklem gruplarında farklı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere sahip gebelerle de çalışılması önerilebilir.

Araştırmada, kadınların doğum ağrısına yönelik en çok tercih ettikleri yöntemlerin; pozisyon değişikliği, bele masaj ve sosyal destek olduğu saptanmıştır. Bu yöntemlerin özel bir eğitime gerek kalmadan her sağlık profesyonelinin kadınlara uygulayabileceği yöntemler olduğu görülmektedir. Kadınların bu konuda desteklenmeleri ve talep ettikleri nonfarmakolojik yöntemi uygulamaları konusunda onlara danışmanlık yapılması doğum eylemini daha memnun tamamlamalarına olanak sağlayabilir.

Araştırmada, kadınların doğum eylemindeki ağrıya yönelik tüm nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili bilgi sahip olmadıkları ve bazı yöntemler hakkında ise bilgi sahibi olanların oldukça az olduğu saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin takip ettikleri gebelere bu yöntemler hakkında bilgi vermeleri önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: S.B.K. Veri toplama: S.B.K. Veri analizi ve yorumlama: S.B.K., M.B. Makale yazımı: S.B.K., M.B., Eleştirel inceleme: S.B.K., M.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Balaskas, J. (1992). *Active birth: The new approach to giving birth naturally*. Revised edition. America: Harvard Common Pres.
- Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, G.P., Moutquin, J.M., ... Bonapace, J. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth, 41*(2), 122-137.
- Chao, A., Wang, T.H., Chao, A.S., Chao, A., Wang, T.H., Chang, ... Wong, A.M.K. (2007). Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *NCBI, 127*, 214-220.
- Chen, S.F., Wang, C.H., Chan, P.T., Chiang, H.W., Hu, T.M., Tam, K.W., Loh, E.W. (2019). Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women Birth, 32*(4), 327-335.
- Çalık, K.Y., Kömürçü, N. (2014). SP6 noktasına akupresür uygulanan gebelerin doğum eylemine ve akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri. *MÜSBED, 4*(1), 29-37.
- Erkek, Y.Z., Aktaş, S. (2018). The effect of foot reflexology on the anxiety levels of women in labor. *J Altern Complement Med, 24*(4), 352-360.
- Gupta, J.K., Hofmeyr, G.J., Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women with-out epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev, 16*(5), Cd002006.
- Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 24*(1), 36-41.
- Jahdi, F., Sheikhan, F., Haghani, H. (2017). Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). *Complement Ther Clin Pract, 27*, 1-4.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, J.P. (2012). Pain Management for Women in Labour: An Overview of Systematic Reviews. *Review Cochrane Database Syst Rev, 14*(3), 699-702.
- Kömürçü, N., Ergin, A. B. (2008). *Doğum ağrısı ve yönetimi*. İstanbul: Bedray Basım.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., Styles, C. (2016). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Systematic Reviews, 10*, 1000-1010.
- McCaffrey, T., Cheung, P.S., Barry, M., Punch, P., Dore, L. (2020). The role and outcomes of music listening for women in childbirth: An integrative review. *Midwifery, 7*(83), 102-117.
- Midilli, T.S., Eşer, İ., Yücel, Ş. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg, 10*(1), 60-66.
- Nwanodi, O.B. (2016). Labor pain treated with acupuncture or acupressure. *Chinese Medicine, 7*(4), 133-152.
- Rana, D. (2012). The Relationship between woman's position during labor and the level of feeling pain in the active phase of labor. *Life Science Journal, 9*(4), 422-425.
- Ranjbaran, M., Khorsandi, M., Matourpour, P., Shamsi, M. (2017). Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparous women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 22*(4), 257-261.

- Reyhan, F., Saymer, F.D. (2017). *Gebelerin suda doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Serçekoş, P., İsbir, G.G. (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 11(1), 97-102.
- Simavli, S., Kaygusuz, I., Gumus, I., Usluoğulları, B., Yildirim, M., Kafali, H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord*, 156, 194-199.
- Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T., Dahlen, H.G., Ee, C.C., Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 28, 3-12.
- Tektaş, E., Akay, N., Mak, A., Ay, F. (2017). Vajinal doğumda ağrının azaltılmasına yönelik uygulanan nonfarmakolojik yöntemler ve masajın etkisi: 2000-2015 yılları tez sonuçları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 64-70.
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V.H., Downe, S., Oladapo, O.T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health*, 16, 71.
- Timur, S., Şahin, N.H. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 12, 29-40.
- Uzel, H.G., Yanikkerem, E. (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. *DEUHFED*, 11 (1), 26-34.
- Yeşildağ, B., Gölbaşı, Z. (2018). Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğini değerlendiren lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 104-111.

Şeyda BİNAY YAZ¹
Orcid: 0000-0001-6410-6240
Güliz ÖZBOLAT²
Orcid: 0000-0001-5873-2616

Sağlık Çalışanı Ebeveynlerde COVID-19 Korkusunun Ebeveyn Çocuk İlişkisine Etkisi

The Effect of COVID-19 Fear on Parent Child Relationship in Healthcare Professional Parents

¹İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir/Türkiye

Gönderilme Tarihi: 8 Nisan 2022

Kabul Tarihi: 16 Ocak 2023

²İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

ŞEYDA BİNAY YAZ, e-mail:
seydabinay80@gmail.com,
seyda.binay@bakircay.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

COVID-19; çocuk; ebeveyn;
ebeveyn-çocuk ilişkisi; hemşirelik.

Keywords:

COVID-19; child; parent; parent-child relationship; nursing.satisfied.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada amaç ebeveyn olan sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusunun ebeveyn-çocuk ilişkisine etkisini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan bu çalışmaya Şubat-Nisan 2021 tarihlerinde bir üniversite hastanesinde çalışan ve ebeveyn olan 130 sağlık çalışanı katıldı. Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan ebeveyn tanıtıcı bilgi formu, COVID-19 Korkusu Ölçeği ve Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği kullanıldı. Veri toplama formları yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanı ebeveynlerin %81.5'i anne, %50'si 31-40 yaş arasında, %61.5'i tek çocuğa sahip ve %58.5'i hemşire olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların COVID-19 korkusu ölçeği ortalama puanı 22.64±6.97 olup orta düzeyinde üstündedir. Ebeveyn çocuk ilişkisine bakıldığında ise olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı 39.83±6.36 ve olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı 14.14±3.97 olup iki boyutta orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır.

Sonuç: COVID-19 hastalığı açısından riskli gruplardan biri olan sağlık çalışanlarının çalışma şekli, çalıştığı klinik gibi faktörler COVID-19 korkularını etkileyebilmektedir. Aynı zamanda ebeveyn olan bu çalışanların COVID-19 korkusu ve kendi çocuklarıyla olan ilişkilerini etkilediği belirlenmiştir.

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of the fear of COVID-19 on the parent-child relationship of healthcare professionals who are parents.

Methods: It was designed as descriptive and cross-sectional. 130 healthcare professionals, who were parents and working at a university hospital, participated in this study between February and April 2021. Parent descriptive information form, COVID-19 Fear Scale, and Parent-Child Relationship Scale prepared by the researchers were used to collect data. Data collection forms were collected using the face-to-face interview technique. Number, percentage, mean, standard deviation, and correlation analysis were used in the analysis of the data.

Results: Of the health worker parents participating in the research, 81.5% were mothers, 50% were between the ages of 31-40, 61.5% had one child, and 58.5% were nurses. The mean score of the participants on the fear of COVID-19 scale was 22.64±6.97, which was above the medium level. When the parent-child relationship was examined, the mean score of the positive parent-child relationship subscale was 39.83±6.36, and the mean score of the negative parent-child relationship subscale was 14.14±3.97, and it was found to be above the medium level in two dimensions.

Conclusion: Factors such as the working style of healthcare professionals, one of the risky groups for COVID-19 disease, and the clinic they work in, can affect their fears of COVID-19. It has been determined that these employees, who are also parents, affect the fear of COVID-19 and their relationships with their children.

Kaynak Gösterimi: Binay Yaz, Ş., Özbolat, G. (2023). Sağlık Çalışanları Ebeveynlerde COVID-19 Korkusunun Ebeveyn Çocuk İlişkisine Etkisi. *EGEHFD*, 39(1),71-79. DOI: 10.53490/egehemsire.1100270

How to cite: Binay Yaz, Ş., Özbolat, G. (2023). The Effect of COVID-19 Fear on Parent Child Relationship in Healthcare Professionals Parents. *JEUNF*, 39(1), 71-79 DOI: 10.53490/egehemsire.1100270

GİRİŞ

Koronavirüs hastalığına (COVID-19) yönelik dünya genelinde pandemi ilan edilmiş (Cucinotta ve Vanelli, 2020; Sohrabi ve diğerleri, 2020; World Health Organization [WHO], 2020) ve İş Güvenliği ve Sağlık Yönetimi tarafından sağlık çalışanları, COVID-19 enfeksiyonu riski açısından riskli grup olarak belirlenmiştir (Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2020). Sağlık çalışanları, koronavirüs hastalığının bulaş olasılığı açısından riskli olduğu ve bu durumun stres ve endişe kaynağı olduğu tespit edilmiştir (Buckley, Wee, ve Qin, 2020; Temsah ve diğerleri, 2020). Sağlık bakım uygulamaları sırasında hastalık etkeni maruz kalan sağlık çalışanları kendi çocuklarına, ailesine ve çevresine bulaştırarak zarar verebilmektedir (Selgelid, 2009). Pandemi sürecinde hızla artan ve değişken çalışma koşulları da bu durumu zorlaştırabilmektedir (Zhang ve diğerleri, 2020). Sağlık çalışanı eve gittiğinde de dikkat etmek durumundadır. Evde herhangi bir eşyaya dokunmaktan kaçınması ve önce banyoda sabun ve su ile temizlikten geçmesi gerekmektedir (Johnson, Kent ve Leather, 2005). COVID-19 salgını nedeniyle ailelerin kendileri ve çocukları, yakınları, arkadaşları için stres, endişe ve korku yaşamaları normal bir durumdur (Jiao ve diğerleri, 2020). Sağlık çalışanı çocukları bu süreci daha yakından yaşamaktadır. Sürecin olumsuz sonuçlarından daha fazla etkilenecekleri tahmin edilmektedir (Ghosh, Dubey, Chatterjee ve Dubey, 2020).

Ebeveynlerin pandemi esnasında karşılaştığı zorluklar ve stresörler, hastalık ile ilgili endişeler, temel yaşam gereksinimleri ile ilgili olumsuzluklar çocukların gelişimini kötü yönde etkileyebileceği öngörülmektedir (Kılıçaslan ve Kütük, 2020). Aile, çocukların fiziksel, zihinsel, sosyal açıdan gelişmesinde ve kişiliklerinin oluşmasındaki etkileri ile vazgeçilmezdir (Bartan, 2010). Ebeveynleri ile olumlu etkileşim içinde olan çocuklar, duygu ve düşüncelerini daha rahat ifade ederler (Arabacı ve Ömeroğlu, 2016). Ebeveyn ile çocuk arasındaki sağlıklı iletişim, çocuğun olumlu ilişkiler kurması için temel oluşturur (Kandır ve Alpan, 2008). Pandemi riskli gruplardan biri olan ebeveyn sağlık çalışanları ve çocuklarının yaşadıkları zorlukları ve etkilenme durumlarının saptanmasının önemli olduğu düşünülmektedir (Kılıçaslan ve Kütük, 2020).

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisi döneminde bir üniversite hastanesinde görev yapan ve ebeveyn olan sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu ile ebeveyn- çocuk ilişkisi incelendi.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlandı. Şubat- Nisan 2021 tarihlerinde bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi.

Evren ve Örneklem

Evreni, bir üniversite hastanesinde çalışan ve aynı zamanda ebeveyn olan 515 sağlık çalışanı oluşturdu. Evreni belli olan örneklem hesaplama yöntemi ile Open Epi programında örneklem, %80 güven aralığında en az 125 olacak şekilde hesaplandı. Araştırmanın örneklemi belirlenen tarihler arasında dahil edilme kriterlerine uyan 130 sağlık çalışanı ebeveyn oluşturdu.

Veri Toplama

Veriler, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Ankete başlamadan önce katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onam alındı. Veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık 5-10 dakika sürdü. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan ebeveyn tanıtıcı bilgi formu, COVID-19 korkusu ölçeği ve ebeveyn çocuk ilişkisi ölçeği kullanılarak toplandı. Pandemi çalışma şartları ve temas kısıtlaması nedeniyle yüz yüze görüşme tekniği kullanılmayan sağlık çalışanları ile anketlerin online formu paylaşıldı ve online onam alındı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri arasında, 0-18 yaş arasında en az bir çocuğu olan ebeveyn olması, sağlık çalışanı olması, Türkçe konuşup anlayabilmesi ve araştırmaya katılmayı kabul etmesi yer almıştır. Burada belirtilen sağlık çalışanı kavramı içerisinde hemşire, hekim, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sağlık teknikeri/teknisyeni ve hasta bakıcılar yer almaktadır. Bu çalışanların seçilmesinin nedeni ise COVID-19 hastası ile daha çok karşılaşma ihtimalinin olmasıdır.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri arasında, ebeveyn olmayan sağlık çalışanı olması, hastanede çalışan güvenlik görevlisi ve idari çalışan olması, Türkçe bilmemesi ve araştırmaya katılmada gönüllü olmaması yer almıştır.

Veri Toplama Araçları

Ebeveyn tanıtıcı bilgi formu: Cinsiyet, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, meslekte toplam çalışma süresi, çalıştığı birim, hastanedeki unvanı, çocuk sayısı, çocuk yaşı, kronik hastalık durumu, COVID-19 tanısı alıp-almaması, yakınlarının COVID-19 tanısı alıp-almaması, son bir ayda COVID-19 tanısı almış hastaya hizmet verme durumunu sorgulayan toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Kovid-19 Korkusu Ölçeği (FCV-19S): The Fear of COVID-19 Scale, Ahorsu ve diğerleri tarafından 2020’de geliştirilmiştir. Tek faktörlü yapıda olan ölçek 7 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde (1: Kesinlikle katılmıyorum; 5: Kesinlikle katılıyorum) olan ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.82’dir. Puanın artması korkunun yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ahorsu ve diğerleri, 2020). Ladikli ve diğerleri tarafından ölçek Türk diline ve kültürüne uyarlanmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.86 olarak bulunmuştur (Ladikli ve diğerleri, 2020). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği (EÇİÖ): Ölçek Hetherington ve Clingempeel tarafından geliştirilmiş olup 15 maddeden ve 2 alt ölçekten oluşmaktadır. Birinci alt ölçek olan olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi, ilişkinin sıcaklık, ilgi ve duyarlılık düzeyini kapsar (10 madde). Bu alt ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.71’dir. İkinci alt ölçek olan olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi, ilişkideki çatışma, cezalandırma ve olumsuz duygu gibi özellikleri içerir (5 madde). Bu alt ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.74’tür. Ölçek 5’li likert tipinde, 1 (hiç)’den 5 (aşırı)’e kadar derecelendirilmiştir (Hetherington ve Clingempeel, 1992). Ölçek Aytaş ve diğerleri tarafından Türk diline uyarlanmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı olumlu alt ölçeğin 0.81, olumsuz alt ölçeğin 0.80 olarak bulunmuştur (Aytaş, Çen ve Yüceol, 2018). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Analizde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26.0 paket programı kullanıldı. Demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde dağılımına bakıldı ve ortalama puanlar için tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov Simirnov normallik testi yapıldı. Veriler normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizi yapıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için İzmir Bakırçay Üniversitesi’nin girişimsel olmayan etik kurulundan onay (29.01.2021 tarih ve 163 numaralı kararı) alındı. Ayrıca, Ülke Sağlık Bakanlığı’ndan COVID-19 ilgili çalışma onayı alındı. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastaneden kurum izni ve katılımcılardan online araştırma onamı alındı.

BULGULAR

Sağlık çalışanı ebeveynlerin %50’sinin 31-40 yaş arasında, %81.5’inin kadın, %69.2’sinin lisans mezunu, %30.8’sinin meslekte çalışma yılının 0-5 yıl arasında, %32.3’ünün klinikte çalıştığı, %58.5’inin hemşire, %61.5’inin tek çocuğa sahip olduğu belirlendi. Sağlık çalışanlarının COVID-19 ve hastalık ile ilişkili özelliklerine bakıldığında sağlık çalışanlarının %13.3’ünün COVID-19 hastalığına yakalandığı, %27.7’sinin yakınlarında COVID-19 hastalığı tanısı alan olmadığı, %35.4’ünün son bir ayda COVID-19 tanısı alan hastaya baktığı, %12.9’unun kronik hastalığı olduğu ve %22.3’ünün eşinin ya da çocuklarının kronik hastalığı olduğu bulundu (Tablo 1).

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile FCV-19S karşılaştırıldığında, sağlık çalışanlarının yaşları ile FCV-19S ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), 20-30 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının ortalama puanlarının 31-40 yaş arasında ve 41 yaş üzerinde olan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Çalışanların eğitim durumları ile FCV-19S ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). FCV-19S, lise mezunu sağlık çalışanlarının ortalama puanlarının lisans ve lisansüstü mezunu sağlık çalışanlarının ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları klinik ile FCV-19S ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), klinikte çalışan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarının poliklinikte çalışan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 1). Sağlık çalışanlarının yakınlarının COVID-19 olma durumları ile FCV-19S ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), yakınlarında COVID-19 hastalığına yakalanan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarının yakalanmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2).

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile EÇÖ karşılaştırıldığında, katılımcıların yaşları ile olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), 20-30 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının ortalama puanlarının 31-40 yaş arasında ve 41 yaş üzerinde olan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarından daha düşük olduğu saptandı. Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve kadın çalışanların ortalama puanlarının erkek çalışanların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Çalışanların eğitim durumları ile olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark varken ($p<0.05$), olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süreleri ile olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve 11-15 yıl arasında çalışan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarının 0-5 yıl arasında çalışan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Meslek grupları ile olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), hemşirelerin ortalama puanlarının sağlık teknikeri olarak görev yapanların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özellikleri ile COVID-19 Korkusu Ölçeği ve Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Değişkenler		n	%	Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği		
				COVID-19 Korkusu Ölçeği	Olumlu Alt Ölçek	Olumsuz Alt Ölçek
				X±SD	X±SD	X±SD
Cinsiyet	Kadın	106	81.5	22.96±7.31	40.50±5.75	13.90±3.64
	Erkek	24	18.5	21.25±5.15	36.91±8.08	15.20±5.15
	z/p			-1.413/0.158	-2.315/0.021*	-1.732/0.083
Yaş	20-30 yaş (a)	36	27.7	25.97±6.99	40.55±5.75	11.61±4.08
	31-40 yaş (b)	65	50.0	21.95±6.43	38.64±6.55	14.96±3.71
	41 yaş üzeri (c)	29	22.3	20.06±6.80	41.62±6.31	15.44±2.97
	x²/p			15.220/0.000*	4.518/0.104	18.564/0.000*
			a>b=c**		a<b=c**	
Çocuk Sayısı	Tek çocuk	80	61.5	23.03±7.36	40.07±6.52	13.85±4.23
	İki çocuk ve üzeri	50	38.5	22.02±6.33	39.46±6.15	14.62±3.52
	z/p			-1.079/0.281	-0.590/0.555	-0.898/0.369
Eğitim durumu	Lise (a)	23	17.7	26.30±6.54	37.95±4.99	14.13±3.74
	Lisans (b)	90	69.2	22.12±7.05	39.70±6.55	14.28±4.12
	Lisans üstü (c)	17	13.1	20.47±5.60	43.11±6.10	13.41±3.58
	x²/p			9.618/0.008*	7.536/0.023*	0.639/0.727
			a>b=c**	c>a**		
Çalışılan klinik	Hemşire (a)	76	58.5	23.13±6.93	41.02±5.54	13.86±3.76
	Hekim (b)	18	13.8	20.50±5.49	36.66±8.52	16.27±4.87
	Sağlık teknikeri (c)	11	8.5	21.81±9.52	34.72±2.83	14.00±3.94
	Sağlık teknisyeni (d)	10	7.7	24.00±6.87	42.00±7.22	13.90±2.28
	Diğer****(e)	15	11.5	22.46±7.08	39.93±6.08	13.26±4.39
	x²/p			2.908/0.573	15.995/0.003*	6.671/0.154
				a>c***		
Meslekte çalışma süresi	0-5 yıl (a)	40	30.8	24.60±7.81	40.57±5.56	12.40±4.28
	6-10 yıl (b)	24	18.5	22.45±5.97	42.04±6.16	13.50±3.97
	11-15 yıl (c)	37	28.5	21.75±6.60	37.48±6.32	15.62±3.52
	16-20 yıl (d)	18	13.8	19.22±6.91	39.16±6.56	14.50±3.14
	21 ve üzeri (e)	11	8.4	24.54±5.16	41.36±7.74	16.36±2.73
	x²/p			10.685/0.030*	9.466/0.050	15.891/0.003*
			a=b=c=d=e		a<c***	
Çalışılan Birim	Klinik (a)	42	32.3	24.73±6.40	38.88±5.71	14.52±4.23
	COVID kliniği (b)	9	6.9	25.22±6.47	38.00±4.38	13.11±3.55
	Yoğun bakım kliniği (c)	12	9.2	21.33±8.31	40.00±6.32	13.66±2.96
	Poliklinik (d)	8	6.2	15.50±3.74	37.00±8.99	15.62±3.54
	İdari birimler (e)	19	14.6	24.21±7.46	38.94±6.09	12.73±4.58
	Diğer (f)	40	30.8	20.95±6.34	42.20±6.57	14.50±3.79
	x²/p			17.601/0.003*	8.747/0.120	4.814/0.439
			a>d****			

*p<0.05, x²: Kruskal Wallis testi, z: Mann Whitney U testi, **Bonferroni düzeltme sonucunda elde edilen p değeri p<0.016, ***Bonferroni düzeltme sonucunda elde edilen p değeri p<0.005, ****Bonferroni düzeltme sonucunda elde edilen p değeri p<0.003, **** Diğer: diyetisyen, eczacı, fizyoterapist ve hasta bakıcı.

Tablo 2. COVID-19 ve İlişkili Özellikleri ile COVID-19 Korkusu Ölçeği ve Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği				
	COVID-19 Korkusu Ölçeği		Olumlu Alt Ölçek	Olumsuz Alt Ölçek	
	n	%	X±SD	X±SD	X±SD
COVID-19 tanı varlığı					
Evet	16	12.3	21.87±7.73	43.81±5.55	13.68±2.98
Hayır	114	87.7	22.75±6.89	39.28±6.29	14.21±4.10
	z/p		-0.394/0.694	-2.570/0.010*	-0.373/0.709
Yakınlarında COVID-19 tanısı (anne, baba)					
Evet	36	27.7	24.63±6.31	39.61±6.70	14.80±3.55
Hayır	94	72.3	21.88±7.10	39.92±6.26	13.89±4.11
	z/p		-2.106/0.035*	-0.321/0.749	-0.922/0.357
Son 1 ayda COVID-19 tanısı almış hastaya bakma					
Evet	46	35.4	21.60±6.93	39.63±6.98	13.78±4.41
Hayır	84	64.6	23.21±6.98	39.95±6.04	14.34±3.73
	z/p		-1.312/0.189	-0.112/0.911	-0.919/0.358
Kronik hastalık varlığı					
Evet	22	16.9	21.18±4.99	43.09±4.46	14.27±2.78
Hayır	108	83.1	22.94±7.30	39.17±6.50	14.12±4.18
	z/p		-1.422/0.155	-2.722/0.006*	-0.009/0.993
Eş/çocuk kronik hastalık varlığı					
Evet	29	22.3	24.58±6.85	41.31±6.15	14.51±3.43
Hayır	101	77.7	22.08±6.94	39.41±6.39	14.03±4.12
	z/p		-1.874/0.061	-1.325/0.185	-0.281/0.779

*p<0.05, z: Mann Whitney U testi.

Tablo 3. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin COVID-19 Korkusu Ölçeği ve Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları (N=130)

Ölçekler	X±SD	Ortanca (ÇAA)	Min-Maks
COVID-19 Korkusu Ölçeği	22.64±6.97	25.00 (11.00)	7.00-35.00
Olumlu Ebeveyn Çocuk İlişkisi Alt Ölçeği	39.83±6.36	39.00 (10.25)	27.00-50.00
Olumsuz Ebeveyn Çocuk İlişkisi Alt Ölçeği	14.14±3.97	15.00 (6.00)	5.00-22.00

*ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık

Sağlık çalışanlarının FCV-19S ortalama puanı 22.64±6.97, olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı 39.83±6.36 ve olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ortalama puanı 14.14±3.97 olarak saptandı (Tablo 3). Sağlık çalışanlarının FCV-19S ve ebeveyn çocuk ilişkisi ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre, FCV-19S ile olumlu ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği ve olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi alt ölçeği arasında anlamlı korelasyon olmadığı belirlendi (p>0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin COVID-19 Korkusu Ölçeği ve Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar (n=130)

	Olumlu Ebeveyn Çocuk İlişkisi Alt Ölçeği	Olumsuz Ebeveyn Çocuk İlişkisi Alt Ölçeği
COVID-19 Korkusu Ölçeği	r_s : -0.130 p=0.141	r_s : -0.051 p=0.565

r_s : Spearman Korelasyon Analizi.

TARTIŞMA

Bu araştırmada pandemi sürecinde en fazla etkilenen ve riskli gruplardan biri olan sağlık personelinin COVID-19 korkusunun ebeveyn- çocuk ilişkisine etkisini incelemeyi temel almıştır. Sonuçlar doğrultusunda, sağlık personellerinin COVID-19 korkusunun ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin orta düzeyin üstünde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin COVID-19 korkusu puanları 20-30 yaş aralığında daha yüksek bulunmuştur. COVID-19 korkusunu en fazla yaşayan 20-30 yaş aralığında olan sağlık personelleri olmuştur. Aydın ve diğerleri (2021) tarafından 305 katılımcı ile yapılmış çalışmada en fazla koronavirüse yönelik korku yaşayan grubun genç yaş grubu olduğu bulunmuştur (Aydın, Orhan, Gümüş, Kaya ve Mahanoğlu,2021). Yapılan bir çalışmada, genç yaş grubundaki kişilerin korku ve endişe düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedenin ise genç insanların (35 yaş altı) COVID-19 pandemisi üzerine çok fazla düşündükleri ve çok zaman harcadıkları olarak belirtilmiştir (Huang ve Zhao, 2020).

Bu araştırmada sağlık personellerinin eğitim durumu yükseldikçe COVID-19 korkusu puan ortalamaları azaldığı bulunmuştur. Çalışmada ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarıyla olan olumlu ilişki düzeyinin de arttığını tespit edilmiştir. Ayrıca eğitim durumu ile korku faktörü ele alındığında eğitim seviyesinin artmasıyla beraber COVID-19 korkusunun azalması; artan bilgi seviyesiyle koronavirüse karşı önlem ve korunma yöntemlerini bilinmesiyle ilgili olduğunu düşündürmüştür. Sağlık personellerinin meslekte geçirdikleri sürenin COVID-19 korkusu puanlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur. Bu bağlamda 0-5 yıl arası ve 21 yıl ve üzeri meslek hayatı olan sağlık personellerinin COVID-19 korkusu puanları anlamlı yüksek bulundu. Bulunan sonuç mesleki deneyim ile ilişkili bulunmuştur. COVID-19 korkusunun 0-5 yıl arası deneyimi olan personelin yüksek olmasının sebebinin mesleki tecrübesinin daha az olmasından kaynaklanabilir. Yirmi bir yıl ve üzeri çalışma hayatı olan sağlık personelinin COVID-19 korkusunun yüksek olmasının sebebi ise yaşa bağlı COVID-19 hastalığına yakalanmasının sonuçları ile alakalı olarak yüksek olduğu ayrıca kronik hastalık sahibi olma oranının yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin yakınlarında COVID-19 tanısı almış olanların COVID-19 korkusu puanı daha yüksek bulunmuştur. Cao ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada herhangi bir yakını enfekte olmuş veya bu hastalık nedeniyle yakını kaybetmiş kişilerde pandemi korkusu ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (Cao ve diğerleri, 2020). Çalışkan ve diğerlerinin (2021) 270 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerden kronik bir hastalığı olanların COVID-19 korkusunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çalışkan, Kargın ve Ersöğütçü, 2021). Sahin ve diğerlerinin (2020) tarafından sağlık çalışanlarıyla yürütülen çalışmada da kronik hastalık ve korku durumuna yönelik benzer sonuçlar tespit edilmiştir (Sahin, Aslaner, Eker, Gokcek ve Dogan, 2020). Kişilerde kronik bir hastalığın olması, erken bulaş, hasta olma ve hastalıktan olumsuz etkilenme riski gibi nedenler, daha fazla korkuya neden olabileceği düşünülmektedir (Sandalcı, Uyaroğlu ve Güven, 2020).

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin ebeveyn çocuk ilişki olumlu alt boyut puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kadınların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada annelerin babalara oranla daha çatışmacı olduğu, babaların annelere göre daha yakın ilişkiler kurabildiği belirlenmiştir (Kılıç, 2020). Farklı olarak, Driscoll ve Pianta'nın çalışmasında ebeveyn çocuk ilişkileri incelenmiş ve annelerin babalardan daha yüksek olumlu puanlar aldıkları bulunmuştur (Driscoll ve Pianta, 2011). Araştırmamızda olumsuz alt boyut ebeveyn çocuk ilişkisi puanları 41 yaş ve üzeri personel için anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda çalışma literatürdeki çalışmaları destekler niteliktedir. Pandemi şartlarında çalışmak ebeveynler için önemli stres nedeni olabilmektedir. Bu durum anne ve babaların kendi çocukları ile iletişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle ileri yaş grubu için kronik hastalık olasılığının artmış olmasıyla beraber pandemi şartları bir araya gelince bu yaş grubu için hem önemli bir stres faktörü haline gelmekte, bu da çocuklarıyla iletişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Saygı, 2011).

Bu araştırmada sağlık personellerinin eğitim durumu yükseldikçe olumlu alt boyutta ebeveyn çocuk ilişki puanının arttığı bulunmuştur. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin çocukların psikososyal gelişimine etkisi üzerine yapılan bir çalışmada ailenin eğitim durumu yükseldikçe olumsuz alt boyut ebeveyn çocuk ilişkisi puanının azaldığı bulunmuştur (Dereli ve Dereli, 2017). Literatürde ebeveyn ve çocuk ilişkisinin incelendiği çalışmalarda

ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarıyla olan ilişkilerinin daha olumlu olduğunu saptanmıştır (Çakıcı, 2006; Saygı ve Uyanık Balat, 2013). Bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada COVID-19 korkusunun ebeveyn-çocuk ilişkisine etkisini değerlendirmek için yapılan korelasyon analizine göre anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Fakat çalışma sonucuna göre sağlık çalışanı ebeveynlerin COVID-19 korkusu orta düzeyin üzerindedir. Bununla birlikte pandemi sürecinde ebeveynlerin kendi çocukları ile olan ilişkilerinin olumlu alt boyunu yüksek olarak değerlendirirken olumsuz alt boyutunu da yüksek olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Pandemi aile ilişkileri üzerine yapılan çalışmalarda uzaktan çalışma şekli ile aile ile etkili zaman geçirme pandemisinin getirdiği olumlu durum olarak belirtilmiştir (Kundu ve Bhowmik, 2020; Kurt Demirtaş ve Sevgili Koçak, 2020). Fakat bu durum uzaktan çalışmayan sağlık çalışanları için geçerli değildir. Çocuğu olan sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada pandemi süresince belirsizlikten kaynaklanan stres yaşadıkları ve hızla değişen duygu durumları ile başa çıkmak zorunda oldukları belirtilmiştir (Amakiri, Ezeoke, Chude ve Anoka, 2020). Sağlık çalışanı ebeveynlerin çocukları ile etkili vakit geçiremediği için olumsuz duygular yaşamaktadırlar (Kurt Demirtaş ve Sevgili Koçak, 2020). Sağlık çalışanları COVID-19 hastaları ile yakın temas halinde olmaları ailelerine bulaştırma korkusuna neden olmaktadır (Luo, Guo, Yu, Jiang ve Wang, 2020). Aynı zamanda bu süreçte, pandeminin getirdiği kısıtlamalar sonucunda rutini bozulan çocuklar ile ebeveyn sağlık çalışanlarının ilişkileri çocukların gelişimi için önemlidir (Pappa, Ntella, Giannakas, Giannakoulis, Papoutsis ve Katsaounnou, 2020).

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma pandeminin etkilerinin yoğun olduğu dönemde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle birçok sağlık çalışanının kendisi ya da ailesinden birisinin COVID-19 testinin pozitif olması ve pandemi şartları nedeniyle ulaşılamamıştır.

SONUÇ

Bulaşıcı hastalıklar ve pandemilerin tüm insanlar üzerinde psikososyal yönden olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada COVID-19 pandemisinde riskli gruplardan biri olan sağlık çalışanlarının çalışma şekli, çalıştığı klinik gibi faktörler COVID-19 korkularını etkileyebilmektedir. Aynı zamanda ebeveyn olan bu çalışanların COVID-19 korkusu ve kendi çocuklarıyla olan ilişkilerini etkilediği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını hemşireler ve hemşirelerin çoğunluğunu kadınlar yani anneler oluşturmaktadır. Türk toplumunda aile süreçlerin yönetilmesinde, özellikle çocukların primer bakımında anneler görev almaktadır. Sağlık çalışanı annelerin çocukları ile ebeveynlik ilişkilerinin etkilenmesi kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda tüm sağlık çalışanlarının pandemi sırasında çalışma şekilleri çocukları ile kaliteli zaman geçirmelerini etkileyebilmektedir. Tüm bu durumun yönetilmesinde çocuk sağlığı hemşireliği alanına önemli roller düşmektedir. Sağlık çalışanı ebeveynlerin yönlendirilmesi, eğitim gereksinimlerinin giderilmesi, korku ve kaygılarının azaltılmasına yönelik programlar hazırlanması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: Ş.B.Y., G.Ö. Veri toplama: G.Ö. Veri analizi ve yorumlama: Ş.B.Y., G.Ö. Makale yazımı: Ş.B.Y., G.Ö. Eleştirel inceleme: Ş.B.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Amakiri, P. C., Ezeoke, A., Chude, C. F., Anoka, K. (2020). Psychological effect of pandemic Covid-19 on families of health care professionals. *British Journal of Psychology Research*, 8(2), 1-7. Erişim adresi: <https://www.eajournals.org/wp-content/uploads/Psychological-effect-of-Pandemic-Covid-19-on-families-of-health-care-professionals.pdf>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11469-020-00270-8>
- Arabacı, N., Ömeroğlu, E. (2016). Anne-Baba-Çocuk İletişimini Değerlendirme Aracının (ABÇİDA) geliştirilmesi: Geçerlik güvenilirlik çalışması. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4(7), 1-21. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/401858>
- Aydın, O. A., Orhan, S., Gümüş, M., Kaya, N., Mahanoğlu, E. (2021). COVID-19'un nedenleri algısı ile COVID-19 korkusu arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (3), 9-25. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1846552>
- Aytaç, A. B., Çen, S., Yüceol, G. P. (2018). Ebeveyn-çocuk ilişkisi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 25(3), 209-221. Erişim adresi: https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_27502/cogepderg-25-209.pdf

- Bartan, M. (2010). *Kütahya örneğinde ebeveyn-çocuk ilişkisi envanterinin 60–72 aylık çocukların anne ve babalarına uyarlanması*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Buckley, C., Wee, S. L., Qin, A. (2020). China's doctors, fighting the coronavirus, beg for masks. The New York Times. Erişim adresi: <https://www.nytimes.com/2020/02/14/world/asia/china-coronavirus-doctors.html> Erişim tarihi: 14 Şubat 2020.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cucinotta, D., Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed*, 91(1), 157–160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Çakıcı, S. (2006). *Alt ve üst sosyoekonomik düzeydeki ailelerin anne-çocuk ilişkilerinin ve aile işlevlerinin anne-çocuk ilişkilerine etkisinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çalışkan, E., Kargın, M.,e Ersöğütçü, F. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde covid-19 korkusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasındaki ilişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(3), 170-180. <https://doi.org/10.17942/sted.880773>
- Dereli, E., Dereli, B. M. (2017). Ebeveyn-çocuk ilişkisinin okul öncesi dönem çocukların psikososyal gelişimlerini yordaması. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 227-258. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/pub/yyuefd/issue/28496/304177>
- Driscoll, K., Pianta, R. (2011). Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*, 7, 1-24. Erişim adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2013-00755-001>
- Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Dubey, S. (2020). Impact of COVID-19 on children: Special focus on psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica*, 72(3), 226-235. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05887-9>
- Hetherington, E. M., Clingempeel, W. G. (1992). Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(2/3), 1-207. Erişim adresi: <https://www.jstor.org/stable/1166050?seq=2>
- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during covid-19 epidemic in china: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288(112954), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Feng Fang, S., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19. *Journal of Pediatrics*, 221, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Johnson, G., Kent, G., Leather, J. (2005). Strengthening the parent-child relationship: A review of family interventions and their use in medical settings. *Child Care Health Development*, 31(1), 25-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00446.x>
- Kandır, A., Alpan, Y. (2008). Okul öncesi dönemde sosyal-duygusal gelişime anne-baba davranışlarının etkisi. *Aile ve Toplum*, 10(4), 33-38. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/198102>
- Kılıç, M. (2020). *Ebeveynlerin çocuk istismarına yönelik farkındalık düzeyinin ebeveyn-çocuk ilişkisine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Kılıçaslan, F., Kütük, M.Ö. (2020). Pandemi döneminde ebeveynlik; zorluklar ve öneriler. E.S. Ercan, Ç. Yektaş, A.E. Tufan, Ö. Bilaç (Ed.), *COVID-19 pandemisi ve çocuk ve ergen ruh sağlığı* kitabı içinde (s.119-124). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-pandemi-doneminde-ebeveynlik-zorluklar-ve-oneriler-91226.html>
- Kundu, B., Bhowmik, D. (2020). Societal impact of novel corona virus (COVID-19 pandemic) in India. *SocArXiv vm5rz, Center for Open Science*. <http://dx.doi.org/10.31235/osf.io/vm5rz>
- Kurt Demirtaş, N., Sevgili Koçak, S. (2020). 2-6 yaş arasında çocuğu olan ebeveynlerin bakış açısıyla covid-19 salgın sürecinin değerlendirilmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(6), 328-349. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1168051>
- Ladikli, N., Bahadır, E., Yumuşak, F., Akkuzu, H., Karaman, G., Türkkkan, Z. (2020). Kovid-19 Korkusu Ölçeği'nin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *International Journal of Social Science*, 3(2), 71-80. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1219747>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Occupational Safety and Health Administration. (2020). Erişim adresi: <https://www.osha.gov/coronavirus> Erişim tarihi: 26 Mart 2020.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Elsevier Public Health Emergency Collection*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

- Sahin, T., Aslaner, H., Eker, O. O., Gokcek, M. B., Dogan, M. (2020). Effect of COVID-19 pandemic on anxiety and burnout levels in emergency healthcare workers: A questionnaire study. *Research Square*, 1-22. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-32073/v1>
- Sandalcı, B., Uyaroğlu, O. A., Güven, G. S. (2020) COVID-19'da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. *Flora İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 25(2), 132-138. <https://doi.org/10.5578/flora.69700>
- Saygı, D., Uyanık Balat, G. (2013). Anasınıfına devam eden çocuğu olan annelerin çocukları ile ilişkilerinin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 10(1), 844-62. Erişim adresi: <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/2521/1094>
- Saygı, D. (2011). *Ebeveyn – Çocuk İlişkisi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve anne-çocuk ilişkisinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (İstanbul Örnekleme)*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Selgelid, M. J. (2009). Pandethics. *Public Health*, 123(3), 255-259. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.12.005>
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.02.034>
- Temsah, M. H., Al-Sohime, F., Alamro, N., Al-Eyadhy, A., Al-Hasan, K., Jamal, A. ...Somily, A. M. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *J Infect Public Health*, 13(6), 877-882. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.021>
- World Health Organization (2020). Novel Coronavirus (COVID-19) Situaition. 2020. Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> Erişim tarihi: 26 Mart 2020.
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M. ...Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*, 100053(45), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Ezgi DÖNER¹
Orcid: 0000-0003-2140-7347

Rabiye ÇIRPAN²
Orcid: 0000-0001-6010-6286

Gülsüm Nihal ÇÜRÜK³
Orcid: 0000-0003-1862-7445

¹ Gemerek Devlet Hastanesi, Sivas/ Türkiye

² Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi,
Niğde/Türkiye

³ İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

EZGI DÖNER

dnrezq@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Diyabetik ayak; sağlık; inançlar;
kabul; hemşireler.

Keywords:

Diabetic foot; health; beliefs;
acceptance; nurses.

Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlığa ve Hastalığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

The Relationship Between Illness Acceptance and Attitudes Towards Health and Illness in Patients with Diabetic Foot

Gönderilme tarihi: 21 Nisan 2022

Kabul tarihi: 16 Ocak 2023

*Bu çalışma Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans tez çalışmasından türetilmiştir.

ÖZ

Amaç: Araştırma, diyabetik ayağı olan bireylerin sağlığa ve hastalığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma 01.06.2017-30.11.2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin ortopedi ve travmatoloji servisinde takip edilen, araştırma kriterlerine uyan 115 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmanın yapılabilmesi için, etik kurul onayı, çalışmanın yapıldığı hastaneden gerekli izin ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı anket formu, diyabet hastalarında sağlık inanç modeli ölçeği ve hastalığı kabul ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hastaların sağlık inanç modeli ölçeğinin sadece algılanan ciddiyet alt boyutunda pozitif sağlık inancına, diğer alt boyutlar ve toplam sağlık inancında negatif sağlık inancına sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalığı kabul ölçeği toplam puan ortalaması 22.79±6.72 olarak saptanmıştır. Diyabetik ayak yarası süresi arttıkça hastaların hastalığı kabul düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Sağlık inanç modeli ölçeğinin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu puan ortalaması ile hastalığı kabul ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan engeller alt boyutu puan ortalaması ile hastalığı kabul ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Çalışmamızda diyabetik ayağı olan hastaların sağlık inançlarının negatif/olumsuz, hastalığı kabul düzeylerin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Diyabetik ayağı olan hastaların belirli aralıklarla sağlık inançlarının ve hastalığı kabul düzeylerinin değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin planlanması önerilmektedir.

ABSTRACT

Objective: This research was conducted as a descriptive study to determine the relationship between attitudes towards health/illness and acceptance of illness in patients with diabetic foot.

Methods: The research was carried out between 01.06.2017-30.11.2017 on 115 patients who met the criteria of the research, in orthopaedics, a traumatology service of a university hospital. Ethics committee approval, necessary permission from the hospital, and written informed consent from the individuals were received in the study. The data of the study were collected using Descriptive Questionnaire, Health Belief Model Scale in Diabetes Patients, and Illness Acceptance Scale. Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, One-way analysis of variance, T-test on independent groups and Pearson correlation analysis were used to evaluate the data.

Results: In the study, it was determined that the patients had positive health belief only in the perceived severity sub-dimension of the health belief model scale, and negative health belief in the other sub-dimensions and total health belief. The mean score of the patients' illness acceptance scale was determined as 22.79±6.72. As the duration of diabetic foot wound increased, the level of acceptance of the illness decreased. A positive, weak, statistically significant relationship was found between the mean score of the recommended health-related activities sub-dimension of the health belief model scale and the mean score of the acceptance of the illness scale. A negative, weak, statistically significant relationship was found between the mean score of the perceived barriers sub-dimension of the health belief model scale and the mean score of the acceptance of the illness scale.

Conclusion: In our study, it was determined that the health beliefs of the patients with diabetic foot were negative, and the level of acceptance of the illness was moderate. Based on our results, it is recommended to evaluate the health beliefs and illness acceptance levels of patients with diabetic foot at regular intervals and to plan appropriate interventions.

Kaynak Gösterimi: Döner, E., Çırpan, R., Çürük, G.N. (2023). Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlığa ve Hastalığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *EGEHFD*, 39(1), 81-91 DOI: 10.53490/egehemsire.1107113

How to cite: Döner, E., Çırpan, R., Çürük, G.N. (2023) The Relationship Between Illness Acceptance and Attitudes Towards Health and Illness in Patients with Diabetic Foot. *JEUNF*, 39(1), 81-91 DOI: 10.53490/egehemsire.1107113

GİRİŞ

Diyabetes mellitus (DM) kronik olan ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Diyabet Federasyonu 2021 yılında dünya genelinde 537 milyon diyabetli olduğunu ve 2045 yılında bu sayının 783 milyona ulaşacağını öngörmektedir (International Diabetes Federation, 2021). Ülkemizde 1998 yılında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi I (TURDEP-I) verilerine göre diyabet prevalansı %7.2 iken, 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında bu oran %13.7'ye yükselmiştir (Satman ve diğerleri, 2013).

Diyabetin görülme sıklığının artmasıyla birlikte diyabet komplikasyonlarının görülme sıklığında da artış olmuştur (Bekele, Chelkeba, Fekadu ve Bekele, 2020; International Diabetes Federation, 2021). Bu komplikasyonlardan biri olan diyabetik ayak ülseri insidansı %34 oranındadır (Türkiye Diyabet Vakfı, 2019). Ülkemizde 2015 yılında yapılan prevalans çalışmaları sonucu 7 milyon diyabetli birey olduğu ve bu bireylerin 500.000'inde diyabetik ayak olduğu bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre yılda yaklaşık 12.000 amputasyon yapılmakta ve bu amputasyonların önemli bir kısmını diyabetik ayak oluşturmaktadır (Saltoğlu ve diğerleri, 2015). Diyabette mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar görülmekte olup, bu komplikasyonlar morbidite ve erken ölüm riskini arttırmaktadır. Bu komplikasyonlar içinde yer alan ve önemli bir mortalite nedeni olan diyabetik ayak diyabetin görülme sıklığının artmasıyla birlikte artış göstermiştir (Bekele ve diğerleri, 2020; Edmonds, Manu ve Vas, 2021).

Diyabetli bir bireyde yaşam boyu diyabetik ayak ülseri gelişme riski %19 ile %34 arasında değişmektedir. Diyabetik ayak ülseri olan bir birey için 5 yıldaki ölüm oranı, ayak ülseri olmayan diyabetli bir bireyin riskinden 2,5 kat daha yüksektir. Diyabetli hastalarda diyabet komplikasyonları nedeniyle her 20 saniyede bir alt ekstremité amputasyonu yapılmaktadır ve diyabetli kişilerde tüm alt ekstremité amputasyonlarının %85'inden diyabetik ayak ülseleri sorumlu tutulmaktadır (Edmonds ve diğerleri, 2021). Diyabet komplikasyonları arasında en önlenebilir komplikasyonun diyabetik ayak olduğu belirtilmekte ve diyabetik ayağın önlenmesinde yaşam tarzı değişikliği ve davranış değişikliği gibi sağlığı geliştirici davranışların sergilenmesinin önemli olduğu bildirilmektedir (Pourkazemi ve diğerleri, 2020). Giderek büyüyen bir sorun haline gelen diyabetik ayak, kişinin sağlık davranışlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda hazırlanacak uygun girişimlerle kontrol altına alınabilir (Aydoğar Takcı ve Yıldırım, 2021; Gözüm ve Çapık, 2014).

Sağlık İnanç Modeli (SİM) sağlığı korumada etkili olan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli yere sahiptir. Bu modele göre bireyin sağlık davranışları, bireyin inanç, değer ve tutumlarından etkilenmektedir. Bireyin sağlık inanç ve tutumları bilinirse, hazırlanacak eğitim veya uygulanacak tedavi kişiye uygun olarak belirlenebilir. Bireyin sağlık davranışları inançları ve sağlığına verdiği değerden etkilenmektedir (Gözüm ve Çapık, 2014). Hastalıkla baş etmede en önemli yol hastanın hastalığını kabul etmesidir. Bu durum bireyin öz bakım uygulamaları ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasını sağlayarak, hastalığın kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Hastalığı kabul etmemek, bağımlılık duygusunda artma, öz yeterlilik ve öz saygı duygusunda azalmaya neden olur (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011).

Hastalığın kabulü bireye farkındalık duygusu kazandırarak, öz bakım uygulamaları, pozitif yaşam şekli değişiklikleri ile tedaviye uyumda büyük rol oynamaktadır (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011; Gözüm ve Çapık, 2014). Sağlık profesyonellerinin bireye farkındalık duygusunu kazandırabilmesi ve hastalığını kabul ettirebilmesi için bireyin hastalık ve sağlık inançlarını içeren bilgilere ihtiyacı vardır (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011).

Araştırma, diyabetik ayağı olan hastaların sağlığa ve hastalığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, diyabetik ayağı olan bireylerin hastalığa ve sağlığa ilişkin tutumlarının hastalığı kabul üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.

Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 01.06.2017-30.11.2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'ne diyabetik ayak nedeniyle başvuran 140 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Gpower programı kullanılarak $\beta=0,80$ güç, $\alpha=0,05$ hata payı ve $d=0,2645$ etki büyüklüğü ile belirlenen, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 115 kişiden oluşmuştur.

Araştırmanın dahil edilme kriterlerini 18 yaş ve üzerinde olan, diyabetik ayağı olan, akut ağrısı olmayan, iletişim sorunu olmayan, soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan hastalar oluşturmuştur.

Veri Toplama

Veriler, bir üniverte hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'ne diyabetik ayak nedeniyle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri, diyabetik ayağı olan, akut ağrısı olmayan, iletişim sorunu olmayan, soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmannın verileri, tanımlayıcı anket formu, diyabet hastalarında SİM ölçeği ve hastalığı kabul ölçeği (HKÖ) kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Hasta tanıtım formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan hasta tanıtım formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalığa ilişkin özelliklerine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Ölçek 1994 yılında Schwab ve arkadaşlarının geliştirdiği "Sağlık İnanç Modeli"nin beş alt boyutu esas alınarak Tan tarafından geliştirilmiştir. Tan tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Kartal ve Özsoy tarafından 2005 yılında Tip 2 Diyabetli hastalarda yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir (Kartal ve Özsoy, 2007).

Diyabetli bireylerin hastalığa ilişkin sağlık inanç ve tutumlarını değerlendirmek ve sağlık davranışlarını incelemek amacıyla geliştirilen SİM ölçeğinde algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler olmak üzere beş alt boyut ve toplam 33 madde bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Ölçeğin alt boyut puanları; her alt boyuttaki maddelerin puanlarının toplanarak, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Tüm ölçek için puan ortalaması, ölçekteki tüm maddelerin puanlarının toplanarak toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan dört ve üstünde ise sağlık inancının yüksek (pozitif) olduğunu, dörtten küçük puan ise sağlık inancının düşük (negatif) olduğunu göstermektedir (Kartal ve Özsoy, 2007). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak tespit edilmiştir.

Hastalığı Kabul Ölçeği: Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Büyükkaya Besen ve Esen tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Orjinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.81 olarak, Büyükkaya Besen ve Esen tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa değeri ise 0.79 olarak bulunmuştur. Ölçek; sekiz maddeli ve her bir maddesi beş puandan oluşan, likert tipi olan bir ölçektir. Beş puanlı katılma-katılmama durumuna göre puanlandırılan ölçekte yer alan ifadelere katılma durumu düşük puan (1 puan) ile değerlendirilmekte ve kabulün eksikliği anlamına gelecek hastalığa uyumun zayıf olduğunu ve ciddi fiziksel rahatsızlığın varlığını ifade etmektedir. Tanımlanan ifadelere katılmama durumu ise yüksek puanla (5 puan) değerlendirilmekte ve hastalıkla ilgili olumsuz duyguların olmadığını, bireyin hastalığı kabulünün yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte yer alan 6. madde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 8 puan alınırken, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Hastalığı kabul düzeyinin yüksek olması, hastalığa olan uyumu ve fiziksel rahatsızlığın az hissedilmesini ifade etmektedir. Hastalığı kabul, hasta bireyde hastalığın neden olduğu olumsuz duyguların ve davranışların azlığını göstermektedir (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.72 olarak tespit edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler International Business Machines (IBM), Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Statistics 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testiyle değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için Mann-Withney U testi, Kruskal Wallis testi, Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmannın gücü Gpower programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmannın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi etik kurulundan (24.10.2016 tarih ve 2016.14.148 numaralı kararı) etik kurul onayı alınmış olup, 21.11.2016 tarihinde 3912 sayı numaralı ile çalışmanın yapılacağı üniversite hastanesinden de yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan hastalara açıklama yapılmış, yazılı olurları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların %55.7'si kadın, %33.0'ı 61-70 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 62.20 ± 12.79 olarak saptanmıştır. Hastaların %40.0'mın ilk öğretim mezunu, %91.3'ünün evli, %85.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %60.0'mın kendi ifadelerine göre gelir durumunun orta olduğu belirlenmiştir.

Hastaların %37.4'ünün 21 yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olduğu, %59.2'sinin diyet ve insülin ile tedavi edildiği, %69.6'sının kendi ifadesine göre tedaviye uyumunun orta olduğu, %88.7'sinin düzenli kan şekeri izlemi yaptığı, %66.1'inin egzersiz yapmadığı, %65.2'sinin diyete uyumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların %93.9'u diyabet hastalığıyla ilgili, %86.1'i diyabetik ayak ile ilgili bilgi aldığını, %82.6'sı bilgi gereksinimi olmadığını ifade etmiş, %61.7'si diyabet dışında kronik hastalık olduğunu belirtmiştir.

Hastaların SİM ölçeği toplam puan ortalaması 3.44 ± 0.19 , HKÖ toplam puan ortalaması ise 22.79 ± 6.72 olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Hastalığı Kabul Ölçeği ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	X±SS	Min-Maks
Hastalığı Kabul Ölçeği	22.79±6.72	10.00-36.00
Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı		
Algılanan Duyarlılık	3.03±0.65	1.80-4.50
Algılanan Ciddiyet	4.23±0.63	1.30-5.00
Algılanan Yararlar	3.87±0.58	2.00-5.00
Algılanan Engeller	2.41±0.80	1.00-4.10
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.99±0.50	2.80-5.00
Sağlık İnanç Modeli Toplam Puanı	3.44±0.19	3.00-3.90

Hastalardan lise/üniversite mezunu olanların, çalışanların ve diyabetik ayak hakkında bilgi alanların SİM ölçeğinin algılanan yararlar, öğrenim düzeyi düşük olanların ve diyabetik ayak hakkında bilgi almayanların SİM ölçeğinin algılanan engeller alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 2, Tablo 3).

Hastaların HKÖ toplam puan ortalaması 22.79 ± 6.72 olarak saptanmıştır (Tablo 1). Çalışmamızda 51-60 yaş grubundaki hastaların, lise/üniversite mezunu olanların, çalışanların, diyabet tedavisine uyumu iyi olanların, düzenli egzersiz yapanların hastalığı kabul puan ortancasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, diyete uyumu kötü olanların ve diyabetle ilgili bilgi gereksinimi olduğunu ifade edenlerin hastalığı kabul puan ortancasının diğer gruplardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 2, Tablo 3).

Sağlık inanç modeli ölçeği algılanan engeller alt boyutu puan ortalaması ile HKÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p = 0,018$), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu puan ortalaması ile HKÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür ($p = 0,009$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Hastalığı Kabul Ölçeği ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı	Hastalığı Kabul Ölçeği	
	r	p
Algılanan Duyarlılık	0.075	0.427
Algılanan Ciddiyet	-0.169	0.072
Algılanan Yararlar	0.152	0.105
Algılanan Engeller	-0.220	0.018
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	0.241	0.009
Sağlık İnanç Modeli Toplam Puanı	0.021	0.827

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Ölçeği ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Hastalığı		Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği				
		Kabul Ölçeği	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yararlar	Algılanan Engeller	Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	TOPLAM
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Cinsiyet								
Kadın	64	22.00 (12-36)	3.00 (1.80-4.00)	4.30 (2.00-5.00)	3.88±0.56	2.20 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.45±0.18
Erkek	51	23.00 (10-35)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.84±0.61	2.20 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.20
<i>p</i>		<i>p</i> =0.364	<i>p</i> =0.720	<i>p</i> =0.334	<i>p</i> =0.696	<i>p</i> =0.310	<i>p</i> =0.144	<i>p</i> =0.732
Yaş								
50 Yaş ve altı ⁽¹⁾	18	22.00 (10.00-36.00)	3.00 (1.80-3.80)	4.30 (3.30-5.00)	3.90 (2.90-5.00)	2.20 (1.00-4.00)	4.04±0.31	3.46±0.20
51-60 Yaş ⁽²⁾	27	28.00 (14.00-36.00)	2.80 (1.80-4.00)	4.00 (3.30-5.00)	4.00 (2.60-5.00)	2.00 (1.30-3.80)	4.16±0.50	3.46±0.22
61-70 Yaş ⁽³⁾	38	21.00 (15.00-36.00)	3.00 (2.00-4.30)	4.30 (2.00-5.00)	3.90 (2.00-5.00)	2.40 (1.00-4.10)	3.97±0.50	3.43±0.16
71 Yaş ve üzeri ⁽⁴⁾	32	18.00 (11.00-34.00)	3.30 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.30-5.00)	2.50 (1.20-3.70)	3.86±0.52	3.42±0.18
<i>p</i>		<i>p</i>=0.000	<i>p</i> =0.842	<i>p</i> =0.779	<i>p</i> =0.245	<i>p</i> =0.281	<i>p</i> =0.138	<i>p</i> =0.771
Fark		(2-3,4)	-	-	-	-	-	-
Öğrenim Düzeyi								
Okuryazar değil ⁽¹⁾	16	20.69±6.57	3.09±0.72	4.00 (3.00-4.67)	3.71 (2.29-4.57)	2.55 (1.00-4.00)	3.95±0.65	3.41±0.17
Okuryazar ⁽²⁾	21	21.19±6.21	3.29±0.65	4.00 (1.33-5.00)	3.71 (2.00-4.57)	2.88 (1.67-4.11)	3.76±0.41	3.47±0.20
İlkokul ⁽³⁾	32	23.22±6.99	2.99±0.50	4.16 (2.00-5.00)	4.00 (2.57-5.00)	2.50 (1.00-3.56)	3.90±0.49	3.43±0.17
Ortaokul ⁽⁴⁾	14	19.43±6.41	3.12±0.70	4.66 (4.00-5.00)	4.00 (3.43-5.00)	2.00 (1.56-3.89)	4.02±0.35	3.48±0.18
Lise/Üniversite ⁽⁵⁾	32	25.94±5.90	2.82±0.69	4.00 (3.33-5.00)	4.21 (2.86-5.00)	2.00 (1.00-4.00)	4.25±0.44	3.42±0.20
<i>p</i>		<i>p</i>=0.008	<i>p</i> =0.116	<i>p</i> =0.075	<i>p</i>=0.002	<i>p</i>=0.000	<i>p</i>=0.006	<i>p</i> =0.968
Fark		(4-5)	-	-	(1,2,3-5)	(1,2,3-5) (2-4)	(2,3-5)	-
Çalışma durumu								
Evet	17	28.00 (13-35)	3.00 (1.80-3.80)	4.00 (4.00-5.00)	4.30 (2.90-5.00)	2.00 (1.00-4.00)	4.30 (3.30-5.00)	3.50±0.22

Hayır	98	22.00 (10-36)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.30 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.18
<i>p</i>		<i>p</i> =0.049	<i>p</i> =0.356	<i>p</i> =0.441	<i>p</i> =0.045	<i>p</i> =0.243	<i>p</i> =0.065	<i>p</i> =0.155
Medeni durum								
Evli	105	22.00 (11.00-35.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.30 (1.00-4.10)	4.0 (2.80-5.00)	3.45±0.19
Bekar	10	26.00 (10.00-36.00)	2.80 (1.80-4.00)	4.00 (2.00-5.00)	4.00 (2.90-5.00)	1.90 (1.00-3.60)	4.2 (3.30-5.00)	3.39±0.13
<i>p</i>		<i>p</i> =0.415	<i>p</i> =0.326	<i>p</i> =0.426	<i>p</i> =0.199	<i>p</i> =0.090	<i>p</i> =0.286	<i>p</i> =0.369

Tablo 3. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Ölçeği ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Hastalık Özellikleri	n	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği						Toplam Puan X±SS Median (Min-Max)			
		Hastalığı Kabul Ölçeği X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Duyarlılık X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Ciddiyet X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Yararlar X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Engeller X±SS Median (Min-Max)	Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler X±SS Median (Min-Max)				
		Diyabet tedavisine uyumu									
		İyi ⁽¹⁾	9	26.88±6.10	3.00 (2.00-4.00)	4.50 (3.30-5.00)	3.70 (3.10-4.40)		2.20 (1.30-3.30)	4.10 (3.50-4.70)	3.46±0.17
		Orta ⁽²⁾	80	23.79±6.19	3.00 (1.80-4.00)	4.00 (2.00-5.00)	4.00 (2.30-5.00)		2.10 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.45±0.19
Kötü ⁽³⁾	26	18.36±5.77	3.30 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.90 (2.00-4.70)	2.60 (1.00-4.00)	3.90 (3.30-4.50)	3.43±0.18			
<i>p</i>		<i>p</i> =0.000*	<i>p</i> =0.539	<i>p</i> =0.252	<i>p</i> =0.275	<i>p</i> =0.291	<i>p</i> =0.359	<i>p</i> =0.889			
Egzersiz yapma durumu											
Yapan	24	27.00 (13.00-36.00)	3.00 (1.80-4.00)	4.30 (2.00-5.00)	4.00(2.90-5.00)	1.90 (1.00-4.00)	4.10 (2.80-5.00)	3.46±0.19			
Yapmayan	76	20.50 (10.00-36.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.90 (2.00-5.00)	2.40 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.19			
Ara sıra yapan	15	26.00 (17.00-35.00)	3.00 (2.00-4.00)	4.30 (3.70-5.00)	4.00 (3.10-4.40)	2.20 (1.30-3.60)	3.90 (3.40-4.60)	3.40±0.15			
<i>p</i>		<i>p</i> =0.001**	<i>p</i> =0.484	<i>p</i> =0.884	<i>p</i> =0.266	<i>p</i> =0.054	<i>p</i> =0.190	<i>p</i> =0.668			
Diyete uyumu											

İyi	4	22.00(15.00-28.00)	2.62(2.50-3.25)	4.66(4.33-5.00)	4.07±0.58	1.66(1.00-2.11)	4.42±0.47	3.40±0.12
Orta	75	24.00 (12.00-36.00)	3.00 (1.75-4.00)	4.00 (1.33-5.00)	3.88±0.54	2.22 (1.00-4.00)	4.00±0.50	3.43±0.19
Kötü	36	18.50 (10.00-34.00)	3.25 (1.75-4.50)	4.00 (2.67-5.00)	3.81±0.67	2.55 (1.00-4.11)	3.93±0.49	3.47±0.19
<i>p</i>		<i>p</i>=0.014	<i>p</i> =0.340	<i>p</i> =0.261	<i>p</i> =0.660	<i>p</i> =0.059	<i>p</i> =0.183	<i>p</i> =0.620
Diyabetle ilgili bilgi								
Alan	108	22.00 (11.00-36.00)	3.00 (1.75-4.50)	4.00 (1.33-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.22 (1.00-4.11)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.18
Almayan	7	20.00 (10.00-34.00)	3.25 (1.75-3.75)	4.33 (3.33-5.00)	3.85 (2.57-4.43)	2.55 (1.67-3.89)	4.00 (3.00-4.70)	3.40±0.23
<i>p</i>		<i>p</i> =0.419	<i>p</i> =0.658	<i>p</i> =0.961	<i>p</i> =0.483	<i>p</i> =0.457	<i>p</i> = 0.689	<i>p</i> =0.612
Diyabet bilgi gereksinimi								
Olan	20	17.50 (10.00-36.00)	3.40 (1.80-4.00)	4.30 (3.30-5.00)	3.90 (2.60-5.00)	2.60 (1.30-4.00)	3.90 (2.80-4.60)	3.46±0.18
Olmayan	95	23.00 (11.00-36.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.10 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.19
<i>p</i>		<i>p</i>=0.046	<i>p</i> =0.677	<i>p</i> =0.103	<i>p</i> =0.435	<i>p</i> =0.184	<i>p</i> =0.132	<i>p</i> =0.618

*fark: (1,2-3), **fark: (1,3-2)

TARTIŞMA

Diyabet yönetiminde bireyin sağlığına verdiği değer, hastalık ve sağlık inançlarından etkilendiği bilinmektedir (Gözüm ve Çapık, 2014). Çalışmamızda hastaların SİM ölçeği puan ortalaması negatif/olumsuz olarak bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde diyabetli hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da hastaların diyabete ilişkin sağlık inançlarını negatif düzeyde saptayan çalışmalar olduğu gibi (Kartal ve Özsoy, 2007; Şermet Kaya ve Kitiş, 2018; Yandım, 2011) bulgumuzun aksine hastaların pozitif/olumlu sağlık inancına sahip olduğunu saptayan çalışma da bulunmaktadır (Savsar, 2017). Diyabetin kronik bir hastalık olduğu göz önüne alınacak olursa bu hastalarda olumlu sağlık davranışı geliştirmenin önemli olduğunu ve diyabete karşı negatif tutumu olan hastaların bu tutumunu değiştirmede uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasının gerekli olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda SİM ölçeği alt grupları ayrı ayrı değerlendirdiğinde sadece algılanan ciddiyet alt gurubu puan ortalamasının pozitif/olumlu (4.23 ± 0.63) yönde olduğu bulunmuştur. Taşkaya ile Şermet Kaya ve Kitiş de diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada algılanan ciddiyet puanını pozitif bulmuştur. Diyabetin ciddi bir hastalık olduğu algısı hakim olmuşken diğer alt grupların düşük puanlarda olması ilginçtir (Şermet Kaya ve Kitiş, 2018; Taşkaya, 2014). Çalışmamızda hastaların önemli çoğunluğunun hastalığı ile ilgili eğitim almış olması, algılanan ciddiyet alt grup puanının pozitif/olumlu olmasının nedeni olabilir.

Öğrenim seviyesi daha yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışı sergilemesi, bu bireylerin hastalığı ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olması ile açıklanmıştır (Büyükkaya Besen, 2009). Çalışmamızda öğrenim durumu ile algılanan yararlar, algılanan engeller ve önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Savsar'ın çalışmasında da öğrenim durumu ile algılanan yararlar, algılanan engeller ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Savsar, 2017). Diyabeti olan hastalarla yapılan çalışmalarda; Pourghazneina ve arkadaşları, hastaların eğitim seviyesi düştükçe SİM ölçeğinin algılanan duyarlılık dışındaki diğer alt boyut puan ortalamalarının düştüğünü; Tan eğitim düzeyi azaldıkça hastaların sağlık inançlarının da azaldığını, eğitim seviyesi düşük olan hastalarda ölçeğin algılanan ciddiyet ve algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamalarının da düşük olduğunu; Şermet Kaya ve Kitiş öğrenim düzeyi yüksek olan hastaların diyabetle ilgili duyarlılıklarının arttığını, eğitim düzeyi arttıkça engel algısının azaldığını, Kartal ve Özsoy ilkökul mezunlarının SİM ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğunu ve diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastaların eğitim düzeylerinin de düşük olduğunu Arısoy ise hastaların eğitim düzeyleri azaldıkça sağlık inançlarının, hastalıkla ilgili duyarlılık ve ciddiyet algılarının anlamlı oranda azaldığını belirlemiştir (Arısoy, 2013; Kartal ve Özsoy, 2007; Pourghazneina ve diğerleri, 2013; Şermet Kaya ve Kitiş, 2018; Tan, 2004). Bulgumuzdan farklı olarak Tsai ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetli hastaların eğitim seviyelerinin sağlık inanç ölçeği toplam puanı üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (Tsai ve diğerleri, 2021). Öğrenim düzeyinin artmasıyla bireylerin hastalıklarına ve tedavilerine yönelik bilgi edinme çabalarının artmış olabileceğini bu durumun da yarar ve sağlıkla ilgili aktiviteler puanını olumlu yönde etkilemiş olabileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda diyabetik ayak ile ilgili bilgi alan hastaların algılanan yararlar alt boyut puan ortancasının daha düşük, algılanan engel alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalarda çalışma bulgumuza benzer şekilde, diyabeti olan bireylere verilen eğitimlerin engel algısını düşürdüğü belirtilmektedir (Akpınar, 2012; Kartal ve Özsoy, 2007).

Diyabet gibi kronik hastalıklarda hastalığın kabul edilmesi, tedavi başarısını etkileyen, komplikasyonları kontrol altına alan, hastanın hastalığını daha iyi yönetmesini sağlayan ve yaşam kalitesini artıran önemli bir unsurdur (Bal Özkaptan, Kapucu ve Demirci, 2019; Can Çiçek ve Gokdoğan, 2021; Şahin ve Cingil, 2020). Çalışmamızda diyabetik ayağı olan bireylerin HKÖ toplam puan ortalamasının 22.79 ± 6.72 olduğu saptanmıştır. Hastalığı kabul puanı yükseldikçe hastalığı kabul düzeyi de doğru orantılı olarak arttığından çalışmamızdaki hastaların hastalıklarını orta düzeyde kabul ettiklerini söyleyebiliriz. Çalışmamıza benzer şekilde tip 2 diyabetli hastalarla yapılan çalışmalarda HKÖ puanı 19.52 ± 7.47 (Gerçek, 2017), 24.12 ± 9.30 (Bal Özkaptan ve diğerleri, 2019), 27.82 ± 5.70 (Şireci ve Karabulutlu, 2017) ve 27.65 ± 8.3 (Juzwiszyn ve diğerleri, 2022) olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda 51-60 yaş aralığında HKÖ puanı ileri yaşlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu yaş aralığındaki hastalar hastalıklarını daha iyi kabul ederken özellikle 70 yaş ve sonrasında HKÖ puanı oldukça düşmüştür. Bal Özkaptan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada tip 2 diyabetli hastaların hastalık kabul düzeyi ile yaş arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur (Bal Özkaptan ve diğerleri, 2019). Juzwiszyn ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaş ile hastalık kabulü arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit etmiş, yaş ilerledikçe hastaların hastalığı kabullenme düzeyinin azaldığını bildirmiştir (Juzwiszyn ve diğerleri, 2022). Yaşın ilerlemesi ile bireylerin algı düzeyinde azalma söz konusu olabilir ve farklı/yeni kronik hastalıklara sahip olabilirler, bu durum hastaların hastalıklarını kabulünü negatif yönde etkilemiş olabilir. Şahin ve Cingil tarafından tip 2 diyabetli hastalarla yapılan çalışmada ise yaş ile HKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (Şahin ve Cingil, 2020).

Çalışmamızda lise/üniversite öğrenimine sahip bireylerin hastalığı kabul etme düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgumuza benzer şekilde tip 2 diyabetli hastalarla yapılan bazı çalışmalarda da hastaların eğitim düzeyleri ile hastalığı kabul düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi artan hastaların hastalığı kabul düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Bal Özkaptan ve diğerleri, 2019; Şahin ve Cingil, 2020). Gerçek tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada okuryazar olmayan bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir (Gerçek, 2017). Bireylerin öğrenim düzeyleri arttıkça, hastalıkları ile ilgili araştırma yapma ve bilgi edinme isteklerinin artmış olabileceğini ve bu durumun hastalığı kabul etmelerini olumlu yönde etkilemiş olabileceğini söyleyebiliriz. Bununla birlikte Juzwiszyn ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise bulgumuzdan farklı olarak bireylerin eğitim durumları ile hastalığı kabul arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (Juzwiszyn ve diğerleri, 2022).

Kişinin hastalığı kabul düzeyinin yüksek olması tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine uyumunu kolaylaştırmaktadır (Can Çiçek ve Gokdoğan, 2021). Çalışmamızda da bu literatür bilgisini doğrular şekilde hem tedaviye hem de diyetle uyumunu kötü olarak ifade edenlerin, düzenli egzersiz yapmayanların HKÖ toplam puan ortalamasının daha düşük, aradaki farkın ise anlamlı olduğu saptanmıştır. Nakahara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyetle uyum ile hastalığı kabul arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Nakahara ve diğerleri, 2006). Can Çiçek ve Gökdoğan'ın çalışmasında da diyetle uyum arttıkça HKÖ puanının arttığı belirlenmiştir (Can Çiçek ve Gokdoğan, 2021).

Çalışmamızda diyabetle ilgili bilgi gereksinimi olduğunu ifade eden hastaların HKÖ toplam puan ortancasının daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgumuzun aksine Büyükkaya Besen'in ve Özden'in çalışmalarında diyabet ile ilgili bilgi alma ve hastalığı kabul arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Büyükkaya Besen, 2009; Özden, 2018). Çalışma bulgumuza dayanarak bireylerin bilgi gereksinimi arttıkça hastalığı kabullenmede zorlandıklarını söyleyebiliriz. Hastalıkla ilgili yeterli bilgisi olmayan bireyler olumlu sağlık davranışı geliştirmede zorlanıyor ve hastalıkla baş etmede yetersiz kalıyor olabilir. Bu durum da bireylerin hastalığı kabul etme puanını olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda SİM ölçeğinin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puanı ile HKÖ puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Bu bulgumuza dayanarak bireylerin hastalığı kabul düzeyleri arttıkça, hastalığın yönetimi ve komplikasyonların oluşmasını engellemeye yönelik davranışların yararına olan inançlarının arttığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda SİM ölçeği algılanan engeller alt boyut puanı ile HKÖ puanı arasında da negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık inanç modelinde algılanan engeller bireyin tavsiye edilen sağlık davranışlarını gerçekleştirmesini etkilemektedir. Bireyin engel algısı azaldıkça önerilen sağlık davranışlarını gerçekleştirme olasılığı artacaktır (Olgun ve Akdoğan Altun, 2012). Çalışma sonucumuzda bireylerin hastalığı kabul düzeyleri arttıkça, sağlık davranışlarını gerçekleştirmeye yönelik engel algılarının azaldığı belirlenmiştir. Literatürde çalışma bulgularımızı karşılaştırabileceğimiz herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak çalışmamızda diyabetik ayağı olan hastaların sağlık inançlarının negatif/olumsuz ve hastalığı kabul düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Sağlık inanç modeli ölçeğininin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu ile HKÖ arasında pozitif yönlü, algılanan engeller alt boyutu ile HKÖ arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çalışma bulgularımıza dayanarak, diyabetik ayağı olan hastaların belirli aralıklarla hastalığa yönelik sağlık inançlarını ve hastalığı kabul düzeylerini değerlendirerek olumsuz sağlık inançlarını belirleyip bunları olumlu hale getirecek ve hastalığı kabul düzeyini arttıracak uygun girişimlerin planlanması önerilebilir. Hastalara bakım verilirken, hastaların sağlık ve hastalık inançları ile hastalığı kabul düzeylerini etkileyen sosyo-demografikve hastalığa ilişkin özelliklerin göz önünde bulundurularak bireysel bakım verilmesi önerilebilir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: E.D., R.Ç., G.N.Ç. Veri toplama: E.D. Veri analizi ve yorumlama: E.D., R.Ç., G.N.Ç. Makale yazımı: E.D., R.Ç., G.N.Ç. Eleştirel inceleme: R.Ç., G.N.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Akpınar, D. (2012). *Diyabet eğitiminin hastaların sağlık inancına, bilgi düzeyine ve diyabet yönetimine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Arısoy, H. (2013). *Yaşlı diyabetli hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aydoğar Takcı, M., Yıldırım, G. (2021). Diyabet hastalarına ağılık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(1), 73-82. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1151447>
- Bal Özkaptan, B., Kapucu, S., Demirci, İ. (2019). Relationship between adherence to treatment and acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. *Cukurova Medical Journal*, 44(Suppl 1), 447-454. doi: 10.17826/cumj.554402
- Bekele, F., Chelkeba, L., Fekadu, G., Bekele, K. (2020). Risk factors and outcomes of diabetic foot ulcer among diabetes mellitus patients admitted to Nekemte referral hospital, western Ethiopia: Prospective observational study. *Annals of Medicine and Surgery*, 51, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.01.005>
- Büyükkaya Besen, D. (2009). *Hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Büyükkaya Besen, D., Esen, A. (2011). Hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 155-164. Erişim adresi: <https://www.ejmcr.com/fulltext/1-1274039809.pdf>
- Can Çiçek, S., Gokdoğan, F. (2021). Effect of education and monitoring on developing foot care of elderly with diabetes mellitus. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 11, 471-480. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1359861>
- Edmonds, M., Manu, C., Vas, P. (2021). The current burden of diabetic foot disease. *J Clin Orthop Trauma*, 17, 88-93. doi: 10.1016/j.jcot.2021.01.017.
- Gerçek, A. (2017). *Tip 2 Diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
- Gözüm, S., Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 7(4), 230-23. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753364>
- International Diabetes Federation. (2021). Erişim adresi: <https://diabetesatlas.org/>
- Juzwizyn, J., Labuń, A., Tański, W., Szymańska-Chabowska, A., Zielińska, D., Chabowski, M. (2021). Acceptance of illness, quality of life and nutritional status of patients after lower limb amputation due to diabetes mellitus. *Ann Vasc Surg*, 79, 208-215. doi: 10.1016/j.avsg.2021.07.023.
- Kartal, A., Özsoy, S. (2007). Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1447-1458. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.06.004.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H., Kuboki, T. (2006). Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes. *Psychosomatics*, 47, 240-246. doi: 10.1176/appi.psy.47.3.240.
- Olgun, N., Akdoğan Altun, Z. (2012). Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamasına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 19(2), 46-57. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88620>
- Özden, G. (2018). *Tip 2 Diyabetes Mellitus 'lu hastalarda hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Pourghaznein, T., Ghaffari, F., Hasanzadeh, F., Chamanzari, H. (2013). The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: A correlation-cross sectional study. *Life Science Journal*, 10(4), 38-46. Erişim adresi: http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1004s/006_13765life1004s_38_46.pdf
- Pourkazemi, A., Ghanbari, A., Khojamli, M., Balo, H., Hemmati, H., Jafaryparvar, Z., Motamed, B. (2020). Diabetic foot care: knowledge and practice. *BMC Endocrine Disorders*, 20(1),40. doi: 10.1186/s12902-020-0512-y.
- Saltoğlu, N., Kılıçoğlu, Ö., Baktıroğlu, S., Oşar-Şiva, Z., Aktaş, Ş., Altındaş, M., ...Yılmaz, T. (2015). Diyabetik ayak yarası ve enfeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: ulusal uzlaşma raporu. *Klinik Dergisi*, 28(1), 2-34. doi: 10.5152/kd.2015.29
- Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dincçag, N. ...Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 28(2), 169-180. doi: 10.1007/s10654-013-9771-5
- Savsar, A. (2017). *Diyabetik ayağı olan yaşlı hastaların sağlık inançlarının diyabet yükü üzerine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

- Şahin, S., Cingil, D. (2020). Evaluation of the relationship among foot wound risk, foot self-care behaviors, and illness acceptance in patients with type 2 diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes*, 14(5), 469-475. doi: 10.1016/j.pcd.2020.02.005.
- Şermet Kaya, Ş., Kitiş, Y. (2018). Elderly diabetes patients' health beliefs about care and treatment for diabetes. *Journal of Human Sciences*, 15(1), 51-61. doi:10.14687/jhs.v15i1.4903
- Şireci, E., Yılmaz Karabulutlu, E. (2017). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/771725>
- Tan, M. Y. (2004). The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 66(1), 71-77. doi: 10.1016/j.diabres.2004.02.021.
- Taşkaya, S. (2014). *Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Tsai, M. C., Chuang, H. L., Huang, C. Y., Lee, S.H., Liao, W.C., Lee, M.C., Kuo, C. P. (2021). Exploring the relationship of health beliefs and self-care behaviors related to diabetic foot ulcers of type II diabetes mellitus patients: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7207. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137207>
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2019). *Diyabet tanı ve tedavi rehberi*. (9. Baskı). Erişim adresi: https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf
- Yandım, A. (2011). *Diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetes mellituslu hastaların sağlık inançları*. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Burcu ÇALIK BAĞRIYANIK¹
Orcid: 0000-0002-2821-5738

Dilek YILDIZ²
Orcid: 0000-0001-8757-4493

Tamer BAĞRIYANIK³
Orcid: 0000-0003-2031-7948

Aylin PEKYİĞİT⁴
Orcid: 0000-0003-2923-4452

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara /Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara /Türkiye

³Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Acil, Ankara/Türkiye

⁴Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çankırı/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):
BURCU ÇALIK BAĞRIYANIK
brc_clk@outlook.com

Anahtar Sözcükler:

Meslekleşme; hemşire; çocuk hemşireliği; pediatri; çocuk.

Keywords:

Professionalization; nurse; pediatric nursing; pediatrics, child.

Çocuk Hemşirelerinin Meslek Ölçütleri Çerçevesinde Hemşireliğe Bakışı

Pediatric Nurses' Perspective on Nursing in the Framework of Professional Criteria

Gönderilme tarihi: 27 Nisan 2022

Kabul tarihi: 16 Ocak 2023

*3. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi'ne (12 Ekim-15 Ekim 2022) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Amaç: Hemşireliğin iş mi yoksa meslek mi olduğu yıllardır tartışma konusudur. Bir iş meslekleşme ölçütlerini karşıladığı sürece meslek olabilir. Bu çalışma, çocuk klinik ve polikliniklerinde görev yapan hemşirelerin meslekleşme ölçütleri çerçevesinde hemşireliğe yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın örneklemini çocuk klinikleri ve polikliniklerinde görev yapan 217 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler online toplanmıştır. Veri toplamak amacıyla "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Meslek Ölçütleri Bilgi Formu" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %56.7'si hemşirelik bakım hizmetlerinin sunumunda kurumlar arası farklılıklar olduğunu, %50.7'si meslekleşme ölçütleri konusunda eğitim almadığını, %73.7'si mesleki kurs veya eğitim faaliyetlerine katıldığını, %57.1'i araştırma yaptığını veya faaliyetlerine katıldığını, %65.4'ü aldığı bağımsız kararları kısmen uygulayabildiğini, %69.1'i hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde olması gerektiğini, %96.3'ü hemşirelikte branşlaşma olması gerektiğini, %67.3'ü mesleki doyum yaşadığını, %53.9'u mesleki kuruluşa veya derneğe üye olmadığını belirtmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, hemşirelik bakım hizmetlerinin sunumunda kurumlar arası farklılıklar olduğu, hemşirelerin büyük çoğunluğunun meslekleşme ölçütleri konusunda eğitim almadığı, mesleki kurs veya eğitim faaliyetlerine ve araştırma faaliyetlerine katıldığı, bağımsız kararlarını kısmen uygulayabildiği, mesleki doyum yaşadığı ve mesleki kuruluş veya derneklere üyeliğin düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelik bakım uygulamalarının standardize edilmesi, hemşirelere meslekleşme ölçütleri konusunda eğitim verilmesi, bağımsız kararlarını uygulayabilmesi için olanak sağlanması ve hemşirelerin mesleki dernek veya kuruluşlara üye olmama nedenlerinin belirlenmesi önerilmektedir.

ABSTRACT

Objective: It has been a matter of debate for years whether nursing is a job or a profession. A job can be a profession as long as it meets the criteria for professionalization. This study was conducted to determine the views of nurses working in pediatric clinics and polyclinics towards nursing within the framework of professionalization criteria.

Methods: The sample of this descriptive study consisted of 217 nurses working in pediatric clinics and outpatient clinics. Snowball sampling method was used in the study. Data were collected online. "Descriptive Information Form" and "Occupational Criteria Information Form" were used to collect data. Frequency distributions and descriptive statistics were used to evaluate the data. Ethics committee approval was obtained for the conduct of the study.

Results: The nurses 56.7% stated that there were differences between institutions in the delivery of nursing care services, 50.7% did not receive training on professionalization criteria, 73.7% participated in vocational courses/training activities, 57.1% participated in research activities, 65.4% could partially implement their independent decisions, 69.1% think that nursing education should be at the undergraduate level, 96.3% should have a branch in nursing, 67.3% had professional satisfaction, 53.9% did not a member of a professional organization/association.

Conclusion: In this study, it was determined that there were differences between institutions in the delivery of nursing care services, the majority of nurses did not receive training on professionalization criteria, participated in vocational courses/training activities and research activities, could partially implement their independent decisions, experienced professional satisfaction and membership in professional organizations/associations was low. It is recommended to standardize nursing care practices, train nurses on professionalization criteria, enabling them to implement their independent decisions and determine the reasons why nurses do not become members of professional associations/organizations.

Kaynak Gösterimi: Çalık Bağrıyanık, B., Yıldız, D., Bağrıyanık, T., Pekyığıt, A. (2023). Çocuk Hemşirelerinin Meslek Ölçütleri Çerçevesinde Hemşireliğe Bakışı. *EGEHFD*, 39(1), 93-102 DOI: 10.53490/egehemsire.1108020

How to cite: Çalık Bağrıyanık, B., Yıldız, D., Bağrıyanık, T., Pekyığıt, A. (2023). Pediatric Nurses' Perspective on Nursing in the Framework of Professional Criteria. *JEUNF*, 39(1), 93-102 DOI: 10.53490/egehemsire.1108020

GİRİŞ

Hemşireliğin iş mi yoksa meslek mi olduğu yıllardır tartışma konusudur. Bu durumun anlaşılabilmesi için iş ve meslek kavramlarının birbirinden ayırt edilmesi gerekmektedir (Korkmaz, 2011). Bir şey ortaya koyabilmek, bir sonuç elde edebilmek için güç harcayarak yapılan çalışma "iş"; belli bir eğitim ile elde edilen, karşılığında para kazanılan, kuralları belirlenmiş iş ise "meslek" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Meslek bireylerin kimliğini oluşturmada ve toplumsal statü kazanmada oldukça önemlidir.

Bir iş meslekleşme ölçütlerini karşıladığı sürece meslek olarak var olabilmektir. Meslek kavramı ve meslek ölçütlerini tanımlamak için çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Korkmaz'ın (2011) bildirdiğine göre; ilk çalışmalardan biri Abraham Flexner, son çalışma ise Kelly tarafından yapılmıştır. Kelly, Flexner tarafından ortaya konulan ölçütleri genişleterek meslekleşme ölçütlerini yeniden yayınlamıştır (Korkmaz, 2011). Bu ölçütler;

1. Birey ve toplum sağlığı için hayati önem taşıyan hizmetler sunulmalıdır.
2. Sürekli olarak araştırmalarla yenilenen ve geliştirilen bir bilgi birikimi olmalıdır.
3. Meslek mensupları bireysel sorumluluk almalı ve hizmet entelektüel aktiviteleri içermelidir.
4. Meslek mensupları yükseköğretim (en az lisans) düzeyinde eğitim veren kurumlarda eğitim görmelidir.
5. Meslek mensupları kendi politika ve davranışlarını kendileri kontrol etmeli ve bağımsız olmalıdır.
6. Meslek mensuplarının verdikleri hizmet onları isteklendirmeli ve motive etmelidir.
7. Mesleki kararlarda meslek üyelerini yönlendiren ve onlara yol gösteren etik kodlar olmalıdır.
8. Mesleki uygulamaların standartlarını belirleyen ve mesleki gelişimi destekleyen bir mesleki örgüt olmalıdır.

Hemşirelik mesleği uzun yıllardır meslekleşme sürecini tamamlamaya çalışmaktadır. Hemşireliğin meslek olarak var olabilmesi için meslekleşme ölçütlerini karşılaması gerekmektedir (Korkmaz, 2011). Bu ölçütler; yeterli bilgi birikimine ve donanımına sahip meslek üyelerinin olması, meslek üyelerinin mesleki uygulamalarda özerk olması, meslek üyelerinin lisans düzeyinde eğitim görmeleri, meslek üyelerinin yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmaları ve mesleki derneklere üye olmaları şeklindedir (Engin, Kaçmaz ve Uğuryol, 2016; Korkmaz ve Görgülü, 2010).

Meslekleşme kavramına yönelik hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla Türkiye'de yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bunların çoğunluğu erişkin hastalara hizmet veren hemşireler veya hemşirelik öğrencileri ile yürütülmüştür. Meslekleşme ölçütleri ele alındığında çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzmanlaşmanın önemli olduğu görülmektedir. Çocuk hemşireliğine özgü bilgi birikiminin oluşturulması ve bu bilgi birikiminin sürekli eğitim ve araştırmalarla desteklenmesi çocuk kliniklerine katkı sağlayan hemşirelerin istek ve motivasyonunun artmasına; çocuklarla çalışan hemşirelerin lisansüstü eğitimin önemini kavraması bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır. Branşa özgü kuruluş veya derneklere kurulması çocuk hemşirelerinin dayanışma sağlamasına, çocuk hemşireliğine özgü bakım standartlarının oluşturulmasına ve çocuk hemşirelerinin bağımsız kararlar alabilmesine katkı sağlayacaktır. Bu nedenle çocuk klinik ve polikliniklerinde çalışan hemşirelerin meslekleşme sürecine yönelik görüşlerinin belirlenmesi hemşirelik mesleğine katkı sağlamanın yanı sıra, çocuk hemşirelerinin farkındalığı, mesleki birlik ve beraberliği ve otonomisi açısından önemlidir. Bu çalışma, çocuk klinik ve polikliniklerinde görev yapan hemşirelerin meslekleşme ölçütlerine yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu kapsamda çalışmada;

Çocuk klinikleri ve polikliniklerinde çalışan hemşirelerin meslekleşme ölçütleri kapsamında mesleklerine ilişkin görüşleri nasıldır? sorusuna yanıt aranmaktadır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini çocuk klinikleri ve polikliniklerinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur. Çalışmada kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem power and sample size analizi G power ile hesaplanmış olup, orta düzey etki büyüklüğü, $\alpha=0.05$ ve %80 güç için hesaplanan örneklem sayısı 178 kişi olarak belirlenmiştir. Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve online veri toplama formunu eksiksiz olarak dolduran 217 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır.

Veri Toplama

Veriler 25 Temmuz 2020 - 1 Şubat 2021 tarihleri arasında kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak online toplanmıştır. Anket formu dijital ortamda Google Drive kullanılarak hazırlanmıştır. Hemşireler dijital ortamda çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmayı kabul edenlere anket formunda bulunan sorular sunulmuştur. Verilerin toplanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak amacıyla “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Meslek Ölçütleri Bilgi Formu” kullanılmıştır.

Tanıtıcı bilgi formu: Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur (Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Ertürk ve Özmen, 2018). Form, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev yeri, çalışma süresi ve çalışma şekli) belirlemeye yönelik altı sorudan oluşmuştur.

Meslek ölçütleri bilgi formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Altuntaş ve Yetginler, 2020; Aydın, Adıgüzel ve Altun Topal, 2015; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Engin, Kaçmaz ve Uğuryol, 2016; Ertürk ve Özmen, 2018; Fırtına Çakı ve Sönmez, 2020; Kahriman, Karadeniz Mumcu, Kaptan, Candaş Ayar, 2015; Korkmaz, 2011; Korkmaz ve Görgülü, 2010). Form, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin meslekleşme ölçütleri kapsamında hemşireliğe ilişkin görüşlerini (mesleği seçme nedenleri, meslekleşmeye yönelik eğitim faaliyetlerine, mesleki kurslara ve araştırma faaliyetlerine katılma durumları, mesleki dergi takip etme durumları, mesleki otonomi, mesleki eğitim ve branşlaşmaya ilişkin görüşleri, mesleki doyumları, mesleki bağlılıkları ve mesleki derneklere ilişkin görüşleri) belirlemeye yönelik 21 sorudan oluşmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 26 programından yararlanılmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için sayı, yüzde, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülmesi amacıyla Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (08.06.2020 tarih ve 241 numaralı kararı). Çalışmaya katılmaya gönüllü hemşirelerden "Çalışmaya Katılım Onay Formu" kullanılarak online ortamda yazılı izin alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uyularak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin %79.3'ü kadın, yaş ortalaması 30.84±7.44, %64.9'u lisans mezunudur. Hemşirelerin %41.5'inin meslekte çalışma süresi 0-4 yıl aralığında olup, %38.2'si acil serviste, %82.5'i hem gündüz hem de gece vardiyası şeklinde çalışmaktadır (Tablo 1).

Hemşirelerin %56.7'si hemşirelik bakım hizmetlerinin birey ve toplum sağlığı için hayati önem taşıyan hizmetleri sunmada yeterliliği konusunda kurumlar arası farklılıkların olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %41.9'u insanlara yardım etmek için, %58.1'i iş bulmak kolay olduğu için hemşirelik mesleğini seçmişlerdir (Tablo 2).

Hemşirelerin %49.3'ünün meslekleşme veya meslekleşme ölçütlerine yönelik bilgilendirildiği ya da eğitim aldığı saptanmıştır. Eğitim alan hemşirelerin %57'sinin hizmet içi eğitimler yoluyla eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 2). Hemşirelerin %73.7'si mesleki kurs ya da eğitim faaliyetlerine katıldığını belirtmiştir. Mesleki kurs ya da eğitim faaliyetlerine katılan hemşirelerin %84.4'ü kendini geliştirmek, %53.1'i mesleği geliştirmek amacıyla bu eğitimlere katıldığını belirtmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %57.1'i araştırma yaptığını ya da araştırma faaliyetlerine katıldığını, %30.9'u hemşirelik dergilerini takip ettiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %74.2'si araştırma faaliyetlerinin mesleki bilgi ve beceriyi arttırdığını, %67.3'ü mesleki gelişimi hızlandırdığını belirtmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %70.5'inin hemşirelik bakım uygulamalarında bağımsız kararlar alabildiği saptanmıştır. Bağımsız kararlar alabilen hemşirelerin büyük çoğunluğu (%78.4) hasta bakımı konusunda bağımsız kararlar alabildiğini ancak yalnızca %29.4'ü bağımsız olarak aldığı kararları uygulayabildiğini belirtmiştir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %69.1'i hemşireliğin lisans düzeyinde eğitim verilen bir meslek olması gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %80.6'sı mezuniyet sonrası alınan eğitimin mesleği geliştireceğini, %65.4'ü hemşirelik bakımı kalitesini artıracığını düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %96.3'ü hemşirelikte branşlaşma olması gerektiğini, %67.3'ü mesleğini yaparken doyum sağladığını belirtmiştir. Mesleğinde doyum sağladığını belirten hemşirelerin %74.7'si bakımın olumlu sonuçlarını

görme, %69.9'u insanlara yardımcı olma durumunun doyum sağlayıcı yön olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Çalışmaya katılan hemşirelerin %45.2'si meslekten ayrılmayı düşündüğünü belirtmiştir. Hemşirelerin %82.7'sinin çalışma şartlarının ağır olması ve mesleki saygınlığının düşük olması, %60.1'inin gelirin düşük olması nedeniyle meslekten ayrılmayı düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %46.1'i mesleğe ilişkin bir derneğe veya kuruluşa üye olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %67.3'ü mesleki birlik ve beraberliği sağlamada, %45.2'si meslekleşme sürecine katkı sağlamada, %47.5'i mesleğin ve meslek üyelerinin hakkını gözetmede derneklerin/kuruluşların katkısı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n:217)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	172	79.3
Erkek	45	20.7
Yaş (Ort±SS)		
18-25 yaş	78	35.9
26-32 yaş	65	30.0
33 yaş ve üstü	74	34.1
Hemşirelik Alanında En Son Mezun Olunan Okul		
Sağlık Meslek Lisesi	24	11.1
Ön lisans	24	11.1
Lisans	141	64.9
Lisansüstü	28	12.9
Meslekte Çalışma Süresi		
0-4 yıl	90	41.5
5-9 yıl	39	18.0
10-14 yıl	46	21.2
15-20 yıl	16	7.3
20 yıl üstü	26	12.0
Görev yeri		
Klinik hemşiresi	70	32.3
Yoğun bakım hemşiresi	50	23.0
Sorumlu hemşire	11	5.1
Poliklinik hemşiresi	3	1.4
Acil hemşiresi	83	38.2
Çalışma Şekli		
Sadece gündüz vardiyası	34	15.7
Sadece gece vardiyası	4	1.8
Hem gündüz hem gece vardiyası	179	82.5

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Tablo 2. Hemşirelerin Meslek Ölçütleri ile İlgili İfadelerine göre Dağılımı (n= 217)

İfadeler	n	%
Hemşirelik bakım hizmetleri birey ve toplum sağlığı için hayati önem taşıyan hizmetleri sunmaya yeterli midir?		
Evet	56	25.8
Hayır	38	17.5
Kurumlar arası farklılık vardır	123	56.7
Hemşirelik mesleğini seçme nedeniniz nedir?*		
İnsanlara yardım etme	91	41.9
İş bulmanın kolay olması	126	58.1
Gelirinin iyi olması	10	4.6
Tesadüf	25	11.5
Ailemin isteği	87	40.1
Meslekleşme veya meslekleşme ölçütlerine yönelik bilgilendirme faaliyeti veya eğitim aldınız mı?		
Evet	107	49.3
Hayır	110	50.7
Meslekleşme veya meslekleşme ölçütlerine yönelik bilgilendirme faaliyeti/eğitimi nereden aldınız? (n=107)*		
Kongre	34	31.8
Kurs	35	32.7
Araştırma faaliyetleri	26	24.3
Hizmet iç eğitim	61	57.0
İnternet	18	16.8
Mesleki kurs veya eğitim faaliyetlerine katılıyor musunuz?		
Evet	160	73.7
Hayır	57	26.3
Mesleki kurs veya eğitim faaliyetlerine katılma nedeniniz nedir? (n=160)*		
Kendimi geliştirme	135	84.4
Mesleği geliştirme	85	53.1
Bakım kalitesini artırma	71	44.4
Otonomi kazanma	48	30.0
Araştırma yapma veya araştırma faaliyetlerine katılma durumunuz nedir?		
Evet	124	57.1
Hayır	93	42.9
Yapılan araştırmaların mesleğe katkısı nedir?*		

Mesleği gelişimini hızlandırır	146	67.3
Mesleğin statüsünü geliştirir	109	50.2
Mesleğin otonomisini artırır	86	39.6
Bakım kalitesini artırır	128	59.0
Mesleki bilgi ve beceriyi artırır	161	74.2
Hemşirelik dergilerini takip ediyor musunuz?		
Evet	67	30.9
Hayır	150	69.1
Hemşirelik bakım uygulamalarında bağımsız karar alabiliyor musunuz?		
Evet	153	70.5
Hayır	64	29.5
Hemşirelik bakım uygulamalarında bağımsız olarak karar verdiğiniz konular nelerdir? (n=153)*		
Hasta bakımı	120	78.4
Çalışma koşulları	30	19.6
Çalışma ortamı	64	41.8
Eğitim faaliyetleri	30	19.6
Hemşirelik yönetimi	30	19.6
Danışmanlık	44	28.8
Araştırma faaliyetleri	12	7.8
Hemşirelik bakım uygulamalarında bağımsız olarak aldığınız kararları uygulayabiliyor musunuz? (n=153)		
Evet	45	29.4
Hayır	8	5.2
Kısmen	100	65.4
Hemşirelik mesleğinin eğitim düzeyi ne olmalıdır?		
Sağlık Meslek Lisesi	5	2.3
Ön Lisans	5	2.3
Lisans	150	69.1
Lisansüstü	57	26.3
Mezuniyet sonrası alınan eğitimin mesleğe katkıları nelerdir?*		
Bakım kalitesini artırır	142	65.4
Mesleği geliştirir	175	80.6
Mesleğin otonomisini artırır	115	53.0

Meslekleşme sürecini hızlandırır	117	53.9
Hemşirelikte branşlaşma olmalı mıdır?		
Evet	209	96.3
Hayır	8	3.7
Mesleğinizi yaparken doyum sağlıyor musunuz?		
Evet	146	67.3
Hayır	71	32.7
Sizin için mesleğin doyum sağlayıcı yönü nedir? (n=146)*		
Bakımın olumlu sonuçlarını alma	109	74.7
Takdir görme	67	45.9
Gelirinin iyi olması	24	16.4
İnsanlara yardımcı olma	102	69.9
Mesleğin ilerlemesine katkıda bulunma	57	39.0
Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünüyor musunuz?		
Evet	98	45.2
Hayır	49	22.6
Kararsızım	70	32.2
Meslekten ayrılmayı düşünme nedeniniz nedir? (n=168)*		
Mesleği sevmeme	13	7.7
Çalışma şartlarının ağır olması	139	82.7
Gelirinin düşük olması	101	60.1
Eğitim seviyesinde farklılıklar olması	55	32.7
Mesleki saygınlığın düşük olması	139	82.7
Mesleğin otonomisinin düşük olması	56	33.3
Toplumun mesleğe bakış açısı	95	56.5
Mesleğinize ilişkin bir derneğe veya kuruluşa üyeliğiniz var mı?		
Evet	100	46.1
Hayır	117	53.9
Dernekler veya kuruluşların mesleğe katkısı nedir?*		
Bakımın sınırlarını belirler	18	8.3
Bakımın kalitesini belirler	40	18.4
Etik kod/etik ilkeleri belirler	51	23.5
Meslekleşme sürecine katkı sağlar	98	45.2
Mesleğin ve meslek üyelerinin hakkını gözetir	103	47.5

Mesleğin ideallerini topluma benimsetir	68	31.3
Mesleki rollerin belirlenmesini sağlar	58	26.7
Politikalar belirlenmesini sağlar	78	35.9
Meslek üyelerinin sosyalleşmesini sağlar	32	14.7
Meslek üyelerinin bilinçlendirilmesini sağlar	93	42.9
Yayın organlarının kurulmasını sağlar	51	23.5
Mesleki birlik ve beraberliği sağlar	146	67.3
Mesleki otonominin kazanılmasını sağlar	54	24.9

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

TARTIŞMA

Meslekleşme ölçütlerinden ilki, “Birey ve toplum sağlığı için hayati önem taşıyan hizmetler sunulmalıdır” şeklindedir. Bu ölçüt kapsamında, hemşirelik bakım hizmetlerinin birey ve toplum sağlığı için hayati önem taşıyan hizmetleri sunmada yeterliğine yönelik hemşirelerin görüşleri ve hemşirelerin mesleği seçme nedenleri incelenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin yarısından fazlası bakım hizmetlerinin sunumunda kurumlararası farklılıkların bulunduğunu belirtmiştir. Yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu verilen hemşirelik hizmetlerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir (Kocaman ve Görgülü, 2010). Bu sonuçlar hemşirelerin mesleki bilincinin yüksek olduğu ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu iş bulması kolay bir meslek olmasının ve insanlara yardım etme isteğinin meslek seçiminde etkili olduğunu belirtmiştir. İnsanlara yardım etme isteği, birey ve toplum için hayati önem taşıyan hizmetlerin sunulması ölçütü ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle insanlara yardım etme isteği ile mesleği seçen hemşirelerin mesleki bilincinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da, hemşirelerin insanlara yardım etme isteği (İnce ve Khorsid, 2015; Kalkım, Sağkal, Midilli, Uğurlu ve Gülcan 2015; Marciniowicz, Owłasiuk, Slusarska, Zarzycka ve Pawlikowska, 2016; Özdelikara, Ağaçdiken ve Aydın, 2016) nedeni ile mesleği tercih ettiği belirlenmiştir.

Hemşirelerin, hemşirelik mesleği veya meslekleşme ölçütleri konusunda eğitim alması, kurs ve seminerlere katılması, araştırma yapması veya araştırma faaliyetlerine katılması, hemşirelik dergisi takip etmesi ve eğitim ve araştırmaların hemşirelik mesleğine katkısına ilişkin hemşirelerin görüşleri “Sürekli olarak araştırmalarla yenilenen ve geliştirilen bir bilgi birikimi olmalıdır” ölçütü kapsamında değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun mezuniyet sonrası alınan eğitimlerin mesleği geliştireceğini, meslekleşme sürecini hızlandıracağını, bakım kalitesini ve mesleğin otonomisini arttıracığını düşündüğü ve hemşirelerin büyük bir kısmının kendisini ve mesleğini geliştirmek için mesleki kurs veya eğitim faaliyetlerine katıldığı ancak meslekleşme ölçütleri konusunda eğitim almadığı, mesleki bilgi ve beceriyi, mesleki gelişimi ve bakım kalitesini arttırdığı için araştırma yaptığı veya araştırma faaliyetlerine katıldığı saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Aydın ve diğerleri, 2015; Kocaman ve Görgülü, 2010). Çalışma sonuçları hemşirelerin büyük çoğunluğunun bilimsel faaliyetlere katıldığı ve mesleki gelişim için eğitim ve araştırma faaliyetlerinin önemini farkında olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin yalnızca %30.9’unun hemşirelik dergisi takip ettiği belirlenmiştir. Yapılan başka çalışmaların sonuçları da çalışmamızla paralellik göstermektedir (Aydın ve diğerleri, 2015; Aygün ve Yıldırım, 2021; Ertürk ve Özmen, 2018). Bu sonuçlar, hemşirelik yayınlarını takip etme oranının istenilen düzeyde olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

“Meslek mensupları bireysel sorumluluk almalı ve hizmet entelektüel aktiviteleri içermeli” ölçütüne ilişkin, çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu hemşirelik bakım uygulamalarında bağımsız kararlar alabildiğini ancak bu kararları kısmen uygulayabildiğini belirtmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (Kocaman ve Görgülü, 2010). Çalışma sonuçlarında, hemşirelerin bağımsız karar alabilse dahi aldıkları kararları uygulayabilme oranlarının düşük olduğu görülmektedir.

“Meslek mensupları yükseköğretim (en az lisans) düzeyinde eğitim veren kurumlarda eğitim görmelidir” ölçütüne ilişkin, çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu mesleğin en az lisans eğitim düzeyinde olması gerektiğini belirtmiştir. Yapılan bir başka çalışma da çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Kocaman ve Görgülü, 2010). Çalışma sonuçları meslekleşme sürecine katkı sağlama açısından eğitim düzeyinin son derece önemli olduğu göstermektedir.

“Meslek mensupları kendi politika ve davranışlarını kendileri kontrol etmeli ve bağımsız olmalıdır” ölçütüne ilişkin, çalışmaya katılan hemşirelerin hasta bakımı konusunda aldığı kararları bağımsız olarak uygulayabilme oranının yüksek olduğu ancak çalışma şartları, yönetim, eğitim, danışmanlık ve araştırma faaliyetleri konularında aldığı kararları bağımsız olarak uygulayabilme oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Ülkemizin de içerisinde yer aldığı yedi ülkede yürütülen bir çalışmada hemşirelerin uygulamalar üzerindeki kontrol durumlarının yeterli olmadığı ve ülkemizdeki hemşirelerin uygulamalar üzerindeki kontrol durumunun altıncı sırada yer aldığı (Papastavrou ve diğerleri, 2012) belirlenmiştir. Çalışmamızda hasta bakımı ile ilgili konularda alınan kararların uygulanabilme oranı yüksek olsa da çalışma sonuçları hemşirelerin bağımsız olarak aldıkları kararları uygulama oranlarının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir.

“Meslek mensuplarının verdikleri hizmet onları isteklendirmeli ve motive etmelidir” ölçütü kapsamında, çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalışma şartlarının ağır olması, mesleki saygınlığın düşük olması, gelirin düşük olması ve toplumun mesleğe bakış açısı nedeniyle meslekten ayrılmayı düşündüğünü ancak bakımın olumlu sonuçlarını görme ve insanlara yardım etme isteğinin mesleğin doyum sağlayıcı yönleri olduğunu ve mesleki doyum yaşadığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalar çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermekte olup; hemşirelerin önemli bir kısmının mesleği bırakma isteğinin olduğu (Rudman, Gustavsson ve Hultell, 2014; Tarhan, Kılıç ve Yıldız, 2016), hemşirelerin büyük çoğunluğunun sosyal olanaksızlıklar, çalışma sistemindeki sorunlar, ekip elemanları ile iletişim problemleri nedenleri ile mesleki yaşantısında memnun olmadığı (Yakıt ve Uyurdağ, 2017), hemşirelerin yarısına yakınının bakımın olumlu sonuçlarını görmesinin mesleğin doyum sağlayıcı yönü olduğunu belirttiği (Kocaman, 2010) saptanmıştır. Bu sonuçlar, mesleğin felsefesi olan yardım etme isteği kavramının bireyleri isteklendirdiğini ancak çalışma koşulları ve meslek statüsünün meslekten ayrılmaya niyetine neden olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Mesleki ölçütlerden bir diğeri “Mesleki uygulamaların standartlarını belirleyen ve mesleki gelişimi destekleyen bir mesleki örgüt olmalıdır” şeklindedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki dernek veya kuruluşlara üyeliğinin istendik düzeyde olmadığı ancak hemşirelerin büyük çoğunluğunun mesleki birlik ve beraberliği sağlamada, meslektaşlarına katkı sağlamada, mesleğin ve meslek üyelerinin hakkını gözetmede ve meslek üyelerinin bilinçlendirilmesinde dernek veya kuruluşların önemini bilincinde olduğu saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada da hemşirelerin yarısından fazlasının mesleki derneklere üye olduğu, büyük çoğunluğunun da hemşirelerin haklarını korumak ve güçlü olmak, birlikte ve etkin olabilmek için mesleki derneklerin gerekli olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Kahrman ve diğerleri, 2015). Yapılan bir başka çalışmada ise, hemşirelerin tamamına yakınının bir mesleki derneğe üye olmadığı, ancak mesleki gelişimin sağlanması için mesleki bir derneğin olması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir (Altuntaş ve Yetginler, 2020). Çalışma sonuçları mesleki derneklere üyeliğin istendik düzeyde olmadığını ancak hemşirelerin mesleki dernek/kuruluşların gerekliliğinin bilincinde olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışma yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireleri kapsamaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada, hemşirelik bakım hizmetlerinin sunumunda kurumlar arası farklılıkların olduğu, hemşirelerin büyük çoğunluğunun kurs/eğitim faaliyetlerine ve araştırma faaliyetlerine katıldığı ancak meslektaşlarına katkı sağlamada, mesleki doyum yaşadığı, hemşirelik eğitiminin en az lisans düzeyinde olması gerektiği ve mesleki kuruluş/derneklere üyeliğin düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelik bakım uygulamalarının standardize edilmesi, hemşirelere meslektaşlarına katkı sağlamada, mesleğin ve meslek üyelerinin hakkını gözetmede ve meslek üyelerinin bilinçlendirilmesinde dernek veya kuruluşların önemini bilincinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, mesleğin felsefesi olan yardım etme isteği kavramının bireyleri isteklendirdiğini ancak çalışma koşulları ve meslek statüsünün meslekten ayrılmaya niyetine neden olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: B.Ç.B., D.Y. Veri toplama: B.Ç.B., T.B. Veri analizi ve yorumlama: B.Ç.B., D.Y., T.B., A.P. Makale yazımı: B.Ç.B., D.Y., T.B. Eleştirel inceleme: B.Ç.B., D.Y., T.B., A.P.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Altuntaş, S., Yetginler, Ş. (2020). Hemşirelerin mesleki derneklere bakış açıları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(7), 40-50. doi:10.5222/SHYD.2020.75046
- Aydın, Y., Adıgüzel, A., Altun Topal, E. (2015). Ebe ve hemşirelerin bilimsel çalışmalara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 168-175.
- Aygün, Ö., Yıldırım, M. (2021). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumları: Tanımlayıcı bir çalışma. *İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 327-338. Doi: 10.52538/duhes.1033115
- Demir, S., Kocaman Yıldırım, N. (2014). Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 25-32. Doi: 10.5505/phd.2014.77487
- Engin, E., Kaçmaz, E. D., Uğuryol, M. (2016). Türkiye’de hemşire olma kaygısı: Varoluşçu felsefe bakış açısıyla bir gözden geçirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(43), 1226-1231.
- Ertürk, C., Özmen, D. (2018). Hemşirelerin profesyonel tutumlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 191-199.
- Fırtına Çakı, E., Sönmez, M. (2020). Hastanede çalışan hemşirelerin meslekte profesyonel tutum düzeylerinin belirlenmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(2), 58-69.
- İnce, S., Khorshid, L. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 163-171.
- Kahriman, İ., Karadeniz Mumcu, H., Kaptan, D., Candaş Ayar, A. (2015). Bir üniversite hastanesinin pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki dernekler ile ilgili görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 132-141. DOI: 10.5222/SHYD.2015.132
- Kalkım, A., Sağkal, Midilli., T, Uğurlu E., Gülcan, E. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 4, 41-60.
- Korkmaz, F., Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin meslek ölçütleri bağlamında hemşirelik mesleğine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dergisi*, 17(1), 1-17.
- Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-67.
- Marcinowicz, L., Owłasiuk, A., Slusarska, B., Zarzycka, D., Pawlikowska, T. (2016). Choice and perception of the nursing profession from the perspective of Polish nursing students: A focus group study. *BMC Medical Education*, 16(243), 1-8. DOI 10.1186/s12909-016-0765-3
- Özdelikara, A., Ağaçdiken, S., Aydın, E. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 83-88.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Acaroğlu, R., Antunes Da Luz, M. D., Berg, A., Idvall, E., ... Suhonen, R. (2012). A seven country comparison of nurses’ perceptions of their Professional practice environment. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 236- 248. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01289.x.
- Rudman, A., Gustavsson, P., Hultell, D. (2014). A prospectivestudy of nurses’ intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 612-624. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012.
- Tarhan, G., Kılıç, D, Yıldız E. (2016). Hemşirelerin mesleğe yönelik tutumları ile mesleki profesyonellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 411-416. doi:10.5455/gulhane.176909
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2022). Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 30.01.2022)
- Yakıt, E., Uyurdağ, N. (2017). Hemşirelerin meslek yaşantısı memnuniyetleri; Diyarbakır ili örneği. *Sağlık ve Toplum*, 27(3), 48-55.

Kemoterapi Tedavisi Alan Hematoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Araştırma

Anıta KARACA¹

Orcid: 0000-0001-6552-4399

İpek AYCİL²

Orcid: 0000-0002-8085-9418

The Learning Needs of Hematology Patients Receiving Chemotherapy Treatment and Affecting Factors: Descriptive Research

Gönderilme tarihi: 21 Haziran 2022

Kabul tarihi: 31 Ocak 2023

* Bu çalışma, Geleneksel İç Hastalıkları Günleri – İnteraktif Güncelleştirme 2022* kapsamında düzenlenen 15. İç Hastalıkları Hemşireliği Günlerinde Sözel Bidiri olarak sunulmuştur, 24-27 Mart 2022.

ÖZ

¹ Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul/Türkiye

² İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye

Amaç: Hasta eğitimini hastaların bilgi gereksinimlerine göre düzenlemek, beklenen hasta bakım sonuçlarına olumlu katkı sağlayabilir, hasta memnuniyetini ve hemşirelik bakım kalitesini artırabilir. Bu araştırmanın amacı, kemoterapi tedavisi alan hematoloji hastalarının öğrenim gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Bu çalışma bir üniversite hastanesinde Mart-Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Örneklemi, kemoterapi tedavisi almak için hematoloji polikliniğine başvuran 130 hasta oluşturdu. Araştırma verileri, Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ile elde edildi.

Bulgular: Hastaların %33.1'i hastalık sürecinde öz-bakım yönetimine ilişkin eğitim almıştır. Hastaların yarısından fazlası (%51.2) hekim ve hemşirelerden eğitim aldığını belirtirken en fazla hastalıkları (%73.8) ile ilgili konularda eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %37.2'si aldıkları eğitimi tamamen yeterli bulmuşlardır. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 205.08±41.01'dir. Ölçekten alınan en yüksek ve en düşük alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; Tedavi ve Komplikasyonlar (38.66±7.23) ile Duruma İlişkin Duygular (19.56±5.12) alt boyutları olmuştur. Çalışmada cinsiyet, tanı konma süresi ve birlikte yaşanılan kişiye göre ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.043; p=0.017; p=0.040, sırasıyla).

Sonuç: Kemoterapi tedavisi alan hematoloji hastalarının öğrenim gereksinimleri yüksek düzeydedir. Hastaların en çok bilgilendirilmesi gereken konular tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam kalitesi hakkındaki konular olmuştur. Hastaların bireysel öğrenim gereksinimlerine uygun hasta eğitimlerinin planlanması önerilir. Hastaların hangi konularda bilgilenecek istediklerinin belirlenmesi ve bu konulara öncelik verilmesi eğitimi daha etkili ve verimli hale getirebilir.

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

ANİTA KARACA

anitakaraca@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Eğitim; hematoloji; hemşire; kemoterapi.

Keywords:

Education; hematology; nurse; chemotherapy.

ABSTRACT

Objective: The organizing patient education in accordance with the information needs of the patients can contribute positively to the expected patient care outcomes and increase the patient satisfaction and nursing care quality. The aim of the study was to evaluate the learning needs of hematology patients receiving chemotherapy treatment and affecting factors.

Methods: The research is a descriptive cross-sectional study. It was conducted at a university hospital between March and June 2021. The study sample consisted of 130 patients who applied to the hematology outpatient clinic to receive chemotherapy treatment. Data was collected using the Patient Information Form and the Patient Learning Needs Scale.

Results: The patients of 33.1% was received training on self-care management during the disease process. More than half of the sample (51.2%) stated that they received training from physicians and nurses, and they received training mostly on the subjects related to their diseases (73.8%). The sample of 37.2% found the training they received completely sufficient. The mean total score of the patients from the Patient Learning Needs Scale was 205.08±41.01. The highest and the lowest sub-dimension mean scores obtained from the scale, respectively; Treatment and Complications (38.66±7.23) and Feelings related to Condition (19.56±5.12) were sub-dimensions. In the study, there was a statistically significant difference between the mean total score of the scale and gender, time of diagnosis, and the person living with (p=0.043; p=0.017; p=0.040, respectively).

Conclusion: The level of learning needs of hematology patients receiving chemotherapy treatment were high. The most important subjects that patients should be informed about were treatment and complications, and quality of life. It is recommended to plan patient education in accordance with the individual learning needs of the patients. Determining which subjects patients want to be informed about and giving priority to these subjects by nurses can make education more effective and productive.

Kaynak Gösterimi: Karaca, A., Aycil, İ. (2023). Kemoterapi Tedavisi Alan Hematoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Araştırma. *EGEHFD*, 39(1), 103-113 DOI: 10.53490/egehemsire.1133842

How to cite: Karaca, A., Aycil, İ. (2023). The Learning Needs of Hematology Patients Receiving Chemotherapy Treatment and Affecting Factors: Descriptive Research. *JEUNF*, 39(1), 103-113 DOI: 10.53490/egehemsire.1133842

GİRİŞ

Kanser ilerleyici bir hastalıktır ve hastalığın ilerlemesi ile birlikte hastalarda birçok fiziksel ve psikolojik semptomlar görülebilir. Bu semptomlardan birçoğu hastalık sürecinden ziyade kemoterapiye bağlı gelişmektedir (Temiz ve Durna, 2020). Kemoterapötik ajanlar kanserli hücreleri yok ederken, aynı zamanda tedavi sırasında kaçınılmaz olarak normal hücrelere de zarar vermektedir. Bu durum, kemoterapiye bağlı birçok semptomun ortaya çıkmasına, hastaların tedavi ve bakım sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Arslankılıç, Temiz ve Göktaş, 2020). Kemoterapi, hematolojik maligniteler için temel bir tedavidir; bununla birlikte, toksisite sıklıkla yaşamı tehdit eden veya rahatsız edici yan etkilere yol açmaktadır (örn. ateşli nötropeni, enfeksiyonlar, mukozit, mide bulantısı, kusma, yorgunluk) (Breen ve diğerleri, 2015). Kemoterapi tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların kontrol altına alınması tedavinin etkinliği açısından önemlidir. Semptomlar bir hastanın tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini belirleyebilir. Bu nedenle, tedavinin etkili olabilmesi için semptomların tanınması ve kontrol altına alınması gerekir (Seven, Akyüz, Sever ve Dinçer, 2013).

Alınan her kemoterapi tedavisi sonrası eve gönderilen hastaların, sağlıklarını izleyebilmeleri ve meydana gelen komplike yan etkilerin şiddetini önleyebilmeleri veya azaltabilmeleri için öz-bakım faaliyetlerine katılmaları gerekir (Breen ve diğerleri, 2015). Ancak, kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan semptomlar, hastaları öz-bakım faaliyetlerini gerçekleştirme konusunda kısmen ya da tamamen yetersiz bırakabilmektedir (Hintistan, Çilingir, Nural ve Gürsoy, 2012; Yavuz ve Gürsoy, 2021). Bu durum karşısında bireyler, hastalıklarına/yeni gelişen duruma uyum sağlayabilmek ve etkili baş etme davranışları geliştirebilmek için birçok konuda eğitime gereksinim duyabilirler (Ankem, 2015; Özdemir, Yıldız ve Akansel, 2015). Yapılan çalışmalar (Fırat ve Öztunç, 2019; Kim, 2011; Shahsavari, Matory, Zare, Taleghani ve Kaji, 2015), verilen eğitimlerin kanser hastalarının öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırdığını ve hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan kendilerini daha iyi hissettiğini göstermektedir.

Hasta eğitimi, hasta merkezli bakımın en önemli boyutlarından biridir. Bilgi gereksinimlerinin karşılanması tedavi memnuniyetini artırır ve bilinçli karar vermeye yardımcı olur. Ayrıca, hastalıkla ilgili bilgilerin sağlanması, hasta tarafından bildirilen sağlıkla ilgili sonuçlar (örn. tedaviye uyum, duygusal ve psikolojik sağlık/iyilik, yaşam kalitesi) için önemli bir belirleyicidir (Christalle ve diğerleri, 2019). Ancak, hastaların sağlık hizmet sağlayıcılarından tatmin edici bilgiler almadıklarını gösteren araştırmalara rastlanmaktadır (Kinnorsley ve diğerleri, 2007; Timmins, 2006). Bu durumun birçok nedeni olabilir. Örneğin; hasta ve klinisyen arasındaki yanlış anlaşılmalarda eksik veya yanlış bilgilere, bilginin önemine ilişkin farklı değerlendirme veya algılamalara yol açabilir. Ek olarak, bazı sağlık hizmet sağlayıcıları, hastaların bilgi gereksinimlerini değerlendirme ve kişiye özel bilgi sağlama becerilerinden yoksun olabilir. Öte yandan, bazı hastalar kendilerini güvensiz veya kişisel bilgi gereksinimlerini dile getirmekte isteksiz olabilirler (Christalle ve diğerleri, 2019). Bununla birlikte, potansiyel olarak ilgili tüm bilgileri sağlamak da soruna neden olabilir. Çok fazla bilgi, hastalarda bilişsel bir aşırı yüklenmeye yol açabilir. Bu aşırı yüklenme nedeniyle hastalar aldıkları bilgileri unutmaya eğilim gösterebilir veya kendilerini daha fazla stres altında hissedebilirler. Bu nedenle bazı hastalar daha az bilgiye gereksinim duyabildiği gibi bazıları ihtiyaç duymadıkları için gereğinden fazla bilgiyi almak istemeyebilirler (Hack ve diğerleri, 2005; Johnson, Tod, Brummell ve Collins, 2015). Bilgi gereksinimleri bireysel olarak değişebilmektedir. Bu nedenle, bireysel gereksinimleri değerlendirmek önemlidir. Bireysel bilgi gereksinimlerini karşılamamanın ilk adımı bunları ortaya çıkarmak ve anlamaktır. Bireysel gereksinimlere göre şekillendirilmiş sağlık iletişimi, hasta bilgilerini geliştirmede, hastaya motivasyon sağlamada ve davranış değişikliklerini desteklemede oldukça önemlidir (Christalle ve diğerleri, 2019; Deniz, Gezer, Erden ve Arslan, 2017). Bununla birlikte, ölçüm araçları, bireysel bilgi gereksinimlerinin etkili bir şekilde belirlenmesine yardımcı olur. Bu nedenle geçerli ve güvenilir araçlarla hastanın öğrenme gereksinimlerinin değerlendirilmesi, etkili eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesinde değerli bir müdahaledir (Özdemir ve diğerleri, 2015; Pehlivan, Vatanserver, Arslan, Yıldız ve Ersoy, 2020). Değerlendirme sonuçlarına göre hasta gereksinimlerine uygun tedavi ve bakım planlanması, hasta bakım sonuçlarının ve hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesinde ve bakım kalitesinin artırılmasında önemli veriler sağlayacaktır (Yalçın, Arpa, Cengiz ve Doğan, 2015).

Sağlık ekibinin tüm üyeleri hasta ve ailesinin eğitiminden sorumlu olmakla birlikte bu konuda hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Kara ve Arıkan, 2021; Tan, Özdelikara ve Polat, 2013; Yalçın ve diğerleri, 2015). Hemşireler, hastaların bireysel özelliklerine uygun ve hastaların algıladığı gereksinimlere öncelik veren bir eğitim planı hazırlamalıdır. Bunun için hemşireler öncelikli olarak hastaların eğitim gereksinimlerini belirlemeye yönelik bir çalışma içerisine girmelidir (Çetinkaya ve Aşiret, 2017; Demirkıran ve Uzun, 2012; Orgun ve Şen, 2012). Hematolojik maligniteleri olan hastalarda bireyselleştirilmiş tedavi ve bakımı optimize etmek için de bu hastaların bilgi sağlama konusundaki tercihlerini bilmek önemlidir. Kanser hastalarına yeterli bilgi sağlamak, tedaviye daha iyi uyum ve daha iyi bir yaşam kalitesi ile ilişkili olduğundan önemlidir. Ayrıca, hastalara yeterli bilgi verilmesi, ortak tedavi kararı vermede kilit bir unsurdur (Rood ve diğerleri, 2018). Bu çalışma, kemoterapi tedavisi alan hematoloji hastalarının öğrenim gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Çalışma sonuçlarının, hematoloji kliniklerinde görev yapan hemşirelere hasta bakımı ve eğitimi ile ilgili konularda ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Kemoterapi tedavisi alan hematoloji hastalarının öğrenim gereksinimleri nedir?
2. Kemoterapi tedavisi alan hematoloji hastalarının kişisel özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri arasında fark var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışma, bir üniversite hastanesinde Mart-Haziran 2021 tarihleri arasında hematoloji polikliniği gününbirlik tedavi odasına kemoterapi tedavisi almak için başvuran hastalarda gerçekleştirildi.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde ayaktan kemoterapi tedavisi almak için başvuran hematoloji hastaları (n=247) oluşturdu. Araştırmaya dahil edilecek katılımcı sayısının belirlenmesinde evreni bilinen örneklem yöntemi kullanıldı. Örneklem alınacak en az birey sayısı %85 güven aralığında ($\alpha=0.05$) $p=0.50$ olarak kabul edilerek \pm %5 örnekleme hatası için 113 olarak hesaplandı. Örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırma kriterline uyan 130 hasta ile araştırma gerçekleştirildi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini; iletişim engeli bulunmayan, okuma-yazma bilen, Türkçe konuşabilen, 18 yaş üzerinde olan, kemoterapi tedavisi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hematoloji hastaları oluşturdu. Çalışmanın dışlanma kriterlerini ise; iletişim engeli bulunan, okuma yazma bilmeyen, Türkçe konuşamayan, 18 yaş altında olan, kemoterapi almayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar oluşturdu.

Veri Toplama

Veriler yüze görüşme yöntemiyle veri toplama araçları kullanılarak elde edildi. Hastalar ile görüşme ayaktan kemoterapi ünitesinde gerçekleştirildi ve anket formlarının araştırmacılardan bağımsız bir şekilde doldurulması sağlandı. Veriler dört aylık bir sürede toplandı.

Veri Toplama Araçları

Formlar yaklaşık olarak 15-20 dakikada dolduruldu. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği kullanıldı.

Hasta bilgi formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan (Deniz ve diğerleri, 2017; Hintistan ve diğerleri, 2012; Özdemir ve diğerleri, 2015; Temiz ve Durna, 2020) bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık durumu, tanı konma süresi, öz-bakıma ilişkin eğitim alma vb. soruları içeren toplam 12 soru yer almaktadır.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ): Bubela ve diğerleri (1990) tarafından geliştirilen bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik-güvenirlik çalışması Çatal ve Dicle (2008) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, toplam 7 alt boyut ve 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, ilaçlar, cilt bakımı, duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi ve toplum ve izlem ile ilgilidir. Beşli likert tipi ölçekleme yöntemi ile değerlendirilmektedir; 1=önemli değil, 2=biraz önemli, 3=ne az ne çok önemli, 4=çok önemli, 5=son derece önemli şeklindedir. Ölçekten elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanın artması kişilerin öğrenim gereksinimlerinin arttığını göstermektedir. Türkçe uyarlaması yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.95 bulunmuştur (Çatal ve Dicle, 2008). Çalışmamızda, ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığı incelendiğinde ölçek toplamı için $\alpha=0.982$, ölçek alt boyutları için $\alpha=0.866-0.924$ olarak bulunmuş olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, medyan gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Ölçek skorlarının normal dağılıp dağılmadığı Saphiro Wilk Testi ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi; normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi ve Dunn-Bonferroni testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce bir üniversitenin Klinik Araştırmaları Etik Kurulu onayı (19.02.2021 tarihli 96332/05 sayı ve karar numaralı) ve araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izin onayı alındı. Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçek geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacıdan yazılı izin alındı. Araştırmacı tarafından hastalara araştırma verilerinin hiç kimse ile paylaşılmayacağına ilişkin güvence verildi. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllük ilkesi doğrultusunda sözel ve yazılı onamları alındı. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri doğrultusunda gerçekleştirildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 53.01 ± 15.01 'dir. Hastaların çoğunlukla kadın (%54.6), evli (%79.2), ilköğretim mezunu olduğu (%48.4) ve çalışmadıkları (%76.2) belirlendi. Kronik hastalığı bulunmayanların oranı %56.6 ve hastalık tanısı 1 yıldan daha az olanların oranı %39.2 olarak bulundu (Tablo 1).

Çalışmaya katılan bireylerin %33.1'i öz-bakıma yönelik eğitim almıştır. Eğitim alan hastaların %51.2'i hekim ve hemşireden eğitim aldığını, en fazla hastalık (%73.8) ve kemoterapi ve yan etkileri (%59.5) ile ilgili konularda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alan kişilerin %37.2'si eğitimi tamamen yeterli bulmuştur (Tablo 2).

Tablo 3'de hastaların ölçek toplam puanları ve alt boyutlarından aldıkları puanlar verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların HÖGÖ toplamından aldıkları puan 50-250 arasında değişmekte olup ortalama 205.08 ± 41.01 olarak saptanmıştır.

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=130)

Yaş (yıl)	Ort±Ss Medyan (Min-Max)	53.01±15.01 56 (20-80)
		n (%)
Cinsiyet	Kadın	59 (45.4)
	Erkek	71 (54.6)
Medeni durum	Evli	103 (79.2)
	Bekâr	27 (20.8)
Eğitim durumu	İlköğretim	63 (48.4)
	Ortaöğretim	16 (12.3)
	Lise	25 (19.2)
	Lisans veya lisansüstü	26 (20.1)
Çalışma durumu	Çalışıyor	31 (23.8)
	Çalışmıyor	99 (76.2)
Evde birlikte yaşanan kişi	Yalnız yaşama	6 (4.6)
	Eşiyle yaşama	32 (24.6)
	Eşi ve çocuklarıyla yaşama	66 (50.8)
	Çocuklarıyla yaşama	12 (9.2)
	Anne ve babayla yaşama	14 (10.8)

Tablo 2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=130)

		n (%)
Kronik hastalık	Hayır	74 (56.9)
	Evet	56 (43.1)
*Cevabınız Evet ise	Diabetes Melitus	17 (30.4)
	Hipertansiyon	25 (19.2)
	Kalp Yetmezliği	7 (12.5)
	Kronik Böbrek Hastalığı	14 (25.0)
	Diğer	15 (11.5)
Hastalık tanı süresi	<1 yıl	51 (39.2)
	1-5 yıl	42 (32.3)
	6-10 yıl	21 (16.2)
	>10 yıl	16 (12.3)
Öz-bakıma yönelik eğitim	Hayır	87 (66.9)
	Evet	43 (33.1)
Eğitimi veren kişi	Hekim	13 (30.2)
	Hemşire	8 (18.6)
	Hekim ve hemşire	22 (51.2)
*Eğitim konuları	Hastalık hakkında	31 (73.8)
	Günlük yaşam aktiviteleri hakkında	18 (42.9)
	Ağrı yönetimi hakkında	9 (21.4)
	İlaçlar hakkında	16 (38.1)
	Kemoterapi ve yan etkileri hakkında	25 (59.5)
	Enfeksiyonlardan koruma hakkında	11 (26.2)
Eğitimin yeterli olup olmadığı	Tamamen yeterli	16 (37.2)
	Biraz yeterli	21 (48.8)
	Yeterli değil	6 (14.0)

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Tablo 3. Hasta Öğrenim Gereksinimi Ölçeği Alt Boyutlarının İncelenmesi (n=130)

	Madde sayısı	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
Yaşam Aktiviteleri	9	35.95±7.86	37 (9-45)
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	38.66±7.23	40 (9-45)
İlaçlar	8	33.82±6.64	36 (8-40)
Cilt Bakımı	5	19.18±5.03	20 (5-25)
Yaşam Kalitesi	8	34.01±6.72	36 (8-40)
Toplum ve İzlem	6	23.78±5.59	24 (6-30)
Duruma ilişkin Duygular	5	19.56±5.12	21 (5-25)
Toplam	50	205.08±41.01	210 (50-250)

Tablo 4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hasta Öğrenim Gereksinimi Ölçeği Alt Boyut ve Total Puanlarının Değerlendirmeleri (n=130)

			Yaşam aktiviteleri	Tedavi komplikasyon	İlaçlar	Cilt bakımı	Yaşam kalitesi	Toplum ve izlem	Duruma ilişkin duygular	Toplam
Yaş	r		0.033	0.046	0.101	0.080	0.026	0.134	0.045	0.080
	p		0.708	0.606	0.254	0.367	0.765	0.130	0.615	0.370
Cinsiyet	Kadın (n=59)	<i>Ort±SS</i>	37.14±7.53	39.93±6.47	34.88±5.99	19.9±4.57	35.34±5.61	24.98±4.77	20.37±4.57	212.93±36.65
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	39 (9-45)	42 (9-45)	36 (8-40)	21 (5-25)	37 (8-40)	26 (6-30)	22 (5-25)	215.5(50-250)
	Erkek (n=71)	<i>Ort±SS</i>	34.96±8.03	37.61±7.69	32.93±7.05	18.58±5.32	32.9±7.37	22.8±6.02	18.89±5.46	198.66±43.46
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	36 (9-45)	39 (9-45)	34 (8-40)	20 (5-25)	34 (8-40)	24 (6-30)	20 (5-25)	206 (50-250)
		p	^a 0.079	^a 0.021*	^a 0.052	^a 0.188	^a 0.036*	^a 0.059	^a 0.118	^a 0.043*
Eğitim Durumu	İlköğretim (n=63)	<i>Ort±SS</i>	35.86±8.4	38.43±7.67	33.7±7.02	19.14±5.1	33.67±7.18	24.08±5.82	19.56±5.24	204.68±43.39
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	37 (9-45)	40 (9-45)	36 (8-40)	20 (5-25)	35 (8-40)	25.5 (6-30)	20 (5-25)	210 (50-250)
	Ortaöğretim (n=16)	<i>Ort±SS</i>	36.13±7.39	38±6.89	33.31±5.88	19.06±4.54	33.94±5.35	23.81±5.49	19.38±4.56	203.63±38
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	37 (20-45)	39.5 (23-45)	33 (20-40)	20 (10-25)	35.5 (22-40)	24 (12-30)	20 (8-25)	204.5 (120-250)
	Lise (n=25)	<i>Ort±SS</i>	37.04±5.93	40.84±3.57	35.32±5.41	20.2±4.08	36.52±3.61	24.12±4.37	20.36±4.77	214.4±27.91
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	36 (21-45)	42 (33-45)	36 (14-40)	21 (7-25)	38 (29-40)	24 (13-30)	21 (8-25)	212 (126-250)
	Lisans ve üzeri (n=26)	<i>Ort±SS</i>	35±8.63	37.54±8.75	32.96±7.27	18.35±5.94	32.46±8.13	22.73±6.23	18.92±5.6	197.96±47.56
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	36 (9-45)	39 (9-45)	34.5 (8-40)	20 (5-25)	34 (8-40)	23.5 (6-30)	20.5 (5-25)	205.5 (50-250)
		p	^b 0.929	^b 0.573	^b 0.566	^b 0.798	^b 0.283	^b 0.679	^b 0.759	^b 0.650
Tanı konma süresi	<1 yıl (n=51)	<i>Ort±SS</i>	38.2±7.53	39.9±6.82	34.55±6.82	20.51±4.78	35.43±5.96	25.35±5.44	21.08±4.48	215.02±39.7
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	40 (9-45)	42 (9-45)	36 (8-40)	21 (5-25)	38 (8-40)	26 (6-30)	22 (5-25)	225 (50-250)
	1-5 yıl (n=42)	<i>Ort±SS</i>	34.98±6.5	38.33±6.57	33.48±5.89	18.21±4.79	33.93±6.59	22.78±4.98	18.86±4.97	200.88±36.35
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	35 (9-45)	39 (9-45)	34 (8-40)	19 (5-25)	35 (8-40)	23 (6-30)	20 (5-25)	204 (50-250)
	6-10 yıl (n=21)	<i>Ort±SS</i>	32.52±9.45	36.67±8.82	32.62±8.18	17.67±5.69	31.71±8.27	21.95±6.49	17.38±6.08	190.52±49.6
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	34 (9-45)	39 (9-45)	37 (8-40)	18 (5-25)	33 (8-40)	23 (6-30)	17 (5-25)	200 (50-250)
	>10 yıl (n=16)	<i>Ort±SS</i>	35.81±8.4	38.19±7.82	33.94±5.93	19.44±4.79	32.69±6.58	23.75±5.39	19.44±4.99	203.25±40.11
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	38.5 (18-45)	40 (13-45)	36 (19-40)	20 (5-25)	34 (15-40)	25 (12-30)	20.5 (8-25)	207 (93-250)
		p	^b 0.006**	^b 0.133	^b 0.363	^b 0.020*	^b 0.103	^b 0.007**	^b 0.028*	^b 0.017*
Evde birlikte yaşanan kişi	Yalnız (n=6)	<i>Ort±SS</i>	42.17±4.4	41.67±6.41	37±4.69	23.33±3.61	37.67±3.61	28.33±2.66	23±3.16	233.17±26.91
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	45 (36-45)	45 (29-45)	40 (30-40)	25 (16-25)	40 (33-40)	30 (24-30)	25 (18-25)	250 (189-250)
	Eşiyle (n=32)	<i>Ort±SS</i>	35.38±9.3	37.59±8.81	33.19±8.15	19.06±5.32	33.03±8.54	23.72±6.21	19.56±5.76	201.53±49.05

Karaca ve Aycil

	<i>Medyan (Min-Max)</i>	37 (9-45)	39 (9-45)	36 (8-40)	20 (5-25)	35 (8-40)	25 (6-30)	21 (5-25)	208.5 (50-250)
Eşi ve çocuklarıyla (n=66)	<i>Ort±SS</i>	36.3±6.67	39.85±4.95	34.71±5.22	19.65±4.23	35.02±4.73	24.08±4.64	19.94±4.43	209.55±30.89
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	37 (18-45)	41 (23-45)	36 (14-40)	20 (7-25)	37 (24-40)	25 (12-30)	20.5 (8-25)	210 (126-250)
Çocuklarıyla (n=12)	<i>Ort±SS</i>	37.7±7.48	39.2±6.3	34.4±5.4	20±5.01	34.6±6.08	25.67±5.29	20.4±4.58	214.33±39.71
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	38.5 (21-45)	41 (25-45)	35.5 (23-40)	20.5 (10-25)	35.5 (20-40)	28 (14-30)	21 (11-25)	222 (124-250)
Anne ve babayla (n=14)	<i>Ort±SS</i>	32.07±9.87	34.71±11.38	29.79±9.14	15.5±6.33	29.64±9.55	19.79±7.46	15.86±6.31	177.36±57.21
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	34 (9-45)	39 (9-45)	32 (8-40)	14.5 (5-25)	33 (8-40)	20.5 (6-30)	16 (5-25)	192.5 (50-250)
	p	^b 0.085	^b 0.235	^b 0.199	^b 0.019*	^b 0.130	^b 0.014*	^b 0.060	^b 0.040*
^a Mann Whitney U Test	^b Kruskal Wallis Test	* ^a p<0.05	** ^a p<0.01						

Tablo 4’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; yaş, eğitim durumu, kronik hastalık durumuna göre hastaların HÖGÖ toplam puan ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Cinsiyete göre hastaların “İlaçlar”, “Toplum ve İzlem”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Duruma İlişkin Duygular” ve “Cilt Bakımı” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kadın hastaların “Tedavi ve Komplikasyon” ve “Yaşam Kalitesi” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p=0.021$; $p=0.036$; $p=0.043$; $p<0.05$). Tanı konma süresine göre hastaların “Yaşam Aktiviteleri”, “Duruma İlişkin Duygular” “Cilt Bakımı” ve “Toplum ve İzlem” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark vardır (sırasıyla, $p=0.006$, $p<0.01$; $p=0.028$, $p<0.05$; $p=0.020$, $p<0.05$; $p=0.007$, $p<0.01$; $p=0.017$, $p<0.05$). Tanı süresi 1 yıldan az olan hastaların “Yaşam Aktiviteleri” ve “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutlarından aldıkları puanlar ile ölçek toplamından aldıkları puanlar tanı süresi 6-10 yıl ve 1-5 yıl olan hastalara göre ($p=0.024$, $p=0.020$, $p<0.05$; $p=0.009$, $p=0.017$, $p<0.05$; $p=0.009$, $p=0.009$; $p<0.01$); “Cilt Bakımı” ve “Toplum ve İzlem” alt boyutlarından aldıkları puanlar ise tanı süresi 1-5 yıl olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.032$; $p<0.05$; $p=0.009$; $p<0.01$). “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutlarından alınan puanlar birlikte yaşanan kişiye göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Yaşanılan kişiye göre hastaların “Cilt Bakımı” ve “Toplum ve İzlem” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.019$; $p<0.05$; $p=0.014$; $p<0.05$; $p=0.040$; $p<0.05$). Yalnız yaşayan hastaların “Cilt Bakımı” ve “Toplum ve İzlem” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, anne ve babasıyla yaşayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.009$; $p<0.01$; $p=0.011$; $p<0.05$; $p=0.032$; $p<0.05$).

TARTIŞMA

Kemoterapinin yan etkileri hastada fiziksel ve psikososyal problemlere neden olmakta ve sağlık sorunlarının artmasıyla birlikte hastalar günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklar yaşayabilmektedir (Hintistan ve diğerleri, 2012). Hastaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda karşılanması hastanın bağımsızlığının desteklenmesine ve hasta sonuçlarının olumlu etkilenmesine katkı sağlayarak yaşam kalitesini artırabilir (Christalle ve diğerleri, 2019; Kara ve Arıkan, 2021; Yalçın ve diğerleri, 2015).

Çalışmada elde edilen HÖGÖ’ye ait toplam puan ortalaması sonucu 205.08 ± 41.01 ’dir. HÖGÖ’den en yüksek 250 puan almadığı göz önünde bulundurulduğunda hastaların HÖGÖ’ye ait toplam puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu ifade edilebilir. Başka bir ifadeyle, hastaların ölçekten aldıkları toplam puan ölçekten alınabilecek orta puandan (150) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç ile farklı hasta gruplarında yapılan çalışma sonuçlarının genel olarak benzer olduğu görülmektedir. Buna göre; dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların (Çetinkaya ve Aşiret, 2017), üroloji ameliyatı olan hastaların (Kızılkaya ve Büyükyılmaz, 2021), ameliyat olan hastaların (Soyer, Dönmez ve van Giersbergen, 2018), dahiliye kliniklerinde yatan hastaların (Tan ve diğerleri, 2013) ve kolorektal cerrahi geçiren hastaların (Özer, 2020) öğrenim gereksinimlerinin ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur. Çalışmalardan farklı olarak nefroloji hastalarının öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada, hasta öğrenim gereksinimleri bilgi puanının ortalamasının altında olduğu görülmüştür (Eskicioğlu, Ünal ve Özdemir, 2019). Bu farklılığa neden olan faktörler arasında; hasta özellikleri (hastanın fiziksel ve psikolojik durumu, sosyo kültürel seviyesi, eğitime karşı olan yaklaşımı vb.) ile eğitim veren kişinin özellikleri ve tutumu (hasta eğitimi konusunda bilgi sahibi olması, sunum ve öğretim becerisi, kullandığı eğitim yöntemi, zamanı etkin kullanma vb.) yer alabilir. Ayrıca, kurumun eğitim politikaları (kurumun hasta eğitim faaliyetlerine öncelik vermesi, eğitim faaliyetlerini desteklemesi, hemşire sayısı) da bu farklılığa neden olmuş olabilir. Genel olarak elde edilen sonuçlar hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu konuda hemşirelerin, hastaların eğitimlerini planlarken öncelikli öğrenim gereksinimlerine yer vermesi ve bakımlarına ilişkin öncelikleri uygun ölçüm araçları ile belirlemesi önemlidir.

Çalışmaya katılan hastaların HÖGÖ alt boyut ölçek puanları incelendiğinde tüm alt boyutlara ilişkin eğitim gereksinim puanları ortalamasının üzerinde olmakla birlikte hastaların eğitim gereksinimlerinin en fazla tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam kalitesi alt boyutları ile ilgili olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuç hastalık sürecini olumsuz etkileyebilir ve hastalığın kontrolünü zorlaştırabilir. Çalışmamızda, hastaların en düşük eğitim gereksinimlerinin ise cilt bakımı ve duruma ilişkin duygular ile ilgili olduğu bulunmuştur. Cilt bakımı alt boyut ortalamasının düşük olmasının nedeni örneklem grubunun cerrahi girişim geçirmiş hastalarda gerçekleşmemiş olmasından kaynaklı olabilir. Literatürde, çalışma sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar (Çetinkaya ve Aşiret, 2017; Deniz ve diğerleri, 2017; Kızılkaya ve Büyükyılmaz, 2021; Özer, 2020) olduğu gibi farklı çalışmaların (Eskicioğlu ve diğerleri, 2019; Pehlivan ve diğerleri, 2020; Sarıtaş, Erci ve Boyraz, 2018; Soyer ve diğerleri, 2018; Tan ve diğerleri, 2013) da yer aldığı görülmektedir. Hastaların öğrenim gereksinimleri doğrultusunda verilen bakım hem gelişmesi muhtemel komplikasyonların önlenmesine hem de bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayabilir. Burada önemli olan konulardan biri de hemşirelerin eğitim verdikleri konularda yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerektirir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğu öz-bakıma yönelik eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim alanlar en fazla sırasıyla hekim ve hemşireden, sadece hekimden ve sadece hemşireden eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda hemşirelerin hasta eğitiminde hekimlerden daha az rol aldığı görülmektedir. Çalışmamız ile paralellik gösteren birçok çalışmada (Demir, 2018; Demirkıran ve Uzun, 2012; Orgun ve Şen, 2012; Soyer ve diğerleri, 2018) da hemşirelerin hasta eğitiminde aktif rol almadıkları ve çoğunlukla hekimler tarafından bilgilendirildikleri belirtilmiştir. Nitekim, hasta ile daha fazla zaman geçiren ve hastayı yakından takip eden hemşirelerin eğitimin planlanması ve uygulanmasında bu önemli sorumluluklarını yerine getirmesi beklenmektedir. Bununla birlikte, literatürde bu çalışmalardan farklı olarak hastaların çoğunluğunun hemşirelerden eğitim aldığını gösteren çalışmalar da yer almaktadır (Pamuksuz, 2017; Soyer ve diğerleri, 2018). Bu konuda hastaların gereksinim duyduğu eğitim konusunun eğitim veren kişinin uzmanlık alanına göre değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir. Örneğin; tedavi süreci, komplikasyonlar, ilaçlar vb. konularda hemşireler eğitim verebilmekle birlikte bu konularda genellikle hekimlerin daha aktif rol alması beklenmektedir. Nitekim, Özer'in (2020) yaptığı bir çalışmada hastaların büyük oranda hastalık süreci, tedavi ve amacı ile ilaçlar konularında hekimlerden eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ise beslenme, fiziksel aktivite, evdeki fiziki çevre düzenlemesi gibi konularda daha fazla rol aldıkları belirtilmiştir (Özer, 2020). Çalışmamızda, hastalar en fazla hastalık ve kemoterapi yan etkileri konularında eğitim aldıklarını ifade etmelerine rağmen en fazla tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili bilgilendirmeye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Bu da verilen eğitimin yeterli düzeyde olmadığını destekler niteliktedir. Yetersiz bilgilendirme, hastaların bakım ve tedavilerine katılmamalarına, hastadan beklenen iyileşme davranışlarının oluşmamasına ve bakım kalitesinin istenen düzeyde olmamasına neden olabilir. Yapılan bir çalışmada (Kızıl, 2008), hastaların öğrenmek istediği eğitim konularıyla hemşirelerin hastalara vermek istediği konuların farklı olduğu ve hasta eğitimi için ayrılan sürenin genellikle hemşirenin önemli bulduğu konuları anlatmakla geçirdiği belirtilmiştir. Bu nedenle, hastaların gerçekten gereksinim duyduğu konulara ayrılmasının çok önemli olduğu vurgulanmıştır (Kızıl, 2008).

Çalışmamızda hastaların yaşları ile HÖGÖ toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde, çalışmamız ile paralellik gösteren çalışmaların olduğu görülmektedir (Demir, 2018; Demirkıran ve Uzun, 2012; Deniz ve diğerleri, 2017; Soyer ve diğerleri, 2018; Yalçın ve diğerleri, 2015). Bununla birlikte, HÖGÖ toplam puanı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulan çalışmalar da bulunmaktadır. Kızılkaya ve Büyükyılmaz'ın (2021) çalışmasında, taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerinin hastaların yaşları ile doğru orantılı arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak Özer'in (2020) çalışma sonucuna göre ise yaş grubu daha küçük olan hastaların ilaçlar alt boyutuna yönelik bilgi gereksinimlerinin yaş grubu daha büyük olan hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Özer, 2020). Yaş ile ilgili farklı sonuçların elde edilmesinin nedeni çalışmaların yapılmış olduğu örneklem ve hastalık özellikleri ile ilgili olabilir. Bazı hastalar yaşlanmanın meydana getirdiği zorluklardan kendilerini koruyabilmek için daha fazla bilgi almak isteyebilirler. Daha genç hastalar ise yetersizlik durumlarının veya hastalığın yaşam koşullarını nasıl etkileyeceği konusundaki farkındalıklarının daha fazla olması nedeniyle bilgiye gereksinim duymuş olabilirler.

Çalışmada kadın hastaların eğitim gereksinimlerinin erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları ile Demirkıran ve Uzun'un (2012), Tan ve diğerlerinin (2013) çalışmaları benzerlik göstermektedir. Yalçın ve diğerleri (2015) çalışmalarında, duruma ilişkin duygular ile cilt bakımı ölçek alt boyutlarında kadın hastaların öğrenim gereksinimlerinin erkek hastalara göre daha fazla olduğunu bulmuştur. Ayrıca, taburculuk eğitimi planlaması yapılırken cinsiyetin göz önünde tutulması ve kadınlarda cilt bakımı ve duruma ilişkin duygulara öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Yalçın ve diğerleri, 2015). Bu çalışmalardan farklı olarak bazı çalışmalarda (Demir, 2018; Deniz ve diğerleri, 2017; Sarıtaş ve diğerleri, 2018) ise erkek hastaların bilgi gereksinimlerinin kadın hastalardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda ise cinsiyete göre HÖGÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Kızılkaya ve Büyükyılmaz, 2021; Özdemir ve diğerleri, 2015; Özer, 2020; Pamuksuz, 2017). Bu sonuçlara göre, eğitim planlanırken cinsiyete göre hasta öğrenim gereksinimlerinin farklılaşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumu ile HÖGÖ alt boyutlarından ve ölçek toplamından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu sonuç literatürdeki bazı çalışmalarda yer alan bulgularla uyumludur (Kızılkaya ve Büyükyılmaz, 2021; Özdemir ve diğerleri, 2015; Özer, 2020; Soyer ve diğerleri, 2018). Çalışmamızdan farklı olarak, Demirkıran ve Uzun'un (2012), Pamuksuz'un (2017) ve Yalçın ve diğerlerinin (2015) çalışmalarında eğitim düzeyi düşük hastaların öğrenim gereksinimleri daha fazla iken; Demir'in (2018), Sarıtaş ve diğerlerinin (2018) ve Tan ve diğerlerinin (2013) çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların öğrenim gereksinimlerinin arttığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük hastaların daha fazla bilgiye gereksinimleri olabileceği gibi eğitim düzeyleri yükseldikçe daha fazla bilgiyi sorgulayabilir veya araştırabilirler. Ayrıca, eğitim düzeyi yüksek hastaların beklenti ve farkındalıkları daha yüksek olabileceği için bilgi edinmeye daha eğilimli olabilirler.

Bu çalışmada tanı süresi 1 yıldan az olan hastaların yaşam aktiviteleri ve duruma ilişkin duygulara yönelik bilgi gereksinimleri tanı süresi daha fazla olan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada (Eskicioğlu ve diğerleri, 2019) da, hastalık süresi ile tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Eskicioğlu ve diğerleri, 2019). Kanseri ve kemoterapinin getirmiş olduğu

değişimlere uyum sağlamak hem hastalar hem de yakınları için hiç kolay değildir. Bu nedenle yeni tanı konan hastaların yaşadığı duygusal sorunlar daha yoğun olabilmektedir. Bununla birlikte daha sonraki aşamalarda hastalığın günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkileyeceği ile ilgili yaşadıkları endişeler ve zorluklar daha fazla olabilir ve bireyler yaşadıkları bu olumsuz durumlarla baş edebilmek için bilgi arayışı içine girebilirler. Hemşireler, eğitici rolleri ile hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları ile baş etmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerini devam ettirme konusunda hastalara destek olarak yaşama uyum sürecini kolaylaştırabilirler.

Çalışmamızda, hastaların yarısından fazlası eş ve çocukları ile yaşadıklarını belirtmişlerdir. Toplumumuzun geleneksel aile yapısı içerisinde genel olarak aile üyelerinden uygun olan kişiler bireyin hastalığı sürecinde hasta bakımını üstlenmektedir. Bu nedenle hasta eğitimi süreçlerine hastalarla birlikte yakınlarının da dahil edilmesi gerekir. Nitekim Demir'in (2018) çalışmasında, hastalar taburcu olduklarında evde bakımlarına yardımcı olacak kişiler olarak sırasıyla eşi, annesi ve babası ve çocuğunun olduğunu belirtmişlerdir (Demir, 2018). Çalışmamızda ayrıca, yalnız yaşayan hastaların öğrenim gereksinimleri anne ve babasıyla yaşayan hastalara göre daha yüksektir. Yalnız yaşayan hastaların yanlarında destek olabilecek kimseleri olmadığı ve bu nedenle gereksinimlerini tek başlarına karşılama eğiliminde oldukları için daha fazla bilgiye gereksinim göstermiş olabilirler. Benzer şekilde, Tan ve diğerleri (2013) de yaptıkları çalışmada, bekar hastaların öğrenim gereksinimlerinin evli hastalara oranla daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Farklı olarak, Pamuksuz'un (2017) çalışmasında ise, çocukları tarafından bakılan hastaların öğrenim gereksinimleri puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda, birlikte yaşanan kişinin öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesinde önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kronik hastalık durumuna göre hastaların HÖGÖ toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu sonuçla uyumlu olarak yapılan bazı çalışmalarda da kronik veya ek hastalık bulunması ile HÖGÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Demir, 2018; Kızılkaya ve Büyükyılmaz, 2021; Özdemir ve diğerleri, 2015). Bir çalışmada ise kronik hastalığı bulunan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun kronik hastalığa sahip hastaların hastalık sürecine ilişkin farkındalıklarının daha fazla olmasına bağlı olabileceği şeklinde belirtilmiştir (Çetinkaya ve Aşiret, 2017).

Araştırma sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi, sadece kemoterapi tedavisi almak için hematoloji polikliniğine başvuran hastalardan oluşması ve verilerin hasta ifadelerine dayalı olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Bu nedenle bulgular, tüm hematoloji hastalarına genellenemez. Araştırmacının klinikte olmadığı zamanlarda bazı hastalara ulaşılabilmesi araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Literatürde hematolojik malignitesi olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Araştırmanın farklı merkezlerde ve daha büyük örneklem gruplarında tekrarlanması sonuçların genellenebilirliği açısından yararlı olabilir.

SONUÇ

Çalışmamızda kemoterapi almak için gelen hematoloji hastalarının öğrenim gereksinimleri yüksek düzeyde bulunmuştur. Ölçek alt boyut puanları incelendiğinde en öncelikli öğrenim gereksinimlerinin tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam aktiviteleri ile ilgili konularda olduğu görülmektedir. Ayrıca kadın cinsiyet, tanı süresi 1 yıldan az olan ve yalnız yaşayan hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlendi. Çalışmada, hasta öğrenim gereksinimlerinin tam olarak karşılanmamış olması da hemşirelerin eğitici rolünü etkili düzeyde yerine getiremediğini düşündürmektedir.

Hasta eğitimi planlaması yapılırken hastaların hangi konularda bilgilendirilmek istediklerinin analizinin mutlaka yapılması gerekmektedir. Hemşireler yapacakları eğitimlerde hastaların bireysel özelliklerini ve gereksinimlerini de dikkate alarak broşür, video, telefon ya da web destekli eğitim yöntemlerinden yararlanabilirler. Ayrıca, verilen eğitimlerin hastalar tarafından anlaşıldığından emin olunmalı ve gerekli durumlarda eğitimler tekrarlanmalıdır. Hasta öğrenme gereksinimleri doğrultusunda verilen eğitimler hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini artırabilir. Ayrıca bu doğrultuda verilen eğitimler ile hastalar, kendi bakımlarını yerine getirmede daha bilinçli ve başarılı olabilirler. Böylece, hastaların hastalıklarını daha iyi yönetmeleri, hastalık süreci ile baş etmeleri ve hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonların azalması sağlanabilir. Bu nedenle, belirli aralıklarla hastaların eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda eğitimlerin güncellenmesi önemlidir. Bu çalışmadan ortaya çıkan önemli bir çıkarım da hemşirelerin eğitici rolleri konusunda farkındalık yaratılmasıdır. Hemşirelere eğitici rollerini tam olarak benimsetecek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi bu konuda önemli olabilir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: A.K., İ.A. Veri toplama: İ.A. Veri analiz ve yorumlama: A.K., İ.A. Makalenin Yazımı: A.K. Eleştirel inceleme: A.K., İ.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Ankem, K. (2015). Assessing cancer patients' health information needs: A standardized approach. *Information Research*, 20(2), 668.
- Arslankılıç, Ç., Temiz, G., Göktaş, S. (2020). Kemoterapi ilaç güvenliği ve hemşirelik; sistematik derleme. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 200-218.
- Breen, S., Ritchie, D., Schofield, P., Hsueh, Y., Gough, K., Santamaria, N., Aranda, S. (2015). The patient remote intervention and symptom management system (PRISMS) – a telehealth-mediated intervention enabling real-time monitoring of chemotherapy side-effects in patients with haematological malignancies: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 472. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0970-0>
- Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbin, A., Nagle, L., Pringle, D., ... Shamian, J. (1990). The patient learning needs scale: Reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*, 15(10), 1181-1187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01711.x>
- Christalle, E., Zill, J.M., Frerichs, W., Härter, M., Nestoriuc, Y., Dirmaier, J., Scholl, I. (2019). Assessment of patient information needs: A systematic review of measures. *PLoS One*, 14(1), e0209165. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209165>
- Çatal, E., Dicle, A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1(1), 19-32.
- Çetinkaya, F., Aşiret, D.G. (2017). Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 93-99.
- Demir, E. (2018). *Genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Demirkıran, G., Uzun, Ö. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-12.
- Deniz, S., Gezer, D., Erden, S., Arslan, S. (2017). Assessment of learning needs in patients hospitalized in the general surgery clinic. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 764-770.
- Eskicioğlu, M., Ünal, E., Özdemir, A. (2019). Böbrek hastalarının klinikte yattığı sürede öğrenim gereksinimlerinin tespiti. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 45(2), 205-210. <https://doi.org/10.32708/uutfd.562810>
- Fırat, S., Öztunç, G. (2019). Total larenjektomili hastalara verilen eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 911-922. <https://doi.org/10.17826/cumj.451753>
- Hack, T.F., Degner, L.F., Parker, P.A., SCRN Communication Team. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology*, 14(10), 831-847. <https://doi.org/10.1002/pon.949>
- Hintistan, S., Çilingir, D., Nural, N., Gürsoy, A.A. (2012). Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 153-164.
- Johnson, M., Tod, A.M., Brummell, S., Collins, K. (2015). Prognostic communication in cancer: A critical interpretive synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(5), 554-567. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.001>
- Kara, H., Arıkan, F. (2021). Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası yaşam: Hemşirenin bakım rolü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47(1), 133-140. <https://doi.org/10.32708/uutfd.840073>
- Kızıl C. (2008). *Kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kızılkaya, Z.N., Büyükyılmaz, F. (2021). Üroloji ameliyatı olan hastaların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Archives of Health Science and Research*, 8(2), 139-146. <https://doi.org/10.5152/ArcHealthSciRes.2021.20124>
- Kim, M.Y. (2011). Effects of oncology clinical nurse specialists' interventions on nursing-sensitive outcomes in South Korea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 66-74. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E66-E74>
- Kinnersley, P., Edwards, A., Hood, K., Cadbury, N., Ryan, R., Prout, H., ... Butler, C. (2007). Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004565.pub2>
- Orgun, O., Şen, G. (2012). Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(4), 52-64.
- Özdemir, A., Yıldız, H., Akansel, N. (2015). Learning needs of hematology patients. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 577-584.
- Özer, D.G. (2020). *Kolorektal cerrahi geçiren hastalarda taburculuk sonrası hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- Pamuksuz, H. (2017). *Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların bağımsızlık düzeylerinin taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerine etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Pehlivan, S., Vatanserver, N., Arslan, İ., Yıldız, A., Ersoy, A. (2020). Level of daily life activities and learning needs in renal transplant patients. *Experimental and Clinical Transplantation*, 18(4), 498-504. <https://doi.org/10.6002/ect.2018.0151>
- Rood, J., Lissenberg-Witte, B.I., Eeltink, C., Stam, F., van Zuuren, F. J., Zweegman, S., Verdonck-de Leeuw, I.M. (2018). The need for information among patients with hematological malignancies: Psychometric analyses of the 62-item Hematology Information Needs Questionnaire (HINQ-62). *PLoS One*, 13(8), e0201699. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201699>
- Sarıtaş, S., Erci, B., Boyraz, A. (2018). Koroner arter baypas grefti yapılan hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 4(3), 142-147. <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.04834>
- Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., Dinçer, Ş. (2013). Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 219-224. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1343053458>
- Shahsavari, H., Matory, P., Zare, Z., Taleghani, F., Kaji, M.A. (2015). Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 1-7. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.171782>
- Soyer, Ö., Dönmez, Y.C., van Giersbergen, M.Y. (2018). Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 200-208.
- Tan, M., Özdelikara, A., Polat, H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1), 1-8.
- Temiz, G., Durna, Z. (2020). Evaluation of quality of life and health care needs in cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Cancer Education*, 35(4), 796-807. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01533-2>
- Timmins, F. (2006). Exploring the concept of 'information need'. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 375-381. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00597.x>
- Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., Doğan S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.204>
- Yavuz, M.E., Gürsoy, A. (2021). Kanser olan hastalara verilen eğitimin öz bakıma etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 273-279. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.854795>

Çağdaş CAZ¹
Orcid: 0000-0003-0262-6114

Yakup PAKTAŞ²
Orcid: 0000-0002-4857-3233

Ömer Faruk YAZICI²
Orcid: 0000-0003-0598-3862

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, Spor Bilimleri
Fakültesi, Yozgat/Türkiye

²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Spor
Bilimleri Fakültesi, Tokat/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):
ÇAĞDAŞ CAZ
cazcagdas@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Egzersiz; sağlık; geçerlik; inanç.

Keywords:

Exercise; health; validity; belief.

Egzersize Yönelik Sağlık İnançları Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

The Validity and Reliability Study of the Health Belief Model Scale for Exercises

Gönderilme tarihi: 23 Temmuz 2022

Kabul tarihi: 31 Ocak 2023

ÖZ

Amaç: Amaç: Bireylerin egzersize yönelik sağlık inançlarını ölçmeye yarayan geçerli ve güvenilir bir tutum ölçeği geliştirmektir.

Yöntem: Bu amaç doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan 50 maddelik madde havuzu, alanında uzman kişilere sunulmuştur. Uzman görüşleri sonrasında 8 madde kapsam dışı bırakılmış ve 42 maddenin yer aldığı taslak ölçeğe son hali verilmiştir.

Bulgular: Taslak ölçeğe uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonucunda 3 faktör ve 23 maddeden oluşan bir ölçme yapısı elde edilmiştir. Bu yapı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiş 3 faktörlü, 20 maddelik yapı ortaya çıkmış ve geçerliği teyit edilmiştir. Ölçeğin güvenirligi, test tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık analizi ile incelenmiştir. Analizler, ölçeğin kararlılık katsayısının 0.852; cronbach alpha iç tutarlılık katsayısının ise 0.943 olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Geliştirilen ölçeğin, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

ABSTRACT

Objective: This study aims to develop a valid and reliable attitude scale to measure individuals' health beliefs about exercise.

Methods: For this purpose, the 50-item item pool created by the researchers was presented to experts in the field. After expert opinions, 8 items were excluded from the scope and the draft scale, which included 42 items, was finalized.

Results: As a result of the exploratory factor analysis performed on the draft scale, a measurement structure consisting of 3 factors and 23 items was obtained. This structure was tested with confirmatory factor analysis, a 3-factor, 20-item structure emerged and its validity was confirmed. The reliability of the scale was examined by test-retest method and internal consistency analysis. Analysis showed that the stability coefficient of the scale was 0.852 and the cronbach alpha internal consistency coefficient 0.943.

Conclusion: It can be said that the developed scale is a valid and reliable measurement tool.

Kaynak Gösterimi: Caz, Ç., Paktaş, Y., Yazıcı, Ö.F. (2023). Egzersize Yönelik Sağlık İnançları Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *EGEHFD*, 39(1), 115-124 DOI: 10.53490/egehemsire.1147705

How to cite: Caz, Ç., Paktaş, Y., Yazıcı, Ö.F. (2023) The Validity and Reliability Study of the Health Belief Model Scale for Exercises. *JEUNF*, 39(1), 115-124 DOI: 10.53490/egehemsire.1147705

Giriş

Teknolojinin getirdiği araç ve gereçler birçok açıdan kolaylıklar sağlasa da performans, sağlık ve iyi bir dış görünüm elde etmek için gerekli olan egzersizleri ortadan kaldırmış, halk sağlığında sorunları beraberinde getirmiştir (Zorba, İkizler, Tekin ve Miçoogullar, 2006). Hareket, insanlar için önemli olan hava, su ve beslenme gibi temel ihtiyaçlardan biri olarak görülmektedir (Ertüzün ve Karaküçük, 2014). Sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarından biri olan egzersiz, sağlıklı yaşam için önemli bir aktivite olarak görülmektedir (Herson, 2007; Maville ve Huerta, 2008). Salmon ve diğerlerine göre egzersiz, herhangi bir fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılması olarak değerlendirilmektedir (Salmon, Booth, Phongsavan, Murphy ve Timperio, 2007).

Egzersiz, planlanmış ve düzenli olarak yapılan fiziksel hareketler olarak tanımlanmıştır (Marcus ve Lewis, 2003). Gün geçtikçe hareketsiz bir yaşam sürmeye devam eden insanoğlu için egzersiz, son derece önemli bir aktivite olarak görülmektedir (Ertüzün ve Karaküçük 2014). Bilimsel kanıtlar, fiziksel aktivite ve sporun düzenli bir şekilde sürdürülmesi ile birlikte bireyler açısından fiziksel, sosyal ve zihinsel faydalar sağladığını ortaya koymaktadır. Bu aktivitelerin düzenli olarak sürdürülmesi bir yandan bedensel sağlığı koruyup geliştirirken diğer yandan sağlıklı yaşamı etkileyen kilo, madde bağımlılığı, hareketsizlik gibi birçok konuda farkındalık ve yararlar sağlamaktadır (WHO, 2003).

Düzenli yapılan egzersiz, insan sağlığı açısından birçok olumlu fayda sağlamaktadır. Bu faydalar; kas kuvveti, uyku kalitesi, dayanıklılık ve kemik mineral yoğunluğunda artış, kardiyovasküler hastalık riskinde, stres ve psikolojik sıkıntılarda düşüş şeklinde sıralanabilir (Herson, 2007; Maville ve Huerta, 2008). Bireylerin yarar ve engel algıları, sağlıklarını korumada egzersiz gibi koruyucu davranışlara yönelmelerini etkileyebilmektedir (Maurer ve Smith, 2000). Bireylerin yarar algıları, engel algılarından fazla olduğunda egzersiz davranışlarına yönelme olasılığı artmakta; engel algıları fazla olduğunda azalmaktadır (Brown, 2005). Egzersizin kronik hastalık riskini azaltması, temel motorik özellikleri geliştirmesi, stresi azaltması, özgüveni artırması gibi algılanan pek çok yararının olması, egzersizin benimsenmesini kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte, iş yaşamının yoğunluğu, sosyal çevreden destek alamama, spor merkezlerine erişimde problemler yaşama, egzersiz olanaklarının maliyeti, egzersiz yapmaya yönelten enerji eksikliği, olumsuz hava şartları, hastalık gibi algılanan engeller egzersiz yapmayı olumsuz etkilemektedir (Kaewthummanukul, Brown, Weaver ve Thomas, 2006; Sherwood ve Jeffery, 2000). Fiziksel hareketsizliğe neden olan belirleyiciler; kişinin özellikleri ve yaşam tarzı alışkanlıkları, çevrenin özellikleri ve faaliyetin kendisi şeklinde ifade edilmektedir (Dishman, Sallis ve Orenstein, 1985). Bireyler için fiziksel hareketsizliğe neden olan bu belirleyicilerin anlaşılması ve ortaya koyulması profesyonellerin müdahaleler geliştirmesi için esastır. Hastalıkların tedavisinde kullanılan tıbbi yöntemlerin yanı sıra önerilen egzersiz programları da önem arz etmektedir.

Bireyin inanç, değer ve tutumlar, sağlık davranışları üzerinde etkiye sahiptir. Bireylerin sağlık davranışlarına ilişkin inanç ve tutumlar saptanırsa uygulanacak tedavi yöntemleri de kişiye uygun olarak planlanabilecektir (Yılmaz Tuncay, Demirhan, Şahin ve Kaplan, 2019). Birey, egzersizin gerekli olduğunu ve bu egzersizi yapabileceğine inancı, bireyi eyleme geçirir. Bu nedenle egzersiz davranışlarının geliştirilebilmesi için mevcut davranışı etkileyen inançların bilinmesi önemlidir (Yılmaz ve Kartal, 2021). Bu nedenle tedavi sürecindeki ve sağlığı korumada bireylerin egzersiz inançlarının ölçülerek tespit edilmesi gerekmektedir (Bulduk, Yurt, Dinçer ve Ardiç, 2015; Sevinç, 2016).

Egzersizin hem fiziksel hem de zihinsel sağlık açısından faydalarının olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Teknolojinin gelişmesi, yapılaşmanın artması ile birlikte bireyler daha fazla hareketsiz yaşam sürmeye başlamışlardır. Böyle olunca da sağlık problemleri artmaya başlamıştır. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, spor ve sağlık alanında egzersize yönelik sınırlı sayıda çalışmaların olduğu görülmektedir. Bu kapsamda mevcut çalışmanın amacı, egzersize yönelik sağlık inançları ölçeğinin geliştirilmesidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Çalışmada, metodolojik araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, egzersizin faydaları hakkında bilgi sahibi olan kişiler oluşturmaktayken örneklemini ise bu kişiler arasında yer alan 865 kişi (522 erkek, 343 kadın) oluşturmuştur.

Veri Toplama

Veriler, online olarak hazırlanan veri toplama aracı yardımı ile toplanmıştır. Daha önce egzersiz yapmış olan, egzersizin faydaları hakkında bilgi sahibi olan kişiler ile form paylaşılmıştır

Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcılar hakkında bilgi edinilmesini sağlayan anket formu ve egzersize yönelik sağlık inançları tutum ölçeği kullanılmıştır.

Ölçeğin yapısı: Geliştirilen ölçek 7’li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Ölçek maddeleri, “7= Tamamen Katılıyorum, 6= Katılıyorum, 5= Kısmen Katılıyorum, 4= Kararsızım, 3= Pek Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 1= Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. İlgili maddeden alınan puan yediye yaklaştıkça bireylerin o maddeye katılım düzeylerinin yüksek, alınan puan bire yaklaştıkça o maddedeki önermeye katılım düzeyinin düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Madde havuzunun oluşturulması: Geliştirilen ölçeğin madde tedarikinde literatürdeki egzersiz ile ilgili bilimsel kaynaklardan faydalanılmıştır. Ayrıca spor salonuna giden, düzenli egzersiz yapan, spor ve sağlık bilimi alanında bilgi sahibi olan bireylerin görüşü alınarak 50 adet ifade düzenlenmiştir.

Kapsam geçerliği için uzman görüşüne başvurulması: Madde havuzundaki ifadelerin kapsam geçerliği bağlamında değerlendirilmesi amacıyla spor egzersizin faydaları ile ilgili bilgiye sahip olan 8 uzman kişinin (spor bilimci, sağlık bilimci, düzenli egzersiz yapan) görüşü alınmıştır. Bu sekiz uzman görüşünün tümü yüz yüze elde edilmiştir.

Kapsam geçerliği bağlamında önemli bir husus Content Validity Index (CVI) değerinin karşılanmasıdır. Literatürde, sekiz uzman görüşünün minimum CVI değeri 0.75 olarak değerlendirilmektedir (Karagöz ve Bardakçı, 2020). Uzmanların değerlendirmesi sonucunda yapılan hesaplama ile CVI değeri 0.75 altında yer alan 8 madde ölçekten çıkarılmıştır. 42 maddeden meydana gelen taslak ölçek, dil ve yazım kuralları bakımından uzmana sunulmuştur. Bu kapsamda Türk Dili alanında uzman olan bir akademisyenin bilgisine başvurulmuş ve son düzenlemeler yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Yapı geçerliğinin incelenmesinde açımlayıcı faktör analizi için 312 kişiden (211 erkek, 101 kadın), doğrulayıcı faktör analizi için ise 343 kişiden (224 erkek, 119 kadın) toplanan veriler kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirlilik analizlerinde test tekrar test uygulaması için 53 kişiden (30 erkek, 23 kadın), madde analizi ve cronbach alpha katsayısının hesaplanmasında 157 kişiden (57 erkek, 100 kadın) toplanan veriler değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Mevcut çalışma için Yozgat Bozok Üniversitesi, Etik Komisyonu Kurulunun (24.06.2022 tarih ve 34/20 numaralı kararı) izni ile “etik kurul onayı” alınmıştır.

BULGULAR

Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Ölçek kapsamında örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterliliğine bakılmıştır. Bu yeterlilik için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) istatistiği dikkate alınmıştır. Mevcut çalışma kapsamında 312 (211 erkek, 101 kadın) katılımcıdan elde edilen verilere AFA uygulanmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi

Mevcut çalışma kapsamında 42 maddelik taslak ölçeğe AFA uygulanmış ve KMO değeri 0.951 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, faktör analizi uygulanabilmesi için örneklem büyüklüğünün mükemmel derecede olduğunu göstermiştir. Bir veri setine AFA uygulanabilmesi için gerekli olan başka bir test ise Bartlett küresellik (sphericity) testidir. Mevcut çalışma kapsamında uygulanan analizler, değişkenler arasında yüksek ve anlamlı ilişkilerin olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, küresellik varsayımının sağlandığını göstermektedir ($\chi^2=4868,035$; $p<0,001$).

Temel bileşenler analizi ve varimaks rotasyon yöntemi, ölçeğin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla uygulanabilir. Bu kapsamda taslak ölçeğe AFA uygulanmıştır. AFA sonrasında faktör yükleri dikkate alınmış, binişik olarak nitelendirilebilecek maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Çıkarılan maddeler sonrasında kalan 23 maddeye son kez AFA uygulanmış ve elde edilen maddeler ile sahip olduğu değerler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Maddeler	Fak. Yük Değeri	Öz değer	Varyans (%)	Kümülatif Varyans (%)
Sağlığın Gelişimi	M41	0,812	11,239	48,865	48,865
	M35	0,806			
	M40	0,759			
	M37	0,740			
	M39	0,738			
	M38	0,737			
	M42	0,718			
	M36	0,696			
	M30	0,672			
	M33	0,669			
	M32	0,663			
	M34	0,649			
Bilişsel Sağlık	M18	0,788	2.047	8.902	57.767
	M19	0,781			
	M20	0,780			
	M21	0,733			
	M22	0,710			
	M17	0,675			
Devamlılık	M7	0,737	1.444	6.280	64.046
	M12	0,735			
	M8	0,727			
	M26	0,666			
	M6	0,622			

Ölçeğe AFA uygulanmış ve öz değeri 1'den yüksek olan 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğe ait açıklanan varyans değerleri dikkate alındığında 3 faktörlü yapının toplam varyansın %64.046'sını açıkladığı anlaşılmaktadır (Tablo 1). Faktörlerin açıkladıkları varyans oranları sırasıyla; "Sağlığın Gelişimi" alt boyutu için %48.865, "Bilişsel Sağlık" alt boyutu için %8.902 ve "Devamlılık" alt boyutu için %6.280 şeklindedir.

Yapılan analiz sonrasında mevcut ölçek maddelerinin faktör yük değerlerinin 0.622-0.812 aralığında yer aldığı belirlenmiştir. Elde edilen değerlerin yüksek ve yeterli değerler olduğu söylenebilir (Tablo 1).

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda egzersize yönelik sağlık inançları ölçeğinin ölçme yapısına ilişkin geçerliği incelemek amacıyla bağımsız bir diğer örnekleme oluşturan 343 katılımcıya ait verilere DFA uygulanmıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA sonrası kurulan ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri χ^2/sd , GFI, IFI, CFI, RMSEA, TLI ve sağlaması gereken kritik değerler, Tablo 2'deki gibidir.

Tablo 2. Uyum İyiliği İndeksleri İçin Kritik Değerler

Uyum İndeksleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	≤ 3	≤ 5
GFI	≥ 0.90	≥ 0.85
IFI	≥ 0.95	≥ 0.90
TLI	≥ 0.95	≥ 0.90
CFI	≥ 0.97	≥ 0.95
RMSEA	≤ 0.05	≤ 0.08

Doğrulayıcı faktör analizi uygulanan ölçeğe ait uyum iyiliği indeksi değerleri $\chi^2/df=2.656$; $GFI=0.886$; $IFI=0.951$; $TLI=0.943$; $CFI=0.951$ ve $RMSEA=0.070$ olarak hesaplanmıştır. İlgili değerler Tablo 2'deki kritik değerlerle kıyaslandığında modelin χ^2/sd ve IFI indekslerine iyi uyum, GFI , TLI , CFI ve $RMSEA$ uyum iyiliği indeksine göre ise kabul edilebilir derecede uyum gösterdiği belirlenmiştir. DFA sonucunda elde edilen bulgular, AFA ile ortaya konulan 3 faktörlü ölçme yapısına ait geçerliğin bağımsız bir örneklem üzerinde de doğrulandığını göstermiştir.

DFA'da yer alan regresyon katsayılarının anlamlı olması, istenen bir durumdur. Bu kapsamda toplanmış olan verilere DFA uygulanmış ve ölçek maddelerine ait regresyon katsayıları manidar bulunmuştur.

Tablo 3. DFA Sonucunda Maddelerin Standart Regresyon Katsayıları

Faktörler	Faktör Yüklü	AVE	Cronbach α
~Sağlığın Gelişimi ~n=9			
41. Düzenli egzersiz yapmak bana ödül gibi gelir.	0.737	0.611	0.923
40. Düzenli egzersiz yaptığımda kendimi ayrıcalıklı hissediyorum.	0.804		
37. Düzenli egzersiz yaptığımda işime daha iyi odaklanırım.	0.822		
39. Düzenli egzersiz yaptığımda çevremi olumlu yönde etkilediğimi düşünüyorum.	0.823		
38. Düzenli egzersizin sosyal imajı olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.	0.829		
36. Düzenli egzersiz yapmak cilt sağlığına iyi gelir.	0.709		
30. Düzenli egzersiz yaptığımda güne daha zinde başlarım.	0.798		
33. Düzenli egzersiz yapmak, uyku kalitemi artırır.	0.763		
32. Düzenli egzersiz yapmak, genel olarak hastalıklara yakalanma riskini azaltır.	0.740		
~Bilişsel Sağlık ~n=6			
18. Egzersiz yapmanın mutluluk verdiği inandırım.	0.843	0.689	0.927
19. Egzersiz yapmanın zihinsel rahatlamaya sağladığına inandırım.	0.856		
20. Egzersiz yapmak, kardiyovasküler sağlığın korunmasında önemlidir.	0.804		
21. Egzersiz yapmak, özgüven duygusunu yükseltir.	0.842		
22. Egzersiz yapılan ortamlar, bireylerin sosyalleşmesine katkı sağlar.	0.827		
17. Günün herhangi bir bölümünde egzersiz yapmak, fiziksel sağlık açısından önemlidir.	0.809		
~Devamlılık ~n=5			
7. Kimse eşlik etmese bile her gün egzersiz yapabileceğimden eminim.	0.822	0.652	0.906
12. Her gün yeteri kadar egzersiz yaptığımı düşünüyorum.	0.737		
8. Egzersiz yapmak için zaman ayırabileceğime inanıyorum.	0.867		
26. Serbest zamanlarımda egzersiz yaparım.	0.794		
6. Her gün egzersiz yapabileceğimi düşünüyorum.	0.813		
Ölçeğin Geneli Cronbach $\alpha= 0.943$; n=20			

Ölçek maddelerine ait faktör yüklerinin alt sınırları 0.40 üzerindedir. Bu sebeple ölçeğin yapı geçerliği açısından kabul edilebilir değerler aldığı söylenebilir (Tablo 3).

Ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin AVE değerleri Tablo 3'te ifade edilmiştir. Tablo 3'te görüldüğü gibi faktörlere ait AVE değerleri "Sağlığın Gelişimi" alt boyutu için 0.611 olarak, "Bilişsel Sağlık" alt boyutu için 0.689 ve "Devamlılık" alt boyutu için ise 0.652 olarak hesaplanmıştır. Tüm faktörlere ait AVE değerlerinin 0.50'den

büyük değerler aldığı görülmektedir. Bu bulguların da ölçeğin yapı geçerliğine sahip olduğunun önemli bir göstergesi olduğu söylenebilir.

Madde Analizine İlişkin Bulgular

Ölçeğin madde analizi için toplanan veriler (157 kişi) analize tabi tutulmuştur.

Madde-Toplam Puan Korelasyonuna Dayalı Madde Analizi

Madde-toplam korelasyonu bağlamında ölçekte yer alan maddelere ait katsayıların 0.30'dan yüksek olması beklenmektedir.

Tablo 4. Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	Madde-Toplam Korelasyonu	Maddeler	Madde-Toplam Korelasyonu
M6	0.605	M26	0.574
M7	0.675	M30	0.682
M8	0.698	M32	0.710
M12	0.589	M33	0.649
M17	0.731	M36	0.580
M18	0.739	M37	0.711
M19	0.698	M38	0.738
M20	0.710	M39	0.761
M21	0.698	M40	0.759
M22	0.677	M41	0.687

Madde analizi sonucunda ölçekte yer alan maddelerin 0.30'dan yüksek değerler aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4). Bu kapsamda maddelerin tümünün ölçeğin bütünüyle benzer yönde hareket ettiği ve bu sebeple madde çıkarılmaması sonucuna varılmıştır.

Ölçeğin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğe ait test-tekrar test güvenirliliği

Egzersize yönelik sağlık inançları ölçeğinin kararlılığı, test-tekrar-test yöntemiyle ele alınmıştır. Bu kapsamda 53 kişiden veri toplanmıştır.

Ölçeğin geneli ve alt boyutları için iki hafta ara ile uygulama yapılmış ve bu uygulama puanları arasında farklılık olup olmadığı, bağımlı gruplar t testi ile sınanmıştır. Ayrıca, uygulamalar arasındaki pearson korelasyon katsayıları hesaplanarak ölçeğin geneli ve alt boyutlarına ilişkin kararlılık katsayıları edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Test-Tekrar-Test Uygulaması Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Uygulamalar	N	Ort.	Ss.	t	p	r (p)
Sağlığın Gelişimi	Birinci Uygulama	53	6.07	0.73	1.390	0.170	0.985 (0.000)
	İkinci Uygulama	53	6.04	0.65			
Bilişsel Sağlık	Birinci Uygulama	53	5.91	0.57	-1.591	0.118	0.817 (0.000)
	İkinci Uygulama	53	5.99	0.57			
Devamlılık	Birinci Uygulama	53	5.38	1.12	-1.019	0.313	0.914 (0.000)
	İkinci Uygulama	53	5.45	0.85			
Ölçeğin Geneli	Birinci Uygulama	53	5.93	0.69	1.390	0.170	0.997 (0.000)
	İkinci Uygulama	53	5.92	0.66			

T-testi sonuçlarına göre ölçeğin geneli ve alt boyutlarına ilişkin iki uygulama sonuçları arasında manidar farklılıkların bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). İki uygulama arasında benzer sonuçların olması, ölçeğin

güvenilirliğinin bir göstergesidir. Ayrıca, kararlılık katsayıları ölçeğin geneli ve alt boyutları için bire yakın, yüksek ve anlamlı değerlerdir.

İç tutarlılık analizi

İç tutarlılık kapsamında 157 kişiden toplanan veriler değerlendirmeye alınmıştır. Egzersize yönelik sağlık inançları ölçeğinin iç tutarlılığa bağlı güvenirliliği, cronbach α katsayıları hesaplanarak incelenmiş ve hesaplanan değerlerin 0.70 üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

TARTIŞMA

Mevcut çalışmada, bireyleri egzersiz yapmaya yönelten ve motive etmeye yönelik tutumlarını ölçmeye yarayan likert tipi bir ölçeğin geliştirilmesi, güvenirlilik ve geçerlik analizlerinin yapılması amaçlanmıştır. Literatürde ölçeğin ölçme yapısını belirlemek amacıyla uygulanan faktör analizi ile ölçeğin geneli ve alt boyutları hakkında bilgi edinilir (Tavşancıl, 2002). Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda binişik olan maddeler ölçekten çıkarılmış, üç alt boyut ve yirmi üç maddeden oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Alan yazın incelendiğinde; Hausenblas ve Downs (2002) tarafından için geliştirilen, Yeltepe ve İkizler (2007) tarafından Türkçeye uyarlanan “Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21” 21 sorudan oluştuğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada egzersiz motivasyonu tutum ölçeğinin cronbach alpha katsayılarının 0.906 ile 0.943 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu bulgular, ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde egzersiz bağımlılığı ölçeğinin geneli için cronbach alpha güvenirlilik katsayısı 0.88 bulunurken, birinci boyut için 0.83; ikinci boyut için 0.79; üçüncü boyut için 0.77 olarak bulunmuştur (Tekkurşun Demir, Hazar ve Cicioğlu, 2018). Bir diğer çalışmada egzersiz sağlık inanç modeli ölçeğinin cronbach alpha katsayılarının 0.85 ile 0.93 arasında olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Kartal, 2021). Fiziksel aktiviteye katılım motivasyonu ölçeğinin geçerlik güvenirliliğinin yapıldığı çalışmada ölçeğin cronbach alfa değerleri 0.82 ile 0.89 arasındadır (Tekkurşun Demir ve Cicioğlu, 2018). Benzer sonuçların yer aldığı bir diğer çalışma olan egzersiz bağımlılığına ilişkin farkındalık ölçeğinin cronbach alpha katsayılarının 0.83 ile 0.90 arasında olduğu saptanmıştır (Tekkurşun Demir ve Cicioğlu, 2022).

Literatürde toplam açıklanan varyans için alt sınırın %40 ile %60 arasında olması gerektiği üzerine görüş yer almaktadır (Karagöz, 2016). Mevcut ölçeğe ait açıklanan varyans değerleri incelendiğinde 3 faktörlü yapının toplam varyansın %64.046’sını açıkladığı anlaşılmaktadır. Alan yazında yer alan egzersiz bağımlılığı ölçeğine ait faktörlerin toplam açıkladığı varyans oranının %54.61 olduğu görülmektedir (Tekkurşun Demir, Hazar ve Cicioğlu, 2018).

Literatürde, AFA sonucunda ölçek maddelerin seçiminde faktör yük değerleri ile ilgili olarak genellikle 0.45 üzerinde yer alan değerlerin yeterli olduğu ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Mevcut ölçeğin AFA faktör yükleri incelendiğinde ölçek maddelerine ait faktör yükü değerlerinin 0.622-0.812 aralığında değerler aldığı belirlenmiştir. Tekkurşun Demir, Hazar ve Cicioğlu tarafından yapılan çalışmada ölçeğin AFA faktör yüklerinin 0.473 ile 0.784 arasında değerler aldığı görülmektedir (Tekkurşun Demir, Hazar ve Cicioğlu, 2018). Bir diğer çalışmada ölçeğin AFA faktör yükü değerlerinin 0.59 ile 0.83 aralığında değerler aldığı tespit edilmiştir (Tekkurşun Demir ve Cicioğlu, 2018).

Literatürde DFA sonrası kurulan ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri χ^2/sd , GFI, IFI, CFI, RMSEA, TLI (Karagöz, 2016) ve sağlaması gereken kritik değerler (Meydan ve Şeşen, 2015) (Tablo 2) söz konusudur. Mevcut çalışmada $\chi^2/df=2.656$; GFI=0.886; IFI=0.951; TLI=0.943; CFI=0.951 ve RMSEA=0.070 olarak hesaplanmıştır. Benzer şekilde Tekkurşun Demir, Hazar ve Cicioğlu tarafından yapılan çalışmada ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri $\chi^2/sd=1.94$, RMSEA=0.43, PGFI=0.63, PNFI=0.70, GFI=0.90, AGFI=0.87, IFI=0.96, NFI=0.91 ve CFI=0.96 olarak bulunmuştur (Tekkurşun Demir, Hazar ve Cicioğlu, 2018). Yapı geçerliği bakımından DFA sonrasında maddelerin faktör yükü değerlerinin 0.40’ın üzerinde olması önemlidir (Hair, Anderson, Tatham ve Black, 1999). Mevcut ölçeğin DFA faktör yükleri incelendiğinde ölçek maddelerine ait faktör yükü değerlerinin 0.709-0.867 aralığında değerler aldığı belirlenmiştir. Gümüş ve Kitiş tarafından yapılan çalışma incelendiğinde ölçeğin DFA faktör yüklerinin 0.62 ile 0.90 arasında değiştiği belirlenmiştir (Gümüş ve Kitiş, 2015).

SONUÇ

Mevcut çalışma, egzersize yönelik sağlık inançları ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan elli maddelik madde havuzu uzman önerileri doğrultusunda kırk iki maddeye düşürülmüştür. Dil ve anlatım yönünden alınan görüşler neticesinde taslak ölçek son halini almıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda binişik olan maddeler ölçekten çıkarılmış, üç alt boyut ve yirmi üç maddeden oluşan bir yapı, toplam varyansın %64.046’sını açıklamıştır. Bu kapsamda AFA sonrasında ortaya çıkan yapının yapı geçerliği bakımından yeterli olduğu söylenebilir.

Egzersize yönelik sağlık inançları ölçek maddelerine ait faktör yükü değerlerinin 0.622-0.812 aralığında değerler aldığı belirlenmiştir. Bu kapsamda maddelere ait elde edilen faktör yükü değerlerinin yeterli olduğu söylenebilir. AFA sonrası bağımsız bir diğer örneklem üzerinden toplanan verilere uygulanan DFA sonucunda, üç alt boyut ve yirmi maddeden oluşan model ortaya çıkmıştır. Bu durum, ölçek yapısının başka bir örneklem üzerinde de geçerli olduğunu göstermiştir. Ölçeğin maddelerine ilişkin madde analizi sonucunda, DFA ile ortaya konulan yapının korunduğu belirlenmiştir.

DFA ile hesaplanan tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. DFA sonrası kurulan ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri χ^2/sd , GFI, IFI, CFI, RMSEA, TLI ve sağlaması gereken kritik değerler söz konusudur. Çalışma kapsamında, uyum iyiliği indeksi değerleri $\chi^2/df=2.656$; GFI=0.886; IFI=0.951; TLI=0.943; CFI=0.951 ve RMSEA=0.070 olarak hesaplanmıştır. Modelin χ^2/sd ve IFI indekslerine iyi uyum, GFI, TLI, CFI ve RMSEA uyum iyiliği indeksine göre ise kabul edilebilir derecede uyum gösterdiği belirlenmiştir.

Ölçeğin güvenilirlik analizleri; kararlılığı ve iç tutarlılığı bağlamında ele alınmıştır. Bu bağlamda yapılan test-tekrar-test uygulaması sonucunda, ölçeğin geneli ve alt boyutlarının iki hafta arayla uygulanması sonucu elde edilen puanların benzer olduğu ve kararlılık katsayılarının güvenilirlik katsayıları için kritik değer olan 0.70'ten büyük değerler aldığı görülmüştür. Bu değerler, ölçeğin ölçüm sonuçlarının değişmezliğini ve kararlılığını, ayrıca güvenilir olduğunu göstermektedir. Son olarak ölçeğin iç tutarlılığa sahip olup olmadığı, cronbach α katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. Ölçeğin geneli ve alt boyutları için hesaplanan cronbach α katsayısı değerlerinin yeterli derecede olması, iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Araştırma sonucunda, egzersize yönelik sağlık inançları ölçeğinin yirmi madde ve üç alt boyuttan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu tespit edilmiştir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: Ç.C., Y.P., Ö.F.Y. Veri toplama: Ç.C., Y.P., Ö.F.Y. Veri analizi ve yorumlama: Ç.C. Makale yazımı: Ç.C., Y.P., Ö.F.Y. Eleştirel inceleme: Ç.C.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Brown, S.A. (2005). Measuring perceived benefits and perceived barriers for physical activity. *American Journal Health Behavior*, 29(2), 107-116.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y., Ardıç, E. (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. (2. Baskı). Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Dishman R.K, Sallis J.F, Orenstein D.R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. *Publ Health Rep*,100(2), 158-71.
- Ertüzün, E., Karaküçük, S. (2014). Sağlık inanç modeli perpektifinde sportif rekreasyon aktivitelerine bakış. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 19(4), 1-9.
- Gümüş, Y., Kitiş, Y. (2015). Egzersiz davranış değişimi ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 1-19.
- Hair, J.F., Anderson R.E., Tatham R.L., Black W.C. (1999). *Analisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hausenblas, H.A., Giacobbi, P.R. (2003). Relationship between exercise dependence symptoms and personality. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1265-1273.
- Herson, J. (2007). The coming osteoporosis epidemic. *The Futurist*. March-April, 31- 35.
- Kaewthumanukul, T.T., Brown, K.C., Weaver, M.T., Thomas, R.R. (2006). Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 663-675.
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karagöz, Y., Bardakçı, S. (2020). *Bilimsel araştırmalarda kullanılan ölçme araçları ve ölçek geliştirme*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Marcus, B.H., Lewis, B.A. (2003). Physical activity and the stages of motivational readiness for change model. *President's Council on Physical Fitness and Sport Research Digest*, 4, 1-8.
- Maurer, F., Smith, C. (2000). *Community health nursing theory and practice*, WB Saunders Company, 404-424.
- Maville, J., Huerta, C. (2008). *Health promotion in nursing* (Second edition). Texas.
- Meydan, C.H., Şeşen, H. (2015). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

- Salmon, J., Booth, M.L., Phongsavan, P., Murphy, N., Timperio, A. (2007). Promoting physical activity participation among children and adolescents. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 144-59.
- Sevinç, S. (2016). Miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 147-152.
- Sherwood, N.E., Jeffery, R.W. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review Nutrition*, 20(1), 21-44.
- Tavşancıl, E. (2002). *Tutuluların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Basım Yayın.
- Tekkurşun Demir, G., Hazar, Z., Cicioğlu, H.İ. (2018). Egzersiz bağımlılığı ölçeği (EBÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kastamonu Education Journal*, 26(3), 865-874.
- Tekkurşun Demir, G., Cicioğlu, H. İ. (2018). Fiziksel aktiviteye katılım motivasyonu ölçeği (FAKMÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Human Sciences*, 15(4), 2479-2492.
- Tekkurşun Demir, G., Cicioğlu, H.İ. (2022). Egzersiz bağımlılığına ilişkin farkındalık ölçeği (EBİFÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 1-17.
- World Health Organization (WHO). (2003). Health and development through physical activity and sport, noncommunicable diseases and mental health noncommunicable. *Disease Prevention and Health*.
- Yeltepe, H., İkizler, C.H. (2007). Egzersiz bağımlılığı ölçeği-21'in türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bağımlılık Dergisi*, 8(1), 29-35.
- Yılmaz Tuncay, S., Demirhan, S., Şahin, S., Kaplan, S. (2019). Sağlık inanç modeli örneği: Tütün bağımlısı gebe. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 38-46.
- Yılmaz, M.D, Kartal, A. (2021). Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *YBH Dergisi*, 2(1), 42-61.
- Zorba, E., İkizler, H.C., Tekin, A., Miçooğullar, O. (2006). *Herkes için spor*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.

Taslak Madde No	Madde No		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
EGZERSİZE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI TUTUM ÖLÇEĞİ									
~Sağlığın Gelişimi~									
41	1	Düzenli egzersiz yapmak bana ödül gibi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
40	2	Düzenli egzersiz yaptığımda kendimi ayrıcalıklı hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
37	3	Düzenli egzersiz yaptığımda işime daha iyi odaklanırım.	1	2	3	4	5	6	7
39	4	Düzenli egzersiz yaptığımda çevremi olumlu yönde etkilediğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
38	5	Düzenli egzersizin sosyal imajı olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
36	6	Düzenli egzersiz yapmak cilt sağlığına iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
30	7	Düzenli egzersiz yaptığımda güne daha zinde başlarım.	1	2	3	4	5	6	7
33	8	Düzenli egzersiz yapmak, uyku kalitemi artırır.	1	2	3	4	5	6	7
32	9	Düzenli egzersiz yapmak, genel olarak hastalıklara yakalanma riskini azaltır.	1	2	3	4	5	6	7
~Bilişsel Sağlık~									
18	10	Egzersiz yapmanın mutluluk verdiğiğine inanırım.	1	2	3	4	5	6	7
19	11	Egzersiz yapmanın zihinsel rahatlama sağladığına inanırım.	1	2	3	4	5	6	7
20	12	Egzersiz yapmak, kardiyovasküler sağlığın korunmasında önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
21	13	Egzersiz yapmak, özgüven duygusunu yükseltir.	1	2	3	4	5	6	7
22	14	Egzersiz yapılan ortamlar, bireylerin sosyalleşmesine katkı sağlar.	1	2	3	4	5	6	7
17	15	Günün herhangi bir bölümünde egzersiz yapmak, fiziksel sağlık açısından önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
~Devamlılık~									
7	16	Kimse eşlik etmese bile her gün egzersiz yapabileceğimden eminim.	1	2	3	4	5	6	7
12	17	Her gün yeteri kadar egzersiz yaptığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
8	18	Egzersiz yapmak için zaman ayırabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
26	19	Serbest zamanlarımda egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
6	20	Her gün egzersiz yapabileceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7

- ✓ Egzersize Yönelik Sağlık İnançları Ölçeği, toplam 20 madde ve 3 faktör (alt boyut)'den oluşmaktadır. Ölçekçe ters kodlanması gereken madde(ler) yoktur.

Ece MUTLU SATIL¹

Orcid: 0000-0001-8957-7567

Şeyda DÜLGERLER²

Orcid: 0000-0003-4512-9855

Tip 1 Diyabette Damgalama İçin Bir Model Önerisi: Roy Adaptasyon Modeli

A Model Proposal For Stigma in Type 1 Diabetes: Roy Adaptation Model

Gönderilme tarihi: 30 Haziran 2021

Kabul tarihi: 17 Ocak 2022

ÖZ

Tip 1 diyabet, bireyleri hem fizyolojik hem de psikososyal boyutta etkileyen kronik bir hastalıktır. Son yıllarda dikkat çeken psikososyal sorunlardan bir tanesi de damgalamadır. Damgalama, bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumunu bozan bir faktördür. Tip 1 diyabette damgalama bireylerin metabolik kontrolünün kötüleşmesine, benlik kavramlarının bozulmasına, okul, iş ve aile yaşamlarında değişikliklere ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Görüldüğü gibi damgalama, bireylerin fizyolojik durumunu, benlik kavramını, rollerini ve sosyal/aile ilişkilerini etkilemektedir. Damgalamaya maruz kalan Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin etkilendiği alanların ve Roy Adaptasyon Modeli kavramları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu noktada, Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin deneyimledikleri damgalama ile baş etmeleri ve uyum sağlamları için Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hemşirelik bakımı sunulabileceği düşünülmüştür. Bu özden hareketle, Tip 1 diyabette damgalama Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda ele alınmıştır.

ABSTRACT

Type 1 diabetes is a chronic disease that affects individuals both physiologically and psychosocially. Stigma is one of the striking psychosocial problems in recent years. Stigma is a factor that disrupts individual's adaptation to the disease and treatment. In the face of these stimuli, individuals use coping mechanisms. Stigma in Type 1 diabetes causes individuals to poor metabolic control, discomfort in self-concept, changes in school, work and family life, and deterioration in social relationships. As can be seen, stigma affects individuals' physiology, self-concept, roles and social/family relations. It is seen that there is a similarity in the fields of Type 1 diabetes stigma and Roy Adaptation Model. At this point, it was thought that nurses could perform nursing care in line with the Roy Adaptation Model during the coping and adaptation process to the stigma experienced by individuals. Based on this essence, stigma in Type 1 diabetes is handled in line with the Roy Adaptation Model.

¹ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir/Türkiye

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

ŞEYDA DÜLGERLER

seydadulgerler@yahoo.com

Anahtar Sözcükler:

Roy adaptasyon modeli;
hemşirelik; tip 1 diyabet;
damgalama.

Keywords:

Roy adaptation model; nursing;
model; type 1 diabetes; stigma.

Kaynak Gösterimi: Mutlu Satıl, E., Dülgerler, Ş. (2023). Tip 1 Diyabette Damgalama İçin Bir Model Önerisi: Roy Adaptasyon Modeli. *EGEHFD*, 39(1), 125-133 DOI: 10.53490/egehemsire.959852

How to cite: Mutlu Satıl, E., Dülgerler, Ş. (2023). A Model Proposal For Stigma in Type 1 Diabetes: Roy Adaptation Model. *JEUNF*, 39(1), 125-133. DOI: 10.53490/egehemsire.959852

GİRİŞ

Tip 1 diyabet, pankreasta bulunan beta hücrelerinde üretilen insülinin sürekli kaybı sonucu oluşur (American Diabetes Association, 2013). Damgalama ve psikososyal uyumun bozulması, diyabet tanısına sahip bireylerin sık karşılaştığı psikososyal sorunlardan bazılarıdır (Hapunda, Abubakar, van de Vijver ve Pouwer, 2015; Schabert, Browne, Mosely ve Speight, 2013; Stuckey ve diğerleri, 2014). Dokuzuncu IDF Diyabet Atlasının Diyabet Savunuculuk Raporu (*Advocacy Guide of the IDF Diabetes Atlas Ninth Edition, 2019*)'na göre diyabet tanısı olan bireylere yapılan ayrımcılık, acilen önlenmesi gereken bir sorundur (International Diabetes Federation, 2019). Tip 1 diyabette damgalamanın önlenmesi için kanıt temelli araştırmalar yapılmalıdır. Hemşirelikte kanıt temelli araştırmalar planlanması için önerilen yöntemlerden bir tanesi de ele alınan kavramların hemşirelik kuramları bağlamında incelenmesidir.

Damgalama bireye stres veren ve uyumunu bozan bir durumdur. Bireyin damgalamaya uyum sağlaması ve yaşadığı stres verici durum ile baş etmesi gerekmektedir. Damgalama sonucu bireyin *baş etme mekanizmaları etkilenir*. Etkisiz baş eden bireyler daha fazla damgalama hissedebilir. Damgalamanın en görünür hali bireyin dışlanmasıdır. Damgalama nedeniyle bireyler toplum tarafından dışlanır ve bireyin sosyal desteği azalır. Birey dışlanmasa dahi, birey kendini toplumdaki uzaklaştırılabilir ve *böylece karşılıklı bağlılık adaptasyonu bozulur* (Link ve Phelan, 2001). Damgalama bireyin benliğine yöneltildiği için bireyin benlik saygısı azalmaya, beden imajı bozulmaya (Goffman, 1963; Van Brakel, 2006) ve kimlik algısı değişmeye başlar (Abdoli, Abazari ve Mardanian, 2013) ve *böylece benlik adaptasyonu bozulur*. Kimlik algısının değişmesi, hem toplumsal damgalamayı hem de öz-damgalamayı artırmaktadır. Damgalamanın nedeni ve sonucu olarak ortaya çıkan statü kaybı, bireylerin iş ve okul hayatını da etkiler ve *rol adaptasyonu bozulur*. Tüm bu yaşanan zorluklar ve damgalama deneyimi, öz bakım aktivitelerinin, tedaviye devam etme motivasyonunun, diyabet yönetim uygulamalarının ve genel sağlık arama davranışlarının azalmasına (Link ve Phelan, 2001; Schabert ve diğerleri, 2013; Van Brakel, 2006), doğrudan ve dolaylı olarak HbA1c değerinin yükselmesi ve metabolik kontrolün azalmasına neden olur (Brazeau ve diğerleri, 2018) ve *böylece bireyin fizyolojik adaptasyonu bozulur*. Deneyimlenen ve hissedilen damgalama bireyin uyumunun bozulması ile sonuçlanır. Bu açıdan bakıldığında Tip 1 diyabette damgalamanın, Roy Adaptasyon Modeli ile yakından benzerlik gösterdiği düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde bu benzerliğe rağmen Tip 1 diyabette damgalamada Roy Adaptasyon Modeli temelli sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Bu özden hareketle bu çalışmada Tip 1 diyabette damgalama sürecinin Roy Adaptasyon Modeline göre ele alınması amaçlanmıştır.

Tip 1 Diyabette Damgalama

Damgalama kavramı, 1960 yılında Goffman tarafından "*etiketleme, basmakalıp düşünceler, ayırma, statü kaybı ve ayrımcılığın bir araya gelmesi ile oluşan toplumsal süreç*" olarak tanımlanmıştır. Bireyin diğerleri tarafından normal olarak görülmeyen karakteristik bir özelliğe sahip olması ve bu özelliğe sahip olma durumunun başkaları tarafından bilinmesi sonucu oluşmaktadır (Goffman, 1963). Bireylerin Tip 1 diyabet tanısına sahip oldukları için deneyimledikleri damgalama, Tip 1 diyabette damgalama olarak adlandırılır. Yapılan geniş ölçekli bir çalışmada (Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Fransa, Almanya, İtalya, Hindistan, Çin gibi 17 ülke), Türkiye'nin diyabette ayrımcılık oranının %28 olduğu ve çalışmaya katılan ülkeler arasında en üst sıralarda yer aldığı belirtilmiştir (Wens ve diğerleri, 2013). Bu yüksek damgalama oranlarının azaltılması için damgalamayı önleyici girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Damgalamayı önlemek için öncelikle damgalamanın görülme biçimlerinin bilinmesi gerekmektedir. Her tür damgalamada olduğu gibi Tip 1 diyabette damgalama da üç farklı biçimde görülmektedir: Öz-damgalama (*içselleştirilmiş damgalama*), toplumsal (*kişilerarası*) damgalama ve yapısal ayrımcılık (Goffman, 1963; Van Brakel, 2006).

Öz-damgalama (kendini damgalama), toplumsal damgalamanın birey tarafından kabul edilmesi sonucu bireyin kendisini damgalamasıdır. Bu damgalama türünde bireyler kendilerinin suçlu olduğunu, insülin enjeksiyonu ya da kan glikozu ölçümü sırasında toplumun küçümseyici ve tuhaf bakışlarına maruz kaldığını düşünmektedir (Irani, Abdoli, Parvizy, Fatemi ve Amini, 2015). Bireyler damgalamalar ile baş edebilmek için kapalı ve kimsenin görmediği ortamlarda insülin enjeksiyonu ya da kan glikozu ölçümü gerçekleştirmekte ve toplumdaki kendini izole etmektedir (Schabert ve diğerleri, 2013).

Toplum, aile, arkadaş, okul hayatı tarafından damgalanma türüne *toplumsal (kişilerarası) damgalama* adı verilmektedir. Tip 1 diyabete sahip olan bireylerin dışlanması ve bireylerin kimliğine ilişkin basmakalıp düşüncelere sahip olunması, toplumsal damgalamadır. Evlilik ve çocuk sahibi olması ile ilgili kısıtlamalar olacağını düşünülmesi, insülin enjeksiyonu yapan ya da kan glikozu ölçümü yapan bireyleri uyuşturucu bağımlısı ya da sarhoş olduğunun zannedilmesi ve işe yaramaz ve aciz biri olduğunun düşünülmesi en yaygın basmakalıp düşüncelerdir. Tip 1 diyabet tanısına sahip bireyler, toplumsal alanlardan ve okul ortamlarında dışlanabilir ve şekerli yiyeceklerin olduğu ortamlara alınmayabilir. Sosyal bir ortama dahil edilseler bile, diyabete ve kötü metabolik sonuçlara bireyin neden olduğunun düşünülmesi nedenle suçlayıcı davranışlara maruz kalabilirler. Tüm bunların yanı sıra Tip 1 diyabet tanısına sahip olan bireylerin deneyimledikleri damgalama şekerli yiyecekler yediğinde yargılanma, zorbalık ve alay edilmeye maruz kalma, bireyin yük olduğunu düşünme ve çevreden gizlenme şeklinde de

gerçekleşmektedir (Abdoli ve diğerleri, 2013; Browne, Ventura, Mosely ve Speight, 2014; Stuckey ve diğerleri, 2014).

Yapısal damgalama, diyabet tanısı olan bireylerin hükümet, yasa ve kuruluşlar tarafından damgalanması olarak tanımlanmaktadır (Goffman, 1963; Van Brakel, 2006). Bu damgalama türünde, vardiyalı işlere başvurularını reddetme, diyabet tanısına sahip olduğunu öğrendiğinde işten çıkarma, yapabileceği işten çok daha hafif işleri verme (Stuckey ve diğerleri, 2014) ve çalışma beklentilerini değiştirme şeklinde görülmektedir (Lee, Lim ve Koh, 2015).

Tüm damgalama türleri birbirini etkilemektedir. Toplumsal damgalama, bireyin kimlik yapısının değişmesine neden olarak öz-damgalamayı artırmaktadır (Abdoli ve diğerleri, 2013). Öz-damgalama deneyimleyen bireyler toplumdaki diğer bireylerden uzaklaşmaktadır. Bireyler toplumdaki diğer bireylerden uzaklaştıkları için toplumsal damgalama daha da artarak kısır bir döngü haline gelmektedir. Yapısal damgalama da toplumsal damgalama ile ilişkilidir. Hükümet, yasa koyucu ve kuruluşlarda yer alan bireylerin toplumsal damgalamaya sahip olması nedeniyle yapısal damgalama görülmektedir (Goffman, 1963; Link ve Phelan, 2001). Bu nedenle damgalamanın önlenmesi için tüm damgalama türlerinin önlenmesi gerekmektedir.

Roy Adaptasyon Modeli

Adaptasyon (uyum), hayatın her alanında yer alan, bireyin çevresi ile bir bütün olmasını sağlayan bir süreçtir (Uzun, 2017). Roy, adaptasyonu “*kişinin, bireysel olarak ya da grup halinde, çevre ile bütünleşme sağlamak için bilinçli seçimlerini ve farkındalıklarını kullanarak elde ettikleri süreç ve sonuç*” olarak tanımlamıştır (Roy ve Andrews, 1999). Bireyin iç ve dış çevresi, onun uyum düzeyini belirlemektedir. Bu uyum düzeyini etkileyen bazı uyarılar bulunmaktadır. Başa çıkma aktivitesi gösteren bireyler bu uyarılara karşı bazı davranışlar (*cevap*) göstermektedir. Başa çıkma mekanizmaları sonucu ortaya çıkan tepkiler adaptasyon biçimleri olarak adlandırılır (Pektekin, 2013; Roy ve Zhan, 2010; Uzun, 2017; Velioğlu, 2012).

Uyaran, çevreden gelen insan-çevre etkileşiminin bileşenidir (Uzun, 2017). Fokal (*odak*), konteksiyel (*bağlamsal*) ve rezidüel olmak üzere üç uyarı tipi bulunmaktadır (Pektekin, 2013; Roy ve Andrews, 1999; Uzun, 2017; Velioğlu, 2012). Hemşireler ilk olarak fokal uyarıyı, daha sonra konteksiyel uyarıyı yönetmeyi hedeflemektedir (Çatal ve Dicle, 2014).

- ***Fokal (odak) uyarı***, bireyin birdenbire karşı karşıya geldiği ve hemen karşı koyduğu uyarıdır (Pektekin, 2013; Uzun, 2017; Velioğlu, 2012). Bireyin dikkat ve enerjisi fokal uyarıya odaklanır. Bu nedenle birey diğer uyarılardan ziyade fokal uyarılara adaptasyon geliştirmeye çalışır (Uzun, 2017).
- ***Konteksiyel (bağlamsal) uyarı***, odak (*fokal*) uyarının etkilediği davranışı etkileme ve odak (*fokal*) uyarının etkisini değiştirme yoluyla katkı sağlayan uyarıdır. Bireyin dikkat ve enerjisinin merkezi değildir ancak durumu etkileyen uyarılardır (Uzun, 2017; Velioğlu, 2012).
- ***Rezidüel uyarı***, uyarılarla ilişkili ancak şu anki durumla ilgili etkisi anlaşılmayan ve bilinmeyen uyarılardır. İnanç, davranış ve geçmiş kişisel deneyimler bu uyarı türü içinde yer alır (Uzun, 2017; Velioğlu, 2012).

Birey gelen uyarılar ile baş etmeye çalışır. Roy Adaptasyon Modeline göre baş etme süreçleri, değişen çevre ile doğuştan ve edinsel etkileşim yollarıdır (Uzun, 2017). Baş etme sürecinde regülatör (*düzenleyici*) ve kognatör (*bilinçli*) iki alt sistem bulunmaktadır (Roy, 2011a; Roy ve Andrews, 1999).

- ***Regülatör (düzenleyici) baş etme mekanizmaları***, bireyin uyarılara nöral, kimyasal, endokrin yollarla tepki vermesidir. Bu alt sistemde bulunan tepkiler bireye özgü değil, evrensel, otomatik ve bilinçsizdir (Uzun, 2017; Velioğlu, 2012). Tepki genellikle otonom sinir sistemi aracılığıyla oluşur ve bireyi adaptasyona hazırlar (Roy ve Zhan, 2010; Uzun, 2017).
- ***Kognatör (bilinçli) baş etme mekanizmaları***, bilişsel ve duygusal yolların kullanıldığı süreçtir. Cevap algısal-bilgi süreci (*seçici dikkat, kodlama ve hafıza aktiviteler*), öğrenme (*taklit ve problem çözme*), karar verme ve duygusallık yoluyla verilir (Uzun, 2017; Velioğlu, 2012). Bu alt sistemde bulunan tepkiler bireye özgüdür ve bilinçlidir (Roy ve Zhan, 2010; Uzun, 2017).

Çevreden gelen uyarılar regülatör (*düzenleyici*) ve kognatör (*bilinçli*) alt sistem tarafından işlendikten sonra gözlemlenebilir, ölçülebilir ve subjektif cevaplar ortaya çıkmaktadır. Bu cevaplara “*adaptasyon biçimi*” adı verilir (Pektekin, 2013; Uzun, 2017). Dört temel adaptasyon biçimi bulunmaktadır; “*fizyolojik*”, “*benlik kavramı*”, “*rol fonksiyonu*” ve “*karşılıklı bağımlılık*”. Bu alt sistemler hem baş etme mekanizmalarından hem de algı yoluyla birbirlerinden etkilenmektedir. Bu nedenle adaptasyon biçimleri birbirlerinden ayrı değil, birbiri içi iç geçmiş olarak değerlendirilmektedir (Roy, 2011a; Roy ve Andrews, 1999; Roy ve Zhan, 2010). Adaptasyon biçimlerine adaptasyonun düzeyine göre adaptif ya da etkisiz davranışlar görülmektedir (Uzun, 2017).

- ***Fizyolojik adaptasyon biçimi***, bireyin çevreden gelen uyarılara karşı fizyolojik olarak yanıtlama biçimidir. Amacı fizyolojik bütünlüğü sağlamaktır. Oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite ve dinlenme, koruma alanlarındaki beş temel fizyolojik gereksinimi bulunur. Bu gereksinimleri karşılamak

için duyular, sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyon olmak üzere dört temel düzenleyici süreç bulunur (Roy ve Zhan, 2010; Uzun, 2017).

- **Benlik kavramı adaptasyon biçimi**, benlik kavramı bireyin kendisi hakkındaki duygu, düşünce, algı ve inançlarıdır (Veliöğlü, 2012). Amacı psikolojik ve spiritüel bütünlüğünü korumaktır. Benlik kavramı bireyin kendisi ile ilgili görüşleri ile ilişkili olsa da, başkalarının onu nasıl gördüğüne ilişkin dış algı da benliği etkilemektedir (Roy ve Zhan, 2010). Benlik adaptasyon biçiminde fiziksel ben ve kişisel ben olmak üzere iki alt bileşen bulunmaktadır (Uzun, 2017). Fiziksel ben, bireyin bedeni hakkındaki algı, duygu ve düşünceleridir. Bireyin kendi hakkındaki duyguları (bedeni duyumsama) ve beden imajı alt bileşenler içinde yer alır (Pektekin, 2013; Uzun, 2017). Kişisel ben, bireyin davranışları, idealleri, moral-ahlaksal değerleri ve kişisel standartlarıdır. Kişisel benliğin uyumlu olması için öz-tutarlılık, öz-amaç ve değer gereklidir (Uzun, 2017).
- **Rol fonksiyonu adaptasyon biçimi**, bireyin toplumdaki pozisyonundan dolayı sahip olduğu pozisyonu devam ettirmek için toplumun beklediği rol davranışlarını göstermesidir (Veliöğlü, 2012). Roller iletişim ve etkileşim sonucu oluşur. Amacı, sosyal bütünleşmeyi sağlamaktır (Roy ve Zhan, 2010; Uzun, 2017). Birincil rol, seçme hakkımızın olmadığı cinsiyet rolleri (kadın, erkek) gibi rollerdir. İkincil rol, nispetten seçilebilen ebeveynlik, mesleki ve öğrencilik gibi rolleridir. Üçüncül roller ise, özgürce seçilebilen dernek başkanı ve okul müdürü gibi süresi olan rollerdir (Pektekin, 2013; Uzun, 2017; Veliöğlü, 2012).
- **Karşılıklı bağlılık adaptasyon biçimi**, bireyin yakın ilişkiler ve destek sistemlerine dayanan davranışlarıdır (Roy ve Zhan, 2010; Uzun, 2017; Veliöğlü, 2012). Amacı, ilişki bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesidir. Bireyin, doyum, sevgi, güven saygı gibi gereksinimler karşılanmaktadır (Uzun, 2017). Karşılıklı bağlılık alanı, sadece anne, baba, çocuk, eş gibi yakın aileyi değil, arkadaş, partner, tanıdık gibi ilişkileri de kapsamaktadır. İlişki karşılıklı bir kavramdır, bu nedenle gereksinimlerin hem karşı taraftan alınması hem de karşı tarafa vermesi gerekmektedir (Roy ve Zhan, 2010; Uzun, 2017).

Özetle, birey uyaranlar ile karşılaşır. Bu uyaranla baş etme süreçleri davranış olarak ortaya çıkar. Adaptasyon biçimleri sonucu ortaya çıkan davranışlar, adaptasyon düzeyini (*uzlaşmacı, dengeleyici ve mükemmel uyum*) belirler (Çatal ve Dicle, 2014; Uzun, 2017).

Tip 1 Diyabette Damgalama ve Roy Adaptasyon Modeli

Damgalama bireylerin *baş etme mekanizmaları etkilenir*. Damgalama, kişilerarası ilişkilerinin bozulmasına neden olarak *karşılıklı bağlılık adaptasyonunun*, damgalamanın benliğe yöneltilmesi nedeniyle *benlik adaptasyonunun*, statü kaybına nedeniyle *rol adaptasyonunun* ve diyabet yönetiminin kötüleşmesi nedeniyle *fizyolojik adaptasyonunun* bozulmasına neden olur. Böylece damgalama bireyin uyumunun bozulması ile sonuçlanır. Çelik ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmaya göre Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin tamamına yakınının (%99.2) hastalığa uyumu kötü olduğu belirlenmiştir (Çelik, Kelleci, Avcı ve Temel, 2015). Bu nedenle Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin uyumlarını arttıracak hemşirelik girişimlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bireylerin uyumunu arttırmak için kullanılacak hemşirelik modellerinden biri de Roy Adaptasyon Modelidir. Bu modele göre bireyler birçok uyarana maruz kalır. Bu uyaranlardan bir tanesi de damgalamadır (Roy ve Zhan, 2010). Damgalamanın azaltılması için bireyin damgalamaya uyum sağlaması ve baş etmesi gerekmektedir.

Roy Adaptasyon Modeli, diyabete uyarlanmıştır. Whittemore ve Roy (2002), Roy Adaptasyon Modelinin diyabetle yaşama deneyiminin yaratıcı ve anlamlı bir kavramsallaştırmasını sağlayan bir model olduğunu belirtmiştir (Whittemore ve Roy, 2002). Ulusal literatürde Tip 1 diyabette Roy Adaptasyon Modelinin kullanıldığı araştırmalar sınırlıdır (Sunay Ertem, 2019; Tosun ve Kadiroğlu, 2016) ve damgalama ile ilişkili Roy Adaptasyon Modelinin kullanıldığı araştırmalara rastlanmamıştır.

Uyaran

Roy Adaptasyon Modeline göre yapılan çalışmalar genellikle uyaran (özellikle fokal ve kontaksüel uyaranlar) doğrultusunda planlanmaktadır (Melo, Dantas, Costa, Wanessa ve Katherinne, 2015). Bu doğrultuda, Tip 1 diyabette damgalamanın uyaran olabileceği düşünülmüştür. Tosun ve Kadiroğlu (2016) yaptığı çalışmaya göre diyabet tanısına sahip bireylerin fokal uyararı, insülin pompası gibi çevredeki bireylerin görebileceği diyabet yönetim araçlarının kullanılmasıdır (Tosun ve Kadiroğlu, 2016). Bunun dışında, bireyin insülin uygulaması sırasında rahatsız edici bakışlara ve toplum tarafından dışlayıcı davranışlara maruz kalmasının da fokal uyaran olabileceği düşünülmektedir. Kontaksüel uyaranlar ise stres, hipoglisemi yaşamaları sonucu kaygı duyma, etrafındaki kişilere insülin pompasını göstermek istememesidir (Tosun ve Kadiroğlu, 2016). Rezidüel uyarının ise, insülin uygulaması sırasında rahatsız edici bakışlara maruz kaldığını düşünmek olabilir.

Baş Etme Mekanizmaları

Bir hastalık tanısı almak, her birey için stres verici bir deneyim olabilir. Bu stresli deneyim ile baş edebilmek için Tip 1 diyabet tanısına sahip bireyler diyabet eğitimi, psikososyal destek ve psiko-eğitim faaliyetlerine katılırlarsa da, bazı bireyler stres ile etkili baş edemeyebilir (Hapunda ve diğerleri, 2015). Tip 1 diyabette damgalamaya maruz

kalmak, bireylerin diyabet ile ilişkili stresinin artmasına neden olmaktadır (Holmes-Truscott, Ventura, Thuraingam, Pouwer ve Speight, 2020). Daha fazla strese maruz kalma durumunda, regülatör baş etmeyi mekanizmaları ortaya çıkar ve endokrin yanıtlar görülebilir.

Damgalama bireyin baş etme mekanizmalarının yetersiz kalmasına neden olabilir (Link ve Phelan, 2001). Tip 1 diyabet tanısına sahip genç yetişkinler ile yapılan bir çalışmada, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımları olan etkili baş etme mekanizmalarının ve çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları olan etkisiz baş etme mekanizmalarına göre daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Ancak çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı gibi etkisiz baş etme mekanizmalarını kullanan bireylerin psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirtilmiştir (Çelik ve diğerleri, 2015). Bu bakış açısına göre, etkisiz kognatör baş etme mekanizmalarını kullanan ve damgalama deneyimleyen Tip 1 diyabet tanısına sahip bireyler, kötü psikososyal uyum açısından risk altındadır.

Diyabette damgalamaya karşı en sık kullanılan baş etme mekanizmaları yüzleşme ya da kaçma/kaçınmadır (Link ve Phelan, 2001). Sosyal damgalama deneyimleyen bireyler, damgalama ile baş edebilmek için hastalığını gizleyebilir (Nishio ve Chujo, 2017). Hastalığın gizlenmesi ve saklanması öz-damgalamanın da bir göstergesidir (Link ve Phelan, 2001). Hastalığın gizlenmesinin dışında bireyler stresin etkisinden kaçınmak için insülin enjeksiyonu yapmayabilir ya da yapmayı unutabilir (Hapunda ve diğerleri, 2015). Görüldüğü gibi, etkisiz baş etme mekanizmalarının kullanılması, bireylerin damgalanmadan etkilenme düzeyini arttırmaktadır (Link ve Phelan, 2001). Bu durum, damgalamaya uyumun sağlanması için baş etme sürecinin desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Adaptasyon Biçimi

Fizyolojik Adaptasyon Biçimi

Bireyler damgalama ile baş edebilmek için insülin enjeksiyonundan kaçınabilir ve damgalama nedeniyle insülinde nefret edebilir. Bunun yanı sıra, yaşanan stres ve duygudurum değişikliklerine bağlı diyabet yönetimi etkisiz hale gelebilir (Brazeau ve diğerleri, 2018; Browne ve diğerleri, 2014; Nishio ve Chujo, 2017; Schabert ve diğerleri, 2013). Kötü metabolik sonuçlar ortaya çıktığında, sağlık ekibi tarafından metabolik kontrolü sağlamak adına insülin dozu artırılmaktadır (Çakır, Sağlam, Özgür, Eren ve Tarım, 2010). İnsülin dozunu arttırmak fizyolojik uyum için gerekli olsa da, yapılan bir çalışmada günde üçten fazla insülin enjeksiyonu gerçekleştiren bireylerin psikolojik distressi daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çelik ve diğerleri, 2015). Stres yükünün artması sonucu regülatör baş etme mekanizmalarının devreye girmesi ve endokrin yollarla verilen tepkilerin ortaya çıkması, hastalık seyrinin kötüleşmesine, komplikasyon riskinin artmasına ve glisemik kontrolün azalmasına olabilir. En az bir komplikasyon deneyimi olan ve HbA1c değeri yüksek olan bireyler, daha fazla suçlama ve yargılama deneyimlemekte, sosyal alanlarda daha çok farklı davranılmaya maruz kalmakta, kimliği ile ilgili daha çok endişe hissetmekte ve daha fazla damgalama deneyimlemektedir (Hansen, Olesen ve Willaing, 2020; Holmes-Truscott ve diğerleri, 2020). Damgalama deneyimlemek de, HbA1c değerinin %9'un üzerinde olması riskini üç kat, zayıf glisemik kontrol riskini iki kat ve şiddetli hipoglisemi riskini iki kat arttırmaktadır (Brazeau ve diğerleri, 2018). Böylece bir kısır döngü oluşabilir. Kötü glisemik kontrol belirtileri ve komplikasyonlar damgalamaya; damgalama stres yükünün artmasına; stres yükünün artması regülatör ve kognatör alanda etkisiz baş etmeye; etkisiz baş etme de yeniden kötü glisemik kontrol belirtileri ve komplikasyonlara neden olur. Kısacası fizyolojik adaptasyonun bozulması ve etkili baş etme mekanizmalarının kullanılamaması, damgalamaya maruz kalan Tip 1 diyabet tanısına sahip olan bireylerin uyumu zorlaştırır.

Metabolik göstergeler sadece bireyin deneyimlerinden etkilenmemektedir. Orta veya şiddetli depresif belirtileri olan ebeveynlerin diyabette damgalama yaşayan çocukları, aynı miktarda damgalanma yaşayan ve ebeveynlerinde hafif depresif belirtisi olan çocuklara göre daha kötü glisemik kontrole sahip olduğu ve çocukların HbA1c değerleri daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Capistrant, Friedemann-Sánchez ve Pendsey, 2019). Aile ve sosyal çevrenin deneyimlediği damgalamanın değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin sağlanması sayesinde bireylerin fizyolojik iyilik halini artacaktır.

Her ne kadar akran ve arkadaş desteği önemli olsa hastalığa uyum için önemli olsa da, bazı durumlarda özbakım ve glisemik kontrol için tehdit oluşturabilir (Huston, Blount, Heidesch ve Southwood, 2016). Arkadaş ve akranların olumsuz tepkileri diyabete yönelik stresin artmasına neden olmaktadır (Hains ve diğerleri, 2007). Ancak birey Tip 1 diyabeti benliğinin bir parçası haline getirerek olumlu bir benlik inşaa ettiyse, bireyin diyabet yönetimi akranlarının olumsuz tepkilerinden etkilenmemektedir (Commissariat, Kenowitz, Trast, Heptulla ve Gonzalez, 2016). Böylece benlik alanına uyum sağlanması, bireyin bağlılık sistemine uyumunu da sağlar. Akran ve arkadaşların uyum zorluğu yaşaması da, olumsuz etkilerin oluşmasına neden olmaktadır (Hains ve diğerleri, 2007). Bu nedenle, sadece bireyin değil, sosyal destek sağlayacak çevresinin de fizyolojik alana uyumunun sağlanması çok önemlidir (Roy, 2011b).

Benlik Kavramı Adaptasyon Biçimi

Tip 1 diyabet tanısına sahip olan bireylerin sorunlarla baş etmesi ve sorunun çözülmesi için benlik saygısı önemlidir (Öz, Bal Yılmaz ve Akçay, 2009). Damgalama ile yetersiz baş edebilen bireylerde benlik saygısında azalma görülmektedir (Goffman, 1963; Van Brakel, 2006). Bireylerin damgalama ile baş edebilmesi için benlik saygıları yükseltilmelidir (Irani ve diğerleri, 2015). Bireyin benlik saygısı azaldığında, kimlik duygusuna ilişkin endişeleri de artmaktadır (Firmin, Luther, Lysaker, Minor ve Salyers, 2016; Major ve O'Brien, 2005). Diyabet tanısına sahip gençler, “*diyabetik*” gibi kimliğin sadece diyabet ile ilişkili olduğu damgalayıcı bir damgalayıcı benlik kavramı yerine “*diyabet tanısına sahip bir birey*” gibi diyabet ve kimliğin uyum içinde olduğu bir kimlik geliştirme mücadelesi içindedir (Hess ve Mctigue, 2008). Fazla şeker yediği için diyabetin olduğu ve bireylerin şişman, bağımlı ve tuhaf olduklarına dair stereotipik düşünceler, toplumun Tip 1 diyabet tanısına sahip bireyin benliğine ilişkin yanlış inanışlardır (Gredig ve Bartelsen-Raemy, 2017). Bu damgalama, direk olarak bireyin benliğine yöneltilmiştir. Başkalarının tepkileri ve tutumları nedeniyle olumsuz bir kimlik olan “zayıf ben” algısının oluşumuna katkıda bulunmaktadır (Nishio ve Chujo, 2017). Benliğe ilişkin kötü olarak nitelendirilen damgalama algılarının aynalanması, benlik sayısının azalması ve öz-damgalama ile sonuçlanabilir. Öz-damgalamanın bir göstergesi olan kendine yönelik acıma duygusu, kimlik algısının daha da kötüleşmesi ve olayları olumsuz yorumlamaya neden olmaktadır (Nishio ve Chujo, 2017). Bu durumda Tip 1 diyabette damgalama, benlik saygısı, beden imajı ve kimlik algısını etkileyerek fiziksel ve kişisel benlik uyumunun bozulmasına yol açar.

Diyabetin inkar edilerek kimlik algısına dâhil edilmemesi, insülin uygulamalarının reddedilmesi ile sonuçlanabilir (Commissariat ve diğerleri, 2016). Kimlik duygusuna ilişkin endişeler, fizyolojik (*kortizol düzeyinde, kan basıncında artış gibi*) ve psikolojik (*olumsuz biliş ve duygular gibi*) değişikliklere neden olurken (Major ve O'Brien, 2005) ve benlik sayısının azalması da HbA1c değerinin yükselmesine neden olmaktadır (Zoffmann, Vistisen ve Due-Christensen, 2014). Damgalama deneyimleyen bireyler, hastalığın neden olduğu sistemik değişiklikler nedeniyle vücudunu kusurlu olarak görebilir (Nishio ve Chujo, 2017) ve böylece kişisel benliğin alt alanı olan beden imajı da etkilenmiş olur.

Tip 1 diyabet tanısına çocukların benlik saygısı, sağlıklı çocuklarla yapılmış çalışmalardakine göre daha düşüktür (Öz ve diğerleri, 2009). Tip 1 diyabete sahip adölesanların sadece %57.6'sının benlik saygısı yüksek bulunmuştur (Artuvan, Hem ve Yurtsever, 2020). Tip 1 diyabet tanısının genellikle çocukluk yaşlarında konulduğu göz önünde bulundurulduğunda, çocukluk çağındaki benlik sayısındaki azalma yetişkin yaşamını da etkilemektedir. Özetle, benlik saygısı, beden imajı ve kimlik algısına yani benlik kavramı adaptasyonu sağlanamazsa, Roy Adaptasyon Modelindeki baş etme süreci ve fizyolojik alan gibi birçok alan etkilenir. Bu nedenle bireyin benlik alanına adaptasyonu damgalamaya uyum sağlanması ve baş edilmesi için oldukça önemlidir.

Rol Fonksiyonu Adaptasyon Biçimi

Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin %78.3'ü neler yapıp ne yapamayacağı konusunda haksız varsayımlara maruz kaldığını ifade etmiştir (Hansen ve diğerleri, 2020). Eşit olmayan muamele veya dışlanma nedeniyle bireylerin %11.3'ü kariyer hedefinden vazgeçmektedir. Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin %40.3'üne göre çevresindeki kişiler diyabetin iş performansını bozduğunu düşünmektedir (Gredig ve Bartelsen-Raemy, 2017). Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin çevresindeki kişilerin mesleki rollerinin bozulacağını düşünmesi ve diyabet tanısına sahip oldukları için işten çıkarılması da bir damgalama deneyimidir (Browne, Ventura, Mosely ve Speight, 2017). Bireylerin mesleki rollerine ilişkin damgalamaya maruz kalması, mesleki rol fonksiyonlarını yerine getirememesine ve işlevselliğinin etkilenmesine neden olur.

Toplumsal damgalamanın bir belirtisi olan işten çıkarılma, direkt olarak bireylerin rol adaptasyonunu etkilemektedir. İşten çıkarılmasa bile işten çıkarılmaya ilişkin korkular da bireyin rollerine uyum sağlamasını zorlaştırabilir. İşyerinde ayrımcılığa maruz kalmak, diyabet ile ilişkili iş sıkıntısını artırmaktadır (Hansen, Skinner, Olesen ve Willaing, 2019). Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin %70'i işle ilgili diyabet distressi yaşamaktadır. Fiziksel çalışma koşulları ve iş talepleri ile ilgili sorunlar işle ilgili diyabet distressini artırmaktadır (Hakkarainen, Moilanen, Hänninen, Heikkinen ve Räsänen, 2016). Yaşanan sıkıntı ve farklı davranılarak ayrımcılığa maruz kalma, işyerinde yüksek kan glikoz düzeyinin yüksek olmasına ve dolaylı olarak da HbA1c düzeyinde artmasına neden olur (Hakkarainen ve diğerleri, 2016; Hansen ve diğerleri, 2019). Bu durumda bireylerin mesleki rolleri ile ilişkili sıkıntı yaşamaları ve damgalama deneyimlemesi, bireyin fizyolojik uyumunun kötüleşmesine de neden olabilir.

Çocukların yaşamdaki rollerinden bir tanesi de ikincil rol fonksiyonlarından biri olan öğrenci rolüdür. Benlik saygısı düşük olan Tip 1 diyabet tanısına sahip çocuklar, okulu daha fazla aksatmaktadır (Öz ve diğerleri, 2009). Bunun yanı sıra, adölesanların okuldaki başarı durumunun azalması, benlik saygılarını olumsuz yönde etkilemektedir (Artuvan ve diğerleri, 2020). Tip 1 diyabet tanısı olan adölesanların yarısından fazlası (%56.41) diyabet nedeniyle okulunu aksattığını ve insülin uygulamaları, hipoglisemi korkusu, kan glikozu takibi gibi uygulamalarının olması sebebiyle okula gitme konusunda isteksiz olduklarını ifade etmiştir. Yine aynı çalışmada sosyal destek durumları ile okulu aksatma durumları ilişkili bulunmuştur (Bal Yılmaz, Taş, Yavuz ve Erol, 2011). Diyabet yönetiminin zorlukları ve benlik saygısının azalması, öğrenci rollerini yerine getirilememesi ve öğrenci rolü

ile ilgili olumsuz algılara; okula gitmemek de sosyal desteğin azalmasına neden olmaktadır. Bu durumda, fizyolojik, benlik ve karşılıklı bağlılık alanlarına adaptasyon sürecinin öğrencilerin rol alanına adaptasyonunu etkilediği söylenebilir.

Karşılıklı Bağlılık Adaptasyon Biçimi

Bireyler damgalama ile baş edebilmek için etraflarındaki kişilere hastalıkları hakkında konuşmak gibi sosyal destek yöntemlerine de başvurabilirler. Ancak bunu yapamadıkları durumlarda, sosyal yaşamı ve başkalarıyla etkileşimlerini sınırlama yoluna başvurabilirler (Nishio ve Chujo, 2017). Daha yüksek düzeyde damgalanma algılayan bireyler, daha az sosyal destek hissetmektedir (Gredig ve Bartelsen-Raemy, 2017). Bunun yanı sıra, özellikle ergenler Tip 1 diyabet tanısına sahip oldukları ve hipoglisemi korkusu gibi nedenlerle sosyal aktivitelere katılım konusunda çekimser davranmaktadır (Hapunda ve diğerleri, 2015). Bu durum aslında öz-damgalamanın bir etkisidir. Kendini damgalayan ergenlerde sosyal ortamlara dâhil olmama nedeniyle sosyal destek algısı azalabilir. Başa çıkma mekanizmalardan biri olan sosyal destek yardımının kullanımı Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin psikolojik iyilik halini arttırmakta (Edgar ve Skinner, 2003) ve diyabete ilişkin sıkıntı hissini azaltmaktadır (Holmes-Truscott ve diğerleri, 2020). Bu noktada bireylerin sosyal destek alması ve sosyal bağlılık hissini artırması ile karşılıklı bağlılık alanları desteklenmektedir. Bu sayede bireylerin sıkıntının azalmakta ve iyilik halini desteklenmektedir.

Sosyal destek algısı bireyin karşılıklı bağlılık alanı ve baş etme mekanizmalarını etkilemesinin yanı sıra fizyolojik adaptasyon sürecini de etkileyebilir. Rassart ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmaya göre sosyal destek problemi olan ve daha yalnız hisseden bireylerin HbA1c değerleri yüksek bulunmuştur (Rassart ve diğerleri, 2015). Karşılıklı bağlılık alanında uyum sağlanamaması, bireyin fizyolojik uyum sürecini de etkilemektedir.

Tip 1 diyabet tanısına sahip çocukların aile desteği ve ergenlerde aile işlevselliği, benlik saygısını arttırmaktadır (Ho, Lee, Kaminsky ve Wirrell, 2008; Öz ve diğerleri, 2009). Ailenin yanı sıra arkadaş desteği de uyumu arttıran faktörlerden bir tanesidir. Altundağ (2018)'in Tip 1 diyabet tanısına sahip çocuklarda yaptığı çalışmada, sosyal destek faaliyetleri ve eğitimin, arkadaşlardan alınan sosyal desteği arttırdığını bulmuştur (Altundağ, 2018). Hem sosyal desteğin artırılması hem de damgalamanın azaltılması için, akran grupları önerilmektedir. (Irani ve diğerleri, 2015). Akran gruplarının desteği ile birlikte bireylerin sosyal bağlılığın artırılıp sayesinde damgalamaya uyum sağlanabilir.

SONUÇ

Tip 1 diyabet tanısına sahip bireyler, yaşamlarının her alanında damgalamaya maruz kalabilmektedir. Damgalamanın azaltılması için birey ve toplumun bu sürece uyum sağlaması gerekmektedir. Damgalamaya uyum süreci göz önünde bulundurulduğunda, damgalamanın nedenleri ve sonuçlarının birer uyaran olabileceği düşünülmektedir. Her gün bu uyaranlar ile regülatör ve kognatör olarak başa çıkmaya çalışan bireylerin yaşadıkları bu deneyim, adaptasyon biçimi davranışları olarak karşımıza çıkmaktadır. Damgalamanın sonucu ortaya çıkan bu adaptasyon biçimleri bireylerin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarını etkilemektedir. Bazı bireyler bu alanlara ilişkin etkili baş etme davranışları geliştirerek mükemmel uyuma ulaşırken, bazı bireyler ise uzlaşmacı ve dengeleyici uyum düzeyinde kalabilir. Bu noktada Tip 1 diyabet tanısına sahip bireylerin damgalama uyumunu sağlamak adına Roy Adaptasyon Modelinin klinik uygulamalar ve araştırmalarda kullanımı önerilmektedir. Roy Adaptasyon Modelinin hem Tip 1 diyabette damgalama hem de sağlıkla ilişkili damgalamada kullanılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yazar Katkıları: Fikir ve tasarım: Ş.D., E.M.S. Denetleme ve danışmanlık: Ş.D. Literatür tarama: E.M.S. Makale yazımı: E.M.S Eleştirel inceleme: Ş.D.

Çıkar Çatışması: Yazar/lar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazar/lar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Abdoli, S., Abazari, P., Mardanian, L. (2013). Exploring diabetes type 1-related stigma. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(1), 65–70.
- Altundağ, S. (2018). Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(2), 137–144.
- American Diabetes Association. (2013). Standards of medical care in diabetes - 2013. *Diabetes Care*, 36(SUPPL.1), S11–S66.
- Artuvan, Z., Hem, U., Yurtsever, S. (2020). Tip 1 diyabetli adölesanların benlik saygısının diyetle uyumla ilişkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020, 5(1), 1–5.
- Bal Yılmaz, H., Taş, F., Yavuz, B., Erol, H. (2011). Tip 1 diyabetli adölesanların sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), 13–19.

- Brazeau, A. S., Nakhla, M., Wright, M., Henderson, M., Panagiotopoulos, C., Pacaud, D., ... Dasgupta, K. (2018). Stigma and its association with glycemic control and hypoglycemia in adolescents and young adults with type 1 diabetes: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e151.
- Browne, J. L., Ventura, A. D., Mosely, K., Speight, J. (2017). Measuring Type 1 diabetes stigma: Development and validation of the Type 1 Diabetes Stigma Assessment Scale (DSAS-1). *Diabetic Medicine*, 34(12), 1773–1782.
- Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., Speight, J. (2014). “I’m not a druggie, I’m just a diabetic”: a qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *BMJ open*, 4(7), 1–10.
- Çakır, S., Sağlam, H., Özgür, T., Eren, E., Tarım, Ö. (2010). Tip 1 diyabetli çocuklarda glisemik kontrolü etkileyen faktörler. *Guncel Pediatri*, 8(1), 7–19.
- Capistrant, B. D., Friedemann-Sánchez, G., Pendsey, S. (2019). Diabetes stigma, parent depressive symptoms and Type-1 diabetes glycemic control in India. *Social Work in Health Care*, 58(10), 919–935. doi:10.1080/00981389.2019.1679321
- Çatal, E., Dicle, A. (2014). Teori-araştırma bileşeni: Roy’un Uyum modeli örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), 33–45.
- Çelik, S., Kelleci, M., Avcı, D., Temel, E. (2015). Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 105-115.
- Commissariat, P. V., Kenowitz, J. R., Trast, J., Heptulla, R. A., Gonzalez, J. S. (2016). Developing a personal and social identity with Type 1 diabetes during adolescence : A hypothesis generative study. *Qualitative Health Research*, 26(5), 672–684.
- Edgar, K. A., Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(7), 485–493.
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 118–128.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Gredig, D., Bartelsen-Raemy, A. (2017). Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: implications for healthcare providers. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1620–1633.
- Hains, A. A., Berlin, K. S., Davies, W. H., Smothers, M. K., Sato, A. F., Alemzadeh, R. (2007). Attributions of adolescents with Type 1 Diabetes related to performing diabetes care around friends and peers: The moderating role of friend support. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(5), 561–570.
- Hakkarainen, P., Moilanen, L., Hänninen, V., Heikkinen, J., Räsänen, K. (2016). Work-related diabetes distress among Finnish workers with type 1 diabetes: A national cross-sectional survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11(1), 1–10.
- Hansen, U. M., Olesen, K. ve Willaing, I. (2020). Diabetes stigma and its association with diabetes outcomes: a cross-sectional study of adults with type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48, 855–861.
- Hansen, U. M., Skinner, T., Olesen, K., Willaing, I. (2019). Diabetes distress, intentional hyperglycemia at work, and glycemic control among workers with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 42(5), 797–803.
- Hapunda, G., Abubakar, A., van de Vijver, F., Pouwer, F. (2015). Living with type 1 diabetes is challenging for Zambian adolescents: Qualitative data on stress, coping with stress and quality of care and life. *BMC Endocrine Disorders*, 15(1), 1–12.
- Hess, R., Mctigue, K. (2008). Living With Diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(6), 1004–1012.
- Ho, J., Lee, A., Kaminsky, L., Wirrell, E. (2008). Self-concept, attitude toward illness and family functioning in adolescents with type 1 diabetes. *Paediatrics and Child Health*, 13(7), 600–604.
- Holmes-Truscott, E., Ventura, A. D., Thuraisingam, S., Pouwer, F., Speight, J. (2020). Psychosocial moderators of the impact of diabetes stigma: Results from the second diabetes miles – australia (miles-2) study. *Diabetes Care*, 43(11), 2651–2659.
- Huston, S. A., Blount, R. L., Heidesch, T., Southwood, R. (2016). Resilience, emotion processing and emotion expression among youth with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 17(8), 623–631.
- International Diabetes Federation. (2019). *Advocacy guide to the IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019* (9th Ed.).
- Irani, M. D., Abdoli, S., Parvizy, S., Fatemi, N. S., Amini, M. (2015). Breaking stigma within us: the role of people with Type 1 diabetes in overcoming diabetes-related stigma. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 35(Suppl 2), 264–270.
- Lee, S. M., Lim, L. C., Koh, D. (2015). Stigma among workers attending a hospital specialist diabetes clinic. *Occupational Medicine*, 65(1), 67–71.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu. Rev. Sociol.*, 27, 363–385.
- Major, B., O’Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393–421.

- Melo, M., Dantas, M., Costa, S., Wanessa, J., Katherine, I. (2015). Roy Adaptation Model : integrative review of studies conducted in the light of the theory. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(1), 132–140.
- Nishio, I., Chujo, M. (2017). Self-stigma of patients with Type 1 diabetes and their coping strategies. *Yonago Acta Medica*, 60, 167–173.
- Öz, R., Bal Yılmaz, H., Akçay, N. (2009). Tip 1 diyabetli çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 330–338.
- Pektekin, Ç. (2013). Sister Calista Roy ve Adaptasyon Kuramı. Ç. Pektekin (Ed.), *Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar* kitabı içinde (1. Baskı., s. 111–118). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Rassart, J., Luyckx, K., Berg, C. A., Bijttebier, P., Moons, P., Weets, I. (2015). Psychosocial functioning and glycemic control in emerging adults with Type 1 diabetes: A 5-year follow-up study. *Health Psychology*, 34(11), 1058–1065.
- Roy, C. (2011a). Research based on the Roy Adaptation Model : Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 312–320
- Roy, C. (2011b). Extending the Roy Adaptation Model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345–351.
- Roy, C., Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model* (3th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Roy, C., Zhan, I. (2010). Sister Callista Roy's Adaptation Model. In M. E. Parker ve M. C. Smith (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (3rd. Ed.). F.A. Davis Company.
- Schabert, J., Browne, J. L., Mosely, K., Speight, J. (2013). Social stigma in diabetes: A framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient*, 6(1), 1–10.
- Stuckey, H. L., Mullan-jensen, C. B., Piana, N., Vallis, M., Skovlund, S. E., Peyrot, M. (2014). Personal accounts of the negative and adaptive psychosocial experiences of people with diabetes in the second diabetes attitudes , Wishes and needs (DAWN2) study. *Diabetes Care*, 37(9), 6–9. doi:10.2337/dc13-2536
- Sunay Ertem, G. (2019). *Tip 1 diyabetli ergenlerin hastalığa uyumunda Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitimin etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Tosun, Ö., Kadiroğlu, T. (2016). Tip I diyabetes mellitusu olan adölesanın insülin pompası uyum sorunlarının çözümünde model kullanımı: Roy Adaptasyon Modeli. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(3), 1–5.
- Uzun, Ş. (2017). Sister Calista Roy: Adaptasyon Modeli. A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.), *Hemşirelik teorileri ve modeller kitabı* içinde (1. Baskı., s. 369–442). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma—A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 307–334.
- Velioğlu, P. (2012). Adaptasyon Kuramı. P. Velioğlu (Ed.), *Hemşirelikte kuram ve kavramlar kitabı* içinde (2. Baskı., s. 364–394). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Wens, J., Nicolucci, A., Kalra, S., Kulzer, B., Benedetti, M. M., Piana, N., ... Group. (2013). Societal discrimination and emotional well-being in people with diabetes: Erişim adresi: <http://www.dawnstudy.com/content/dam/Dawnstudy/AFFILIATE/www-dawnstudy-com/Home/DAWN2/Documents/Wens%2C-J-et-A1%2C-2013-Societal-discrimination-and-emotional-well-being-in-PWD-Results-from-DAWN2.pdf>
- Whittemore, R., Roy, S. C. (2002). Adapting to Diabetes Mellitus : A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 311–317.
- Zoffmann, V., Vistisen, D., Due-Christensen, M. (2014). A cross-sectional study of glycaemic control, complications and psychosocial functioning among 18- to 35-year-old adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 31(4), 493–499.

Dilan ÇİFTÇİ¹

Orcid: 0000-0002-5092-9382

Aynur TÜREYEN²

Orcid: 0000-0002-2361-2099

¹SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir/Türkiye

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

DİLAN ÇİFTÇİ

dilanciftci96@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Pandemi; otokontrol; empati; sorumluluk.

Keywords:

Pandemic ; self-control; responsibility; empathy.

Covid-19 Korunma İlkelerine Bireysel Uyum için Gereken Üç Özellik: Otokontrol-Sorumluluk-Empati

Three Features Required for Personal Compliance with Covid -19 Protection Principles: Self-Control Responsibility-Empathy

Gönderilme tarihi: 08 Mayıs 2021

Kabul tarihi: 23 Mart 2022

*Bu çalışma 6-11 Ekim 22. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Çin'in Hubei eyaleti Wuhan şehrinde 31 Aralık 2019'da SARS-CoV-2 adlı virüsün yayılımı ile ortaya çıkan ve COVID-19 adı verilen salgın kısa zamanda ülkemiz de dâhil tüm dünyayı etkisi altına alan bir pandemiye dönüşmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün 17 Nisan 2021'deki verilerine göre; SARS-CoV-2 ile enfekte kişi sayısı 130 milyonu geçmiştir ve şimdiye kadar yaklaşık 3 milyon insan hayatını kaybetmiştir. COVID-19 ile ilgili dünya genelinde pek çok araştırma yapılmasına rağmen, henüz pandemi durdurulamamıştır. Küresel salgının başlangıcından bu yana COVID-19 hastalarının etkin tedavisi için ilaç çalışmaları hızla sürdürülmesine, pandeminin yayılımını önlemek için koruyucu aşı oluşturma ile ilgili virolojik çalışmalar ve aşılama çalışmaları büyük bir çaba ile yürütülmesine rağmen pandemi hala ve hızla devam etmektedir. Bu bağlamda COVID-19'dan korunmanın tek yolu; aşıya ulaşıncaya kadar hatta aşı yapılsa bile pandeminin bireysel kontrolü ve yönetimidir. Maske kullanımı, sosyal mesafe, el temizliği, hijyen, bireysel izolasyon gibi kişisel koruyucu önlemler bu süreçteki bireysel pandemi yönetiminin temel bileşenleridir. Pandemi süreci başladığından bu yana neredeyse tüm medyada COVID-19'un etkin yönetimi için gerekli bireysel ve toplumsal korunma yöntemleri ile ilgili olarak virologlar, mikrobiyologlar ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları kitle iletişim araçları ile toplum bilgilendirilmektedir. Fakat tüm bu uyarı ve bilgilendirmelere rağmen, dünyadaki ve ülkemizdeki vaka sayıları ve ölüm oranlarındaki artış; COVID-19'un bireysel yönetiminin hala etkin olarak sağlanmadığını göstermektedir. Bu derlemenin yazım amacı içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde etkili bireysel korunmanın sağlanmasında otokontrol, sorumluluk ve empati kavramlarının önemini vurgulamaktır.

ABSTRACT

The epidemic called COVID-19, which emerged with the spread of the virus named SARS CoV-2 on December 31, 2019 in the city of Wuhan, Hubei province of China, turned into a pandemic that affected the whole world, including our country, in a short time. According to the data of the World Health Organization on April 17, 2021; The number of people infected with SARS-CoV-2 has exceeded 130 million and approximately 3 million people have died so far. Although many studies have been carried out around the world regarding COVID-19, which has affected the whole world, the pandemic has not been stopped yet. Despite the rapid continuation of drug studies for the effective treatment of COVID-19 patients since the beginning of the global epidemic, virological studies on creating a protective vaccine and vaccination studies to prevent the spread of the pandemic, the pandemic still and rapidly continues. In this context, the only way to be protected from COVID-19; It is the individual control and management of the pandemic without getting comfortable and complacent until the vaccine is reached, even if the vaccine is given. Personal protective measures such as mask use, social distance, hand cleaning, hygiene, individual isolation are the basic components of individual pandemic management in this process. Since the pandemic process began, virologists, microbiologists and infection specialists have aimed and strived to inform the society through mass media about the individual and social protection methods necessary for the effective management of COVID-19 in almost all media. However, despite all these warnings and information, the increase in the number of cases and death rates in the world and in our country shows that the individual management of COVID 19 is still not provided effectively. The purpose of writing this review is to emphasize the importance of the concepts of self-control, responsibility and empathy in providing effective individual protection during the current pandemic process.

Kaynak Gösterimi: Çiftçi, D., Türeyen, A. (2023). Covid-19 Korunma İlkelerine Bireysel Uyum için Gereken Üç Özellik: Otokontrol-Sorumluluk-Empati. *EGEHFD*, 39(1), 135-139 DOI: 10.53490/egehemsire.934822

How to cite: Çiftçi, D., Türeyen, A. (2023). Three Features Required For Personal Compliance with Covid -19 Protection Principles: Self-Control Responsibility-Empathy. *JEUNF*, 39(1), 135-139 DOI: 10.53490/egehemsire.934822

GİRİŞ

COVID-19, yeni keşfedilen yeni tip koronavirüsün neden olduğu enfeksiyon hastalığının adıdır. İlk olarak 31 Aralık 2019'da Çin'in Hubei Eyaletinin Wuhan şehrinde ortaya çıkan koronavirüs SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2) salgını hızlı bir şekilde tüm dünyayı etkisi altına almış ve küresel bir salgın yani pandemi niteliği kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 30 Ocak 2020'de Acil Durum Komitesi, çeşitli ülkelerden artan vaka bildirim oranlarına dayanarak Koronavirüs SARS-CoV-2 salgınını küresel sağlık acil durumu ilan etmiş ve Mart 2020'de tüm dünyaya salgının ciddiyetini vurgulayarak salgını küresel pandemi olarak nitelendirmiştir (Batirel, 2020; Velavan ve Meyer, 2020). Türkiye'de de 11 Mart 2020'de ilk pozitif vakanın bildirimi ile pandemi süreci başlamıştır. Özellikle virüsün kısa zaman içinde küresel pandemik bir hal alması, tüm dünya ülkelerini ekonomik, sosyolojik ve sektörel ilerleyişlerin aksaması açısından olumsuz etkilemeye devam etmektedir (Eser, Özer ve Çiçek, 2021). DSÖ'nün 17 Nisan 2021'de yayımlanan küresel verilerine göre; yeni tip koronavirus hastalığı SARS-CoV-2 ile enfekte kişi sayısı 130 milyonu geçmiştir ve şimdiye kadar yaklaşık 3 milyon insan hayatını bu nedenle kaybetmiştir (World Health Organization, 2020). Yeni tip koronavirus direk ya da dolaylı temas ile aktarılmaktadır. Direkt temas; hasta kişilerin öksürük, hapşırık ve benzeri yollar ile damlacık saçması veya direkt teması ile gerçekleşirken, dolaylı temas ise virüs ile kontamine olmuş nesnelere temas ya da hava yolu ile bulaşı kapsamaktadır (Batirel, 2020). Genellikle ilk semptomlar virüs ile temas sonrası 4.-5. günlerde ortaya çıkmaktadır fakat bu süre kişiye göre değişmekle beraber ilk semptomların oluşması ortalama 1-14 gün sürmektedir (Özçakmak ve Var, 2020). COVID-19 genellikle solunum sistemi semptomları ile başlar, birkaç gün içinde diğer belirtilerle klinik tablo ağırlaşır. Pandeminin ilk zamanlarında yapılan vaka bildirimlerine dayanarak DSÖ en sık görülen semptomları; ateş, boğaz ağrısı, kuru öksürük, yorgunluk ve miyalji olarak tanımlamıştır (Uğraş Dikmen, Kına, Özkan ve İlhan, 2020). Bu belirtilerin yanında tat ve koku duyusunda kayıp, burun akıntısı, iştah kaybı, baş ağrısı eklenebilir, ciddi dispne hatta entübasyon gerektiren ciddi solunum yetmezliği ve ani ölümle sonuçlanabilir (Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 2020; Böger ve diğerleri, 2021). Tüm dünyayı etkisi altına alan pandeminin başlangıcından bu yana, yine tüm dünyada hem aşı ile ilgili virolojik çalışmalar hem de hastalığı etkin tedavi etmek için farmakolojik çalışmalar devam etmektedir. Bulaşmayı önlemek, salgını durdurmak ve hastaları etkin bir ilaç ile tedavi ederek COVID-19'dan kayıpları önlemek için; bu tıbbi ve teknolojik çalışmalar büyük bir çaba ile yürütülmesine rağmen pandemi hala devam etmektedir (Bostancı, 2021). Bir diğer önemli nokta da; yaşanan bu ciddi pandeminin kontrolünde tüm dünyanın yaşanan hastalık süreci ile ortak bilinç ve sorumluluk duygusu ile mücadele etmesi gerektiğidir ki; bunun da temelinde bireysel sorumlulukların yerine getirilmesi halen en önemli faktördür (Budak ve Korkmaz, 2020). Aslında bu konuda dikkat edilmesi gereken önemli bir diğer nokta da, alınacak kişisel önlemlerin maliyet etkili, etkin ve kolay ulaşılabilir olmasıdır (Öztek, 2020). Bilindiği gibi salgın hastalıklarda kişiyi hastalıktan koruyan en önemli koruyucu aşıdır; aşı olan kişiye enfeksiyon etkeni bulaştığında kişi ya hiç hastalık belirtisi olmadan hastalığı asemptomatik olarak ya da ağır hasta olmadan hafif şikayetlerle geçirir. Özetle aşı hastalığın hafif geçirilmesinde etkilidir ancak etkenin kişiden kişiye bulaşmasını engellemez; diğer deyişle aşı olan kişiye hastalık bulaşabilir, aşı olan kişi de hastalığı başkasına bulaştırabilir. Bu bağlamda, aşırıya ulaşmaya kadar hasta aşı yapılsa bile COVID-19'dan korunmanın halen tek yolu; pandeminin bireysel kontrolü ve kişisel öz yönetimidir. Maske kullanımı, doğru sosyal mesafe, sabun veya kimyasal dezenfektan ile el temizliği ve hijyen gibi bireysel izolasyonu içeren koruyucu yöntemler, pandemiyi durdurmaya ve pandemiden korunmaya yönelik kişisel koruyucu önlemlerin ilk ve önemli bileşenleridir (Cheng ve diğerleri, 2020).

Pandemi süreci başladığından bu yana tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bütün medya araçlarında konunun uzmanları, COVID-19'un etkin yönetimi için gerekli tüm kişisel korunma yöntemlerini anlatmakta, öğretmekte ve yaşamsal önem taşıdığını vurgulamaktadır (Şener, Kılıç, Ayar, Dilmaç ve Sabuncuoğlu, 2020). Kitle iletişim araçları ile kişileri doğru bilgilendirmeyi amaçlayan bütün bu çabalara ve eğitici çalışmalara rağmen dünyadaki ve ülkemizdeki COVID-19 vaka sayıları ve ölüm oranlarındaki artış; salgından korunma ile ilgili kişisel kontrol ve yönetimin hala etkin olarak sağlanamadığını göstermektedir. COVID-19'dan korunmanın en önemli üç temel ilkesinin maske, sosyal mesafe ve hijyen kurallarına uyum olduğu bilinmesine karşın pandeminin yayılım hızı, yoğun bakım doluluk oranları, vaka, hasta ve kayıp sayılarındaki düşmeyen artış oranları kişisel koruyucu önlemlerin herkes tarafından doğru ve kesintisiz kullanılmadığını göstermektedir (Muşabak, 2021). Bu sorunun temelindeki en büyük soru şudur; kişisel koruyucu önlemler herkes tarafından bilindiği halde neden uygulanmamaktadır? Çünkü bilindiği gibi doğru bir davranış geliştirmek ya da kişideki mevcut bir davranışı doğru davranışa dönüştürmek için, o konu ile ilgili bilgi edinmek vazgeçilmezdir fakat yeterli değildir. Diğer deyişle davranış değişikliği için bilgi gerekli fakat yeterli değildir. Bireyin edindiği doğru bilgileri doğru davranışa dönüştürmesi için başka bazı kişisel faktörleri de taşıması gerekmektedir. Bu faktörlerin başında "Otokontrol, Sorumluluk ve Empati" yer almaktadır (Tunçer, 2013).

Otokontrol

Otokontrol ya da diğer deyişle öz-denetim; önemli bir amaca ulaşabilmek için kişinin duygularını, tepkilerini, davranışlarını o amaca odaklaması, konsantre olması veya başka amaca yönelme eğilimini denetleyip kısıtlaması olarak tanımlanmaktadır (Bahar ve Açıl, 2014). Bu yönüyle otokontrol insanın kişilik yapısı ile ilgili

olarak başarıya götüren en faydalı süreçlerdendir. Otokontrol; davranış üzerinde kontrol sağlayabilme becerisi olarak da tanımlanabilmektedir. İnsanlar dürtülerini kontrol edebilirler ve dürtüsel davranmayabilirler (Chang, 2020; Gillebaart ve De Ridder, 2019). Bunun dışında pozitif deneyimleri en üst düzeye çıkarmak isterken, negatif deneyimleri ise minimuma indirmek arzusuna sahiptirler (Duyan, Gülden ve Gelbal, 2012). Otokontrol uzun vadede kişiyi belli dürtülerine rağmen iyi ve doğru olana, kendisi veya içinde bulunduğu toplumun diğer üyeleri için yararlı olacak davranışlara yönlendirir (Yakut, 2019). Bu kavram pandemide daha da önemli bir durum almıştır; çünkü bireylerin her an yasaklar ve kısıtlamalarla denetlenmesi mümkün değildir (Xu ve Cheng, 2021). Pandemi ile beraber aniden değişen ortam ve sosyal yaşam şartlarına yanıt olarak, COVID-19 ile bireysel mücadeleyi sağlamak için gerekli olan tutum ve doğru davranışları uygulamak; kişinin otokontrol becerisinin en önemli sonucudur. Bu bağlamda kişinin kendi kendini kontrolü yani otokontrolü (özdenetimi) gerekmektedir (Keçe, 2019). Çünkü kişilerin özellikle pandemi döneminde otokontrol becerilerini kullanabilmeleri ile salgının bireysel ve toplumsal yayılımı önemli ölçüde azalacak hatta durdurulabilecektir. Pandemiyle mücadelenin en önemli adımlarının başında gelen kişisel korunma önlemlerine uymak ve uygulamak otokontrol gerektirir. Bu bağlamda konuyu örneklendirmek gerekirse; kişi pandemi döneminde otokontrolünü sağlayarak doğru ve efektif maske kullanım şartlarını sağladığında; kişinin maske kullanımına bağlı yaşam kalitesi düşer fakat, bireysel konforundan kendi otokontrolü ile vazgeçer ve maske kullanmaya, diğer deyişle maske kuralını uygulamaya kesintisiz devam eder ve böylece de kendisini ve çevresindekileri COVID-19'dan korumuş olur. Farklı bir deyişle kişi, maskenin verdiği basit ve geçici bir sıkıntıya otokontrol gücü ile katlanarak hem kendisini hem de iletişimde olduğu kişileri hastalığın yan etkilerinden yani pnömoni, yüksek ateş, solunum sıkıntısı, solunum yetmezliği nedeniyle entübasyon hatta ölümden korumuş olur. Bu bağlamda pandemi mücadelesinde başarılı olmak için otokontrolü sağlamak ve sürdürmek zorunlu bir gerekliliktir. Kişinin otokontrolünü başlatması ve sürdürmesi için özdenetim de gerekir. Diğer deyişle kişinin kendisine; kurallara tam uyuyor muyum? Maske takıyor muyum? Maskeyi doğru takıyor muyum? Kişilerle sosyal mesafemi koruyor muyum? Hijyen kurallarına dikkat ediyor muyum? gibi denetim soruları yöneltmesi ve tamamen doğru ve gerekli yanıtlarla objektif olarak otokontrolünü denetlemesi gerekir.

Sorumluluk

Sorumluluk, bir kişinin üzerine düşen görevi veya görevleri gereken zamanda ve gerektiği şekilde yerine getirmesi, mesuliyet duygusu taşıması ve böylece başka insanların haklarına ve kararlarına saygı göstermesi demektir (Schwan, 2021). Antoine de Saint-Exupéry'e göre *"Bir yetişkini çocuktan, akli başında bir kişiyi bilinçsiz bir kişiden ayıran en temel özellik sorumluluk üstlenme becerisidir ve insan olmak her şeyden önce sorumlu olmaktır"* olarak ifade etmektedir. (Karagül, 2019). Profesör Doktor Kemal Sayar pandemi döneminde sorumluluk kavramını: *"Maske bir yurttaşlık görevidir, karşılıklı sorumluluk bilincidir ve ortak kader duygusu etrafında kenetlenme demektir. Bir diğerimizi önemsemesek toplumsal kurallar çözünür ve dağılır gideriz. Birbirimizden sorumluyuz, bu işte sen ya da ben yok sadece kocaman bir biz varız"* sözleri ile açıklamıştır. Bu süreçte kişi yalnızca kendisi için değil, çevresindeki kişi ve kişilerin iyilik ve sağlık hallerini korumak için tüm davranışlarının sorumluluğunun bilincinde olarak yani davranışlarının sorumluluğunu üstlenerek sosyal yaşantısını belirlemelidir. Çünkü yetişkin ve olgun bir insan olmak sorumluluk üstlenmeyi gerektirmektedir (Kaya, 2020).

Pandemi dönemi fizyolojik ve psikolojik açıdan ne kadar yorucu ve yıpratıcı olursa olsun, kişinin bireysel sorumluluk bilincini koruması ve sürdürülmesi gerekir. Bu bağlamda kişinin pandemi mücadelesine yönelik bireysel sorumluluklarını; *"kişisel sorumluluklarımı tam bilmeliyim ve uygulamalıyım, mutlaka maske kullanmalıyım, en az bir veya iki metrelik sosyal mesafemi korumalıyım, kalabalık ortama girmemeliyim, arkadaşlarımla, yakınlarımla hiçbir gerekçe ile kalabalık oluşturmamalıyım, hijyen kurallarına dikkat etmeliyim, uymalıyım ve uygulamalıyım"* gibi uyarı cümleleri içeren duygu ve düşüncelerle, kendisine sorumluluklarını hatırlatması ve sorumluluk duygusunu ve davranışlarını kontrol etmesi gerekmektedir (Brown, Maslen ve Savulescu, 2019).

Empati

Empati, bir başka deyişle eş duyum; kavram olarak bir kişinin kendisini diğer kişinin yerine koyması, onun düşüncelerini ve duygularını doğru olarak algılamasıdır. Empati, kişilerarası iletişim ve olumlu sosyal davranışların gelişimi ve devamı için gerekli en önemli unsurlardan biridir. Bir insan empati kurmaya başladığında kendi düşüncelerini bir kenara bırakarak ilgisini diğer insanı anlamaya odaklanır (Ersoy ve Köşger, 2016). Kişilerarası ilişkilerde ve sosyal ortamda önemli bir yeri olan empati kavramı; pandemi döneminde şüphesiz çok daha gerekli bir hale gelmektedir. Pandemi sürecinde kişilerin empati becerilerini kullanarak birbirlerinin duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını anlamaya çalışmak; pandemi ile mücadeleyi ve kişisel ve toplumsal iyilik halini olumlu yönde etkileyecektir (Noyan, 2020). Pandemi süreci ile empati, otokontrol ve sorumluluk kavramlarını birbirleriyle örtüştürerek örneklendirmek gerekirse; önce maskenin koruyuculuk mekanizmasını düşünmekte yarar vardır. Bilindiği gibi kişisel koruyucu bir malzeme olan maske kullanmanın amacı; öncelikle virüsün kaynak kontrolünü yapmak yani Covid pozitif kişiden, konuşma özellikle yüksek sesle konuşma, öksürme, hapşırma ile Covid negatif kişilere virüsün bulaşmasını veya yayılımını önlemektir (Bostancı, 2021; Muşabak, 2021). Ancak toplumda yaklaşık %30-40 oranında asemptomatik olgu olduğu düşünüldüğünde; diğer deyişle hiçbir klinik belirti vermeden hatta kişinin kendisinin bile hiç farkında olmadığı tanılanmamış olan ama bulaştırıcılığı devam eden Covid pozitif

olguların azımsanmayacak oranda varlığı dikkate alındığında herkesin bulaştırıcılık riski olduğu görülür ve bu nedenle herkesin maske kullanması gerekmektedir (Orhan Kubat ve Şahin, 2020).

Sonuç olarak durumu empatik yaklaşım ve davranış değişikliğinde gerekli olan otokontrol ve sorumluluk kavramları ile beraber incelemek gerekirse; ben, sen, o üçlemesinden değerlendirme yapıldığında “*Ben maske kullanırsam seni korurum, sen maske kullanırsan beni korursun; benzer biçimde biz maske kullanırsak çevremizdekiler ve iletişim içinde olduğumuz kişiler (yani onlar) virüsten korunur, onlar maske kullanırlarsa da biz hepimiz korunuruz*” çıkarımı elde edilebilir. Özetle herkes kendini karşısındakinin yerine koyduğunda yani empati ile düşündüğünde; birbirini anlayabilir ve maske kullanım konusunda ortak anlama ve ortak amaca ulaşılabilir. Bu bağlamda, pandemi döneminde kişisel ve toplumsal mücadeleyi kesintisiz sürdürmek ve başarılı olmak için; otonomi becerisi ve sorumluluk duygusu kadar gereken empati duygusunu ve empati becerisini de geliştirmek ve bu üç kavramı beraber içselleştirebilmek gerekir. Empati becerisini geliştirmek için kişi; ben merkezli, bireysel, duygusal ve sabırsız hareket etmektan kaçınılmalı, kendine açık uçlu sorular sorarak, kendi davranış ve düşüncelerini anlamaya çalışmalı ve davranışlarının sonuçlarını düşünmeli, olaylardan veya haberlerden ders almalı ve kendine “*Benim gibi herkes hastalıktan korunmak ister. Ben korunursam, yakınlarımı, çevremdekileri de hastalıktan korumuş olurum. Ailemi, yakınlarımı, çevremdekileri korursam; aslında ben de korunurum, bu durum birbiri ile bağlantılı ve birbirini tamamlayan bir durum*” şeklinde düşünerek kişisel önlemler almalı, maske kullanımı konusunda doğru davranış geliştirmeli, kişisel koruyucu davranışların tümünü öğrenmeli ve kesintisiz uygulamalıdır (Pfattheicher, Nockur, Böhm, Sassenrath ve Petersen, 2020).

SONUÇ

Sonuç olarak pandemi ile mücadelenin hız kesmeden sürdürülmesi gereken dönemde; kişilerin bireysel ve toplumsal korunma sürecini başarılı bir şekilde yönetmeleri için koruyucu davranışların neden, ne için ve nasıl yapılması gerektiğini bilmelerinin yanında kendilerine *Otokontrol, Sorumluluk ve Empati* becerilerini kazandırıp ve varsa bunları geliştirmeleri gerekmektedir. Çünkü pandemi sürecinde kişilerin ancak bireysel bilinçleri yükseldikçe toplumsal korunma sağlanabilir. İçinde bulunulan pandemi döneminde güncel araştırmalar yapan araştırmacılara bu çalışmada pandemiden kişisel ve toplumsal korunmayı ele alırken uygulanabilecek önlemlerin yanında bu önlemleri içselleştirmek için davranış değişikliği ve doğru bilinen bilgiyi uygulayabilme konularının da üzerinde durmaları önerilmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: D.Ç., A.T. Literatür tarama: D.Ç., A.T. Makale yazımı: D.Ç., A.T. Eleştirel inceleme: D.Ç., A.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Bahar, Z., Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), 59–67.
- Batirel, A. (2020). SARS-CoV-2 : Bulaşma ve korunma. *Formerly Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 31(suppl), 1–7.
- Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. (2020). Covid-19 (SARS-CoV-2 enfeksiyonu) Genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerpidemiyolojivetanipdf.pdf>
- Böger, B., Fachi, M.M., Vilhena, R.O., Cobre, A.F., Tonin, F.S., Pontarolo, R. (2021). Systematic review with meta-analysis of the accuracy of diagnostic tests for Covid-19. *American Journal of Infection Control*, 49(1), 21–29. doi:10.1016/j.ajic.2020.07.011
- Bostancı, İ. (2021). Siperlik mi maske mi? Hangi maske. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği. Erişim adresi: <https://www.aid.org.tr/>
- Brown, R.C.H., Maslen, H., Savulescu, J. (2019). Responsibility, prudence and health promotion. *Journal of Public Health*, 41(3), 561–565. doi:10.1093/pubmed/fdy113
- Budak, F., Korkmaz, Ş. (2020). Covid-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 62–79. doi:10.35375/sayod.738657
- Chang, C. (2020). Self-control-centered empowerment model: Health consciousness and health knowledge as drivers of empowerment-seeking through health communication. *Health Communication*, 35(12), 1497–1508. doi:10.1080/10410236.2019.1652385

- Cheng, V.C.C., Wong, S.C., Chuang, V.W.M., So, S.Y.C., Chen, J.H.K., Sridhar, S., ... Yuen, K.Y. (2020). The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (Covid-19) epidemic due to SARS-CoV-2. *Journal of Infection*, 81(1), 107–114. doi:10.1016/j.jinf.2020.04.024
- Duyan, V., Gülден, Ç., Gelbal, S. (2012). Öz-denetim ölçeği - ÖDÖ güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(1), 19–30. Erişim adresi: <http://dergipark.org.tr/pub/tsh/issue/48532/615966>
- Ersoy, E. G., Köşger, F. (2016). Empati: Tanımı ve önemi. *Osmangazi Journal Of Medicine*, 38(2), 9–17. doi:10.20515/otd.33993
- Eser, B., Özer, M., Çiçek, T.E. (2021). Türkiye’deki Covid-19 salgını yönetimi ve sonuçları. *Şehir Sağlığı Dergisi*, 2(1), 26–34.
- Gillebaart, M., De Ridder, D.T.D. (2019). Distinguishing between self-control and perceived control over the environment to understand disadvantaged neighbourhood health and lifestyle outcomes. *Psychology & Health*, 34(11), 1282–1293. doi:10.1080/08870446.2019.1591409
- Karagül, S. (2019). Çocuk edebiyatının temel işlevleri: Felski’nin yaklaşımı doğrultusunda bir değerlendirme. *Dil Eğitimi ve Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 334–351. doi:10.31464/jlere.547408
- Kaya, İ. (2020). Maskeyle varolmak ve bir biyopolitika pratiği olarak tıbbın maskesi. *Dini Araştırmalar Dergisi*, 20(2), 593–613.
- Keçe, M. (2019). *Ruh sağlığı çalışanlarının öz denetim, yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşlarının incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi) Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.
- Muşabak, U. (2021). Hasta olan maske taksin. *Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği*. Erişim adresi: <https://www.aid.org.tr/>
- Noyan, H. (2020). Sinirbilim bakış açısıyla empati ve Covid-19 pandemisi. *İstinyeli Dergisi*, 44. Erişim adresi: <https://fef.istinye.edu.tr/tr/haberler/sinirbilim-bakis-acisiyla-empati-ve-covid-19-pandemisi>
- Orhan Kubat, G., Şahin, C. (2020). Coronavirus disease-2019 (Covid-19) clinical features. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 28(2), 14–19. doi:10.24179/kbbbbc.2020-75703
- Özçakmak, S., Var, I. (2020). Covid-19 salgınının yayılmasını önleyici hijyen uygulamaları. *Akademik Gıda*, 18(4), 433–441. doi:10.24323/akademik-gida.850947
- Öztek, Z. (2020). Pandemi mücadelesi ve yan kazanımlar. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, (Covid-19 özel sayısı). Erişim adresi: <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2020/07/Sağlık-ve-Toplum-Covid-19-Özel-Sayısı-Temmuz-2020.pdf>
- Pfattheicher, S., Nockur, L., Böhm, R., Sassenrath, C. ve Petersen, M.B. (2020). The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing and wearing of face masks during the Covid-19 pandemic. *Psychological Science*, 31(11), 1363–1373. doi:10.1177/0956797620964422
- Schwan, B. (2021). Responsibility amid the social determinants of health. *Bioethics*, 35(1), 6–14. doi:10.1111/bioe.12782
- Şener, O., Kılıç, M., Ayar, B., Dilmaç, E., Sabuncuoğlu, İ. (2020). Covid-19’da maske kullanımına ilişkin hızlı sistematik inceleme. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 4(2), 1–9.
- Tunçer, P. (2013). Değişim yönetimi sürecinde değişime direnme. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(1), 373–406.
- Uğraş Dikmen, A., Kına, M., Özkan, S., İlhan, M.N. (2020). Covid-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1(özel sayı), 29–36. doi:10.34084/bshr.715153
- Velavan, T.P. ve Meyer, C.G. (2020). The Covid- 19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health*, 25(3), 278–280. doi:10.1111/tmi.13383
- World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (Covid-19) spreads. Erişim adresi: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200423-sitrep-94-covid-19.pdf>
- Xu, P. ve Cheng, J. (2021). Individual differences in social distancing and mask-wearing in the pandemic of Covid-19: The role of need for cognition, self-control and risk attitude. *Personality and Individual Differences*, 175, 110706. doi:10.1016/j.paid.2021.110706
- Yakut, S. (2019). Üniversite öğrencilerinde öz-denetim. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(65), 1409–1418.

Thoracic Surgery and Nursing Care

Göğüs Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı

Fatma DEMİR KORKMAZ¹

Orcid: 0000-0003-3810-297X

Tuğçe YEŞİLYAPRAK²

Orcid: 0000-0001-9955-8677

Firdevs ATICI SOFU³

Orcid: 0000-0002-6015-4963

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

²Pamukkale Üniversitesi, Denizli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Denizli/Türkiye

³Sağlık Bakanlığı Menemen Devlet Hastanesi, Genel Yoğun Bakım, İzmir/Türkiye

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

TUĞÇE YEŞİLYAPRAK
tugceyesilyaprak39@gmail.com

Keywords:

Nursing care; thoracic surgery; complication; surgical nursing; postoperative care.

Anahtar Sözcükler:

Hemşirelik bakımı; göğüs cerrahisi; komplikasyon; cerrahi hemşireliği; ameliyat sonrası bakım.

Gönderilme tarihi: 20 Aralık 2021

Kabul tarihi: 9 Mayıs 2022

ABSTRACT

Changes in the pathophysiology of the chest after thoracic surgery cause respiratory and heart-related complications. These complications arise in connection with the patient's physiological characteristics and with the type of surgical intervention. Complications which occur and which cannot be brought under control extend the length of hospital stay and cause an increase in the rates of morbidity and mortality. To reduce and prevent complications, holistic nursing care is important throughout the surgical process. In this way, the patient's functional life can recover more quickly. Therefore, we will discuss the pathophysiological changes, complications and evidence-based practices for nursing care after thoracic surgery.

ÖZ

Göğüs cerrahisi sonrası göğüs patofizyolojisindeki değişiklikler solunum ve kalp ile ilgili komplikasyonlara neden olur. Bu komplikasyonlar hastanın fizyolojik özellikleri ve cerrahi müdahalenin tipi ile bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Meydana gelen ve kontrol altına alınamayan komplikasyonlar hastanede kalış süresini uzatmakta, morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olmaktadır. Komplikeasyonları azaltmak ve önlemek için cerrahi süreç boyunca bütünsel hemşirelik bakımı önemlidir. Böylece hastanın fonksiyonel hayatı daha hızlı toparlanabilmektedir. Bu nedenle göğüs cerrahisi sonrası hemşirelik bakımında patofizyolojik değişiklikler, komplikasyonlar ve kanıt dayalı uygulamalar tartışılacaktır.

How to cite: Demir Korkmaz, F., Yeşilyaprak, T., Atıcı Sofu, F. (2023). Thoracic Surgery and Nursing Care. *JEUNF*, 39(1), 141-148 DOI: 10.53490/egehemsire.1038787

Kaynak Gösterimi: Demir Korkmaz, F., Yeşilyaprak, T., Atıcı Sofu, F. (2023). Göğüs Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. *EGEHFD*, 39(1), 141-148. DOI: 10.53490/egehemsire.1038787

INTRODUCTION

The main illnesses which necessitate thoracic surgery are lung cancer, spontaneous pneumothorax, emphysema, tuberculosis, bronchiectasis, infection, trauma, and sarcoidosis (Akyolcu and Seyhan Ak, 2017; Annesi and Brook-Brunner, 2010; Yang et al., 2014). The most common reason for thoracic surgery is lung cancer. In the USA, there are 39.000 new cases every year, and more than 35.000 people die of lung cancer every year (Crimmons, 2016). According to the World Health Organization (WHO), the rate of new cases of lung cancer in 2018 was 11.6%, and the death rate in the same year was 18.4%. In Turkey, the rate of lung cancer is 225.1/100.000 (World Health Organazition, 2020). According to the Turkish Institute for Statistics, the number of patients dying from cancer of the respiratory system in 2018 was 25.017 (Turkish Institute, 2019). For standard thoracic surgery, thoracotomy is used. However, advances in technology allow video-assisted thoracic surgery (VATS) and robot-assisted thoracic surgery (RATS) to be safely performed in addition to standard surgery. In surgeries which have been performed, single lung ventilation (SLV) has been applied. Although these technological developments have positive effects in patients' lives after surgery, general complications after surgery such as nausea, vomiting or atelectasis can be accompanied by complications specific to thoracic surgery such as mediastinal shift, torsion of the lungs and heart and post pneumonectomy syndrome (Crimmons, 2016; Sengupta, 2015).

To effectively manage this process, surgical nurses must have a wide accumulation of knowledge of thoracic surgery, and to achieve an increase in the effectiveness of care, they must closely follow nursing care which includes evidence-based practices. Therefore, this review covers diagnostic methods relating to thoracic surgery, pathophysiologic changes following surgery, surgical techniques, and nursing care.

Pathophysiology of Thoracic Surgery

Following resection in thoracic surgery, changes occur in the pneumonectomy area, which is reduced by the rising diaphragm (Paone, Rose and Giudice, 2018). The space which forms after pneumonectomy is called the postoperative pleural space. The size of the pleural space depends on the lung before the surgery and the lymphatic vessel structure of the lung. In the early period after the surgery, this space is filled with air (Paone et al., 2018; Patella, Saporito, Mongelli, Pini, Inderbitzi and Cafarotti 2018; Wolfe and Lewis, 2002). The volume of the gas in the space is reduced by reabsorption of carbon dioxide, oxygen and nitrogen by the body. After than bleeding which can be seen from lung radiography occurs in this space. In this way, a low-protein liquid formed by bleeding and chylothorax begins to take the place of the gas in the pneumonectomy area (Paone et al., 2018; Wolfe and Lewis, 2002). For this reason, chest drainage is kept closed for the first 24 hours after the surgery to regulate the liquid level in the postoperative pleural space (Paone et al., 2018; Patella et al., 2018). The liquid begins to change with time from a fluid to a solid; a part of it is reabsorbed by the body, and the organs move into the pneumonectomy space. Negative pressure occurs by a slight shift in the center of mediastinum. (Paone et al., 2018; Wolfe and Lewis, 2002). This pathophysiologic change negatively affects the patient's respiratory functions. For this reason, various approaches have been developed to closing the pleural space which forms after thoracic surgery.

Closing the Pleural Space After Thoracic Surgery

In closing the pleural space after thoracic surgery, plombage was used in the first period. Also, muscle flaps are employed for this purpose (Shen, Wain, Wright, Grillo and Mathisen, 2008). The most frequently used muscle flaps are the dorsal muscle, the transverse rectus abdominis myocutaneous flap, the extra thoracic muscles, the latissimus dorsi and the pectoralis major flap (Huang, Lin, Wu and Tsai, 2017; Seify et al., 2007). However, these methods are no longer used, because they cause pressure on the bronchi and have negative effects on breathing. Today, tissue dilators containing saline have begun to be used for this purpose (Birdi, Baghai and Wells, 2001; Jung et al., 2016).

Nursing Management in Thoracic Surgery

The prevention of complications which may be seen after thoracic surgery can be assured with holistic nursing care given perioperative period.

Pre-Operative Nursing Care

Preparing the patient well before the surgery is important in the prevention of complications. Evaluation of the patient before the surgery focuses on the respiratory and cardiovascular systems. The patient's breathing rate and breathing sounds must be checked. Dyspnea, coughing, exercise intolerance, digital clubbing, obesity, posture disorder and use of alcohol and cigarettes must be checked (Saqib, 2016). ERAS and ESTS state that in the good preparation of a patient for thoracic surgery, the following are necessary;

- Evaluation of the patient's nutrition and elimination of malnutrition
- Use of oral nutrition support in malnourished patients

- Determination of patient's nutrition risk by a nurse using the NRS2002 evaluation instrument within 24 hours of admission to hospital; if the score is three or more, communication should be established with the nutrition support team and if necessary, 5-7 days of nutrition supplement should be applied
- For four weeks before the surgery, no alcohol or cigarettes should be used
- Regulation of lung function and exercise capacity
- In order to reduce postoperative lung infections, the teeth should be brushed once every six hours until the surgery with a non-alcoholic antiseptic mouth solution
- Evaluation of patients' venous thromboembolism risk using the Caprini Risk Score Evaluation instrument developed for thoracic surgery; if the risk score is five or above, exclusion of bleeding risk and use of low molecular weight heparin until 12 hours before the surgery
- Identification of anemia (Batchelor et al., 2019).

The British Thoracic Society and the Society for Cardiothoracic Surgery in Great Britain and Ireland published Guidelines on the Radical Management of Patients with Lung Cancer (Warner and Weiskopf, 2000). According to this guide, patients should be given a 400-meter walking test and cardiopulmonary exercise tests before the surgery, and pulmonary functions should be evaluated (Lim et al., 2010). In the preoperative period, the FEV should be >1.5 L for lobectomy patients and >2.0 L for pneumonectomy patients. Also, a sputum sample should be taken from these patients, and arterial blood gases should be examined (Lim et al., 2010; Warner and Weiskopf, 2000). The Turkish Thoracic Society also recommends that before chest surgeries, lung function tests, blood gas analyses and exercise tests should be carried out on patients (Ozkan, 2014). It was stated in a study on the topic by Iyer and Yadav that before an surgery, patients should quit smoking, and their breathing functions should be kept at an optimal level by physiotherapy (Iyer and Yadav, 2013).

Before the surgery, general patient instruction should be ensured (Refai et al., 2018). This instruction should cover deep breathing and coughing exercises, respiratory hygiene, smoking, early mobilization, postoperative pain control, contact addresses, wound and drain care and the surgical process (Gao et al., 2019; Kavaklı and Tarhan, 2020; Whyte and Grant, 2005).

Nursing Care During the Surgery

Measures to be applied during the surgery recommended by ERAS to prevent complications after thoracic surgery are as follows:

- Administration of routine intravenous antibiotic prophylaxis 60 minutes before the surgery
- Removal of body hair if necessary
- Use of chlorhexidine gluconate to clean the skin
- Maintenance of normothermia
- Monitoring core temperature to monitor the patient's body temperature in ensuring normothermia (Batchelor et al., 2019).

Postoperative Nursing Care

Maintaining respiratory functions

The incidence of complications relating to the respiratory system of patients following thoracic surgery is between 5-80% (Sengupta, 2015). As in all surgery, pulmonic regurgitation and atelectasis are complications which may also be seen after thoracic surgery. Pulmonic regurgitation is more commonly seen in patients with low FEV1 (Iyer and Yadav, 2013). After the surgery, respiratory functions should be checked at 15-minute intervals, the bed head should be elevated to an angle of 35-40 degrees and breathing exercises should be given by nurses to prevent pulmonic regurgitation and atelectasis (Crimmons, 2016; Iyer and Yadav, 2013). Postoperative aspiration and postural drainage also prevent atelectasis (Iyer and Yadav, 2013). Placing patients in a suitable position and helping to change their position at intervals plays a key role in preventing of complications. The positions given may vary according to the type of surgery (Annesi and Brook-Brunner, 2010). When changing position, the head and the healthy side of the chest should be supported, and the operated side should not be held by the chest or the arm (Tahiri et al., 2020). To prevent the development of thrombus in relation to prevention of blood flow from the lungs, the patient should not always be placed in the same position. Suitable position change causes an increase in ventilation, perfusion and gas exchange, and enables the removal of bronchial secretions (Kavaklı et al., 2020; Li et al., 2020; Refai et al., 2018; Tahiri et al., 2020).

To prevent atelectasis, mobilization should be achieved in the first 24 hours after the surgery (Batchelor et al., 2019). Before recovery from anesthesia, passive movements of the upper and lower extremities should be started with the support of the nurse. After the patient regains consciousness, participation in physical activities should be ensured (Annesi and Brook-Brunner, 2010). The activity level should be increased progressively. Before mobilization, the patient's ability to follow instructions should be assessed, their sitting balance and particularly in patients with a spinal block, sensory and motor functions of the lower extremities should be tested (Li et al., 2020).

The patient should sit up in bed 3.5 hours after the surgery and should maintain the sitting position for 30 minutes. In the fourth hour after the surgery, the patient should sit in a chair. Before mobilization, it is necessary to patients' clinical stability in a suitable way (Li et al., 2020; Refai et al., 2018; Tahiri et al., 2020). When the patients can sit for five minutes beside the bed without support and can completely perform bilateral knee extension, they can progress to standing and ambulation (Ahmad, 2018). After the surgery, every patient should sit beside the bed four times on the first day and should walk 80m on the second day and 100m on the third day (Annesi and Brook-Brunner, 2010; Grondell, Holleran, Mintz and Wiesel, 2018; White and Dixon, 2015; Yeung, 2016). However, patients do not want to walk after a surgery, because of pain and drainage. For successful mobilization of patients, pain management with analgesics must be successful. Because of the risk of postural hypotension, patients must be helped by at least two people when they first stand or walk. Also, equipment such as wheeled walkers, mechanical raising devices or thoracic walkers can be used (Grondell et al., 2018; White and Dixon, 2015; Yeung, 2016). During all mobilization activities, attention must be paid to keeping the patient's drainage system upright and at least 0.5m below the level of their chest tube (Bertani et al., 2018; Forster et al., 2021). Patients should be encouraged to record their activities in the diary section of the information handbook which specifies what they should succeed in doing every day after the surgery (Bertani et al., 2018).

In the prevention and treatment of pulmonary edema, arterial blood pressure must be monitored, 24-hour positive fluid balance should not exceed 20cc/kg, and sufficient nutrition and oxygenation should be ensured (Iyer and Yadav, 2013). In the late stages, post pneumonectomy syndrome may occur in the respiratory system. The findings are difficulty breathing, dyspnea and dysphagia. Patients should be given instruction on post pneumonectomy syndrome (Sengupta, 2015).

Maintenance of cardiovascular system functions

The loss of negative pressure in the lungs and the accumulation of fluid in the pneumonectomy area after thoracic surgery puts pressure on the heart. For this reason, AF is seen in patients following thoracic surgery (Al Sawalhi et al., 2021; Chae et al., 2006; Grondell et al., 2018; Iyer and Yadav, 2013). Also, in a retrospective examination by Rena et al., it was reported that 86.7% of patients undergoing lung resection developed AF (Rena et al., 2001). It is recommended in guides and studies that in order to prevent postoperative AF, the use of beta-blocker should be started before the surgery, magnesium deficiency should be corrected and if necessary, calcium canal blocker should be administered (Batchelor et al., 2019; Fernando et al., 2011; Iyer and Yadav, 2013). Keshava and Boffa have also published an algorithm on the management of atrial fibrillation after thoracic surgery (Keshava and Boffa, 2015).

Cardiac herniation seen postoperatively causes disruption of the blood flow in the vena cava inferior (Iyer and Yadav, 2013; Keshava and Boffa, 2015). For this reason, ischemia in the heart, right to left shunt and cardiac insufficiency are seen in patients after thoracic surgery (Chae et al., 2006; Grondell et al., 2018; Iyer and Yadav, 2013). Measuring pulmonary arterial and central venous pressure values, monitoring blood gases, monitoring ECG, raising the bed head to an elevation of 30-45 degrees, and changing horizontal position as much as the patient can tolerate are nursing interventions which should be performed to prevent cardiac complications (Crimmons, 2016; Grondell et al., 2018). In left lobectomy patients, cardiac tamponade may be seen. An increasing in pulmonary artery diastolic pressure and central venous pressure are frequently signs of cardiac tamponade. For this reason, reduction in cardiac output, Beck's triad, pulmonary artery pressure and ECG should be monitored (Iyer and Yadav, 2013).

After thoracic surgery, bleeding, shock and deep vein thrombosis can also occur. In order to ensure postoperative hemodynamics, bleeding and shock findings should be monitored by the nurse (Crimmons, 2016). Fluid accumulation of 1000mL/24h in the chest tube is a sign of bleeding, and a surgery is necessary to control bleeding, and therefore, the chest tube must be monitored (Iyer and Yadav, 2013). Also, if the patient's hemodynamic condition is stable but the amount of chest tube drainage is excessive, hematocrit values must be monitored to assess active bleeding from the lymphatic space (Batchelor and Ljungqvist, 2019; Forster et al., 2021; Iyer and Yadav, 2013). One week before the surgery, it is necessary to cease the use of anticoagulants to prevent bleeding (Batchelor et al., 2019). Interventions to prevent venous thromboembolism are risk assessment, the use of low molecular weight heparin, ensuring fluid volume, the use of elastic bandages, early mobilization, raising the feet, performing range of motion exercises, the periodic use of pneumatic equipment, and providing patient instruction (Batchelor et al., 2019; Crimmons, 2016; Iyer and Yadav, 2013; Yeung, 2016).

Ensuring fluid volume

Following thoracic surgery, hydration must be ensured to prevent pulmonary insufficiency (Iyer and Yadav, 2013). In ensuring fluid management, 0.9% saline solution should be used (Batchelor et al., 2019). However, to prevent Acute Respiratory Distress Syndrome during fluid replacement, excessive hydration should be avoided, and the amount of fluid should be adjusted to 1-2mg/kg/h (Iyer and Yadav, 2013). Also, if the patient has an electrolyte deficiency, this should be replaced with suitable fluids (Batchelor et al., 2019). Hypovolemia should be

monitored because a fall in volume during fluid treatment can be an indicator of bleeding. If the threshold limits of hydration have been reached, inotrope support should be considered, and urine output should be monitored (Iyer and Yadav, 2013).

Control of pain

After thoracic surgery, pain is experienced in the thoracotomy area, and if sufficient pain management is not provided, post-thoracotomy pain syndrome (PTPS) can develop. This is defined as pain at the incision site continuing or repeating for at least two months, and it is seen in 21-61% of patients (Blichfeldt-Eckhardt, Andersen, Ørding, Licht and Toft, 2017; Odejebi, Maneewat and Chittithavorn, 2019). Pain disrupts the patient's ability to draw a deep breath or to cough effectively, and this leads to reintubation by reducing lung volume and causing retention of mucus (Grondell et al., 2018; Iyer and Yadav, 2013). Inadequate pain control causes an increase in breathing rate, heart rate and blood pressure by increasing sympathetic stimulation, negatively affecting hemodynamic stability (Ahmad, 2018). Pain control can be achieved with a combination of paracetamol and NSAIDs. Another method of pain control is patient-controlled analgesia (Batchelor et al., 2019; Iyer and Yadav, 2013). Opioid group drugs are not to be preferred because they depress the respiratory system (Crimmons, 2016). In patients with chronic pain, ketamine may be used. If the patient has been given epidural anesthesia, a paravertebral block may be given to control pain (Batchelor et al., 2019; Iyer and Yadav, 2013). Multiple analgesia management is generally preferred for pain management. Before the surgery is completed, long-term effect local anesthetic and an intercostal nerve block are administered. Also, in the clinic, at first day hourly and later daily pain assessment should be made. NSAIDs are used over the first twelve hours after an intravenous injection (Li et al., 2020). If the patient's pain score is four or less, oral acetaminophen is given, and relaxation techniques may be applied to the patient. If the pain score is between four and seven, pain management should be performed with in intercostal nerve block including long-term effect local anesthesia and weak opioids. If the pain score is eight or above, more powerful opioids are used (Forster et al., 2021; Piccioni et al., 2018). Removing chest tubes after surgery also reduces the patient's pain. To reduce patients' pain and prevent wound opening during deep breathing and coughing exercises, the wound area should be supported with a towel or pillow (Li et al., 2020; Piccioni et al., 2018).

Along with incision pain, shoulder pain is also seen in patients after thoracic surgery (Odejebi et al., 2019). During the surgery, patients are placed in the LDP, and when the upper arm is brought into flexion of more than 90 degrees, pain occurs in the ipsilateral shoulder in connection with tension in the muscles and ligaments. The rate of occurrence of shoulder pain is 37-97% (Blichfeldt-Eckhardt et al., 2017). Wanting to keep the arm immobile because of pain causes the shoulder opening to be reduced (Blichfeldt-Eckhardt et al., 2017; Odejebi et al., 2019). In reducing shoulder pain, early mobilization and the use of oral analgesics should be ensured, and shoulder exercises should be taught (Annesi and Brook-Brunner, 2010; Blichfeldt-Eckhardt et al., 2017). Also, other nursing interventions such as listening to music, massage and attracting the attention elsewhere can be applied in postoperative pain control. Studies have shown that patients' pain has been significantly reduced using non-pharmacological procedures for pain management after thoracic surgery such as breathing exercise, prayer, listening to music, cold application, meditation and massage (Dion et al., 2011; Liu and Petrini, 2015; Odejebi et al., 2019; Reeve et al., 2010).

Chest tube drainage

After surgery, chest tubes are placed in the patient to monitor fluid, bleeding and air, and to prevent mediastinal shift. To prevent mediastinal shift, the chest tube must be kept closed for the first 24 hours (Grondell et al., 2018). However, the routine use of chest tubes is a subject which is debated. In the guide published by ERAS, chest tubes are recommended to be single entry and to be used if needed (Batchelor et al., 2019). In a study by Grondell et al., it was stated that in order to prevent infection, chest tubes should be taken out within one or two days of the surgery if the patient is stable (Grondell et al., 2018). Also, if chest tubes were used for more than two days, they should be changed for a flexible waterproof drainage system (Mehran, Martin, Baker, Mena and Rice, 2016).

Another debatable topic concerning chest tubes is classic closed underwater drainage. It has been found that classic underwater drainage is limited in assessing pleural air escape. Digital chest tubes on the other hand allow evaluation of minimal air escape and the regulation of pleural pressure (Wang, Hu, Ma and Zhang, 2019). Studies have found that in patients using digital chest tubes after thoracic surgery, chest tubes were used for a shorter time, pleural air escapes could be significantly monitored, pleural pressure could be monitored, patients' quality of life improved, and postoperative complications were reduced (Baringer and Talbert, 2017; Wang et al., 2019). In patients with chest tubes, fluid and air monitoring must be performed hourly, the amount coming must be monitored for blockages and the color of the fluid must be observed. Also the tube clamping and effleurage must not be performed, the tube must be held 90cm below, the closed drainage system must not be disrupted, and non-traumatic clamping should only be performed when tubes are changed (Crimmons, 2016).

Wound care and healing

In order to achieve wound healing after surgery, blood glucose should be monitored at 2-4-hour intervals. The wound should be cleaned with saline solution, the non-touch method should be used in dressing. Hydrocolloid wound closing products should be used in obese patients, and if necessary, vacuum-supported wound closing should be used (Li et al., 2020). In ensuring wound healing, nutrition is as important as wound care. Before the surgery, the patient's nutrition or malnutrition status must be assessed, and if necessary, oral nutrition products should be used (Batchelor et al., 2019). Also, patients' postoperative weight loss and body mass index should be monitored (Batchelor et al., 2019; Forster et al., 2021; Refai et al., 2018). In assessing nutrition and the healing process postoperatively, albumin levels must be monitored. In a study by Kaya et al., it was found that postoperative wound healing of patients without malnutrition was fast and that their albumin levels were normal (Kaya, Akcam, Ceylan, Samancılar, Ozturk and Usluer, 2016).

CONCLUSION

After thoracic surgery, complications relating to respiration and the heart may occur. Nursing interventions to prevent postoperative complications include giving breathing exercises, monitoring bleeding, shock and cardiovascular findings, monitoring vital signs, pain control.

Author Contributions

Concept and design: F.D.K., T.Y., F.A.S. Supervision: F.D.K. Literature search: T.Y., F.A.S. Writing manuscript: T.Y., F.A.S. Critical review: F.D.K.

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

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

REFERENCES

- Ahmad, A.M. (2018). Essentials of physiotherapy after thoracic surgery: What physiotherapists need to know. A narrative review. *The Korean Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 51(5), 293-307. doi:10.5090/kjtc.2018.51.5.293
- Akyolcu, N., Seyhan Ak, E. (2017). *Cerrahi hemşireliği II*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Al Sawalhi, S., Ding, J., Vannucci, J., Li, Y., Odeh, A., Zhao, D. (2021). Perioperative risk factors for atrial fibrillation (AF) in patients underwent uniportal video-assisted thoracoscopic (VATS) pneumonectomy versus open thoracotomy: single center experience. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 69(3), 487-496. doi:10.1007/s11748-020-01491-3
- Annesi, S., Brook-Brunner, J. (2010). Management of patients with chest and lower respiratory tract disorders (10. Edition ed.). *Medical surgical nursing* (pp.462-496). USA.
- Baringer, K., Talbert, S. (2017). Chest drainage systems and management of air leaks after a pulmonary resection. *Journal of thoracic Disease*, 9(12), 5399-5403. doi:10.21037/jtd.2017.11.15
- Batchelor, T.J., Ljungqvist, O. (2019). A surgical perspective of ERAS guidelines in thoracic surgery. *Current Opinion in Anesthesiology*, 32(1), 17-22. doi: 10.1097/ACO.0000000000000685
- Batchelor, T.J., Rasburn, N.J., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R.J., Gonzalez, M., . . . Slinger, P.D. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 55(1), 91-115. doi: 10.1093/ejcts/ezy301.
- Bertani, A., Ferrari, P., Terzo, D., Russo, E., Burgio, G., De Monte, L., . . . Crisci, R. (2018). A comprehensive protocol for physiokinesis therapy and enhanced recovery after surgery in patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy. *Journal of Thoracic Disease*, 10(4), 499-511. doi:10.21037/jtd.2018.02.55
- Birdi, I., Baghai, M., Wells, F.C. (2001). Surgical correction of postpneumonectomy stridor by saline breast implantation. *The Annals of Thoracic Surgery*, 71(5), 1704-1706. doi:[https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(00\)02404-8](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(00)02404-8)
- Blichfeldt-Eckhardt, M.R., Andersen, C., Ørding, H., Licht, P.B., Toft, P. (2017). Shoulder Pain After Thoracic Surgery: Type and Time Course, a Prospective Cohort Study. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 31(1), 147-151. doi:<https://doi.org/10.1053/j.jvca.2016.04.032>
- Chae, E.J., Seo, J.B., Kim, S.Y., Do, K.-H., Heo, J.-N., Lee, J.-S., . . . Lim, T.-H. (2006). Radiographic and CT findings of thoracic complications after pneumonectomy. *Radiographics*, 26(5), 1449-1468. <https://doi.org/10.1148/rg.265055156>
- Crimmons, K. (2016). *Oxford Handbook of Surgical Nursing* UK: Oxford University.
- Dion, L., Rodgers, N., Cutshall, S.M., Cordes, M.E., Bauer, B., Cassivi, S.D., Cha, S. (2011). Effect of massage on pain management for thoracic surgery patients. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 4(2), 2-6. doi:10.3822/ijtmb.v4i2.100

- Fernando, H.C., Jaklitsch, M.T., Walsh, G.L., Tisdale, J.E., Bridges, C.D., Mitchell, J.D., Shrager, J.B. (2011). The Society of Thoracic Surgeons practice guideline on the prophylaxis and management of atrial fibrillation associated with general thoracic surgery: executive summary. *The Annals of Thoracic Surgery*, 92(3), 1144-1152. doi: 10.1016/j.athoracsur.2011.06.104.
- Forster, C., Doucet, V., Perentes, J.Y., Abdelnour-Berchtold, E., Zellweger, M., Faouzi, M., . . . Gonzalez, M. (2021). Impact of an enhanced recovery after surgery pathway on thoracoscopic lobectomy outcomes in non-small cell lung cancer patients: a propensity score-matched study. *Translational Lung Cancer Research*, 10(1), 93-103. doi:10.21037/tlcr-20-891
- Gao, S., Barello, S., Chen, L., Chen, C., Che, G., Cai, K., . . . Ho, A.M.H. (2019). Clinical guidelines on perioperative management strategies for enhanced recovery after lung surgery. *Translational Lung Cancer Research*, 8(6), 1174-1187. doi:10.21037/tlcr.2019.12.25
- Grondell, J., Holleran, C., Mintz, E., Wiesel, O. (2018). Postoperative bedside critical care of thoracic surgery patients. *American Journal of Critical Care*, 27(4), 328-333. doi:doi.org/10.4037/ajcc2018107
- Huang, J.W., Lin, Y.Y., Wu, N.Y., Tsai, C.H. (2017). Transverse rectus abdominis myocutaneous flap for postpneumonectomy bronchopleural fistula: A case report. *Medicine*, 96(16), 6688. doi:10.1097/md.0000000000006688
- Iyer, A., Yadav, S. (2013). Postoperative care and complications after thoracic surgery. *Principles Practice of Cardiothoracic Surgery*, 57-84. doi: 10.5772/55351
- Jung, J.J., Cho, J.H., Kim, H.K., Choi, Y.S., Kim, J., Zo, J.I., Shim, Y.M. (2016). Management of post- pneumonectomy syndrome using tissue expanders. *Thoracic Cancer*, 7(1), 88-93. doi: 10.1111/1759-7714.12282
- Kavaklı, O., Kavaklı, K., Tarhan, G. (2020). The analysis of learning needs and level of awareness for patients who underwent thoracic surgery. *Gülhane Tıp Dergisi*, 62(2), 80-87. doi: 10.4274/gulhane.galenos.2019.863
- Kaya, S.O., Akcam, T.I., Ceylan, K.C., Samancılar, O., Ozturk, O., Usluer, O. (2016). Is preoperative protein-rich nutrition effective on postoperative outcome in non-small cell lung cancer surgery? A prospective randomized study. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 11(1), 14. doi:10.1186/s13019-016-0407-1
- Keshava, H.B., Boffa, D. (2015). Cardiovascular complications following thoracic surgery. *Thoracic Surgery Clinics*, 25(4), 371-392. doi: 10.1016/j.thorsurg.2015.07.001
- Li, Y., Yan, C., Li, J., Wang, Q., Zhang, J., Qiang, W., Qi, D. (2020). A nurse- driven enhanced recovery after surgery (ERAS) nursing program for geriatric patients following lung surgery. *Thoracic Cancer*, 11(4), 1105-1113. doi: 10.1111/1759-7714.13372
- Lim, E., Baldwin, D., Beckles, M., Duffy, J., Entwisle, J., Faivre-Finn, C., . . . Padley, S. (2010). Guidelines on the radical management of patients with lung cancer. *Thorax*, 65(3), 1-27. doi: 10.1136/thx.2010.145938
- Liu, Y., Petrini, M. A. (2015). Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(5), 714-718. doi:https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.08.002
- Mehran, R.J., Martin, L.W., Baker, C.M., Mena, G.E. Rice, D.C. (2016). Pain management in an enhanced recovery pathway after thoracic surgical procedures. *The Annals of Thoracic Surgery*, 102(6), 595-596. doi:https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.05.050
- Odejobi, Y., Maneewat, K., Chittithavorn, V. (2019). Nurse- led post- thoracic surgery pain management programme: its outcomes in a Nigerian Hospital. *International Nursing Review*, 66(3), 434-441. doi: 10.1111/inr.12515
- Ozkan, M. (2014). *Turkish Thoracic Society Preoperative Evaluation Consensus Report*. Erişim adresi: <https://toraks.org.tr/site/community/downloads/2152>
- Paone, G., Rose, G., Giudice, G.C. (2018). Physiology of pleural space after pulmonary resection. *J. Xiangya Med*, 3(3), 1-9. doi:doi: 10.21037/jxym.2018.03.01
- Patella, M., Saporito, A., Mongelli, F., Pini, R., Inderbitzi, R., Cafarotti, S. (2018). Management of residual pleural space after lung resection: fully controllable paralysis of the diaphragm through continuous phrenic nerve block. *Journal of Thoracic Disease*, 10(8), 4883-4890. doi:10.21037/jtd.2018.07.27
- Piccioni, F., Segat, M., Falini, S., Umari, M., Putina, O., Cavaliere, L., . . . Droghetti, A. (2018). Enhanced recovery pathways in thoracic surgery from Italian VATS Group: perioperative analgesia protocols. *Journal of Thoracic Disease*, 10 (4), 555-563. doi:10.21037/jtd.2017.12.86
- Reeve, J., Stiller, K., Nicol, K., McPherson, K. M., Birch, P., Gordon, I.R., Denehy, L. (2010). A postoperative shoulder exercise program improves function and decreases pain following open thoracotomy: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 56(4), 245-252. doi:https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70007-2
- Refai, M., Andolfi, M., Gentili, P., Pelusi, G., Manzotti, F., Sabbatini, A. (2018). Enhanced recovery after thoracic surgery: patient information and care-plans. *Journal of Thoracic Disease*, 10(4), 512-516. doi:doi: 10.21037/jtd.2017.12.87

- Rena, O., Papalia, E., Oliaro, A., Casadio, C., Ruffini, E., Filosso, P., . . . Maggi, G. (2001). Supraventricular arrhythmias after resection surgery of the lung. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 20(4), 688-693. doi:10.1016/S1010-7940(01)00890-9 %J
- Saqib, M. (2016). Risk factors for thoracic surgery. *Anaesth Pain & Intensive Care*, 20(1), 77-80. Erişim adresi: https://www.academia.edu/33236807/Risk_factors_for_thoracic_surgery
- Seify, H., Mansour, K., Miller, J., Douglas, T., Burke, R., Losken, A., . . . Hester, T.R. (2007). Single-stage muscle flap reconstruction of the postpneumonectomy empyema space: The emory experience. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120(7), 1886-1891. doi: 10.1097/01.prs.0000256051.99115.fb.
- Sengupta, S. (2015). Post-operative pulmonary complications after thoracotomy. *Indian Journal of Anaesthesia*, 59(9), 618-626. doi:10.4103/0019-5049.165852
- Shen, K.R., Wain, J.C., Wright, C.D., Grillo, H.C., Mathisen, D.J. (2008). Postpneumonectomy syndrome: Surgical management and long-term results. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 135(6), 1210-1219.e1216. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2007.11.022>
- Tahiri, M., Goudie, E., Jouquan, A., Martin, J., Ferraro, P., Liberman, M. (2020). Enhanced recovery after video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy: a prospective, historically controlled, propensity-matched clinical study. *Canadian Journal of Surgery*, 63(3), 233-240. doi:10.1503/cjs.001919.
- Turkish Institute for Statistics (2019). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
- Wang, H., Hu, W., Ma, L., Zhang, Y. (2019). Digital chest drainage system versus traditional chest drainage system after pulmonary resection: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 14(1), 1-6. doi:10.1186/s13019-019-0842-x
- Warner, David O., Weiskopf, Richard B. (2000). Preventing postoperative pulmonary complications: The role of the anesthesiologist. *Anesthesiology*, 92(5), 1467-1472. doi:10.1097/00000542-200005000-00037 %J Anesthesiology
- White, J., Dixon, S. (2015). Nurse led patient education programme for patients undergoing a lung resection for primary lung cancer. *Journal of Thoracic Disease*, 7(2), 131-137. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2015.03.11
- Whyte, R.I., Grant, P.D. (2005). Preoperative patient education in thoracic surgery. *Thoracic Surgery Clinics*, 15(2), 195-201. doi:10.1016/j.thorsurg.2005.02.002
- World Health Organization (2020). Data of International Agency of Research on Cancer. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>
- Wolfe, W.G., Lewis, C.W. (2002). Control of the pleural space after pneumonectomy. *Chest Surgery Clinics*, 12(3), 565-570. doi: 10.1016/s1052-3359(02)00021-2
- Yang, J., Xia, Y., Yang, Y., Ni, Z.-z., He, W.-x., Wang, H.-f., . . . Jiang, G.-n. (2014). Risk factors for major adverse events of video-assisted thoracic surgery lobectomy for lung cancer. *International Journal of Medical Sciences*, 11(9), 863. doi:DOI 10.1007/s12262-016-1510-1
- Yeung, W.W.K. (2016). Post-operative care to promote recovery for thoracic surgical patients: a nursing perspective. *Journal of Thoracic Disease*, 8(1), 71-77. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2015.10.68

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

Determining the Use of Traditional and Complementary Therapies Among Infertile Women <i>İnfertil Kadınların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanım Durumlarının Belirlenmesi</i> Aylın TANER, Sezer ER GÜNERİ	1-9
Ebelerin Perinatal Dönemde Gelişen Venöz Tromboemboliye İlişkin Bilgi Ve Görüşleri <i>Information and Opinions of Midwives About on Venous Thromboembolism Developing in the Perinatal Period</i> Fatma ÇANDAR, Ayten TAŞPINAR	11-20
Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması <i>Person Centered Perioperative Nursing Scale: The Study of Adaptation to Turkish, Validity and Reliability</i> Nadide YILMAZ ESENBÖĞA, Seher YURT	21-33
The Effects of Coronavirus Phobia and Anxiety States on Parents' Attitudes Towards Their Preschool Children <i>Okulöncesi Çocuğu Olan Ebeveynlerin Koronavirüs Fobisi ve Anksiyete Durumlarının Çocuklarına Yönelik Tutumlarına Etkisi</i> Hatice ÜZSEN, Dilek ZENGİN, Seda ARDAHAN SEVGİLİ, Hatice BAL YILMAZ Zümrüt BASBAKKAL	35-41
Hemşirelerin Profesyonel Otonomi Düzeyleri ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları İle İlişkili Faktörler <i>Factors Related to The Nurses' Levels of Professional Autonomy and Attitudes to Evidence-Based Nursing</i> Esra DANACI, Seval AĞAÇDİKEN ALKAN, Tuğba KAVALLI ERDOĞAN2, Esra ÖZBUDAK, Sevil MASAT HARBALİ	43-54
Sorun Çözme Terapisi Temelli Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Ruhsal Belirtiler Üzerine Etkisi <i>The Effect of Problem-Solving Therapy-Based Psychiatric Nursing Approach on the Mental Symptoms Experienced by University Students</i> Esra ENGİN, M. Olcay ÇAM, Ayşegül DÖNMEZ, Şeyda DÜLGERLER, Gönül ÖZGÜR, Ayça GÜRKAN, Satı DOĞAN, Serap YILDIRIM, Emel ÖZTÜRK TURGUT, Nihan DURGUT, Gizem BEYCAN EKİTLİ, Elif Deniz KAÇMAZ, Merve UĞURYOL, Hacer DEMİRKOL, Cansu GÜLER, Ege Miray TOPCU, Özgür KARAÇAM	55-62
Kadınların Doğum Ağrısını Azaltmak İçin Tercih Ettikleri Nonfarmakolojik Yöntemler <i>Nonpharmacological Methods That Women Prefer to Reduce Birth Pain</i> Saadet BOYBAY KOYUNCU, Mehmet BÜLBÜL	63-70
Sağlık Çalışanları Ebeveynlerde COVID-19 Korkusunun Ebeveyn Çocuk İlişisine Etkisi <i>The Effect of COVID-19 Fear on Parent Child Relationship in Healthcare Professionals Parents</i> Şeyda BİNAY YAZ, Güliz ÖZBOLAT	71-79
Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlığa ve Hastalığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi <i>The Relationship Between Illness Acceptance and Attitudes Towards Health and Illness in Patients with Diabetic Foot</i> Ezgi DÖNER, Rabiye ÇIRPAN, Gülsüm Nihal ÇÜRÜK	81-91
Çocuk Hemşirelerinin Meslek Ölçütleri Çerçevesinde Hemşireliğe Bakışı <i>Pediatric Nurses' Perspective on Nursing in the Framework of Professional Criteria</i> Burcu ÇALIK BAĞRIYANIK, Dilek YILDIZ, Tamer BAĞRIYANIK, Aylın PEKYİĞİT	93-102
Kemoterapi Tedavisi Alan Hematoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Araştırma <i>The Learning Needs of Hematology Patients Receiving Chemotherapy Treatment and Affecting Factors: Descriptive Research</i> Anita KARACA, İpek AYCİL	103-113
Egzersize Yönelik Sağlık İnançları Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması <i>The Validity and Reliability Study of the Health Belief Model Scale for Exercises</i> Çağdaş CAZ, Yakup PAKTAŞ, Ömer Faruk YAZICI	115-124

Derlemeler / Reviews

Tip 1 Diyabette Damgalama İçin Bir Model Önerisi: Roy Adaptasyon Modeli <i>A Model Proposal For Stigma in Type 1 Diabetes: Roy Adaptation Model</i> Ece MUTLU SATIL, Şeyda DÜLGERLER	125-133
Covid-19 Korunma İlkelerine Bireysel Uyum için Gereken Üç Özellik: Otokontrol-Sorumluluk-Empati <i>Three Features Required for Personal Compliance with Covid -19 Protection Principles: Self-Control Responsibility-Empathy</i> Dilan ÇİFTÇİ, Aynur TÜREYEN	135-139
Thoracic Surgery and Nursing Care <i>Göğüs Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı</i> Fatma DEMİR KORKMAZ, Tuğçe YEŞİLYAPRAK, Firdevs ATICI SOFU	141-148

