

# sağlık akademisyenleri DERGİSİ

## Journal of Health Academician

YIL: 2023 CİLT: 10 SAYI: 2 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

ISSN: 2148-7472  
e-ISSN: 2636-7572

**“Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar”**

- Is there a relationship between somatization symptoms and communication skills?
- Çocuklarda otizm şiddetinin sosyal iletişim ile ilişkisi
- Türkiye’de hemşirelik alanında sağlık inanç modeline dayalı yapılan doktora tezlerinin incelenmesi: Bibliyometrik bir analiz
- Edinilmiş oküler motor sinir felci: Klinik deneyimlerimizin analizi
- Dış hekimliğinde evde sağlık uygulamaları: Pandemi öncesi ve sonrası açısından karşılaştırmalı bir analiz
- Palyatif bakım hastasına yönelik bakım yeri tercihi üzerine bir inceleme
- Kadın doğum hastanesi hemşire çağrı zili kullanımını ile hasta memnuniyeti ve düşen hasta sayısı arasındaki ilişki
- Gebelerde Covid-19 salgınına yönelik algı ve tutumlarının belirlenmesi
- Spor yapan bireylerde egzersiz bağımlılığı, ortoreksiya nervoza ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi
- Pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik
- Effect of health education supported with motivational interviewing on medication adherence of COVID-19 patients receiving home care
- X ve Y Kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışı özellikleri ve mesleğe bağlılık algısının değerlendirilmesi
- Monte Carlo Simülasyonu ile yatırım kararı
- Örgütsel iletişim iklimi algısı ile ilişkili bazı değişkenler: Bir ildeki iki kamu kurumu örneği
- Hasta dostu hastane: Bir eğitim araştırma hastanesi uygulaması
- Türkiye’de lisansüstü tezlerde bebek masajının etkilerinin incelenmesi: Sistematik derleme
- Yeni doğanlarda deri bakımı: Bez dermatiti ve yönetimi
- Examination of nursing theses on older adults in Turkey: A systematic review
- Yaşlılarda malnütrisyon, nedenleri ve etkileri
- Devolusyon ve sağlık sonuçları



## KÜNYE

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

**BİLİMSEL HEYET****BAŞEDİTÖR**

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

**EDİTÖRLER**

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

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

**YAYIN KURULU**

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Mümtaz KÖKSAL	Universität Bonn, Germany	ALMANYA
2	Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ	Uludağ Üniversitesi	Bursa/TÜRKİYE
3	Prof. Dr. Rashid Bin KHALFAN AL ABRI	The University of Sultan Qaboos	Muscat/UMMAN
4	Prof. Dr. Birkan TAPAN	Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İsyanbul/TÜRKİYE
5	Doç. Dr. Umut Beylik	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/TÜRKİYE
6	Assist.Prof.Dr Arafat USEINI	International Vision University	MAKEDONYA
7	Dr. Dina BAURODI	AMEOS Hospital Anklam	Berlin/ALMANYA
8	Dr. Emilia Angelova HOVAGİMYAN	-	BULGARİSTAN
9	Dr. Öğr. Üyesi Gürbüz AKÇAY	Pamukkale Üniversitesi	Denizli/TÜRKİYE
10	Dr. Öğr. Üyesi M. Emin DEMİRKOL	Sağlık Bakanlığı-Bolu İl Sağlık Müdürlüğü	Bolu/TÜRKİYE

**DANIŞMA KURULU**

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
2	Prof. Dr. Allen C. MEADORS	The University of North Carolina at Pembroke	NC/ABD
3	Prof. Dr. H. Emre BURÇKİN	IMBL Üniversitesi Onursal Profesör	İstanbul/TÜRKİYE
4	Prof. Dr. İsmail ÜSTEL	Serbest Danışman	Ankara/TÜRKİYE
5	Prof. Dr. Zarema OBRADAVIÇ	Sarajevo Halk Sağlığı Enstitüsü	BOSNA HERSEK
6	Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK	Sebahattin Zaim Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
7	Dr. Öğr.Üyesi Aziz Ahmet SUREL	Sağlık Bakanlığı	Ankara/TÜRKİYE
8	Prof. Dr. K. Rajasekharan NAYAR	Ananthapuri Hospitals	Kerala/HİNDİSTAN
9	Prof. Muhammad Hassan BUCHA	Bahauddin Zakariya University	PAKİSTAN
10	Assist. Prof. Şehida RİZVANÇE MATSANI	International Vision University	MAKEDONYA
11	Prof. Imran AKPEROV	IMBL University	Rostov/RUSYA
12	Assist. Prof. Muhammad WAGAS	University of Bradford	BİRLEŞİK KRALLIK
13	Prof. Dr. Nilay GEMLİK	Marmara Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
14	Prof. Dr. A. F. AL-ASSAF	The University of Oklahoma	Oklahoma/ABD
15	Doç. Dr. M. Nurullah KURUTKAN	Düzce Üniversitesi	Bolu/TÜRKİYE

## SAYI HAKEMLERİ

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Birkan TAPAN	Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
2	Prof. Dr. Nurdan DUMAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
3	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
4	Prof. Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
5	Prof. Dr. Ali GÜNEŞ	Aydın Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
6	Prof. Dr. Kadriye KAHVECİ	Ankara Şehir Hastanesi	Ankara/Türkiye
7	Prof. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN	Düzce Üniversitesi	Düzce/Türkiye
8	Prof. Dr. Gülfer BEKTAŞ	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
9	Doç. Dr. Harun KIRILMAZ	Sakarya Üniversitesi	Sakarya/Türkiye
10	Doç. Dr. Yasin UZUNTARLA	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Ankara/Türkiye
11	Doç. Dr. Fatih ÖZBEY	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
12	Doç. Dr. Berna DİNÇER	Medeniyet Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
13	Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BESELER	Niğde Üniversitesi	Niğde/Türkiye
14	Doç. Dr. Ahmet İlker TEKKEŞİN	Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	İstanbul/Türkiye
15	Doç. Dr. Handan Eren	Yalova Üniversitesi	Yalova/Türkiye
16	Doç. Dr. Fahri ÖZSUNGUR	Mersin Üniversitesi	Mersin/Türkiye
17	Doç. Dr. Demet İNANGİL	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
18	Dr. Öğr. Üyesi Levent YÜCEL	On beş Kasım Üniversitesi	KKTC
19	Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
20	Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
21	Dr. Öğr. Üyesi Özen Esra KAHRAMAN	Fenerbahçe Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
22	Dr. Öğr. Üyesi Elif DİNÇERLER	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
23	Dr. Öğr. Üyesi Sadık TAKI	Medipol Üniversitesi	Ankara/Türkiye
24	Dr. Öğr. Üyesi Metin YILDIZ	Sakarya Üniversitesi	Sakarya/Türkiye
25	Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	Aydın/Türkiye
26	Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT	SANKO Üniversitesi	Gaziantep/Türkiye
27	Dr. Öğr. Üyesi Hülya ELMALI ŞİMŞEK	Fenerbahçe Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
28	Dr. Öğr. Üyesi Eda AKTAŞ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
29	Dr. Öğr. Üyesi Elif ASIK	Kırıkkale Üniversitesi	Kırıkkale/Türkiye
30	Dr. Öğr. Üyesi Işıl Deniz OĞUZ	Giresun Üniversitesi	Giresun/Türkiye
31	Dr. Öğr. Üyesi İlkey Kayacan KESER	Akdeniz Üniversitesi	Antalya/Türkiye
32	Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BAKTIR	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
33	Dr. Öğr. Üyesi Gürbüz AKÇAY	Pamukkale Üniversitesi	Denizli/Türkiye
34	Dr. Öğr. Üyesi Ayten KÜÇÜK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Afyonkarahisar/Türkiye
35	Uzm. Dr. Dilek Menekşe BEŞER	Ankara Şehir Hastanesi	Ankara/Türkiye
36	Uzm. Dr. Cihan DÖĞER	Ankara Şehir Hastanesi	Ankara/Türkiye
37	Dr. Fatih SEYRAN	Sağlık Bakanlığı	Ankara/Türkiye
38	Dr. Reva GÜNDOĞAN	İl Sağlık Müdürlüğü	Adıyaman/Türkiye
39	Dr. Işıl ARSLAN	İç İşleri Bakanlığı	İstanbul/Türkiye
40	Dr. Fatih ORHAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
41	Dr. Serhat CÖMERT	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Ankara/Türkiye
42	Arş. Gör. Okan Anıl AYDIN	Beykent Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
43	Arş. Gör. Büşra DEMİRER	Karabük Üniversitesi	Karabük/Türkiye
44	Uzm. Ebru KONAL	Ege Üniversitesi	İzmir/Türkiye
45	Uzm. Mustafa ERDOĞAN	Sakarya Üniversitesi	Sakarya/Türkiye

**MAKALE YAZIM KURALLARI**

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

1. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde Yayın politikaları aşağıdaki ilkeleri içermektedir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Kaynakçaya atıflar "APA-7 Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır.

**Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar**

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

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

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

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

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

**Araştırma Makaleleri:**

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

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

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

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

Tartışma aşğında verilen ana başlıkları içerecek şekilde yapılmalıdır.

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

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

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

**Derleme Makaleleri:**

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



**Kısa Rapor:**

İstisna durumlar haricinde orijinal makaleler için rehber aynı şekilde kalacaktır

**Editöre Mektup:**

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

**Metin içi Atıf**

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

**Kaynaklar:**

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

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

Kaynakların yazılışı aşağıdaki örneklerle göre yapılmalıdır:

Dergi:

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

Kitap:

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

Elektronik Adres:

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

Açıklama;

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

## İÇİNDEKİLER

**Araştırma Makaleleri**

<b>Is there a relationship between somatization symptoms and communication skills?</b> <i>Somatizasyon belirtileri ile iletişim becerileri arasında ilişki var mıdır?</i> Gamze Sarıkoç, Emine Öksüz, Sinem Dağ Canatan, Belgin Varol	162-170
<b>Çocuklarda otizm şiddetinin sosyal iletişim ile ilişkisi</b> <i>The relationsip of autism violence with social communication in children</i> Abdurrahman Karabaş, Mehmet Fatih Aydın	171-182
<b>Türkiye’de hemşirelik alanında sağlık inanç modeline dayalı yapılan doktora tezlerinin incelenmesi: Bibliyometrik bir analiz</b> <i>Investigation of doctoral theses based on health belief model in nursing in Turkey: A bibliometric analysis</i> Dilan Deniz Akan	183-189
<b>Edinilmiş oküler motor sinir felci: Klinik deneyimlerimizin analizi</b> <i>Acquired ocular motor nerve paralysis: analysis of our clinical experiences</i> Esra Erucar	190-194
<b>Dış hekimliğinde evde sağlık uygulamaları: Pandemi öncesi ve sonrası açısından karşılaştırmalı bir analiz</b> <i>Home health practices in dentistry: A comparative analysis before and after the pandemic</i> Nevin Horasan, Ayhan Çetinkaya	195-199
<b>Palyatif bakım hastasına yönelik bakım yeri tercihi üzerine bir inceleme</b> <i>An investigation on care location preference for palliative care patients</i> Hurişah Aksakal	200-206
<b>Kadın doğum hastanesi hemşire çağrı zili kullanımı ile hasta memnuniyeti ve düşen hasta sayısı arasındaki ilişki</b> <i>The relationship between the use of the nurses call bell and the patient satisfaction and the number of falling patients</i> Asibe Özkan, Ayfer Hiçerimez	207-214
<b>Gebelerde Covid-19 salgınına yönelik algı ve tutumlarının belirlenmesi</b> <i>Determining the perceptions and attitudes of pregnant women about the Covid-19 contagious</i> Beril Ezgi Tahan, Sevda Karakaş	215-225
<b>Spor yapan bireylerde egzersiz bağımlılığı, ortoreksiya nervoza ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi</b> <i>Determination of exercise dependence, orthorexia nervosa and its affecting factors in individuals doing sports</i> Ayşe Kuzu, Pınar Çiçekoğlu Öztürk	226-234
<b>Pediatric kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik</b> <i>Compassion fatigue and burnout of working physicians and nurses in pediatric clinics</i> Sibel Küçük, Sedef Seval Memiş	235-243
<b>Effect of health education supported with motivational interviewing on medication adherence of COVID-19 patients receiving home care</b> <i>Motivasyonel görüşme ile desteklenen sağlık eğitiminin evde takip edilen COVID-19 tanılı hastaların ilaç tedavisi uyumuna etkisi</i> Burcu Yılmaz, Serpil Özdemir	244-253



## İÇİNDEKİLER

**Araştırma Makaleleri**

- X ve Y Kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışı özellikleri ve mesleğe bağlılık algısının değerlendirilmesi**  
*Evaluation of care behavior characteristics and perception of professional commitment of x and y generations nurses* 254-267  
Diğdem Lafcı, Fatma Canlı
- Monte Carlo Simülasyonu ile yatırım kararı**  
*Investment decision with Monte Carlo Simulation* 268-274  
Tuğba Altıntaş, Abdullah Kaldık
- Örgütsel iletişim iklimi algısı ile ilişkili bazı değişkenler: Bir ildeki iki kamu kurumu örneği**  
*Some variables related perception of organizational communication climate: Examples of two public institutions in a province* 275-282  
Kazım Baş
- Hasta dostu hastane: Bir eğitim araştırma hastanesi uygulaması**  
*Patient-friendly hospital: A training research hospital implementation* 283-290  
Ali Arslanoğlu, Yusuf Sermet Kileci, Şeyda Ferah Arslan, Zehra Arslan

**Derleme Makaleleri**

- Türkiye’de lisansüstü tezlerde bebek masajının etkilerinin incelenmesi: Sistemik derleme**  
*Investigation of the effects of infant massage in postgraduate theses in Turkey: A systematic review* 291-301  
Hatice Bal Yılmaz, Sevgim Küçük, Seval Uğur, Ayçin Ezgi Önel, Tuba Gıynaş
- Yeni doğanlarda deri bakımı: Bez dermatiti ve yönetimi**  
*Skin care in newborns: Diaper dermatitis and its management* 302-314  
Tuba Gıynaş, Figen Yardımcı
- Examination of nursing theses on older adults in Turkey: A systematic review**  
*Türkiye’de yaşlı bireyler ile yapılan hemşirelik lisansüstü tezlerinin incelenmesi: Sistemik derleme* 315-323  
Fatma Zehra Genç, Arzu Uslu
- Yaşlılarda malnütrisyon, nedenleri ve etkileri**  
*Malnutrition in the elderly, its causes and effects* 324-330  
Tuğba Gül Dikme
- Devolusyon ve sağlık sonuçları**  
*Devolution and health outcomes* 331-336  
Ezgi Çebi, Birgül Piyal

# Is there a relationship between somatization symptoms and communication skills?

## Somatizasyon belirtileri ile iletişim becerileri arasında ilişki var mıdır?

Gamze Sarıkoç<sup>1</sup>, Emine Öksüz<sup>2</sup>, Sinem Dağ Canatan<sup>3</sup>, Belgin Varol<sup>4</sup>

<sup>1</sup>University of Health Sciences, Gulhane Faculty of Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Ankara, Turkey gamze.sarikoc@sbu.edu.tr 0000-0003-1651-4308

<sup>2</sup>University of Health Sciences, Gulhane Faculty of Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Ankara, Turkey emine.oksuz@sbu.edu.tr.0000-0001-6970-7408

<sup>3</sup>East Mediterranean University, Faculty of Health Sciences Department Of Nursing, Gazimağusa, Turkish Republic of Northern Cyprus dag\_sinem@hotmail.com 0000-0003-3746-2025

<sup>4</sup>University of Health Sciences, Gulhane Faculty of Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Ankara, Turkey belgin.varol@sbu.edu.tr.0000-0001-7138-9007

**Key Words:**  
Communication, Nursing  
Education, Interpersonal Skills,  
Somatization.

**Anahtar Kelimeler:**  
İletişim, Hemşirelik Eğitimi,  
Kişilerarası İlişkiler,  
Somatizasyon

**Corresponding Author/Sorumlu  
Yazar:**  
Assistant professor, University of  
Health Sciences, Gulhane Faculty of  
Nursing, Department of Psychiatric  
Nursing, Ankara, Turkey gamze.  
sarikoc@sbu.edu.tr 0000-0003-  
1651-4308.

**DOI:**  
10.52880/  
sagakaderg.1181704

**Received Date/Gönderme  
Tarihi:**  
29.09.2022

**Accepted Date/Kabul Tarihi:**  
22.11.2022

**Published Online/Yayımlanma  
Tarihi:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Introduction and Purpose:** This study was conducted to determine the relationship between somatization symptoms and communication skills in nursing students. **Material and Method:** The study was conducted with the 481 students from Turkey and Turkish Republic of Northern Cyprus. The data were collected with the "Personal Information Form", "Somatization Scale" and "Communication Skills Scale". **Results:** A negative correlation was found between the "Somatization Scale" score averages of the nursing students and the "Self-expression", "Communication principles and basic skills" subscales, and "Communication Skills Scale". The mean scores of the students on the "SS" were  $12.64 \pm 5.75$ , and the total mean scores on the "CSS" were  $104.61 \pm 11.09$ . **Conclusion:** It was observed that the somatization levels of the students were low. Students have good communication skills. A negative correlation was found between somatization levels and communication skills. The students' somatization levels and communication skills do not change according to their class and the their mother's educational status. The somatization levels and willingness to establish relationships of the students from TRNC are lower than those of the students from Turkey.

### ÖZ

**Giriş ve Amaç:** Bu araştırmanın amacı hemşirelik öğrencilerinde somatizasyon belirtileri ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde öğrenim gören 481 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Somatizasyon Ölçeği" ve "İletişim Becerileri Ölçeği" ile toplanmıştır. **Bulgular:** Hemşirelik öğrencilerinin "Somatizasyon Ölçeği" puan ortalamaları ile "İletişim Becerileri Ölçeği" ve "Kendini İfade Etme", "İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler" alt boyutları puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin "Somatizasyon Ölçeği" puan ortalamaları  $12.64 \pm 5.75$ , "İletişim Becerileri Ölçeği" puan ortalamaları ise  $104.61 \pm 11.09$  olarak bulunmuştur. **Sonuç:** Araştırmaya katılan öğrencilerin somatizasyon düzeylerinin düşük olduğu ve iletişim becerilerinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Somatizasyon düzeyleri ile iletişim becerileri arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Öğrencilerin somatizasyon düzeyleri ve iletişim becerileri öğrenim gördükleri sınıfa ve annelerinin eğitim durumuna göre değişmemektedir. KKTC'de öğrenim gören öğrencilerin iletişim kurmaya yönelik isteklilikleri ile somatizasyon düzeyleri Türkiye'de öğrenim gören öğrencilere göre daha düşük bulunmuştur.

### INTRODUCTION

Somatization is the expression of psychological distress that cannot be explained by another mental disorder through somatic symptoms and has no organic basis (1,2). It has been included in the classification with the title of "Somatic Symptom Disorders and Associated Disorders" in the DSM V (3).

Many factors play a role in somatization symptoms. In addition to biological factors, psychological or social factors such as difficulties in expressing emotions, social

isolation or lack of appropriate coping skills can also be effective in the emergence and maintenance of somatic symptoms (4). It is thought that these psychological and social factors may be related to communication skills. It is thought that with the development of communication skills, individuals can express their feelings better, use more effective coping mechanisms, and thus reduce somatization symptoms.

One of the occupational groups in which somatization symptoms are seen is health workers. It has been reported that more somatization is seen in healthcare

workers compared to other workers, especially during the pandemic period (5). Both nurses and somatization are in the risk group. Working conditions such as heavy workload, overtime and shift work can be effective in the appearance of somatization symptoms in nurses. In a study conducted with more than 13 thousand healthcare professionals in China, it was determined that nurses had more somatization symptoms than doctors (6). In addition, nurses are in the risk group because the majority of nurses are women and somatization symptoms are more common in women (7). Presence of somatization symptoms may affect the health care given by nurses. In a study, it was observed that nurses with somatization symptoms experienced more depersonalization (8). Korkmaz et al. (2020) detected that nurses with alexithymia had more somatization symptoms and experienced more burnout (9). In another study, the relationship between the mental status of students studying in the field of health and their social support was examined. According to the results of the research, it was determined that somatization symptoms increased as the perceived social support level of the students decreased (10).

It is estimated that individuals with somatic symptoms have more hospital admissions (11), use healthcare resources much more, and increase healthcare costs nine times (12). Determining the effect of communication skills on the emergence of somatic symptoms in nurses in the risk group and conducting studies on this will ensure the protection of the mental health of nurses. Therefore, if there is a relationship between somatization symptoms and communication skills in nursing education, increasing the syllabus for communication skills may be effective in reducing the occurrence of somatization symptoms.

In this direction, this study was conducted to determine the relationship between somatization and communication skills, somatization symptoms and communication skills in students from two different countries receiving nursing education.

## MATERIAL AND METHOD

### Aim

This study was conducted to determine the relationship between somatization symptoms and communication skills in nursing students.

### Place of Study

This research has two centers. The study was conducted with the students of the nursing department of the faculty of health sciences located in the Turkish Republic

of Northern Cyprus (TRNC), and the students of the faculty of nursing (center 2) located in Ankara, Turkey. Both universities are public universities.

### Participants

Research is completed with a total of 481 students from both universities. Before starting the research, necessary permissions were obtained and the consent of the participants was obtained.

### Measures and Procedure

The data of the research were collected through Google forms. It was stated to the students that the decision about whether or not to participate in the research is entirely their own, that they should not write their names on the questionnaire, that the information to be collected from this study will be used only within the scope of the research, and that confidentiality will be strictly adhered to. It takes an average of 12-15 minutes to fill out the survey. The data were collected with the "Personal Information Form", "Somatization Scale" and "Communication Skills Scale".

**Personal Information Form:** It consists of descriptive information about students' class, gender, country, education level of parents, place of staying in the education process, satisfaction with receiving nursing education, and evaluation of success level.

**Somatization Scale (SS):** It includes the somatization-related items of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) published in 1943 by Hathaway and McKinley (13). It consists of 33 items and its validity and reliability study into Turkish was conducted by Dülgerler (2000) (14). The items in the scale are answered as yes and no. The maximum score of the scale is 0, and the maximum is 33. A high total score indicates a high level of somatization. The internal consistency reliability coefficient of the SS was 0.83 (14). Cronbach alpha value of the somatization scale was determined as 0.82 in the present study.

**Communication Skills Scale (CSS):** Korkut-Owen and Bugay (2014) was developed the scale to measure communication skills (15). It has a 5-point likert structure and consists of 25 items. It has four sub-dimensions; self-expression (SE), Active Listening and Non-Verbal Communication (ALNVC), Willingness to Engage (WE), Communication principles and basic skills (CPBS). The high score obtained from the scale is considered to indicate that the communication skills of the individual are developed (15). In this study, the internal consistency coefficients were found as follows; 0.76 for CPBS; 0.76 for SE; 0.77 for ALNVC 0.70 for WE. The overall scale internal consistency coefficient was found 0.90.

**Analysis of Data**

The package program SPSS for Windows Version 18.0.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used. Number, percentage, mean ± standard deviation were used to define the data. The Kolmogorov-Simirinov test was used to evaluate the fit for the given normal distribution, and the Kruskal Wallis or Mann Whitney test was used for multi-group comparisons. Examination of the relationships between the data was done with the Spearman's Correlation Test. Statistical significance was taken as p<0.05.

**Ethical Aspect of Research**

Before beginning the research, permission from the university's ethics committee was obtained. Both universities' nursing departments granted institutional permission. The participants were informed about the research before it began, and data were collected after their consent was obtained. The study was carried out in accordance with the Helsinki Declaration.

**RESULTS**

32.8% of the students are in third grade, 54.7% are from Turkish Republic of Northern Cyprus, and 78% are female. Participants' mothers have a primary school education level of 35.3%, and their fathers have a primary school education level of 28.5%. 56.3% of participants live with their families while pursuing their education, 51.8% are satisfied with their nursing education, and 51.1% consider themselves successful (See Table 1).

**Table 1:** Students' introductory information

Introductory Information	n	%
<b>Students' class</b>		
1	138	28.7
2	104	21.6
3	158	32.8
4	81	16.8
<b>Country</b>		
Turkey	218	45.3
Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC)	263	54.7

**Gender**

Female	375	78
Male	106	22

**Educational level of mother**

Not literate	40	8.3
Literate	21	4.4
Primary School	170	35.3
Middle School	99	20.6
High School	102	21.2
University and above	49	10.2

**Educational level of father**

Not literate	4	0.8
Literate	10	2.1
Primary School	137	28.5
Middle School	75	15.6
High School	138	28.7
University and above	117	24.3

**Place of staying in the education process**

With family	271	56.3
Dormitory	155	32.2
Other (home, alone, relative)	55	11.4

**Satisfaction with receiving nursing education**

Yes	249	51.8
No	80	16.6
Partially	152	31.6

**Evaluation of success level**

Very successful	32	6.7
Successful	246	51.1
Moderately successful	191	39.7
Unsuccessful	12	2.5

<b>TOTAL</b>	<b>481</b>	<b>100</b>
--------------	------------	------------

The mean scores of the students on the "SS" were 12.64±5.75, and the total mean scores on the "CSS" were 104.61±11.09 (See Table 2).

The "SS", "CSS" and its subscales' median scores of the participants do not change according to the education level of the mothers and class of the participants (p≥0.05). The students' "SS" and "WE" subscale median scores from TRNC were found to be lower than students

**Table 2.** Students' SD and CSS Min- Max, Mean and Median Scores

Scales and Subscales	Min	Max	Mean	Median	IQR'	SD**
SS	0	31	12.64	12	12	5.75
SE	7	20	16.56	17	17	3.10
CPBS	29	50	42.56	43	43	4.47
WE	9	25	19.92	20	20	3.11
ALNVC	16	30	25.55	26	26	3.10
CSS	70	125	104.61	105	105	11.09

\*IQR:Interquartil Range; \*\*SD:Standard deviation

**Table 3.** Communication skills scale median scores according to the students' introductory information

Introductory Information		Self-expression (SE)		Communication principles and basic skills (CPBS)		Willingness to Engage (WE)		Active Listening and Non-Verbal Communication (ALNVC)		Communication Skills Scale (CSS)	
		Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max
Students' class	1	17	10-20	43	29-50	20	9-25	26	17-30	105	70-125
	2	17	9-20	43	31-5	20	13-25	26	18-30	106.5	77-125
	3	17	10-20	43	30-50	20	11-25	25	16-30	104	75-125
	4	17	7-20	43	31-50	20	11-25	26	18-30	106	72-125
			$X^2= 1.510$ p=0.680		$X^2= 1.709$ p=0.635		$X^2= 0.878$ p=0.831		$X^2= 2.309$ p=0.511		$X^2= 1.372$ p=0.712
Country	Turkey	17	10-20	43	29-50	20	9-25	26	16-30	105	70-125
	TRNC	17	7-20	43	31-50	20	11-25	26	17-30	105	72-125
			$Z= -0.571$ p=0.568		$Z= -0.809$ p=0.418		$Z= -3.019$ <b>p=0.003</b>		$Z= -1.346$ p=0.178		$Z= -1.451$ p=0.147
Gender	Female	17	7-20	43	29-50	20	9-25	26	16-30	105	70-125
	Male	17	9-20	42.5	31-50	20	11-25	26	17-30	104	72-124
			$Z= -1.002$ p=0.316		$Z= -1.395$ p=0.163		$Z= -0.607$ p=0.544		$Z= -1.843$ p=0.065		$Z= -0.941$ p=0.347
Educational level of mother	Not literate	17	12-20	42.5	33-50	20	15-25	26	16-30	105	82-125
	Literate	17	9-20	46	38-49	20	13-24	26	18-30	96.5	78-121
	Primary School	17	7-20	43	30-50	20	11-25	26	17-30	106	75-125
	Middle School	16	10-20	43	29-50	20	9-25	25	17-30	102	70-125
	High School	17	10-20	43	32-50	20	11-25	26	18-30	104	77-125
	University and above	17	11-20	43	31-50	21	11-25	25	18-30	106	72-124
		$X^2= 5.236$ p=0.388		$X^2= 4.708$ p=0.453		$X^2= 3.259$ p=0.660		$X^2= 3.328$ p=0.650		$X^2= 3.436$ p=0.633	
Educational level of father	Not literate	18	14-20	44	40-50	21	19-25	25	23-30	108	97-125
	Literate	17	9-18	44.5	38-48	20	13-23	26	18-28	105.5	78-113
	Primary School	17	7-20	42	30-50	17	11-25	26	18-30	104	75-125
	Middle School	18	11-20	44	29-50	20	9-25	26	18-30	109	70-125
	High School	17	10-20	43	30-50	20	11-25	25	16-30	102.5	72-125
	University and above	17	10-20	43	32-50	20	11-25	26	18-30	106	77-125
		$X^2= 3.369$ p=0.643		$X^2= 3.951$ p=0.557		$X^2= 9.536$ p=0.090		$X^2= 11.853$ <b>p=0.037</b>		$X^2= 6.830$ p=0.234	
Place of staying in the education process	With family	16	7-20	43	31-50	20	11-25	26	17-30	104	72-125
	Dormitory	17	9-20	42	29-50	20	9-25	25	16-30	104	70-125
	Other (home, alone, relative)	18	8-20	44	35-50	21	14-25	28	18-30	112	83-125
			$X^2= 10.512$ <b>p=0.005</b>		$X^2= 6.440$ <b>p=0.040</b>		$X^2= 8.924$ <b>p=0.012</b>		$X^2= 9.138$ <b>p=0.010</b>		$X^2= 12.128$ <b>p=0.002</b>
Satisfaction with receiving nursing education	Yes	15	7-20	43	30-50	20	11-25	26	16-30	107	75-125
	No	17	8-20	43	29-50	20	9-25	25	19-30	101	70-125
	Partially	16	10-20	42	30-50	19	11-25	26	17-30	103	72-125
			$X^2= 9.786$ <b>p=0.007</b>		$X^2= 4.887$ p=0.087		$X^2= 9.587$ <b>p=0.008</b>		$X^2= 4.216$ p=0.121		$X^2= 9.465$ <b>p=0.009</b>
Evaluation of success level	Very successful	18	10-20	46	34-50	21	12-25	28	16-30	114.5	89-125
	Successful	17	10-20	43	30-50	20	11-25	26	18-30	106	75-125
	Moderately successful	17	7-20	43	29-50	20	9-25	25	17-30	103	70-125
	Unsuccessful	13	8-16	42.5	32-46	16	13-19	21	17-29	87.5	77-103
		$X^2= 33.617$ <b>p=0.001</b>		$X^2=15.632$ <b>p=0.001</b>		$X^2= 29.404$ <b>p=0.001</b>		$X^2= 32.291$ <b>p=0.001</b>		$X^2= 32.203$ <b>p=0.001</b>	

\* $X^2$ = Kruskal Wallis test,  $Z$ = Mann Whitney test

**Tablo 4.** Somatization scale median scores according to the students' introductory information

Introductory Information		Somatization Scale*	
		Median	Min-Max
Students' class	1	11	0-31
	2	13	2-27
	3	12	2-26
	4	12	2-31
		$X^2= 4.123; p=0.248$	
Country	Turkey	13	0-31
	TRNC	12	2-31
		$Z= -1.996; p=0.046$	
Gender	Female	13	0-31
	Male	11	2-30
		$Z= -3.404; p=0.001$	
Educational level of of mother	Not literate	12.5	2-23
	Literate	15	6-28
	Primary School	12	3-31
	Middle School	12	4-25
	High School	11.5	0-30
	University and above	13	4-31
		$X^2= 8.124; p=0.150$	
Educational level of of father	Not literate	14	8-15
	Literate	12.5	7-20
	Primary School	12	2-31
	Middle School	13	4-28
	High School	11.5	2-30
	University and above	12	0-31
		$X^2= 3.323; p=0.650$	
Place of staying in the education process	With family	12	0-31
	Dormitory	12	2-26
	Other (home, alone, relative)	13	2-30
		$X^2= 3.887; p=0.143$	
Satisfaction with receiving nursing education	Yes	<b>11</b>	0-31
	No	14	2-30
	Partially	13	2-31
		$X^2= 11.807; p=0.003$	
Evaluation of success level	Very successful	12	2-21
	Successful	11	0-31
	Moderately successful	13	2-30
	Unsuccessful	13	8-20
		$X^2= 10.051; p=0.018$	



studying in Turkey ( $p < 0.05$ ). The median score of the “SS” of the women was higher than that of the men ( $p < 0.05$ ) (See Table 3, Table 4) The “ALNVC” subscale median scores of the students whose fathers are middle school graduates ( $Z = -2.994$ ,  $p = 0.003$ ) are higher than students whose fathers are high school graduates ( $Z = -2.413$ ,  $p = 0.016$ ). “ALNVC” subscale median scores were higher than university graduates or higher. It was determined that the median scores of the “CSS” and sub-scales of the students who stayed at home (at home, alone, with relatives) were higher than the students who stayed with their families and in the dormitory ( $p < 0.05$ ). “CSS” and its subscales median scores of very successful students; were found to be higher than successful, moderately successful and unsuccessful students ( $p < 0.05$ ). In addition, the “CSS” and sub-scale median scores of successful students are higher than moderately successful students, and students who are moderately successful are higher than unsuccessful students ( $p < 0.05$ ). On the other hand, the somatization scale median scores of the students who were moderately successful were found to be higher than the successful students ( $p < 0.05$ ). The “SS” median scores of the students who were not satisfied with their nursing education were higher than the students who did ( $Z = -2.419$ ,  $p = 0.016$ ); who were partially satisfied were higher than who were satisfied ( $Z = -3.059$ ,  $p = 0.002$ ) ( $p < 0.05$ ) (See Table 4) On the other hand, the self-expression subscale ( $Z = -3.100$ ,  $p = 0.002$ ) and the willingness to relate scale ( $Z = -3.044$ ,  $p = 0.002$ ) score averages of the students who were satisfied with their nursing education were higher than partially satisfied students (See Table 3).

## DISCUSSION AND CONCLUSION

Nursing students’ communication skills and somatization levels were assessed in this study. In the current study, students’ somatization levels were low. Yüksel (2015) found that nursing students’ somatization levels were low in a study with nursing students. Nursing entails assisting people who are in distress, suffering, or dying, as well as showing compassion and guiding them in problem solving (16). Nurses work in highly stressful physical and psychological environments (17). On the other hand, it is well understood that the nursing education process is a stressful training program (18). However, nursing students’ low somatization level suggests that the education process they receive also contributes to their ability to cope with stress. Given that the nurses of the future will practice in busy working environments, this situation can both strengthen them and indirectly contribute to patient satisfaction.

The somatization levels of the students from Turkey were found to be higher than those of the students studying in

the TRNC. In a study conducted with university students in Spain during pandemic, it was stated that somatic symptoms such as fatigue and sleep problems were observed intensely (19). In Çoban and Karaman (2013)’s study with university students in Turkey, it was found that students showed mild somatic symptoms (20). In another study conducted with Japanese and Korean students, it was stated that somatic symptoms were more common in Korean women than Japanese women (21). Somatization is a concept that emerges with the effect of biological, cognitive, psychodynamic and cultural factors, and the mind-body relationship is deeply felt (22). Somatic symptoms; The stress experienced and the burdens encountered appear with bodily symptoms (23). Kirmayer (1984) stated that each culture has its own symbols, different forms of expression and social rituals that it uses to express the difficulties it experiences (24). These data show that the prevalence of somatization symptoms is also affected by culture. It is thought that the reason for the change in the level of somatization in nursing students according to the geography and culture they live in is cultural differences.

It was determined that women’s somatization levels were higher than men’s. In Gerdan and Kurt (2020)’s study with university students, it was observed that the somatization levels of women were higher than men (25). Dönmez et al. (2021)’ study with healthcare professionals during the Covid 19 pandemic, it was shown that being a woman is associated with experiencing somatic symptoms (26). Gender was found to be a factor affecting the responses to stressors and thus the level of somatization. The burdens attributed to women by the society suggest that the stress they experience is intense and this is reflected in the level of somatization.

It was observed that the somatization levels of the students who were satisfied with receiving nursing education were lower than those of the students who were dissatisfied and partially satisfied. In addition, the somatization levels of students who consider themselves successful were found to be lower than those of moderately successful students. In a study, it was stated that there is a relationship between the satisfaction of nursing students and their academic achievement (27). In addition, in a study evaluating the factors affecting academic achievement in nursing students, it was stated that there was a negative relationship between students’ anxiety levels and academic achievement (28). Papazisis, Vlasiadis & Papanikolaou (2008) conducted with nursing students in Greece, it was stated that one of the major causes of somatic symptoms and depression is stress (29). It is thought that students’ being satisfied with nursing education and evaluating themselves as successful will reduce anxiety and this will reduce

the level of somatization. High levels of anxiety and depression in university students are also associated with social factors, family factors and academic stressors (30). Somatic complaints are among the symptoms that can be seen in depression and anxiety disorders. In the research conducted by Göger and Çevirme (2019) with nursing students; It has been stated that there is a negative relationship between students' self-efficacy levels and nursing education stress (31).

It was observed that the communication skills levels of the students participating in the research were at a good level. Söğüt, Cangöl & Dinç (2018) examined the communication skills of nursing students studying at a health school, and the communication skills of the students were found to be moderate. In addition, with the average of communication skill levels; It was stated that there was a significant relationship between the variables of difficulty in relations with friends, difficulties with the patient while applying nursing care, and thinking of oneself as a social individual (32). The communication skills of nurses were found to be above average in a study conducted by Özkan and Aydoğan (2020), which evaluated nurses' communication skills and anger management (33). Nursing education includes a program that focuses on students' communication skills. Communication skills, on the other hand, are at the forefront of the patient's care process. Nursing students with good communication skills are expected and desired in this direction. The environments in which health care services are provided are fraught with crises and conflicts. It is believed that using good communication skills in these situations will aid in the resolution of the difficulties encountered.

It has been observed that students studying in the TRNC are less willing to communicate than students studying in Turkey. This suggests that cultural differences are to blame. It leads us to believe that the Turkish people's warm, sensitive, and sociable nature may have contributed to this situation. Furthermore, factors such as the students' personality traits and the education they received suggest that this difference can be explained.

Students with a father's education level of university or higher have better active listening and nonverbal communication skills than those with a high school diploma; those with a high school diploma have better nonverbal communication skills than those with a middle school diploma. This finding indicates that a high level of father education has a positive effect on students' active listening and nonverbal communication skills. Given that the father figure serves as a role model in the family, it is assumed that fathers with a high level of education will set a good example for their children in terms of interpersonal relations and communication

skills, and these skills will help them develop. However, studies show that a father's education level has no effect on students' communication skills (34,35).

Students who live alone or with relatives have better communication skills than those who live with their families or in a dormitory. This discovery is intriguing. Being alone at home is thought to improve the ability to take responsibility for a house and solve problems, as well as improve communication skills. It is believed that living in a dormitory or with a family reduces students' level of responsibility when compared to the other group, and this situation is reflected in their communication skills. According to Yuksel and Erzincanli's (2020) study of nursing students' social skill levels and influencing factors, students who live at home with their families outperform those who live at home with their families, in a state dormitory, in a private dormitory, and in the same house as their friends (36).

It was discovered that students who were completely satisfied with their nursing education had a higher level of self-expression and willingness to form relationships than students who were partially satisfied. In a study with nursing students in Norway (2013), satisfaction with clinical training was associated with motivation; highly motivated students experience a positive and supportive educational environment that fosters learning opportunities and competency development (37).

It was discovered that among the nursing students who took part in the study, those who consider themselves successful have better communication skills. Unlike our study, Arifolu and Razi (2011) discovered that the relationship between students' empathic disposition, empathy, and communication skills and the academic achievement score of the Self-Knowledge and Communication Management course was not included in their study with nursing students in the TRNC (38). A negative relationship was discovered between nursing students' somatization levels and their self-expression levels, communication principles and basic skills levels, and communication skills levels. In this case, high communication skills show that the level of somatization decreases. The frequency of psychiatric symptoms in nursing students was low, and their somatization average score was high, according to a study conducted by Yüksel (2015) with nursing students (16).

## CONCLUSION

The current study investigated the relationship between somatization levels and communication skills of students studying in two different locations. Communication skills are essential for providing the best possible patient care in healthcare settings. However, health care services

are frequently provided in settings where active crisis management, problem solving, and effective coping skills are required. The students' somatization levels were low, and their communication skills were excellent. My students' somatization scores and communication skills had a low negative correlation. The students' levels of somatization and communication skills are unaffected by their class or their mother's educational status. Students studying in the TRNC have lower levels of somatization and are less willing to form relationships than students studying in Turkey. Women's somatization levels are higher than men's; students with a high father education level have good listening and nonverbal communication skills. Furthermore, students who were satisfied with their nursing education had higher levels of self-expression and willingness to form relationships, whereas students who considered themselves successful had better communication skills. In addition to providing students with professional skills, university education enriches their social skills and continues their personal development. In addition to providing students with professional skills, university education enriches their social skills and continues their personal development. It is recommended that studies with larger sample groups be conducted in order to evaluate the factors influencing students' communication skills and somatization levels.

## REFERENCES

- American Psychological Association. (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Oflaz F. Nazmiye N. (2020), Certificate issues in psychiatric nursing. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği Yayınları*.
- Çetin Ş., Varma G.F. (2021), Somatic Symptom disorder: historical process and biopsychosocial approach. *Current Approaches in Psychiatry* 13(4),790-804
- Croicu C., Chwastiak L., Katon W. (2014), Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Medical Clinics*, 98(5),1079-1095.
- Song X., Zhou Y., Rao W. (2021), Comparison of prevalence and risk factors of somatization between chinese health care workers and non-health care workers during covid-19 outbreak. *BMC Psychiatry* 21, 276.
- Tong Y., Jiang, Z.Q., Zhang Y.X., et al. (2018), analyzing the mental health status and its impact factors among female nurses in china. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*;36(2), 115-118.
- Zurlo M.C., Vallone F, Smith A.P. (2019), Work-family conflict and psychophysical health conditions of nurses: gender differences and moderating variables. *Japan Journal of Nursing Science*; 17: 1-12.
- Fradelos E., Tsaras K., Velenzta O., Vasiliadou E., Aouant N., Palla P, et al. (2016), Relation between burnout, mental health and aggression of nursing personnel. *Journal of Disease and Global Health*, 7(3), 156-163.
- Konal Korkmaz E., Telli S., Kadioğlu H., Karaca S. (2020), Alexithymia in nurses and its relationship with burnout, anger, and somatization. *Journal of Psychiatric Nursing*; 11(4), 284-291.
- Aydınoğlu A., Yılmaz M. (2018), The Relationship Between Mental Health and Social Supports of Healthy Students. *Researcher: Social Science Studies*; 6 (4):28-47.
- Tan Y., Şahin E.M. (2020), The Association between somatic symptoms and sociodemographic and clinical characteristics. *Konuralp Tıp Dergisi*; 12 (2),183-190
- Nair S. S., Kwan S. C., Ng C., Teo D. (2021), Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Singapore Medical Journal*, 62(5), 252-258.
- Hathaway S.R., & Mckinley J.C. (1943), Minnesota multiphasic personality inventory. *Psychological Corporation*, New York, 17s.
- Dülgerler Ş. (2000), Validity and reliability study of somatization scale in primary school teachers. Master's thesis. Ege University Institute of Health Sciences, İzmir.
- Owen F.K. & Bugay A. (2014), Developing a communication skills scale: validity and reliability studies. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*, 10 (2), 51-64.
- Yüksel A. (2015), Determination of the mental status and influencing factors of nursing students. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(2).
- Li N., Zhang L., Li X., Lu Q. (2020), The influence of operating room nurses' job stress on burnout and organizational commitment: The moderating effect of over-commitment. *J Adv Nurs*,77,1772-1782
- Kaçan Y., Pallos A. (2021), Global problem of nursing students: nursing education stress: a sample from Turkey. *International Journal of Caring Sciences*,14(2), 1193
- Lorca A.M., Lorca M.M., Álvarez J.J.C., Armesilla M.D.C. (2021), Somatic symptoms and emotional health during the covid-19 epidemic in Spanish university students. *Int Arch Nurs Health Care* 7,162.
- Çoban A.E., Karaman N.G. (2013), Interpersonal cognitive distortions, the level of anxiety and hopelessness of university students. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 2, 78-88.
- Saint A. D, Kim O. (2008), Is there an asian idiom of distress? somatic symptoms in female japanese and korean students. *Archives of Psychiatric Nursing*, Feb;22(1),27-38.
- Çetin Ş., Varma G.S. (2021), Somatic symptom disorder: historical process and biopsychosocial approach. *Current Approaches in Psychiatry*, 13(4),790-804.
- Kesebir S. (2004), Depression and somatization. *Clinical Psychiatry, Supplement*, 1,14-19.
- Kirmayer L.J. (1984), Culture, Affect And Somatisation. *Trans Psychiatr Res*, 21,159-188.
- Gerdan G. Kurt M. (2020), Analysis of the relationship between somatic symptoms, attachment styles and feelings of guilt shame in university students. *Anemon Journal Of Social Sciences Of Mus Alparslan University*, 8(2), 383-393.
- Dönmez E., Dolu İ. Karaş H. (2021), Determination of symptoms of depressive, anxiety and somatic and perceived threat of covid-19 among health care workers. *Cyprus Turkish Journal Of Psychiatry & Psychology*, 3(3),165-74.
- Egelioğlu N., Arslan S., Bakan G. (2011). The effect of satisfaction status of nursing students on their academic achievement. *Journal of Research and Development in Nursing*, 1.
- Ayyıldız T., Şener K.D., Veren F, Kulakçı H., Akkan F, Ada A. (2014), Factors influencing the academic achievement of nursing students. *Acıbadem University Journal of Health Sciences*, (3), 222-228.
- Papazisis G., Vlasidis I., Papanikolaou N. (2008), Depression and anxiety among nursing students in Greece. *Annals Of General Psychiatry*, 7(Suppl 1), S209.
- Balanza G.S., Morales M.I., Guerrero M.J, Conesa C.A. (2008), Academic and psychosocio-familial factors associated to anxiety and depression in university students. Reliability and validity of a questionnaire. *Rev Esp Salud Publica*, 82(2), 189-200.

31. Göger S., Çevirme A. (2019), The effect of nursing students' self-efficacy levels on education stress. *Koç University Journal Of Education And Research In Nursing*, 16 (4),306-312.
32. Söğüt S., Cangöl E., Dinç A. (2018), Determination of context levels of nursing students. *Researcher: Social Science Studies*, 6(2),272-280.
33. Aydoğan A., Özkan B. (2020), Determination of anger management and communication skills of nurses. *ACU Journal of Health Sciences*, 11(3),458-463.
34. Kissal A., Kaya M., Koç M. (2016), Evaluation of the communication skills of nursing and physical education and sports students' and the its affecting factors. *ACU Journal of Health Sciences*, (3),134-141.
35. Akçam A., Yalçın K., Işık E. (2019), An assessment of communication skills of nursing students. *ACU International Journal of Social Sciences*, 5(2): 74-92.
36. Yüksel A., Erzincanlı S. (2020), Social skill levels of nursing students and affecting factors. *Journal Of Hacettepe University Faculty of Nursing. Huhemfad-Johufon*, 7(1), 57-66.
37. Dale B., Leland A., Dale J.G. (2013), What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: bachelor students.' perceptions. *Hindawi Publishing Corporation ISRN Nursing*, 7
38. Arifoğlu B., Razi G.S. (2011), Management course academic achievement averages of first class nursing students. *Dokuz Eylul University School of Nursing Electronic Journal*, 4 (1), 7-11.

# Çocuklarda otizm şiddetinin sosyal iletişim ile ilişkisi

## The relationship of autism violence with social communication in children

Abdurrahman Karabaş<sup>1</sup>, Mehmet Fatih Aydın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik AD, abdurrahmanfirst@gmail.com, 0000-0002-2375-1355

<sup>2</sup>Doç. Dr, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümü, mfaaydin@kmu.edu.tr, 0000-0002-8325-4887

### ÖZ

**Amaç:** Karaman ilinde rehabilitasyon eğitimi veren okullar ile normal eğitim veren okullardaki çocuklarda otizm şiddetinin sosyal iletişim ile ilişkisini incelemektir. **Yöntem:** Çalışma, Karaman ilinde 2021 yılı ocak ve haziran aylarında gerçekleştirilmiştir. Araştırma deneysel olmayan, nitel ve vaka kontrol şeklinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklemelerden gelişigüzel örnekleme kullanılmış ve evreni temsil etme yeterliliği yoktur. Araştırmanın örneklemini, Karaman ilinden 4-18 yaş arası 50 otizm tanılı ve 50 otizm tanısız toplam 100 çocuktur. Veriler sosyodemografik anket, sosyal iletişim ölçeği ve çocukluk otizm değerlendirme ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22 kullanılmıştır. One-Way ANOVA (bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi), t testi, grup değişkenleri arasındaki farkı belirleyebilmek için Bonferroni kullanılmıştır. Anlamlılık değeri  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Çapraz çizelgeleme, frekans testi, faktör analizi, grup değişkenleri arasında ilişki durumlarını ortaya koyabilmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların sosyal iletişim ölçeği (ort = 0,33 SS = 0,23) skorları ve çocuk otizmi değerlendirme ölçeği (ort = 1,77 SS = 0,76) skorları arasındaki ilişki ölçülmüştür. Bu değişkenler arasında yüksek seviyede, pozitif ve anlamlı olan bir ilişki bulunmuştur ( $r(98) = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ), ( $p < 0,05$ ). **Sonuç:** Çocuklarda otizm şiddetinin sosyal iletişime yönelik pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Otizmli bireylerde otizm şiddetinin artması ile sosyal iletişim azalmaktadır. Otizmin erken tespiti ve süreç yönetiminde hemşirelik mesleğinin çok önemli yerinin olduğu, otizm şiddetinin azaltılması için sosyal iletişim yetersizliklerinin giderilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Otizm, Otizmde Hemşirenin Önemi, Sosyal İletişim, Otizm Derecelendirme.

**Key Words:**  
Autism, Importance of Nurses in Autism, Social Communication, Autism Rating.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik AD, abdurrahmanfirst@gmail.com, 0000-0002-2375-1355

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1184276

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
04.10.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
13.01.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Purpose:** To examine the relationship between autism violence and social communication in children in schools providing rehabilitation education and schools providing normal education in Karaman province. **Method:** The study was carried out in Karaman province between January and June 2021. The research was conducted as non-experimental, qualitative, and case control. Random sampling from non-probability sampling was used in the sample selection and it is not sufficient to represent the population. The sample of the study is 100 children aged between 4 and 18 years, 50 with autism diagnosis and 50 without autism diagnosis in Karaman. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, social communication scale, and childhood autism rating scale. IBM SPSS Statistics 22 was used in the analysis of the data. One-Way ANOVA (one-way analysis of variance in independent groups), t-test, and Bonferroni were used to determine the difference between group variables. The significance value was taken as  $p < 0.05$ . Cross-scheduling, frequency testing, factor analysis, and Pearson correlation analysis were used to reveal the correlation between group variables. **Results:** The relationship between the participants' social communication scale (mean = 0.33 SD = 0.23) scores and the child autism assessment scale (mean = 1.77 SD = 0.76) scores was measured. A high level, positive and significant relationship was found between these variables ( $r(98) = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ), ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** By predicting the relationship, it was found that the severity of autism in children had a positive and highly significant effect on social communication. Social communication decreases with the increase in the severity of autism in individuals with autism. It is important to plan to eliminate social communication deficiencies in order to reduce the severity of autism, where the nursing profession has a very important place in the early detection and process management of autism.

### GİRİŞ

Otizm ilk defa Leo Kanner 1943'te tanımlamış ve erken infantil otizm terimini kullanmıştır(1). Otizm, erken çocuklukta görülen, hasarları kalıcı ve birbirinden farklılık gösteren, çocukta değişik gelişimsel sorunlara neden olan bir durumdur (2). Sınırlı tekrarlayıcı davranışlar, rutinlere aşırı bağlılık, takıntılı ilgiler, sosyal yönden iletişimdeki zorluklar, sözel ifade edilemeyen

sosyal davranışlar, karşılıklı olarak yapılan sosyal iletişim problemleri, stereotipik davranış gibi değişik durumları içermektedir(3). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 yılında yayımladığı ruhsal bozukluklar tanı ve istatistik kitabı (DSM-V)'e göre, otizm spektrum bozukluğu (OSB), belirtileri çok yoğun olarak erken çocukluk döneminde ortaya çıkan, sınırlı ve tekrarlayan davranış, aynılıkta ısrar etme, kalıcı olarak etkileşim ve sosyal



iletişimde yetersizlikler, duyarsızlık ya da duyuşal uyarılara fazla duyarlılık ile kendini gösteren bir gelişimsel yetersizliktir(4).

OSB'li çocuklarda sosyal iletişim becerisi normal gelişim gösteren çocuklarınkinden farklılık göstermektedir. Gelişimdeki bu farklılıklar, etkileşim, kabullenme ve sosyal becerilerinde de sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Bu çocuklar sosyal uyum problemini sıklıkla yaşamaktadırlar(4). Bu çocuklar sahip oldukları sosyal yeteneklerini gösterememe gibi durumlarla çokça karşılaşmaktadırlar. Çocuklarda sosyal beceri yetersizliği, davranışlarını da şekillendirmektedir(5).Uzmanların farklı teorik yaklaşımları olsa da OSB'li çocukların eksikliklerinin merkezinde, sosyal yeteneklerinde sorunlar olduğu, bu sebeple başlangıç hedefinin sosyal yetenekleri geliştirme olması gerektiği konusunda, aynı görüşe sahiptirler (6).

OSB'li çocuklarda görülen en yaygın davranış problemleri; ağlama, zarar verebilecek öfkeli davranışlar, öfke nöbetleri geçirme, saç çekme, tekrarlayan hareketler, el çırpma, parmak uçlarında koşturma, bağırma gibi sıralanmakta olup uygunsuz durumlarda belli hareketleri yapma davranışları da gözlenir. Ayrıca, bipolar bozukluk, hiperaktivite, dikkat eksikliği, depresyon gibi değişik psikiyatrik bozukluklar da görülmektedir (38). OSB bozukluğunun tek bir nedene bağlı olmadığı, birçok etmenin beraber etkileşimi ile gelişen karmaşık bir nörolojik ve gelişimsel bozukluk olduğu günümüzde kabul edilmiştir (39).

Doğumdan sonraki her kontrolde rutin izlemin yapılması ve bunun okul öncesi döneme kadar gerçekleştirilmesi gerektiğini, yapılan bu değerlendirmelerde atipik gelişim bozuklukları ileri ekleri belirlenebildiği bundan dolayı rutin izlemlerin mutlaka yapılması gerektiğini,American Pediatri Akademisi (AAP) ve American Nöroloji Akademisi (AAN) vurgulamıştır (7). Erken dönemde otizmlili çocukların tanılanmasında profesyonel bir sağlık disiplini içinde yer alan çocuk hekimi, psikiyatri uzmanı, psikolog, nörolog, dil ve konuşma terapisti ile hemşirelerin de oldukça önemli bir rolü bulunmaktadır (42). Modern sağlık sistemlerinde en iyi tedavi ve bakım için hemşirelik mesleğinin vazgeçilmez olduğu bilinmektedir. Hemşirelik mesleği, hassasiyetin çok fazla olduğu alanlarda ve zor durumlarda insanlara güvenilir bakım sunan bir meslek gurubudur (8). Hemşirelerin erken tanılamada amaçları; otizm ve başka gelişimsel bozuklukları tanılama yaşını azaltmak, ailenin yaşam kalitesinde olumlu değişiklikler sağlamak, çocuğun doğumundan itibaren başlanarak okul dönemine kadar kaliteli ve sağlıklı bir izlemeye tabi tutulmasını sağlamak, çocuğun gelişim yetersizliği ve otizm bozukluklarında görülen erken belirtilerin farkında olmak ve bilgilendirmeyi arttırmak olarak

sıralanabilir(9).Otizmde 12-18 aylar erken tanılama için belirtilerin dikkate almak gereklidir. 24 aydan önce tanılamak çok zordur. Belirtilerin fark edilmesi için özellikle anne babadan alınan bilgilere ihtiyaç duyulmakta olup ayrıca muayene sırasında hemşire ve doktorlar tarafından da belirtiler incelenmektedir (9).

Otizm tanısı alan çocuk sayısında 2000-2014 yılları arasında yapılan araştırmalarda, yıllık %6 ile %15 arasında bir artış olduğu görülmüştür (10). Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılında yaptığı bir incelemede, OSB global prevalansının yaklaşık %1 olduğu ve sonraki yıllarda gelişmiş ülkelerde yapılan bir incelemede ise yaygınlık oranının %1-5 arasında değiştiği belirtilmiştir (11). Erken tanının öneminden ve bozukluğa sahip bireylerin erken tanılama ile, yaşam boyu maliyetini 2/3 oranında düşürebileceği belirtilmektedir (12). Güney Kore'de 7-12 yaş grubu okul çocuklarıyla, yapılan çalışmada OSB yaygınlığı 1/38 (%2.64) olarak saptanmıştır (40). Bozukluğun etnik gruplarda ve ırklardaki prevalansı verilerin çok sağlıklı olmadığı, ancak benzer oranlarda olabileceği belirtilmektedir (41).

Sosyal iletişim eksikliği, otizmin en önde gelen belirtilerinden olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu çalışmamız ile otizmlili bireylerin, otizmi farklı şiddet düzeylerinde yaşadıkları ve otizmde görülen bu farklı şiddet düzeyinin sosyal iletişim düzeyini nasıl etkilediği, aralarındaki ilişki durumunu ve sosyodemografik etmenlerin bu değişkenler üzerindeki etkisini araştırmaktır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerle otizm şiddetini azaltıcı ve sosyal iletişimi artırıcı etmenlerin belirlenip, otizmde görülen eksikliklerin giderilmesi için literatüre katkıda bulunmaktadır. Araştırmamızın geniş kapsamlı içeriği tez çalışmamızda mevcuttur.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Çalışma, Karaman il merkezinde bulunan rehabilitasyon eğitimi veren okullar ile normal eğitim veren okullardan araştırma izni alınarak 2021 yılı ocak ve haziran aylarında gerçekleştirildi. Araştırma deneysel olmayan, nitel ve vaka kontrol şeklinde gerçekleştirildi. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklemelerden gelişigüzel örnekleme kullanıldı. Bu örnekleme şeklinin evreni temsil etme yeterliliği yoktur. Araştırmanın örneklemi 4-18 yaş arası 50 otizm tanılı, 50 otizm tanısız 100 çocuktan oluşturuldu.Örneklem alınma koşulu olarak, çocukların ilgili yaş aralığında olması, eğitimine devam ediyor olması, otizm tanılı gruba alınacak çocukların, DSM tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiş, çocuk psikiyatri uzmanınca otizm tanısı almış olması, otizm tanılı olmayan gruba alınacak çocukların ise



herhangi bir çocuk psikiyatri uzmanınca otizm tanısı almamış olmasıdır. Ailenin çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması gereklidir (Yazılı onam formu anne veya babaya imzalatılarak sağlanmıştır).Belirtilen koşulları sağlamayan ergen ve çocuklar çalışmaya dahil edilmemiştir.

### Verilerin Toplanması

Örnekleme alınma koşullarını sağlayan ve katılmayı kabul eden kişilere araştırma hakkında bilgi verildi, gözlem ve görüşme yapıldı, hazırlanan formların doldurulması yoluyla bilgiler toplandı. Bilgilerin toplanmasında sosyodemografik anket formu, Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) ve Sosyal İletişim Ölçeği (SİÖ) kullanıldı.

### Sosyal iletişim ölçeği

SİÖ daha önce yaygın gelişim bozukluğu(YGB) olan bireylerin birincil bakımını üstlenen kişiler tarafından doldurulması için geliştirilen otizm tarama ölçeğidir. İç tutarlılığın değerlendirilmesi için ölçülen Cronbach Alfa değerleri 0,90 olarak bulunmuştur (14).Sosyal İletişim ölçeğinin 4-18 yaş için geçerlilik ve güvenilirliği saptanmış Türkçe'ye uyarlanmıştır (15).İlk 19 soru genel davranışları, son 20 soru ise 4-5 yaşları arasında davranışları araştırmak için kullanılır. Formda birinci soru konuşma durumu ile ilgilidir ve puanlamaya dahil edilmedi(16).

### Çocuklarda otizm değerlendirme ölçeği

Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ) 15 sorudan oluşan ve her bir sorunun ağırlık derecesine göre 1 ile 4 arasında değer alan ve her bir değer normal, hafif, orta, anormal olarak derecelendiren bir ölçektir. Toplam alınan puan en az 15 ve en fazla 60 olabilir (17). Puanlamada 15-29'5 puan alan birey otizmi olmadığı, 30-36'5 puan alan birey hafif ve orta dereceli otizmi olduğunu ve 37-60 puan alan bireyin ağır derecede otizmi olduğunu belirtir (18).Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Çalışmada yapılan değerlendirmede Cronbach alfa değeri 0,95 olarak bulunmuş ve güvenilirlik korelasyon katsayısı 0,98 olarak elde edilmiştir. (19- 20)

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi IBM SPSS Statistics 22 yazılımının 64-bit'lik sürümü kullanılmıştır. Elde edilen verilerin çözüm ve yorumlama işlemlerinde; One-Way ANOVA (bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi), t testi, grup değişkenleri arasındaki farkı belirleyebilmek için Bonferroni kullanılmıştır. Anlamlılık değeri ise  $p < 0,05$  alınmıştır. Çapraz çizelgeleme, frekans

testi, faktör analizi, grup değişkenleri arasında ilişkililik durumlarını ortaya koyabilmek için Pearsonkorelasyon analizi kullanılmıştır.

SİÖve ÇODÖ için yapı geçerliliği belirlemek için. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü kullanılmış ve SİÖ için 0,803 ile ÇODÖ için 0,957 bulunmuştur. SİÖ ve ÇODÖ için güvenilirliğinin değerlendirilmesinde, Cronbach alfa değerleri hesaplanmış ve ÇODÖ'nin 0,988 ile SİÖ'nin 0,911 olarak bulunmuştur.

SİÖ ve ÇODÖ için bulunan Cronbach alfa değerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüt 0.00-0.40 arası değerler güvenilir değil, 0.40-0.60 arası değerler düşük güvenilirlikte, 0.60-0.80 arası değerler oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası değerler ise yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmiştir (21).

### Etik İzinler

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ailelerden yazılı onam alınmıştır. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.11.2020 tarih ve 07-2020/45 sayılı kararnumarası ile araştırma etiği açısından uygun görülmüştür. Ayrıca çalışmanın gerçekleştirilmesi için Karaman İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün 07.10.2020 tarih ve 99371540-44-E.14261051 sayılı yazısı ile izin alınmıştır.

### Araştırmanın Hipotezleri

Çocuklarda otizm şiddeti ile sosyal iletişim arasında ilişki mevcuttur.

Otizm şiddetinin artması sosyal iletişimi azaltmaktadır.

### BULGULAR

Araştırmaya katılan çocukların 33'ü(%33)kız ve 67'si (%67)erkektir. Yaş aralıklarına göre ise44'ü(%44) 4-6 yaş arasında, 34'ü (%34) 7-11 yaş arasında ve 22'si (%22) 12-18 yaş arasındadır. Araştırmada otizm tanılı 50 (%50) ve otizm tanılı olmayan 50 (%50) çocuk bulunmaktadır. Sosyal iletişimi normal olan çocuklar, otizm tanılı olmayan 47 (%47) çocuk ve otizm tanılı olan 13 (%13) çocuktan oluştuğu görülmüştür. Toplamda sosyal iletişimi normal olan 60 çocuk bulunmaktadır. Sosyal iletişimi normal olmayan çocuklar ise, otizm tanılı olmayan 3 (%3) otizm tanılı olan 37 (%37) çocuktan oluştuğu görülmüştür. Araştırmada incelenen diğer veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Bağımsız değişkenlere göre sosyal iletişim düzeyi ve otizm şiddeti düzeyinin incelenmesine yönelik-TestisonuçlarıTablo2'de verilmiştir.

**Tablo 1:** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Sonuçları (n:100)

		n:100	%
<b>Cinsiyet</b>	Kız	33	33
	Erkek	67	67
<b>Yaş</b>	4-6 yaş arasında	44	44
	7-11 yaş arasında	34	34
	12-18 yaş arasında	22	22
<b>Otizm Tanı Durumu</b>	Otizm Tanılı	50	50
	Otizm Tanılı Değil	50	50
<b>Otizm Şiddeti Değerlendirilmesine Göre Dağılımı</b>	Hafif Orta Otizimli	28	28
	Ağır Otizimli	22	22
<b>Kız Çocuklarının Otizm Dağılımı</b>	Otizm Tanılı Değil	20	20
	Otizm Tanılı	13	13
<b>Erkek Çocuklarının Otizm Dağılımı</b>	Otizm Tanılı Değil	30	30
	Otizm Tanılı	37	37
<b>Yaşa Göre Otizm Dağılımı</b>		<b>n:100</b>	<b>%</b>
4-6 Yaş Arası	Otizm Tanılı Değil	9	9
	Otizm Tanılı	35	35
7-11 Yaş Arası	Otizm Tanılı Değil	26	26
	Otizm Tanılı	8	8
12-18 Yaş Arası	Otizm Tanılı Değil	15	15
	Otizm Tanılı	7	7
<b>Annenin Öğrenim Seviyesine Göre Otizimli Çocuk Sahiplik Dağılımı</b>		<b>n:100</b>	<b>%</b>
Okur Yazar	Otizm Tanılı Değil	-	-
	Otizm Tanılı	4	4
İlkokul Mezunu	Otizm Tanılı Değil	-	-
	Otizm Tanılı	12	12
Lise ve Dengi Okul Mezunu	Otizm Tanılı Değil	7	7
	Otizm Tanılı	23	23
Yüksek Okul ve Üniversiteye Devam Eden	Otizm Tanılı Değil	6	6
	Otizm Tanılı	5	5
Yüksek Okul ve Üniversiteye Mezunu	Otizm Tanılı Değil	36	36
	Otizm Tanılı	6	6
Lisansüstü Mezunu	<b>Otizm Tanılı Değil</b>	-	-
	<b>Otizm Tanılı</b>	1	1
<b>Ailenin Gelir Durumuna Göre Otizm Dağılımı</b>		<b>n:100</b>	<b>%</b>
Düşük Gelir	Otizm Tanılı Değil	-	-
	Otizm Tanılı	3	3
Orta Gelir	Otizm Tanılı Değil	21	21
	Otizm Tanılı	25	25
İyi Gelir	Otizm Tanılı Değil	27	27
	Otizm Tanılı	19	19
Çok İyi Gelir	Otizm Tanılı Değil	2	2
	Otizm Tanılı	3	3
<b>Annenin Bebek Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Otizm Dağılımı</b>		<b>n:100</b>	<b>%</b>
Bebek Bakımı Eğitim Alan Anne	Otizm Tanılı Değil	39	39
	Otizm Tanılı	26	26
Bebek Bakımı Eğitim Almayan Anne	Otizm Tanılı Değil	11	11
	Otizm Tanılı	24	24
<b>Otizimli Çocukların Tanı Alma Yaşı</b>		<b>n:50</b>	<b>%</b>
Tanı Alma Yaşı	0-2 Yaş ve Arası	28	56
	3-6 Yaş ve Arası	22	44
<b>Sosyal İletişim Bozukluk Durumu ile Grupların Karşılaştırılması</b>		<b>n:100</b>	<b>%</b>
Sosyal İletişim Normal	Otizm Tanılı Değil	47	47
	Otizm Tanılı	13	13
Sosyal İletişim Normal Değil	Otizm Tanılı Değil	3	3

\* Yüzde, Çapraz Karşılaştırma, Frekans

Bağımsız değişkenlere göre sosyal iletişim düzeyi ve otizm şiddeti düzeyinin incelenmesine yönelik Test sonuçları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2'de sosyal iletişim bozukluk düzeyi yönünden incelemede, otizm tanılı olmayan çocuklar (X= 0,17) ve otizm tanılı çocuklar (X=0,51) olarak bulunmuştur. Otizm şiddet düzeyi yönünden incelemede ise otizm tanılı olmayan çocuklar (X=1,1) ve otizm tanılı olan çocuklar (X=2,46) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan çocukların sosyal iletişim bozukluğu düzeyi, annenin bebek bakımı eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir [t değeri=-3,156 p (0,002) <0,05]. Anneleri bebek bakım eğitimi alan çocukların, sosyal iletişim bozukluğu düzeyi (X=0,29), anneleri bebek bakım eğitimi almayan çocukların, sosyal iletişim bozukluk düzeyinden (X=0,43) daha düşüktür. Otizm şiddeti düzeyi, annenin bebek bakımı eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir [t değeri=-2,952 p(0,004)<0,05]. Anneleri bebek bakım eğitimi alan çocukların otizm şiddeti düzeyi (X=1,62), anneleri bebek bakım eğitimi almayan çocukların otizm şiddeti düzeyinden (X=2,07) daha düşüktür (p <0,05). Araştırmaya katılan çocukların sosyal iletişim bozukluğu düzeyi, doğum şekline göre anlamlı bir farklılık göstermektedir [t değeri=-2,560 p (0,012) <0,05]. Sezaryen doğum yapan annelerin çocukların sosyal iletişim bozukluğu düzeyi (X=0,28), normal doğum yapan annelerin çocuklarının sosyal iletişim bozukluk düzeyinden (X=0,40) daha düşüktür. Otizm şiddeti düzeyi, doğum şekline göre anlamlı bir farklılık

göstermektedir [t değeri=-3,692 p (0,001) <0,05]. Sezaryen doğum yapan annelerin çocuklarının otizm şiddeti düzeyi (X=1,54), normal doğum yapan annelerin çocuklarının otizm şiddeti düzeyinden (X=2,07) daha düşüktür (p <0,05). Araştırmaya katılan çocukların otizm şiddeti düzeyleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [t değeri=-1,000 p (0,320)>0,05]. Erkek çocukların otizm şiddeti düzeyleri (X=1,83), kız çocukların otizm şiddeti düzeylerinden (X=1,67) daha yüksektir. Sosyal iletişim bozukluğu düzeyleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [t değeri=-1,39 p (0,069)>0,05]. Erkek çocukların sosyal iletişim bozukluğu düzeyleri (X=0,37), kız çocukların sosyal iletişim bozukluğu düzeylerinden (X=0,28) daha yüksektir (p <0,05).

Bağımsız değişkenlere göre sosyal iletişim düzeyi ve otizm şiddeti düzeyinin incelenmesine yönelik One-Way ANOVA sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3'de gelir değişkenine göre otizm şiddeti düzeyine ilişkin sonuçlar incelendiğinde; gelir değişkenine göre; otizm şiddeti düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=1,246 p(0,297)>0,05]. Gelir değişkenine göre; sosyal iletişim bozukluk düzeyi incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=2,772 p(0,046)<0,05]. Geliri düşük olanların, geliri orta, iyi ve çok iyi olanlara göre sosyal iletişim bozukluk düzeyi yüksek çıkmıştır (p <0,05). Yaş değişkenine göre otizm şiddeti düzeyine ilişkin sonuçlar incelendiğinde; Yaş değişkenine göre; otizm şiddeti

Tablo 2:Araştırmaya Katılanlara Ait t- Testi Sonuçları ( n: 100 )

Değişkenler		n	Ort.	Ss	t	P
Sosyal İletişim Bozukluğu Düzeyi	Otizm tanılı olmayan	50	0,17	0,13	-10,926	<b>0,001</b>
	Otizm tanılı olan	50	0,51	0,18		
Otizm Şiddeti Düzeyi	Otizm Tanılı Olmayan	50	1,1	0,22	-20,234	<b>0,001</b>
	Otizm Tanılı Olan	50	2,46	0,42		
Otizm Şiddeti Düzeyi	Kız	33	1,67	0,74	-1,000	0,320
	Erkek	67	1,83	0,77		
Sosyal İletişim Bozukluğu Düzeyi	Kız	33	0,28	0,22	-1,839	0,069
	Erkek	67	0,37	0,23		
Sosyal İletişim Bozukluk Düzeyi	Anne Bebek Bakımı Eğitimi Almış	65	0,29	0,2	-3,156	<b>0,002</b>
	Anne Bebek Bakımı Eğitimi Almamış	35	0,43	0,25		
Otizm Şiddeti Düzeyi	Anne Bebek Bakımı Eğitimi Almış	65	1,62	0,69	-2,952	<b>0,004</b>
	Anne Bebek Bakımı Eğitimi Almamış	35	2,07	0,8		
Otizm Şiddeti Düzeyi	Sezaryen Doğum Yapmış	55	1,54	0,68	-3,692	<b>0,000</b>
	Normal Doğum Yapmış	45	2,07	0,76		
Sosyal İletişim Bozukluk Düzeyi	Sezaryen Doğum Yapmış	55	0,28	0,22	-2,560	<b>0,012</b>
	Normal Doğum Yapmış	45	0,4	0,23		

\* t- Testi

**Tablo 3:** Araştırmaya Katılanlara Ait One-Way ANOVA Sonuçları (n: 100)

Değişkenler	n	Ort.	Ss	F	P	Fark	
<b>Sosyal İletişim Bozukluk Düzeyi</b>	Geliri Düşük	3	0,67	0,18	2,77	0,04	<b>1*3</b>
	Geliri Orta	46	0,36	0,23			
	Geliri İyi	46	0,30	0,22			
	Geliri Çok İyi	5	0,34	0,21			
<b>Otizm Şiddeti Düzeyi</b>	Geliri Düşük	3	2,48	0,45	1,25	0,30	-
	Geliri Orta	46	1,83	0,75			
	Geliri İyi	46	1,67	0,77			
	Aile Geliri Çok İyi	5	1,78	0,81			
<b>Otizm Şiddeti Düzeyi</b>	4-6 Yaş Arası	44	2,23	0,74	12,83	0,00	<b>2*3/4</b>
	7-11 Yaş Arası	34	1,41	0,62			
	12-18 Yaş Arası	22	1,44	0,54			
<b>Sosyal İletişim Bozukluk Düzeyi</b>	4-6 Yaş Arası	44	0,45	0,23	7,90	0,00	<b>2*3/4</b>
	7-11 Yaş Arası	34	0,22	0,17			
	12-18 Yaş Arası	22	0,29	0,22			
<b>Otizm Şiddeti Düzeyi</b>	1 Çocuğa Sahip	29	2,31	0,64	8,32	0,00	<b>1*2,3</b>
	2 Çocuğa Sahip	39	1,52	0,74			
	3 Çocuğa Sahip	28	1,59	0,67			
	4 Çocuğa Sahip	4	1,73	0,48			
<b>Sosyal İletişim Bozukluk Düzeyi</b>	1 Çocuğa Sahip	29	0,52	0,20	11,21	0,00	<b>1*2/3</b>
	2 Çocuğa Sahip	39	0,25	0,22			
	3 Çocuğa Sahip	28	0,27	0,18			
	4 Çocuğa Sahip	4	0,29	0,18			
<b>Otizm Şiddeti Düzeyi</b>	Evde Oyuncaklarıyla Oynar	5	2,79	0,47	10,04	0,00	<b>5/1*2*3</b>
	Oyun Parkında Oynar	9	2,32	0,35			
	Televizyon v.b Görselferi İzler	6	2,71	0,34			
	Evde Hareketli Çocuk Oyunları Oynar	4	2,04	0,71			
	Hepsi	76	1,56	0,70			
<b>Sosyal İletişim Bozukluk Düzeyi</b>	Evde Oyuncaklarıyla Oynar	5	0,63	0,20	7,05	0,00	<b>2*5</b>
	Oyun Parkında Oynar	9	0,50	0,10			
	Televizyon v.b Görselferi İzler	6	0,52	0,22			
	Evde Hareketli Çocuk Oyunları Oynar	4	0,47	0,16			
	Hepsi	76	0,28	0,22			

\*One Way ANOVA

düzeği arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=12,827 p(0,001)<0,05]. Yaşı 4-6 yaş arasında olanların 7-11 yaş ve 12-18 yaş arasında olanlara göre, otizm şiddeti düzeği yüksek çıkmıştır. Yaş değışkenine göre; sosyal iletişim bozukluk düzeği incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=7,904 p(0,001)<0,05]. Yaşı 4-6 yaş arasında olanların 7-11 yaş ve 12-18 yaş arasında olanlara göre, sosyal iletişim bozukluk düzeği yüksek çıkmıştır (p<0,05). Sahip olunan çocuk sayısı değışkenine göre, otizm şiddeti düzeğine ilişkin sonuçları incelendiğinde; Sahip olunan çocuk sayısı değışkenine göre; otizm şiddeti düzeği arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=8,324 p(0,001) <0,05]. Otizmlı çocukların otizm şiddet düzeği, ailelerin sahip olduğu çocuk sayısı 1 olanların, 2 ve 3 çocuğa sahip olanlara göre, yüksek çıkmıştır. 4 Çocuğa sahip olanlarla 1-2-3 çocuğa sahip olanlar arasında, otizm şiddeti yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır. Otizmlı çocukların sosyal iletişim bozukluk düzeği, ailelerin sahip olduğu çocuk sayısı değışkenine göre; sosyal iletişim bozukluk düzeği incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=11,212 p (0,001) <0,05]. Otizmlı çocukların sosyal iletişim bozukluk düzeği, ailelerin sahip olduğu çocuk sayısı 1 olanların, 2 ve 3 çocuğa sahip olanlara göre, sosyal iletişim bozukluğu düzeği yüksek bulunmuştur. 4 Çocuğa Sahip Olanlarla 1-2-3 çocuğa sahip olanlar arasında, sosyal iletişim bozukluğu düzeği yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır (p <0,05). Çocukların yaptığı aktivite değışkenine göre otizm şiddeti düzeğine ilişkin sonuçlar incelendiğinde; Çocukların yaptığı aktivite değışkenine göre, otizm şiddeti düzeği arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=10,042 p (0,001) <0,05]. Çocukların yaptığı aktivitelerden evde oyuncaklarıyla oynayan, oyun parkında oynayan, televizyon v.b görselleri izleyen çocuklara göre, hepsini yapan çocuklarda otizm şiddeti düzeği düşük çıkmıştır. Evde hareketli oyunlar oynayan çocuklar ile diğer değışkenler arasında otizm şiddeti yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sosyal iletişim bozukluk düzeğine ilişkin sonuçlar incelendiğinde; Çocukların yaptığı aktivite değışkenine göre; sosyal iletişim bozukluk düzeği arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=7,045 p (0,001) <0,05]. Yapılan aktivitelerden oyun parkında oynayan çocuklara göre, aktivitelerin hepsini yapanların, otizm şiddeti düzeği düşük çıkmıştır.

Diğer yapılan aktivitelerle ilgili, otizm şiddeti yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yapılan korelasyon analizinde, katılımcıların sosyal iletişim ölçeği (Ort= 0,33 SS= 0,23) skorları ve çocuk otizmi değeriendirme ölçeği (Ort= 1,77 SS= 0,76) skorları arasındaki ilişki, pearson korelasyonu ile ölçülmüştür. Bu değışkenler arasında yüksek seviyede, pozitif ve anlamlı olan bir ilişki bulunmuştur (r (98) = 0,818, p<0,001), (p <0,05).

Tablo 4 incelendiğinde; Anlamlılık düzeği (significance) p<0,05 olduğu için kurulan regresyon modeli anlamlıdır. İlişkinin etkisine yönelik yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre; Çocuklarda otizm şiddetinin Sosyal iletişime yönelik pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R<sup>2</sup> değeri= 0,669 olarak hesaplanmıştır. (R= 0,818; R<sup>2</sup>= 0,669; P<0,05). Bu değeri, sosyal iletişim değışkeninin (varyansın) %66,9'unun modeldeki bağımsız değışken, yani otizm şiddeti tarafından açıklandığını göstermektedir. Regresyon modeline dahil edilen bağımsız değışkenin Beta katsayısı= 0,818'dir(p<0,005). Buna göre otizm şiddeti p<0,005 olduğu için, sosyal iletişim üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir (p <0,05).

## TARTIŞMA

Otizm; kaynağı bilinmeyen, sosyal iletişim ve etkileşimin olmadığı, çözümü için çaresiz kalınan davranışlarla kendini gösteren, diğer engel türlerinden farklı bir doğası olduğu düşünölen bir bozukluktur (22). Sosyal iletişimde bozulma ile çevresine ve olaylara ilgisizdir. Mat ve donuk bakışlar ile sanki çevrelerinde kimse yokmuş gibi davranırlar. Motor beceriler genelde normal gelişir. Cansız nesnelere ilgi duyarlar ve ilişki kurarlar. Sosyal iletişimde anormallik, ilgi dağarcığında kısıtlılık göröür. Yaşa uygun sosyal iletişim kurmada zorlanır veya kuramaz (2). Çalışmaya katılan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; çocukların %33'ü kız ve %67'si erkek çocuklardan oluşmaktadır. Eşitsizliğin sebebi çalışmamızda kullandığımız, olasılıksız ve gelişigüzel örnekleme yönteminden kaynaklanmaktadır. Araştırmamıza katılan otizm tanılı olan n: 28 çocuğun, hafif orta otizmlı olduğu ve araştırmaya katılan toplam çocuk sayısının %28'ini oluşturduğu bulunmuştur.

**Tablo 4:** Otizm Düzeyinin Sosyal İletişim Ölçeğine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımsız Değışken	Bağımlı Değışken	B	Std. Hata	(β)	t	P	R	R <sup>2</sup>	F	p
Çocuk Otizmi Değeriendirme Ölçeği	Sosyal İletişim Ölçeği	-105	.034	0,818	-3,07	.003	0,818	0,669	197,8	<0,001



Otizm tanılı olan n:22 çocuk ise, ağır otizmliler olup; araştırmaya katılan toplam çocuk sayısının %22'sini oluşturmaktadır. Bu sonuçlara göre otizm tanılı olan grup içerisinde bulunan çocukların çoğunluğu hafif ve orta düzeyde otizmlidir. Çocukların otizm tanı durumu ve yaşlarına göre dağılımı incelendiğinde; %44'ünün 4-6 yaş arasında olduğu ve bunlar içerisinde n:35 çocuğun otizm tanılı olduğu, %34'ünün 7-11 yaş arasında olduğu ve bunlar içerisinde n:8 çocuğun otizm tanılı olduğu, %22'sinin 12-18 yaş arasında olduğu ve bunlar içerisinde n:7 çocuğun otizm tanılı olduğu belirlenmiştir. Otizm tanılı olan, en fazla çocuğun bulunduğu yaş aralığı 4-6 yaş grubudur. Bu sonuca göre otizm farkındalığının arttığı daha erken yaşlarda iyileştirici eğitime başlandığını göstermektedir. Literatürde de otizm vakalarında 1991-2000 yılları arasında yaklaşık 3 kat artış görüldüğü, bunun sebebi olarak ise tanı ölçütlerinin kapsayıcılığının artması, medyasal faktörler veya OSB farkındalığının artması gibi nedenler gösterilmiştir (27). Yaş değişkenine göre; otizm şiddet düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=12,827 p(0,001)<0,05]. Yaşı 4-6 yaş arasında olanların 7-11 yaş ve 12-18 yaş arasında olanlara göre, otizm şiddet düzeyi yüksek bulunmuştur. Yaş değişkenine göre; sosyal iletişim bozukluk düzeyi incelemesinde ise yine anlamlı bir farklılık bulunmuştur [ F değeri=7,904 p(0,001)<0,05]. Yaşı 4-6 yaş arasında olanların 7-11 yaş ve 12-18 yaş arasında olanlara göre, sosyal iletişim bozukluk düzeyi yüksek çıkmıştır (p <0,05). Bu sonuca göre 4-6 yaş arasındaki çocuklarda otizm şiddeti ve sosyal iletişim bozukluk düzeyinin diğer yaş gruplarına göre yüksek çıkmasının nedeni olarak motor ve zihinsel becerilerinin hızlı geliştiği yaş evresi olmasından kaynaklı olabilir. Literatürde 4-6 yaş arası çocukların davranışları ile ilgili olarak farklılıkları merak ettiği, cinsiyet yaş büyüklükle ilgili karşılatırmalar yaptığı, bozma ve araya girme davranışları gösterdiği, yeni şeyler öğrenmek için harekete geçmek, girişimcilik gibi davranışları gösterdiği belirtilmektedir (24). Bu yaş gurubu çocuklar kendinin farkında olmaya başlar ve çevreden ve başka insanlardan ayrı bir kişi olduğunu anlar, deneme ve araştırmalarla kendi kişiliğine bir biçim vermeye çalışır. Çevresi ve kendi bedeni ile ilgili ve her şeye karşı soruşturma, öğrenme durumu içine girer. Bu dönem sorma bilme tutkusu dönemidir (25). Çocukların cinsiyete göre, otizmliler olma dağılımı literatür incelemesinde; Amerika Birleşik Devletleri'ndeki her 68 çocuktan birinin OSB tanısı aldığı, kız çocuklara göre erkek çocuklarında 4,5 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Cinsiyete göre dağılımda, her 189 kızdan 1'inin ve 42 erkek çocuktan 1'inin OSB'li olduğu belirtilmektedir (13). Araştırmamız sonucunda ise, cinsiyete göre n: 13 kız çocuğunun otizm tanılı olduğu ve erkeklerden ise n: 37 çocuğun otizm tanılı olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre erkek çocuklarda otizm

görülme sayısı, kız çocuklara göre fazla oldu ve yaklaşık 2,8 katı olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak OSB görülme sayısı, cinsiyete göre farklılık göstermekte, erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha fazla görülmektedir. Araştırmaya katılan çocukların otizm şiddeti düzeyleri yönünden, cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise anlamlı bir farklılık göstermemektedir [t değeri=-1,000 p(0,320)>0,05]. Çocukların sosyal iletişim bozukluk düzeyleri yönünden değerlendirilmesinde de, yine cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=-1,39 p(0,069)>0,05]. Sonuç olarak otizm görülme oranı cinsiyete göre farklılık gösterse de, otizm şiddeti ve sosyal iletişim bozukluk düzeyi yönünden farklılık göstermemektedir. Annenin eğitim durumuna göre otizmliler çocuğa sahip olma durumu incelemesinde ise lise ve dengi okul mezunu annelerin %23'ünün n:23 çocuk ile en fazla otizmliler çocuğa sahip oldukları, yüksek okul ve üniversite mezunu annelerin ise %36'sının n:36 çocuk ile en fazla otizmliler olmayan çocuğa sahip oldukları bulunmuştur. Bulunan sonuçlar incelendiğinde, otizmliler olan ve otizmliler olmayan çocuklara sahip annelerin, en yüksek bulunduğu grup, eğitim seviyesi yüksek olan gruptur. Buda bize ailelerin otizmliler çocuğa sahip olma durumunu, annenin eğitim seviyesinin etkilemediğini göstermektedir. Otizm tanılı grup içerisinde eğitimi yüksek olan annelerin otizmliler çocuğa sahip olmalarının yüksek çıkmasının nedeni annenin farkındalığının yüksek olmasından ve tedavi kurumlarına başvurmasından kaynaklı olabilir. Literatürde ise otistik çocuklarla ilgili yapılan çalışmada, otistik çocuk sahibi ailelerin eğitim düzeyinin genele göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (26). Araştırmaya katılan ailelerin gelir durumu, otizm sayısı ve grup dağılımlarına göre incelendiğinde; Otizm tanılı olmayan çocuğa sahip ailelerin %27 n:27 oranında gelir durumu "iyi" olarak ifade edenlerin sayısının en fazla olduğu bulunmuştur. Otizm tanılı olan çocuğa sahip ailelerin %25 n: 25 oranında gelir durumu "orta" olarak ifade edenlerin sayısının en fazla olduğu bulunmuştur. Bulunan sonuçlara göre otizmliler çocuğa sahip ailelerin gelir durumunun orta düzeyde olanların en yüksek seviyede olması gelir durumunun otizmliler çocuk sahibi olmayı etkilemediği görülmektedir. Literatür incelemesinde ise; sosyoekonomik seviyesi yüksek olan ailelerin OSB'li çocuğa sahip olma durumunun yüksek olduğu belirtilmektedir (28). Gelir durumu ile ilgili yapılan başka bir çalışmada; otizmliler çocuğa sahip olmanın, çocuk yetiştirme özelliği ya da sosyal ve ekonomik durumla ilgili olmadığı belirtilmiştir (29). Ailelerin gelir seviyesinin, otizmliler bireylerin yaşamış olduğu otizm şiddeti düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=1,246 p(0,297)>0,05]. Gelir seviyesinin, sosyal iletişim bozukluk düzeyi yönünden incelenmesinde ise anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F



değeri=2,772 p(0,046)<0,05]. Geliri düşük olan otizmliler bireylerin, geliri orta, iyi ve çok iyi olanlara göre sosyal iletişim bozukluk düzeyi yüksek çıkmıştır. Bebek bakımı eğitimi alan annelerin %39'nun n: 39 otizmliler çocuğa sahip olmadıkları, bebek bakımı eğitimi almayan annelerin ise %11'inin n:11 otizmliler çocuğa sahip olmadıkları bulunmuştur. Bebek bakımı eğitimi alan ve almayan annelerin otizmliler çocuğa sahip olma durumu ise birbirine yakın bulunmuştur. Bulunan sonuçlara göre bebek bakımı eğitim alan annelerin eğitim almayan annelere göre otizmliler çocuğa sahip olma oranı düşmektedir. Bunun sebebi olara bebek bakımı eğitimi alan annelerin, aldıkları eğitim nedeni ile yaşamış oldukları stres ve kaygı durumunun daha az olması, annenin kendi ve bebeği ile ilgili oluşabilecek olumsuz durumlara karşı, daha önceden önlem alması veya sakınmasından kaynaklı olabilir. Annenin bebek bakımı eğitim alması ayrıca, otizmliler çocuğun yaşadığı otizm şiddet düzeyini etkilemekte, bebek bakımı eğitimi alan annelerle almayan anneler arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir [t değeri=-2,952 p(0,004)<0,05]. Annenin bebek bakımı eğitim alması, otizmliler çocuğun yaşadığı sosyal iletişim bozukluk düzeyinide etkilemekte, bebek bakımı eğitimi alan annelerle almayan anneler arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir [t değeri=-3,156 p(0,002)<0,05]. Literatür incelemesinde OSB'li çocukların anne babaları incelendiğinde kaygılı, yetersiz sosyal ilişkiler, konuşma dil yetersizliği, planlama yetersizliği, dikkat eksikliği, yürütücü işlevsellikte sorunlar, zeka düşüklüğü olduğu tespit edilmiştir( 30). İçinde yaşanan ailede psikiyatrik bozukluk, çocuk ve ebeveyn ilişkisinde bozukluk, stres veya travma, anormal kişilik özellikleri, ailesel etkenler olarak kabul edilebilir. OSB'li çocukların anne, baba ve kardeşlerinde ruhsal belirtiler olarak stres, endişe, başa çıkmada yetersizlik gibi depresyon belirtileri yüksek bulunmuştur (26). Alkol, sigara veya bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması otistik bozukluğa yol açtığı ifade edilmektedir. Gebelik ve doğum süresinde oluşan viral enfeksiyonlar, düşük gebelik süresi, ilaç kullanımı, düşük kilolu doğum, radyasyon, yapay döllenme ile oluşan gebelik, anne baba yaşı, gebelik kanamaları. Yeni doğan süresinde oluşan problemler oksijensiz kalma, sarılık, ümmün sistem eksikliği, fiziksel eksiklikler, sık enfeksiyonlar, ağlamada gecikme gibi durumları yaşayan çocuklarda otizm sıklığı fazla olduğu görülmüştür. Bu sorunlar bütün otistik çocuklara özgü değildir (32).

Çocukların tanı alma yaşına göre incelendiğinde; Otizm tanılı olan çocukların %56'nın n:28 0-2 yaş arasında otizm tanısı aldığı, %44'ünün n:22 3-6 yaş arasında otizm tanısı aldığı bulunmuştur. Bu sonuca göre otizmliler çocukların çoğunlukla erken teşhis edildiği ve tedaviye erken başlandığı, otizm farkındalığının yükselmeye başladığı söylenebilir. Yapılan literatür incelemesinde,

otizm teşhisin anne karnında konulmadığı, 8-12 aylarda ise kesin olarak teşhis konulmadığı, kesin teşhis 18-24 aylarda ve 5 yaşından önce tam olarak konulabildiği belirtilmektedir (2). Sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre; otizm şiddeti düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=8,324 p (0,001) <0,05]. Otizmliler çocukların otizm şiddet düzeyi, ailelerin sahip olduğu çocuk sayısı 1 olanların, 2 ve 3 çocuğa sahip olanlara göre, yüksek çıkmıştır. Sosyal iletişim bozukluk düzeyi incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=11,212 p (0,001) <0,05]. Otizmliler çocukların sosyal iletişim bozukluk düzeyi, ailelerin sahip olduğu çocuk sayısı 1 olanların, 2 ve 3 çocuğa sahip olanlara göre, sosyal iletişim bozukluğu düzeyi yüksek bulunmuştur. Bulunan sonuca göre otizmliler çocukların otizm şiddet ve sosyal iletişim bozukluk düzeyleri kardeş sayıları arttıkça azalmaktadır. Bunun sebebinin ise sosyal iletişim kurabileceği kişilerin olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Literatürde aile yaşamında kardeşlerin özellikle kendilerine farklı roller oluşturdukları, birincil bakıcı olarak otizmliler kardeşlerine yardımcı oldukları, ailelerine yardımda buldukları, otizmliler kardeşlerinin saldırgan tutumlarında onları sakinleştiren kişi olduklarını belirtmişlerdir (33). Başka bir araştırmada benzer şekilde kardeşler arasında olumlu ilişkilerin olduğunu belirtilmiştir (34). Çocukların yaptığı aktivite değişkenine göre otizm şiddeti düzeyine ilişkin sonuçlar incelendiğinde; Çocukların yaptığı aktivite değişkenine göre; otizm şiddeti düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=10,042 p (0,001) <0,05]. Çocukların yaptığı aktivitelerden evde oyuncaklarıyla oynayan, oyun parkında oynayan, televizyon v.b görselleri izleyen çocuklara göre, hepsini yapan çocuklarda otizm şiddeti düzeyi düşük çıkmıştır. Evde hareketli oyunlar oynayan çocuklar ile diğer değişkenler arasında otizm şiddeti yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sosyal iletişim bozukluk düzeyine ilişkin sonuçlar incelendiğinde; Çocukların yaptığı aktivite değişkenine göre; sosyal iletişim bozukluk düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=7,045 p (0,001) <0,05]. Yapılan aktivitelerden oyun parkında oynayan çocuklara göre, aktivitelerin hepsini yapanların, otizm şiddeti düzeyi düşük çıkmıştır. Diğer yapılan aktivitelerle ilgili, otizm şiddeti yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür incelemelerinde yapılan spor aktivitelerinin planlanıp uygulanması ile otizmliler bireylerin motor ve konuşma becerilerinde olumlu sonuçlar elde edildiği, ortam adaptasyonu, duyuşsal, sosyal, fiziksel olarak iyileştirme sağladığı ve özgüveni artırdı belirtilmektedir (36). Çocukların sosyal iletişim durumu, otizm düzeyi ve grup dağılımlarına göre incelenmesinde; Otizm tanılı olmayan çocukların %94'ünün sosyal iletişiminin normal olduğu; Otizm tanılı olan çocukların ise %74'ünün

sosyal iletişiminin normal olmadığı, bulunmuştur. Bulgular değerlendirildiğinde otizmliler çocukların sosyal iletişimlerinin normalden düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de otizmliler bireylerin motor ve sözel olmayan bilişsel gelişim geriliği ile birlikte sosyal ve iletişim alanındaki yetersiz gelişimlerde eşlik ettiği, iletişimde kullanılan yüz ifadeleri, hissettiklerini yansıtmaya ve duygu paylaşımı sınırlı olduğu görülmektedir. Sembolik oyunlar oynama, karşılıklı oyun kurma ve yürütme becerileri sınırlıdır. Sözel ve motor taklit becerileri yetersizdir (37). Araştırmaya katılan çocukların otizm şiddeti düzeyi grup dağılımlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir [t değeri=-20,234 p(0,001)<0,05]. Araştırmaya katılan çocukların sosyal iletişim bozukluk düzeyleri, grup dağılımlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir [t değeri=-10,926 p(0,001)<0,05]. Otizmliler çocuklar ile otizmliler olmayan çocukların sosyal iletişim bozukluk düzeyi ile otizm şiddeti düzeyleri ortalamaları karşılaştırıldığında, otizm tanılı çocukların otizm şiddet düzeyi ve sosyal iletişim bozukluğu düzeyi de arttığı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre otizm şiddeti ile sosyal iletişim bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. Kaynak incelemelerinde otizmliler çocuklarda sosyal iletişimin bozuk olduğu görülmektedir. Otizmliler çocuklar ile otizmliler olmayan çocuklar arasındaki sosyal iletişim farkı, otizmliler çocukların kabullenme, etkileşim, sosyal becerilerinde de sorunlara neden olmaktadır. Uyum problemleri yaşamaktadırlar (3).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; otizm spektrum bozukluğu, sebebi tam olarak bilinmemekle beraber, sosyal iletişim, kendini gerçekleştirme ve kendi hayatını sürdürmede yetersizlikler oluşturan, bozukluğun fark edilmesinin uzun yıllar aldığı, tanılama için laboratuvar testlerinin olmadığı, ölçeklerin ve DSM kriterlerine göre tanılama yapıldığı, bozukluğun tedavisinin olmadığı, sadece eğitimle ve bazı belirtilerin azaltılmasına yönelik ilaçlarla tedavi yapılabildiği, tam olarak iyileşme sağlanmadığı ve bozukluğun dünya genelinde yükselme eğilimi gösterdiği belirlenmiştir. Araştırmamız sonucunda; Otizm şiddet ile sosyal iletişimin birbiriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Otizm şiddetinin artması ile sosyal iletişimde bozulmayı da artırdığı belirlenmiştir. Çalışmaya alınan çocuklarda otizmin cinsiyete göre görülme oranı erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Otizm şiddet düzeyi ve sosyal iletişim bozukluk düzeyi yönünden incelendiğinde ise cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bebek bakımı eğitimi alan annelerin, bebek bakımı eğitimi almayan annelere göre otizmliler çocuk sahibi olmama oranı yüksek bulunmuştur. Annenin bebek bakımı eğitim alması, otizmliler çocukların yaşadığı

otizm şiddetini ve sosyal iletişim bozukluk düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir. Çocukların doğum şekline göre incelendiğinde ise sezaryen doğum olanlar ile normal doğum olanlar arasında sosyal iletişim bozukluk düzeyi ve otizm şiddet düzeyine anlamlı bir etkisinin olduğu, sezaryen doğum yapanların, normal doğum yapanlara göre sosyal iletişim bozukluk düzeyi ve otizm şiddet düzeyi daha düşük bulunmuştur. Ailelerin gelir düzeyine göre otizmliler çocuğa sahip olma durumu ise gelir düzeyi orta seviyede olanlarda, otizmliler çocuğa sahip olma oranı en yüksek bulunmuştur. Gelir seviyesinin otizmliler çocukların otizm şiddet düzeyine anlamlı bir etkisinin olmadığı, fakat sosyal iletişim bozukluk düzeyine anlamlı bir etkisinin olduğu, geliri düşük olan ve otizmliler çocuğa sahip ailelerin çocuklarında sosyal iletişim bozukluk düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. Sahip olunan çocuk sayısına göre 1 çocuğa sahip ailelerin otizmliler çocuğunun yaşamış olduğu otizm şiddet düzeyi ve sosyal iletişim bozukluk düzeyi 1 den fazla çocuğa sahip ailelere göre yüksek bulunmuştur. Yaş değişkenine göre otizm şiddet düzeyi ve sosyal iletişim bozukluk düzeyi incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş, 4-6 yaş arasında çocuklarda otizm şiddet düzeyi ve sosyal iletişim bozukluk düzeyinin, daha büyük yaşta olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşın ilerlemesi ile otizm şiddet düzeyi ve sosyal iletişim bozukluk düzeyi azalma yönünde olduğu tespit edilmiştir. Çocuklara yönelik yaptırılan aktiviteler yönünden değerlendirildiğinde, sadece tek bir aktivite yapan çocuklara göre (örn: sadece televizyon izleyen gibi) daha fazla değişik aktiviteler yapan çocuklarda otizm şiddetinin düştüğü, sosyal iletişimin arttığı belirlenmiştir. Eğitim seviyesine göre, lise ve dengi okul mezunu ailelerin, en yüksek oranda otizmliler çocuğa sahip oldukları, yine otizmliler çocuğa sahip olmayan ailelerin ise eğitim seviyesi olarak en yüksek oranda yüksek okul ve üniversite mezunu aileler olduğu bulunmuştur. Otizmliler çocukların tanı alma yaşı, 0-2 yaş arasında tanı alanların en fazla olduğu bulunmuştur. Otizm tanılı olan ve otizm tanılı olmayan grup sosyal iletişim yönünden karşılaştırıldığında, otizm tanılı olmayan grupta bulunan çocukların, otizm tanılı olan çocuklara göre sosyal iletişimi normal ve yüksek olduğu bulunmuştur. Otizm şiddet düzeyi ve sosyal iletişim bozukluk düzeyi yönünden incelemede ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve otizm tanılı olan grupta sosyal iletişim bozukluk düzeyi ve otizm şiddet düzeyi yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucunda alınan verilere göre, çocuklarda otizm şiddet düzeyinin sosyal iletişim ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle otizm rahatsızlığı olan bireylerde sosyal iletişim ve sosyalleşmeye yönelik eğitimlerin artırılması gerektiği, erken teşhis için, çocuğun erken dönemde, sosyal iletişim davranışlarının kontrol edilmesi gerektiği, eğitim ve sosyal desteklerin çocuğa yönelik değil aileye

yönelik de gerçekleştirilmesi gerektiği. Ailelerin planlı bir gebelik kararı alması ve gebelik öncesi ve gebelik sürecinde ailesel takip ve kontrollerin yüzeysel olmadan, tam anlamıyla gerçekleştirilmesi gerektiği söylenebilir. Otizmlili bireylere yönelik planlı sosyal kaynaştırma aktivitelerinin düzenlenebilir. Otizmlili bireylerin başkasına ihtiyaç duymadan kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için mesleki sosyal eğitim alanları oluşturulabilir. Ailelerin sosyal ortamlardan, çocuğunun otizmlili olması nedeniyle çekilme yaşadığı, bu durumun çocuğun ve ailenin yaşamış olduğu rahatsızlığı daha fazla artırmasına sebep olduğundan dolayı, otizm konusunda toplumsal bilinç daha fazla artırılabilir. Otizmin dünyada artan bir oran göstermesi, topluma çok yüksek maliyetler getirmesi ve rahatsızlığın karmaşık bir yapı göstermesinden dolayı, otizmi önleyici, iyileştirici bilimsel araştırmaların ve bu konuda çalışma yapanların desteklenmesi önerilebilir. Suistimale açık bir rahatsızlık olduğundan dolayı aileler bilgilendirilebilir. Belirtilen durumların iyileştirme ve gerçekleştirilebilmesi ise hemşirelik mesleğinin eğitim kalitesini artırarak ve önemini anlayarak, hemşirelik mesleğinin daha aktif bir şekilde kullanılması ile mümkündür. Bu nedenle önemli bir sağlık profesyoneli olan hemşirenin, aileyi ve annenin gebelik sürecini çok iyi takip etmesi; OSB değerlendirme kriterlerini bilmesi ve gelişimsel bir sorunla karşılaştığında, risk tanınması yapmak için hemşirelik tanılama sürecini kullanması, değerlendirme sonucunda sorun bulduğu çocukları, gerekli yerlere yönlendirmesi, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi için çok önemli olduğu ve hemşirelik mesleğini yapacak kişilerin bu konudaki bilgi düzeylerinin artırılması gerektiği söylenebilir.

**Etik Kurul Onayı:** Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.11.2020 tarih ve 07-2020/45 sayılı karar no ile araştırma etiği açısından onay alınmıştır. Çalışmada insan hakları Helsinki Deklarasyonu'na uygun hareket edilmiştir. Çalışmamızın yapılacağı kurumlardan izinler alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Kanner, L.(1943).Autistic Disturbances of Affective Contact. Child's Nervous System, 2, 217-250.
2. Yavaş, İ.(1998). Otizmlili Bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı. I.Basım, Cilt 2, Editörler: Güleç, C., ve Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
3. Turhan, C. (2015). Otizm Spektrum Bozukluğu Gösteren Çocuklara Sosyal Beceri Öğretiminde Sosyal Öykü ve Video Modelleri Öğretimin Etkililik ve Verimlilikleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
4. Köroğlu, E. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, İstanbul.
5. Sucuoğlu, B. ve Kargın, T. (2006). İlköğretimde Kaynaştırma Uygulamaları. Yaklaşımlar, Yöntemler, Teknikler. Morpa Yayınları, İstanbul.
6. Matson, J. L., Matson, M. L. ve Rivet, T. T. (2007). Social Skills Treatments for Children With Autism Spectrum Disorders. An Overview, Behavior Modification, 31 (5), 682-707.
7. Hultman, C.M.,Sparen, P. ve Cnattingius, S. (2002). Perinatal Risk Factors for Infantile Autism. American Journal of Epidemiology,14(4), 314-23.
8. Peplau, H.E. (1992).Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly, 5, 13-18.
9. Sayan, A. ve Durat, G. (2007). Risk Tanınması Yoluyla Otizmin Erken Teşhisi. Hemşirenin Rolü, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4, 105-113.
10. Baio, J. (2014). Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years Autism and Developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 63, 1-21.
11. Lyall, K.,Croen, L. ve Daniels, J. (2017). The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. Annual Review of Public Health, 38, 81-102.
12. Järbrink, K. (2007). The Economic Consequences Of Autistic Spectrum Disorder Among Children In a Swedish Municipality. Autism, 11(5), 453-463.
13. Christensen, D. L.,Baio, J., Braun, K. V. N., Bilder, D., Charles, J., ve Constantino, J. N. (2016). Prevalence and Characteristics Of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years Autism And Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. Morbidity and Mortality Weekly Report, 65(3):1- 23.
14. Rutter, M. ve Bailey, A. (2007). Lord C, The Social Communication Questionnaire (SCQ), Second Printing, Western Psychological Services.
15. Avcil, S., Baykara, B., Baydur, H. ve Emiroğlu, N. İ. (2015). 4-18 Yaş Aralığındaki Otizmlili Bireylerde Sosyal İletişim Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Turk Psikiyatri Dergisi, 26(1), 56-64.
16. Perry, E.K., Lee, M. L. W. ve Martin, C. M. (2001). Cholinergic Activity in Autism Abnormalities in the Cerebral Cortexand Basal Forebrain. American Journal of Psychiatry, 158(7), 1058-1066.
17. Schopler, E., Reichler, R. J. ve Rochen, R. B. (2007). The Child Hood Autism Rating Scale (CARS), 11. Baskı, Western Psychological Services.
18. Mesibov, G.,Schopler, E., Schaffer, B. ve Michal, N., (1989). Use of Childhood Autism Rating Scale with Autistic Adolescents and Adults. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 538-541.
19. Sucuoğlu, B., Öktem, F., Akkök, F. ve Gökler, B. (1996). Otizmlili Çocukların Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bir Çalışma. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 4(2), 116-121.
20. İncekaş, S. (2009). Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir.
21. Fishman, S. N.ve Wolf, L. (1991). The Handicapped Child: Psychological Effects of Parental, Marital, and Sibling Relationships. Pervasive Developmental Disorders, 14 (1), 199-217.
22. Gürbüz, A. B., Aksu, H. ve Özgür, B. G., (2016). Early Diagnosed Autism Spectrum Disorder. The Role of the Family Physician. Medical Journal of İzmir Hospital, 20(3), 105-108.

*Karabaş ve Aydın: Otizmin sosyal iletişim ile ilişkisi*

23. Erden, G., Akçakın, M., Doğan, D. G. ve Ertem, İ. (2010). Çocuk Hekimleri ve Otizm Tanıda Zorluklar. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics, 19 (1), 9-15.
24. 24.Sayı, M.(2007). Erik Erikson: Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Kimlik. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları(Ed. Aysev, A.S.,Taner, Y.):Golden Print İstanbul, 23-37.
25. 25. Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10. Baskı. Ankara, Bayt.
26. 26.Akçakın, M.,Polat, S. ve Kerimoğlu, E. (1993). Otistik ve Zeka Özürlü Çocukların Demografik ve Doğumla İlgili Özellikler Yönünden Karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi,4(1), 39-46.
27. 27. Yosunkaya, E., (2013). Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 76, 84-88.
28. 28. Buldukoğlu, K.(2000). Çocukluk ve Ergenlikte Görülen Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar. (Ed. Kum, E.): Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. II. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
29. 29.Anonim, (2013). A Parent's Handbook. Your Guide to Autism Programs. British Columbia.
30. 30.Piven, J., Palmer, P., Landa, R., Santangelo, S., Jacobi, D. ve Childress, D.(1997). Personality and Language Characteristics in Parents From Multiple incidence Autism Families. American Journal of Medical Genetics, 74, 398-411.
31. 31.Erden, G. ve Akçakın, M. (2001). Otizmi Olan Çocuklar ve Kardeşlerinin Davranış Sorunları ve Kişilik Özellikleri Örneklere, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 8, 145-155
32. 32. Abdallah, M. W., Hougaard, D. M., Norgaard, P. B., Grove, J., Bonefeld, E. C. ve Mortensen, E. L. (2012). Gebelikte ve Doğum Sonrasında Enfeksiyonlar ve Otizm Spektrum Bozukluğu Riski: Bir Danimarka Doğum Kohortunda Kayıta Dayalı Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 23, 1-8.
33. 33. Angell, M.E., Meadan, H. ve Stoner, J., B. (2012). Experiences of Siblings of Individuals With Autism Spectru Disorders. Autism Research and Treatment. Article ID 949586. Erişim Tarihi: 22.11.2022,https://doi.org/10.1155/2012/949586
34. 34. Wing, L. (2012). Otizm El Rehberi (3. Baskı) (Ed. Kunt, S. ). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
35. 35. Nealy, C.E., O'hare, L., Powers, J.D. ve Swick, D.C. (2012). The Impact of Autism Spectrum Disorders on the Family: a Qalitative Study of Mothers' Perspectives. Journal of Family Social Work, 15,187-201.
36. 36.Atalay, A. ve Karadağ, A.(2011). Otizimli Hastaların Rehabilitasyon Sürecinde Spor Terapilerinin Önemi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi, 13, 227-237.
37. 37. Zwaigenbaum, L., Bryso, S., Rogers, T, Roberts, W., Brian, J. ve Szatmari, P, (2005). Behavioral Manifestations of Autism in the First Year of Life. Int J Dev Neurosci, 23 (2), 143-152.
38. 38. Cavkaytar, A., (2016). Otizm Spektrum Bozukluğu. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Türkiye, Grafik Ofset Matbaacılık Reklamcılık, Ankara.
39. 39. Şener, E. F. ve Özkul, Y., (2013). Otizmin Genetik Temelleri. Sağlık Bilim Dergisi, 22, 86-92.
40. 40. Kim, Y.S., Leventhal, B.L., Koh, Y.J., Fombonne, E., Laska, E. Ve Lim, E.C., (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry; 168(9):904- 12.
41. 41. Bishop, S. L., Richler, J., ve Lord, C. (2006). Association between restricted and repetitive behaviors and nonverbal IQ in children with autism spectrum disorders. Child Neuropsychology, 12, 247-267.
42. 42. Aydın, D., ve Özgen, Z.E., (2018). Çocuklarda Otizm Spektrum Bozukluğu ve Erken Tanılamada Hemşirenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3), 97-100



# Türkiye’de hemşirelik alanında sağlık inanç modeline dayalı yapılan doktora tezlerinin incelenmesi: Bibliyometrik bir analiz

## Investigation of doctoral theses based on health belief model in nursing in Turkey: A bibliometric analysis

Dilan Deniz Akan

Arş. Gör. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Manisa, deniz.dilan91@gmail.com, 0000-0002-8258-8658

### ÖZ

**Amaç:** Araştırmada, Türkiye’de hemşirelik alanında Sağlık İnanç Modeli’ne dayalı yapılan doktora tezlerinin bibliyometrik analiz yöntemiyle incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Retrospektif-tanımlayıcı tipteki araştırmada, tezlere ulaşabilmek amacıyla Yüksek Öğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi tarama motorunda “Sağlık İnanç Modeli” ve “hemşirelik” anahtar kelimeleriyle Türkçe ve İngilizce olarak tarama yapılmıştır. Yapılan taramalar sonucunda; hemşirelik alanında 2012-2022 yılları arasında Sağlık İnanç Modeli’ne dayalı olarak yapılan, erişime açık ve dahil etme kriterlerini karşılayan 30 doktora tez çalışması araştırma kapsamında incelenmiştir. Tezler, araştırmacı tarafından geliştirilen “Veri Toplama Formu” aracılığıyla değerlendirilmiştir. Veriler, IBM SPSS 25 paket programında analiz edilmiş olup verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan tezlerin; %30’unun Dokuz Eylül Üniversitesi’nde, %90’ının sağlık bilimleri enstitüsünde, %43,3’ünün halk sağlığı hemşireliği anabilim dalında ve %69,3’ünün danışmanlığının profesörler tarafından yürütüldüğü tespit edilmiştir. Tezlerde en sık kullanılan araştırma tasarımlarının yarı deneysel (%46,2) ve deneysel (%46,2) araştırma tasarımı olduğu, en üretken yılların 2018 (n=6) ve 2020 (n=6) yılları olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Sonuç olarak, son yıllarda hemşirelik alanında Sağlık İnanç Modeli’ne dayalı yapılan çalışmaların giderek artmakta olduğu ancak halen istenilen düzeye ulaşmadığı belirlenmiştir. Bireylerin korucuyu/önleyici sağlık davranışlarını geliştirmek ve semptom yönetimini sağlayabilmek amacıyla daha fazla sayıda Sağlık İnanç Modeli’ne dayalı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir. Yapılan bu çalışmanın, hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı ve ileride bu alanda çalışmayı düşünen bilim insanlarına ve lisansüstü öğrencilere yol gösterici olacağı tahmin edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Sağlık İnanç Modeli, Doktora Tezi, Hemşirelik

**Key Words:**  
Health Belief Model, Doctoral Thesis, Nursing

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**

Arş. Gör. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Manisa, deniz.dilan91@gmail.com, 0000-0002-8258-8658

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1192155

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
20.10.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
17.02.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Aim:** In this research, it is aimed to examine the doctoral theses based on the Health Belief Model in the field of nursing in Turkey, using the bibliometric analysis method. **Method:** In the retrospective-descriptive this study, in order to reach the theses, the search engine of Council of Higher Education Thesis Center was searched in Turkish and English with the keywords “Health Belief Model” and “nursing”. As a result of the scans; 30 doctoral dissertations made in the field of nursing between 2012-2022 based on the Health Belief Model, open to access and meeting the inclusion criteria, were examined within the scope of the research. These were evaluated through the “Data Collection Form” developed by the researcher. The data were analyzed in the IBM SPSS 25 package program and descriptive statistical methods were used in the evaluation of the data. **Findings:** Theses included in the research; It has been determined that 30% of them are at Dokuz Eylül University, 90% of them are at the institute of health sciences, 43.3% of them are in the department of public health nursing, and 69.3% of them are supervised by professors. It was determined that the most frequently used research designs in theses were quasi-experimental (46.2%) and experimental (46.2%) research designs, and the most productive years were 2018 (n=6) and 2020 (n=6). **Conclusion:** As a result, it has been determined that studies based on the Health Belief Model in the field of nursing have been increasing in recent years, but still have not reached the desired level. It can be said that there is a need for more research based on the Health Belief Model in order to improve preventive/preventive health behaviors of individuals and to provide symptom management. It is estimated that this study will contribute to the nursing literature and will guide scientists and graduate students who are considering working in this field in the future.



## GİRİŞ

Hemşirelik disiplininde girişimlerin sistematik bir şekilde planlanması ve uygulaması, sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir (1,2). Hemşirelik disiplininde mevcut araştırmaların, özellikle de doktora tezlerinin problemlere çözüm getirmesi, araştırma/geliştirme etkinliklerine katkı sağlaması, bilimsel alanı zenginleştirilmesi ve inovatif fikirlerin geliştirilmesine imkan sağlaması beklenmektedir (3,4). Hemşirelik alanında sağlık bakım kalitesinin arttırılabilmesi, holistik bakımın sunulabilmesi, araştırma probleminin kavramsallaştırılabilmesi, bilimsel bilginin üretilbilmesi ve hemşirelik biliminin gelişimine katkı sunulabilmesi amacıyla araştırma sürecinin kuram/model üzerine temellendirilmesi ve etkisinin değerlendirilmesi gerekmektedir (5). Son yıllarda, hemşirelik araştırmalarında kuram ve model kullanımına olan ilgi giderek artmakla birlikte halen istenilen düzeye ulaşmadığı bildirilmektedir (6). Bunun en önemli nedenleri arasında kuram/model kullanımının lisans müfredatında yer almaması gösterilmektedir (2,6). Hemşirelik alanında sıkça kullanılan modellerden biri Sağlık İnanç Modeli (SİM)'dir.

Hastalıktan korunma ve tarama programlarına katılımdaki yetersizliği açıklamak amacıyla 1950'li yılların başında geliştirilen SİM; popülasyonların tutum, davranış ve eğitim ihtiyaçlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılan bir modeldir (7). Model, sadece korunma ve tarama davranışlarını açıklamakla kalmamış; aynı zamanda hasta rolü davranışlarını açıklama ve olumlu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesine de başarıyla uyarlanmıştır (8). Modelin, sağlık davranışı değişikliklerini açıklayabileceği ve sağlık eğitimi müdahalesi için bir temel görevi görebileceği bildirilmektedir (9,10). Modelin, hemşirelik alanındaki araştırmalara temellendirilmesiyle bireylerin sağlık davranışlarına karşı tutum ve inançların değerlendirilebileceği; sağlık müdahaleleri aracılığıyla bireylere koruyucu ve sağlıklı geliştirici davranışların kazandırılabilmesi öngörülmektedir.

Bir konuyla ilgili o alanda araştırma yapacak bilim insanlarına bir yol haritası sunabilmek ve bu sayede konuya makroskopik ve holistik bir bakış açısı kazandırabilmek amacıyla yapılan bibliyometrik analiz yöntemi; bilimsel araştırmaları belirli kriterlere göre inceleyen ve değerlendiren nicel bir istatistiksel yöntem olarak tanımlanmaktadır (11). Uluslararası literatürde bibliyometrik analiz yöntemi kullanılan birçok çalışma olmakla birlikte (12,13); ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaların son yıllarda artış göstermeye başladığı görülmektedir.

Yapılan literatür taramasında, ülkemizde hemşirelik alanında kuram/model kullanımının incelendiği

bazı çalışmalar olmasına rağmen (2,6,14); SİM kullanılarak yapılan doktora tezlerini bibliyometrik analiz yöntemini kullanarak inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı; Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin mevcut bilgi yapısını ve eğilimlerini bibliyometrik analiz yöntemini kullanarak incelemektir. Araştırma sonuçlarının bu alanda çalışmayı düşünen bilim insanlarına ve lisansüstü öğrencilere yol gösterici olacağı; bu alandaki literatürü geliştirmeye katkı sağlayacağı tahmin edilmektedir.

### Araştırma Soruları:

- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin yıllara göre dağılımı nasıldır?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin üniversitelere göre dağılımları nasıldır?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin enstitülere göre dağılımları nasıldır?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin anabilim dallarına göre dağılımları nasıldır?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin danışmanlarının akademik unvanlarına göre dağılımları nasıldır?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin konularına göre dağılımları nasıldır?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin araştırma tasarımına göre dağılımları nasıldır?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinde kullanılan veri toplama araçları nelerdir?
- Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin örneklem özellikleri nelerdir?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırma Tasarımı ve Literatür Tarama

Araştırma, retrospektif-tanımlayıcı tipte olup Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi veri tabanı aracılığıyla 05.08.2022-15.08.2022 tarihleri arasında online olarak gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerine ulaşmak için bir devlet üniversitesinin erişim ağı üzerinden YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanında "Sağlık İnanç Modeli" ve "hemşirelik" anahtar sözcükleri ile Türkçe ve İngilizce olarak tarama

yapılmıştır. Dâhil etme kriterlerine uygun 30 doktora tez çalışması araştırma kapsamında incelenmiştir. Araştırma akış şeması Şekil1.de gösterilmiştir.

#### Dahil Etme Kriterleri

- Hemşirelik alanında yapılması,
- 2012-2022 yılları arasında yayımlanması,
- Doktora tezi olması,
- Yayın dilinin Türkçe veya İngilizce olması,
- Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı yürütülmesi,
- Ve açık erişimli olmasıdır.

#### Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilmiş "Veri Toplama Formu" aracılığıyla toplanmıştır. Bu form toplam 13 sorudan oluşmakta olup tezin yayın yılı, dili, tezin yapıldığı üniversite, enstitü, anabilim dalı, danışman sayısı, danışman unvanı, konusu, araştırma tasarımı, örneklem grubu, araştırmanın yapıldığı yer, etik kurul izni ve projelendirilme durumu gibi parametreleri içermektedir.

#### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, retrospektif-tanımlayıcı tipte bir araştırma olup ve doğrudan canlılar üzerinde bir etkisi bulunmadığından etik kurul onayına gereksinim duyulmamıştır.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

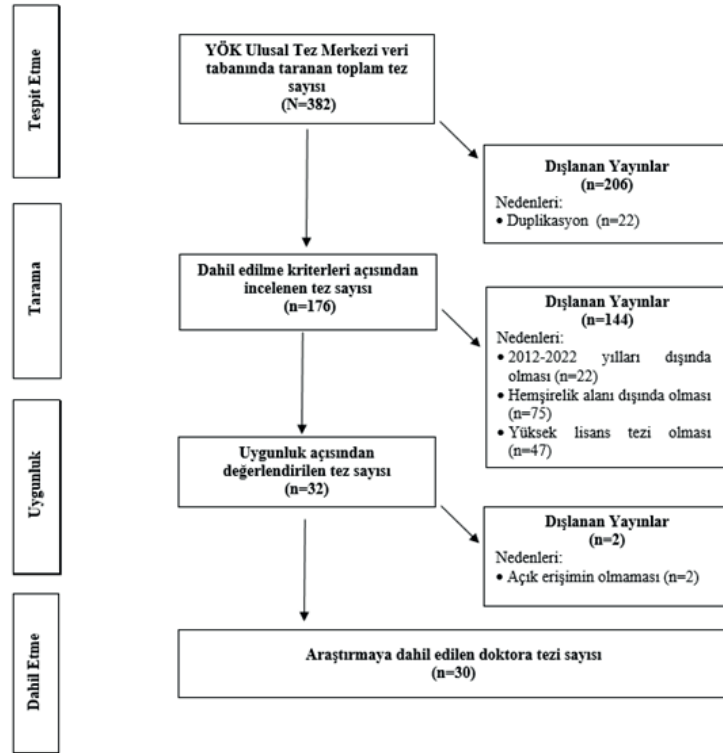
Araştırma sonuçları, tarama yapılan tarihler arasında YÖK Ulusal Tez Merkezi'ne kayıtlı ve açık erişimi olan doktora tez çalışmaları ile sınırlıdır.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS 25 paket programı aracılığıyla analiz edilmiş olup verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

## BULGULAR

Yapılan taramalar sonucunda YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanında, hemşirelik alanında 2012-2022 yılları arasında SİM'ne dayalı yapılan ve dahil etme kriterlerine uyan 30 doktora tez çalışmasının olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan tezlerin; %30'unun



Şekil 1. Araştırma akış şeması

Dokuz Eylül Üniversitesi'nde, %90'ının sağlık bilimleri enstitüsünde, %43,3'ünün halk sağlığı hemşireliği anabilim dalında ve %69,3'ünün danışmanlığının profesörler tarafından yürütüldüğü tespit edilmiştir. Doktora tezlerinin özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan tezler konu dağılımları açısından incelendiğinde; en sık "erken tanı ve taramalar" (%30) ile "kronik hastalık yönetimi" (%30) konularının incelendiği belirlenmiştir.

Tezlerin araştırma tasarımlarına göre dağılımları incelendiğinde; tezlerde tanımlayıcı, metodolojik, deneysel, yarı deneysel ve nitel olmak üzere beş farklı araştırma tasarımının kullanıldığı; en sık kullanılan araştırma tasarımlarının ise yarı deneysel (%46,2) ve deneysel (%46,2) araştırma tasarımı olduğu saptanmıştır. Tezlerde veri toplama aracı olarak en sık ölçek (76,7) kullanıldığı belirlenmiştir.

Tez sayılarının yıllara göre dağılımları incelendiğinde, 2012 yılında üç; 2021 yılında ise beş tezin üretildiği belirlenmiştir. En fazla tezin 2018 (n=6) ve 2020 (n=6) yıllarında üretildiği görülmüştür. Tezlerinin yapıldığı yıllara göre dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.

## TARTIŞMA

Mesleğe özgü kuramların uygulama alanına yansıtılması ve kanıta dayalı sonuçların oluşturulması mesleki gelişim açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Araştırmaların kuram/model çerçevesine dayandırılması; mesleki bilgi birikiminin gelişmesini sağlamakta, karar verme becerisini geliştirmekte, sağlık bakım kalitesini arttırmakta ve mesleki otonominin kazanılmasına yardımcı olmaktadır. Bu nedenle, doktora tezlerinin kuram/modele dayalı olarak yürütülmesi oldukça önem arz etmektedir (6,15,16). Ülkemizde hemşirelik alanında sık kullanılan modellerden biri olan SİM'ne dayalı doktora tezlerinin mevcut bilgi yapısını ortaya koymak amacıyla bibliyometrik analiz yöntemi kullanılarak yapılan bu çalışmada, hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan çalışmaların yıllar içinde artış gösterdiği ancak halen istenilen düzeye ulaşmadığı görülmektedir.

Araştırma kapsamında incelenen tezlerin büyük çoğunluğunun (%30) Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yürütüldüğü belirlenmiştir. Bu açıdan, hemşirelik alanında SİM'ni doktora tezlerinde en çok kullanan üniversitenin Dokuz Eylül Üniversitesi olduğu söylenebilir.

Ülkemizde hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan doktora tezlerinin büyük oranda (%43,3) halk sağlığı hemşireliği anabilim dalında yürütüldüğü saptanmıştır. Literatür, ülkemizde halk sağlığı hemşireliği alanında

yapılan lisansüstü tezlerde en çok kullanılan modelin Sağlık İnanç Modeli olduğunu bildirmektedir (16). Bu açıdan, çalışma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun, SİM'nin hastalıklardan korunma ve tarama programlarına katılımdaki yetersizliği açıklamak amacıyla geliştirilmesi açısından halk sağlığı hemşireliğine daha yakın olarak algılanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki tezlerin büyük bir kısmının (%53,3) profesör danışmanlığında yürütüldüğü belirlenmiştir. Tel ve Sabancıoğulları'nın yapmış olduğu çalışmada (2014), lisansüstü tezlerinin yarıdan fazlasının danışmanlığının profesörler tarafından yürütüldüğü bildirilmiştir (17). Çalışma bulgularımız bu açıdan literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ayrıca literatürde, araştırma danışmanlığının bilimselliği arttırmada önemli bir strateji olduğuna vurgu yapılmakta (18); öğrencinin eğitim sürecini alanında uzman ve deneyimli bir öğretim üyesiyle geçirmesinin doktora eğitiminin kalitesini arttıracakları belirtilmektedir (19). Buradan hareketle, doktora eğitiminin lisansüstü eğitimin son basamağını oluşturması ve önemli bir eğitim basamağı olması açısından tez danışmanlarının büyük çoğunluğunun profesör olmasının tez kalitesini arttırdığı yorumu yapılabilir.

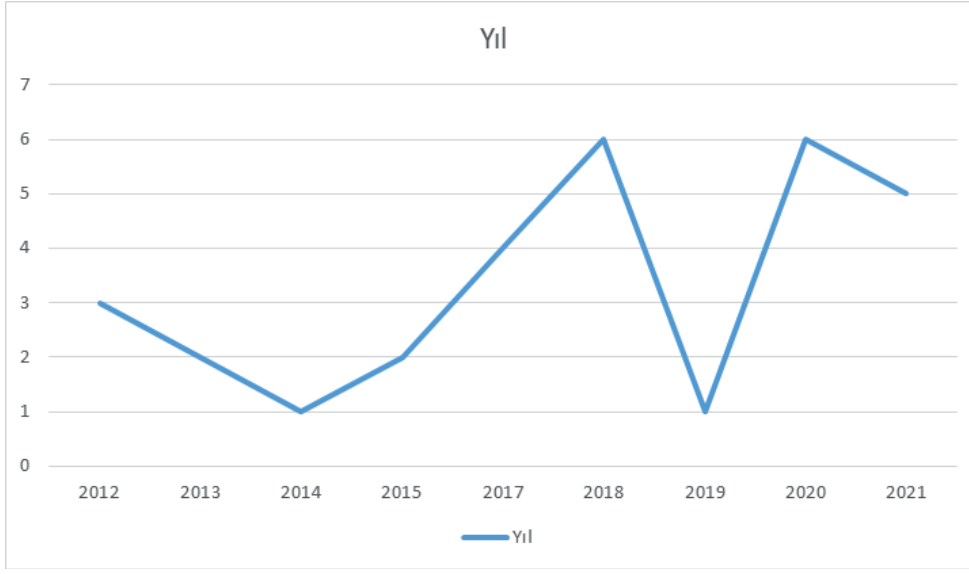
Doktora tez çalışmaları için fon desteği sağlamak oldukça önemlidir. Bu destek sayesinde daha kaliteli ve inovatif çalışmaların yapılabilmesi mümkün olmaktadır. Ülkemizde TÜBİTAK, üniversitelerin bilimsel araştırma projeleri, bazı dernekler ve Kalkınma Bakanlığına bağlı ajansların farklı destek programları bulunmaktadır. Araştırma kapsamına alınan tezler incelendiğinde; proje desteği alan doktora tez çalışması oranının %23,3 olduğu saptanmıştır. Bahar ve ark.'ının (2020) halk sağlığı hemşireliği alanındaki doktora tezlerini inceledikleri çalışmada projelendirilen tez oranı %22,5 olarak bildirilmiştir (20). Bu açıdan çalışma bulgularımız literatür ile benzerdir. Bu bulgu, doktora tezlerinin büyük çoğunluğunun projelendirilmediği ve daha fazla sayıda projelendirilmiş tez araştırmasına ihtiyaç olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma kapsamındaki tezler konu dağılımları açısından değerlendirildiğinde; "erken tanı ve taramalar" (%30) ile "kronik hastalık yönetimi" (%30) konularına daha çok eğilim olduğu görülmektedir. Ardahan ve Özsoy'un (2015) hemşirelik alanındaki yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine yapmış olduğu çalışmada, en sık bilgi düzeyini belirlemeye yönelik tezlerin olduğu bildirilmiştir (21). Arslan ve ark.'ının (2010) çalışmasında ise, klinik uygulama en sık incelenen konu olarak belirlenmiştir (22). Literatürdeki bu farklılığın, tezlerin farklı açılardan ele alınmasından ve dahil edilme kriterlerinin farklı olmasından kaynaklandığı

Tablo 1. Doktora tezlerinin özelliklerine göre dağılımı (n=30)

Özellikler	Değişkenler	n	%
Dili	Türkçe	30	100,0
	Diğer	0	0
Üniversite	Atatürk Üniversitesi	3	10,0
	Dokuz Eylül Üniversitesi	9	30,0
	Ege Üniversitesi	2	6,7
	Erciyes Üniversitesi	1	3,3
	Eskişehir Üniversitesi	1	3,3
	GATA	1	3,3
	Gaziantep Üniversitesi	2	6,7
	Hacettepe Üniversitesi	1	3,3
	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	1	3,3
	İnönü Üniversitesi	2	6,7
	İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa	2	6,7
	Marmara Üniversitesi	2	6,7
	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	1	3,3
	On Dokuz Mayıs Üniversitesi	1	3,3
	Selçuk Üniversitesi	1	3,3
Enstitü	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	27	90,0
	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	3	10,0
Anabilim Dalı	Hemşirelik	11	36,7
	Hemşirelik Esasları	2	6,7
	İç Hastalıkları Hemşireliği	1	3,3
	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	3	10,0
	Halk Sağlığı Hemşireliği	13	43,3
Danışman Sayısı	Tek Danışman	24	80,2
	İki Danışman	6	19,8
Danışman Unvanı*	Profesör	21	69,3
	Doçent	12	39,6
	Doktor Öğretim Üyesi	3	10,0
AraştırmaTasarımı*	Tanımlayıcı	1	3,3
	Deneysel	14	46,2
	Yarı deneysel	14	46,2
	Metodolojik	2	6,7
	Nitel	8	26,4
Veri Toplama Araçları	Ölçek	23	76,7
	Ölçek ve soru formu	4	13,4
	Diğer	3	10,0
Örneklem Grubu	Yetişkin kadınlar	14	46,7
	Yetişkin bireyler	2	6,7
	Öğrenciler	4	13,3
	Hemşireler	2	6,7
	Kronik hastalığı olanlar	8	26,7
	Hastane	6	20,0
Araştırmanın Yapıldığı Yer	ASM	8	26,7
	TSM	1	3,3
	Okul	4	13,3
	Ketem	1	3,3
	Kadın danışma merkezi	1	3,3
	Semt Evi	1	3,3
	Ev	4	13,3
	Diyaliz merkezi	1	3,3
	İşyeri	1	3,3
	Sağlıklı hayat merkezi	1	3,3
	Online	1	3,3
	Tezin Konusu	Erken tanı ve tarama davranışları	9
Sigara bırakma		1	3,3
Bağışıklama		2	6,7
Kronik hastalık yönetimi		9	30,0
Hemşirelerin mesleki görevleri		1	3,3
Kadın sağlığı sorunları		2	6,7
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları		4	13,3
Aile planlaması		1	3,3
Üreme sağlığı		1	3,3
Var		30	100,0
Etik Kurul İzni	Yok	0	0
	Var	7	23,3
Proje Desteği	Var	7	23,3
	Yok	23	76,7

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir



Grafik 1. Doktora tezlerinin yıllara göre dağılımı (n=30)

düşünülmektedir. Literatürde, SİM'nin erken tanı ve tarama programları için geliştirilmiş olduğu (7); daha sonra kronik hastalık yönetimine başarıyla uyarlandığı bildirilmektedir (8,9). Bu açıdan, SİM'ne dayalı gerçekleştirilen doktora tezlerinin konu dağılımlarının beklendiği söylenebilir.

Tezlerdeki veri toplama araçları incelendiğinde; tezlerde ölçek kullanımının daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız bu açıdan literatür ile benzerdir (16,23). Tezlerin büyük bir kısmında veri toplama aracı olarak ölçek kullanılmasının ölçeklerin geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracı olarak kabul edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan tezler incelendiğinde; araştırmaların örneklem grubunun çoğunlukla sağlıklı bireylerden tercih edildiği; kronik hastalarla yapılan çalışmaların toplam tez sayısının yalnızca %26,9'unu oluşturduğu görülmektedir. Buradan hareketle, kronik hastalarla yapılan SİM'ne dayalı yapılan çalışmaların sayısının yetersiz olduğu yorumu yapılabilir. SİM, her ne kadar koruyucu/önleyici sağlık davranışlarının anlaşılması için geliştirilmiş bir model olsa da zamanla hasta rolü ve semptom yönetme davranışlarına başarıyla uyarlanmıştır (9,24,25). Bu açıdan, doktora tezlerinde daha fazla kronik hastalığı olan bireylere SİM'ne dayalı araştırmanın yürütülmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Tezlerin büyük çoğunluğunun kantitatif araştırma türünde olduğu ve kantitatif araştırmaların sayısının kantitatif araştırmalara oranla daha az sayıda olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki diğer çalışma bulguları incelendiğinde; Arslan ve ark.'ı (2010) Türkiye'deki

hemşirelik çalışmalarının yarıya yakınının deneysel ya da yarı deneysel olduğunu (22); Lee ve ark.'ı (2012) ise hemşirelik doktora tezlerinin yaklaşık yarısının deneysel olduğunu ve kantitatif araştırmaların daha az sayıda olduğunu bildirmişlerdir (26). Bu durumun, niceliksel araştırmaların daha çok kabul görmesinden ve nitel araştırmalara olan ilginin yetersiz olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

## SONUÇ

Sonuç olarak, son yıllarda hemşirelik alanında SİM'ne dayalı yapılan çalışmaların giderek artmakta olduğu ancak halen istenilen düzeye ulaşmadığı belirlenmiştir. Daha fazla sayıda SİM'ne dayalı araştırmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. SİM, hastalıklara yönelik sağlık davranışlarının geliştirilmesinde etkin olarak kullanılabilir. Bu açıdan, bireylerin koruyucu/önleyici sağlık davranışlarını geliştirmek ve semptom yönetimi sağlayabilmek amacıyla ülkemizdeki hemşirelik doktora tez çalışmalarında SİM'ne dayalı daha fazla sayıda ve kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Yapılan bu çalışmanın, hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı ve ileride bu alanda çalışmayı düşünen bilim insanlarına ve lisansüstü öğrencilere yol gösterici olacağı tahmin edilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın Yayın.
2. Şahin, G., Buldak, C.I., Kaya, V., Güvenç, G., & İyigün, E. (2020). Türkiye'de hemşirelikte model kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi: sistematik derleme. HEAD, 17(2), 170-9.



3. Fawcett, J. (1992). Conceptual models and nursing practice: The reciprocal relationship. *J Adv Nurs*, 17(2), 224-8. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01877.x.
4. Arslan, F., Uzun, Ş., & Oflaz, F. (2010). Characteristics experienced difficulties and usage of doctoral dissertations in nursing in Turkey. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2(2), 110-2.
5. Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
6. Şengün İnan, F., Üstün, B., & Bademli, K. (2013). Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132-9.
7. Janz, N.K., Champion, V.L., & Strecher, V.J. (2002). *The Health Belief Model*. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss; p. 45-66.
8. Çenesiz, E., & Atak, N. (2007). Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 427-34.
9. Abbaszadeh, A., Borhani, F, & Asadi, N. (2011). Effects of health belief model-based video training about risk factors on knowledge and attitude of myocardial infarction patients after discharge. *J Res Med Sci*, 16(2), 195-9.
10. Kahnooji, Z., Mirzaei, T., Asadpour, M., & Sabzevari, S. (2021). Effect of educational intervention based on health belief model to promote cardiovascular disease preventive behaviors. *Community Health Journal*, 14(4), 1-12.
11. Kuruthan, M.N. & Oran, F. (2018). Harita Prensiplerinin Görsel Haritalama Tekniğine Göre Bibliyometrik Analizi. *Sage Yayıncılık San. Tic. ve Ltd. Şti. 1. Basım, Ankara*, s, 7-14.
12. Carter Templeton, H., Frazier, R.M., Wu, L., & Wyatt, H.T. (2018). Robotics in nursing: a bibliometric analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 582-9.
13. Kahwa, E., Dodd, A., Conklin, J.L., Woods Giscombe, C., Leak Bryant, A., Munroe, D., ... & Bolton, A. (2022). A bibliometric analysis of nursing and midwifery research in the Caribbean. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(2), 226-33.
14. Ay, F., & Bilgiç F.Ş., (2021). Lisansüstü Tezlerde Kuramların Kullanımının Bibliyometrik Analizi: Kadın Sağlığı- Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Alanı Örneği. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 281-9.
15. Platin, N. (2010). Hemşireliğin kuramsal öğeleri dersi öğrenci geribildirimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(2), 89-95.
16. Öncel, S., & Sümen, A. (2017). Türkiye’de halk sağlığı hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing Special Topics*, 3(1), 20-8.
17. Tel, H., & Sabancıoğulları, S. (2014). Psikiyatri hemşireliği doktora tezlerinin özellikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 178-185.
18. Nelson, J.P., & Sacks, J.L. (2007). Faculty advisement on theses and dissertations, tips for organizing the process. *Nurse Educator*, 32(5), 195-196.
19. Robinson, S., & Dracup, K. (2008). Innovative options for the doctoral dissertation in nursing. *Nursing Outlook*, 56(4), 174-178.
20. Bahar, Z., Gördes Aydoğdu, N., Açıllı, D., Cengiz, B., Çal, A. & Gürkan, K.P. (2020). Türkiye’de halk sağlığı hemşireliği alanında yapılan doktora tezlerinin değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 26-38.
21. Ardahan, M., & Özsoy, S. (2015). Türkiye’de Hemşirelik araştırmalarındaki eğilimler: Yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 516-34.
22. Arslan, F., Uzun, Ş., & Oflaz, F. (2010). Characteristics experienced difficulties and usage of doctoral dissertations in nursing in Turkey. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2(2), 110-112.
23. Ünsal, A., & Ergül, N. (2010). Türkiye’deki hemşirelik araştırmalarında kullanılan veri toplama araçları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 432-8.
24. Khorsandi, M., Fekrizadeh, Z., & Roozbahani, N. (2017). Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertension-controlling behaviors in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 233.
25. Barros, A.A., Guedes, M.V.C., Moura, D.D.J.M., Menezes, L.C.G.D., Aguiar, L.L., & Xavier, G.A. (2014). Health behaviors of people with hypertension: health belief model. *Northeast Network Nursing Journal*, 15(3), 525-32.
26. Lee, J.H., Choe, M.A., & Hah, Y.S. (2012). Analysis of trends and contents of nursing doctoral dissertations in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(2), 302-309.

# Edinilmiş oküler motor sinir felci: Klinik deneyimlerimizin analizi

## Acquired ocular motor nerve paralysis: Analysis of our clinical experiences

Esra Eruyar

Lokman Hekim University Department of Neurology Ankara, Turkey, eeruyar@yaani.com, 0000-0002-1666-0084

### ÖZ

**Giriş ve Amaç:** Üçüncü, dördüncü ve altıncı kranial sinirler oküler motor sinirler olarak sınıflandırılmakta, göz kaslarının hareket kontrolünü sağlamaktadır. Bu sinirlerde gelişen edinsel özellikteki felç, edinilmiş oküler motor sinir felci olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde oküler motor sinir felci tanısı konan hastaların çeşitli özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Metot:** Bu çalışma, Ankara/Türkiye’de ikinci basamak bir sağlık merkezinde yürütülmüştür. Retrospektif bir çalışmadır. Sadece edinsel oküler motor sinir felci vakaları çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara ilişkin bilgiler için dosyalarında yer alan kayıtlardan yararlanılmıştır. Katılımcının yaş ve cinsiyet verileri incelenmiştir. Önceden gelişen şaşılık, orbital hastalıklar ve konjenital oküler motor sinir felci vakaları çalışma dışı bırakılmıştır. Veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak tasnif edilmiştir. Bazı parametreler arasında istatistik açıdan farklılık araştırılmıştır. Farklılık analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $61,9 \pm 16$ ’dır. Katılımcılardan 10’u (%43,4) erkek, 13’ü (%56,6) kadındır. Katılımcılardan sadece birinin iki taraflı tutulumu mevcuttur. Bunun dışında 13 (%56,6) katılımcıda sol, 9 (%39,1) katılımcıda sağ taraf tutulmuştur. Hiçbir katılımcıda troklear sinir felci gelişmediği belirlenmiştir. Katılımcılardan 11’inde (%47,8) edinsel oküler motor sinir felci oküломotor sinirde gelişmiştir. Bu katılımcılardan üçünde serebrovasküler olay teşhis edilmiştir. **Sonuç:** Çalışmamızda elde edilen veriler en sık abducens tutulumunu işaret etmiş bunu oküломotor sinir takip etmiştir. En sık etiyolojik nedenin vasküler sebepler olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Oküler Motor Sinirler, Sinir Felci, Diplopi, Vasküler Patoloji

**Key Words:**  
Ocular Motor Nerves, Nerve Paralysis, Diplopia, Vascular Pathology

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Lokman Hekim University  
Department of Neurology Ankara,  
Turkey, eeruyar@yaani.com, 0000-  
0002-1666-0084

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1193829

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
24.10.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
24.11.2022

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Introduction and Aim:** Third, fourth, and sixth cranial nerves are classified as ocular motor nerves and provide movement control of eye muscles. Acquired paralysis of these nerves is called acquired ocular motor nerve palsy. This study aimed to examine various characteristics of patients diagnosed with ocular motor nerve palsy in our clinic. **Method:** This study was conducted in a secondary health center in Ankara/Turkey. It is a retrospective study. Only cases of acquired ocular motor nerve palsy were included in the study. For information about the participants, the records in their files were used. The age and gender data of the participant were examined. Cases of preexisting strabismus, orbital diseases, and congenital ocular motor nerve palsy were excluded from the study. The data were classified using the SPSS 21 package program. Statistical differences between some parameters were investigated. The Chi-square test was used in difference analysis. **Results:** The mean age of the participants was  $61.9 \pm 16$ . Of the participants, 10 (43.4%) were male, and 13 (56.6%) were female. Only one of the participants has bilateral involvement. Apart from this, the left side was involved in 13 (56.6%) participants, and the right was involved in 9 (39.1%) participants. It was determined that none of the participants developed trochlear nerve palsy. In 11 (47.8%) of the participants, acquired ocular motor nerve palsy developed in the oculomotor nerve. Three of these participants were diagnosed with a cerebrovascular accident. **Conclusion:** The data obtained in our study indicated the most common abducens involvement, followed by the oculomotor nerve. It was determined that the most common etiological reason was vascular causes.

### GİRİŞ

Üçüncü, dördüncü ve altıncı kranial sinirler oküler motor sinirler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sinirler göz kaslarının hareket kontrolünü sağlamaktadır (1). Oküler motor sinirlerde gelişen edinsel özellikteki felç, edinilmiş oküler motor sinir felci (EOSF) olarak adlandırılmaktadır (2). EOSF, akut diplopinin yaygın bir nedenidir. EOSF, oküler motor sinirlerin her birinde ya da birden fazla sinirde gelişebilmekte, tek ya da çift taraflı olabilmektedir. Kısmi ya da tam paralizisi şeklinde seyrebilmektedir (3).

Travma, kafa içi tümörler, anevrizma ve mikrovasküler iskemik EOSF nedenleri arasında sık görülenlerdir (4). EOSF’nin etiopatolojisi yapılan çalışmalarda incelenmiş, en sık nedenin vasküler risk faktörlerinden kaynaklanan mikrovasküler iskemik olduğu belirlenmiştir (2,5). EOSF nedeniyle gelişen göz hareketleri kısıtlılığı beyin ile ilgili patolojilerin ilk bulgusu olabilmektedir. EOSF gelişiminin sebebi beyin tümörü, anevrizma veya infarkt gibi patolojiler olduğunda erken tanı ve tedavi hayati önem kazanmaktadır. Bu sebeple gerekli tedavi uygulanmadığı takdirde ciddi komplikasyonların gelişmesi olasıdır (6).

Nöroloji kliniğine başvuran EOSF hastalarında yer kaplayan lezyonlar, iskemik veya travma gibi çok çeşitli heterojen etiyolojileri ayırt etmek için ayırıcı tanı prosedürü gereklidir. Hastalarda diyabetes mellitus, hipertansiyon veya obezite gibi risk faktörlerinin varlığında EOSF'nin vasküler kaynaklı olduğu düşünülmektedir (7). Mevcut literatüre göre tespit edilen EOSF'nin %15 - %30'u belirli bir etiyolojiye bağlanamamış, idiyoPATİK olarak tanımlanmıştır (2,4,7,8).

Bu çalışmada kliniğimizde EOSF tanısı konan hastaların çeşitli özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ YÖNTEM

### Çalışma Tasarımı

Bu çalışma, Ocak 2018 - Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara/Türkiye'de üçüncü basamak bir sağlık merkezine başvuran hastalar üzerinde yürütülmüştür. Sadece EOSF vakaları çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma 23 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcılara, bilgilerinin çalışmada kullanılacağına ancak kimliklerinin gizli kalacağına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır. Katılımcılara ilişkin bilgiler için dosyalarında yer alan kayıtlardan yararlanılmıştır.

Çalışma kapsamında incelenen veriler aşağıda sıralanmıştır:

### Sosyo-Demografik Veriler:

Katılımcının yaş ve cinsiyet verileri incelenmiştir. Kronik hastalıklar ve diğer etiyolojik değişkenlerin yaş ile ilişkisini incelemek için katılımcılar <50 ve ≥ 50 yaş olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

### EOSF'e İlişkin Veriler:

- Parezik taraf,
- Paralize olan kraniyal sinir,
- Etiyoloji.

Katılımcıların eşlik eden hastalık verilerine dosyalarında yer alan bilgilerden ulaşılmıştır.

### Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- EOSF'ye bağlı gelişen diplopsi olanlar,
- MR incelemesine engel durumu olmayanlar.

### Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Önceden gelişen şaşılık,
- Orbital hastalıklar,

- Kongenital EOSF vakaları,
- Ekstraoküler kas bozukluklarına bağlı gelişmiş diplopi,
- Nöromusküler kavşak bozuklukları, nükleer veya supranükleer bozukluklar,
- Baş ağrısı veya periorbital ağrı dışında nörolojik belirti ve semptomları olanlar.

### Çalışmada İncelenen Parametreler

Katılımcıların genel tıbbi öyküleri, kullandıkları ilaçlar dosyalarında bulunan verilerden incelenmiştir. Yine dosyalarından oftalmolojik muayene sonuçları, düzeltilmiş görme keskinliği ve renk görme testleri incelenmiştir. Ayırıcı tanıda, orbita hastalıkları, miyozit ve miyastenia gravis hastalığına yönelik risk faktörleri araştırılmıştır. Katılımcıların lipit profili, tam kan ve biyokimya sonuçları; tiroid fonksiyon, triglobulin antikoru ve antiasetilkolin reseptör antikoru tetkikleri incelenmiştir. İntrakraniyal lezyon veya tümör, beyinde infarkt ve anevrizma gibi hastalıklara ilişkin bulgusu olan katılımcılar beyin manyetik rezonans görüntüleme ve manyetik rezonans anjiyografi ile değerlendirilmiştir. Yukarıda sayılanlar diplopi tespit edilenlerde ayırıcı tanıda yer alan hastalıkları araştırmak için gerekli rutin prosedürlerdir. Bu prosedürler katılımcılara uygulanmıştır. Sonuçlar uyarınca katılımcılarda mevcut olan Diyabetes Mellitus gibi hastalıklar belirlenmiştir.

### Etik

Araştırmaya dair etik izinler ilgili kurumlardan alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre gerçekleşmiştir. Katılımcılar çalışma konusunda bilgilendirilmiş onayları alınmıştır.

### İstatistiksel analiz

Veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak tasnif edilmiştir. Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistik analizlerin sonuçları tablolar halinde sunulmuştur. Bazı parametreler arasında istatistik açıdan farklılık araştırılmıştır. Farklılık analizinde ki-kare testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 61,9±16'dur. En yaşlı katılımcı 79 yaşında iken en genç katılımcı 20 yaşındadır. Katılımcılardan 10'u (%43,4) erkek, 13'ü (%56,6) kadındır. İki taraflı tutulum, sadece bir katılımcıda mevcuttur. Bunun dışında 13 (%56,6) katılımcıda sol, 9 (%39,1) katılımcıda sağ taraf tutulmuştur. Katılımcıların yaş ve tutulan taraf değişkenine göre dağılımları, tablo 1'de sunulmuştur.

### Erucar: Edinilmiş oküler motor sinir felci

Troklear Sinir FelciKatılımcılar EOSF gelişen oküler motor sinirlere göre incelendiğinde hiçbir katılımcıda troklear sinir felci gelişmediği belirlenmiştir.

### Okülomotor Sinir Felci

Katılımcılardan 11'inde (%47,8) EOSF okülomotor sinirde gelişmiştir. Bu katılımcılardan üçünde serebrovasküler olay teşhis edilmiştir. Serebrovasküler olay gelişen üç katılımcının ikisinde mezensefalon kaynaklı internükleer oftalmopleji belirlenmiştir.

Oküler motor sinirlerde EOSF gelişen katılımcıların birinde EOSF'nin Tolosa-Hunt sendromuna ikincil geliştiği belirlenmiştir. Üç katılımcı diyabetes mellitus hastasıdır. EOSF; bir katılımcıda pseudotümör serebri, bir katılımcıda sfenoid sinüs enfeksiyonu, bir katılımcıda oftalmik migren ve bir katılımcıda lenfomaya ikincil olarak gelişmiştir.

### Abdusens Sinir Felci

EOSF, katılımcıların 12'sinde (%52,2) abdusens sinirinde gelişmiştir. Patolojinin bir katılımcıda Multipl Skleroz sonucu geliştiği belirlenmiştir. Abdusens sinirinde EOSF gelişen katılımcılardan dokuzu diyabetes mellitus hastasıdır. İki katılımcıda neden tespit edilememiş, bu katılımcılar idiyopatik kabul edilmiştir.

Okülomotor ve abdusens sinirinin tutulumuna göre katılımcılarda diyabetes mellitus hastalığı sıklığı karşılaştırılmış, sonuç tablo 2'de verilmiştir.

### TARTIŞMA

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, EOSF'nin görece daha yaşlı popülasyonda geliştiğini doğrulamıştır. Bu beklenen bir bulgudur zira hastalık zaten yaşlı popülasyonun hastalığıdır. Katılımcıların yaş ortalaması 61,9'dur. Yaklaşık 300 katılımcı üzerinde gerçekleştirilen

benzer bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 58±15 olarak belirlenmiştir (7). Başka çalışmalarda ise katılımcıların yaş ortalaması değerleri sırasıyla 53,6±17 (9) ve 61,2±17 (8) bulunmuştur. Bu değerler çalışmamızda elde edilene oldukça yakındır.

Katılımcılardan 13'ü (%56,6) kadındır. Farklı araştırmalarda EOSF geçirenlerin cinsiyet dağılımları araştırmamızdakinden farklıdır. Buna göre bir araştırmanın sonuçları kadın sıklığının %38 (7), başka bir araştırma ise %45,5 (9) olduğunu belirtmektedir. Farklı çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kore merkezli bir çalışmada EOSF geçirenler içinde kadınların sıklığı %44,1 (10), ABD'de yürütülen bir çalışmada ise %38,5 (2) bulunmuştur. Farklı çalışmalardan elde edilen sıklıklar genelde benzer seviyededir ve çalışmamızdakinden düşüktür. Bunun nedeni toplumlar arası farklılıklar olabilir.

Araştırmamızda troklear sinir tutulumu olan katılımcı yoktur. Ancak farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, abdusens ve okülomotor sinir kadar olmasa da troklear sinirin de tutulduğunu göstermektedir. Söz konusu çalışmaların sonuçları troklear sinir tutulum sıklığının %15 ile %23 arasında değiştiğini göstermektedir (2,7,9,11,12). Bu durumda araştırmamızda elde edilen sonuç genelden farklı görünmektedir. Bunun nedeni araştırmamızdaki katılımcı sayısının incelenen diğer çalışmalardan düşük olması olabilir. Bunun yanında araştırmamızda kafa travması ile başvuran katılımcı olmaması da bu durumun nedeni olabilir. Zira troklear sinirin kafa kaidesi içerisindeki seyri oldukça uzundur ve yapısı diğer sinirlere göre incedir. Bu nedenle de bu troklear sinirin felci sıklıkla kafa travmasını takiben gelişmektedir (12).

Görüntüleme sistemlerinde son on yılda son derece önemli gelişme kaydedilmiştir. Bunlardan manyetik rezonans görüntüleme alanındaki gelişmeler, EOSF

Tablo 1. Katılımcıların yaş değişkenine göre dağılımları

		Sayı	%
Yaş	< 50 yaş	3	%13,1
	≥ 50 yaş	20	%86,9
Tutulan Taraf	Sağ	9	%39,1
	Sol	13	%56,6
	Her iki Taraf	1	%4,3

Tablo 2. Katılımcıların tutulan oküler motor sinire göre diyabetes mellitus olma durumlarının karşılaştırılması

	Sayı	%	P
Okülomotor	3	%27,2	<0,001
Abdusens	9	%75,0	

teşhisinde önemli ilerlemeler sağlamıştır. Ancak tüm bunlara rağmen EOSF'lerin yaklaşık %25'inin sebebi açıklanamamaktadır. Bu çalışmada 23 EOSF'li hastadan ikisinde etiyolojik sebep belirlenmemiştir (%8). Bu sonuç diğer çalışmalardan elde edilenlere göre daha düşüktür. Diğer çalışmalarda idiyopatik EOSF'li hasta sıklığının %10 ile %30 arasında değiştiği bildirilmektedir (5,9,13–15). Bunun nedeni araştırmamızdaki katılımcı sayısının incelenen diğer çalışmalardan düşük olması olabilir. İncelenen çalışmalar içinde katılımcı sayısı çalışmamıza en yakın olan araştırma Mwanza ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmadır (5). Bu çalışmada idiyopatik EOSF'li hasta sıklığı incelenen çalışmalar arasında en düşüktür ve çalışmamıza en yakın değere sahiptir (yaklaşık %7).

Literatürdeki araştırmalardan bazıları EOSF'de en sık tutulan sinirin abducens olduğunu ifade ederken (16,17), bazı araştırmalara göre en sık tutulan sinir okülomotor sinirdir (18,19). Araştırmamızda elde edilen veriler kapsamında abducens ve okülomotor sinirlerin tutulum sıklıklarının oldukça yakın olduğu belirlenmiştir. Sıklıklar yakın olsa da en sık tutulan sinir abducens'dir.

EOSF etiyolojisi önceki çalışmalardan elde edilen veriler kapsamında incelendiğinde; mikrovasküler iskemi, anevrizma ve inme gibi vasküler patolojiler ile inflamasyonun etiyolojide daha sık rol oynadığı görülmektedir. Neoplazm ve travmanın sıklığı, bunlara göre daha düşüktür (12,15,17,19,20).

Araştırmamız verilerine göre 12 katılımcı diyabetes mellitus hastasıdır. Söz konusu 12 katılımcıda hastalık etiyolojisinin mikrovasküler iskemi olduğu kabul edilmiştir. Okülomotor sinir felci olanlarda diyabetes mellitus sıklığı yaklaşık %27 iken abducens felci olanlarda %75'tir. İki grup arasındaki fark istatistik olarak da anlamlıdır. Literatürde EOSF etiyolojisinin incelendiği çalışmaların verilerine göre 50 yaş üzerinde diyabetes mellitus sıklığı %50'nin üzerindedir (9,13,21–23). Buna göre çalışmamızda okülomotor sinir felci olanlarda tespit edilen diyabetes mellitus sıklığı ortalamanın altındadır. Bu da katılımcı sayısı ile ilişkili olabilir.

## SONUÇ

Çalışmamızda EOSF vakaları; yaş, tutulan motor sinir ve taraf ve etiyopatogenez açısından incelenmiştir. Çalışmamızda elde edilen veriler en sık abducens tutulumunu işaret etmiş bunu okülomotor sinir takip etmiştir. En sık etiyolojik nedenin vasküler sebepler olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda diyabetes mellitus sıklığı oldukça yüksektir. Katılımcıların yaklaşık tamamının 50 yaş ve üzerinde olmasının bunun nedeni olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmamızın retrospektif dizayna sahip olması, katılımcı sayısının sınırlılığı

sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Özellikle etiyolojik faktörler bunlardan etkilenmiş olabilir. Çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı katılımcı sayısının düşük olmasıdır. Bu durum da sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Konu ile ilgili sistematik derleme ve meta analiz çalışmaları araştırılmıştır. Bu alanda sistematik derleme ve meta analiz çalışmalarına rastlamamıştır.

## KAYNAKLAR

1. Young HM, Cane KN, Anderson CR. (2011) Development of the autonomic nervous system: a comparative view. *Auton Neurosci.* 165(1):10–27.
2. Tamhankar MA, Bioussé V, Ying G-S, Prasad S, Subramanian PS, Lee MS, et al. (2013) Isolated third, fourth, and sixth cranial nerve palsies from presumed microvascular versus other causes: a prospective study. *Ophthalmology.* 120(11):2264–9.
3. Prasad S, Volpe NJ. (2010) Paralytic strabismus: third, fourth, and sixth nerve palsy. *Neurol Clin.* 28(3):803–33.
4. Park K-A, Oh SY, Min J-H, Kim BJ, Kim Y. (2019) Cause of acquired onset of diplopia due to isolated third, fourth, and sixth cranial nerve palsies in patients aged 20 to 50 years in Korea: A high resolution magnetic resonance imaging study. *J Neurol Sci.* 407:116546.
5. Mwanza J-C, Ngweme GB, Kayembe DL. (2006) Ocular motor nerve palsy: a clinical and etiological study. *Indian J Ophthalmol.* 54(3):173–5.
6. Lee S-H, Lee S-S, Park K-Y, Han S-H. (2002) Isolated oculomotor nerve palsy: diagnostic approach using the degree of external and internal dysfunction. *Clin Neurol Neurosurg.* 104(2):136–41.
7. Choi KD, Choi SY, Kim JS, Choi JH, Yang TH, Oh SY, et al. (2019) Acquired Ocular Motor Nerve Palsy in Neurology Clinics: A Prospective Multicenter Study. *J Clin Neurol.* 15(2):221–7.
8. Hörner R, Kassubek J, Dreyhaupt J, Ludolph AC. (2022) The spectrum and differential diagnosis of acquired ocular motor nerve palsies: a clinical study of 502 patients. *J Neurol [Internet].* 269(4):2140–8.
9. Nalcacıoğlu P, Kuyumcu S, Budakoğlu Ö, İlhan B, Acaroglu G. (2016) Ocular Motor Nerve Palsies: Clinical and Etiological Analysis. *Türkiye Klin J Ophthalmol.* 25(4):238–44.
10. Kim K, Noh SR, Kang MS, Jin KH. (2018) Clinical Course and Prognostic Factors of Acquired Third, Fourth, and Sixth Cranial Nerve Palsy in Korean Patients. *Korean J Ophthalmol.* 32(3):221–7.
11. Thömke F, Gutmann L, Stoeter P, Hopf HC. (2002) Cerebrovascular brainstem diseases with isolated cranial nerve palsies. *Cerebrovasc Dis.* 13(3):147–55.
12. Richards BW, Jones FRJ, Younge BR. (1992) Causes and prognosis in 4,278 cases of paralysis of the oculomotor, trochlear, and abducens cranial nerves. *Am J Ophthalmol.* 113(5):489–96.
13. Berlit P, Reinhardt-Eckstein J, Krause K-H. (1989) Die isolierte Abduzensparese-Eine retrospektive Studie an 165 Patienten. *Fortschritte der Neurol Psychiatr.* 57(01):32–40.
14. Kung NH, Van Stavern GP. (2015) Isolated Ocular Motor Nerve Palsies. *Semin Neurol.* 35(5):539–48.
15. Rucker CW. (1958) Paralysis of the third, fourth and sixth cranial nerves. *Am J Ophthalmol.* 46(6):787–94.
16. Sanders SK, Kawasaki A, Purvin VA. (2002) Long-term prognosis in patients with vasculopathic sixth nerve palsy. *Am J Ophthalmol.* 134(1):81–4.
17. Tiffin PA, MacEwen CJ, Craig EA, Clayton G. (1996) Acquired palsy of the oculomotor, trochlear and abducens nerves. *Eye (Lond).* 10 ( Pt 3):377–84.



*Erular: Edinilmif okuler motor sinir felci*

18. Batocchi AP, Evoli A, Majolini L, Lo Monaco M, Padua L, Ricci E, et al. (1997) Ocular palsies in the absence of other neurological or ocular symptoms: analysis of 105 cases. *J Neurol*. 244(10):639-45.
19. Berlit P. (1991) Isolated and combined pareses of cranial nerves III, IV and VI. A retrospective study of 412 patients. *J Neurol Sci*. 103(1):10-5.
20. Peters GB 3rd, Bakri SJ, Krohel GB. (2002) Cause and prognosis of nontraumatic sixth nerve palsies in young adults. *Ophthalmology*. 109(10):1925-8.
21. Moster ML, Savino PJ, Sergott RC, Bosley TM, Schatz NJ. (1984) Isolated sixth-nerve palsies in younger adults. *Arch Ophthalmol (Chicago, Ill 1960)*. 102(9):1328-30.
22. O'Colmain U, Gilmour C, MacEwen CJ. (2014) Acute-onset diplopia. *Acta Ophthalmol*. 92(4):382-6.
23. Akagi T, Miyamoto K, Kashii S, Yoshimura N. (2008) Cause and prognosis of neurologically isolated third, fourth, or sixth cranial nerve dysfunction in cases of oculomotor palsy. *Jpn J Ophthalmol*. 52(1):32-5.

# Diş hekimliğinde evde sağlık uygulamaları: Pandemi öncesi ve sonrası açısından karşılaştırmalı bir analiz

## Home health practices in dentistry: A comparative analysis before and after the pandemic

Nevin Horasan<sup>1</sup>, Ayhan Çetinkaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Disiplinlerarası Sinir Bilim AD. nevhorasan@gmail.com. 0000-0003-0562-5088

<sup>2</sup>Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji AD. cetinkayaayhan@hotmail.com., 0000-0002-8212-7149

### ÖZ

**Giriş ve Amaç:**Diş hekimliğinde evde sağlık hizmeti, bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren ağız ve diş sağlığı merkezlerinde kurulan birimler tarafından verilmektedir. Yaşlı nüfus; 2021 yılında %44,3'ünü erkek nüfus, %55,7'sini kadın nüfus oluşturmaktadır. COVID-19 pandemi döneminde diş hekimliğinde zorunlu haller dışında elektif tedaviler ertelenmiş ve hastaların hizmet alması güçleşmiştir. Bu çalışmada pandemi öncesi ve sonrası diş hekimliği uygulamaları araştırılmıştır. **Gereç ve Yöntem:**Etik kurul onayı alınan bu çalışma retrospektif, kesitsel bir çalışma olup Pandemi öncesi (PÖ) ve pandemi sonrası (PS) merkezimizde evde sağlık hizmeti verileri karşılaştırılmıştır. **Bulgular:**PÖ 57 kadın (%59), 39 (%41) erkek olmak üzere 96 hastaya, PS 58 kadın (%61), 37 (%39) erkek olmak üzere 95 hastaya gidilmiştir. PÖ grupta kadın hastaların ortalama yaşının 75 (7-96) olduğu, erkek hastaların ortalama yaşının 67 (2-94) olduğu görülmüştür. PS grupta kadın hastaların ortalama yaşının 73 (9-101) olduğu, erkek hastaların ortalama yaşının 59 (2-88) olduğu görülmüştür. Gruplar arası yaş olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p=0.7$ ). Fakat her iki grupta da kadın cinsiyetin daha fazla ESH talep ettiği ve yaş ortalamasının kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre daha fazla olduğu görülmüştür ( $p=0.02$ ,  $p=0.00$ ). **Sonuç:**Diş hekimliğinde evde sağlık hizmetinin değerlendirildiği ve PÖ ile PS karşılaştırıldığı ilk çalışma olan bu çalışmanın en önemli sonuçlarından birisi; evde sağlık hizmetini talep eden hastalarda kadın cinsiyetin hakim olduğu ve kadın cinsiyetin yaş ortalamasının daha fazla olduğu ve bu sonucun PÖ ve PS değişmediğidir. Merkezimizde pandemi şartlarının özellikle diş hekimliği evde sağlık hizmeti klinik uygulamasını etkilememesi yaşanan nüfusun artışı ile evde sağlık hizmetine olan ihtiyacı artırdığını düşündürmektedir.

### Anahtar Kelimeler:

Diş Hekimliğinde Evde Sağlık Hizmeti, Pandemi, COVID-19, Yaşlı Nüfus.

### Key Words:

Home Health Services in Dentistry, Pandemic, COVID-19, Elderly Population.

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Disiplinlerarası Sinir Bilim AD. nevhorasan@gmail.com. 0000-0003-0562-5088

### DOI:

10.52880/sagakaderg.1196334

### Gönderme Tarihi/Received Date:

29.10.2022

### Kabul Tarihi/Accepted Date:

23.03.2023

### Yayımlanma Tarihi/Published Online:

01.06.2023

### ABSTRACT

#### Introduction and purpose:

Home Health Services in dentistry is given by units established in oral and dental health centers operating under the ministry. Elderly population; The population aged 65 and over consists of 44.3% as the male population and 55.7% of the female population in 2021. During the COVID-19 pandemic period, elective treatments have been postponed in dentistry, except for mandatory cases, and it has become difficult for patients to receive service. In this study, pre-pandemic (PP) and after pandemic (AP) Home Health Services practices in dentistry were investigated. **Materials and Methods:** This study, which was approved by the ethics committee, is a retrospective, cross-sectional study, and the data of the cases who requested dental Home Health Services in our center in PP and AP periods were compared. **Results:** In PP period, 96 patients, consisting 57 women (59%), 39 (41%) men, and in AP period 95 patients, consisting 58 women (61%) and 37 (39%) men were visited. The median age of female patients in the PP group was observed as 75 (7-96), and the median age of male patients was observed as 67 (2-94). In the AP group, the median age of female patients was marked as 73 (9-101) and the median age of male patients was marked as 59 (2-88). There was no significant difference in age between the groups ( $p=0.7$ ). However, in both groups, it was observed that the female gender demanded more HHS and the average age was higher in females than males ( $p=0.02$ ,  $p=0.00$ ). **Conclusion:** It is important because it is the first study in dentistry to evaluate Home Health Services and compare PP and AP. One of the most important results of the study; In dentistry, the female gender is dominant in patients who demand HHS, and the average age is higher in females than males, and this result does not change in PP and AP. The fact that the pandemic conditions did not affect the clinical practice of dentistry Home Health Services in our center suggests that the increase in the aging population increases the need for home health services.

## GİRİŞ

Evde sağlık hizmetleri (ESH); 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’yle gündeme gelmiştir. Buna göre tanımlanan Evde Bakım Hizmetleri (EBH)’inde ise amaç; hastaların yaşadıkları, buldukları ortamda, doktor veya sağlık görevlisi gözetiminde sağlık hizmetinin verilmesidir. Bu hizmet, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinde karşılanmaktadır. Bu amaçla ESH birimleri kurulmuştur (1). Günümüzde yaşlı nüfus 65 yaş ve yukarısı olarak tanımlanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre yaşlı nüfus tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artmaktadır. Özellikle son beş yılda yaşlı nüfusun %24 oranında arttığı bilinmektedir. Böylece yaşlı nüfus 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi olmuştur ki bu toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranının %9,7’si anlamına gelmektedir. Cinsiyet dağılımı olarak bakıldığında ise 2021’de yaşlı nüfusun %44,3’ünü erkek nüfus, %55,7’sini ise kadın nüfus oluşturmuştur (2). Ağız sağlığı ve beraberinde diş sağlığı, kişilerin genel sistemik sağlığı üzerinde etkilidir ve yaşam kalitesini üzerine önemli etkileri vardır (3,4). Özellikle Ağız ve diş sağlığının, insan yaşamı üzerinde hem olumlu hem de olumsuz yönde etkileri vardır (5,6). Ağız ve diş sağlığı açısından özellikle koruyucu diş hekimliğinde; diş hekimleri ile diğer sağlık personeline görevler düşmektedir (7). 2017 yılı verilerine göre; ESH’inde diş hekimi muayenesi diğer muayenelere göre en yüksek oranda yapılmaktadır. Ayrıca diş muayenesi dışında diş çekimi, protez işlemleri, köprü, lokal anestezi ve çeşitli tıbbi uygulamalar ESH’inde diş hekimliği uygulamalarında sıklıkla yapılmaktadır (8).

Tüm dünyada ve ülkemizde sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları, pandeminin ilk aylarından itibaren hızla yayılan COVID- 19 ile özveriyle mücadele etmiştir. Damlacık yolu ile bulaşan SARS-CoV-2 virüsünün, hastalar ile yakın temasta çalışan sağlık çalışanlarına özellikle de ağız içinde çalışan diş hekimlerine bulaşma ihtimali yüksektir (9,10). Bu nedenle özellikle pandemi döneminin başlarında bulaşmayı önleyici bazı kurallar ve tavsiyelerde bulunulmuştur. COVID-19 tanısı alan ya da şüpheli olan kişilerin rutin diş tedavilerinin ertelenmesi ve yine COVID-19 tanısı almayan tüm kişiler için ise acil olmayan diş tedavilerinin de ertelenmesi yoluna gidilmiş ve bu yönde kurallar getirilmiştir (11,12). Pandemi döneminde diş hekimliği kliniklerinde pandemiye yönelik çalışma kuralları oluşturulmuş ve böylece SARS-CoV-2 virüsünün bulaşma riskinin azaltılması amaçlanmıştır. Çoğu merkezde acil olmayan diş hekimliği hizmetlerinin ertelendiği görülmüştür. Hatta bu hizmetlerin hazırlanan rehberler doğrultusunda yapılması konusunda gerekli

yönetmelikler düzenlenmiştir. Ayrıca bu şartları taşımayan kliniklerin, enfeksiyon zincirinin kırılması amacıyla, toplum ve sağlık çalışanı ile yakınlarını korumak amacıyla kesinlikle çalışmamaları konusunda gerekli uyarılarda bulunulmuştur (13). Bütün bu nedenlerden dolayı pandemi döneminde ve sonrasında hastaların diş hekimine ulaşması ve diş hekimi hizmeti alması zorlaşmış ve özellikle pandemi dönemi ve sonrasında hastaların özellikle evde sağlık hizmetine yönelindikleri görülmüştür.

Bizim bu çalışmanın amacı; Pandemi Öncesi (PÖ) ve Pandemi sonrası (PS) evde diş hekimliği sağlık hizmetleri uygulamalarının incelenerek pandemi döneminin bu hizmeti hangi yönde etkilediğini karşılaştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Etik kurul onayı (2021/275) alınan bu çalışma için PÖ 01 Ocak 2019-29 Şubat 2020 ile PS 01 Mart 2020- 30 Nisan 2021 tarihleri arasında Bursa Nilüfer ADS Merkezinde evde diş hekimliği sağlık hizmeti talep eden olguların verileri retrospektif, kesitsel, tanımlayıcı incelenmiştir. PÖ ve PS demografik verileri karşılaştırılmıştır. Olguların verileri hastane kayıt sisteminden temin edilmiştir. Olguların yaş, cinsiyet, ziyaret sayısı, olgu başı muayene sayısı, yapılan işlem sayısı ve türü kaydedilmiştir.

## İstatistiksel Metod

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS (16.0, Inc, Chigaco, Illinois, USA) paket programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizlerin (frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (Veriler normal dağılım gösteriyor ise parametrik testler, normal dağılım göstermediğinde ise non-parametrik testler) kullanılarak değerlendirilmiştir. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare ile değerlendirilmiştir. Yapılan tüm değerlendirmelerin sonucunda sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Bu çalışmada, PÖ evde sağlık hizmeti talep eden 57 kadın (%59), 39 (%41) erkek olmak üzere 96 hastanın, PS 58 kadın (%61), 37 (%39) erkek olmak üzere 95 hastanın olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında cinsiyet olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p=0.8$ ). PÖ grupta kadın hastaların ortalama yaşının 70 ( $\pm 21$ ), ortanca yaşının 75 (7-96) olduğu, PÖ grupta erkek hastaların ortalama yaşının 58 ( $\pm 26$ ), ortanca yaşının 67 (2-94) olduğu görülmüştür. PS sonrası grupta

kadın hastaların ortalama yaşının 69 ( $\pm 23$ ), ortanca yaşının 73 (9-101) olduğu, PS grupta erkek hastaların ortalama yaşının 51 ( $\pm 28$ ), ortanca yaşının 59 (2-88) olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında yaş olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p=0.7$ ). Buna karşın her iki grupta da istatistiksel anlamlı olarak kadın cinsiyetin daha fazla evde sağlık hizmeti talep ettiği ve yaş ortalamasının kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre daha fazla olduğu görülmüştür sırasıyla ( $p=0.02$ ,  $p=0.00$ ) (tablo 1).

Evde sağlık hizmeti talep eden PÖ 96 hastanın ortanca ziyaret sayısı median 1 (1-9) olup bu PS 95 hastanın ortanca ziyaret sayısı median 2 (1-3) olduğu görülmüştür. Yine PÖ evde sağlık hizmeti talep eden 96 hastaya yapılan hasta başı işlem sayısı median 2 (0-23) olup bu PS yapılan işlem sayısı median 1 (0-17) olduğu görülmüştür her iki grup arasında ziyaret sayısı ve yapılan işlem sayısı olarak istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir sırasıyla ( $p=0.4$ ,  $p=0.09$ ) (tablo 2). PÖ evde sağlık hizmeti hasta kişi başı muayene sayısı 61 kişiye bir kez muayene yapılırken median 1 (1-6) olup bu PS 67 kişinin bir kez muayene edildiği median 1 (1-8) olduğu görülmüştür. PÖ evde sağlık hizmeti verilen 51 hastaya diş çekimi yapılmazken bir hasta için diş çekim sayısı

median 0 (0-12) olduğu PS ise 57 hastaya diş çekimin yapılmadığı buna rağmen diş çekimi yapılan hastanın median 1 (0-17) olduğu görülmüştür. Yine PÖ evde sağlık hizmeti verilen 6 hastaya diş taşı temizlik yapıldığı ve bir hastaya yapılan diş taşı temizlik sayısı median 0 (0-2) olup bu PS 1 hastaya diş taşı temizlik yapıldığı ve bir hastaya yapılan diş taşı temizlik sayısı median 0 (0-1) olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında muayene sayısı, yapılan diş çekim sayısı ve diş taşı temizlik olarak istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir sırasıyla ( $p=0.3$ ,  $p=0.5$ ,  $p=0.05$ ) (tablo 2).

Evde sağlık hizmeti talebinde bulunan PÖ 96 hastadan 9 hastaya tek çene, 3 hastaya 2 çene protez ölçüsü alındığı, bu hastalardan 7 hastaya 2 kez, 3 hastaya 4 kez prova yapıldığı, PS 95 hastadan 5 hastaya tek çene, 7 hastaya 2 çene protez ölçüsü alındığı, görülmüştür. Bu hastalardan 1 hastaya 1 kez, 4 hastaya 2, 9 hastaya 4 kez prova yapıldığı görülmüştür. Buna karşın PÖ 7 hastanın tek çene, 3 hastanın 2 çene hareketli protez teslimi yapılırken, PS 5 hastanın tek çene, 7 hastanın 2 çene hareketli protez tesliminin yapıldığı görülmüştür. Yani PÖ dönemde ölçüsü alınan 2 hastanın tek çene protezinin teslim edilemediği görülmüştür. PÖ evde sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalardan 4 hastanın

**Tablo 1:** Pandemi öncesi ve sonrası evde sağlık hizmeti alan hastaların yaş ve cinsiyet olarak karşılaştırması.

n=191		kadın	erkek	p=Mann-Whitney U
Yaş	PÖ n=96	57 (%59)	39 (%41)	0.02
	Mean ( $\pm Sd$ )	70 ( $\pm 21$ )	58 ( $\pm 26$ )	
	Median (min-max)	75 (7-96)	67 (2-94)	
Yaş	PS n=95	58 (%61)	37 (%39)	0.00
	Mean ( $\pm Sd$ )	69 ( $\pm 23$ )	51 ( $\pm 28$ )	
	Median (min-max)	73 (9-101)	59 (2-88)	
p= chi-square		0.8		

PÖ: Pandemi öncesi PS: Pandemi sonrası

**Tablo 2:** Pandemi öncesi ve sonrası evde sağlık hizmeti alan hastaların hizmet çeşidi olarak karşılaştırması.

	ziyaret sayısı	işlem sayısı	muayene sayısı	diş çekimi	diş taşı temizlik	vuruk	kron söküümü
<b>PÖ n=96</b>	1 (1-9)	2 (0-23)	1 (1-6)	0 (0-12)	0 (0-2)	0 (0-3) n=17	0 (0-9) n=6
<b>PS n=95</b>	2 (1-3)	1 (0-17)	1 (1-8)	1 (0-17)	0 (0-1)	0 (0-3) n=8	0 (0-0) n=0
<b>p=</b>	p=0.4	p=0.09	p=0.3	p=0.5	p=0.05	p=0.05	<b>p=0.01</b>

PÖ: Pandemi öncesi PS: Pandemi sonrası

tek çene protezine, 2 hastanın iki çene protezine besleme işlemi yapıldığı, PS ise bir hastanın tek çenesine besleme işlemi yapıldığı görülmüştür. Buna karşın PS evde sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalardan 3 hastanın tek çene protezine, 3 hastanın iki çene protezine tamir işlemi yapıldığı, PS ise 6 hastanın tek çene protezine, 2 hastanın çift çene protezine tamir işlemi yapıldığı görülmüştür.

Evde sağlık hizmeti talebinde bulunan PÖ 17 hastaya protez vuruk tedavisi için gidildiği median 0 (0-3), PS ise 8 hastaya protez vuruk tedavisi için gidildiği görülmüştür median 0 (0-3). Her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark olmasa da ( $p=0.05$ ) PS'ında vuruk tedavisinin anlamlı azaldığı görülmüştür. PÖ ve PS birer hastaya diş dolgu işleminin yapıldığı görülmüştür (tablo 2).

PÖ evde sağlık hizmeti talebinde bulunan 6 hastaya kron sökümü yapıldığı halde, PS hiçbir hastaya kron sökümü işleminin yapılmadığı ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür ( $p=0.01$ ) (tablo 2).

## TARTIŞMA

Diş hekimliğinde ESH talep eden PÖ ve PS hastaların cinsiyet ve yaş olarak karşılaştırdığımızda her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamakla birlikte her iki grupta da istatistiksel anlamlı olarak kadın cinsiyetin daha fazla evde sağlık hizmeti talep ettiği ve yaş ortalamasının kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre daha fazla olduğu görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 85 yaş ve üzeri kadın nüfusunun ve ortalama yaşam süresinin erkeklere göre fazla olduğu bilinmektedir, dolayısıyla bu yaş grubundaki kadınlarda kronik hastalık ve evde sağlık hizmetleri ihtiyacı da daha fazla olmaktadır (14). Yine Türkiye'de yapılan pek çok çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin büyük çoğunluğunun 65 yaş ve üzerinde olduğu ve kadın cinsiyette olduğu saptanmıştır (15-18). Fakat literatürde diş hekimliğinde yapılmış böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yine çalışmamızda görüldüğü gibi ESH diş Hekimliği hizmeti talep eden erkek cinsiyetin yaş aralığının 60 yaş altında olması özellikle dikkat çekicidir ve literatür ile uyumludur.

Bizim çalışmamızda Bursa Nilüfer ADS Merkezinde pandemi şartlarının özellikle diş hekimliği uygulamalarında ESH'nin etkilemediği görülmüştür. PÖ 14 ay ve PS 14 aylık periyotta incelediğimizde her iki grupta da hasta sayısı, cinsiyet ve yaş olarak karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Pandemi döneminde tüm dünyada rutin diş hekimliği hizmetlerinin aksadığı bilinmektedir. Pandemi dönemde tüm dünyada ve ülkemizde özellikle diş tedavileri; sağlık bakanlığı ve meslek örgütlerinin

tavsiyeleri doğrultusunda yeniden düzenlenmiş ve bazı kurallar getirilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığının ilgili yönetmeliğinde belirtildiği üzere pandemi döneminde diş hekimliği uygulamalarındaki acil ve zorunlu hizmetlerin düzenlenmesinde mecburi haller dışında elektif tedavilerin ertelenmesi tavsiye edilmiştir. Acil diş hekimliği işlemlerinin SARS-CoV-2 virüsünün yayılmasını engellemeye yönelik ve pandemi şartlarına göre düzenlenerek ve bu hizmet için ayrılmış mekanlarda yapılması tavsiye edilmiştir (19). Bu konuda tüm dünyada ve ülkemizde pandemi sırasında acil diş hizmetlerinin yönetimi ve ilaç kullanımı ile ilgili kılavuzlar hazırlamıştır (20,21). Buna rağmen bizim çalışmamızda; dikkat çekici bir şekilde ESH diş hekimliği uygulamalarında herhangi bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Bunun sebebi ESH'nin acil durum olarak görülmesi ve evde bakım ihtiyacı olan hastaların hastane ortamına girmek istememeleri ve gerçek ihtiyaç sahibi olan hastaların ESH talep etmiş olmaları olabilir.

Yakın zamanda Erden Şahin B. ve arkadaşlarının yazdığı pandemi döneminde güvenli diş hekimliği uygulamalarının incelendiği derlemede; toplum sağlığını korumak için normalleşme sürecinin kademeli olması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu derlemede pandemi başlangıcında uygulanan diş tedavi girişimlerinin sadece acil işlemleri içerdiği bildirilmiştir. Pandeminin ilerleyen dönemlerinde ise erken tedavi edilmediğinde komplikasyon gelişebilecek fakat halen acil olmayan diş tedavilerini içerecek şekilde hizmetin genişletildiği görülmekle birlikte diğer tüm tedavilerin ertelendiği vurgulanmıştır (22).

Bizim çalışmamızda; PÖ ve PS diş hekimliğinde ESH götürülen hastaların hasta başı ziyaret sayısı, hasta başı işlem sayısı, hasta başı muayene sayısı, diş çekimi sayısı, diş taşı temizlik sayısı ve vuruk sayısı karşılaştırmasında her iki grup arasında anlamlı farkın olmadığı görülmekle birlikte, diş taşı temizlik sayısı ve vuruk sayısı pandemi öncesi daha fazla iken pandemi sonrası istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla beraber daha az olduğu dikkati çekmiştir. Buna karşın kron sökümü işleminin PÖ anlamlı olarak daha fazla olduğu PS'nda kron sökümü talebinin olmadığı görülmüştür. Bunun sebebi diş taşı temizlik, vuruk ve kron sökümü işlemlerinin gerek hastaların ve yakınlarının gerekse diş hekimlerinin daha elektif işlemler olarak görülmesi ve pandemi sonrası bulaş açısından riskli olarak görmeleri olabilir.

## SONUÇ

Bu çalışma; diş hekimliğinde ESH'nin değerlendirildiği ve PÖ ile PS'nin karşılaştırıldığı ilk çalışma olması açısından önemlidir. Çalışmanın en önemli sonucu diş hekimliğinde ESH'nin talep eden hastalarda kadın cinsiyetin hakim olduğunu ve yaş olarak da kadın



cinsiyette erkek cinsiyete göre yaş ortalamasının daha fazla olduğu ve bu sonucun pandemi öncesi ve sonrası değişmediğini göstermiştir. Pandemiden etkilenen tüm ülkelerde rutin diş hekimliği hizmetleri kesintiye uğramasına rağmen merkezimizde pandemi şartlarının özellikle diş hekimliği ESH klinik uygulamasını etkilemediğini görülmüştür. Yaşlanan nüfusun artışı ile evde sağlık hizmetine olan ihtiyaç artmaktadır. Bu artan ihtiyaca yönelik diş hekimliğinde ESH geliştirilmesi ülkemize özgü gereksinimlerin ortaya çıkarılması ve hizmet kapsamının artırılması için bu konu ile ilgili daha fazla ve çok merkezli çalışma yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Altuntaş, M., Yılmaz, T., Güçlü, Y., & Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20, 153-158.
2. TÜİK. 2021. TÜİK Haber Bülteni. Yayımlanma Tarihi :18 Mart 2022 Saat : 10:00 Sayı: 45636 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2021-45636>
3. Chan, J. C., Chin, L. S. (2017). Oral health knowledge and psychological determinants of oral health behavior of nursing students. *Journal of health psychology*, 22 (1), 79-88.
4. Kose, S., Guven, D., Mert, E., Eraslan, E., Esen, S. (2010). 12-13 yaş grubu çocuklarda oral hijyen eğitiminin etkinliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(4), 44-52.
5. Kwan, S. Y., Petersen, P. E., Pine, C. M., & Borutta, A. (2005). Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health organization*, 83(9), 677-685.
6. Türkoglu, Ö., Dülgergil, Ç. T. (2015). Hemsirelik Eğitiminde Yer Alan Toplum-Agiz-Dis-Sagligi Dersinin, Öğrencilerin Agiz-Dis Sagligi Farkındalığına Etkisinin Değerlendirilmesi Türkiye Klinikleri. *Dishekimligi Bilimleri Dergisi*, 21(3), 221.
7. Kılınc, G., Günay, T. (2010). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 131-137.
8. Aslan, Ş., Seda, U., Güzel, Ş. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.
9. Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., ... & Peng, Z. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11), 1061-1069.
10. Gamio, L. (2020). The workers who face the greatest coronavirus risk. *New York Times*, 15, 15.
11. Beltrán-Aguilar, E., Benzian, H., Niederman, R. (2021). Rational perspectives on risk and certainty for dentistry during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Infection Control*, 49(1), 131-133.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID- 19 Diş Hekimliği Uygulamalarındaki Acil ve Zorunlu Hizmetler. 2020, April 21. [https:// covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/enfeksiyonkontorl-onlemleri/COVID19-DisHekimligiUygulamalarındakiAcilVeZorunluHizmetler.pdf](https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/enfeksiyonkontorl-onlemleri/COVID19-DisHekimligiUygulamalarındakiAcilVeZorunluHizmetler.pdf)
13. Topcuoğlu, N. (2020). Covid-19 pandemi döneminde diş hekimliği uygulamaları. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(S1), 78-87.
14. Home-based, W. H. O. (1999). long-term care: home care issues at the approach of the 21st century from a World Health Organization perspective: annotated bibliography. Geneva. World Health Organization.
15. Çalışkan, T., Esen H. (2021) Yaşlanan Nüfus Gereksinimlerine Yönelik: Evde Sağlık Hizmetleri 2020 Yılı Değerlendirmesi Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(3), 514-522.
16. Dağdeviren, T. S., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O. A., Adahan, D. (2019). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Medical Journal*, 19(2), 232-243.
17. Demir, N., Sunay, D., Yücel, F., Dağdeviren, T. S., Türker, R., Kocaöz, A., Arıman, O. Ö. (2016). Sociodemographic and Clinical Characteristics of the Patients Registered by Home Care Services Unit of A State Hospital. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2), 52-57.
18. Karaman, D., Kara D., Atar, N. Y. (2015). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 347-359.
19. <https://dis.deu.edu.tr/wp-content/uploads/2021/03/COVID19-DisHekimligiUygulamalarındakiAcilVeZorunluHizmetler.pdf>
20. Alharbi, A., Alharbi, S., Alqaidi, S. (2020). Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. *The Saudi dental journal*, 32(4), 181-186.
21. Peditto, M., Scapellato, S., Marciandò, A., Costa, P., Oteri, G. (2020). Dentistry during the COVID-19 epidemic: an Italian workflow for the management of dental practice. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3325.
22. Şahin, B.E., Efeoglu, N., Dudak, E., Efeoglu, C. (2020). COVID-19 Pandemisi Devam Ederken Güvenli Diş Hekimliği Uygulamaları. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 41(Supp: 1), 1-12.

# Palyatif bakım hastasına yönelik bakım yeri tercihi üzerine bir inceleme\*

## An investigation on care location preference for palliative care patients

Hurişah Aksakal

Sağlık Bakanlığı, Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı, Ankara, hurisah.aksakal @saglik.gov.tr., 0000-0002-4634-8374

\* T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi (Hasta Yakını Ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma), 2014 isimli tezden üretilmiştir.

### ÖZ

**Giriş ve amaç:** Palyatif bakım (PB) hastasının saygınlığının korunabilmesi için yaşamlarının son anlarındaki gerekli bakımı nerede, nasıl alacağı ve yaşamını nerede sonlandıracağını belirleme hakkı bulunmalıdır. Bu çalışma ile PB kliniğinde hasta yakınının refakat etme nedeni ile yaşadığı sorunların bakım yeri tercihinin etkisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve yöntem:** Çalışma kesitsel tiptedir. Ankara Ulus Devlet Hastanesi PB kliniğinden hizmet alan 76 hasta yakını çalışmaya dahil edilmiştir. Beş bölümden oluşan veri toplama formunun; ilk kısmında sosyo-demografik özellikleri içeren, ikinci kısmında PB kavramı ile ilgili, üçüncü kısımda refakat etme nedeni sorun yaşayıp yaşamadığı ve yaşadığı takdirde bakım yeri tercihinin etkisini, dördüncü kısımda ev temelli PB verilebilmesi için yapılması gerekenleri ölçmeye yönelik sorular sorulmuştur. **Bulgular:** Hasta yakınları PB kliniklerinde sunulan bakım hizmetinden memnun oldukları belirtmişlerdir. Ancak hastanın sağlığını korumaya ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli koşulların evde sağlanması ve bakım verme, refakat etme ile ilgili sorun yaşamaları durumunda tercihlerinin evde sağlık ve bakım hizmeti olacağı görülmüştür. **Sonuç:** Yaşamı sınırlayan ve tehdit eden hastalığın prognozuna bağlı semptom kontrolü ve bakım süreçleri uzayan PB hastası için yaşamın niteliğini artırmak oldukça önemlidir. PB kliniklerinde uzun süreli tedavi ve bakım hizmetlerinin karşılanması hasta ve yakını, sağlık tesisi ve aynı zamanda o ülkenin ekonomisi açısından ciddi sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle bakım hizmetlerinde tüm paydaşların sorumluluk bilinci ile hareket etmesi önemlidir. Bireye özgü kişileştirilmiş bakım hizmeti sunmaya imkân sağlayan evde sağlık ve bakım hizmetlerinin etkili ve kaliteli sunulmasına yönelik gerekli yasal düzenlemelerin, finansmanı sağlamaya yönelik planlamaların ve en önemlisi ev temelli sağlık ve bakım hizmeti sunumu için gerekli teknolojik alt yapının oluşturulması gerekmektedir.

### ABSTRACT

#### Introduction and purpose:

In order to protect the dignity of the palliative care (PC) patient, they should have the right to determine where and how they will receive the necessary care in the last moments of their lives and where they will end their lives. With this study, it was aimed to determine the effect of the problems experienced by the relatives of the patient in the PC clinic on the preference of care place. **Materials and methods:** The study is of cross-sectional type. 76 relatives of patients who received service from Ankara Ulus State Hospital PC clinic were included in the study. The data collection form consisting of five parts; In the first part, questions about socio-demographic characteristics were asked, in the second part, questions were asked about the concept of PC, in the third part, questions were asked about whether or not he had problems due to accompanying, and if he did, its effect on the choice of care place, and in the fourth part, questions were asked to measure what needs to be done in order to be given home-based PC. **Results:** Relatives of patients stated that they were satisfied with the care provided in PC clinics. However, it has been seen that the necessary conditions for protecting the health of the patient and ensuring its continuity are provided at home and if they have problems with care and accompaniment, their preference will be home health and care services. **Conclusion:** It is very important to increase the quality of life for the PC patient whose symptom control and care processes are prolonged due to the prognosis of the life-limiting and threatening disease. Providing long-term treatment and care services in PC clinics poses serious problems for the patient and their relatives, the health facility, and also the economy of that country. For this reason, it is important for all stakeholders to act with a sense of responsibility in care services. It is necessary to establish the necessary legal regulations for effective and high quality delivery of home health and care services that allow individualized personalized care services, plans to provide financing, and most importantly, the necessary technological infrastructure for home-based health and care service delivery.

#### Anahtar Kelimeler:

Palyatif Bakım, Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri, Tercihler.

#### Key Words:

Palliative Care, Home Health and Care Services, Preferences.

#### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Sağlık Bakanlığı, Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı, Ankara, hurisah.aksakal @saglik.gov.tr., 0000-0002-4634-8374

#### DOI:

10.52880/sagakaderg.1196739

#### Gönderme Tarihi/Received Date:

06.11.2022

#### Kabul Tarihi/Accepted Date:

21.02.2023

#### Yayımlanma Tarihi/Published Online:

01.06.2023

## GİRİŞ

Palyatif bakım (PB) literatürde “ağrısız, dayanılabilir ölüm”, “rahat ölüm”, “iyi ölüm”, “huzurlu ölüm” gibi yaşam sonu bakım kavramlarıyla tanımlanmaktadır (1). Onkolojik hasta grubunun tedavisine yönelik başladığı için ölüm bakımı diye anılmış daha sonra “terminal bakım” olarak nitelendirilmiştir. Günümüzde ise “hospis bakım”, “bakımın sürekliliği”, “yaşam sonu bakım” ve “destek bakım” gibi kavramlarla ifade edilse de hiçbiri tam anlamıyla PB kapsamını yansıtmamaktadır. Palyatif kelimesi Latince pallium (geniş, dikdörtgen şeklinde pelerin benzeri giysi) sözcüğünden köken almaktadır. Palliare; “örtmek” anlamındadır. “Palliative” İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında, Latince “Palliate (Palliare)” koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. En basit tanımı ise; hastalık veya tıbbi bakımın ortaya çıkardığı şikâyetleri azaltmaya, rahatlatmaya ve tedavisi mümkün olmayan ölümün kaçınılmaz olduğu hastalıklarda yaşamın niteliğini yükseltmeye odaklı bir tedavi şeklidir (2).

Hasta bireyler ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olup onların yaşam kalitesini etkileyen çeşitli unsurlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesidir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif sözcüğünün yer alan tanımı “Hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya tedavi; Geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan” şeklindedir (3). PB; hastalığı iyi edici tedavilere cevap vermeyen, hastaların bütüncül, aktif bakımıdır. Yaşamı tehdit eden ve sınırlayan hastalığın başta ağrı olmak üzere semptomlarının hafifletilmesi, hasta ve ailenin fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin tespit edilerek, yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedefleyen bir bakım felsefesidir. Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılındaki tanımında kapsamı genişleterek hasta ailesinin de hastalık ve matem sürecinde manevi ve duygusal olarak desteklenmesinden bahsetmiştir.

PB hem tedaviyle ilgili süreçlerden hem de biyopsikososyal modelden oluşan bir bütündür. Bu bütüne ise sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenen çeşitli meslek disiplinlerinden oluşan bir ekiple ancak ulaşılabılır (4). PB amacı bireyin alışkanlıklarına, inancına ve kültürel değerlerine duyarlı kalırken acı çekmeyi önleme, şikâyetleri kontrol etme, var olan kapasiteyi iyileştirme yoluyla olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır (5).

İnsanoğlu dünyaya geldiği ilk andan itibaren hayatta kalabilmek için bir başkasının bakımına ve desteğine ihtiyaç duymaktadır. Büyüyüp geliştikçe bağımlılık düzeyi azalmakta ve zamanla kendi kendine yetebilen bireyler olmaktadır. Ancak doğuştan ya da yaşamının herhangi bir aşamasında oluşabilecek kazalar, hastalıklar,

savaşlar, doğal afetler ve yaşlanma gibi sebeplerden dolayı insanoğlu tekrar fizyolojik, psikolojik ve zihinsel sağlığını kaybedebilmektedir. Bu durumda kişisel bakım aktivitelerinin yerine getirilmesinde (vücut temizliği, yemek yeme, soyunma, giyinme, tuvalet ihtiyacın giderme vb.) başka bir bireyin desteğine yeniden gereksinim duyabilmektedir (6). Hayatın idamesi için yapılması gereken faaliyetleri kişinin kendisinin gerçekleştirecek yeteneğe ve gücü sahip olmaması durumunda bireyin başka şahıslara gereksinim duyacağı bakıma muhtaçlık riski gelişir ve her birey için bu risk söz konusudur. Teknolojide meydana gelen yenilikler sayesinde bulaşıcı hastalıklar sebebiyle meydana gelen sağlık problemleri ve toplu ölümler önlenmiş olsa da özürülük ve bakıma muhtaçlık riski ortadan kalkmamıştır (7).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel olarak yapılan bu çalışma, Ankara ilinde ilk kapsamlı PB hizmetini sunan sağlık tesisinde PB kliniğinden hizmet alan hastalara anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Bu amaçla hasta yakınlarının palyatif bakım hizmeti, hizmetin sunumu aşamasında refakat etme nedeni yaşadıkları sorunların tespiti ile sorun yaşanması durumunda bakım yeri tercihin belirlenmesine yönelik oluşturulan ölçekten yararlanılmıştır. Güvenirlik çalışmalarında bütün soruların birbiri ile ilişki düzeyi ( $\alpha r \leq 0,8789$ ) belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerin (cinsiyet, eğitim durumu vb.) sunumu için frekans ve % değerler kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliklerini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları (hasta yakınları için Alpha; 0,85), bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi ölçek  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde hastasına refakat eden hasta yakınının %43,4’ünün 46-56, %38,2’ sinin ev hanımı olduğu, %78,9’unun ilde yaşadığı ve % 40,9’unun ortaöğretim mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Hasta yakınlarının sosyo-demografik ( cinsiyet, yaş, eğitim durumu, vb.) özellikleri ile PB gerektiren hastalık durumunda evde bakılmak istenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 2).

Hasta yakınları “Refakat etme nedeni ile iş yerinde sorun yaşadım ;% 52,6 ‘sı Hiç Katılmıyorum ve %18,4’ü ‘si Tamamen Katılıyorum,” “Refakat etme nedeni ile

**Tablo 1:** Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (Hasta yakını; n=76)

Değişkenler	%	Değişkenler	%
<b>Yaş Grupları</b>		<b>Yerleşim Yeri</b>	
20-35	14,5	İl	78,9
36-45	19,7	İlçe	15,8
46-56	43,4	Köy	5,3
>57	22,4	<b>Medeni Durum</b>	
<b>Meslek</b>		Evli	82,9
Memur	13,2	Evli değil	17,1
Ev Hanımı	38,2	<b>Eğitim Durumu</b>	
İşçi	17,1	Okur-yazar değil	2,6
Serbest Meslek	31,5	İlkokul	34,2
<b>Cinsiyet</b>		Ortaöğretim	40,9
Kadın	59,2	Lisans	19,7
Erkek	40,8	Yüksek Lisans	2,6

**Tablo 2:** Sosyo-Demografik Özellikler İle Evde Bakılmak İstenme Durumu İle İlişkisi

Değişkenler	Yaş	Meslek	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Yerleşim Yeri	Medeni Durum
PB gerektiren hastalık durumunda evde PB hizmetini almak isterim.	P=0,179	P=0,540	P=0,593	P=0,565	P=0,498	P=0,906

aile huzurum bozuldu ; %43,4 ‘ü Hiç Katılmıyorum ve %11,8’i Büyük Oranda Katılıyorum”, “ Refakat etme nedeni ile diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşadım; % 48,7 Hiç Katılmıyorum ve %10,5 ‘i Tamamen Katılıyorum” cevabını vermişlerdir. Hastasına PB refakat edenlerin çoğunluğunun kadın ve ev hanımı olması nedeni iş yerinde, çekirdek ailede ve diğer aile bireyleri (kardeş, akraba) ile sorun yaşamadıkları görülmektedir (Tablo 3).

‘Hastamın bakım gereksinimlerini karşılamada ekonomik olarak zorluk yaşadım ;%35,5’i Tamamen Katılıyorum” ve “%17,1 Hiç Katılmıyorum”, “Hastama bakım vermede zorlanıyorum” ifadelerine “ %25 ‘i Tamamen Katılıyorum” ve “%23,7’si Hiç Katılmıyorum” cevaplarını vermişlerdir. Hasta yakınlarının bakım vermede ve ekonomik olarak zorlandıkları görülmektedir.

Ayrıca hasta yakınlarının “Hastama PB yeterli bakımın verildiğini düşünüyorum” ifadesine “%35,5 ‘i Hiç Katılmıyorum” cevabını verirken “Hastama PB daha iyi bakılacağına inanıyorum” ifadesine “% 69,8’i Tamamen Katılıyorum” cevabını vermiştir. Hasta yakınlarının PB kliniklerinde sunulan bakım hizmetinin yeterli olmadığını düşünmelerine rağmen verilen hizmetten memnun kaldıkları görülmektedir (Tablo 3).

Aynı zamanda literatür ile uyumlu olarak hasta yakınlarının sürekli hastanede olmaktan dolayı psikolojik olarak olumsuz etkilendikleri de (%35,5) görülmektedir.(Tablo 3). Palyatif bakım hastanın tanı aldığı an itibari başlayıp, hastanın kaybı sonrasında ailenin yas sürecinde de desteklenmesi ile devam eden, hasta ile birlikte hasta yakınının da fizyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerinin dikkate alındığı bir bakım felsefesidir.

“Gerekli koşullar sağlandığı takdirde hastama evimde bakmak isterim.” ifadesine katılımcıların (%47,3)ü Tamamen Katılıyorum cevabını verirken, kararsızların oranının da (%15,8) olduğu görülmektedir. Bu durum PB sunulan hizmetlerden hasta yakınlarının memnun olduğunu gösterirken, evde sağlık hizmetlerinin PB hastaları için yeterli seviyede olmadığını göstermektedir.

Hastalığın prognozunu bağlı olarak semptomlarla baş edilemediği durumlarda PB kliniklerinde uzun süreli yatışlara gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle dir ki;

Aile üyelerinin işverenleri ve çalışma arkadaşları vb. sorun yaşaması durumunda hastası için bakım yeri tercihinin ev olduğu görülmektedir (p=0,00, p<0,05)

**Tablo 3:** Hasta Yakınının Palyatif Bakım İle İlgili Görüşleri

	Tamamen Katılıyorum	Büyük Oranda Katılıyorum	Kararsızım	Büyük Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
Hasta Yakınının Görüşleri	n (%)	n %	n %	n %	n %
Refakat etme nedeni ile iş yerinde sorun yaşadım.	14 (18,4)	3 (3,9)	11 (14,5)	7 (9,2)	40 (52,6)
Refakat etme nedeni aile huzurum bozuldu.	8 (10,5)	9 (11,8)	15 (19,7)	11 (14,5)	33 (43,4)
Refakat etme nedeni diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşadım.	8 (10,5)	6 (7,9)	14 (18,4)	11 (14,5)	37 (48,7)
Hastamın bakım gereksinimlerini karşılamada ekonomik olarak zorluk yaşadım.	27 (35,5)	15 (19,7)	16 (21,1)	5 (6,6)	13 (17,1)
Sürekli hastanede olmak psikolojimi olumsuz etkiledi.	27 (35,5)	10 (13,2)	23 (30,3)	7 (9,2)	9 (11,8)
Hastama PB yeterli bakımın verildiğini düşünüyorum.	13 (17,1)	5 (6,6)	18 (23,7)	13 (17,1)	27 (35,5)
Hastama bakım vermede zorlanıyorum.	19 (25)	13 (17,1)	20 (26,3)	6 (7,9)	18 (23,7)
Gerekli koşullar sağlandığı takdirde hastama evimde bakmak isterim.	36 (47,3)	2 (2,6)	12 (15,8)	10 (13,2)	16 (21,1)
Hastama PB daha iyi bakılacağına inanıyorum.	53 (69,8)	13 (17,1)	6 (7,9)	1 (1,3)	3 (3,9)

Refakat edenin kendi ailesi (eşi, çocukları) ile sorun yaşaması durumunda hastası için bakım yeri tercihinin ev olduğu görülmektedir ( $p=0,00$ ,  $p<0,05$ )

Aile bireyleri özellikle kardeşler, akrabalar vb. arasında refakat etme nedeniyle sorunlar yaşaması durumunda hastası için bakım yeri tercihinin ev olduğu görülmektedir ( $p=0,00$ ,  $p<0,05$ ).

Sürekli hastanede olmaktan dolayı fizyolojik ve psikolojik sağlık sorunları yaşamaları durumunda bakım yeri tercihinin ev olduğu görülmektedir ( $p=0,001$ ,  $p<0,05$ ).

Hasta yakınları hastasının sağlığını koruma ve sürdürmeye yönelik gerekli ev ortamının oluşturulması durumunda bakım yeri tercihinin ev olduğu görülmektedir ( $p=0,00$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Hasta yakınlarına PB ülkemizde ev temelli verilebilmesi adına gerekenlere yönelik görüşleri sorulduğunda %71,1 'i teknolojik gelişmelerle hastaların evden takip ve tedavisinin yapılırlı olması gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Araştırmanın konusu olan PB hastalarının bakım yeri tercihlerine dair herhangi bir literatür çalışması bulunamamıştır. Sadece hastaların hastanede ya da

hospislerde ölme tercihleriyle ilgili 200 erişkin birey üzerinde yapılan ulusal bir çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılanların %47'si evde, yakınlarının yanında ölmeyi tercih ederken, %54'ü daha iyi bakım alabileceklerini düşündükleri hastanelerde ölmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Kentlerde meydana gelen ölümlerin %60'ından fazlasının hastanelerde olduğu görülmektedir (7).

Hasta yakınlarının eğitim seviyeleri farklılık gösterse de tercihlerinde değişiklik olmadığı ve %85'inin hastane bakılmayı istediği görülmüştür ( $p=0,389$   $p>0,05$ ). Oysaki evde sağlık ve bakım hizmetleri bireylerin kendi evlerinde bağımsız, rahat ve huzurlu yaşamalarına olanak sağlamaktadır (8). Ev temelli PB verilebilmesine yönelik atılması gereken adımlarda en az yüzdelik (%2,6) orana sahip sağlık profesyonellerinin sayısının artması (Ev ziyareti için) evde sağlık ve bakım hizmetlerinin ülkemizde gelişmesi adına çok önemlidir. Çünkü sağlık hizmetlerinde ve bakım sektöründe tartışılan konuların en önemlilerinden biri, insan kaynakları sorunlarıdır. Bu durum yalnızca nicel değil, bakım kalitesi ile de ilgilidir. Hiç şüphesiz, büyüyen talep karşısında palyatif hastasının bakım gereksinimlerinin karşılanmasında aile bireylerinin yetersiz kalması ile kurumsal hizmetlerdeki maliyetlerin hızla artması, bu alanda yetişmiş, bilgi ve beceriyle donatılmış eleman gereksinimini de artırmaktadır (9).



**Tablo 4:** Refakat Etme Nedeni Sorun Yaşanması İle Hastaya Evde Bakmak İstenmesi Durumu

	P
İş yerinde sorun yaşama durumu	0,010
Aile huzurunun bozulması durumu ( çekirdek ailei)	0,000
Diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşama durumu(Kardeş ve akraba)	0,000
Sürekli hastanede olmaktan dolayı fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşama durumu	0,001
Gerekli koşullar sağlandığında evde bakmak isteme durumu	0,000

**Tablo 5:** Ev Temelli Palyatif Bakımın Verilebilmesine Yönelik Görüşleri

Yapılması gerekenler	n	%
Sağlık profesyonellerinin sayısının artması (Ev ziyareti için)	2	2,6
Teknolojik gelişmelerle hastaların evden takip ve tedavisinin yapılması	54	71,1
Hastanın takip ve tedavisine yönelik tıbbi cihaz, donanım ve sarf malzemelerin SGK tarafından karşılanması	17	22,4
Bilgi ve beceri artışını sağlayacak hasta yakını eğitimlerinin sürekliliğinin ve kontrolünün sağlanması	3	3,9

Araştırmada yaşanan yer (il, ilçe ve köy) ile yaşamı sınırlayan ve tehdit eden hastalık durumunda evde bakılmak istenme durumu arasında anlamlı ( $p=0,498$ ,  $p\geq 0,005$ ) bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Atalay ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan “Türk Aile Yapısı” araştırmasında yaşlıların yaklaşık % 36,0’sının çocuklarıyla % 1’inin ise huzurevlerinde, % 63’ünün kendi evlerinde yaşadıkları belirlenmiştir. Konuya kırk-kent bazında bakıldığında kentte yaşlıların % 70,0’inin kendi evlerinde yalnız yaşadıkları kırsal kesimde ise bu oranın %51,0 olduğu bulunmuştur (10).

Bu özelliğin korunması ve desteklenmesi önemlidir. Unutulmamalıdır ki, hastaların son dönemlerinde evde bakımı hem ekonomik hem de hasta ve yakınlarına daha uygun bir yaklaşımdır. Geleneklerimize göre kırsal kesimde bakıma muhtaç hastaların bakım gereksinimleri aile üyeleri ya da ayrı hanelerde otursalar da akrabalar arası dayanışma ve destekle karşılanmaktadır. Ancak kentleşme, göç gibi nedenlerle aile yapısının küçülmesi ile yaşlıya bakımı gerçekleştiren genç birey sayısının azalması, kadının iş yaşamına katılımı ile bakım verici rolden uzaklaşması, bakım verenlerin tutumları ve bakım için gönüllülüğü, hasta bireylerin aile üyelerine yük olmayı istememesi gibi nedenlerden dolayı aile bireylerinin bakım verici rolden uzaklaşması ile beraber kurumsal hasta bakımının önem kazandığı görülmüştür (11,12).

Araştırmada hasta yakınları uzun süreli refakat nedeni ile fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşadıklarını ifade

etmişlerdir. Bulgular literatürle uyumludur, nitekim Işıkhani’nin yaptığı bir araştırmada özel gereksinimi olan çocuğa sahip annelerin % 78,8’inin psikolojik sorunlar yaşadıkları (13), kronik hastalık yüküne sahip yakınına bakım veren aile bireylerinin yorgunluk, uykusuzluk, sosyal izolasyon nedeni ile tükenmişlik duygusu yaşadıkları anlaşılmaktadır (14). Uzun süreli refakat bireyde tükenmişlik duygusu ve stres oluşturmada, bu nedenle refakatçilerin pek çoğu psikiyatrik yardım almaktadır. Ayrıca manevi bakım uzmanları da multidisipliner ekip üyesi olarak hasta ve ailenin yaşam kalitesine katkı sunmaktadırlar. Maneviyat insan sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. Maneviyatı güçlendirmenin, depresyon riskini %25 azalttığı ve yaşama isteğini artırdığı bilinmektedir (15).

Aynı zamanda araştırmada hem kadın hem erkek hasta yakınları refakat nedeni ile günlük işleri sürdürmede zorluk yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Hastaya bakmanın bakım sunanın yaşamını etkilediği bulgusu, literatürle de uyumludur. Bilgili bakım sunanların %21,6’sının yaşantılarının etkilendiğini, yaklaşık yarısının yaşamlarının çok fazla etkilendiğini ve pek çok aktiviteyi artık yapamadıkları ya da azalttıklarını saptamıştır (16). Akça, bakım sunanların %25’i yaşlıya bakmanın günlük yaşamını etkilediğini bildirmektedir (17).

Araştırmada kadın hasta yakınlarının, erkek hasta yakınlarına oranla ev temelli palyatif bakıma daha

olumsuz bakması dikkat çekicidir. Evde hasta bakımının %75' ini hastaların eşi, kızı, gelini yani kadınların gerçekleştirdiği bilinmektedir. Kadın aile bireyi bakıcılar erkeklere oranla daha yoğun ve kompleks bakımı gerçekleştirebilmektedirler. Ancak zor ve stresli bir iş olan hasta bakımının yanı sıra evde ve ailede taşıdıkları diğer sorumluluklar nedeni ile aile bireyi olarak kadın bakıcılarda daha fazla tükenmişlik görülmektedir. Nitekim hasta bakımını üstlenen kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmaya göre bakım veren kadınların ilişkilerinin ve özgürlüğünün kısıtlandığı, diğer rollerini gerçekleştirmenin engellendiği belirlenmiştir (12). Tüm ülkelerde bakıma muhtaç bireylerin uzun süreli bakımı informal bakım vericiler tarafından ve özellikle de kadınlar tarafından karşılanmaktadır.

Trabzon ilinde yapılan bir çalışma 'da evde kalan yaşlıların % 66,6'sının çocukları ile % 21,6'sının eşi ile % 8'inin yalnız, % 4,6'sının da diğer akrabalarıyla yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşlı bakımı konusundaki görüş ve tercihleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar da gerek yaşlılar gerekse yetişkin çocuklar tarafından yaşlılık döneminde evde bakımın tercih edildiğini göstermektedir (18). Yaşlı ve aile ilişkilerini inceleyen bir başka çalışmada; yaşlıya bakım sunanların % 69,5'i yaşlıya oğlu/gelini veya kızı/damadının bakması gerektiğini düşünürken, yaşlıların ücret karşılığı (% 3,5) veya kamu kuruluşları (% 5,5) tarafından bakılması gerektiğini düşünenlerin oranı oldukça düşüktür. Ayrıca yaşlıların % 93,8'i çocukları ile birlikte yaşamaktan memnun olduklarını ifade etmişlerdir (19).

Ankara'nın Çankaya ilçesinde 18 yaş üzeri bireylerin yaşlı bakımı konusundaki düşüncelerini incelemek amacıyla 1055 hane üzerinde yapılan araştırmada; araştırmaya katılanların % 75,0'i kendilerine bakamayacak kadar yaşlanan ebeveyn çocuklarının bakması ve bakım yerinin yaşlı bireyin kendi evi olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ancak aynı araştırma grubunda yer alan kişiler arasında kendisi yaşlılık nedeniyle bakıma ihtiyaç duyduğunda çocuklarının bakım işini üstlenmesi gerektiğini belirtenlerin oranı % 57,7'ye gerilemektedir (20). Başka bir çalışmada ise yaşlıların % 62,9' unun evde bakımı tercih ettikleri, evde bakımı tercih nedeni olarak da "aile üyelerinin yanında bulunmayı" gösterdikleri belirlenmiştir (21). Ev kişinin kendisini rahat ve mutlu hissettiği, alışık olduğu bir ortamdır. Bu nedenle ev, fiziksel ve ruhsal olarak, içindeki kişiler ve donanımıyla hastane ve kurum ortamından farklı özellikler taşır (22). Bu bağlamda evde bakım hizmeti de hasta ve bakıma muhtaç bireylere, sevgi ve şefkat ortamında bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu çağdaş bir sistemdir. Bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi en mükemmel şekilde evde bakım hizmetleri ile sağlanır.

Hemen hemen tüm dünyada uygulanan ve giderek yaygınlaşan çağdaş evde bakım hizmeti, sağlığı korumanın, yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemi olarak görülmektedir. Çünkü kişinin yaşamının son döneminde alışkın olduğu ortamda ve kendi alışkanlıklarını sürdürerek yaşama isteği her kültürde kabul görmekte ve benimsenmektedir (23). Nitekim Dünya'da birçok ülke pahalı olan kurum hizmeti yerine evde bakım hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak geliştirmeye doğru yönelmiştir. Amerika, Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Suudi Arabistan, Endonezya ve Tayvan gibi birçok ülkede evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (24).

## SONUÇ

Günümüzde teknolojik ve farmakolojik gelişmeler doğrultusunda ortalama yaşam sürelerinin uzamasına bağlı olarak PB gereksinimi duyan hasta sayısının artması bu konuda sistemli bir yapılanmayı zorunlu hale getirmiştir. Doğru hastaya uygun bakımı götürme, hastanın gereksinimleri doğrultusunda hasta yakınlarını bilinçlendirme yolu ile hastanın sürekli kontrolü ve takibine ihtiyaç duyulmaktadır. Bir taraftan hasta bireylerin hastalığına bağlı semptomlarına yönelik şikâyetleri giderilirken, diğer taraftan hasta ve ailesinin yaşadığı kaygılar ve sorunlar topluca değerlendirilerek, çözüm üretilmeye çalışılmaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde yaygınlaşarak tercih edilen evde sağlık ve bakım hizmeti, sağlığı korumanın ve yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemlerinden birisidir. Bireye özgü, kişiselleştirilmiş bir bakım sistemi olan evde sağlık hizmetleri, teknoloji (tele-medicine) ve farmakolojik alanda meydana gelen ilerlemeler sayesinde hasta izleminin ve tedavisinin evde yapılabilmesi ile giderek önem kazanmaktadır. Bu gelişmeler doğrultusunda hasta konforunu artırmak, uzun dönem hasta yatışlarından kaynaklı hasta yakınlarının yaşadığı sıkıntıları çözümlenme isteği, eldeki kaynakları daha etkin kullanma ve artan maliyetleri azaltma arayışları gibi birçok sebepten kurumsal hasta bakımının alternatifi olarak evde sağlık ve bakım hizmetleri tercih edilir olmaktadır.

## ÖNERİLER

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler yanında destekleyici nitelikteki hizmetleri de kapsamı gerekmektedir. Bu nedenle sosyal hizmetler ile bütünleştirilip tek bir merkezden koordinasyonu sağlanarak doğru bireye doğru bakım hizmeti götürülebilirdir. Bunun için belediyeler, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları, dernek, valilik ve Sağlık Bakanlığı ile işbirliğine gidilmelidir.

### Aksakal: Palyatif bakımda hasta yakınının bakım yeri tercihi

Ülkemizde oluşturulan yasal mevzuat doğrultusunda evde sağlık ve bakım hizmetleri yeniden düzenlenmeli, sağlık profesyonellerinin 7/24 hizmet sunmasını sağlamaya yönelik insan kaynağı planlaması ile hastanın ihtiyaç duyduğu meslek disiplinine ve sosyal bakıma ulaşması sağlanmalıdır.

Bakımın kalitesi ulusal veya uluslararası ölçeklerle sık sık değerlendirilmeli, sosyal yardımlar bakım kalitesine göre sınıflandırılmalıdır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde aile hekimlerine ciddi yükümlülükler düşmektedir, bu nedenle I. Basamak sağlık hizmetleri ile evde sağlık ve bakım hizmetleri ile entegre çalışmalıdır. PB'den taburculuk kararı verilen hastaya ait bilgiler aile hekimi ve evde sağlık profesyonellerinin hasta izlem modülüne düşmeli ve hasta takibe alınmalıdır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin genel sağlık sistemi ile bütünleşebilmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve ulusal evde sağlık ve bakım programlarının hazırlanması için hekim ve sağlık çalışanları konu kapsamında bilinçlendirilmelidir. Bakım verenlerin gereksinimleri, bakım yükleri ve diğer sorunlara ilişkin hemşireler ve toplum sağlığı, sağlık personelinde farkındalık oluşturulmalı; bakım verenlerin eğitim ve bilgi gereksinimlerini karşılanmalıdır. Öncelikle evde bakım hizmeti sunan profesyonellerin (doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb.) ve bakım elemanlarının görev tanımları, sorumlulukları, hizmet koşulları ile denetim standartları belirlenmelidir. Bu alanda çalışacak ekip üyelerine bakıma muhtaç birey ve ailesine müdahale yaklaşımları konusunda eğitim verilmelidir.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin önemini ortaya koyan çalışmalar çok sınırlıdır. Bu nedenle bu hizmetin önemini ortaya çıkarmaya yönelik ulusal araştırmalar artırılmalı ve desteklenmelidir.

Evde sağlık ve bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerde bir sosyal güvenlik modeli olarak uygulanmakta ve bireyin gereksinimine göre farklı destek ve hizmet modelleri sunmaktadır. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde uzun süreli bakım sigortası uygulamasına ülkemizin gerçekleri doğrultusunda geçilmeli ve bakıma muhtaç bireyin ihtiyacına göre farklı hizmet modelleri üretilmelidir (bakıma muhtaç bireye sahip ailelere acil işleri çıktığında ya da dinlenmeye ihtiyaç duydukları dönemlerde ev içi destek (temizlik, refakat vb.), kısa süreli kurum bakım desteği vb. sağlanmalıdır).

### KAYNAKÇA

1. Harstade, C.W., Andershed, B. (2004), Good Palliative Care: How and Where? Journal of Hospice and Palliative Nursing, 6 (1), s. 27-35.

2. Pastrana, T., Jünger, S., & Ostgathe O. (2008), A Matter of Definition Key Elements Identified in a Discourse Analysis of Definitions of Palliative Care. Palliative Medicine, 22 (3), s.222-232.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, (2009), Ulusal Kanser Kontrol Programı: Palyatif Bakım Programı, Tuncer M (Ed), Bakanlık Yayın No:760, s.92-110
4. World Health Organization. Definition of Palliative Care, 07.06.2010, Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>.
5. Cindoruk, M., Şen, İ. (2009), Yaşlıların Evde Bakımı, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 29, s.110-112.
6. Seyyar, A. (2005). Teorik ve Pratik Boyutuyla Sosyal Bakım, SHÇEK Yayınları; Ankara
7. Işıkhhan, V. (2008). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri, Türk Onkoloji Dergisi, 23 (1), s.34-44.
8. Bulut, B. (2001). "Evde Bakım Hizmetleri ve Sosyal Hizmet", Karataş, K., Arıkan, C. (Ed.), İnsani Gelişime ve Sosyal Hizmet, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokul Yayını, s:33 -37
9. Oğlak, S. (2008). The Community-Based Care Models For The Need Of Care Of Elderly People In Turkey,"IS, GUC" Industrial Relations and Human Resources Journal,13(4),s.115-130
10. Atalay, Y., vd. (1992). Türk Aile Yapısı Araştırması. D.P.T. Yayınları, Ankara.
11. Karahan A., Güven S. 2002. Yaşlılıkta evde bakım. Tur J Geriatrics, 5(4), s.155- 9.
12. Öztöp H., vd. (2008). Evde Bakımın Yaşlı Ve Aile Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1, s. 39-49.
13. Işıkhhan, V. (2005). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Psiko-Sosyal ve Sosyoekonomik Sorunları, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi,16 (2),s.35-5
14. Işıkhhan, V. (2006). Onkoloji Alanında Bakım Verenlerin Tükenmişliği, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi,17 (2),s.7-24
15. Kelleci, M.(2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, s.41-47
16. Bilgili, N. (2000). Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara
17. Akça, N. (2003) 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 71s.
18. Bekaroğlu, M. (1990). Çekirdek aile gerçeği ve yaşlılık. I.Aile Şurası Bildirileri, Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, (s.279-284).
19. Baran, A.G., Kalınkara, V., Aral, N., Baran, G., Akın, G., Özkan, Y. (2005). Yaşlı ve Aile İlişkileri: Ankara Örneği. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları No:127. Ankara
20. Subaşı, N. (2001). Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
21. Aksayan, S., Çimete, G. (1998). Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, 24-26 Eylül, İstanbul.
22. Mack, A. (1991). Home: a place in the world. Social Research, 58:307.
23. Zuckerman, C. , Dubles, N.N. , Callopy, B. (1990). Home health care options – a guide for older persons and concerned families. New York: Insight Books Pub.
24. Akdemir, N. (2001). Evde Bakım Hizmeti Gerekliliği. I.Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu, T.C. B

# Kadın doğum hastanesi hemşire çağrı zili kullanımını ile hasta memnuniyeti ve düşen hasta sayısı arasındaki ilişki

## The relationship between the use of the nurses call bell and the patient satisfaction and the number of falling patients

Asibe Özkan<sup>1</sup>, Ayfer Hiçerimez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi ve Başakşehir Çam ve Sakura Sağ. Arş. ve Uyg. Mrk., İstanbul, asibeozkan@gmail.com, 0000-0002-4278-5278

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü ve Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, ayferhicerimez@hotmail.com, 0000-0001-5120-3105

### ÖZ

**Giriş ve amaç:** Çağrı zili, hastanede yatan her hasta için hayati bir iletişim bağlantısıdır. Hemşireler; çağrı zili uyarısı ve çağrı ziline, hasta ihtiyaçlarına yanıt verebilmek için sürekli dikkatli olmalıdır. Bu çalışma; kadın doğum hastanesinde bilgi yönetim sistemi (BYS) 'ye entegre hemşire çağrı zillerinin kullanım amaç, sıklık ve cevap verilme süreleri ile hasta memnuniyeti ve düşme sıklığı arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile tanımlayıcı, analitik ve ilişki arayıcı tipte planlandı. **Gereç ve yöntem:** Çalışma 2021 yılı İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi 359 yataklı Kadın Doğum Hastanesinde yapıldı. Çalışma verileri hastanenin BYS' den elde edilmiştir. Kadın doğum hastanesi 311 yatağı ve 40 anne otelinden oluşturulan toplam 36501 çağrı örneklemini oluşturdu. **Bulgular ve Sonuç:** Çağrılarının dağılımlarına incelendiğinde; % 43,9'unun hemşire çağrı (% 4,6'sı hasta odası WC çağrısı) , % 32,5'inin asist çağrı %23,4'ünün teknik ekip tarafından oluşturulan rutin kontrol çağrıları, % 0,2'sinin ise mavi kod çağrısı olduğu saptandı. Sağlıkta kalite standartları gereği her ay yapılan hasta memnuniyeti anketlerinden alınan puan ile çağrı sıklığı ve çağrılara cevap verilme süresi kıyaslandığında çağrı sayısı ile memnuniyet oranları arasında negatif yönlü korelasyon (r:-940 p<0.001), cevap verilme süresi ile memnuniyet oranı arasında negatif yönlü korelasyon (r:-584, p<0.05) olduğu saptandı. Cevap verme süresi ile çağrı zili kullanım sayısı arasında pozitif korelasyon (r:-611 p<0.05) vardır. Çağrı sayısı arttıkça memnuniyet oranının düştüğü; çağrıya cevap verilme süresi kısaltıldığında hasta memnuniyet anketinden alınan puanın yükseldiği saptandı. Düşen hasta sayısı ile çağrı zili kullanımı arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmadı. Çağrı zili, hemşire hasta arasındaki iletişimde birincil anahtardır. Çağrıya minimum sürede katılmak, hasta memnuniyetini ve hasta sonuçlarını iyileştirir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Kadın Doğum, Hemşirelik,  
Çağrı Zili, Düşme Riski, Hasta  
Memnuniyeti

**Key Words:**  
Obstetrics, Nursing, Call Bell,  
Fall Risk, Patient Satisfaction

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa,  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü ve  
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, İstanbul,  
ayferhicerimez@hotmail.com,  
0000-0001-5120-3105

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1204320

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
14.11.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
25.03.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Introduction and purpose:** The call bell is a vital communication link for every hospitalized patient. Nurses should be constantly attentive to the call bell alert and the call bell in order to respond to patient needs. This study Maternity Hospital Information Management System (BMS) integrated nurse call bells to the purpose of the use, frequency, and patient satisfaction and the incidence of Falls Times reply with the aim to determine the relationship between descriptive, analytical and relationship type of the seeker planned. **Materials and methods:** The study was conducted in İstanbul Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Maternity Hospital with 359 beds in 2021. The study data were obtained from the Information management system of the hospital. A total of 36501 call samples were generated from the maternity hospital, 311 beds and 40 maternity hotels. **Results and Conclusion:** When the type distributions of the calls were examined, it was found that 43.9% of the calls were nurse calls (4.6% were patient room toileting calls), 32.5% were assistant calls, 23.4% were routine control calls created by the technical team, and 0.2% were code blue calls. As required by quality standards in health care patient satisfaction surveys conducted each month from the time of the call answers the call and with the frequency points, compared to the number of calls between the rate of satisfaction with directional negative correlation (r:-940 p<0.001), satisfaction with directional negative correlation between the rate of the time the answer is given (r:-584, p<0.05) was found. There is a positive correlation (r:-611 p<0.05) between the response time and the number of call bell uses. Dec. It was found that the satisfaction rate decreased as the number of calls increased; the score obtained from the patient satisfaction questionnaire increased when the response time to the call was shortened. There was no association between. The call bell is the primary key in nurse-patient communication. Joining the call in minimum time improves patient satisfaction and patient outcomes



## GİRİŞ

Çağrı zili, hastanede yatan her hasta için hayati bir iletişim bağlantısıdır. Hemşireler; çağrı zili uyarısı ve çağrı ziline, hasta ihtiyaçlarına yanıt verebilmek için sürekli dikkatli olmalıdır. Bu uyarı sistemi; aciliyet ve ihtiyacı olan hastanın görünür olmasını böylece de zaman tasarrufu ve acil durumlarda müdahalede hız sağlar. Hasta çağrı zili kullanıyor ise bakıma, hasta ile en çok vakit geçiren sağlık çalışanı hemşire ihtiyacı vardır. Hastalar yardıma, bilgiye, desteğe ihtiyacı olduklarında hemşire çağrı ziline basarlar ve hemşirelerin yardım için onlara ulaşmasını isterler ( 1,2).

Hemşire hasta etkileşimleri, hasta tarafından arzu edilen bakımın temelidir. Hastanın çağrısı bakım gerektirir (3). Hasta ihtiyaç duyduğu, beklediği bakımın verilebilmesi için hemşiresi ile çağrı zili aracılığı ile bilinçli etkileşim kurar. Çağrının başlatılması ve çağrıya yanıt verilmesi hasta için çok önemlidir ve hemşirenin yanıt vermesi, cevap verme hızı çağrı ziline güvende kritik öneme sahiptir (4,5).

Arthur ve ark; etkin ve verimli kurgulanmış bir çağrı zili sisteminin; yüksek kaliteli hasta bakımının sağlanmasına, istenen hasta sonuçlarının elde edilmesine ve hasta memnuniyetinin artmasına katkıda bulunabileceğini göstermiştir. Çağrı zillerin; alt yapı, kayıt sistemlerine ilişkin iyileştirici faaliyetler; hasta-hemşire iletişimini kolaylaştırmaya odaklanmıştır (6).

Yapılan bazı çalışmalar, çağrı zili kullanımının; hasta memnuniyetinin ve bakım kalitesinin önemli bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Hastanın endişelerinin anında görünür olmasını sağlaması, terapötik müdahalelerin etkin bir şekilde uygulanması ve hastaların bakımdan memnuniyetleri ve düşme riskinin azalması arasında çağrı zili kullanımı ile pozitif yönde ilişkiler tespit edilmiştir (7,8,9). Bununla birlikte, hasta memnuniyet anketleri genellikle taburcu olduktan sonra yapılır ve sonuçlar genellikle üç ayda bir bildirilir ve çok az doğrudan geri bildirim sağlanır. Mevcut sistemlerden elde edilebilen basit ölçümler, hemşirelere ve diğer karar vericilere performans ve sonuçlar hakkında anında geri bildirim verebilir (10,11).

Çağrı zilleri mevzuat gereği bütün sağlık kuruluşlarında mevcuttur, ancak esas olan bu zillere cevap verilmenin öneminin kavranış olmasıdır. Çağrılara zamanında cevap verilmesi; hasta ile hemşire arasındaki iletişimi ve güveni güçlendirir. Çağrı zillerine müdahale edilmez ise hasta kendini yalnız hisseder, özellikle hassas hastalarda zaman içinde endişe ve güvensizlik artar. Hemşire çağrı ziline yanıt, alınan bakımın memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Hastanın odası ya da wc'den oluşturduğu çağrı zili hastanın sağlık profesyoneli ihtiyacı olduğunun uyarısı/göstergesidir. Bu nedenle çağrıya katılım en

kısa sürede olmalıdır, sürenin uzaması acil durumların gecikmesine sebebiyet verebilir. Hastanın hemşire ile iletişimin anahtar bileşenlerinden olan çağrı ziline hemşirelerin öncelik vermesi hasta güveni ve memnuniyeti için önemlidir (12,13).

Bu çalışma; kadın doğum hastanesinde bilgi yönetim sistemi (BYS)' ye entegre hemşire çağrı zillerinin kullanım amaç, sıklık ve cevap verilme süreleri ile hasta memnuniyeti ve düşme sıklığı arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile tanımlayıcı, analitik ve ilişki arayıcı tipte planlandı.

## MATERYAL- METOD

Çalışma 2021 yılı İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi 359 yataklı Kadın Doğum Hastanesinde yapıldı. Şehir hastanesi kadın doğum bloğunda kullanılan hemşire çağrı zilleri BYs modülü üzerinden takip edilebilir özellikte olup, verildiği klinik, oda, çağrı yeri (yatak başı/WC), çağrıya cevap verilme süresi, çağrının özelliği (mavi kod, asist, hasta başı, girişim odası, rutin kontrol çağrıları ) gibi verileri kayıt etmektedir. Çalışma verisi olarak; 2021 yılında 283 hasta yatağı, 28 TDL (travay, doğum, lohusa) yatağı toplam 311 yatak (359 yatağın 48 yatağı YBÜ olduğu ve ilgi yataklarda hemşire çağrı zili olmadığı için kapsam dışı bırakıldı), ve 40 odalı anne otelinden oluşturulan 36501 çağrı ve çağrıya ait BYs' se verileri kullanıldı. 311 servis yatağı ve 40 odalı anne otelinden oluşturulan çağrılar lokasyon ve sunulan sağlık hizmetinin türü baz alınarak altı ana başlıkta sınıflandırıldı.

Hastane klinikleri;

1. Doğumhane: 28 yataklı TDL odası,
2. Doğum sonu klinikler: Normal doğum sonrası 24 saat sezaryen sonrası 48 saat hastaların takip edildiği yataklı klinikler beş klinik toplam 130 yatak,
3. Perinatoloji klinikleri riskli gebeliklerin takip edildiği iki klinik 51 yatak,
4. Jinekoloji klinikleri: Jinekolojik girişimler- ameliyatlardan öncesi ve sonrası hastaların takip edildiği üç klinik toplam 78 yatak,
5. Jineko-onkoloji kliniği: Onkolojik tanı almış kadınların takip edildiği bir klinik 24 yatak,
6. Anne oteli: 40 yataklı yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ)' de bebeği yatan annelerin misafir edildiği alan

Toplam 359 yatak tescilli olan hastanenin 48 yatağı yetişkin yoğun bakım olması ve yatak başlarında çağrı zili olmadığı için kapsam dışı bırakıldı ve 311 tescilli yatak ve 40 anne oteli yatağından elde edilen veriler kullanıldı.



Bulgular bölümü çağrı özelliklerinin sunulduğu tablo bir ve iki için hastane genelinde üretilen 36501 çağrı baz alınmıştır. Hasta memnuniyeti ve düşme oranlarına ilişkin verilerin sunulduğu tablo 3,4,5' te ise hasta ve/veya hasta ihtiyacına ilişkin üretilmedikleri için; teknik ekip tarafından oluşturulan rutin kontrol çağrıları ve anne otelinden oluşturulan çağrılar düşülerek elde edilen 16055 çağrı baz alınmış ve üç ana başlık (hasta çağrıları, mavi kod, asist çağrıları) olarak sınıflandırılmıştır.

1. Hasta tarafından oluşturulan çağrılar: Hasta ve/veya hasta yakını tarafından yatak başı ve/veya WC'lerden oluşturulan çağrılar
2. Asist çağrı: Ebe/hemşireler tarafından ikinci bir sağlık çalışanı ebe/hemşireyi davet etmek oluşturulan çağrılar,
3. Rutin kontrol çağrıları: Teknik ekip tarafından çağrı zili sisteminin periyodik kontrol ve/veya bakımları için oluşturulan çağrılar,
4. Mavi kod çağrıları: Yaşamı tehdit eden kardiyak ve/veya solunum aresti durumunda ebe/hemşire tarafından oluşturulan acil durum çağrıları,

## BULGULAR

311 yatağında çağrı zili bulunan kadın doğum hastanesinde 2021 yılı yatak doluluk oranı %72,2'dir ve 36501 çağrı zili kullanımı olmuştur. Çağrıların tür dağılımlarına incelendiğinde; % 43,9'unun hemşire çağrı (% 4,6'sı hasta odası WC çağrısı) , % 32,5'inin asist çağrı %23,4'ünün teknik ekip tarafından oluşturulan rutin kontrol çağrıları, % 0,2'sinin ise mavi kod çağrısı olduğu saptandı (Tablo 1).

**Tablo 1.** 2021 yılı çağrı zillerinin türüne göre dağılımı

Çağrı Türü	n	%
*Asist çağrıları	11.862	32.5
**Hasta tarafından oluşturulan çağrılar	16055	43.9
***Rutin kontrol çağrıları	8556	23.4
****Mavi kod çağrıları	28	0.2
Toplam	36501	100.0

\*Ebe-hemşireler tarafından diğer sağlık çalışanlarını davet etmek için oluşturulan çağrılar

\*\*Hastalar tarafından ebe/hemşirelere ulaşmak amacı ile oluşturulan hemşire çağrıları

\*\*\*Teknik ekip tarafından sistem kontrolü için oluşturulan çağrıları

\*\*\*\*Sağlık çalışanları tarafından oluşturulan acil durum çağrıları

Çağrılar verildikleri lokasyona göre; YYBÜ' de bebeği yattığı için anne otelinde misafir edilen anneler tarafından oluşturulan, doğumhane, doğum sonu klinikler, jinekoloji, jinekoloji-onkoloji, perinatoloji servisleri olmak üzere altı alt başlıkta değerlendirildi (Tablo 2). 2021 yılında oluşturulan toplam 36501 çağrının %38,1'sinin anne oteli, %31,7'sinin doğum

sonu klinikler, %14,3' ünün doğumhane, % 5,9'unun jinekoloji-onkoloji kliniklerinden oluşturulduğu saptandı (Tablo 2). Lokasyona göre en sık çağrı verilen anne oteli ve doğum sonu kliniklerin çağrılara ilişkin ebe notları incelendiğinde; bebeği ile ilgili bilgi alma ve bebek bakımı/beslenmesine ilişkin talepler olduğu görüldü.

**Tablo 2.** 2021 yılı çağrı zillerinin lokasyona göre dağılımı

Lokasyon	n	%
*Anne Otel	13908	38,1
Doğumhane	5104	14,0
Doğum Sonu Klinikler	11588	31,7
Jinekoloji	2826	7,7
Jinekoloji-Onkoloji	2147	5,9
Perinatoloji	928	2,5
Toplam	36501	100

\* YYBÜ' de bebeği yatan ve anne otelinde misafir edilen anneler tarafından oluşturulan çağrılar

Hasta memnuniyet oranları ve düşen hasta sayısı ile çağrı zili kullanım sıklığı ve cevap verme süresi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla; toplam 36501 çağrıdan teknik ekip tarafından oluşturulan rutin kontrol çağrıları, asist çağrılar ve anne otelinden oluşturulan çağrılar düşülmüş ve hastalar tarafından oluşturulan 16055 çağrı baz alınmıştır.

Sağlık çalışanları tarafından oluşturulan asist çağrılar verildiği lokasyonlara göre incelendiğinde; ilk üçte %38,2 doğumhane, % 37,1 doğum sonu ve %9,8 jinekoloji klinikleri olduğu belirlendi. Asist çağrıların en sık bu kliniklerde verilmesi; jinekolojik ve sezaryen ameliyatları sonrası mobilizasyon, doğumhanede girişimsel işlemlerin fazla olması nedeni ile sağlık çalışanların yardım/destek ihtiyacı ile ilişkilendirildi (Tablo 3).

Hasta tarafından oluşturulan çağrıların lokasyonlara göre dağılımları incelendiğinde; %39,9 doğum sonu klinikleri, %26,1 oranında doğumhaneden verildiği görüldü. Doğum sonu kliniklerden gelen çağrıların; bebek bakımı, özellikle de bebek beslenmesine ilişkin olduğu gözlem notlarında yer almaktadır. İlgi çağrı sayısının azaltılması için bebek beslenmesine ilişkin eğitimler için görsel ve ihtiyaç durumunda izlenebilecek hasta eğitim videolarının hazırlanmasının faydalı olacağı düşünüldü. TSİM verileri göre yıllık doğum sayısının 13.752 olduğu, çağrı sayısı ile yıllık doğum sayısı oranlandığında doğum başına çağrı sayısının 0,63 ±0,8 olduğu saptandı. Yatak sayısına oranlandığında ise yıllık yatak başı 124,41±18.72 çağrı ile en yüksek yatak başı çağrı oranının jineko-onkoloji kliniğine ait olduğu, bununda ilgi klinikte yatan hastaların bağımlılık seviyelerinin ve yatağa bağımlılıklarının yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Tablo 3. Verildiği lokasyona göre çağrı türlerinin dağılımı

Klinik adı	Yatak Sayısı	Hasta tarafından oluşturulan çağrı sayısı		Asist çağrı sayısı		Yatak başı çağrı oranı
	n	N	%	N	%	HBÇ/Yatak Sayısı
*Doğumhane	28	4196	26,1	4589	38,2	313,75±33.18
**Doğum sonu klinikler	130	6402	39,9	4455	37,1	74,21±11.28
***Jinekoloji klinikleri	78	2584	16,1	1122	9,8	51,42± 9.28
Jineko-onkoloji kliniği	24	1984	12,4	1002	8,7	124,41±18.72
****Perinotoloji kliniği	51	889	5,5	694	6,1	32,93± 7.21
	311	16055	100	11862	100	

\*28 TDL odasına sahip doğumhane için oda başı ve doğum başı çağrı sayısı olarak iki parametre hesaplandı

\*\*Normal ve sezaryen doğum sonrası 24-48 saat lohusaların takip edildiği klinikler

\*\*\* Düşük, ektopik gebelik, abortus, jinekolojik ameliyatların (over kisti, TAH+ BSO) yatırıldığı klinikler

\*\*\*\* Yüksek riskli gebelerin yatırıldığı klinikler

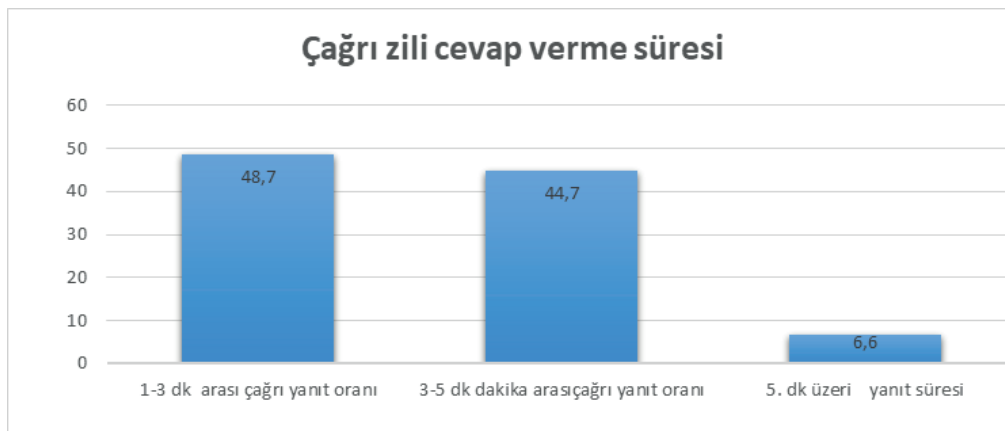
Aylara göre hemşire çağrı zili dağılımı incelendiğinde en yüksek çağrı zili kullanılan ilk üç ayın sırası ile; nisan, mart, mayıs ayı olduğu ve kullanım yüzdelерinin ise sırası ile % 11,2, %10, %9,4 olduğu görüldü. En az çağrı zili kullanılan ayların; ocak, eylül, kasım ayı olduğu oranların ise sırası ile; % 5,9, %6,3 ve %7,3 olduğu görüldü. 2021 yılında oluşturulan 16055 çağrıya minimum 61.13±11.08 sn, 545 ± 101.21 sn ortalama 192, 55± 27.32 sn'de cevap verildiği saptandı. Cevap verme süresine göre çağrılar 1-3 dk, 3-5 dk ve 5 dk üzeri olarak sınıflandırılmıştır (Grafik 1). Çağrılara %48.7 oranında 1-3 dk, %44.7 3-5 dk aralığında cevap verildiği görüldü. 5 dk ve üzeri cevap verme süresinin hemşire bankosuna uzak odalar olduğu görüldü. En yüksek sürenin nisan ayı olduğu, en düşük sürenin ise ocak ayı olduğu saptandı. Sağlıkta kalite standartları gereği her ay yapılan hasta memnuniyet anketleri sonucuna göre, 2022 yılı yatan hasta yıl ortalamasının 84.54 ± 23.11 olduğu, en düşük ayın 84, 61 ile nisan ayı olduğu, memnuniyetin en yüksek olduğu ayın ise 96.83 ile ocak ayı olduğu belirlendi.

Sağlıkta kalite standartları gereği her ay yapılan hasta memnuniyeti anketlerinden alınan puan ile çağrı sıklığı ve çağrılara cevap verilme süresi kıyaslandığında çağrı sayısı ile memnuniyet oranları arasında negatif yönlü korelasyon (r:-940 p<0.001), cevap verilme süresi ile memnuniyet oranı arasında negatif yönlü korelasyon (r:-584, p<0.05) olduğu saptandı. Cevap verme süresi ile çağrı zili kullanım sayısı arasında pozitif korelasyon (r:-611 p<0,05) vardır. Çağrı sayısı artıka memnuniyet oranının düştüğü; çağrıya cevap verilme süresi kısaldığında hasta memnuniyet anketinden alınan puanın yükseldiği saptandı.

2021 kadın doğum hastanesi düşen hasta oranı yıl ortalamasının 0,036 olduğu ve düşme oranı ile çağrı ziline cevap verme süresi arasında herhangi bir ilişki gösterilemedi (p>0.05).

## TARTIŞMA

Dünyada yaşanan teknolojik gelişmelerle birlikte dijitalleşme sürecinin çok hızlı bir şekilde kullanıldığı



Grafik 1. Hemşire çağrı ziline cevap verme sürelerinin dağılımı

**Tablo 4.** Aylara göre çağrı zili kullanımının dağılımı ve hasta memnuniyet oranları arasındaki ilişki

Aylar	Çağrı zili kullanım sayısı		*Çağrı zili kullanım sayısı	Cevap verme süresi	Hasta memnuniyet oranı
	n	%	Ort ± SS	Ort ± SS	%
Ocak	947	5,9	3,04±0,83	1,34±0,53	96,83
Şubat	1471	9,2	4,72±0,97	1,95±0,64	89,40
Mart	1606	10	5,16±1,00	1,87±0,67	85,31
Nisan	1798	11,2	5,78±1,41	1,73±0,64	84,61
Mayıs	1513	9,4	4,86±1,14	1,72±0,62	92,02
Haziran	1259	7,8	4,04±1,00	1,56±0,57	91,45
Temmuz	1173	7,4	3,77±1,12	1,59±0,57	95,01
Ağustos	1289	8	4,14±1,22	1,67±0,55	95,03
Eylül	1009	6,3	3,24±1,21	1,59±0,57	98,62
Ekim	1321	8,2	4,24±1,22	1,44±0,57	91,25
Kasım	1169	7,3	3,75±1,06	1,42±0,57	95,40
Aralık	1500	9,3	4,82±1,04	1,44±0,57	91,80

\*Aylık toplam çağrı sayısı/311 yatak hesaplaması ile elde edilmiştir.

**Tablo 5.** Çağrı zili kullanım sayısı ve cevaplama süresi ile hasta memnuniyet oranları arasındaki ilişki

	Çağrı zili Kullanım sayısı	Memnuniyet oranı	Cevap verme süresi
	R	R	R
Çağrı zili Kullanım sayısı	1	,-904**	,611*
Memnuniyet oranı		1	,-584*
Cevap verme süresi			1

r: Pearson korelasyon analiz testi; \*p<0,05 düzeyinde anlamlı; \*\*p<0,001 düzeyinde anlamlı

**Tablo 6.** Çağrı zili kullanım sayısı ve düşen hasta oranı arasındaki ilişki

	Çağrı zili Kullanım sayısı	Düşme Oranı
	R	R
Çağrı zili Kullanım sayısı	1	,201

r: Pearson korelasyon analiz testi; \*p<0,05 düzeyinde anlamlı; \*\*p<0,001 düzeyinde anlamlı

alanlardan birisi sağlık sektörüdür. Bu süreçte hastanelerin dijitalleşmesi, hastalara daha etkin ve kaliteli bakım hizmetine ulaşım olanağı sağlamaktadır. Bu hizmetlerin biri olan hemşire çağrı sistemlerinin yönetimi önemli bir kalite indikatörüdür. Çalışmamızın, hastanemizde kullanılan BYS' ne entegre sistem verilerinin değerlendirilmesi ile; bakıma ulaşım dolayısı ile hasta memnuniyetine etkisi açısından literatüre önemli katkı sağlaması beklenmektedir.

Çalışma 311 yatağında çağrı sistemi olan kadın doğum hastanesinde 2021 yılı içerisinde oluşan 36501 çağrı zili kullanımı üzerinde gerçekleştirildi. Bu çağrılar; asist, hasta tarafından oluşturulan çağrılar, rutin kontrol çağrıları ve mavi kod çağrıları olarak sınıflandırıldı, rutin kontrol çağrıları düşüldükten sonra elde edilen 27.945 çağrının hasta, hasta yakını ve/veya sağlık çalışanları tarafından hasta ihtiyaçlarına yönelik oluşturulduğu saptandı. Varghese ve arkadaşlarının, hemşirelerin hasta çağrı ziline katılma sürelerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 16543 çağrının değerlendirildiği, hemşirelerin hasta talepleri için oluşturulan her çağrıya minimum sürede katılıp hastanın ihtiyacına cevap verebilmek için ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir (14).

Çalışmadaki çağrı zilleri lokasyon dağılımına göre incelendiğinde; en yüksek çağrı oranının anne odaları ve kadın doğum sonu kliniklere ait olduğu görüldü. Anne otelinde bebeği (YYBÜ)' de yatan anneler misafir edilmekte ve bebeğine, YYBÜ sürecine yönelik bilinmezlik ve bebeklerinin YYBÜ' de yatmasının doğurduğu kaygı nedeni ile çağrı zili kullanımının arttığı düşünüldü. Varghese ve arkadaşlarının çalışmasında, yüksek hasta endişe düzeyi ve bakıma olan ihtiyaç, kaygı, bilinmezlik ebe/hemşireye ulaşma isteği ve artan çağrı sayısı ile ilişkilendirilmiştir (14).

Çalışmamızdaki çağrıların %32.5'ini oluşturan asist çağrıları en çok doğumhane (%38,2) ve doğum sonu kliniklerden (%37,1) verilmiştir. Asist çağrıların en sık bu kliniklerde verilmesi; jinekolojik ve sezaryen ameliyatları sonrası mobilizasyon, doğumhanede girişimsel işlemlerin fazla olması nedeni ile sağlık çalışanların yardım/destek ihtiyacı ile ilişkilendirildi. Doğumhanede travay sürecine destek amacı ve gebeyi yalnız bırakmamak için asist çağrının kullanıldığı, doğum sonu kliniklerinde anneye ve bebeğe destek, anne mobilizasyonu, jinekoloji kliniklerinde hasta mobilizasyonu vs için ikinci bir ebe-hemşire desteğine ihtiyaç duyulduğu düşünüldü.

Toplam 36501 çağrıdan teknik ekip tarafından oluşturulan rutin kontrol çağrıları, asist çağrıları ve anne otelinden oluşturulan çağrılar düşülmüş ve hastalar tarafından oluşturulan 16055 çağrı baz alınarak hasta

memnuniyet oranları ve düşen hasta sayısı ile çağrı zili kullanım sıklığı ve cevap verme süresi arasındaki ilişki değerlendirildi. En çok çağrı (%39,9) oranı ile doğum sonu kliniklerden ve doğumhaneden (%26,1) alınmıştır. Doğum sonu kliniklerden gelen çağrıların; BYS ebe notları incelendiğinde bebek bakımı, özellikle de bebek beslenmesine ilişkin olduğu görüldü. İlgili çağrı sayısının azaltılması için bebek beslenmesine ilişkin eğitimler için görsel ve ihtiyaç durumunda izlenebilecek hasta eğitim videolarının hazırlanması ve odalındaki televizyonlardan ihtiyaç duydukları her an ulaşılabilir olmasının faydalı olacağı düşünüldü.

Hastalar tarafından oluşturulan çağrılar yatak sayısına oranlandığında, en yüksek oranın ise doğumhane ve jinekolo-onkoloji klinikleri olduğu görüldü. Kadın doğum hastanesi için jineko-onkoloji klinikleri kanser hastalarının, büyük cerrahi geçiren kadınların yattığı yani bağımlılığı bu hastaneler için en yüksek hasta grubudur. Capa-Luğo ve ark. Çalışmasında da 944 nöroloji hastası değerlendirilmiş, ayaktan olmayan ve bağımlılık düzeyi yüksek olan hastalarda çağrı zili kullanım oranının çok daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Yine yapılan başka bir çalışma da yaşlı ve bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaların çağrı zillerine ulaşma da sıkıntı yaşandığını vurgulamıştır (15,16). Çalışmamız bağımlılık düzeyi arttıkça çağrı zili kullanım oranının yükselmesi yönünden diğer iki çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çağrı sayısının artışı; yüksek hasta endişe düzeyi ve bakıma olan ihtiyaç ile ilişkilidir ki hastalar çağrı zili kullanıp hemşiresine ulaşmak ister (14). Doğumhane yaklaşık sekiz saat süren travay süreci ve bilinmezlik ve kaygı nedeni ile kadının ebe/hemşiresine en çok ihtiyaç duyduğu yer olması ile yüksek çağrı sayısı açıklanabilir. Ayrıca her iki klinikte de, endişe, bilinmezlik yüksek kaygı düzeyi nedeni ile hastalara hastaneye kabulde verilen eğitimin etkinliğinin olumsuz etkilenmiş olması ile ilişkilendirilebilir.

Çağrı sayısının arttığı klinikler düşüldüğünde; doğum sonu klinikler doğum sonu ağrı nedeni ve ebeveynlik heyecanı ile, ikincil olarak kanser tanısı almış ve/veya ameliyat olacak hastaların yattığı klinik olması nedeni ile; hastaya yatış esnasında verilen hastane işleyişi, yemek, ziyaretçi vs ve tedavi süreçleri, hastalıkları hakkında bilgilendirmenin kaygı nedeni ile yeterli gelmemesi ve/veya yeterince algılamaması ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Jinekoloji ve jineko-onkoloji klinikleri için ek olarak; hastaların ağrı düzeyleri ve bağımlılıkları fazla hastalar olmaları ile memnuniyet düzeyindeki düşüş ile ilişki olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda çağrı zillerinin en çok kullanıldığı ayların, Mart, Nisan ve Mayıs, en düşük kullanıldığı ayların ise

Ocak, Eylül ve Kasım olduğu, çağrılara yanıt verme süresinin ise; % 48,7'sinin 1-3 dakika ve %6,6'sı ise 5 dakika üzeri olduğu görüldü. Vargese ve ark çalışmasında çağrılarının %94,6' sının bir dakikadan daha kısa sürede yanıtlandığını, hastaların ihtiyaçlarının karşılanması ve kaliteli bir sağlık bakımı almaları konusunda çağrı zili yanıt oranının hedeflenen doğrultuda olduğunu vurgulamışlardır (14). Digby ve ark çalışmasında ise, toplam 41.460 çağrının etkinleştirildiğini ve %85,36' sının beş dakikadan daha kısa sürede yanıtlandığını, yapılan müdahale sonrası ise çağrılarının %90,57 'sinin beş dakikadan daha kısa sürede yanıtlandığını saptamışlardır (17). Çalışmamızda 5 dakika ve üzeri yanıt süresi olan %6,6 çağrı incelendiğinde, çağrı yanıt süresindeki uzama çağrının başlatıldığı odaların hemşire bankosuna uzaklığı ile ilişkilendirildi.

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) gereği yapılan hasta memnuniyet anketlerine göre, hasta memnuniyet oranının en yüksek olduğu ayın Ocak, en düşük olduğu ayın ise Nisan olduğu saptandı. Hastane memnuniyet oranının yönetici verimlilik kriteri olan 75 puan ve üzeri olduğu görüldü. Meade ve ark hasta güvenliği ve hasta memnuniyetini inceledikleri çalışma da sadece çağrı zili kullanımının memnuniyeti ve güvenlik için yeterli olmadığını, saatlik veya iki saatte bir gerçekleştirilen bakım turlarına belirli eylemleri dahil eden bir protokolün, hastaların çağrı ışığı kullanım sıklığını azaltabileceğini, hemşirelik bakımından memnuniyetlerini artırabileceğini ve düşme sayılarının azalabileceğini vurgulamışlardır (12). Tores'in çalışmasında ise hastanın ihtiyaçlarını ve tercihlerini bilmenin önemini; çağrı zillerine anında yanıt verilmesi, yalnızca ne kadar hızlı yanıtlandığı değil, aynı zamanda yanıtlanma şekli ve temel ihtiyaçların ne kadar iyi karşılandığı hasta memnuniyetinin artıracağına değinmiştir (8).

Çalışmamızda, düşen hasta oranı yıl ortalamasının 0,036 olduğu ve düşme oranı ile çağrı ziline cevap verme süresi arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışma da, acil çağrı zili yanıtının önemini vurgulamak için hemşire yöneticilerin güçlü liderlik yapması gereken bir alan olarak çağrı zili de vurgulanmıştır. Yüksek düşme riski taşıyan hastaların yakından gözleminin öneminin altı çizilmiştir. (17). Diğer çalışmalarda da çağrı ışığı kullanımının hasta merkezli bakım modelleri için çok önemli bir teknoloji parçası olarak kabul edildiği, hem çalışanların hem de hastaların memnuniyet düzeylerini yüksek oranda etkilediği ve hastaların güvenliğini önemli derecede etkilediği bulunmuştur (18,19). Çalışmalar, çağrı ışığı yanıt süreleri ile hasta düşmeleri arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Tzeng ve ark. çalışması ise daha hızlı çağrı ışığı yanıt süresi ile azalan düşme

oranları arasında bir ilişki olduğunu saptamıştır (20). Galinato ve ark. Çalışmasında da çağrı zili uygulamaları için teknolojilerin kullanımın önemi vurgulanmış ve daha fazla çalışmalar yapılmasını ifade etmiştir (21). Çalışmamızın Galinato ve ark. Önerildiği gibi daha uzun süreli ve daha düşme riskli hasta grubunda yapılma gerekliliği düşünüldü.

## SONUÇ

Sağlık alanında ki teknolojik gelişmeler, hasta ve hemşire arasında önemli bir bağ oluşturmaktadır. Hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak hemşirelik bakımının ana hedeflerinden birisidir. Bu hedefe ulaşılmasına yardımcı olmak için, çağrı zilleri, iletişimi geliştirmek ve hastaların endişelerine hızlı yanıt vermek için yararlı bir araçtır. Çağrıya minimum sürede katılmak, hasta memnuniyetini ve hasta sonuçlarını iyileştirir. Kadın doğum hastanesinde en sık çağrı zili kullanımının %39,9 oranı ile doğum sonu klinikleri olduğu, hasta memnuniyeti anketlerinden alınan puan ile çağrı sıklığı ve çağrılara cevap verilme süresi kıyaslandığında çağrı sayısı ile memnuniyet oranları arasında negatif yönlü korelasyon ( $r:-940$   $p<0.001$ ), cevap verilme süresi ile memnuniyet oranı arasında negatif yönlü korelasyon ( $r:-584$ ,  $p<0.05$ ) saptandı. Bu nedenle hastanelerin teknolojik gelişmeleri aktif olarak kullanması verilerini ölçülebilir hale getirmesi ve ölçtüğü verilere ilişkin iyileştirici faaliyetler planlaması hasta güvenliği ve memnuniyeti artışına önemli derecede katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Miller, E. T., Deets, C., & Miller, R. V. (1997). Nurse call systems: impact on nursing performance. *Journal of nursing care quality*, 11(3), 36–43. <https://doi.org/10.1097/00001786-199702000-00007>
2. Taylor, D. P., Coakley, A., Reardon, G., & Kuperman, G. J. (2004). An analysis of inpatient nursing communications needs. *Studies in health technology and informatics*, 107(Pt 2), 1393–1397.
3. Duffy, J. R., Kooken, W. C., Wolverton, C. L., & Weaver, M. T. (2012). Evaluating patient-centered care: feasibility of electronic data collection in hospitalized older adults. *Journal of nursing care quality*, 27(4), 307–315. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31825ba9d4>
4. Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10, 162-167.
5. Murphy, E. C., Ruch, S., Pepicello, J., & Murphy, M. (1997). Managing an increasingly complex system. *Nursing management*, 28(10), 33–38.
6. Arthurs D. (1993). Nurse-call choice depends on area, layout and staffing. *Health facilities management*, 6(6), 40–44.
7. Laschinger, H., Gilbert, S., & Smith, L. (2010). Patient satisfaction as a nurse-sensitive outcome. *Nursing Outcomes. The State of the Science*. Toronto, ON, Canada, 359-408.
8. Torres S. M. (2007). Rapid-cycle process reduces patient call bell use, improves patient satisfaction, and anticipates patient's needs. *The Journal of nursing administration*, 37(11), 480–482. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000295609.94699.76>



9. Tzeng, H. M., & Yin, C. Y. (2009). Relationship between call light use and response time and inpatient falls in acute care settings. *Journal of clinical nursing*, 18(23), 3333–3341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02916.x>
10. Roszell, S., Jones, C. B., & Lynn, M. R. (2009). Call bell requests, call bell response time, and patient satisfaction. *Journal of nursing care quality*, 24(1), 69–75. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000342938.99036.9f>
11. Rashid M. (2006). A decade of adult intensive care unit design: a study of the physical design features of the best-practice examples. *Critical care nursing quarterly*, 29(4), 282–311. <https://doi.org/10.1097/00002727-200610000-00003>
12. Meade, C. M., Bursell, A. L., & Ketelsen, L. (2006). Effects of nursing rounds: on patients' call light use, satisfaction, and safety. *The American journal of nursing*, 106(9), 58–71. <https://doi.org/10.1097/00000446-200609000-00029>
13. Deitrick, L., Bokovoy, J., Stern, G., & Panik, A. (2006). Dance of the call bells: using ethnography to evaluate patient satisfaction with quality of care. *Journal of nursing care quality*, 21(4), 316–324. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00008>
14. Varghese, B. G., & Punjot, P. A (2019). Study To Assess Nurse Call Response Monitoring - Proximity A Contributing Factor. *International Journal of Current Research Vol. 11, Issue, 01, pp.739-744, January, 2019*
15. Capo-Lugo, C. E., Shumock, K., Young, D. L., Klein, L., Cassell, A., Cvach, M., Lavezza, A., Friedman, M., Bhatia, E., Brotman, D. J., & Hoyer, E. H. (2020). Association between ambulatory status and call bell use in hospitalized patients-A retrospective cohort study. *Journal of nursing management*, 28(1), 54–62. <https://doi.org/10.1111/jonm.12888>
16. Chadwick, A., & Hearn, A. (2013). A cry for help: time to re-think the patient call bell in an ageing population. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*, 74(11), 642–643.
17. Digby, R., Bloomer, M., & Howard, T. (2011). Improving call bell response times. *Nursing older people*, 23(6).
18. Tzeng H. M. (2011). Using multiple data sources to answer patient safety-related research questions in hospital inpatient settings: a discursive paper using inpatient falls as an example. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3276–3284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03681.x>
19. Ali, H., & Li, H. (2020). Use of Notification and Communication Technology (Call Light Systems) in Nursing Homes: Observational Study. *Journal of medical Internet research*, 22(3), e16252. <https://doi.org/10.2196/16252>
20. Tzeng, H. M., Titler, M. G., Ronis, D. L., & Yin, C. Y. (2012). The contribution of staff call light response time to fall and injurious fall rates: an exploratory study in four US hospitals using archived hospital data. *BMC health services research*, 12, 84. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-84>
21. Galinato, J., Montie, M., Patak, L., & Titler, M. (2015). Perspectives of Nurses and Patients on Call Light Technology. *Computers, informatics, nursing : CIN*, 33(8), 359–367. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000177>

# Gebelerde Covid-19 salgınına yönelik algı ve tutumlarının belirlenmesi

## Determining the perceptions and attitudes of pregnant women about the Covid-19 contagious

Beril Ezgi Tahan<sup>1</sup>, Sevda Karakaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Arel Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, berilezgi3@gmail.com, 0000-0003-4655-7106

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, sevdakarakas@arel.edu.tr, 0000-0003-4617-8798

**Anahtar Kelimeler:**  
COVID-19, Salgın, Gebelik, Algı, Tutum.

**Key Words:**  
COVID-19, Epidemic, Pregnancy, Perception, Attitude.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
İstanbul Arel Üniversitesi,  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,  
Hemşirelik Bölümü, berilezgi3@  
gmail.com, 0000-0003-4655-7106

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1211926

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
29.11.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
29.03.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ÖZ

**Giriş ve Amaç:** COVID-19 dünya genelinde sağlık problemi oluşturmuş, enfekte olan bireylerde hafif veya orta seviyede semptom gösterirken bazı kişilerde ciddi semptomlara ulaşmıştır. Bu araştırma gebelerin COVID-19'a karşı algı ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma 17.11.2021 – 06.01.2022 tarihleri arasında Çerkezköy İrmet Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran 300 gebeden oluşmaktadır. Literatür doğrultusunda hazırlanan tanımlayıcı soru formu ve COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan gebelerin %39,7'si 26-30 yaş aralığındadır. Katılımcıların %26'sı gebeliğinin COVID-19 salgınından etkilendiği, %42'si koruyucu önlemleri öğrenip uygulayarak sağlık arama davranışına başvurduğu belirlenirken %12,7'si sağlık arama davranışından kaçınmaktadır. **Sonuç:** Katılımcıların hastalık algısının bulaşıcılık alt boyutu puanları ortalama  $4,04 \pm 0,75$  ve kaçınma davranışlarından kişisel temastan kaçınma alt boyutunun ortalama puanı  $4,17 \pm 0,75$  olup bu yönde inancın yüksek olduğuna ulaşıldı. Hemşirelerin gebelere hastalık hakkında eğitim vermesi algı ve tutumlar açısından önemlidir.

### ABSTRACT

**Introduction and Aim:** COVID-19 has created a general health problem worldwide, while it shows mild or moderate symptoms in infectious individuals, it has seriously addressed some of them. This research is a constructivist type study aiming to determine the perceptions and attitudes of pregnant women towards COVID-19. **Materials and Methods:** 300 pregnant women who applied to the gynecology outpatient clinic of Çerkezköy İrmet Hospital between 17.11.2021 and 06.01.2022 were included in the study. Question formula and climate of the Perceptions and Attitudes Towards the COVID-19 Pandemic Rating Scale to gather literature coverage. **Results:** 39.7% of the pregnant women participating in the study are between the ages of 26-30. While 26% of the participants determined that their pregnancies were affected by the COVID-19 epidemic, 42% learned protective measures and applied health-seeking behavior when necessary, while 12.7% avoided health-seeking behavior. **Conclusion:** The mean scores of the participants' perception of illness dominance sub-dimension were  $4.04 \pm 0.75$ , the mean scores of avoiding personal contact and avoiding traditions were  $4.17 \pm 0.75$ , indicating high awareness of this belief. It is important for nurses to educate pregnant women about their diseases in terms of their perceptions and attitudes.

## GİRİŞ

Koronavirüs, toplumda sık karşılaşılan hafif bulaşım gösteren hastalıklardan, Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi kritik boyutta kendini gösteren kapsamlı virüs sınıfıdır. Bu virüslerin insanlar arasında kolay yayılan birçok alt türü vardır (1). Günümüzde toplumda görülen koronavirüs, SARS-CoV-2 virüsünden kaynaklanan hastalıktır. Koronavirüs ile enfekte olan birçok kişi hafif veya orta seviyede solunum sıkıntısı ile

karşılaşmaktadır. Bazı kişilerde hastalık semptomları ciddi boyutta olup tıbbi yardıma başvurmaktadır. Kronik hastalığı olan kişilerde hastalık boyutu daha ağır görülebilmektedir (2). COVID-19 salgını hızla yayılım göstermiştir. Tüm dünyada ve ülkemizde maternal yönetim ve fetal güvenlik konularında endişeye sebep olmuştur. Yapılan çalışmalarda COVID-19'un gebelerde duyarlılık arttırdığını bildirmemiştir fakat geçmiş viral salgınlardaki deneyimler ve gebelikte fizyolojik değişimler sebebiyle riskli grupta ele alınmalıdır (3). Gebelik süresince oluşan fizyolojik değişimler vücudu

enfeksiyona açık hale getirmesi sonucu gebeler hastalığı ciddi boyutta geçirebilme ihtimali yüksektir. COVID-19 ile enfekte olan gebelerde oluşabilecek maternal, fetal ve neonatal sonuçlar için edişe edilmektedir. Hemşire ve ebeler salgın hakkında bilgilenmeli, gebeler dikkatli izlenmeli ve olası komplikasyonları saptamak amacıyla takip edilmelidir. Doğum esnasında bulaş önemleri alınmalı, doğum sonrasında anne emzirme ve bebeğin izolasyonu hakkında bilgilendirilmiştir (4). Bu çalışma COVID-19 salgının gebelerde algı durumları ve gebelerin COVID-19 salgın dönemine ilişkin tutumlarının ne düzeyde olduğunu belirlemeyi hedeflemektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Türü ve Zamanı

Bu tanımlayıcı tipte bir araştırma olup 17.11.2021 – 06.01.2022 tarihleri arasında özel hastaneye başvuran gebelerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tekirdağ ilinde bulunan Çerkezköy İrmet Hastanesine başvuran tüm kadınlar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini olasılıksız örnekleme yöntemlerinden olan gelişigüzel örnekleme yöntemi ile kadın doğum polikliniğine başvuran 300 gebe oluşturdu.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmada; Koronavirüs (COVID-19) Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği, Tanımlayıcı Bilgi Formu olmak üzere toplam 2 veri aracı kullanıldı. Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak 31 adet tanımlayıcı bilgi formu oluşturuldu.

### COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği

Çırakoğlu 2011 yılında Domuz gribi (H1N1) istilasına ilişkin algı ve tutumlar, kaygı ve kaçınma düzeylerini belirlemek için 5 form oluşturmuştur. Artan vd. tarafından araştırmacıdan onay alınmış, formlardan faydalanarak hastalığa yönelik algı 8, hastalığın nedenleri 18 ve kontrol algısı 13 ifadeden oluşan alt ölçeklerine ek olarak; kaçınma davranışları 14 ifade içeren toplamda 4 alt ölçek oluşturulmuştur. Koronavirüse yönelik hastalık algısını değerlendiren “Genel Algı” (bulaşıcılık, tehlikelilik) iki boyutlu alt ölçekten oluşmaktadır. Hastalığa neden olan faktörleri değerlendiren “Nedenler Algısı” (komplo, çevre, inanç), hastalığa yönelik “Kontrol Algısı” (kişisel kontrol, makro kontrol, kaçınılmazlık) ve “Kaçınma Davranışları” (bilişsel kaçınma, ortak alanlardan kaçınma, kişisel temastan kaçınma) alt

ölçeklerinden oluşmaktadır. Genel, nedenler ve kontrol algısı alt ölçekleri “1=Kesinlikle Katılmıyorum” ile “5=Kesinlikle Katılıyorum” arasında, kaçınma davranışlarını değerlendiren alt ölçek ise “Bu davranışı hiç yapmadım.” ve “Bu davranışı çok sık yaptım.” arasında 5’li likert tipinde cevaplandırılır. Tüm ölçekler için alınan yüksek puanlar o alandaki inancın yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Yapılan analizler sonucu Türkiye örneklemini için geçerli, güvenilir bir ölçme aracı olarak belirlenmiş, Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0.650, 0.847, 0.780 ve 0.849 olarak bulunmuştur (5). Bizim çalışmamızda Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0,643, 0,781, 0,826, 0,698 olarak bulundu (Tablo 2).

### Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada örnekleme alınan gebeler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak COVID-19 korunma tedbirleri doğrultusunda maske, sosyal mesafe, hijyen kurallarına veriler toplandı. Araştırmaya katılan gebelerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu izinleri yazılı olarak alındı. Anketin doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

### Veri Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni test ve Games-Howell test ikili değerlendirmeler için kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Katılımcıların %26’sı (n=78) 18-25 yaş arasında, %39,7’si (n=119) 26-30 yaş arasında, %27,3’ü (n=82) 31-35 yaş arasında, %7’si (n=21) ise 36 yaş ve üzerinde olduğu saptandı. Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumları; %9,3’ünün (n=28) ilkökul, %13,7’sinin (n=41) ortaokul, %38,3’ünün (n=115) lise ve %38,7’sinin (n=116) ön lisans-lisans düzeyindeydi.

Katılımcıların %13’ünde (n=39) kronik hastalık gözlenirken, %16,3’ünün (n=49) mevcut gebeliğinde

**Tablo 1** COVID-19 Salgın Dönemine İlişkin Sağlık Arama Davranışları

	n (%)
Salgın hakkında yeterli ve doğru bilgi sahibi olmaya gayret etme	103 (34,3)
Salgınla ilgili koruyucu önlemleri öğrenme ve uygulama	126 (42,0)
COVID-19 Salgın Dönemine İlişkin Sağlık Arama Davranışları	
Sosyal medya kullanımını arttırma	88 (29,3)
Aile ve arkadaşlarla düzenli olarak görüşme	46 (15,3)
İşle ilgili konulara dikkatini vermeye çalışma	70 (23,3)
Kitap okuma, dizi/film izleme, oyun oynama	92 (30,7)
Olumsuz duygularla baş etmek için hiçbir şey yapmama	38 (12,7)

risk yaşadığı saptandı. Katılımcıların %46,7'si (n=140) yaşayan çocuğunun olmadığını belirtirken, %40'ı (n=120) 1 çocuğunun, %12,3'ü (n=37) 2 çocuğunun, %1'i (n=3) 3 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğunu belirtti.

Gebelerin %88'inin (n=264) COVID-19 pandemisinde düzenli doktor kontrollerine gidebildiği, %12'si (n=36) gidemediği belirlendi. Gebelerin %26,3'ü (n=79) COVID-19 tanısı alma veya şüphesiyle takip edildiği ve %26'sı (n=78) gebeliğinin pandemi sürecinden etkilendiği saptandı.

Katılımcıların %0,7'sinin (n=2) COVID-19 pandemi dönemi başladıktan sonra uyku kalitesinin belirgin olarak arttığı, %5,7'sinin (n=17) kısmen arttığı, %62,7'sinin (n=188) değişmediği, %22,7'sinin (n=68) kısmen azaldığı ve %8,3'ünün (n=25) belirgin olarak azaldığı saptandı. Tablo 1'de gebelerin COVID-19 salgın dönemine ilişkin sağlık arama davranışları incelendi.

## TARTIŞMA

Araştırmada gebelerin hastalığa yönelik genel algıyı değerlendiren hastalık algısı ana boyutundan bulaşıcılık boyutuna karşı inançları yüksek bulundu. Quansar vd. çalışmasında gebelerin %47'si tanıdıklarının COVID-19'a yakalanmasından endişelendiğini ve %68,7'sinin hastalığın ölümcül olduğunu düşünmekteydi (6). Lee vd. çalışmasında, %74'ünün gebelikte COVID-19'a yakalanmada endişeli/ çok endişeli, %46'sının koronavirüs bulaştığında düşük yapma veya erken doğum yapma olasılığının daha yüksek olduğuna inanmakta olduğunu (7), Anikwe vd. gebelerin %52'sinin hastalığın tedavi edilebilir olduğuna inandığını (8), Battarbee vd. ise katılımcıların çoğunun COVID-19'a yakalanmaktan ve bunun sonucunda hem kendisine hem gebeliğine zarar gelmesinden endişe duymakta olduklarını, %41'inin de aşı olacağını bildirmişti (9). Saccone vd. çalışmasında salgının gebeler üzerinde orta/şiddetli psikolojik etkiye yol açtığı ve gebelerin %53'ünde şiddetli olduğunu bildirdi (10). Çalışmamız ve literatürdeki örneklerin sonucunda olduğu gibi gebelerin hastalığın bulaşmasından kaygılandığı söylenebilir.

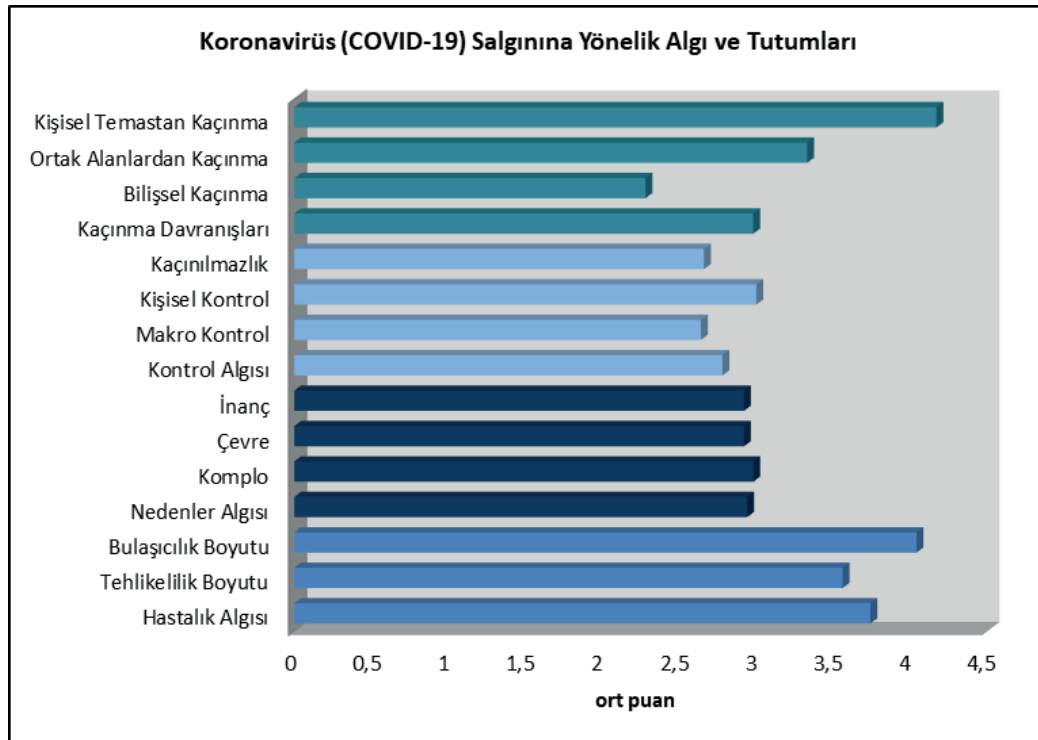
Hastalığa neden olan faktörleri değerlendiren nedenler algısı ana boyutundan; COVID-19'un komplo teorisi ile üretildiğine dair komplo alt boyutu, hastalığın çevresel nedenlerden dolayı oluştuğu çevre alt boyutu, hastalığı dini gerekçelere dayandırma inanç alt boyutuna verdiği cevaplar ile gebelerin nedenler algısına olan inançları düşük saptandı. Anikwe vd. çalışmasında gebelerin %32'si, %38'i ve %30'u enfeksiyon kaynaklarının sırasıyla hayvan, insan ve hava yoluyla bulaştığına inandığından, enfeksiyonun kaynağına ilişkin görüşler katılımcılar arasında farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Gebelerin %88'inde hastalığa bir virüsün neden olduğuna, %24'ünde ise COVID-19'un aldatmaca algısı olduğu bildirilmiştir (8). Bir başka çalışmada ise Van ilinde bireylerde uygulanmış; salgının %37,9'unda dinsel inançlarında değişikliğe sebep olduğu, %50,8'i COVID-19'un ilahi ceza olduğu, %42,9'u ise büyük devletlerin oyunu olduğunu bildirmiştir (11). Hastalığın nedeni hakkında kişilerin bilgi eksikliği mevcuttur.

Hastalığa yönelik kontrol algısı ana boyutundan kişisel kontrol (kişisel tedbir) alt boyutunda kararsızlık hakimken, makro (önleyici çalışmalar) ve kaçınılmazlık (hastalıktan kaçınma) alt boyutuna olan inanç düşük saptandı. Nwafor vd. çalışmasında gebelerin %60,9'u önleyici tedbirler konusunda yeterli bilgisi varken, %69,7'sinin tedbirleri uygulaması zayıf bulunduğu (12), Kunno vd. ise gebelerin COVID-19'un kontrol altına alınabileceğinden emin olmamakla birlikte salgının günlük yaşamını etkilediğini bildirmişlerdir (13). Bellisoy ise çalışmasında gebelerin %76,5'i salgının kontrolünün sağlanacağını, %15'inin tedaviyi reddettiğini bildirdi (14).

Kaçınma davranışları ana boyutundan bilişsel kaçınma alt boyuta olan inançları düşük, kişisel temastan kaçınma alt boyutuna olan inançları yüksek bulundu. Ortak alanlardan kaçma alt boyutu inancında ise kararsızlık hakimdir. Balkhi vd. yaptığı çalışmada katılımcıların %86,5'i insanlarla fiziksel temasını kısıtlamış, %14,8'i işyeri/eğitim kurumuna, %74,5'i sağlık kurumuna gitmekten kaçınmış, %35'i kaygı düzeylerini arttırdığından güncel haberleri izlemek/dinlemek/okumaktan kaçındığını bildirdi (15). Fikadu

**Tablo 2:** Koronavirüs (COVID-19) Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımları ve İç Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi

	Madde Sayısı	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
<b>Hastalık Algısı</b>	8	3,75 (2,25-4,88)	3,74±0,49	0,643
<i>Tehlikelilik Boyutu</i>	5	3,6 (1,8-4,8)	3,56±0,51	0,434
<i>Bulaşıcılık Boyutu</i>	3	4 (1,67-5)	4,04±0,75	0,796
<b>Nedenler Algısı</b>	18	2,92 (1,72-4,22)	2,94±0,51	0,781
<i>Komplo</i>	6	3 (1-5)	2,98±1,00	0,962
<i>Çevre</i>	8	3 (1,25-5)	2,92±0,74	0,877
<i>İnanç</i>	4	3 (1-5)	2,92±0,99	0,797
<b>Kontrol Algısı</b>	13	2,69 (1,31-4,08)	2,78±0,59	0,826
<i>Makro Kontrol</i>	4	2,38 (1-4,5)	2,64±0,90	0,942
<i>Kişisel Kontrol</i>	5	3 (1-5)	3,00±0,79	0,779
<i>Kaçınılmazlık</i>	4	2,5 (1-5)	2,66±0,84	0,821
<b>Kaçınma Davranışları</b>	14	3 (1,29-4,43)	2,98±0,60	0,698
<i>Bilişsel Kaçınma</i>	7	2,14 (1-5)	2,28±0,93	0,816
<i>Ortak Alanlardan Kaçınma</i>	4	3,25 (1-5)	3,33±0,99	0,580
<i>Kişisel Temastan Kaçınma</i>	3	4,33 (1,33-5)	4,17±0,75	0,546



**Şekil 1.** Koronavirüs (COVID-19) Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımları





Tablo 4 Gebelik Özellikleri ve Kronik Hastalık Varlığına Göre COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

	Hastalık Algısı					Kaçınma Davranışları			Kaçınma Toplam Puanı
	Hastalık Algısı	Nedenler Algısı	Kontrol Algısı	Bilişsel Kaçınma	Ortak Alanlardan Kaçınma	Kişisel Temastan Kaçınma			
Yok (n=140)	Ort±Ss	2,9±0,51	2,8±0,55	2,33±0,88	3,16±1,01	4,02±0,8	2,93±0,61		
	Medyan (Min-Maks)	3,8 (2,3-4,9)	2,9 (1,7-4,1)	2,7 (1,4-4,1)	2,2 (1-4,3)	3,3 (1-5)	4 (1,3-5)	2,9 (1,3-4,4)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1 Çocuk (n=120)	Ort±Ss	2,97±0,46	2,75±0,64	2,27±0,98	3,49±0,94	4,27±0,66	3,05±0,6	
		Medyan (Min-Maks)	3,8 (2,4-4,8)	2,9 (1,9-4,1)	2,7 (1,3-4)	2,1 (1-4,4)	3,5 (1,3-5)	4,3 (1,7-5)	3,1 (1,6-4,4)
≥2 Çocuk (n=40)		Ort±Ss	2,99±0,6	2,85±0,61	2,15±0,97	3,48±0,97	4,38±0,74	3±0,56	
		Medyan (Min-Maks)	3,8 (2,5-4,8)	2,9 (1,9-4,2)	2,8 (1,6-4)	1,9 (1-5)	3,5 (1,5-5)	4,3 (2-5)	3 (1,8-4,1)
<b>Test Değeri</b>		F:0,103	F:0,865	F:0,529	χ <sup>2</sup> :1,870	χ <sup>2</sup> :7,422	χ <sup>2</sup> :12,253		
<b>P</b>		°0,902	°0,424	°0,590	°0,392	°0,024*	°0,002**		
Var (n=49)	Mevcut Gebelikte Problem	Ort±Ss	3,09±0,5	2,74±0,49	2,2±0,98	3,16±0,95	4,22±0,8	2,91±0,6	
		Medyan (Min-Maks)	3,9 (2,4-4,5)	3 (2-4,1)	2,7 (1,8-4,1)	2,1 (1-4,4)	3 (1-5)	4,3 (2-5)	2,9 (1,7-4,4)
Yok (n=251)		Ort±Ss	2,91±0,5	2,79±0,61	2,29±0,92	3,37±0,99	4,16±0,74	3±0,6	
		Medyan (Min-Maks)	3,8 (2,3-4,9)	2,9 (1,7-4,2)	2,7 (1,3-4)	2,1 (1-5)	3,5 (1-5)	4,3 (1,3-5)	3 (1,3-4,4)
<b>Test Değeri</b>		t:0,943	t:2,192	t:-0,698	Zi:-0,633	Zi:-1,551	Zi:-1,002		
<b>P</b>		°0,347	°0,029*	°0,487	°0,526	°0,121	°0,316		
Var (n=39)	Kronik Hastalık	Ort±Ss	3,02±0,57	2,85±0,5	2,2±1,02	3,37±0,88	4,17±0,78	2,96±0,63	
		Medyan (Min-Maks)	3,9 (2,8-4,8)	3,1 (1,9-4,1)	2,8 (1,6-3,9)	2 (1-4,3)	3,3 (1,8-5)	4,3 (2-5)	2,9 (1,6-4,1)
Yok (n=261)		Ort±Ss	2,93±0,49	2,77±0,6	2,29±0,92	3,33±1	4,17±0,75	2,99±0,6	
		Medyan (Min-Maks)	3,8 (2,3-4,9)	2,9 (1,7-4,2)	2,7 (1,3-4,1)	2,1 (1-5)	3,3 (1-5)	4,3 (1,3-5)	3 (1,3-4,4)
<b>Test Değeri</b>		t:2,062	t:1,028	t:0,740	Zi:-0,724	Zi:-0,110	Zi:-0,197		
<b>P</b>		°0,040*	°0,305	°0,460	°0,469	°0,912	°0,844		

aOneWay ANOVA, bKruskal Wallis Test, cStudent-t Test, dMann Whitney U Test, \*p&lt;0,05, \*\*p&lt;0,01

Tablo 5. Gebelikte COVID-19 Dönemi Özelliklerine Göre Koronavirüs Salgımına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

	Koronavirüs (COVID-19) Salgımına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği						
	Kaçınma Davranışları						
	Hastalık Algısı	Nedenler Algısı	Kontrol Algısı	Bilişsel Kaçınma	Ortak Alanlardan Kaçınma	Kişisel Temastan Kaçınma	Kaçınma Toplam Puanı
<b>Evet (n=264)</b>							
<i>Ort±Ss</i>	3,73±0,5	2,94±0,51	2,8±0,6	2,24±0,93	3,28±1	4,15±0,76	2,95±0,6
<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,3-4,9)	2,9 (1,8-4,2)	2,7 (1,3-4,1)	2,1 (1-5)	3,3 (1-5)	4,3 (1,3-5)	2,9 (1,3-4,4)
<b>Hayır (n=36)</b>							
<i>Ort±Ss</i>	3,78±0,41	2,96±0,47	2,65±0,53	2,56±0,92	3,69±0,74	4,27±0,65	3,25±0,53
<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (3-4,6)	3 (1,7-3,9)	2,6 (1,9-4)	2,5 (1-4,4)	3,8 (2-5)	4,3 (2,3-5)	3,3 (2,4-4,1)
<b>Test Değeri</b>	t:-0,562	t:-0,221	t:1,492	Z:-2,023	Z:-2,261	Z:-0,780	t:-2,893
<b>p</b>	ˆ0,575	ˆ0,825	ˆ0,137	ˆ0,043*	ˆ0,024*	ˆ0,435	ˆ0,004**
<b>Evet (n=79)</b>							
<i>Ort±Ss</i>	3,73±0,46	3,01±0,48	2,53±0,53	2,37±0,96	3,45±1,01	4,16±0,68	3,06±0,63
<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,5-4,6)	3 (2-4,1)	2,5 (1,4-3,9)	2,4 (1-4,4)	3,5 (1-5)	4,3 (2,3-5)	3,1 (1,3-4,4)
<b>Hayır (n=221)</b>							
<i>Ort±Ss</i>	3,74±0,5	2,92±0,51	2,87±0,58	2,25±0,92	3,29±0,98	4,17±0,77	2,96±0,59
<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,3-4,9)	2,9 (1,7-4,2)	2,8 (1,3-4,1)	2,1 (1-5)	3,3 (1-5)	4,3 (1,3-5)	2,9 (1,6-4,3)
<b>Test Değeri</b>	t:-0,222	t:1,370	t:-4,660	Z:-0,922	Z:-1,263	Z:-0,600	t:1,295
<b>p</b>	ˆ0,824	ˆ0,172	ˆ0,001**	ˆ0,357	ˆ0,207	ˆ0,548	ˆ0,196
ˆStudent-t Test	ˆMann Whitney U Test					**p<0,01	
aOne-way ANOVA, bKruskal Wallis Test, cStudent-t Test, dMann Whitney U Test, *p<0,05, **p<0,01							

Tablo 6. Gebelerin Uyku Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışlarının COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği Altı Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

COVID-19'dan Sonra	Koronavirüs (COVID-19) Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği							
	Hastalık Algısı	Nedenler Algısı	Kontrol Algısı	Bilişsel Kaçınma	Ortak Alanlardan Kaçınma	Kişisel Temastan Kaçınma	Kaçınma Davranışları Toplam Puanı	
Uyku Kalitesi	Ort±Ss	3,75±0,53	2,69±0,82	3,54±0,22	2,43±2,02	1,75±1,06	3,67±1,89	2,5±1,72
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (3,4-4,1)	2,7 (2,1-3,3)	3,5 (3,4-3,7)	2,4 (1-3,9)	1,8 (1-2,5)	3,7 (2,3-5)	2,5 (1,3-3,7)
	Ort±Ss	3,65±0,48	2,87±0,44	2,62±0,63	2,27±0,86	3,59±1,06	4±0,84	3,02±0,47
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,8-4,4)	2,8 (2,2-3,6)	2,6 (1,4-3,7)	2,1 (1-4,1)	3,8 (1,3-5)	4 (2-5)	3 (2,1-3,6)
	Ort±Ss	3,67±0,5	2,94±0,49	2,8±0,59	2,23±0,89	3,36±0,99	4,19±0,75	2,97±0,59
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,3-4,8)	2,9 (1,7-4,2)	2,7 (1,5-4,1)	2,1 (1-4,4)	3,5 (1-5)	4,3 (1,3-5)	3 (1,6-4,4)
	Ort±Ss	3,85±0,41	3±0,53	2,84±0,53	2,55±1,02	3,17±1	4,17±0,72	3,08±0,67
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (3-4,9)	2,9 (2,1-4,1)	2,8 (1,4-4)	2,4 (1-5)	3 (1-5)	4,3 (2-5)	3 (1,6-4,3)
	Ort±Ss	3,98±0,52	2,87±0,6	2,55±0,66	1,93±0,82	3,52±0,76	4,15±0,7	2,86±0,45
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	4,1 (2,5-4,8)	2,8 (1,8-4)	2,6 (1,3-3,9)	1,7 (1-3,9)	3,5 (2,3-4,8)	4,3 (2,3-5)	2,9 (2,1-4)
<b>Test Değeri</b>	F:4,657	F:0,549	F:1,984	$\chi^2$ :9,319	$\chi^2$ :4,176	$\chi^2$ :1,387	F:1,104	
<b>p</b>	<b><math>^{a}0,003^{**}</math></b>	$^{a}0,649$	$^{a}0,116$	<b><math>^{b}0,025^{*}</math></b>	$^{b}0,243$	$^{b}0,709$	$^{a}0,356$	
İşle ilgili konulara dikkatini vermeye çalışma	Ort±Ss	3,66±0,44	2,95±0,49	2,8±0,64	2,3±0,89	3,48±0,85	4,34±0,68	3,07±0,51
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,5-4,5)	3 (1,7-3,8)	2,8 (1,4-4)	2,2 (1-4,1)	3,5 (1-5)	4,3 (1,7-5)	3,1 (2-4,2)
	Ort±Ss	3,76±0,5	2,94±0,51	2,78±0,58	2,27±0,95	3,29±1,02	4,11±0,76	2,96±0,62
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,3-4,9)	2,9 (1,8-4,2)	2,7 (1,3-4,1)	2,1 (1-5)	3,3 (1-5)	4,3 (1,3-5)	2,9 (1,3-4,4)
	<b>Test Değeri</b>	t:-1,558	t:0,218	t:0,295	Z:-0,359	Z:-1,320	Z:-2,239	t:1,599
	<b>p</b>	$^{c}0,120$	$^{c}0,827$	$^{c}0,768$	$^{d}0,720$	$^{d}0,187$	<b><math>^{d}0,025^{*}</math></b>	$^{c}0,112$
	Ort±Ss	3,82±0,46	2,97±0,52	2,79±0,59	2,44±0,89	3,23±0,97	4,18±0,77	3,04±0,57
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,9 (2,5-4,9)	2,9 (1,8-4,1)	2,7 (1,4-4)	2,4 (1-4,3)	3,3 (1-5)	4,3 (1,3-5)	3,1 (1,6-4,2)
	Ort±Ss	3,7±0,5	2,93±0,5	2,78±0,59	2,21±0,95	3,38±0,99	4,16±0,74	2,96±0,61
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,3-4,8)	2,9 (1,7-4,2)	2,7 (1,3-4,1)	1,9 (1-5)	3,5 (1-5)	4,3 (1,7-5)	2,9 (1,3-4,4)
<b>Test Değeri</b>	t:1,821	t:0,542	t:0,094	Z:-2,228	Z:-1,292	Z:-0,460	t:1,041	
<b>p</b>	$^{c}0,070$	$^{c}0,588$	$^{c}0,926$	<b><math>^{d}0,026^{*}</math></b>	$^{d}0,196$	$^{d}0,645$	$^{c}0,299$	
$^{e}$ Oneway ANOVA	$^{e}$ Student-t Test	$^{e}$ Student-t Test	$^{d}$ Mann Whitney U Test	$^{d}0,026^{*}$	$^{*}p<0,05$	$^{*}p<0,01$	$^{*}p<0,01$	

• Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dâhil edilmedi.

vd. ise çalışmasında katılımcıların %76,2'si COVID-19'un önlenmesi konusunda iyi uygulamalara sahip, %90,6'sı kısıtlamalara uymaktaydı (16). Bu çalışmadaki gebelerde bilişsel kaçınma (hastalık hakkında haberler, konuşmalara maruz kaldığında kaçınma vs.) davranışının düşük çıkması ve ortak alanlardan kaçınmadaki kararsızlığın salgın döneminin normalleşme sürecinde olmasının etkisi olduğu söylenebilir.

Yaş gruplarına göre gebelerin Koronavirüs Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği "Hastalık Algısı" ana boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarına göre; yaşları 18-25 arasında olan gebelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 26-30 arasında ve 31-35 arasında olan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Yaş gruplarına göre gebelerin Kaçınma Davranışları ana boyutunun "Ortak Alanlardan Kaçınma" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,018$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarına göre; yaşları 36 ve üzerinde olan gebelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 18-25 arasında ve 26-30 arasında olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,018$ ;  $p=0,026$ ;  $p<0,05$ ). Fikadu vd. çalışmasında %54,84'ünün yeterli bilgiye sahip olduğu genç yaş aralığındaki gebelerin, 35 yaş ve üstü olan gebelere göre koronavirüse karşı tedbirleri uygulama olasılığı daha yüksek bulunduğunu bildirdi (16). Balkhi vd. ise çalışmasında 35 yaş üstü kişilerin salgından sonra günlük olarak endişeli hissetme eğiliminin daha yüksek olduğunu, 35 yaş ve altı haber izleme/okuma veya dinleme sonucunda kaygılı hissetmiş ve bundan kaçınmış, işyerine/ eğitim kurumuna gitmekten kaçınmak için hasta numarası yapma olasılıkları daha yüksek çıkmıştı (15). Çalışmamızın daha güncel olduğu, gün geçtikçe edinilen bilginin arttığı ve Türkiye örneklemini kapsadığı bir gerçektir. 25 yaş üstü gebelerin hastalık algısının daha yüksek olduğu bu şekilde açıklanabilir.

Eğitim durumlarına göre gebelerin Koronavirüs Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği "Hastalık Algısı" ana boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ( $p=0,044$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarına göre; eğitim durumu ön lisans-lisans olan gebelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve ortaokul olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,049$ ;  $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ). Eğitim durumlarına göre gebelerin "Nedenler Algısı" ana boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak

anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,026$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarına göre; eğitim durumu ortaokul olan gebelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ön lisans-lisans olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi ( $p=0,038$ ;  $p<0,05$ ). Bellisoy çalışmasında üniversite mezunu olan gebelerin, ilköğretim mezunu olanlara göre bilgi düzeyinin yüksek olduğu (14), Nwafor vd., COVID-19 önleyici tedbirlerin yetersiz uygulanma olasılığı eğitim düzeyi arttıkça azaldığı (12), Kunno vd. ise üniversite mezunu kişilerin daha az eğitilmiş olanlara göre daha iyi tutumlar sergilediğini bildirmişlerdir (13).

Yaşayan çocuk sayısına göre gebelerin "Kaçınma Davranışları" ana boyutunun "Ortak Alanlardan Kaçınma" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ( $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni Test sonuçlarına göre; yaşayan bir çocuğu olan gebelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşayan çocuğu olmayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,030$ ;  $p<0,05$ ). Yaşayan çocuk sayısına göre gebelerin "Kaçınma Davranışları" ana boyutunun "Kişisel Temastan Kaçınma" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni Test sonuçlarına göre; yaşayan çocuğu olmayan gebelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşayan bir çocuğu ve 2 ve üzeri sayıda çocuğu olan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0,029$ ;  $p=0,007$ ;  $p<0,05$ ). Quansar vd. çalışmasında gebeler arasında endişeli olanlardan daha iyi davranışlar (maske, mesafe, hijyen) gözlenmiş, %53'ü kendilerine ya da çocuklarına karşı oluşacak zarar hakkında bilgi edinmeye çalıştığı saptanmıştır (6). Gebelerin yaşayan çocuğu olma durumuna göre hastalıktan sakınma davranışları gösterdiği, kendisine ve çocuklarına bulaş gerçekleşmemesi açısından kaçınmayı önemsendiği söylenebilir.

Mevcut gebelikte problemi olan gebelerin "Nedenler Algısı" ana boyutundan aldıkları puanlar, problemi olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,029$ ;  $p<0,05$ ). Bu sonuç problemi olan gebelerin daha çok araştırmaya yönlendirdiğini, COVID-19'a neden olan etkenleri ifade eden nedenler algısı hastalığı çevresel, komplo ve dini inançlara dayandırıp gebelerde tutum farklılığı oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Kronik hastalığı olan gebelerin "Hastalık Algısı" alt boyutundan aldıkları puanlar, kronik hastalığı olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,040$ ;  $p<0,05$ ). Fikadu vd. çalışmasında kronik hastalığı olan kişilerde hastalığın ciddi ilerlediğini algılayan gebelerin, kronik hastalık varlığının etkisi



olmadığını algılayanlara göre önleyici tedbirleri uygulama olasılıkları daha yüksek saptanmıştır (16). Süntar çalışmasında gebelikten önce kronik hastalığın bulunması anksiyete düzeyini 2,532 kat arttırdığını (17), Kaçan vd. çalışmasında ise kronik hastalığa sahip bireylerin, olmayanlara göre kaygıları yüksek bulunmuş fakat kronik rahatsızlığın; hastalık, nedenler, kontrol algıları ve kaçınma davranışlarında anlamlı ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (18). Çalışmamız gebeleri kapsadığından katılımcıların kendilerini hassas grupta hissettiğini ve kronik hastalık varlığı gebelerde hastalık algısının arttığını bunun sonucunda hastalığı daha tehlikeli gördüğü söylenebilir.

COVID-19 süresinde düzenli doktor kontrolüne gidebilen gebelerin “Kaçınma Davranışları” ana boyutunun “Bilişsel Kaçınma”, “Ortak Alanlardan Kaçınma” alt boyutlarından ve Kaçınma Davranışları ana boyutu toplamından aldıkları puanlar, düzenli gidemeyen gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,043$ ;  $p=0,024$ ;  $p=0,004$ ;  $p<0,05$ ). Quansar vd. çalışmasında korku düzeyi yüksek olan gebeler düzenli doktor kontrolüne gitmekte, evden çıkmakta zorlanmış ve %57,8’i kontrollerini atladığını bildirmiştir (6).

COVID-19 tanısı alan veya şüphesiyle takip edilen gebelerin “Kontrol Algısı” ana boyutundan aldıkları puanlar, tanı almayan veya takip edilmeyen gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Bu sonuç tanı alan gebelerin COVID-19 tedbirlerin yeterliliğine olan inancın düşüklüğünü ifade etmektedir. Farklı bir çalışmada COVID-19 tanısı alan bireylerin tanı almayanlara göre anksiyeteleri yüksek bulunmuş ve anksiyete düzeylerinde artış oldukça kontrol algısında düşüş gerçekleşmektedir (18). Süntar çalışmasında çevresinde koronavirüs ile takip edilmiş kişilerde hastalığın seyrini görüp korku duyan gebelerin kaygılarının yüksek bulunduğunu bildirmiştir (17).

COVID-19 pandemisi sonrası uyku kalitesindeki değişime göre gebelerin “Hastalık Algısı” ana boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni Test sonuçlarına göre; Uyku kalitesinin belirgin olarak azaldığını belirten gebelerin ölçek ana boyutundan aldıkları puanlar, uyku kalitesinin değişmediğini belirten gebelere göre anlamlı düzeye yüksek saptandı ( $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ). Uyku kalitesindeki değişime göre gebelerin “Kaçınma Davranışları” ana boyutunun “Bilişsel Kaçınma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ( $p=0,025$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni Test sonuçlarına göre; Uyku kalitesinin belirgin olarak

azaldığını belirten gebelerin ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, uyku kalitesinin kısmen değiştiğini belirten gebelere göre anlamlı düzeye yüksek saptandı ( $p=0,029$ ;  $p<0,05$ ). Bu sonuç hastalığın tehlikelilik, bulaşıcılık inancı yüksek olan gebelerde uyku kalitesinin belirgin olarak azaldığı ve COVID-19 konuları geçen yerlerden kendini soyutladığını düşündürmektedir. Bellisoy çalışmasında gebelerin koronavirüs bilgisinin iyi düzeyde olduğunu, salgının anksiyeteye sebep olduğunu ve uyku kalitesinin değiştiğini bildirmiştir (14).

COVID-19 salgın sürecinde sağlık arama davranışları olarak işle ilgili konulara dikkatini vermeye çalışan gebelerin Koronavirüs Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği “Kaçınma Davranışları” ana boyutunun “Kişisel Temastan Kaçınma” alt boyutundan aldıkları puanlar, işle ilgili konulara dikkatini vermeye çalışmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,025$ ;  $p<0,05$ ). Bu sonuç salgın döneminde çalışan gebelerin kişiler arası mesafeyi önemseydiğini düşündürmektedir. COVID-19 salgın sürecinde sağlık arama davranışları olarak kitap okuyan, dizi/ film izleyen, oyun oynayan gebelerin “Kaçınma Davranışları” ana boyutunun “Bilişsel Kaçınma” alt boyutundan aldıkları puanlar, kitap okumayan, dizi/ film izlemeyen, oyun oynamayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,026$ ;  $p<0,05$ ). Hastalık hakkında konuşulan konuyu sonlandırma, dikkatini başka yere verme, haber dinlememek gibi bilişsel kaçınma davranışını gösteren gebelerin kitap okuma, dizi/ film izleme, oyun oynayarak olumsuz düşünceleri en aza indirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar

Hastalık algısı ana boyutu ortalama puanları  $3,74\pm 0,49$ , tehlikelilik boyutu  $3,56\pm 0,51$ , bulaşıcılık boyutu  $4,04\pm 0,75$  olarak belirlendi. Hastalık algısı; 18-25 yaş arasındaki gebelerde anlamlı düzeyde düşük iken kronik hastalığa sahip gebelerde, eğitim durumu ön lisans-lisans olan gebelerde ve COVID-19 pandemisi sonrası uyku kalitesinin belirgin olarak azaldığını belirten gebelerde anlamlı düzeyde yüksekti.

Nedenler algısı ana boyutu ortalama puanları  $2,94\pm 0,51$ , Komplo alt boyutu  $2,98\pm 1,00$ , Çevre alt boyutu  $2,92\pm 0,74$ , İnanç alt boyutu  $2,92\pm 0,99$  olarak belirlendi. Nedenler algısı; eğitim durumu ortaokul olan gebeler ile mevcut gebelikte problemi olan gebelerde anlamlı düzeyde yüksekti.

Kontrol algısı ana boyutu ortalama puanları  $2,78\pm 0,59$ , Makro Kontrol alt boyutu  $2,64\pm 0,90$ , Kişisel Kontrol alt

boyutu  $3,00\pm 0,79$ , Kaçınılmazlık alt boyutu  $2,66\pm 0,84$  olarak belirlendi. Kontrol algısı; COVID-19 tanısı alan veya şüphesiyle takip edilen gebelerde anlamlı düzeyde düşük olduğuna ulaşıldı.

Kaçınma Davranışları ana boyutu ortalama puanları  $2,98\pm 0,60$ , Bilişsel Kaçınma alt boyutu  $2,28\pm 0,93$ , Ortak Alanlardan Kaçınma alt boyutu  $3,33\pm 0,99$  ve Kişisel Temastan Kaçınma alt boyutu  $4,17\pm 0,75$  olarak belirlendi. Ortak alanlardan kaçınma davranışı; 36 ve üzeri yaşta olan gebeler ile yaşayan bir çocuğu olan gebelerde anlamlı düzeyde yüksek, COVID-19 süresinde düzenli doktor kontrolüne gidebilen gebelerde anlamlı düzeyde düşüktü. Kişisel temastan kaçınma davranışı; yaşayan çocuğu olmayan gebelerde anlamlı düzeyde düşük saptanırken, COVID-19 pandemi sürecinde sağlık arama davranışları olarak işle ilgili konulara dikkatini vermeye çalışan gebelerde anlamlı düzeyde yüksekti. Bilişsel kaçınma davranışı; COVID-19 pandemisi sonrası uyku kalitesinin belirgin olarak azaldığını belirten gebeler ile COVID-19 pandemi sürecinde sağlık arama davranışları olarak kitap okuyan, dizi/film izleyen, oyun oynayan gebelerde anlamlı düzeyde yüksek, COVID-19 süresinde düzenli doktor kontrolüne gidebilen gebelerde anlamlı düzeyde düşük olduğuna ulaşıldı.

## Öneriler

Hemşirelerin, gebelere hastalık hakkında eğitim verilmesi algı ve tutumlar açısından önemlidir. Verilen eğitim gebelerin psikolojik baskısını hafifletip gebelik sürecini daha iyi geçmesine fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Olumsuz duygularla baş etmek için hiçbir şey yapmayan gebelere danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. COVID-19 gebeliğini etkileyen kişilerde uygun terapi girişimleri düşünülebilir. COVID-19 pandemi sürecinde gebelere emzirme eğitimi verilmesi sağlanmalıdır. COVID-19 salgın döneminde aile planlaması hizmetlerinin erişimi kadın sağlığı açısından önemli olup olası kötü sonuçları en aza indirmektedir. Bu aşamada Web tabanlı hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması fayda sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020, Aralık 7). COVID-19 (SARS-COV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Ankara.
2. World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19). [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1) (03.12.2020).
3. Calpbini, P., Uzunkaya Öztoprak, P., Akbay Kısa, A.S. (2020). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yeni koronavirus enfeksiyonunun (COVID-19) yönetimi ve hemşirenin rolü. International Journal of Social Science Research, 13(71), 1112-1121.
4. Dündar, T. & Özsoy, S. (2020). Gebelikte Yeni Tip Koronavirüs Enfeksiyonu (Covid-19) ve Hemşirelik Bakımı . Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 6 (2) , 125-13

5. Artan, T., Karaman, M., Atak, I., & Cebeci, F. (2020). Covid-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Değerlendirilmesi. Sosyal Çalışma Dergisi, 4(2), 101-107.
6. Quansar, R., Dhkar, S. A., Saleem, S. M., & Khan, S. M. (2020). Attitude and practices related to coronavirus disease (COVID-19) pandemic among pregnant women attending family welfare clinic amid Phase-2 lock down. Journal of family medicine and primary care, 9(12), 6085-6090.
7. Lee, R. W., Loy, S. L., Yang, L., Chan, J. K., & Tan, L. K. (2020). Attitudes and precaution practices towards COVID-19 among pregnant women in Singapore: a cross-sectional survey. BMC pregnancy and childbirth, 20(1), 675.
8. Anikwe, C. C., Ogah, C. O., Anikwe, I. H., Okoro-chukwu, B. C., & Ikeoha, C. C. (2020). Coronavirus disease 2019: Knowledge, attitude, and practice of pregnant women in a tertiary hospital in Abakaliki, southeast Nigeria. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 151(2), 197-202.
9. Battarbee, A. N., Stockwell, M. S., Varner, M., Newes-Adeyi, G., Daugherty, M., Gyamfi-Bannerman, C., Tita, A. T., Vorwaller, K., Vargas, C., Subramaniam, A., Reichle, L., Galang, R. R., Powers, E., Lucca-Susana, M., Parks, M., Chen, T. J., Razzaghi, H., & Dawood, F. S. (2022). Attitudes Toward COVID-19 Illness and COVID-19 Vaccination among Pregnant Women: A Cross-Sectional Multicenter Study during August-December 2020. American journal of perinatology, 39(1), 75-83.
10. Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., De Angelis, M. C., Locci, M., Bifulco, G., Zullo, F., & Di Spiezio Sardo, A. (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. American journal of obstetrics and gynecology, 223(2), 293-295.
11. Yılmaz Aslan, H. & Parin, S. (2022). Covid-19 algısı üzerine sosyolojik bir araştırma. International Academic Social Resources Journal, 7(43), 1470-1478.
12. Nwafor, J. I., Aniwaku, J. K., Anozie, B. O., Ikeotuonye, A. C., & Okedo-Alex, I. N. (2020). Pregnant women's knowledge and practice of preventive measures against COVID-19 in a low-resource African setting. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 150(1), 121-123.
13. Kunno, J., Yubonpant, P., Supawattanabodee, B., Sumanasrethakul, C., & Wiriyasirivaj, B. (2022). Knowledge, attitudes, and practices related to the COVID-19 pandemic among pregnant women in Bangkok, Thailand. BMC Pregnancy Childbirth, 22(1), 357.
14. Bellisoy, B. (2021). Balıkesir İlindeki Gebelerin COVID-19 Pandemi ve Normalleşme Sürecindeki Bilgi, Tutum, Uyku Kalitesi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
15. Balkhi, F., Nasir, A., Zehra, A., & Riaz, R. (2020). Psychological and Behavioral Response to the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. Cureus, 12(5), e7923.
16. Fikadu, Y., Yeshaneh, A., Melis, T., Mesele, M., Anmut, W., & Argaw, M. (2021). COVID-19 Preventive Measure Practices and Knowledge of Pregnant Women in Guraghe Zone Hospitals. International journal of women's health, 13, 39-50.
17. Süntar, R. (2021). Gebelerde Koronavirüs Anksiyetesinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
18. Kaçan, H., Öztürk, A., & Değer, V. B. (2021). Bireylerin kaygıları covid-19 salgınına yönelik algı ve tutumlarını etkiler mi? Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar -Current Approaches in Psychiatry, 13(ek 1), 405-420.

# Spor yapan bireylerde egzersiz bağımlılığı, ortoreksiya nervoza ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi

## Determination of exercise dependence, orthorexia nervosa and its affecting factors in individuals doing sports

Ayşe Kuzu<sup>1</sup>, Pınar Çiçekoğlu Öztürk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağ. Hiz. Mes.Yüksek Okulu Tıbbi Hiz. ve Tekn. Böl, Türkiye, aysekuzu@gmail.com; 0000-0003-0181-8747

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Türkiye, pcicek78@hotmail.com., 0000-0003-3738-7248

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada düzenli olarak spor yapan bireylerin egzersiz bağımlılığı ve ortoreksiya nervoza eğilimleri ve etkileyen faktörleri belirlenmek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte yapılan çalışma spor salonuna üye olan ve düzenli egzersiz yapan 272 birey ile yürütülmüştür. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21 ve ORTO-11 ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların egzersiz bağımlılığı toplam puan ortalaması  $56,62 \pm 15,95$ ; ORTO-11 puan ortalaması  $26,55 \pm 4,02$ ; %3,3'ü egzersiz bağımlısı; %25,7'si ortoreksiya nervoza eğilimlidir. Egzersiz bağımlılığı ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkeklerin, 18-28 yaşta olanların, üniversite düzeyinde eğitim alanların, alkol ve sigara kullananların ve 3-4 ve 5-6 gün spor yapanların egzersiz puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Katılımcılardan diyet yapanların ORTO-11 puan ortalaması daha düşük ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). ORTO-11 ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki varken, ORTO-11 puanı, yaş, cinsiyet ve haftalık egzersiz gün sayısından oluşan bir modelin ise egzersiz bağımlılığının %15,6'sını açıkladığı belirlenmiştir. **Sonuç:** Spor yapan bireylerde egzersiz bağımlılığı ve ortoreksiya nervoza eğiliminin yüksek olduğu; egzersiz bağımlılığının ortoreksiya nervoza, yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı ve egzersiz gün sayısından etkilendiği varsayılabilir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Davranışsal Bağımlılıklar, Egzersiz Bağımlılığı, Ortoreksiya Nervoza, Spor.

**Key Words:**  
Behavioral Addictions, Exercise Dependence, Orthorexia Nervosa, Sports.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Dr. Öğr. Üyesi Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağ. Hiz. Mes.Yüksek Okulu Tıbbi Hiz. ve Tekn. Böl, Türkiye, aysekuzu@gmail.com; 0000-0003-0181-8747

**DOI:**  
10.52880/sagakadereg.1222578

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
21.12.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
24.01.2023

**Yayınlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Aim:** In this study, it was aimed to determine the exercise dependence and orthorexia nervosa tendencies of individuals who do sports in the gym and the factors affecting. **Method:** The cross-sectional and descriptive study was conducted with 272 individuals who were gym members and exercised regularly. Data were collected using the Personal Information Form, Exercise Dependence Scale-21, and ORTO-11 scales. **Results:** The mean total exercise dependence score of the participants was  $56.62 \pm 15.95$  and the mean ORTO-11 score was  $26.55 \pm 4.02$ ; 3.3% were exercise dependent 25.7% were orthorexia nervosa tendency. When the mean exercise dependence scale scores were compared, it was revealed that males, those aged 18-28, those with university education, those who consumed alcohol and cigarettes, and those who practiced sports 3-4 and 5-6 days had higher mean exercise scores and the difference between the groups was statistically significant ( $p < 0,05$ ). The mean ORTO-11 score of the participants who were on a diet was lower and the difference between the groups was statistically significant ( $p < 0,05$ ). While there was a weak negative correlation between the exercise addiction scale and ORTO-11 scale scores ( $p < 0,05$ ); it was determined that a model consisting of ORTO-11 score, age, gender, cigarette alcohol use and the number of weekly exercise days explained 15.6% of exercise addiction. **Conclusion:** It can be assumed that the tendency for exercise addiction and orthorexia nervosa is high in individuals who do sports, and that exercise addiction is affected by orthorexia nervosa, age, gender, smoking and alcohol use, and the number of days of exercise.

### GİRİŞ

Düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme sağlıklı yaşamın en önemli bileşenlerinden biri olup bireylerin iyilik halini olumlu yönde etkiler. Bu iki sağlık davranışı kronik hastalıkların gelişmesini ve ilerlemesini önlediği gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma riskini de azaltır (1,2). Ancak sağlıklı olmak için yapılan bu davranışlar aşırı hale geldiğinde hem fizyolojik hem de psikolojik işlevsellikte olumsuz sonuçlara neden olabilir (Rudolph,2018). Bu olumsuz sonuçlardan biri de egzersiz bağımlılığıdır (3).

Egzersiz bağımlılığı ya da diğer adıyla kompulsif egzersiz 1970'lerde Baekeland tarafından spor ve hareketle ilgili saplantı ve bağımlılıkları tanımlamak için genel bir terim olarak kullanılırken, günümüzde ise günlük işlevselliği bozacak kadar şiddetli olan, olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçlara rağmen bireyin katı bir egzersiz programına bağlı kaldığı, egzersiz için tolerans ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı patolojik egzersiz alışkanlığı olarak adlandırılmaktadır (1). Egzersiz bağımlılığı, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)'te henüz bir bağımlılık bozukluğu

olarak belirtilmeyen birkaç davranışsal (internet bağımlılığı, cinsel bağımlılık, alışveriş bağımlılığı vb.) bağımlılıktan birisidir (4) ve pozitif - negatif bağımlılık olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Pozitif bağımlılıkta egzersiz, kişinin hayatını etkilemeyecek şekilde yaşantısına devam etmesine izin verirken, negatif bağımlılıkta birey egzersiz yapamadığında psikolojik (kaygı, tedirginlik, suçluluk, gerginlik, huzursuzluk, sinirlilik, duyarsızlık anhedoni vb) semptomlar gösterir, yaşantısına devam edebilmesi için egzersiz yapmanın bir zorunluluk olduğuna inanır (5,6). Egzersiz bağımlılığı çoğunlukla anoreksiya ve bulimia nervosa gibi yeme bozuklukları ve "sağlıklı beslenme takıntısı" (7) olarak adlandırılan ortoreksiya nervosa ile birlikte görülür (1,2,8,9).

Ortoreksiya Nervosa; biyolojik yönden saf olan, herbisit, pestisit veya yapay maddeler içermeyen, sağlıklı besinlerin tüketilmesine karşı patolojik bir saplantıdır ve tüketilen yemeğin miktarından çok içeriği ile ilişkilidir (10). Ortoreksiya nervozanın bir yaşam tarzı mı, yeme bozukluğu ile baş etme stratejisi mi olduğu belirsizdir. Bu anlamda diğer yeme bozukluklarına göre daha hafif ve sağlıklı yaşam tercihleri sonucu ortaya çıkan daha kabul edilebilir bir durumdur (11).

Yapılan çalışmalarda egzersiz bağımlılığı prevalansının %3 ile %42 (1,12-15), ortoreksiya nervosa prevalansının ise % 6,9 ile %57,8 arasında değiştiği ve artma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (10,11,16-18). Sağlıklı beslenme ve sporun kompulsif özellik göstermesi tıpkı diğer bağımlılıklarda olduğu gibi bireylerin işlevselliğini, çevre olan ilişkisini bozup, ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir . Bu nedenle bu olumlu sağlık davranışlarının, olumsuz sonuçlara sebep olmaması için izlenmesi ve idealden sapmaların belirlenmesi gerekmektedir. Dolayısıyla egzersiz bağımlılığı ve ortoreksiya nervozada artan prevalans oranları, konu ile ilgili daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duyulduğunun bir göstergesidir. Bu eksiklikten yola çıkarak planlanan çalışma; spor salonuna devam eden bireylerde egzersiz bağımlılığı, ortoreksiya nervosa ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmanın evrenini 10 Şubat- 10 Haziran 2019 tarihleri arasında, bir il merkezinde hizmet veren iki spor salonuna kayıtlı 380 kişi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmaya 18 yaş ve üzerinde, spor salonuna kayıtlı, en az haftada bir kez spor salonunda spor yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dâhil edilmiştir. Salona kayıtlı

olup verilerin toplandığı tarihlerde spor salonuna gelmeyen (90 kişi); katılmaya gönüllü olmayan (11 kişi) ve anketi eksik hatalı dolduran (7 kişi) toplam 108 kişi çalışma dışında bırakılmış, toplam 272 birey ile çalışma tamamlanmış ve evrenin %71,58'ine ulaşılmıştır. Veriler spor salonunda, bireyler ile yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum vb) ve sağlığa ilişkin bazı özelliklerden (subjektif sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, spor yapma sıklığı, vb.) oluşan 13 soruluk bir Kişisel Bilgi Formu, Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21 (EBÖ-21) ve ORTO-11 ölçekleri kullanılarak toplanmıştır.

Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ-21): Hausenblas ve Downs (2002) tarafından geliştirilen Türkçe'ye Gürbüz ve Aşçı (2006) tarafından uyarlanan 21 soruluk 6'lı (1-Nadiren...6-Her zaman) likert tipte bir ölçektir. Orijinal ölçek 21 madde ve 7 alt boyutlu (tolerans, geri çekilme, amaç, kontrol edememe, zaman, diğer aktiviteleri azaltma ve devamlılık) iken; Gürbüz ve Aşçı (2006)'nın çalışmasında 5 alt boyut (zaman ve egzersiz tercihi, kontrol eksikliği, geri çekilme etkileri, tolerans, devamlılık) belirlenmiştir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça egzersiz bağımlılığı riski artmaktadır. Ayrıca egzersiz yapan bireyler bağımlılık düzeyine göre bağımlı, semptomatik ve asemptomatik olarak da değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,90 ve alt boyutlarda 0,59 ile 0,87 arasında değişmektedir. Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda egzersiz bağımlılığı toplam puan üzerinden ve bağımlılık düzeylerine göre değerlendirilmiştir (19).

ORTO-11 Ölçeği: Donini ve ark. (2004) tarafından sağlıklı beslenme takıntısının belirlenmesi amacıyla geliştirilen ORTO-15 ölçeği 15 madde ve 4'lü (1-Her zaman... 4-Hiçbir zaman) likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Arusoğlu ve ark. (2008) tarafından yapılmış, Türkçe'ye 11 maddeli ORTO-11 olarak uyarlanmıştır. Ölçekte ters puanlanan maddeler (3,6 ve 10) bulunmakta ve toplam puanın azalması ortorektik eğilimi göstermektedir. Ayrıca ölçekte %25'lik dilimde olan bireyler ortorektik kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,62'dir, bu çalışmada ise 0,74 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ORTO-11, toplam puan üzerinden ve %25'lik dilime denk gelen '24 puan' kesme noktası alınarak ortorektik eğilim değerlendirilmiştir (20).

Etik İlkeler

Çalışmanın yapılması için XXXXXXXX Üniversitesi



İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Tarih /Sayı No: 04.02.2019 / 483 ) etik kurul izni, çalışmanın yapıldığı spor salonlarından ise kurum izinleri alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden bilgilendirilmiş onay alınmış, gönülsüz olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

### **Verilerin Analizi**

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizinde SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık-basıklık katsayıları ile incelenmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; 2 grup karşılaştırmasında Student-t; 3 grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Tukey HSD testi; ölçek puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson Korelasyon ve egzersiz bağımlılığını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında, 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **BULGULAR**

Çalışmaya katılan bireylerin % 58,1'i erkek, % 86,1'i 18-28 yaş grubunda, % 86'sı üniversite düzeyinde eğitim almış, % 83,1'i bekar, %75,4'ü üniversite öğrencisi, % 65,4'ünün geliri durumu orta düzeydedir (Tablo 2). Katılımcıların %84,6'sının subjektif sağlık algısı ve %65,8'inin fiziksel görünüş algısı olumludur; %93,8'inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmamakta, % 38,2'si sigara kullanmakta, % 35,7'si alkollü içecek tüketmekte, %29,4'ü diyet yapmakta, %57,7'si haftada 3-4 gün egzersiz yapmaktadır (Tablo 3).

Çalışmaya katılan bireylerin egzersiz bağımlılığı ve ortoreksiya nervoza eğilim durumları ve ölçek puan ortalamaları incelenmiştir. Buna göre egzersiz bağımlılığı toplam puan ortalaması 56,62±15,95; ortoreksiya nervoza puan ortalaması 26,55±4.02'dir. Katılımcıların %3,3'ü egzersiz bağımlısı; % 77,2'si semptomatik ve %25,7'si ortoreksiya nervozaya eğilimlidir (Tablo1).

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmış; cinsiyet, yaş ve eğitim durumuna göre egzersiz bağımlılığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre erkeklerin puan ortalamaları (59,95±15,37) kadınlardan (52,00±15,66); 18-28 yaş grubundakilerin (57,36±16,23) 39 yaş ve üzerindeki (45,18±12,03); üniversite düzeyinde eğitim alanların (57,45±16,20) lise düzeyinde eğitim alanlardan (50,68±15,90) yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla t=4,150 p<0,001; F=3,300 p=0,038; t=-

2,446 p=0,015). ORTO-11 puan ortalamaları ise katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 2).

Katılımcıların sağlığa ilişkin bazı özelliklerine göre ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan istatistiksel analizde katılımcıların sigara, alkol kullanımı ve haftalık egzersiz gün sayısına göre egzersiz bağımlılığı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre sigara içen katılımcıların egzersiz puan ortalamaları (60,43±15,22) içmeyenlerden (54,26±15,98); alkollü içecek tüketenlerin (60,07±15,45) tüketmeyenlerden (54,70±15,95) yüksek; haftada 1-2 gün spor yapanların puan ortalamaları ise (44,70±11,29) 3-4 gün (57,63±14,97) ve 5-6 gün (59,66±17,35) yapanlardan daha düşük ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla t=3,150 p=0,002; t=2,685 p=0,008; F=12,198 p<0,001). Ortoreksiya nervoza puan ortalamaları yalnız katılımcıların diyet yapma durumuna göre farklılık göstermiştir. Buna göre diyet yapanların puan ortalaması (25,70±4,41) yapmayanlardan (26,91±3,81) düşük gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=-2,277 p=0,024) (Tablo 3).

Tablo 4 incelendiğinde egzersiz bağımlılığı ölçeği ile ortoreksiya nervoza ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir (r= -0,207; p=0,001). Buna göre egzersiz bağımlılığı arttıkça ortoreksiya nervoza eğilimi de artmaktadır.

Spor yapan bireylerde egzersiz bağımlılığını etkileyen faktörleri açıklamak için ORTO-11 puanı, yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve haftalık egzersiz gün sayısından oluşan bir model oluşturulmuştur. Oluşturulan bu model spor yapan bireylerin egzersiz bağımlılığının %15,6'sını açıklamaktadır (F= 9,328, p <0,001; R2adjusted =0,156) (Tablo 5).

### **TARTIŞMA**

Çalışmamızın sonuçları katılımcıların %3,3'ünün egzersiz bağımlısı ve %77,2'sinin egzersiz bağımlılığı riski olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde egzersiz bağımlılığının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir ( 1,12-15). Mónok ve ark., bu sonuçlardan farklı olarak oldukça düşük bir prevalans (% 0,05) bildirmektedir (21). Çalışma sonuçlarındaki bu değişkenlik ölçüm araçlarından, seçilen örneklemin özelliğinden ya da kültürel farklılıklardan kaynaklanabilir. Toplum ve kültür bireyin davranışlarını etkiler, bu durum egzersiz davranışı için de geçerlidir. Günümüzde güzellik algısının zayıf ve sportif bir bedene sahip olmakla ilişkilendirilmesi, sağlıklı bir yaşam için sporun gerekliliğinin vurgulanması, bu konuda yoğun sosyal medya içeriğine maruz kalınması bireylerin spor davranışları üzerinde etkili olabilir. Spor yapmaktır



**Tablo 1:** Katılımcıların egzersiz bağımlılığı ve ortoreksiya nervoza eğilim dağılımları ve ölçek puan ortalamaları

Özellikler	n (%)	Min-Max	ORT±SS
<b>EBÖ-21 Toplam</b>	272 (100)	21-113	56,62±15,95
Bağımlı	9 (3,3)	85-113	97,00 ±9,48
Semptomatik	210 (77,2)	43-84	60,57±10,18
Aseptomatik	53 (19,5)	21-42	34,09±5,84
<b>ORTO-11 Toplam</b>	272 (100)	16-35	26,55±4,02
Ortoreksiya nervoza eğilimi var	70 (25,7)	16-24	21,02±2,25
Ortoreksiya nervoza eğilimi yok	202 (74,3)	25-35	28,47±2,41

EBÖ-21: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21 ORTO-11: ORTO-11 Ölçeği

**Tablo 2:** Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre EBÖ-21 ve ORTO-11 puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	EBÖ-21 ORT±SS	ORTO-11 ORT±SS
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	114 (41,9)	52,00±15,66	26,92±3,92
Erkek	158 (58,1)	59,95±15,37	26,29±4,09
<b>t/p</b>		<b>t=4,178 p&lt;0,001</b>	t=1,274 p=0,204
<b>Yaş</b>			
<sup>1</sup> 18-28 yaş	234 (86,1)	57,36±16,23	26,47±4,09
<sup>2</sup> 29-38 yaş	27 (9,9)	54,85±13,16	27,03±3,55
<sup>3</sup> 39 ve üzeri	11 (4,0)	45,18±12,03	27,03±3,55
<b>F/p</b>		<b>F=3,300 p=0,038</b>	F=0,336 p=0,715
<b>Tukey HSD</b>		<b>1&gt;3</b>	
<b>Eğitim düzeyi</b>			
Lise	38 (14,0)	50,68±15,90	27,68±3,30
Üniversite	234 (86,0)	57,45±16,20	26,37±4,29
<b>t/p</b>		<b>t=-2,320 p=0,021</b>	t=1,751 p=0,081
<b>Medeni durum</b>			
Evli	37 (13,6)	52,43±14,14	27,56±3,61
Bekar	235 (83,1)	57,28±16,15	26,39±4,07
<b>t/p</b>		t=1,724 p=0,086	t=1,650 p=0,100
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışıyor	54 (19,9)	57,31±16,20	26,66±4,11
Çalışmıyor	13 (4,7)	54,61±14,57	26,31±3,65
Üniversite öğrencisi	205 (75,4)	54,00±17,79	25,76±4,34
<b>F/p</b>		F=0,797 p=0,452	F=0,422 p=0,656
<b>Gelir durumu</b>			
Düşük	58 (21,3)	53,01±18,99	26,24±4,15
Orta	178 (65,4)	57,48±14,95	26,76±3,97
Yüksek	36 (13,3)	58,13±15,01	26,00±4,09
<b>F/p</b>		F=1,918 p=0,149	F=0,769 p=0,465

EBÖ-21: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği ORTO-11:Ortoreksiya Nervoza Ölçeği

t: Student-t Test F: One Way ANOVA Tukey's HSD (Honestly Significant Difference) test

\*Mezunlar ve halen eğitime devam edenler

**Tablo 3:** Katılımcıların sağlığa ilişkin bazı özelliklerine göre EBÖ-21 ve ORTO-11 puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	EBÖ-21 ORT±SS	ORTO-11 ORT±SS
<b>Subjektif Sağlık Algısı</b>			
Olumlu	230 (84,6)	56,73±16,36	26,49±1,03
Olumsuz	42 (15,4)	55,97±13,70	27,29±4,29
<b>t/p</b>		t=0,216 p=0,776	t=-0,736 p=0,462
<b>Fiziksel görünüş algısı</b>			
Olumlu	179 (65,8)	57,10±15,25	26,54±4,11
Olumsuz	93 (34,2)	55,68±17,28	26,58±3,88
<b>t/p</b>		t=0,393 p=0,695	t=-0,343 p=0,732
<b>Kronik hastalık</b>			
Var	17 (6,3)	54,94±18,84	26,52±4,07
Yok	255 (93,8)	56,73±15,78	26,55±4,03
<b>t/p</b>		t=-0,448 p=0,655	t=-0,027 p=0,978
<b>Sigara</b>			
Evet	104 (38,2)	60,43±15,22	26,42±4,37
Hayır	168 (61,8)	54,26±15,98	26,74±3,88
<b>t/p</b>		t=3,150 p=0,002	t=-0,392 p=-0,392
<b>Alkol</b>			
Evet	97 (35,7)	60,07±15,45	26,22±4,31
Hayır	175 (64,3)	54,70±15,95	26,73±3,85
<b>t/p</b>		t=2,685 p=0,008	t=-1,001 p=0,318
<b>Diyet yapma</b>			
Evet	80 (29,4)	57,56±17,54	25,70±4,41
Hayır	192 (70,6)	56,22±15,27	26,91±3,81
<b>t/p</b>		t=0,073 p=0,531	t=-2,277 p=0,024
<b>Egzersiz Gün/Hafta</b>			
<sup>1</sup> 1-2 gün (36)	34 (12,5)	44,70±11,29	26,94±3,86
<sup>2</sup> 3-4 gün (162)	157 (57,7)	57,63±14,97	26,88±3,86
<sup>3</sup> 5-6 gün (37)	81 (29,8)	59,66±17,35	25,75±4,33
<b>F/p</b>		F=12,198 p<0,001	F=2,310 p=0,101
<b>Tukey HSD</b>		1<2; 1<3	

EBÖ-21: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği ORTO-11:Ortoreksiya Nervoza Ölçeği

t: Student-t Test F: One Way ANOVA Tukey's HSD (Honestly Significant Difference) test

**Tablo 4:** Katılımcıların EBÖ-21 ile ORTO-11ölçek puanları arasındaki ilişki

	ORTO-11	
	r	p
EBÖ-21	-0,207**	0,001

EBÖ-21: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21 ORTO-11: ORTO-11 Ölçeği r: Pearson korelasyon katsayısı \* \*p<0.001

**Tablo 5:** Spor yapan bireylerde ORTO-11, yaş, cinsiyet, sigara, alkol ve egzersiz gün sayısının EBÖ-21'e etkisi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F	p
	B	Std.Err	Beta						
(Constant)	76,912	9,476		8,116	0,000				
ORTO-11	-0,615	0,224	-0,155	-2,748	0,006				
Yaş	-0,524	0,164	-0,179	-3,199	0,002				
Cinsiyet	6,735	1,889	0,209	3,565	0,000	0,174	0,156	9,328	0,000
Sigara	-4,179	2,106	-0,128	-1,985	0,048				
Alkol	-1,427	2,175	-0,043	-0,656	0,512				
Egzersiz (Gün /Hafta)	2,997	1,006	0,168	2,981	0,003				

Bağımlı değişken: EBÖ-21 puan ortalaması

özellikle gençler için iyi bir görünüme sahip olmak, kabul görme ve bir gruba ait olmanın da bir yolu olarak görülebilir. Bu kazanımlar, kompulsif bir egzersiz davranışını durdurmayı zorlaştırabilir. Bu çalışmadaki egzersiz bağımlısı ve semptomatik birey sayısının yüksek olması; çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun üniversite öğrencilerinden oluşması ve üniversite öğrencilerinin zayıf ve sportif bir görünüme sahip olmaya atfettiği önem ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda erkeklerin, görece genç olanların ve üniversite eğitimi alanların egzersiz bağımlılığı açısından daha riskli olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmaların bazılarında egzersiz bağımlılığının erkeklerde daha yüksek olduğu (22-23), bazılarında ise kadın ve erkek arasında bir fark olmadığı belirtilmektedir (24-27). Türk toplumunda güzellik algısının kadınlarda zayıflıkla, erkeklerde ise kaslı bir beden yapısı ile ilişkilendirilmesi bu sonuçta etkili olabilir. Özellikle erkeklerde ideal olan vücut yapısına ulaşabilmek için kas kütlelerini artıracak egzersizlere ve sürekliliğe gereksinim duyulmaktadır. Kadınlarda ise toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle ev içi sorumlulukların spora ayrılan zamanı ve sürekliliği olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda 18-28 yaş grubundaki bireylerin egzersiz bağımlılık eğilimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde konu ile ilgili farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu çalışmalarda egzersiz bağımlılığının yaşa göre değişmediği (22,28), yaşla birlikte artış gösterdiği (29) ya da gençlerde bağımlılık davranışının daha fazla olduğu bildirilmektedir (14, 30,31). Gençlerin daha fazla risk taşıması, bu grubunun hem fiziksel hem de duygusal olarak zorlayıcı eğilimlere yatkın olmasından ve egzersizin gençlerin beden imajı üzerindeki olumlu etkisinden kaynaklanabilir (5,32).

Literatürdeki çalışmalarda lise mezunu olan bireylerin egzersiz bağımlılığı eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (2,28,30,32). Bu çalışmada ise üniversite

eğitimi alanların egzersiz bağımlılığı eğilimi daha yüksektir. Bu sonucu üniversite eğitimi alan bireylerin beden algısına ilişkin farkındalıklarının daha yüksek olması, akran etkileşiminin yoğun olması ve daha esnek zamana sahip olmaları nedeni ile kompulsif egzersize daha fazla zaman ayırabilmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada sigara ve alkol kullananların egzersiz bağımlılığı puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Griffiths (2005) de yaptığı çalışmada davranışsal bağımlılıklar ile madde ilişkili bağımlılıkların ortak nörobiyolojik benzerlikler içerdiğini ve serotonerjik düzensizlik olduğunu ileri sürmektedir (32). Egzersiz bağımlılığı ile birlikte ortaya çıkan bozukluklarla ilgili araştırmalar yetersiz olsa da, tahminler egzersiz bağımlısı bireylerin %15-20'sinin nikotin, alkol veya yasadışı uyuşturuculara bağımlı olduğu yönündedir (33). Egzersiz bağımlılığı da diğer bağımlılıklarda olduğu gibi düşünceleri, duyguları ve davranışları etkiler ve kompulsif egzersiz bireyin yaşamındaki en önemli şey olarak ortaya çıkar. Egzersizin yapılması sonucunda duygu durumunda öznel değişimler ortaya çıkar ve birey aynı deneyimleri tekrar yaşamak için egzersiz miktarını artırır, bu da işlevselliğin olumsuz etkilenmesine neden olur (34). Bu sonuçlar davranışsal ve maddesel bağımlılıkların benzer özellikler gösterdiğini ve birlikte ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada egzersiz bağımlılığı açısından haftada 1-2 gün egzersiz yapan bireylerin, 3-4 ve 5-6 gün egzersiz yapan bireylerden daha az riskli olduğu belirlenmiştir. Literatürde egzersiz bağımlılığı riski ile haftalık egzersiz sayısı ve saatinin fazlalığını ilişkilendiren birçok çalışma bulunmaktadır (12, 25, 26, 35). Egzersiz özellikle endorfin üretimini artırarak bireyin kendisini daha mutlu ve daha iyi hissetmesine neden olmakta, bunun devamlılığının sağlanması için egzersiz sıklığı ve süresi artmaktadır (36). Literatür çalışmamızın sonucunu desteklemektedir, katılımcılar egzersizin sağladığı iyilik

halini devam ettirmek için egzersiz sıklığı ve süresini artırmış olabilir.

Çalışmada katılımcıların %25,7'sinin ortorektik olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda ortoreksiya nervoza prevalansının %6,9 ile %57,8 arasında değiştiği görülmektedir (10,11,16-18). Ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılan çalışmalarda ortorektik eğilimin sağlıkçılar, sporcular, performans sanatçıları ve diyetisyenlerde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (7,11,37,38). Bu çalışmaya katılan bireylerin ¼'ü ortoreksiya nervoza eğilimi göstermektedir. Bu yüksek oran katılımcıların profesyonel sporculara benzer şekilde ortorektik eğilim gösterdiğini ve sağlıklı beslenmenin ideal bir vücuda kavuşmanın bir koşulu olarak algılandığını düşündürmektedir.

Araştırmamızın bir diğer bulgusu ise diyet yapan katılımcıların ortoreksiya nervoza eğilimlerinin diyet yapmayanlardan daha yüksek olmasıdır. Ortoreksiya nervoza eğilimi, yiyeceklerin sağlıklı olup olmadığına ilişkin obsesif düşünceler, yiyecekleri araştırma, planlama ve hazırlamaya ilişkin kompulsif davranışlar nedeniyle bireyleri diyet yapmaya zorlamaktadır (16). Diğer taraftan özellikle diyetisyen desteği ile yapılan diyetlerin sağlıklı yiyeceklerden oluşması ve bireylerin bu diyeti katı ve alternatifsiz uygulamaya çalışmasının da diyet yapan bireylerin ortorektik eğilim gösterme riskini artırabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada egzersiz bağımlılığı arttıkça ortoreksiya nervoza eğiliminin arttığı ve bu ilişkinin zayıf düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda egzersiz bağımlılığı ile ortoreksiya nervoza arasında zayıf ve orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (31,39,40). Güncel bir meta-analizde Trott ve ark. (2020), yeme bozukluğu teşhisi konan kişilerin egzersiz bağımlılığı riskinin üç kattan fazla olduğunu bildirmiştir (15). Başka bir çalışmada ise egzersiz bağımlılığı ve yeme bozukluklarının % 40-50 oranında birlikte ortaya çıktığı belirlenmiştir (32). Levit ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada yeme bozukluğunun ve beden algısının egzersiz bağımlılığına önemli ölçüde katkıda bulunduğunu belirlemiştir (6). Araştırmaların sonuçları, egzersiz bağımlılığı ve yeme bozukluklarının bazı özellikleri paylaştığını ve birbirlerine birincil veya ikincil olabileceğini göstermektedir (12). Bireylerin hastalıklardan korunmak, bedenini zinde ve sağlıklı tutmak için egzersiz ve diyet davranışlarını birlikte yapması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca kompulsif egzersiz, aşırı kalori alımını telafi etmek için bir strateji olarak da ortaya çıkabilir.

Çalışmamızda ORTO-11 puanı, yaş, cinsiyet, sigara alkol kullanımı ve haftalık egzersiz gün sayısından oluşan modelin egzersiz bağımlılığının %15,6'sını açıkladığı

belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda sigara ve alkol kullanımının egzersiz bağımlılığına etkisini ortaya koyan bir sonuca ulaşamamıştır. Ancak yeme bozukluklarının (6,12,15,40); cinsiyetin (22,24); yaşın (14,24,30), ve egzersiz gün sayısının (14) egzersiz bağımlılığında etkili olduğu bildirilmektedir.

## **ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI**

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri çalışmadan elde edilen sonuçların çalışmanın yürütüldüğü spor salonlarına üye olan katılımcılar, çalışmanın süresi ve veri toplama araçlarına verilen yanıtlar ile sınırlı olması ve topluma genelleymeyeceğidir. Bir diğer sınırlılığımız çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun üniversite mezunu ve halen üniversitede eğitim alan bireylerden oluşmasıdır. Çalışmanın yapıldığı şehrin küçük bir yerleşim yeri olması ve sosyal olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle spor salonlarının özellikle gençler için bir sosyalleşme ortamı sağlamış olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle gelecek çalışmaların hem eğitim düzeyi hem de yaş dağılımı açısından daha heterojen gruplarla ve daha geniş katılımı yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı katılımcıların kompulsif egzersiz ve ortorektik eğilimlerini hazırlayan etiyolojik ve predispozan faktörlerin incelenmemiş olmasıdır. Bu aşırılık gösteren davranışların gelişiminde özellikle her türlü bilginin büyük gruplara ve hızla ulaşmasını sağlayan sosyal medya etkisinin incelenmesi ruh sağlığının korunması çalışmaları için yararlı olabilir. Egzersiz bağımlılığı ve ortoreksiya nervozaya eşlik eden komorbiditelerin ve fizyolojik ve psikososyal etkilerinin belirlenmesi bu aşırılık gösteren davranışların sonuçlarının belirlenmesinde yararlı olacaktır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu çalışmanın sonuçları spor yapan bireylerin önemli bir bölümünde egzersiz bağımlılığı ve ortoreksiya nervoza eğilimi olduğunu göstermektedir. Ayrıca erkekler, üniversite düzeyinde eğitim alanlar, alkol ve sigara kullananlar ve daha sık spor yapan bireylerin egzersiz bağımlılığı; diyet yapan bireylerin ise ortoreksiya nervoza puanlarının yüksek olduğu; egzersiz bağımlılığı arttıkça ortoreksiya nervoza puanlarının arttığı ve ortoreksiya nervoza, yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, egzersiz gün sayısının egzersiz bağımlılığını açıkladığı belirlenmiştir.

Günümüzde her geçen gün kötü beslenme ve sedanter yaşamın sebep olduğu hastalıkların görülme sıklığı artmakta, bu nedenle düzenli egzersiz ve sağlıklı beslenmenin bir yaşam biçimi haline getirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Ancak bu davranışlar aşırılık

gösterdiğinde tüm işlevsellik alanlarında olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Sedarer yaşam ve sağlıklı beslenmenin öncelikli halk sağlığı sorunlarından biri olması, bu olumsuz sonuçlarının fark edilmesini engelleyebilir. Bu nedenle özellikle spor yapan bireylerle çalışan antrenörlerin, sporcu sağlığı ile ilgilenen sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire, fizyoterapist gibi) egzersiz bağımlılığı konusunda eğitilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Sağlık eğitimlerinin içeriğinde bu olumlu davranışların ne zaman sağlıklı olabileceği, sınırları ve kompulsif özellik gösterdiğinde sağlık profesyonellerinden yardım alınması gerektiğine yer verilmesi bağımlılıklarla ilgili farkındalığı arttıracaktır. Ayrıca spor yapan ve sağlıklı beslenen birey sağlıklıdır algısı, bağımlılık sorunu yaşayan bireylerin dikkatten kaçmasına ve yardım alamamalarına sebep olabilir. Bu nedenle bu bireylere ulaşmada spor salonlarının ruh sağlığı profesyonelleri için bir çalışma alanı olarak düşünülmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

- Rudolph, S. (2018). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), 581-586. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>
- Mavrandrea, P., & Gonidakis, F. (2022). Exercise dependence and orthorexia nervosa in Crossfit: exploring the role of perfectionism. *Current Psychology*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03585-y>
- Bueno-Antequera, J., Mayolas-Pi, C., Reverter-Masià, J., López-Laval, I., Oviedo-Caro, M. Á., Munguía-Izquierdo, D., ... & Legaz-Arrese, A. (2020). Exercise addiction and its relationship with health outcomes in indoor cycling practitioners in fitness centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4159. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114159>
- American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5th ed). Washington, DC, USA.
- Godoy-Izquierdo, D., Navarrón, E., López-Mora, C., & González-Hernández, J. (2021). Exercise Addiction in the Sports Context: What Is Known and What Is Yet to Be Known. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00641-9>
- Levit, M., Weinstein, A., Weinstein, Y., Tzur-Bitan, D., & Weinstein, A. (2018). A study on the relationship between exercise addiction, abnormal eating attitudes, anxiety and depression among athletes in Israel. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 800-805. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.83>
- Bratman S. (1997) Health Food Junkie. *Yoga J*. 8:42-50.
- Oberle, C. D., Watkins, R. S., & Burkot, A. J. (2018). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 67-74. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0470-1>
- Scharmer, C., Gorrell, S., Schaumberg, K., & Anderson, D. (2020). Compulsive exercise or exercise dependence? Clarifying conceptualizations of exercise in the context of eating disorder pathology. *Psychology of Sport and Exercise*, 46, 101586.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
- Lichtenstein, M. B., Emborg, B., Hemmingsen, S. D., & Hansen, N. B. (2017). Is exercise addiction in fitness centers a socially accepted behavior? *Addictive Behaviors Reports*, 6, 102-105. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.09.002>
- Di Lodovico, L., Dubertret, C., & Ameller, A. (2018). Vulnerability to exercise addiction, socio-demographic, behavioral and psychological characteristics of runners at risk for eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 81, 48-52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.006>
- Marques, A., Peralta, M., Sarmiento, H., Loureiro, V., Gouveia, É. R., & Gaspar de Matos, M. (2019). Prevalence of risk for exercise dependence: A systematic review. *Sports Medicine*, 49(2), 319-330. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-1011-4>
- Trott, M., Jackson, S. E., Firth, J., Jacob, L., Grabovac, I., Mistry, A., ... & Smith, L. (2021). A comparative meta-analysis of the prevalence of exercise addiction in adults with and without indicated eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 37-46. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00842-1>
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 185-192. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0258-8>
- Niedzielski, A., & Kamierczak-Wojta, N. (2021). Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools—A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>
- Taştekin Ouyaba, A., & Çiçekoğlu Öztürk, P. (2022). The effect of the information-motivation-behavioral skills (IMB) model variables on orthorexia nervosa behaviors of pregnant women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(1), 361-372. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01237-x>
- Gürbüz, B., & Aşçı, F. H. (2006). Egzersiz bağımlılığı ölçeği-21'in egzersiz katılımcıları için psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi-ön çalışma. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 11(2), 3-10.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya nervosa ve ORTO-11'in Türkçeye uyarılama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabó, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., Magi, A., Eisinger, A., Kurimay, T., Kökönyei, G., Kun, B., Paksi, B., & Demetrovics, Z. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 739-746. <https://doi.org/10.1002/jcpl.20802>
- Tekkurşun Demir, G., & Türkel, A. (2019). Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin egzersiz bağımlılığı ve zihinsel dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 10-24. <https://doi.org/10.25307/jssr.505941>
- Dumitru, D. C., Dumitru, T., & Maher, A. J. (2018). A systematic review of exercise addiction: Examining gender differences. *Journal of Physical Education and Sport*, 18(3), 1738-1747. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.03253>



24. Kayhan, R. F., Kalkavan, A., & Terzi, E. (2021). Fitness salonlarında spor yapan bireylerin egzersiz bağımlılığı düzeyleri ve ilişkili değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 22(3), 248-256. <https://doi.org/10.51982/bağimli.893414>
25. Demirel, H. G., & Cicioğlu, H. İ. (2020). Üst düzey sporcuların egzersiz bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 5(3), 242-254. <https://doi.org/10.31680/gaunjss.737158>
26. Katra, H. (2021). Egzersiz yapan bireylerde egzersiz bağımlılığı ve benlik saygısı. *Bağımlılık Dergisi*, 22(4), 370-378. <https://doi.org/10.51982/bağimli.897106>
27. Batu, B., & Aydın, A. D. (2020). Elit yüzme sporcularının egzersiz bağımlılığı düzeylerinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 5(4), 399-412. <https://doi.org/10.31680/gaunjss.805038>
28. Pulur, A., & Gedik, A. (2021). Fitness Merkezine Giden Bireylerin Egzersiz Bağımlılıklarının İncelenmesi. *Sportive*, 4(2), 12-23. <https://doi.org/10.53025/sportive.875537>
29. Lopez, A. N., Salguero, A., Molinero, O., Rosado, A., & Marquez, S. (2022). Exercise Addiction in Competitive Amateur Runners. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(4), 2134-2150. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00504-3>
30. Reche, C., De Francisco, C., Martínez-Rodríguez, A., & Ros-Martínez, A. (2018). Relationship among sociodemographic and sport variables, exercise dependence, and burnout: a preliminary study in athletes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 34(2), 398-404. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.289861>
31. Freire, G. L. M., da Silva Paulo, J. R., da Silva, A. A., Batista, R. P. R., Alves, J. F. N., & do Nascimento Junior, J. R. A. (2020). Body dissatisfaction, addiction to exercise and risk behaviour for eating disorders among exercise practitioners. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00300-9>
32. Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
33. Freimuth, M., Moniz, S., & Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4069-4081. <https://doi.org/10.3390/ijerph8104069>
34. Denizci Nazlıgöl, M. & Yılmaz, A. E. (2019). Oyun bağımlılığı ve egzersiz bağımlılığına davranışsal bağımlılık çerçevesinden bakış. *Bağımlılık Dergisi*, 20(2), 97-108.
35. Gori, A., Topino, E., & Griffiths, M. D. (2021). Protective and risk factors in exercise addiction: A series of moderated mediation analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9706. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189706>
36. Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Ersöz, Y., Işık, Ö., Saraçlı, S., Karagöz, ř., & Yağmur, R. (2017). Egzersiz bağımlılığı, yeme tutum ve davranışları ilişkisi. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1), 43-54.
37. Duran, S. (2016). The risk of orthorexia nervosa (healthy eating obsession) symptoms for health high school students and affecting factors. *Pamukkale Medical Journal*, 9(3), 220-226. <https://doi.org/10.5505/ptd.2016.03880>
38. Çiçekoğlu Öztürk, P. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 99-105.
39. Strahler, J., Wachten, H., Stark, R., & Walter, B. (2021). Alike and different: Associations between orthorexic eating behaviors and exercise addiction. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1415-1425. <https://doi.org/10.1002/eat.23525>
40. White, M., Berry, R., & Rodgers, R. F. (2020). Body image and body change behaviors associated with orthorexia symptoms in males. *Body Image*, 34, 46-50. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.05.003>

# Pediatric clinics of working physician and nurses compassion fatigue and burnout

## Compassion fatigue and burnout of working physicians and nurses in pediatric clinics

Sibel Küçük<sup>1</sup>, Sedef Seval Memiş<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doç. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, sibel\_9741@hotmail.com, 0000-0001-9009-1871

<sup>2</sup> Uzm. Hemşire. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Malatya, Türkiye sedefsevalmemis@gmail.com, 0000-0001-7755-7462

### ÖZ

**Amaç:** Araştırma pediatri hekim ve hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin araştırılması amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. **Yöntem:** Ankara il merkezinde hizmet veren bir çocuk hastanesinde pediatri kliniklerinde çalışan 230 hekim ve hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler sosyodemografik veri formu, Merhamet Ölçeği ve Tükenmişlik Ölçeği- Kısa Versiyonu ile toplanmıştır. Değerlendirmede sayı, ortalama, ortanca, yüzdeler, Kruskal Wallis, Mann Whitney U test ve Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılanların %57.4'ü 20-30 yaş aralığında, %80.9'u kadın ve %66.5'i 10 yıl ve daha az süredir sağlık çalışanı olarak görev yapmaktadır. Toplam Merhamet Ölçeği puanları ortalaması  $3.01 \pm 0.27$ , Tükenmişlik Ölçeği puan ortalaması  $3.73 \pm 1.34$ 'dür. Ortalama olarak Merhamet Ölçeği alt boyutlarından Sevecenlik'ten  $4.04 \pm 0.66$ , Umursamazlık'tan  $1.98 \pm 0.67$ , Paylaşımların Bilincinde Olma'dan  $3.98 \pm 0.67$ , Bağlantısızlık'tan  $2.07 \pm 0.66$ , Bilinçli Farkındalık'tan  $4.03 \pm 0.59$ , İlişki Kesme 'den  $1.97 \pm 0.69$  puan alınmıştır. Yaş ile Bağlantısızlık, Bilinçli Farkındalık ve İlişki kesme, medeni durum ile Umursamazlık ve Bilinçli farkındalık, çocuk sahibi olma ile Bilinçli Farkındalık, meslek ile Sevecenlik ve Bilinçli Farkındalık, çalışma yılı ile Bilinçli Farkındalık arasında anlamlı ilişki vardır ( $p < 0.05$ ). Cinsiyet ile Tükenmişlik ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki vardır ( $p < 0.05$ ). Merhamet Ölçeği toplam puanı ile Tükenmişlik Ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). **Sonuçlar:** Pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin orta düzeyde tükenmişlik yaşadıkları, hekim veya hemşire olma ve diğer sosyodemografik özelliklerin merhamet yorgunluğu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Tükenmişlik ile yalnızca cinsiyet arasında anlamlı ilişki vardır ve kadınların erkeklere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığı bulunmuştur. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşamının an aza indirilebilmesi için farkındalığın artırılması, duygusal sağlığın korunması için uygulamalar geliştirilmesi, daha büyük gruplar ile derinlemesine çalışmalar yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Pediatiri, Hekim, Hemşire,  
Merhamet Yorgunluğu,  
Tükenmişlik.

**Key Words:**  
Pediatrics, Physician, Nurse,  
Compassion Fatigue, Burnout.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Uzm. Hemşire. Malatya Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Yenidoğan  
Yoğun Bakım Ünitesi, Malatya,  
Türkiye sedefsevalmemis@gmail.  
com, 0000-0001-7755-7462

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1228906

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
03.01.2023

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
20.05.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Objective:** The research was conducted in a descriptive type to investigate the levels of compassion fatigue and burnout of pediatricians and nurses. **Method:** 230 physicians and nurses working in pediatric clinics in a children's hospital serving in the city center of Ankara constituted the sample of the research. Data were collected with sociodemographic data form, Compassion Scale and Burnout Scale-Short Version. Number, mean, median, percentile, Kruskal Wallis, Mann Whitney U test and Spearman's rho correlation analysis were used in the evaluation. Statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ . **Results:** 57.4% of the participants were in the 20-30 age range, 80.9% were women, and 66.5% were working as health workers for 10 years or less. The mean score of the total Compassion scale was  $3.01 \pm 0.27$ , and the mean score of the Burnout scale was  $3.73 \pm 1.34$ . On average, the Compassion sub-dimensions were  $4.04 \pm 0.66$ , from Caringness  $3.98 \pm 0.67$ , from Disconnectedness  $2.07 \pm 0.66$ , from Conscious Awareness  $4.03 \pm 0.59$ , from Dissociation  $1.97 \pm 0.69$  points were obtained. There is a significant relationship between Age and Disconnection, Conscious Awareness and Disconnection, marital status and Recklessness and Conscious awareness, having a child and Conscious Awareness, profession and Compassion and Conscious Awareness, working year and Conscious Awareness ( $p < 0.05$ ). There is a significant relationship between gender and Burnout scale score ( $p < 0.05$ ). No significant correlation was found between the compassion scale total score and the Burnout scale score ( $p > 0.05$ ). **Results:** It was determined that physicians and nurses working in pediatric clinics experienced moderate burnout, and that being a physician or nurse and other sociodemographic characteristics did not have a significant effect on compassion fatigue. There is only a significant relationship between burnout and gender, and women experience burnout more than men. In order to minimize the life of burnout and compassion fatigue, it can be recommended to increase awareness, develop practices for the protection of emotional health, and conduct in-depth studies with larger groups.?

## GİRİŞ

Sağlık çalışanları hastaların travma, acı ile ağrılarında merhamet göstermeleri, empati kurmaları ve hastaların travmalarına uzun süre maruz kalmaları sonucunda merhamet yorgunluğunu yoğun olarak yaşamaktadır (1). Sağlık çalışanlarının hasta insanlarla yakın teması içinde ve hastaların yaşadıkları acı veren durum ve olaylar karşısında empati duyarak yardımcı olmaları, bireylerin bu durumdan kaynaklanan travmalarına uzun süre maruz kalmaları merhamet yorgunluğu yaşamaları ile sonuçlanabilmektedir (1,2). İş sonucunda ortaya çıkabilen ve yardım etme yeteneğini engelleyebilen sekonder travmatik stres ve tükenmişliğin birleşmiş etkileri arasında merhamet yorgunluğu yer almaktadır (3,4). Özellikle insana hizmet veren meslek gruplarında sık görülen bir diğer ise tükenmişliktir (5). Bu durum kronik duygusal yüklenme sendromu ile iş stresinin bir formu olarak görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının farklı düzeylerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşadıkları ve pediatri hekim ve hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşamaları arasında negatif yönlü ilişki olduğu bildirilmiştir (6-8).

Sağlık alanında çalışanların genel olarak tükenmişlik seviyelerinin düşük olduğu, hastalarına hizmet verirken istekli oldukları, merhamet yorgunluğunu özellikle kadın hemşirelerin sık yaşadığı belirlenmiştir (8). Çocuk yoğun bakımda çalışan mesleğe yeni başlayan pediatri hemşirelerinde merhamet düzeylerinin düşük, tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (10,11). Acil ve pediatrik onkoloji alanında çalışan hekimlerin ise diğer kliniklerde görev yapan hekimlere göre daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadıkları bildirilmiştir (10).

Sağlık çalışanları açısından merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşamının önemli bir mesleki sorun olduğu görülmektedir (9). Merhamet yorgunluğunun bakım veren meslek grubunda çalışanları yaşam kalitesinin etkileyen çalışmalarda ülkemizde rastlanırken, pediatri hemşire ve doktorlarında merhamet yorgunluğunun tükenmişliğe etkisine dair çalışmalar sınırlıdır.

Araştırmanın amacı: Araştırma pediatri kliniklerinde çalışan hemşire ve hekimlerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin araştırılması amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın şekli

Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

### Araştırmanın evren ve örnekleme

Ankara il merkezinde bulunan bir çocuk hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı çocuk hastanesinde çalışan toplam 273 hekim ve 288 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Herhangi bir örneklem seçimi yapılmamıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 44 hekim ve 186 hemşire olmak üzere toplam 230 hekim ve hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

### Verilerin toplanması

Veriler veri toplama formu, Merhamet Ölçeği ve Tükenmişlik Ölçeği- Kısa Versiyonu ile Nisan 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

### Veri Toplama formu

Anket formu katılımcıların sosyodemografik özelliklerine (yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni durum, çalışılan ünite, çalışma yılı, çocuk sahibi olma) ilişkin 8 sorudan oluşmaktadır.

### Merhamet Ölçeği (MÖ)

Merhamet Ölçeği, Pommier (2010) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik güvenilirliği Akdeniz ve Deniz (2016) tarafından yapılmıştır (12-akde Toplam 24 maddeden oluşan ölçek için 5'li likert puanlama yapılmaktadır (1=Hiçbir Zaman, 2=Nadiren, 3=Ara Sıra, 4=Sık 9Sık, 5= Her Zaman). Ölçek )sevencelik (bireyin kendine ve başkalarına karşı anlayışlı ve ilgili olması) (6, 8, 16, 24. maddeler) umursamazlık (karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerine ilginin artması) (2, 12, 14, 18. maddeler), paylaşımının bilincinde olma (insanların mükemmel olmadığının ve hata yapabileceğinin bilincinde olma) (11, 15, 17, 20. maddeler), bağlantısızlık (bireyin bağımsızlığının azalması) (3, 5, 10, 22. maddeler), bilinçli farkındalık (Bireyin olumsuz duygularına karşı dengeli bir yaklaşım sergileme) (4, 9, 13, 21. maddeler), ilişki kesme (bir kimse ya da şeye olan ilginin azalması) (1, 7, 19, 23. maddeler) olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır (12). Umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt boyutları için tersten puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanlaması yapılırken tersten puanlama yapılarak toplam puan elde edilmektedir. Alt boyutlar ayrı ayrı puanlanırken tersten puanlama yapılmamaktadır. Ölçek puan ortalamasının yüksekliği merhamet düzeyinin yüksek olduğunu, merhamet yorgunluğu düzeyinin ise düşük olduğunu göstermektedir. Akdeniz ve Deniz'in (2016) çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur (12). Bu çalışma için Cronbach Alpha değeri 0.762 olarak belirlenmiştir.

**Tükenmişlik Ölçeği (TÖ) - Kısa Versiyonu**

Pines (2005) tarafından uygulayıcıların ihtiyacını karşılamaya yönelik olarak daha az maddeden oluşan kullanımı kolay bir ölçme aracı oluşturmak amacıyla geliştirilen TÖ-KF 10 madde ile bir kişinin fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluk düzeylerini belirlenmiştir (13). Çapri (2013) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan ölçek maddelerinin “1 Hiçbir zaman” ve “7 Her zaman” biçiminde puanlanması sonucu TÖ-KF’ den tek bir toplam puan elde edilmekte ve her bir kişinin tükenmişlik düzeyini göstermektedir. Ölçekten alınan “2.4 ve altındaki” puanlar tükenmişlik derecesinin çok düşük olduğu, “3.5 ile 4.4” arasındaki puanlar tükenmişlik durumu içinde bulunduğu, “4.5 ile 5.4” arasındaki puanlar çok ciddi bir tükenmişlik problemi yaşandığı, “5.5 ve üzerindeki” puanlar en kısa zamanda profesyonel yardım alınması gerektiği biçiminde yorumlanmaktadır (13,14). Bu çalışma için Cronbach Alpha değeri 0.919 olarak belirlenmiştir.

**Verilerin değerlendirilmesi**

Veriler sayı, ortalama, ortanca, yüzdelik, Kruskal Wallis, Mann Whitney U test ve Spearman’s rho korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  kabul edilmiştir (IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.))

**Tablo 1.** Sosyo-demografik özellikler (n=230)

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
20-30	132	57.4
31-40	75	32.6
41-57	23	10.0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	186	80.9
Erkek	44	19.1
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	94	40.9
Evli	136	59.1
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Var	109	47.4
Yok	121	52.6
<b>Unvan</b>		
Hemşire	186	80.9
Hekim	44	19.1
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	45	19.6
Lisans	139	60.4
Lisansüstü	46	20.0
<b>Çalışılan birim</b>		
Acil servis/poliklinik	47	20.4
Yataklı klinik	100	43.5
Yoğun bakım	83	36.1
<b>Çalışma yılı</b>		
0-10 yıl	153	66.5
11-20 yıl	56	24.3
21-34 yıl	21	9.1

**Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlanmadan önce etik (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 23.03.2018/97) ve yasal (Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 26.04.2018/11) izinler alınmıştır. Ayrıca katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

**Araştırmanın sınırlılıkları**

Araştırmanın yalnızca bir çocuk hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerle yapılması, hekim katılımcı oranının hemşire katılımcılardan düşük olması bu çalışmasının sınırlılığdır.

**BULGULAR**

Hemşire ve hekimlerin yaş ortalamaları  $31 \pm 6.858$ , çalışma yıllarının ortalaması  $8.47 \pm 0.478$ , çocuk sayısı  $1.23 \pm 0.66$ ’dür.

Araştırmaya katılan hemşire ve hekimlerin %57.4’ünün 20-30 yaş aralığında, %80.9’unun kadın, %59.1’inin evli, %52.6’inin çocuk sahibi olmadığı, %80.9’unun hemşire, %60.4’ün lisans mezunu, %43.5’inin yataklı kliniklerde ve % 66.5’inin 10 yıl ve daha az süredir sağlık çalışan olarak görev yaptığı belirlenmiştir (Tablo 1).

### Küçük ve Memiş: Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik

Hemşire ve hekimlerin toplam Merhamet Ölçeği (MÖ) puanları ortalama  $3.01 \pm 0.27$ 'dir. Ortalama olarak MÖ Sevecenlik alt boyutundan  $4.04 \pm 0.66$ , Umursamazlık alt boyutundan  $1.98 \pm 0.67$ , Paylaşımların Bilincinde Olma alt boyutundan  $3.98 \pm 0.67$ , Bağlantısızlık alt boyutundan  $2.07 \pm 0.66$ , Bilinçli Farkındalık alt boyutundan  $4.03 \pm 0.59$ , İlişki Kesme alt boyutundan  $1.97 \pm 0.69$  puan alınmıştır (Tablo 2).

Yaş ile MÖ alt boyutlarından Bağlantısızlık, Bilinçli Farkındalık ve İlişki kesme alt boyutu, medeni durum ile Umursamazlık ve Bilinçli farkındalık, çocuk sahibi olma ile Bilinçli Farkındalık, meslek ile Sevecenlik ve Bilinçli Farkındalık, çalışma yılı ile Bilinçli Farkındalık arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0.05$ ). Sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile MÖ toplam puanı arasında ise herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

Tabloda yer almamakla birlikte TÖ puan ortalaması ise  $3.73 \pm 1.34$ 'dir. Cinsiyet ile TÖ puanı arasında anlamlı ilişki varken ( $p < 0.05$ ) diğer sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile TÖ puanı arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4).

MÖ alt boyutlarından Sevecenlik ile Umursamazlık alt boyutu arasında negatif ( $r = -.494$ ,  $p < 0.01$ ), Paylaşımların Bilincinde Olma ile pozitif ( $r = .205$ ,  $p < 0.01$ ), Bağlantısızlık ile negatif ( $r = -.513$ ,  $p < 0.01$ ), Bilinçli Farkındalık ile pozitif ( $r = .538$ ,  $p < 0.01$ ), İlişki Kesme ile pozitif ( $r = -.503$ ,  $p < 0.01$ ) yönde kuvvetli anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Umursamazlık alt boyutu ile Paylaşımların Bilincinde Olma arasında negatif ( $r = -.189$ ,  $p < 0.01$ ), Bağlantısızlık arasında pozitif ( $r = .632$ ,  $p < 0.01$ ), Bilinçli Farkındalık arasında negatif ( $r = -.419$ ,  $p < 0.01$ ), İlişki Kesme arasında pozitif ( $r = .697$ ,  $p < 0.01$ ) yönde kuvvetli anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu ile Bağlantısızlık arasında pozitif ( $r = .196$ ,  $p < 0.01$ ), Bilinçli Farkındalık ile

pozitif ( $r = .162$ ,  $p < 0.05$ ), İlişki kesme ile negatif ( $r = -.172$ ,  $p < 0.01$ ) yönde kuvvetli anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bağlantısızlık alt boyutu ile Bilinçli Farkındalık alt boyutu arasında pozitif ( $r = -.413$ ,  $p < 0.01$ ), İlişki Kesme alt boyutu arasında pozitif ( $r = .657$ ,  $p < 0.01$ ) yönde kuvvetli anlamlı ilişki bulunmaktadır.

TÖ puanları ile MÖ alt boyutlarından Sevecenlik ile negatif ( $r = -.172$ ,  $p < 0.01$ ), Umursamazlık ile pozitif ( $r = .255$ ,  $p < 0.01$ ), Paylaşımların Bilincinde Olma ile negatif ( $r = -.078$ ,  $p < 0.05$ ), Bağlantısızlık ile pozitif ( $r = .241$ ,  $p < 0.01$ ), Bilinçli Farkındalık ile negatif ( $r = -.153$ ,  $p < 0.01$ ), İlişki Kesme ile pozitif ( $r = .180$ ,  $p < 0.01$ ) yönde zayıf anlamlı ilişki saptanmıştır.

MÖ toplam puanı ile TÖ puanı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r = .121$ ,  $p > 0.05$ ) (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Merhamet yorgunluğu farklı çalışmalarda sağlık alanında özellikle pediatri hemşirelerine yönelik olarak ele alınmıştır (6, 10, 15-18). Merhamet yorgunluğu ile ilgili farklı çalışmalarda hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu yaşadığı bildirilmiştir (19-24). Branch ve arkadaşları (2015) pediatri hemşirelerinin savunmasız, çaresiz ve acı çeken çocuk hastalarla çalıştığı için merhamet yorgunluğunu yaşama açısından daha riskli olduğunu belirtmiştir (11).

Yaş ve cinsiyetin merhamet yorgunluğu üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (8, 10, 11, 21, 22). Polat ve Erdem (2017) sağlık çalışanlarında yaşın, merhamet yorgunluğunu etkilediği (9), Kelly ve arkadaşları (2015) merhamet yorgunluğunun 20-30 yaş aralığında (19), Sacco ve arkadaşları (2015) ise 50 yaş üstü olan hemşirelerde daha yüksek olduğunu bildirmiştir (25). Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin yaş ortalamasının  $31 \pm 6.858$  olduğu ve büyük çoğunluğunun genç yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 2.** Merhamet Ölçeği (MÖ) Puanı

MÖ Alt boyutlar	Puan	
	Ortalama	SS
Sevecenlik	4.04	0.66
Umursamazlık	1.98	0.67
Paylaşımların Bilincinde Olma	3.98	0.67
Bağlantısızlık	2.07	0.66
Bilinçli Farkındalık	4.03	0,59
İlişki Kesme	1.97	0.69
<b>TOPLAM*</b>	<b>3.01</b>	<b>0.27</b>

\*Ters puanlama yapılmıştır.



Tablo 3. MÖ Puanları ile Sosyo-Demografik ve Çalışma Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	n	ALT BOYUTLAR						TOPLAM
		Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların Bilincinde Olma	Bağılantısızlık	Bilinçli farkındalık	İlişki Kesme	
		Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	
<b>Yaş*</b>								
20-30	132	4.0 (2.5-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.0 (2.2-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	3.0 (2.2-3.8)
31-40	75	4.2 (2-5.0)	2.0 (1.0-4.0)	4.0 (2.2-5.0)	1.7 (1.0-3.7)	4.2 (2.7-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	2.9 (2.5-3.7)
41-57	23	4.2 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-3.75)	4.2 (1.0-5.0)	1.7 (1.0-3.2)	4.2 (1.2-5.0)	1.5 (1.0-3.7)	3.0 (1.2-3.5)
<b>Analiz</b>		X <sup>2</sup> :4.399 p: 0.111	X <sup>2</sup> :1.739 p: 0.419	X <sup>2</sup> : .709 p: 0.701	X <sup>2</sup> : 6.029 p: <b>0.049</b>	X <sup>2</sup> :11.286 p: <b>0.004</b>	X <sup>2</sup> : 6.042 p: <b>0.049</b>	X <sup>2</sup> : .170 p: 0.918
<b>Cinsiyet**</b>								
Kadın	186	4.1 (1.2-5.0)	1.8 (1.0-4.0)	4.0 (1.0-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.0 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-3.7)	3.0 (1.2-3.8)
Erkek	44	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.5)	4.2 (2.0-5.0)	2.2 (1.0-3.2)	4.0 (2.5-5.0)	2.0 (1.0-5.0)	
<b>Analiz</b>		Z: -.597 p: 0.550	Z: -1.085 p: 0.278	Z: -.403 p: 0.687	Z: -1.673 p: 0.094	Z: -.038 p: 0.970	Z: -1.432 p: 0.152	Z: -1.252 p: 0.211
<b>Medeni durum**</b>								
Evli	136	4.2 (1.2-5.0)	2.0 (1.0-3.5)	4.1 (1.0-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.0 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	2.9 (1.2-3.7)
Bekar	94	4.0 (2.5-5.0)	2.0 (1.0-3.5)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	4.0 (2.2-5.0)	2.0 (1.0-3.5)	3.0 (2.2-3.8)
<b>Analiz</b>		Z: -1.907 p: 0.057	Z: -2.247 p: <b>0.025</b>	Z: -.266 p: 0.790	Z: -1.931 p: 0.054	Z: -2.244 p: <b>0.025</b>	Z: -1.785 p: 0.074	Z: -1.516 p: 0.130
<b>Çocuk sahibi olma durumu**</b>								
Var	109	4.0 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-4.0)	4.0 (1.0-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.2 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	2.9 (1.2-3.7)
Yok	121	4.0 (2.5-5.0)	2.0 (1.0-3.5)	4.2 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	4.0 (2.2-5.0)	2.0 (1.0-3.5)	3.0 (2.2-3.8)
<b>Analiz</b>		Z: -.015 p: 0.988	Z: -1.332 p: 0.183	Z: -1.11 p: 0.264	Z: -.746 p: 0.455	Z: -2.081 p: <b>0.037</b>	Z: -1.022 p: 0.307	Z: -1.363 p: 0.173
<b>Meslek**</b>								
Hekim	44	4.0 (2.7-5.0)	2.2 (1.0-3.5)	4.1 (2.5-5.0)	2.1 (1.0-3.2)	3.8 (3.0-4.7)	2.0 (1.0-3.2)	3.0 (2.5-3.4)
Hemşire	186	4.2 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-4.0)	4.0 (1.0-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.0 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	3.0 (1.2-3.8)
<b>Analiz</b>		Z: -2.967 p: <b>0.003</b>	Z: -1.802 p: 0.072	Z: -.541 p: 0.589	Z: -1.466 p: 0.143	Z: -3.080 p: <b>0.002</b>	Z: -.677 p: 0.498	Z: -.206 p: 0.837
<b>Eğitim durumu*</b>								
Lise	45	4.2 (2.0-5.0)	1.7 (1.0-3.7)	4.2 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-3.2)	4.0 (2.5-5.0)	2.0 (1.0-5.0)	3.0 (2.2-3.7)
Lisans	139	4.0 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-4.0)	4.0 (1.0-5.0)	2.0 (1.0-3.75)	4.0 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-3.5)	3.0 (1.2-3.8)
Lisansüstü	46	4.0 (2.7-5.0)	2.1 (1.0-3.5)	4.2 (2.2-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.0 (3.0-4.7)	2.0 (1.0-3.7)	3.0 (2.4-3.5)
<b>Analiz</b>		X <sup>2</sup> :5.128 p: 0.077	X <sup>2</sup> :2.721 p: 0.257	X <sup>2</sup> :1.433 p: 0.488	X <sup>2</sup> :.139 p: 0.933	X <sup>2</sup> :2.081 p: 0.353	X <sup>2</sup> :.490 p: 0.783	X <sup>2</sup> :1.516 p: 0.469
<b>Çalışılan birim*</b>								
Acil servis/ poliklinik	47	4.2 (2.7-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	4.0 (2.2-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	4.0 (2.5-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	3.0 (2.4-3.5)
Yataklı klinik	100	4.0 (2.0-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	4.0 (2.2-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.0 (2.5-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	3.0 (2.2-3.6)
Yoğun bakım	83	4.0 (1.2-5.0)	2.0 (1.0-4.0)	4.2 (1.0-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	4.0 (1.2-5.0)	2.0 (1.0-3.5)	3.0 (1.2-3.8)
<b>Analiz</b>		X <sup>2</sup> :4.211 p: 0.122	X <sup>2</sup> :1.218 p: 0.544	X <sup>2</sup> :2.953 p: 0.228	X <sup>2</sup> :4.333 p: 0.115	X <sup>2</sup> : .707 p: 0.702	X <sup>2</sup> :.500 p: 0.779	X <sup>2</sup> :.245 p: 0.885
<b>Çalışma yılı*</b>								
0-10	153	4.0 (2.5-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	4.0 (2.0-5.0)	2.0 (1.0-4.2)	4.0 (2.2-5.0)	2.0 (1.0-3.7)	3.0 (2.2-3.8)
11-20	56	4.2 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-3.5)	4.2 (1.0-5.0)	1.7 (1.0-3.7)	4.2 (1.2-5.0)	1.7 (1.0-5.0)	2.9 (1.2-3.7)
21-34	21	4.0 (3.0-5.0)	1.7 (1.0-4.0)	4.0 (2.2-5.0)	1.7 (1.0-3.2)	4.0 (2.5-5.0)	1.7 (1.0-3.7)	2.9 (2.4-3.3)
<b>Analiz</b>		X <sup>2</sup> :2.744 p: 0.254	X <sup>2</sup> :1.369 p: 0.504	X <sup>2</sup> :1.584 p: 0.453	X <sup>2</sup> :5.148 p: 0.076	X <sup>2</sup> :7.041 p: <b>0.030</b>	X <sup>2</sup> :3.459 p: 0.177	X <sup>2</sup> :1.860 p: 0.394

\* X2: Kruskal Wallis testi; \*\* Z: Mann Whitney U testi

*Küçük ve Memiş: Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik*

**Tablo 4.** Tükenmişlik Ölçeği (TÖ) Puanları ile Sosyo-Demografik ve Çalışma Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	n	Puan		Analiz	
		Ortanca	Min-max	Z*. X <sup>2**</sup>	p
<b>Yaş*</b>					
20-30	132	3.5	1-7		
31-40	75	3.5	1.5-7	.032	.984
41-57	23	3.8	1.3-7		
<b>Cinsiyet**</b>					
Kadın	186	3.7	1.3-7		
Erkek	44	2.8	1-7	-3.627	<.001
<b>Medeni durum**</b>					
Evli	136	3.5	1.3-7		
Bekar	94	3.6	1-7	-.226	.821
<b>Çocuk sahibi olma durumu**</b>					
Var	109	3.6	1.3-7		
Yok	121	3.5	1-7	-.052	.959
<b>Ünvan**</b>					
Hekim	44	3.65	1.4-7		
Hemşire	186	3.5	1-7	-1.490	.136
<b>Eğitim durumu*</b>					
Lise	45	3.5	1-7		
Lisans	139	3.5	1-6.6	.306	.858
Lisansüstü	46	3.55	1.4-7		
<b>Çalışılan birim*</b>					
Acil servis/poliklinik	47	3.4	1.3-7		
Yataklı klinik	100	3.55	1-7	2.112	.348
Yoğun bakım	83	3.7	1-7		
<b>Çalışma yılı*</b>					
0-10	153	3.5	1-7		
11-20	56	3.5	1.5-7	1.347	.510
21-34	21	3.9	1.3-7		

\* Kruskal Wallis testi; \*\* Mann Whithney U testi

**Tablo 5.** MÖ ile TÖ arasındaki ilişki\*

	1	2	3	4	5	6	7	8
MÖ	1.Sevecenlik	1						
	2.Umursamazlık	r = -.494 p<0.01	1					
	3.Paylaşımların Bilincinde Olma	r = .205 p<0.01	r = .189 p<0.01	1				
	4.Bağlantısızlık	r = -.514 p<0.01	r = .632 p<0.01	r = -.196 p<0.01	1			
	5.Bilinçli farkındalık	r = .548 p<0.01	r = -.419 p<0.01	r = .162 p<0.05	r = .413 p<0.01	1		
	6.İlişki Kesme	r = -.504 p<0.01	r = .697 p<0.01	r = -.172 p<0.01	r = .657 p<0.01	r = -.455 p<0.01	1	
	7.Merhamet Ölçeği Toplam	r = -.009 p>0.05	r = .588 p<0.01	r = .337 p<0.01	r = .553 p<0.01	r = .035 p>0.05	r = .598 p<0.01	1
TÖ	r = -.172 p<0.05	r = .255 p<0.01	r = -.078 p<0.05	r = .241 p<0.01	r = -.153 p<0.01	r = .180 p<0.01	r = .121 p>0.05	1

MÖ'nin Bağlantısızlık, Bilinçli Farkındalık ve İlişki Kesme alt boyutları ile yaş arasında anlamlı bir fark olduğu, ancak yaşın artmasının ölçek toplam puanları ile herhangi bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme alt boyutu puan ortalamasını düşürmektedir (Tablo 3). Yaşın artması ile Sevecenlik, Paylaşımların Bilincinde Olma ve Bilinçli Farkındalığın arttığı görülmektedir. Cinsiyet ise gerek ölçek alt boyut puanları gerekse toplam puanında anlamlı bir fark oluşturmamaktadır (Tablo 3). Literatürün (8, 10, 21) aksine genel olarak yaş, cinsiyetin merhamet yorgunluğu üzerinde etkili olmadığı görülmektedir.

Çocuk sahibi olma ile MÖ puanları arasında herhangi anlamlı ilişki bulunmazken, medeni durum ile MÖ alt boyutlarından Umursamazlık ve Bilinçli Farkındalık arasında anlamlılık bulunmaktadır. Hemşirelerin MÖ alt boyutlarından sevecenlik ve bağlantısızlık puanları hekimlere göre yüksektir ve anlamlı fark oluşturmaktadır. Literatürde özellikle sağlık çalışanları arasında onkoloji, acil, yoğun bakım ve pediatri çalışanları merhamet yorgunluğu için risk grubunda olduğu belirtilmiştir (1, 11, 26, 27). Bu çalışmada çalışılan birim ve diğer sosyo-demografik özellikler ve meslek grubu ile merhamet yorgunluğu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3). Merhamet yorgunluğu yaşamanın hekim ve hemşire olma ve diğer sosyo-demografik ve çalışma özelliklerinden etkilenmediği görülmektedir.

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik yaşamaları ile merhamet yorgunluğu açısından özellikle kadın hemşirelerin risk taşıdığı (9) ve pediatri kliniklerinde görev yapan sağlık çalışanların %56'sının çalışanlarının tükenmişlik yaşadığı bildirilmektedir (28). Allen ve arkadaşları (2017) hekimlerin %70'inin orta derecede tükenmişlik yaşadığını (29), Kantek ve Kabukçuoğlu (2017) halen tükenmişliğin hemşireler için önemli bir problem olduğunu belirtmişlerdir (30). Bu çalışma için TÖ puan ortalamasının  $3.73 \pm 1.34$  olması hekim ve hemşirelerin orta seviyede tükenmişlik yaşadıklarını ve kadınların tükenmişlik puanlarının erkeklerle göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kantek ve Kabukçuoğlu'nun (2017) çalışmasına benzer olarak cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı fark vardır ve kadınların daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır (Tablo 4). Markwell ve Wainer (2009) genç hekimlerin tükenmişlik düzeyinin (31), Uzun ve Mayda (2020) ise hemşirelerin duygusal tükenme ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmiştir (32). Bu çalışmada ise yaşı ve çalışma yılı fazla, bekâr, çocuk sahibi olan yoğun bakımda çalışanların ve hekimlerin hemşirelere göre tükenmişlik puanları yüksek olmasına karşın bu değişkenlerle TÖ puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 4).

Literatürde çocuk yoğun bakımda çalışan, mesleğe yeni başlayan pediatri hemşirelerinde düşük merhamet düzeyi, daha yüksek tükenmişlik yaşandığı bildirilmektedir (10, 15, 6, 16, 17, 33). Pediatrik acil servislerinde çalışan hekimlerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşama bakımından risk altında olduklarını (33), genel olarak hekimlerin % 19.5'inin tükenmişlik ve %17.1'inin merhamet yorgunluğu yaşadığı belirtilmiştir (34). Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin MÖ alt boyutlarından sevecenlik düzeyi arttıkça umursamazlık ve bağlantısızlık düzeyleri azalmaktadır. Yine sevecenlik düzeyinin artması bilinçli farkındalık ve ilişki kesme düzeyini arttırmaktadır (Tablo 5). Hekim ve hemşirelerin sevecenlik düzeyi ile bireylere, olaylara yaklaşımı ve bireysel bağımsızlığı arasında doğrudan ilişki olduğu, sevecenlik düzeyinin artmasının ilişki kesme hariç olumlu düşünce ve davranışları arttırdığı görülmektedir. Umursamazlık düzeyi arttıkça paylaşımların bilincinde olma, bilinçli farkındalık düzeyleri azalmaktadır. Umursamazlık düzeyinin azalması ise bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerini arttırmaktadır. (Tablo 5). Hekim ve hemşirelerin umursamazlık düzeylerinin insanlar ve hastalarını anlama ve kendi bağımsızlık düzeylerine yansıdığı düşünülmüştür.

Paylaşımların bilincinde olma düzeyi arttıkça bağlantısızlık, bilinçli farkındalık artmakta, ilişki kesme düzeyi ise azalmaktadır. Bağlantısızlık düzeyi arttıkça bilinçli farkındalık ve ilişki kesme düzeyi artmaktadır. (Tablo 5). Tükenmişlik düzeyi arttıkça merhamet ölçeği alt boyutlarından sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, bilinçli farkındalık düzeyleri artmakta; umursamazlık, bağlantısızlık, ilişki kesme düzeyleri ise azalmaktadır (Tablo 5). Tükenmişliğin artmasının hekim ve hemşirelerin kendileri, olaylar ve bireylerin/hastaların olumsuz davranışları karşısında anlayışlı olma, insanların/hastaların mükemmel olmadığını ve hata yapabileceklerinin farkında olma, olası olumsuz durumlar karşısında dengeli bir tavır sergileme olasılığını azalttığı söylenebilir.

Pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerle yapılan farklı çalışmalarda tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (6, 7, 8). Literatürün aksine bu çalışmada tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 5).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin orta düzeyde tükenmişlik yaşadıkları, hekim veya hemşire olma ve diğer sosyo-demografik özelliklerin merhamet yorgunluğu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Tükenmişlik ile yalnızca cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır

ve erkekler kadınlara göre daha az tükenmişlik yaşamaktadır.

MÖ alt boyutları değerlendirildiğinde hekim ve hemşirelerin bireylere, olaylara yaklaşımı ve bireysel bağımsızlığı arasında doğrudan ilişki olduğu, merhamet yorgunluğunun azalmasının olumlu düşünce ve davranışları arttırdığı, insanlar ve hastalarını anlama ve kendi bağımsızlık düzeylerine yansıdığı görülmektedir. Tükenmişliğin artmasının ise hekim ve hemşirelerin kendileri, olaylar ve bireylerin/hastaların olumsuz davranışları karşısında anlayışlı olma, insanların/hastaların mükemmel olmadığının ve hata yapabileceklerinin farkında olma, olası olumsuz durumlar karşısında dengeli bir tavır sergileme olasılığını azalmasına neden olduğu belirlenmiştir. Hekim ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve merhamet yorgunluğu yaşamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. MÖ alt boyutlarının değerlendirildiği çalışmaların sınırlı olması bulguların karşılaştırılmasını zorlaştırmıştır.

Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşamının an aza indirilebilmesi için yöneticilerin farkındalıklarının artırılması, duygusal sağlığın korunması için gerekli program veya görev değişikliklerinin yapılması, farklı hobi ve yeterli dinlenme gibi uygulamalara yönlendirilmesi, sosyal desteklerin artırılması gibi merhamet yorgunluğu ile baş etmede yardımcı girişimlerin etkin şekilde uygulanması ve daha büyük gruplar ile derinlemesine çalışmalar yapılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- Jenkins, B., & Warren, N.A. (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*; 35(4):388-395. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e318268fe09.
- Şirin, M., & Yurttaş, A. (2015). Hemşirelik bakımının bedeli: Merhamet yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 8(2):123-130.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*; 58(11):1433-41 DOI: 10.1002/jclp.10090.
- Huggard, P. (2003). Compassion fatigue: How much can I give? *Medical Education*; 37(2):163-164. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01414.x.
- Dikmen, Y., & Aydın, Y. (2016). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı? *J Hum Rhythm*; 2(1):13-15.
- Meyer, R.M., Li, A., Klaristenfeld, J., & Gold, J.I. (2015). Pediatric novice nurses: Examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *J Pediatr Nurs*; 30(1):174-183. DOI: 10.1016/j.pedn.2013.12.008.
- Weintraub, A.S., Geithner, E.M., Stroustrup, A., & Waldman, E.D. (2016). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in neonatologists in the US. *Journal of Perinatology*; 00:1-6. DOI: 10.1038/jp.2016.121.
- Flanders, S., Hampton, D., Missi, P., Ipsan, C., & Gruebbel, C. (2020). Effectiveness of a staff resilience program in a pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*; 50:1-4. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.10.007.
- Polat, F.N., & Erdem, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 26:291-312.
- Whitford, B., Nadel, A.L., & Fish, J.D. (2018). Burnout in pediatric hematology/oncology-time to address the elephant by name. *Pediatr Blood Cancer*; 65 (10). DOI: 10.1002/pbc.27244.
- Branch, C., & Klinkenberg, D. (2015). Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *American Journal of Maternal/Child Nursing*; 40(3):160-166. DOI: 10.1097/NMC.000000000000133.
- Akdeniz, S., & Deniz, M.E. (2016). Merhamet Ölçeği'nin Türkiye'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*; (1):50-61.
- Pines, A.M. (2005). The burnout measure short version (BMS). *International Journal of Stress Management*; 12:78-88.
- Çarpi, B. (2013). Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu ile Eş Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu'nun Türkçe Uyarlaması ve psikoanalitik-varoluşçu bakış açısından mesleki ve eş tükenmişlik ilişkisi. *Educational Sciences: Theory & Practice*; 13(3):1393-418.
- Rika, M.L., & Meyer, A.L. (2015). Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric novice nurses: Examining compassion fatigue as 4a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*; 30(2):174-183. DOI: 10.1016/j.pedn.2013.12.008.
- Maytum, J.C., Heiman, M.B., & Garwick, A.W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *National Association of Pediatric Nurse Practitioners*; 18:171-179. DOI: 10.1016/j.pedhc.2003.12.005.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*; 22(1):23-34. DOI: 10.1016/j.pedhc.2007.01.006.
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E.A., & Owens, H. (2015). Compassion fatigue. *Pediatric Nurses, Journal of Pediatric Nursing*; 30(6):11-16. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.02.005.
- Kelly, L.A., & Lefton, C. (2017). Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *American Journal of Critical Care*; 26 (6):445-446. DOI: 10.4037/ajcc2017471.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud*; 69:9-24. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003.
- Hoope, C., Craig, J., Janvrin, D.R., Wetsel M.A., & Reimel, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*; 36(5): 420-227. DOI: 10.1016/j.jen.2009.11.027.
- Li, A., Sean, Early, S.F., Mahrer, N., Klaristenfeld, J.L., & Gold, J.I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: Protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*; 30(1):89-99. DOI: 10.1016/j.profnurs.2013.04.004.
- Melvin, C.S. (2012). Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring for the dying? *International Journal of Palliative Nursing*; 18(12):606-611. DOI: 10.12968/ijpn.2012.18.12.606.
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *OJIN*; 16(1):3.
- Sacco, T.L., Ciurzynski, S.M., Harvey, M.E., & Ingersoll, G.L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*; 35(4):32-44. DOI: 10.4037/ccn2015392.

26. Bhartendra, S., & Triza, J. (2015). Self-compassion: basis of quality nursing care, *Asian Journal of Nursing Education and Research*; 5(2):279-282. DOI: 10.5958/2349-2996.2015.00055.5
27. Neff KD. (2003). The development of validation of a scale to measure self compassion, *Self and Identity*; 2(3):223-250. DOI: 10.1080/15298860390209035
28. Burnell, L., & Agan, D.L. (2013). Compassionate care: Can it be defined and measured? The development of the compassionate care assessment tool. *International Journal of Caring Sciences*; 6(2):180-187.
29. Allen, R., Watt, F., Jansen, B., & Coghlan, E. (2017). Minimising compassion fatigue in obstetrics/gynaecology doctors: Exploring an intervention for an occupational hazard. *Australasian Psychiatry*; 15(4):403-406. DOI: 10.1177/1039856217700776.
30. Kantek, F., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Hemşirelerde tükenmişlik: İlgili faktörlerin meta analizi. *Journal Of Scicens*; 14(2):1242-154.
31. Markwell, A., & Wainer, Z. (2009). The health and wellbeing of junior doctors: Insights from national survey. *The Medical Journal of Australia*; 191:441-444. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02880.x.
32. Uzun, L.N., & Mayda, A.S. (2020). Hemşirelerde Tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: Bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Tıp Dergisi*; 12(1):137-143.
33. Yoder, A.E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*; 23(4):191-197. DOI: 10.1016/j.apnr.2008.09.003.
34. Huggard, P, & Dion, R. (2011). Tired of caring: The impact of caring on resident doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*; 1(3):105-112.



# Effect of health education supported with motivational interviewing on medication adherence of COVID-19 patients receiving home care

## Motivasyonel görüşme ile desteklenen sağlık eğitiminin evde takip edilen COVID-19 tanılı hastaların ilaç tedavisi uyumuna etkisi

Burcu Yılmaz<sup>1</sup>, Serpil Özdemir<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gelibolu İlçe Sağlık Müdürlüğü, Çanakkale, burcu-cr1704@hotmail.com, 0000-0002-2634-9521

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Ankara, serpilozdemir327@gmail.com, 0000-0003-0952-3337

### ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study is to determine the effect of health education supported with motivational interviewing on medication adherence of COVID-19 patients receiving home care. **Materials and Methods:** This study was carried out in Gelibolu between the dates of June 2021 - January 2022. Participants who meet the inclusion criteria of the study were assigned to the intervention group (50) and control group (50) using the block randomization method. Data of the study were obtained with the "Sociodemographic Questionnaire Form" and "Medication Treatment Satisfaction Level" which were developed by the researchers according to the literature and also "Medication Adherence Reporting Scale". The "Medicine Calendar" was used to track the drug use status of all participants. Data obtained were evaluated with the statistical analysis of percentage, frequency, mean, Mann Whitney U, Perason Ki Square and Wilcoxon test using SPSS 22.00 program. **Results and Conclusion:** At the end of the study, the mean "Medication Adherence Reporting Scale" score of the participants in the intervention group ( $16.12 \pm 5.37$ ) was higher than the mean score of the participants in the control group ( $9.96 \pm 5.62$ ) ( $p < 0,05$ ). In group comparison; it was observed that the mean score of the "Medication Adherence Reporting Scale" ( $16.12 \pm 5.37$ ) of the intervention group after the study was statistically significantly increased compared to the mean score of the pre-study scale ( $11.02 \pm 4.03$ ) ( $p < 0,05$ ). However, it was evaluated that the mean score of the intervention group was below the cut-off point (20.00) and drug compliance was still at a low level. In the in-group comparison of the control group; it was observed that the mean score of the "Medication Adherence Reporting Scale" ( $9.96 \pm 5.62$ ) after the study decreased statistically significantly compared to the mean score of the pre-study scale ( $11.40 \pm 4.93$ ) ( $p < 0,05$ ). This has demonstrated that health education supported by motivational interviewing provided by nurses is an important component to improve medication adherence.

### ÖZ

**Giriş:** Bu çalışmanın amacı, motivasyonel görüşme ile desteklenen sağlık eğitiminin evde takip edilen COVID-19 tanılı hastaların ilaç tedavisi uyumuna etkisinin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Haziran 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında Gelibolu' da yürütüldü. Çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar blok randomizasyon yöntemi ile müdahale (50) ve kontrol (50) grubuna ayrıldı. Çalışmada, kontrol grubu standart COVID-19 ilaç tedavisi alırken, müdahale grubuna standart tedavinin yanı sıra; tedavinin ikinci gününde çevrimiçi olarak motivasyonel görüşme ile desteklenmiş sağlık eğitimi yapıldı. Çalışmada veriler; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, "Tanıtıcı Bilgi Formu", "İlaç Uyumunu Bildirimi Ölçeği" ve "İlaç Tedavisinden Memnuniyet Düzeyi" anketi ile elde edildi. Tüm katılımcıların, ilaç kullanma durumunu takip edebilmek için "İlaç Takvimi"nden yararlanıldı. Elde edilen veriler; SPSS 22.00 programıyla yüzde, frekans, ortalama, Pearson Ki Kare, Mann Whitney U, Wilcoxon testi istatistiksel analizleriyle değerlendirildi. **Bulgular ve Sonuç:** Çalışma sonunda, müdahale grubundaki katılımcıların "İlaç Uyumunu Bildirimi Ölçeği" puan ortalamasının ( $16,12 \pm 5,37$ ), kontrol grubundaki katılımcıların puan ortalamasından ( $9,96 \pm 5,62$ ) daha yüksek olduğu bulundu ( $p < 0,05$ ). Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubunun çalışma sonrası "İlaç Uyumunu Bildirimi Ölçeği" puan ortalamasının ( $16,12 \pm 5,37$ ), çalışma öncesi ölçek puan ortalamasına ( $11,02 \pm 4,03$ ) kıyasla, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde arttığı görüldü ( $p < 0,05$ ). Ancak müdahale grubunun ölçek puan ortalamasının kesme noktasının (20.00) altında kaldığı ve ilaç uyumunun halen düşük düzeyde olduğu değerlendirildi. Kontrol grubunun grup içi karşılaştırmada ise; çalışma sonrası "İlaç Uyumunu Bildirimi Ölçeği" puan ortalamasının ( $9,96 \pm 5,62$ ), çalışma öncesi ölçek puan ortalamasına ( $11,40 \pm 4,93$ ) kıyasla, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azaldığı görüldü ( $p < 0,05$ ). Bu durum hemşireler tarafından verilen motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin ilaç uyumunu arttırmada önemli bir bileşen olduğunu ortaya koymuştur.

#### Key Words:

COVID-19, Health Education, Medication Adherence, Motivational Interviewing

#### Anahtar Kelimeler:

COVID-19, İlaç Uyumunu, Motivasyonel Görüşme, Sağlık Eğitimi

#### Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Gelibolu İlçe Sağlık Müdürlüğü,  
Çanakkale, burcu-cr1704@  
hotmail.com, 0000-0002-2634-  
9521

#### DOI:

10.52880/  
sagakaderg.12132354

#### Received Date/Gönderme Tarihi:

12.01.2023

#### Accepted Date/Kabul Tarihi:

10.05.2023

#### Published Online/Yayımlanma Tarihi:

01.06.2023

## INTRODUCTION

Treatment adherence is defined as the individual's behavior is in accordance with the recommendations of health professionals. (Uchmanowicz et al.,2018). It has been reported that the rates of treatment adherence vary between 20-50% especially in chronic diseases and also in psychiatric diseases such as schizophrenia and bipolar disorder (Cakmak and Kapucu, 2021; Ozpulat and Emiroglu 2020; Sartori et al., 2020). In a study evaluating the illness perception of patients hospitalized with a diagnosis of COVID-19, the rate of use of COVID-19 drug therapy was stated as 83.3% (Alankaya & Kurnaz 2022). Decrease in treatment adherence can lead to delayed or lack of desired effects of medications, prolonged illness period, and even death as a result of incorrect use of treatment regimes and cause an increase in healthcare expenses due to unnecessary use of already limited healthcare resources (Uchmanowicz et al., 2018; Chien et al., 2019).

Treatment adherence can be affected by factors related to patients' age, gender, marital status, educational status, employment status, income status, health literacy level, self confidence level, treatment regimen and health system (Uchmanowicz et al., 2018). At the beginning of the factors affecting treatment adherence of COVID-19; There is a limitation in the level of knowledge related to COVID-19 disease and its treatment. Information pollution spreading rapidly from false sources, as well as the absence of a treatment whose efficacy and safety have been proven, may cause patients to develop a negative attitude towards the treatment of COVID-19 (Joukar et al., 2020; Kassie et al., 2020). Another preventive factor in the treatment of COVID-19 is the low severity of the infection and the tolerable symptoms, leading to the behavior of avoiding medical treatment (Azam et al., 2020; Joukar et al., 2020). In the literature, it has been determined that patients do not display health care-seeking behavior and avoid medical treatment until they show serious symptoms (Azam et al., 2020; Antinyan et al., 2020; Joukar et al., 2020).

Early treatment and increasing treatment adherence of COVID-19 cases plays an important role in preventing the pandemic by breaking the chain of infection (Sun et al., 2020; Choi and Jeffers, 2020). In the literature it is reported that treatment adherence can be increased by effective communication and counselling with which healthcare professionals provide sufficient social support, patient-centred approach and do not ignore expectations and beliefs of the patients (Erci and Elibol, 2018; Sartori et al.,2020; Mathes et al., 2017). Today, in addition to tele-healthcare service behavioural interventions which can be used by healthcare professionals to improve treatment adherence are also available. One of these

interventions is motivational interviewing (Yin et al., 2022; Li et al., 2017; Muslu & Ardahan 2017; Sartori et al., 2019; Taibanguay et al., 2019). Motivational interviewing was reported to have a positive effect on medication adherence in the studies in which medication adherence in different patient groups was evaluated (D'souza, et al., 2018; Murali et al., 2019).

Motivational interviewing is defined as a person-centered counseling method for identifying and resolving ambivalence about negative behavior and increasing intrinsic motivation to change behavior (Abadi et al.,2018; Miller and Rollnick, 2013). In recent years, the motivational interviewing method has been widely used to help with treatment and rehabilitation by encouraging healthy living behaviour in patients with smoking addiction, eating disorders and in management of chronic diseases (Cakmak et al., 2021; Liet al.,2020; Tzikas et al., 2020). Studies that investigated patients with chronic or mental illnesses reported that programs supported with motivational interviewing increased patients' treatment adherence (Tzikas et al., 2020; Chen et al., 2018; Ertem and Duman, 2019; Ok and Kutlu, 2021). In studies, the effect of motivational interviewing on treatment adherence in chronic diseases has been investigated, but the effect of motivational interviewing on treatment adherence in acute and infectious diseases has not been examined. In the literature, limited studies designed to determine adherence with the treatment of COVID-19, an acute and contagious disease, have been found. It is thought that the conflicting information in the media and the lack of an approved and definitive treatment method may significantly affect treatment adherence of COVID-19. For this reason, it is predicted that motivational interview-based health education to be given to individuals with low treatment adherence may be effective in increasing treatment adherence. This study intended to evaluate the effect of health education supported with motivational interviewing on medication adherence of COVID-19 patients.

## MATERIALS AND METHODS

### Aim and Design

This study intended to evaluate the effect of health education supported with motivational interviewing on medication adherence of COVID-19 patients receiving home care and was designed as a randomized controlled study.

### Sample

The study was carried out with COVID-19 positive patients followed at home by the Gelibolu District Health Directorate between the dates of June 2021 - January

2022. Researchers evaluated patients to confirm that they meet the inclusion criteria. Study inclusion criteria are listed as follows: age 18 years and older, efficiency in writing and reading Turkish, being a COVID-19 patient receiving home care, possession of necessary equipment and Internet connection for video calls, a score of lower than 20.00 points in the “Medication Adherence Reporting Scale” (MARS) and willingness to be included in the study. The MARS cut off score is 20.00 points, and those whose MARS average score falls below this score are considered to have a low level of drug compliance. Purposive sample selection method was used in the study and participants with low drug compliance level were included in the study. In this study, patients who were contraindicated for the antiviral medication (Favipiravir) (patients with liver failure, kidney failure, patients receiving chemotherapy), pregnant women, patients who were hospitalized for any reason during the study were excluded. In accordance with the results of the study of Cakmak and Kapucu (2022), the sample size was calculated with “G\*Power” program to include 90 participants with 45 participants in each group with  $\alpha=0.05$ ,  $\beta=0.05$ , effect size  $f=0.6$  and 90% power and 95% confidence interval (Cakmak et al., 2021; Gpower). Taking into account potential withdrawals, it was decided to add 10% more participants and with this decision the study population consisted of 100 participants with 50 participants in each group.

## RESEARCH TOOLS

### Sociodemographic Questionnaire Form

This questionnaire form was developed for the participants both in the intervention and control group. The sociodemographic questionnaire form includes questions about sociodemographics such as age, gender, marital status, education, employment status, income level, chronic diseases (7 questions), and patients' complaints about COVID-19 disease, their level of knowledge about the treatment, information sources and self-confidence in treatment adherence (4 questions). MARS was in the other part of the form. MARS was developed by Horne and Hankins (2001) to evaluate patients' medication adherence (Horne & Hankins 2001). The validity and reliability study of the Turkish version of the scale was done by Şen et al. (2019) (Sen et al., 2019). Scale scores range between 5 and 25. In the literature although a score lower than 20 refers to a low medication adherence (Bäck et al., 2021), it is also suggested that the mean score obtained in every study can also be used as a cutting point of that study (Sen et al., 2019). Cronbach  $\alpha$  value of the Turkish version of the scale is 0.78 (Sen et al., 2019). This study calculated the Cronbach  $\alpha$  value as 0.83.

### Medication Satisfaction Questionnaire

The Visual Analogue Scale (VAS) was used on a scale from “0=Not satisfied at all” to “10=Very Satisfied” to determine both the participant's satisfaction level with the health education supported with motivational interview and Standard COVID-19 medication treatment.

### COVID-19 Medication Schedule

COVID-19 medication schedule is a tracking form on which participants can enter daily information only whether they have taken their COVID-19 medication. This was developed by the researchers based on their literature review to monitor medication adherence behaviour of the participants (Cakmak et al., 2021; Tran et al., 2022; Boratas & Kılıç, 2018; Yin et al., 2022). Participants were asked to enter the information whether they take their COVID-19 medication every day for five days on this form.

### Health Education Brochure

In this study, a “Brochure on How to Take COVID-10 Antiviral Drugs” was created for the health education that aims to improve COVID-19 antiviral drug treatment adherence. Related literature was reviewed to develop the education brochure, and the content was developed to meet information needs of the participants and also to identify and discover the dilemmas and ambivalence that are at the core of motivational interviewing and create the need for a behaviour change for treatment (Sartori et al., 2020; Li et al., 2020; Tzikas et al., 2020). The “Brochure on How to Take COVID-10 Antiviral Drugs” was checked and approved by two professors and an associate professor.

The topics included in the “COVID-19 Antiviral Medication User Manual” are;

- What is antiviral drug therapy,
- How to apply antiviral drug therapy,
- What to do in case of forgetting the medication, taking too much or vomiting,
- Food or drug interactions of the antiviral drug,
- Side effects of antiviral drugs,
- Antiviral drug is listed as storage conditions.

### Scope of the interview

First of all, the responsible researcher1 attended the “Motivational Interview Techniques” course given by a qualified and experienced expert in motivational interviewing on February 15-16, 2020. Researcher1 has

successfully completed both the theoretical and practical part of this course. In the content of the training; change process, indecision, the spirit and basic principles of motivational meeting, motivational interview methods and its application. Before starting the implementation of the research, pre-application was made in 15% of the sample size (8 in each group, a total of 16 participants). The data of the participants who were pre-applied were excluded from the study. In the pre-application, it was evaluated that the data collection forms and the health education brochure were clear and understandable, and it was decided that no correction was necessary.

### First Day of Treatment

Patients who were COVID-19 positive and on their first day of their treatment were contacted by phone by the senior researcher and told about this research and asked whether they would volunteer to participate in the study. The researchers evaluated and reviewed to determine whether patients volunteering to participate in the research meet the study inclusion criteria except for the medication adherence level. On the same day, face to face interviews (15-20 min.) were planned with the participants who met the inclusion criteria (Figure 1) .

### Second Day of Treatment

On the second day of the treatment, researchers had video calls with all participants (20-25 min.) First, participants were told that they would be asked questions about their personal information and medication treatment, that there would be no correct or wrong answer in the questions and then encouraged to choose the answers that best suited them. Questions and answer options in the sociodemographic questionnaire and MARS were given to the participants without providing any guidance and the answers of the participants were documented. After the interviews were completed, sociodemographic information of the participants was collected, their MARS scores were evaluated. After the first evaluation, patients who had a mean MARS score of over 20.00 (n=124) were excluded from the research. At this stage, participants were assigned either to the intervention or the control group using the double block single-blind randomization method according to the date of cases (Figure 1.) The CONSORT Statement for Randomised Trials of Non-Pharmacological Treatments standards were adhered to in all stages of the study (Figure 1).

## PROCEDURE

### Intervention Group

On the second day of the treatment, after the phone call,

the participant assigned to the intervention group was interviewed face-to-face during the home visit (10-15 min.). In the face-to-face meeting, the “COVID-19 Medication Use Booklet” was given and it was stated that the participants would be video-talked about the topics included in the booklet at an appropriate time on the same day, and time was planned. The participant was informed that the interview should be in a quiet room so that it would not be interrupted. Then, every video call based on the motivational interviewing principles started by greeting the participant; then the participant was told that the time needed for motivational interviewing was 40-45 minutes according to the “Adult Health Education Principles”. (Gunes & Deveci, 2020). Motivational interviewing includes four processes: engagement, focus, awakening, and planning. These processes are related to the flow of conversation between the participant and the MI practitioner. The video call aimed to allow the participant to tell whether they take the antiviral drug, learn their feelings, thoughts and behaviour about the use of this medication, to discover the participant’s hesitations and worries about this treatment and understand any resistance for taking this drug, to understand and support the participant’s internal motivation, and help the participant to decide about changing behaviour and take action and progress with the change cycle. On the fifth day of the treatment, the participants were asked to fill out the MARS and medication satisfaction questionnaire (intervention) during face to face interviews (10 min.). The participants’ “COVID-19 Medication Schedules” on which they entered their fifth day treatment were collected in closed envelopes in accordance with the contact isolation rules.

### Control Group

Participants in the control group after the randomization process continued to receive the healthcare service according to the standard COVID-19 medication treatment procedure determined by the Ministry of Health. Participants in the control group did not receive any intervention in addition to the standard COVID-19 medication treatment procedure. On the fifth day of the treatment, the participants were asked to fill out the MARS and medication satisfaction questionnaire (control) during face to face interviews (10 min.). The participants’ “COVID-19 Medication Schedules” were collected in closed envelopes in accordance with the contact isolation rules.

### Statistical Analysis

Data obtained in the research were analyzed using Statistical Package of Social Sciences (SPSS, Inc., Chicago,



IL, USA) 20.0 program. Descriptive statistics are shown in number and percentage for the variables determined with counting (%), mean±standard deviation for the variables determined with measurement (mean±sd) and minimum-maximum (min.-max) values. Since study data was not normally distributed, Mann Whitney U test was used to compare independent variables that included two groups. Wilcoxon test was used to compare in-group medication adherence scores before and after the implementation. Categorical data comparisons between the independent groups in the study were tested with the Pearson Ki-square test. The level of significance was set at  $p \leq 0.05$  for all analyses.

## RESULTS

### Demographics and Clinical Characteristics:

When the intervention group and the control group were compared based on the data obtained at the beginning of the study; groups were found to be similar in age, gender, marital status, education, employment status, income level, chronic diseases, self-confidence in treatment adherence and level of knowledge about the treatment ( $p > 0.05$ ) (Table 1.). The median age of the participants was 41.

### Medication Adherence:

At the beginning of the study, the mean score of the intervention group in MARS was  $11.02 \pm 4.03$  and the mean score of the control group was  $11.40 \pm 4.93$ . A statistical difference was not found between the two groups for MARS mean score at the beginning of the study ( $p > 0.05$ ). MARS mean score of the intervention group was  $16.12 \pm 5.37$ , and MARS mean score of the control group was  $9.96 \pm 5.62$  at the end of the study. MARS mean score of the intervention group was higher than the MARS mean score of the control group at the end of the study (Table 2). For in-group comparisons; MARS mean score of the participants in the intervention group at the beginning of the study was lower than their mean score at the end of the study and there was a statistically significant difference between these two mean scores ( $p: 0.01$ ). In the control group; MARS mean score of the participants in the control group at the beginning of the study was higher than their mean score at the end of the study and there was a statistically significant difference between these two mean scores ( $p: 0.006$ ) (Table 2).

### Satisfaction with Care

At the end of the study, the mean satisfaction score of the participants in the intervention group with the medication treatment together with the health education

supported by motivational interviewing ( $6.71 \pm 1.20$ ) was higher than the mean satisfaction score of the participants in the control group with the standard COVID-19 medication treatment ( $4.28 \pm 1.75$ ) and there was a statistically significant difference between these two groups ( $p: 0.01$ ).

### COVID-19 Medication Schedule

When entries in the participants' medication schedules were reviewed, there was no statistically significant difference between the groups on the first day and second day of the treatment for taking morning medication ( $p > 0.05$ ). There were statistically significant differences between the two groups for taking the morning medication on the third day of the treatment, on the fourth day and on the fifth day of the treatment ( $p < 0.05$ ). The percentage of the participants in the intervention group, who took morning medication dose on the 3., 4. and 5. days of the treatment was higher than the participants in the control group ( $p < 0.05$ ) (Table 3).

There was no difference between the two groups for taking the evening dose of the medication on the first day of the treatment ( $p > 0.05$ ). There were statistically significant differences between the study groups for taking the evening medication dose on the second, third, fourth and fifth days of the treatment ( $p < 0.05$ ). The percentage of the participants in the intervention group, who took evening medication dose on the 2., 3., 4. and 5. days of the treatment was higher than that of the participants in the control group (Table 3).

## DISCUSSION

This study found that there was no statistically significant difference between groups for all the factors affecting medication adherence and the two groups have similar characteristics ( $p < 0.05$ ) (Table 1). Therefore it was concluded that randomization was achieved in the study and confounding factors did not affect the resulting variable. Treatment adherence describes the degree to which a patient accepts and correctly follows medical advice of healthcare professionals about their treatment (Haddad et al., 2018). It is reported that severity of infections and number of complications and hospitalizations can be reduced by ensuring patients' adherence to COVID-19 antiviral medication in Turkey (Naalweh et al., 2017; Tohme et al., 2017).

Another duty of the public health nurses who are essential for prevention and treatment of COVID-19 is to evaluate and plan actions to increase patients' medication adherence with tele-health service (Tanrıverdi et al. 2020). In this present study, satisfaction level of the participants with the health education with motivational



**Table 1.** Distribution of the Groups at the Beginning of the Study by Characteristics (N=100)

Characteristics	Intervention Group (n=50)		Control Group (n=50)		Test Statistic	P
	n	%	n	%		
Gender						
Female	22	44	27	54	1.000	0.317 <sup>a</sup>
Male	28	56	23	46		
Marital Status						
Married	32	64	41	82	4.110	0.061 <sup>a</sup>
Single	18	36	9	18		
Educational Level						
≤8 years	20	40	22	44	0.164	0.685 <sup>a</sup>
<8 years	30	60	28	56		
Working Status						
Working	26	52	22	44	0.641	0.423 <sup>a</sup>
Not working	24	48	28	56		
Income Level						
Income more than expenses	18	36	12	24	1.714	0.190 <sup>a</sup>
Income equal to/less than expenses	32	64	35	70		
Chronic Disease						
Yes	41	82	34	68	2.613	0.106 <sup>a</sup>
No	9	18	16	32		
Age Mean±SD (Min.-Max)	42.44±12.79	(22-69)	42.28±14.81	(19-68)	0.345	0.730 <sup>b</sup>
Self-Confidence in Adherence to Treatment Level of Self-report	3.20±1.34	(0-10)	3.36±1.70	(2-8)	0.180	0.86 <sup>b</sup>
Level of Knowledge About Treatment	3.04±1.67	(0-6)	3.08±1.83	(0-8)	0.455	0.65 <sup>b</sup>

SD= Standard Deviation, min. = minimum value, max. = maximum value

<sup>a</sup>Pearson Chi-Square test

<sup>b</sup>Mann Whitney U test

**Table 2.** Comparison of the Intervention and Control Groups Mean Medication Adherence Reporting Scale Scores (N=100)

Groups	Intervention Group (n=50)		Control Group (n=50)		Test Statistic	P
	Ort. ± SS	Min.- Mak.	Ort. ± SS	Min.- Mak.		
At the beginning of the study MARS	11.02±4.03	5-19	11.40±4.93	5-20	0.278 <sup>b</sup>	0.78
At the end of the study MARS	16.12±5.37	5-23	9.96±5.62	5-25	4.919 <sup>b</sup>	0.01*
Test istatistiği	4.952 <sup>a</sup>		2.595 <sup>a</sup>			
P	0.001*		0.009*			

MARS: Medication Adherence Reporting Scale

<sup>a</sup>Wilcoxon test

<sup>b</sup>Mann Whitney U test

\*p<0.05

Table 3. Comparison of the Groups According to the Status of Medicine Use During the Study (N=100)

Characteristics	1. day		2. days		3. days		4. days		5. days	
	Intervention Group (n=50) n(%)	Control Group (n=50) n(%)	Intervention Group (n=50) n(%)	Control Group (n=50) n(%)	Intervention Group (n=50) n(%)	Control Group (n=50) n(%)	Intervention Group (n=50) n(%)	Control Group (n=50) n(%)	Intervention Group (n=50) n(%)	Control Group (n=50) n(%)
<b>I took my medicine in the morning</b>										
Yes	11(22)	16(32)	14(28)	12(24)	31(62)	6(12)	29(58)	9(18)	29(58)	7(14)
No	39(78)	34(68)	36(76)	38(76)	19(38)	44(88)	21(42)	41(82)	21(42)	43(86)
$\chi^2$	1.268		0.208		26.813		16.978		21.007	
P	0.260		0.648		0.001*		0.001*		0.001*	
<b>I took my medicine in the evening</b>										
Yes	9(18)	16(32)	34(67)	8(16)	29(56)	9(18)	29(56)	7(14)	29(56)	7(14)
No	41(82)	34(68)	16(33)	42(84)	21(44)	41(82)	21(44)	43(86)	21(44)	43(86)
$\chi^2$	2.613		27.750		16.978		21.007		21.007	
P	0.079		0.001*		0.001*		0.001*		0.001*	

$\chi^2$ = Pearson Chi-Square Test,  
\*p<0.005

interviewing through video phone calls is higher than that of the participants in the control group, who received standard treatment. In the study of Cakmak and Kapucu, 70% of the participants reported that they were satisfied with the health education and counselling provided through phone calls to improve medication adherence (Cakmak et al., 2021). All patients receiving home treatment, especially COVID-19 patients, need more information about the disease and treatment. Considering the existence of uncertainties regarding COVID-19 disease and its treatment, patients are left with many questions. It is thought that the satisfaction level of the patients is positively affected because the telehealth service is offered together with the motivational interview, which is an effective counseling method, because it is personal and also increases the self-efficacy of the individuals.

Tele-health and tele-nursing which is one of the sub-dimensions of tele-health is a healthcare service which continuously evolves and represents an important step of home care (Keskin & Ozhelvacı, 2022). With planned and well-organized phone calls it is possible to allow patients to control side effects of their diseases, take care of themselves and increase their treatment adherence, to include patients in the decisions taken about their treatment and care processes by improving their quality of life (Keskin & Ozhelvacı, 2022; Çakmak et al., 2021). Today, motivational interviewing is one of the behavioral interventions that can be offered together with tele-health services by healthcare professionals to increase adherence to treatment (Burhenn & Smudde, 2015; Wood, 2012; Spoelstra & Rittenberg, 2015; Li et al., 2017). In this study, the mean medication adherence score of the participants in the intervention group was higher than the mean medication adherence score of the participants in the control group ( $p < 0.05$ ) (Table 2). However, MARS score of the intervention group was lower than the cutting point and their medication adherence level was still low. The mean medication adherence score of the participants in the control group decreased to a level lower than the baseline at the end of the treatment. In the literature it was reported that motivational interviewing increased treatment adherence of patients with diabetes, there were improvements in the metabolic variables, glycemic control and physical activity levels of patients after motivational interviewing (Li et al., 2020; Doğru et al., 2019; Muslu & Ardahan, 2017). In their study with the purpose of determining the effect of motivational interviewing on the life style, body-mass index, blood pressure, self-sufficiency perception and medication adherence of hypertensive people, Ozpulat and Emiroglu (2020) reported that medication adherence of the participants increased and body-mass index and systolic and diastolic blood pressure decreased and life

style improved and self-sufficiency perception increased after motivational interviewing (Ozpulat et al., 2020). In their study on the effect of motivational interviewing on middle age women to encourage them to have the pap-smear test, Abadi et al. (2018) reported that majority of the participants had the test within two months after motivational interviewing (Abadi et al., 2018). Studies have showed that motivational interviewing has been effective in the process of adherence to treatment and healthy behavior change. It is thought that the limited effect of motivational interviewing in our study may be due to the fact that COVID-19 is an acute disease, the short duration of drug treatment, the lack of a definitive and approved treatment, and the conflicting information in the media.

In this study, when medication schedules of the participants, on which the participants entered information whether they took COVID-19 medication on every day were reviewed, the percentage of the participants who took their medications on the first day of the treatment was found to be too low. Follow up evaluations (2. day evening; 3. day morning/evening; 4. day morning/evening; 5. morning/evening) after the health education with motivational interview on the second day of the treatment, the percentage of participants taking the medication in the intervention group was higher than the control group ( $p < 0.05$ ) (Table 3). Approximately 60% of the participants in the intervention group continued to take their medications regularly whereas approximately 90% of the participants in the control group discontinued the medication (Table 3). In Ozpulat's (2015) study, in the first interview, approximately 46% of the antihypertensive individuals in the intervention group whereas the control group; It has been reported that 18% not taken consciously more than ten medications in the last three months. In the last interview, approximately 16% of the antihypertensive individuals in the intervention group whereas the control group; It was stated that 60% of them not taken consciously 1 or 3 drugs. (Ozpulat, 2015). Therefore motivational interviews with the participants in the intervention group may be interpreted to have helped the participants to improve their medication adherence. Based on these findings, the reasons why participants in both groups discontinued the treatment may include the following factors: information pollution about COVID-19 medication treatment from wrong sources, severity of symptoms, very high medication doses, varying dose calculation, adverse effects and shortness of treatment and insufficient number of motivational interviews.

### Strengths of the Study

Studies carried out to evaluate motivational interviewing and increase treatment adherence are mostly done on

people with chronic diseases. The strengths of this study are that this was the first study with the purpose of using motivational interviewing to increase medication adherence in COVID-19 which is an acute and infectious disease and there was no participant withdrawn from the study.

### Limitations of the Study

Online motivational interviewing and data collection due to COVID-19 isolation measures, including of patients who also received previous COVID-19 treatment into the study, insufficient data about the efficacy of the medication, patients self-reporting in the medication schedule, short course therapy with the medication, allowing only one participant for each group per day during the data collection process and conducting the study in a relatively small area are the limitations of this study.

### CONCLUSION

This study has concluded that health education with only one motivational interview during the treatment process of the intervention group had a limited effect on the participants' COVID-19 medication adherence. The frequency of interviews should be increased to make the intervention more effective. Studies that investigate the effect of the motivational interviewing technique which is generally used to improve treatment adherence and increase medication adherence in chronic diseases should be conducted to investigate its effects on acute diseases and medication adherence in acute diseases such as COVID-19 infection. Nurses who provide healthcare services with their medical education and counselling roles, have more direct and one on one contact with patients and affect treatment adherence of patients should receive training on the motivational interviewing technique and this technique should be integrated into the treatment process and healthcare practices.

### REFERENCES

Abadi, MMM., Vakilian, K., & Safari V. (2018). Motivational interview on having pap test among middle-aged women a counseling service in primary care. *Family Medicine & Primary Care Review*, 20(2), 101-105. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.76457>.

Alankaya, N., & Kurnaz, F. (2022). Bir pandemi hastanesinde yatan COVID-19 tanılı hastaların hastalık algısının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(2), 185-91.

Azam, MNK., Mahamud, RA., Hasan, A., Jahan, R., & Rahmatullah, M. (2020). Some home remedies used for treatment of COVID-19 in Bangladesh. *Journal of Medicinal Plants*, 8(4): 27-32. <https://www.plantsjournal.com/archives/2020/vol8Issue4/PartA/8-3-32-113.pdf>.

Antinyan, A., Bassetti, T., Corazzini, L., & Pavesi, F. (2021). Trust in the health system and COVID-19 treatment. *Frontiers in Psychology*, 12, 643758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643758>

Bäck, A., Sundell, KA., Horne R, Landén, M., & Mårdby, AC. (2021). The Medication adherence report scale (MARS-5) in A Swedish sample with bipolar disorder- A pilot study. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2(2), 263-70. <https://doi.org/10.5750/IJPCM.V2I2.160>

Chen, J., Zhao, H., Hao, S., Xie, J., Ouyang, Y., & Zhao, S. (2018). Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 213-217. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.012>

Chien, WT., Cheung, EF, Mui, JH., Gray, R., & Ip, G. (2019). Adherence therapy for Schizophrenia: A randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 25(Suppl 2), 118-126. <https://www.hkmj.org/system/files/hkmj1902sp2p4.pdf>.

Choi, KR., & Jeffers, KS. (2020). Nursing and the novel Coronavirus: risks and responsibilities in a global outbreak. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1486-1487. <https://doi.org/10.1111/jan.14369>

Cakmak, HSG., & Kapucu, S. (2021). The Effect of educational follow-up with the motivational interview technique on self-efficacy and drug adherence in cancer patients using oral chemotherapy treatment: A randomized Controlled Trial. In *Seminars in Oncology Nursing*, 37(2), 151140. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151140>.

Dogru, A., Ovayolu, N., & Ovayolu, O. (2019). The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variables. *The Journal of Pakistan Medical Association*, 69(3), 294-300. <https://www.jpma.org.pk/PdfDownload/9065>.

D'souza, B., Prabhu, R., Unnikrishnan, B., Kamath, R. (2018). Effect of multidimensional educational interventions among dialysis patients. *The Open Urology & Nephrology Journal*, 11(1), 72-78. <https://doi.org/10.2174/1874303X01811010072>

Erci, B., Elibol, M., & Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92. <https://doi.org/10.26650/FN427146>.

Ertem, MY., & Duman, ZC. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 55(1), 75-86. <https://doi.org/10.1111/ppc.12301>

G\*Power Statistical Power Analyses. <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>.

Günes, F., & Deveci, T. (2020). Yetişkin eğitimi ve hayat boyu öğrenme. *Pegem Akademi*. Ankara.

Haddad, C., Hallit, S., Salhab, M., Hajj, A., Sarkis, A., Ayoub, EN., Khabbaz, LR., et al. (2018). Association between adherence to statins, illness perception, treatment satisfaction, and quality of life among lebanese patients. *Journal Of Cardiovascular Pharmacology And Therapeutics*, 23(5), 414-422. <https://doi.org/10.1177/1074248418769635>.

Horne, R., & Hankins, M. (2001). The Medication adherence report Scale (MARS). (manuscript submitted for publication).

Joukar, F., Asgharnezhad, M., Naghipour, M., Mansour-Ghanaei, F., Maroufizadeh, S., Yeganeh, S., Nargessi, DA., et al. (2020). Treatment seeking behavior for COVID-19 symptoms and its related factors among northern Iranian population: A cross-sectional study. *Research Square*, 1-18. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-112020/v1>

Kassie, BA., Adane, A., Tilahun, YT., Kassahun, E., Ayele, AS, & Belew, AK. (2020). Knowledge and attitude towards COVID-19 and associated factors among health care providers in northwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 5(8): e0238415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238415>

Keskin, HG., & Ozhelvacı, I. (2022). Tele-sağlık sistemi ve hemşirelik. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(1), 36-45. <https://doi.org/10.54862/pashid.990052>.

- Li, L., Lake, R., Raban, M. Z., Byrne, M., Robinson, M., Westbrook, J., & Baysari, M. T. (2017). Medication-related calls received by a national telenursing triage and advice service in Australia: A retrospective cohort study. *BMC health services research*, 17(1), 1-11. file:///C:/Users/yburc/Downloads/s12913-017-2135-1%20(1).pdf
- Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W., & Wong, W. C. W. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in china: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8>
- Mathes, T., Großpietsch, K., Neugebauer, E. A., & Pieper, D. (2017). Interventions to increase adherence in patients taking immunosuppressive drugs after kidney transplantation: a systematic review of controlled trials. *Systematic reviews*, 6(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0633-1>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Murali, K. M., Mullan, J., Roodenrys, S., Hassan, H. C., Lambert, K., & Loneragan, M. (2019). Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A Systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PLOS ONE*, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211479>
- Muslu, L., & Ardahan, M. (2017). Tip 2 diyabet tanılı yetişkinlerde motivasyonel görüşmenin etkisi: sistematik derleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(3), 167-176. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/752953>
- Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Zyoud, S. E. H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC nephrology*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0598-2>
- Ok, E., & Kutlu, Y. (2021). The effect of motivational interviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 30(3), 322-333. <https://doi.org/10.1177/1054773820974158>
- Ozgulat, F., & Emiroglu, O. N. (2020). The Effect of the motivational interviewing on the lifestyle, body mass index, blood pressure, self-efficacy perception and medication adherence of hypertensive individuals. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 149-160. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1185059>
- Ozgulat, F. (2015). Motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin özyeterlilik algısına ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara] Hacettepe openaccess. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/1493/dfba1c80-c243-4643-bf3b-06378389d829.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sartori, A. C., Rodrigues Lucena, T. F., Lopes, C. T., Picinin Bernuci, M., & Yamaguchi, M. U. (2020). Educational intervention using WhatsApp on medication adherence in hypertension and diabetes patients: a randomized clinical trial. *Telemedicine and e-Health*, 26(12), 1526-1532. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0305>
- Sun, F., Kou, H., Wang, S., Lu, Y., Zhao, H., Li, W., Zhou, Q., Jiang, Q., Cheng, Y., Yang, K., Zhuo, L., Xu, Y., Wu, D., Zhan, S., & Cheng, H. (2020). Medication patterns and disease progression among 165 patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: A single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet*, 3(4), 1-25. file:///C:/Users/yburc/Downloads/SSRN-id3551323%20(1).pdf
- Sen, T. E., Berk, O. S., & Sindel, D. (2019). İlaç uyumunu bildirim ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 82(1), 52-61. <https://doi.org/10.26650/IUITFD.413637>
- Taibanguay, N., Chaiamnuay, S., Asavatanabodee, P., & Narongroeknawin, P. (2019). Effect of patient education on medication adherence of patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Patient Preference And Adherence*, 11(13), 119-129. <https://doi.org/10.2147/PPA.S192008>
- Tanrıverdi, G., Gürsoy, M. Y., Özsezer, G. (2020). Halk sağlığı hemşireliği yaklaşımıyla COVID-19 pandemisi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 126-142. <https://dergipark.org.tr/download/article-file/1105975>
- Tohme F, Mor MK, Pena-Polanco J, Green JA, Fine MJ, Palevsky PM, Weisbord SD. (2017). Predictors and Outcomes of Non-Adherence in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 49(8), 1471-1479. <https://doi.org/10.1007/s11255-017-1600-4>
- Tran, A. T., Okasha, O. M., Steinhaus, D. A., Yousuf, O. K., Giocondo, M. J., Ramza, B. M., Wimmer, A. P., & Gupta, S. K. (2022). Prospective evaluation of the effect of smartphone electrocardiogram usage on anticoagulant medication compliance. *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology*, 65(2), 453-460. <https://doi.org/10.1007/s10840-022-01235-8>
- Tzikas, A., Samarasa, A., Kartasa, A., Vasdekia, D., Fotosa, G., Dividis, G., Paschou, E., Foroziidou, E., Tsoukra, P., Kotsi, E., Goulas, I., Karvounis, H., Giannakoulas, G., & MISOAC-AF investigators. (2020). Motivational interviewing to support oral anticoagulation adherence in patients with non-valvular atrial fibrillation (MISOAC-AF): A randomised clinical trial. *European Heart Journal*, 41(Suppl. 2), 63-71. <https://doi.org/10.1093/ehjci/ehaa946.0641>
- Uchmanowicz, B., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Rosiczuk, J., & Froelicher, E. S. (2018). Factors influencing adherence to treatment in older adults with Hypertension. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 2425-2441. <https://doi.org/10.2147/CIA.S182881>
- Yin, S., Ou, Y., & Ting, E. (2022). Impacts of omaha system-based continuing care on the medication compliance, quality of life, and prognosis of coronary heart disease patients after PCI. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 37, 472-480. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2021-0222>



# X ve Y Kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışı özellikleri ve mesleğe bağlılık algısının değerlendirilmesi

## Evaluation of care behavior characteristics and perception of professional commitment of x and y generations nurses

Diğdem Lafcı<sup>1</sup>, Fatma Canlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Mersin/TURKEY didemlafci@hotmail.com, 0000-0001-7199-416X

<sup>2</sup> Uzm. Hemşire SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana/TURKEY, fatma.canli@hotmail.com, 0000-0001-7215-4971

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, farklı kuşaklardaki hemşirelerin bakım davranışlarını ve mesleğe bağlılıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Mersin'de bir devlet hastanesinde çalışan 400 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Bakım Davranışları Ölçeği-24" ve "Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği" ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Independent-Samples T testi, OneWay ANOVA, Kruskall Wallis testi ve Sperman Brown Korelasyon kullanılmıştır. **Bulgular:** X ve Y kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışları düzeylerinin yüksek ve mesleki bağlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışanlarda, kurumdan ayrılma düşüncesi olmayanlarda ve verilen bakımı çok yeterli bulanlarda bakım davranışlarının yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sorumlu hemşirelerde ve kurumdan ayrılma düşüncesi olmayanlarda mesleğe bağlılık düzeyi yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Gündüz ve gece vardiyasında hemşireye düşen hasta sayısı arttıkça bakım davranışlarının, güvencenin, saygılı olmanın ve bağlılığın azaldığı belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Meslekte çalışma yılı azaldıkça hemşirelik mesleğine bağlılığın ve çaba gösterme istekliliğinin arttığı saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeyi arttıkça bakım davranışları ve verilen bakım kalitesini algılama düzeyinin arttığı saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). **Sonuç:** X ve Y kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışlarının yüksek ve mesleki bağlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Kuşaklararası farklılıkları göstermek için farklı kurumlarda görev yapan ve geniş örnekleme olan X, Y ve Z kuşağı hemşireler ile karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Hemşire, Bakım Davranışı,  
Mesleğe Bağlılık, X Kuşağı, Y  
Kuşağı.

**Key Words:**  
Nursing, Care Behaviour,  
Professional Commitment, X  
Generation, Y Generation

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi, Mersin/  
TURKEY didemlafci@hotmail.com,  
0000-0001-7199-416X

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1240879

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
23.01.2023

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
17.04.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Aim:** This study was carried out in a descriptive, cross-sectional and relationship-seeking design in order to determine the care behaviors and professional commitment of nurses from different generations. **Materials and Method:** The study was carried out with 400 nurses working in a state hospital in Mersin. The data were collected through the "Descriptive Information Form", "Caring Behaviors Scale-24" and "Nursing Professional Commitment Scale". Descriptive statistics, Independent-Samples T test, One Away ANOVA, Kruskall Wallis test and Sperman Brown Correlation were used to evaluate the data. **Findings:** The levels of care behaviors of the X and Y generation nurses were determined to be high and their professional commitment was determined to be moderate. It was found out that the care behaviors were high for working in the intensive care units, those who did not have the thought of leaving the institution, and those who found the provided care very adequate ( $p < 0.05$ ). The level of commitment to the profession was found to be high in responsible nurses and those who did not have the thought of leaving the institution ( $p < 0.05$ ). It was determined that as the number of patients per nurse during the day and night shifts increased, the care behaviors, assurance, respect and commitment decreased ( $p < 0.05$ ). It was determined that as the years of working in the profession decreased, the commitment to the nursing profession and the willingness to make an effort increased ( $p < 0.05$ ). It was determined that as the level of nurses' commitment to the profession increased their care behaviors and perception of the quality of care increased ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** It was determined that the care behaviors of the nurses were high and their professional commitment was moderate. In order to demonstrate the intergenerational differences, it may be recommended to conduct comparative studies with X, Y and Z generation nurses working at different institutions in large samples.

## GİRİŞ

Türk Dil Kurumu tanımına göre kuşak kavramı, “yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını, dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, kaderleri paylaşmış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişilerin topluluğu” dur (Türk Dil Kurumu [TDK], 2019). X kuşağı; sadık, idealist, eğitime ve çok çalışmaya önem veren, değişime kolay uyum sağlayan, öz denetimleri iyi, iş ve yaşam arasında denge kuran gruptur (Başol ve Aydın, 2014). Y kuşağı; takım odaklı, başarılı, rekabeti seven, farklı öncelik ve beklentileri olan, çalışma ortamında kendine güvenen davranışlar sergileyen, güvenilir, öğretilbilir, özgürlüğü ve esnekliği seven gruptur (Baltaş, 2010; Clipper, 2012).

Hemşirelik mesleğinde “Bebek Patlaması Kuşağı (1946-1964)”, “X kuşağı (1965-1979)”, “Y kuşağı (1980-1999)” ve “Z kuşağı (2000-2015)” olmak üzere 4 farklı kuşaktan söz edilmektedir (Göksel ve Güneş, 2017). Karakteristik özelliklere sahip olan kuşaklar kendilerine özgü profesyonel ve ahlaki değerlere, iş yaşamından beklentilere ve farklı çalışma stillerine sahiptir (Sarioğlu ve Özmen, 2017). Kuşaklararası mesleki değerlerde, Y ve Z kuşağındakilerin yeniliklere ve değişime açık oldukları, öz kontrollerine önem verdikleri, gelenekçi düşünce yapısını ve kısıtlanmaları daha az benimsedikleri görülmektedir. Bebek patlaması ve X kuşağındakiler ise adalet, eşitlik, alturizm ve hümanistik değerlere önem vermektedir (Adıgüzel ve ark., 2014). Kuşakların sahip olduğu farklı özellik ve değerlerden dolayı hasta bakımında gereksinimlerin karşılanması, çalışma şekli, iletişim, mesleki bağlılık konusunda düşünce ve davranış farklılıkları yaşanmaktadır (Hendricks & Cope, 2013). Farklı kuşaklarda görülen değerler, insanların hayat döngüsü içinde mesleki değerler hiyerarşisini değiştirebilir, zaman içinde bazılarını verilen önemi arttırırken iken diğerlerine verilen önemi azaltabilmektedir (Morsümbül, 2014)

Bakım, bireyin karşılayamadığı gereksinimlerin karşılanması, yapılan uygulamalara yönelik bilgilendirmelerin yapılması, bireyin yaşadığı sorunlarla başa çıkmasına yardım edilmesi ve kişilerarası iletişimin güçlendirilmesi gibi yönleri içermektedir (Biol, 2013; Kol ve ark., 2017). Bilim ve sanattan oluşan hemşireliğin temelini bakım oluşturmaktadır (İlhan ve Öztaş, 2021). Hemşireler, bireyleri hastalıklardan koruma, bireylerin sağlığını geliştirme ve optimum seviyeye yükseltme sırasında, hastanın kültürel değerleri, inançları, tutum ve davranışları göz önünde bulundurarak bir bakım uygulaması sağlamalıdır (Erenoğlu ve ark., 2019; İlhan ve Öztaş, 2021). Bu işlevlerini yerine getirirken mesleğin bilimsel ve sanatsal yönünü kullanmaktadır (İlhan ve Öztaş, 2021).

Mesleğe bağlılık, kişinin deneyim, tecrübe ve profesyonelleşme sonucunda elde ettiği, mesleki yaşamında önemli bir yere sahip olmasını fark etmesi ile ilgili bir olgudur (Çetin ve ark., 2016). Mesleğe bağlılık gösteren meslek üyeleri, mesleklerine ve çalıştıkları kurumlara yönelik yaşadıkları sorunları çözme çabasının fazla, işlerini bırakma düşüncelerinin az olması gibi tutum içinde olmaktadır (Çelik ve Yıldız, 2018). Mesleğe bağlılık düzeyi yüksek olan hemşireler, çalıştıkları kurumlarda ve birimlerde daha uzun çalışmakta ve mesleğin toplumdaki olumlu imajını arttırmaktadırlar (Benligiray ve Sönmez, 2011).

Sağlık kurumlarında farklı kuşaklarda yetişen hemşirelerin iş yaşamında bir arada çalıştığı görülmektedir (Yılmaz ve Özdil 2017). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin kendine ait bilgi ve beceri düzeyleri, kişilikleri, çalışma tarzları, iş yerinden beklentileri, tutum ve davranışları, sahip olduğu değer ve inançları kuşaklar arasında farklılaşmalara ve çatışmalara neden olmaktadır (Haydari ve ark., 2016; Köse, Oral ve Türesin, 2014; Kuyucu, 2017). Literatür incelemesinde, kuşaklararası farklılık gösteren hemşirelerde mesleki bağlılık düzeyi konusunda sınırlı sayıda çalışma yapılması (Esencan ve Özdil, 2017; Gökalp, 2021; Gümüüşdaş ve ark., 2021; Şenol ve Uğurlu, 2019; Yılmaz ve Özdil, 2017) ve hemşirelerin bakım davranışları ile mesleki bağlılık algısı arasındaki ilişkiyi irdeleyen araştırmaların olmaması nedeniyle araştırmanın sonuçları doğrultusunda yapılan değişiklikler doğrultusunda verilen hemşirelik bakım kalitesine olumlu katkılar sağlayacaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda yapılan bu çalışma, X ve Y kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışlarını ve mesleğe bağlılıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Araştırmada;

- X ve Y kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışları nasıldır?
- X ve Y kuşağındaki hemşirelerin mesleki bağlılık düzeyleri nedir?
- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, bakım davranışları ve mesleki bağlılık düzeylerini etkiliyor mu? sorularına cevap aranmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evreni, araştırmanın yürütüldüğü Haziran ve Kasım 2020 tarihleri arasında SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 1100 hemşireden oluşmaktadır. EPI Info 6.0 programı ile örneklem büyüklüğü (%5 hata payı, %50 prevalans, %90 güven aralığı) 203

hemşire olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya, X Kuşağı'nı (1965–1980 doğumlular) ve Y Kuşağı'nı (1981–2000 doğumlular) kapsayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde verilerin toplandığı tarihlerde tüm alanlarda çalışan, lisans ve lisansüstünden mezun olan ve sorumlu, klinik vb. tüm hemşireler dahil edilmiştir. Çalışmaya, verilerin toplandığı tarihte izinli, raporlu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 300 hemşire katılmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Tanıttıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan soru formunda hemşirelerin tanıttıcı ve mesleki özelliklerine yönelik 17 soru yer almaktadır (Widger et al., 2007; Tuğut ve ark., 2017; Yılmaz ve Özdil 2017; Şenol ve Uğurlu 2019).

Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ): Wolf ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş, Wu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılandırılmıştır. Hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki güvenilirlik çalışmaları Kurşun ve Kanan (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerinin yanı sıra hastaların bakım algularını karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek, güvence (16, 17, 18, 20, 21, 22, 23 ve 24. madde), bilgi-beceri (9, 10, 11, 12 ve 15. madde), saygılı olma (1, 3, 5, 6, 13 ve 19. madde) ve bağlılık (2, 4, 7, 8 ve 14. madde) olmak üzere 4 dört alt boyut ve 24 maddeden oluşmakta, yanıtlar için altılı Likert tipi skala (1=asla, 2=hemen hemen asla, 3=bazen, 4=genellikle, 5=çoğu zaman, 6=her zaman) kullanılmaktadır. Ölçek puanlarının hesaplanması; maddelere verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplanıp, aritmetik ortalamalarının hesaplanması ile yapılmaktadır. Ölçek toplamı ve alt boyutlarından elde edilen puanın artması hasta ya da hemşirelerin bakım kalitesini algılama düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Cronbach's Alpha değeri hastalarda 0,97, hemşirelerde ise 0,96 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's Alpha değeri hemşirelerde 0,96 olarak bulunmuştur.

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (HMBÖ): Lu, Chiou ve Chang (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Çetinkaya, Özmen ve Temel (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek çaba gösterme istekliliği (13 madde), meslek üyeliğini sürdürme (8 madde), hedef ve değerlere inanç (5 madde) olmak üzere üç alt boyut ve 26 alt maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert (1=Hiç Katılmıyorum, 4=Tamamen Katılıyorum) tipindeki ölçeğin dokuz maddesi (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 ve 25. madde) ters anlam içermektedir. Ölçeğin tümünden alınacak puan 26-104 arasındadır. Ölçekten alınan puanın artması bireylerin mesleğe

bağlılıklarının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Özgün çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's Alpha katsayısı 0,77 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Çalışmanın her aşamasında Helsinki Bildirgesi'ne uyulmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü Haziran ve Kasım 2020 tarihleri arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, araştırmacı tarafından soru formu ve ölçekler hakkında açıklama yapılarak onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve tüm soruları eksiksiz bir şekilde dolduran gönüllülerin cevapları çalışmaya alınmıştır. Anket formunu doldurma süresi ortalama 20 dakikadır.

Verilerin Analizi: Veriler, IBM Statistical Package for the Social Sciences version 23 (IBM SPSS Corp., Armonk, NY, ABD) programı ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Independent-Samples T testi, One Way ANOVA, Kruskal Wallis testi ve Sperman Brown Korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha ile ölçülmüştür. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır. Analiz sonucunda bulgular, %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayıları ( $\rho$ ) 00-0,30 çok zayıf, 0,30-0,50 zayıf, 0,50-0,70 orta, 0,70-0,90 güçlü ve 0,90-1,00 çok güçlü korelasyon şeklinde yorumlanmıştır (Hinkle et al., 1988).

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın uygulanabilmesi için bir devlet üniversitesinin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (2020/248 sayılı) ve ilgili kurumdan izin alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hemşirelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve katılmak isteyen hemşirelerden sözel ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçeği geliştiren yazarlardan e-mail aracılığı ile izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmadan elde edilen sonuçlara çalışmanın yapıldığı kurumda görev yapan hemşirelerle sınırlıdır.

### BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin tanıttıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde;

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının  $32,51 \pm 8,54$  olduğu, %71'inin X kuşağı, %80'inin kadın ve %50,3'ünün evli olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %74,3'ünün lisans eğitim düzeyine sahip olduğu, kurumdaki çalışma yılı ortalamasının  $4,37 \pm 5,31$  yıl, meslekteki çalışma yılı ortalamasının  $10,17 \pm 9,46$  yıl ve haftalık çalışma saati ortalamasının  $54,18 \pm 7,63$

saat olduğu, çalıştıkları birimde gündüz vardiyasında çalışan hemşireye düşen hasta sayısı ortalamasının  $10,06 \pm 10,03$  hasta ve gece vardiyasında çalışan hemşireye düşen hasta sayısı ortalamasının  $10,24 \pm 10,59$  hasta olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %26,3'ünün yoğun bakımda çalıştığı, %67,3'ünün servis hemşiresi olduğu, %93,7'sinin gece-gündüz vardiyasında çalıştığı ve %86,0'sinin son 3 ayda fazla mesai çalışma saatinin 12 saatten fazla olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik bakımının yeterli olmama nedenleri önem derecesine göre sıralandığında en önemli nedenin %29,1 ile "hasta bakımı dışında servis iş yükünün fazla olması", en düşük öneme sahip nedenin ise %12,4 ile "hemşirelerin istedikleri serviste çalışmaması" olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

"Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24" puan ortalaması; X kuşağında  $5,18 \pm 0,67$ , Y kuşağında ise  $5,14 \pm 0,70$  olarak saptanırken, "Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği" puan ortalaması; X kuşağında  $66,66 \pm 11,34$ , Y kuşağında ise  $69,03 \pm 10,52$  olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre "Bakım Davranışları Ölçeği-24" toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde;

Kuşak, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma düzeni, son 3 ayda fazla mesai çalışma saati ve mesleki pozisyonundan memnun olma durumu değişkenleri ile "Bakım Davranışları Ölçeği-24" alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

Gündüz ve gece vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısı ile "Bakım Davranışları Ölçeği-24" toplam, güvence, saygılı olma ve bağlılık" alt boyutları arasında çok zayıf, negatif yönde,  $p < 0,005$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin "Bakım Davranışları Ölçeği-24" güvence, saygılı olma ve bağlılık" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Sorumlu hemşirelerin "Bakım Davranışları Ölçeği-24" güvence" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunurken, yoğun bakım hemşirelerinin ise "saygılı olma ve bağlılık" alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Kurumdan ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin "Bakım Davranışları Ölçeği-24" güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ayrılma düşüncesi olan ve kararsız düşünceye sahip olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Meslekten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin "güvence" alt boyut puan ortalamalarının ayrılma düşüncesi olan ve kararsız

düşünceye sahip olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hastalara verilen bakımı çok yeterli bulan hemşirelerin "Bakım Davranışları Ölçeği-24" güvence, saygılı olma ve bağlılık" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yeterli bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ , Tablo 2).

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre "Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği" ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde;

Kuşak, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma düzeni değişkenleri ile "Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile "hemşirelik mesleğine bağlılık toplam ve çaba gösterme istekliliği" alt boyut arasında çok zayıf, negatif yönde,  $p < 0,005$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Hemşirelerin cinsiyet özelliğine göre erkeklerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği "meslek üyeliğini sürdürme" alt boyut puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Acil birimde çalışan hemşirelerin "çaba gösterme istekliliği" alt boyut puan ortalamasının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Sorumlu hemşirelerin "Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği" çaba gösterme istekliliği, hedef ve değerlere inanç" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının diğer unvanda görev yapan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Son 3 ayda fazla mesai çalışma saati 1-12 saat arasında olan hemşirelerin "çaba gösterme istekliliği" puan ortalamasının 12 saatten fazla olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Mesleki pozisyonundan memnun olan hemşirelerin "çaba gösterme istekliliği" puan ortalaması yüksek bulunurken, memnun olmayanların ise "meslek üyeliğini sürdürme" puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Kurumdan ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin "çaba gösterme istekliliği" puan ortalaması yüksek bulunurken, ayrılma düşüncesi olan hemşirelerin ise "meslek üyeliğini sürdürme" puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Meslekten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin "mesleğe bağlılık ve çaba gösterme istekliliği" puan ortalamaları yüksek bulunurken, ayrılma düşüncesi olan hemşirelerin ise "meslek üyeliğini sürdürme" puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hastalara yeterli bakım verdiğini düşünen hemşirelerin "çaba gösterme istekliliği" puan ortalaması yüksek bulunurken, yeterli bakım vermediğini düşünen hemşirelerin ise "meslek üyeliğini sürdürme" puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ , Tablo 3).



**Tablo 1.** Çalışmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=300)

Değişkenler	Ortalama $\bar{x} \pm SD$	
Yaş (yıl)	32,51±8,54	
Kurumda çalışma süresi (yıl)	4,37±5,31	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	10,17±9,46	
Haftalık çalışma süresi (saat)	54,18±7,63	
Gündüz vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısı	10,06±10,03	
Gece vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısı	10,24±10,59	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kuşak</b>		
X Kuşağı (1965-1980)	87	29,0
Y Kuşağı (1981-2000)	213	71,0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	240	80,0
Erkek	60	20,0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	151	50,3
Bekar	149	49,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
Önlisans	60	20,0
Lisans	223	74,3
Yükseklisans/doktora	17	5,7
<b>Çalışılan Birim</b>		
Dahili Birimler	78	26,0
Cerrahi Birimler	76	25,3
Yoğun bakım	79	26,3
Ameliyathane	16	5,3
Acil	51	17,0
<b>Çalışılan Birimdeki Unvan</b>		
Servis Hemşiresi	202	67,3
Sorumlu Hemşire	6	2,0
Yoğunbakım Hemşiresi	77	25,7
Ameliyathane Hemşiresi	15	5,0
<b>Çalışma Düzeni</b>		
Sürekli gündüz	16	5,3
Sürekli gece	3	1,0
Gece-Gündüz	281	93,7
<b>Son 3 ayda Fazla Mesai Çalışma Saati</b>		
1-12 saat	42	14,0
12 saatten fazla	258	86,0
<b>Mesleki Pozisyondan Memnun Olma Durumu</b>		
Memnunum	42	14,0
Kısmen memnunum	170	56,7
Memnun değilim	88	29,3
<b>Kurumdan Ayrılma Düşüncesi</b>		
Var	83	27,7
Yok	155	51,7
Kararsızım	62	20,7
<b>Meslekten Ayrılma Düşüncesi</b>		
Var	62	20,7
Yok	166	55,3
Kararsızım	72	24,0
<b>Hastalara Verilen Bakımı Yeterli Bulma Durumu</b>		
Çok Yeterli	27	9,0
Yeterli	126	42,0
Kısmen Yeterli	118	39,3
Yetersiz	29	9,7
<b>Hemşirelik Bakımının Yeterli Olmama Nedenleri*</b>		
Hasta bakımı dışında servis iş yükünün fazla olması	245	29,1
Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması	165	19,6
Serviste yeterli hemşire sayısının olmaması	196	23,3
Bakım için yeterli zamanın olmaması	131	15,6
Hemşirelerin istedikleri serviste çalışmaması	104	12,4



Tablo 2. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile bakım davranışları ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=300)

Değişkenler	Bakım Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları					
	Toplam r & p	Güvence r & p	Bilgi Beceri r & p	Saygılı Olma r & p	Bağlılık r & p	
Yaş (yıl)	,06 & ,281	,06 & ,260	,06 & ,260	,06 & ,260	,06 & ,260	,06 & ,260
Kurumda çalışma süresi (yıl)	,04 & ,467	,05 & ,348	,05 & ,308	,027 & ,646	,011 & ,848	,011 & ,848
Meslekte çalışma süresi (yıl)	-,02 & ,631	-,01 & ,812	,04 & ,398	-,06 & ,273	,06 & ,281	,06 & ,281
Hafiflik çalışma süresi (saat)	-,01 & ,849	-,03 & ,575	,06 & ,252	,00 & ,912	-,05 & ,307	-,05 & ,307
Günlük vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısı	-,14 & ,014	-,14 & ,014	,00 & ,981	-,15 & ,006	-,19 & ,001	-,19 & ,001
Gece vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısı	-,14 & ,014	-,13 & ,018	-,03 & ,580	-,14 & ,014	-,18 & ,001	-,18 & ,001
<b>Bakım Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları</b>						
Değişkenler	Toplam $\chi \pm SD$	Güvence $\chi \pm SD$	Bilgi Beceri $\chi \pm SD$	Saygılı Olma $\chi \pm SD$	Bağlılık $\chi \pm SD$	
<b>Kuşak</b>						
X Kuşağı (1965–1980)	5,18±0,67	5,23±0,71	5,41±0,68	5,07±0,74	4,99±0,78	4,99±0,78
Y Kuşağı (1981–2000)	5,14±0,70	5,16±0,78	5,36±0,67	5,07±0,78	4,97±0,81	4,97±0,81
t	0,441	0,752	0,526	0,008	0,226	0,226
p	,659	,453	,599	,993	,821	,821
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	5,17±0,69	5,20±0,76	5,39±0,65	5,08±0,78	4,99±0,81	4,99±0,81
Erkek	5,07±0,69	5,08±0,77	5,30±0,73	5,00±0,73	4,89±0,75	4,89±0,75
t	1,018	1,069	1,017	0,717	0,897	0,897
p	,310	,286	,310	,474	,370	,370
<b>Medeni Durum</b>						
Evlü	5,18±0,66	5,21±0,71	5,40±0,69	5,10±0,71	5,00±0,77	5,00±0,77
Bekar	5,12±0,71	5,14±0,82	5,35±0,66	5,03±0,82	4,94±0,83	4,94±0,83
t	0,797	0,810	0,601	0,838	0,591	0,591
p	,426	,419	,548	,403	,555	,555
<b>Eğitim Durumu</b>						
Önlisans	5,17±0,79	5,18±0,95	5,40±0,80	5,08±0,79	5,02±0,84	5,02±0,84
Lisans	5,16±0,66	5,19±0,71	5,38±0,63	5,08±0,77	4,98±0,80	4,98±0,80
Yüksek lisans/doktora	4,97±0,62	5,03±0,69	5,25±0,69	4,87±0,68	4,71±0,68	4,71±0,68
KW	2,66	1,848	1,786	2,279	3,740	3,740
p	,264	,397	,409	,320	,154	,154
<b>Çalışılan Birim</b>						
Dahili Birimler	5,17±0,67	5,20±0,70	5,41±0,67	5,10±0,74	4,98±0,79	4,98±0,79
Cerrahi Birimler	5,15±0,62	5,25±0,64	5,36±0,66	5,03±0,72	4,94±0,74	4,94±0,74
Yoğun bakım	5,36±0,54	5,37±0,60	5,49±0,57	5,33±0,61	5,25±0,61	5,25±0,61
Ameliyathane	4,60±0,80	4,44±1,20	5,00±0,84	4,55±0,74	4,51±0,80	4,51±0,80
Acil	4,94±0,83	4,96±0,91	5,29±0,74	4,83±0,94	4,70±1,00	4,70±1,00
KW	17,846	16,702	6,977	20,012	18,140	18,140
p	,001	,002	,137	,000	,001	,001

Tablo 2 (Devamı). Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile bakım davranışları ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=300)

Değişkenler	Bakım Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları					Bağlılık χ ±SD
	Toplam χ ±SD	Güvence χ ±SD	Bilgi Beceri χ ±SD	Saygılı Olma χ ±SD		
<b>Çalışılan Birimdeki Unvan</b>						
Servis Hemşiresi	5,11±0,70	5,15±0,74	5,36±0,69	5,01±0,79	4,90±0,84	
Sorumlu Hemşire	5,36±0,39	5,60±0,36	5,73±0,30	5,08±0,70	4,96±0,55	
Yoğunbakım Hemşiresi	5,35±0,55	5,36±0,60	5,47±0,58	5,32±0,62	5,25±0,61	
Ameliyathane Hemşiresi	4,58±0,82	4,41±1,23	4,94±0,85	4,57±0,76	4,50±0,83	
KW	14,114	14,593	5,157	1,223	14,868	
P	<b>,003</b>	<b>,002</b>	,067	<b>,002</b>	<b>,002</b>	
<b>Çalışma Düzeni</b>						
Sürekliliği gündüz	5,31±0,57	5,42±0,58	5,45±0,61	5,19±0,65	5,13±0,70	
Sürekliliği gece	5,09±0,09	5,29±0,26	5,20±0,20	4,72±0,34	5,13±0,23	
Gece-Gündüz	5,14±5,14	5,16±0,77	5,37±0,68	5,06±0,77	4,96±0,81	
KW	0,925	1,407	1,189	1,543	0,439	
P	,630	,495	,552	,462	,803	
<b>Son 3 ayda Fazla Mesai Çalışma Saati</b>						
1-12 saat	5,20±0,57	5,25±0,60	5,35±0,64	5,14±0,64	5,02±0,66	
12 saatten fazla	5,14±0,71	5,17±0,79	5,38±0,68	5,06±0,78	4,96±0,82	
t	0,478	0,673	-0,278	0,676	0,409	
P	,633	,502	,781	,500	,683	
<b>Mesleki Pozisyondan Memnun Olma Durumu</b>						
Memnunum	5,20±0,71	5,21±0,79	5,45±0,50	5,09±0,88	5,04±0,86	
Kısmen memnunum	5,18±0,65	5,24±0,73	5,37±0,67	5,09±0,71	5,02±0,74	
Memnun değilim	5,06±0,74	5,05±0,80	5,35±0,74	4,85±0,81	4,85±0,88	
F	1,012	1,843	0,344	0,363	1,346	
P	,365	,160	,709	,696	,262	
<b>Kurumdan Ayrılma Düşüncesi</b>						
Var	5,10±0,75	5,05±0,88	5,42±0,66	5,05±0,85	4,93±0,88	
Yok	5,27±0,60	5,34±0,63	5,44±0,62	5,18±0,68	5,10±0,72	
Kararsızım	4,91±0,73	5,15±0,81	5,15±0,75	4,81±0,79	4,70±0,82	
F	6,547	7,462	4,432	5,291	5,644	
P	<b>,002</b>	<b>,001</b>	<b>,013</b>	<b>,006</b>	<b>,004</b>	
<b>Meslekten Ayrılma Düşüncesi</b>						
Var	5,00±0,76	4,94±0,93	5,29±0,73	4,98±0,83	4,84±0,91	
Yok	5,23±0,64	5,28±0,68	5,44±0,60	5,13±0,72	5,04±0,75	
Kararsızım	5,09±0,71	5,13±0,73	5,29±0,76	5,00±0,81	4,92±0,80	
F	2,844	4,802	2,013	1,271	1,641	
P	,060	<b>,009</b>	,135	,282	,196	
<b>Hastalara Verilen Bakımı Yeterli Bulma Durumu</b>						
Çok Yeterli	5,52±0,61	5,59±0,55	5,54±0,66	5,47±0,71	5,47±0,66	
Yeterli	5,22±0,64	5,24±0,77	5,44±0,63	5,14±0,67	5,06±0,69	
Kısmen Yeterli	5,06±0,67	5,11±0,71	5,30±0,71	4,97±0,74	4,86±0,79	
Yetersiz	4,85±0,86	4,83±0,90	5,26±0,69	4,75±1,08	4,57±1,09	
KW	18,958	18,496	6,187	15,230	21,105	
P	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,103	<b>,002</b>	<b>,000</b>	

**Tablo 3.** Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçüğü ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=300)

Değişkenler	Hemşirelik Mesleğine Bağlılık Ölçeği ve Alt Boyutları		
	Toplam r & p	Çaba Gösterme İstekliliği r & p	Meslek Üyelikini Sürdürme r & p
Yaş (yıl)	,06 & ,260	,06 & ,260	,06 & ,260
Kurumda çalışma süresi (yıl)	-,02 & ,712	-,06 & ,286	-,01 & ,790
Meslekte çalışma süresi (yıl)	-,13 & ,022	-,14 & ,012	-,02 & ,621
Haftalık çalışma süresi (saat)	-,04 & ,483	-,09 & ,121	,02 & ,635
Günlük vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısı	-,00 & ,907	,02 & ,702	-,00 & ,925
Gece vardiyasında hemşire başına düşen hasta sayısı	,03 & ,505	,04 & ,478	-,01 & ,763
Değişkenler	Hemşirelik Mesleğine Bağlılık Ölçeği ve Alt Boyutları		
	Toplam X ±SD	Çaba Gösterme İstekliliği X ±SD	Meslek Üyelikini Sürdürme X ±SD
Kuşak			
X Kuşağı(1965-1980)	66,66±11,34	32,83±9,08	18,06±5,61
Y Kuşağı (1981-2000)	69,03±10,52	34,54±9,08	18,27±6,40
t	-1,727	-1,480	-0,264
p	,085	,140	,792
Cinsiyet			
Kadın	68,58±10,71	34,48±8,96	17,82±6,06
Erkek	67,38±11,18	32,33±9,50	19,76±6,42
t	0,772	1,641	-2,187
p	,441	,102	,030
Medeni Durum			
Evli	68,11±11,66	34,05±9,09	17,98±6,31
Bekar	68,57±9,89	34,04±9,13	18,44±6,04
t	-0,367	0,012	-0,648
p	,714	,990	,517
Eğitim Durumu			
Önlisans	66,76±10,09	32,76±8,89	18,36±5,80
Lisans	68,79±11,19	34,60±9,33	18,02±6,38
Yükseklisans/doktora	68,05±7,37	31,35±5,27	20,23±4,32
KW	1,146	3,803	2,832
p	,564	,149	,243
Çalışılan Birim			
Dahili Birimler	67,85±9,22	33,25±8,72	18,53±5,46
Cerrahi Birimler	67,36±10,92	34,19±9,11	17,14±3,27
Yoğun bakım	70,06±11,38	34,89±9,11	18,82±5,83
Ameliyathane	62,87±7,83	27,43±9,18	20,93±7,31
Acil	69,60±12,23	35,82±8,89	17,52±3,16
KW	8,042	12,721	7,602
p	,090	,013	,266

Tablo 3 (Devamı): Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=300)

Değişkenler	Hemşirelik Mesleğine Bağlılık Ölçeği ve Alt Boyutları			
	Toplam $\chi$ $\pm$ SD	Çaba Gösterme İstekliliği $\chi$ $\pm$ SD	Meslek Üyelikğini Sürdürme $\chi$ $\pm$ SD	Hedef ve Değerlere İnanç $\chi$ $\pm$ SD
<b>Çalışılan Birimdeki Unvan</b>				
Servis Hemşiresi	68,12 $\pm$ 10,71	34,31 $\pm$ 8,94	17,74 $\pm$ 6,19	16,06 $\pm$ 3,17
Sorumlu Hemşire	75,16 $\pm$ 14,97	37,33 $\pm$ 10,80	19,50 $\pm$ 7,86	18,33 $\pm$ 1,96
Yoğunbakım Hemşiresi	69,59 $\pm$ 10,84	34,63 $\pm$ 9,01	18,66 $\pm$ 5,71	16,29 $\pm$ 3,30
Anneliyathane Hemşiresi	62,13 $\pm$ 7,51	26,20 $\pm$ 8,01	21,80 $\pm$ 6,67	14,13 $\pm$ 2,85
KW	8,920	12,698	6,357	10,203
P	<b>,030</b>	<b>,005</b>	,095	<b>,017</b>
<b>Çalışma Düzeni</b>				
Sürekli gündüz	64,37 $\pm$ 9,45	33,12 $\pm$ 8,66	15,18 $\pm$ 4,50	16,06 $\pm$ 3,62
Sürekli gece	66,33 $\pm$ 8,38	39,00 $\pm$ 3,60	13,66 $\pm$ 6,35	13,66 $\pm$ 4,16
Gece-Gündüz	68,59 $\pm$ 10,88	34,05 $\pm$ 9,16	18,43 $\pm$ 6,20	16,10 $\pm$ 3,17
KW	1,616	1,652	5,846	1,345
P	,446	,438	,054	,510
<b>Son 3 ayda Fazla Mesai Çalışma Saati</b>				
1-12 saat	70,50 $\pm$ 12,11	36,83 $\pm$ 8,74	17,69 $\pm$ 6,63	15,97 $\pm$ 3,04
12. saatten fazla	67,99 $\pm$ 10,56	33,60 $\pm$ 9,09	18,30 $\pm$ 6,10	16,09 $\pm$ 3,23
t	1,395	2,147	-0,595	-0,219
P	,164	<b>,033</b>	,552	,827
<b>Mesleki Pozisyondan Memnun Olma Durumu</b>				
Memnunum	69,04 $\pm$ 10,74	37,92 $\pm$ 10,28	14,64 $\pm$ 6,76	16,47 $\pm$ 3,29
Kısmen memnunum	69,24 $\pm$ 11,30	35,42 $\pm$ 8,40	17,51 $\pm$ 5,91	16,30 $\pm$ 3,19
Memnun değilim	66,27 $\pm$ 9,60	29,55 $\pm$ 8,13	21,27 $\pm$ 4,99	15,44 $\pm$ 3,13
F	2,320	18,387	21,483	2,503
P	,100	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,084
<b>Kurumdan Ayrılma Düşüncesi</b>				
Var	67,75 $\pm$ 10,82	31,46 $\pm$ 8,65	20,32 $\pm$ 6,03	15,96 $\pm$ 2,91
Yok	69,25 $\pm$ 11,13	36,57 $\pm$ 8,94	16,29 $\pm$ 6,07	16,38 $\pm$ 3,25
Kararsızım	66,87 $\pm$ 9,84	31,20 $\pm$ 8,35	20,20 $\pm$ 5,02	15,45 $\pm$ 3,41
F	1,247	13,329	17,308	1,969
P	,289	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,141
<b>Meslekten Ayrılma Düşüncesi</b>				
Var	65,11 $\pm$ 9,35	28,22 $\pm$ 8,41	21,22 $\pm$ 5,23	15,66 $\pm$ 3,23
Yok	69,33 $\pm$ 11,68	36,68 $\pm$ 8,73	16,32 $\pm$ 6,32	16,32 $\pm$ 3,23
Kararsızım	68,86 $\pm$ 9,34	33,01 $\pm$ 7,98	19,98 $\pm$ 4,96	15,86 $\pm$ 3,10
F	3,609	23,057	20,453	1,184
P	<b>,028</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,308
<b>Hastalara Verilen Bakımı Yeterli Bulma Durumu</b>				
Çok Yeterli	69,18 $\pm$ 16,48	34,88 $\pm$ 11,70	18,55 $\pm$ 7,38	15,74 $\pm$ 3,96
Yeterli	68,76 $\pm$ 9,44	35,35 $\pm$ 8,84	16,92 $\pm$ 5,99	16,47 $\pm$ 2,85
Kısmen Yeterli	68,44 $\pm$ 11,13	33,70 $\pm$ 8,39	18,92 $\pm$ 5,88	15,81 $\pm$ 3,33
Yetersiz	65,37 $\pm$ 8,23	29,03 $\pm$ 8,89	20,62 $\pm$ 5,98	15,72 $\pm$ 3,35
KW	4,289	12,839	12,525	2,431
P	,232	<b>,005</b>	<b>,006</b>	,488

**Tablo 4.** Hemşirelerin bakım davranışları ölçeği ve alt boyut puanları ile hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki (n=300)

		BDÖ Toplam	Güvence	Bilgi Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	HMBÖ Toplam	Çaba Gösterme İstekliliği	Meslek Üyeliğini Sürdürme	Hedef ve Değerlere İnanç
BDÖ Toplam	r	1	,93	,84	,94	,92	,28	,32	-,07	,18
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,214	,001
Güvence	r	,93	1	,74	,80	,77	,27	,32	-,10	,17
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,072	,002
Bilgi Beceri	r	,84	,74	1	,72	,69	,23	,25	-,08	,22
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,149	,000
Saygılı Olma	r	,94	,80	,72	1	,91	,28	,29	,03	,16
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,589	,004
Bağlılık	r	,92	,77	,69	,91	1	,25	,27	-,03	,13
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,572	,021
HMBÖ Toplam	r	,28	,27	,23	,28	,25	1	,77	,26	,64
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
Çaba Gösterme İstekliliği	r	,32	,32	,25	,29	,27	,77	1	-,34	,45
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
Meslek Üyeliğini Sürdürme	r	-,07	-,10	-,08	,03	-,03	,26	-,34	1	-,05
	p	,214	,072	,149	,589	,572	,000	,000		,351
Hedef ve Değerlere İnanç	r	,18	,17	,22	,16	,13	,64	,45	-,05	1
	p	,001	,002	,000	,004	,021	,000	,000	,351	

r=Spearman Korelasyon Analizi

“Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği” ve alt boyut puanları ile “Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği” ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde;

Hemşirelerin “bakım davranışları/verilen bakım kalitesini algılama düzeyi” ile “güvence, saygılı olma ve bağlılık” alt boyutları arasında çok güçlü, “bilgi-beceri” alt boyut arasında güçlü, pozitif yönde,  $p < 0,001$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin “bakım davranışları/verilen bakım kalitesini algılama düzeyi” ile “hemşirelikte mesleğe bağlılık toplam, hedef ve değerlere inanç” alt boyutları arasında çok zayıf, “çaba gösterme istekliliği” alt boyut arasında zayıf, pozitif yönde,  $p \leq 0,001$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Hemşirelik mesleğine profesyonel tutum ve becerinin yerleştirilmesi, hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına yönelik bakımın verilmesi, bakım kalitesini olumlu etkilemesinin yanı sıra mesleki örgüt birliğinin ve bağlılığının aynı zamanda mesleki statünün de artmasına olanak sağlayacaktır (Dikmen ve ark, 2014).

### Hemşirelerin “Bakım Davranışları” ve “Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin” Tartışılması

Bu çalışmada X ve Y kuşağındaki hemşirelerin “bakım kalitesini algılama düzeyinin” yüksek ve “mesleki bağlılıklarının” orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Burtson ve Stichler’in (2010), Altın’ın (2019) yapmış olduğu çalışmalarda, hemşirelerin bakım davranışları düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Şenol ve Uğurlu’nun (2019) yaptığı çalışmada, hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının yüksek ( $140 \pm 15,4$ ) olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan X kuşağı hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının ( $143,9 \pm 14,1$ ), Y kuşağı hemşirelerine ( $139,4 \pm 15,5$ ) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Erol’un (2016) yaptığı çalışmada, hemşirelerin bakım davranışlarının ve mesleki profesyonel tutumlarının yüksek, bakım davranışları ve mesleki profesyonel düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Uysal ve Karakurt’un (2020) ve Gökalp’in (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerin mesleki bağlılık düzeyinin ortalamasının üstünde olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da araştırmamızın bulguları ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (Çelik ve Yıldız, 2018; Hsu et al., 2015; Nesje, 2017). Mesleğe bağlılık düzeyi yüksek olan bireylerin özellikleri, mesleğe yönelik bilgisini, becerisini ve tecrübesini geliştirmek için gayret gösteren, mesleki statüsünde yükselmek için uğraşan, profesyonel sorumluluk bilinci olan, bu sorumluluklarını ve mesleğini en iyi şekilde yerine getirenlerdir (Lee et al., 2000). Bu çalışmada yer alan hemşirelerin bakım davranışları algısı düzeyinin yüksek olması olumlu bir sonuçtur. Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bir kısmının yoğun bakım ünitelerinde görev yapıyor olması, yoğun bakım birimlerinde her bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısının diğer servislerde görev yapanlara göre daha az olması ve gereksinimlerin karşılanması için her



bir hastaya ayrılan zamanın fazla olması hemşirelerin bakım davranışları düzeyinin yüksek çıkmasında etkili olacağını düşündürmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin mesleğe bağlılıklarının orta düzeyde çıkmasının nedeni; hemşirelerin hasta bakımı dışında servis iş yükünün fazla olmasından, serviste yeterli sayıda hemşire olmamasından, mesleki pozisyonundan kısmen memnun olmalarından ve hastanedeki yönetim süreçlerinden kaynaklanıyor olabilir.

### **Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Davranışları Düzeylerinin Tartışılması**

X ve Y kuşağında olan hemşirelerin bakım davranışları arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 2). Hastanede görev yapan farklı kuşaklarda olan hemşireler ile bakım davranışları üzerine yapılan çalışma bulunmamıştır. Yapılan çalışmalar daha çok hemşireler, ebeler ve öğrencilerin bakım davranışları algısı üzerine yapılmıştır. Gündüz ve gece vardiyasında görev yapan hemşireye düşen hasta sayısı arttıkça “bakım davranışlarının” ve “verilen bakım kalitesinin” azalmasının nedeni, yoğun çalışma temposunun sosyal yaşamlarını sınırlaması, çalışma koşullarının ağır ve iş yükünün fazla olmasından kaynaklanabilir (Altın, 2019). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin “Bakım Davranışları Ölçeği-24 güvence, saygılı olma ve bağlılık” alt boyut ve toplam puan ortalamaları, sorumlu hemşirelerin “Bakım Davranışları Ölçeği-24 güvence” alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır (Tablo 2). Altın’ın (2019) yaptığı çalışmada, yoğun bakım kliniği hemşirelerinin bakım algılarının en yüksek düzeyde olduğunu, polikliniklerde görev yapan hemşirelerin bakım algılarının ise en düşük düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan ve sorumlu hemşirelerin “bakım davranışlarının” ve “bakım kalitesini algılama düzeylerinin” yüksek çıkma nedeni; iletişim becerisi ve problem çözme yetisinin iyi olması, hastaya bakım vermede profesyonelleşmenin olması, bakım verdiği hastanın gereksinimlerini kısa bir sürede fark etmesi ve karşılaması, edindikleri tecrübelerin ve mesleki becerilerin artması, yoğun bakım ünitelerinde hemşireye düşen hasta sayısının diğer servislere göre az olması ve gereksinimlerin karşılanması için hastaya ayrılan zamanın fazla olması gibi durumlardan kaynaklanabilir (Yıldız ve Kanan, 2005; Terazi ve Kaya, 2011; Esin ve Sezgin, 2012).

Kurumdan ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin “Bakım Davranışları Ölçeği-24 güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık” alt boyut ve toplam puan ortalamaları, meslekten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin güvence alt boyut puan ortalamaları, hastalara verilen bakımı çok yeterli bulan hemşirelerin “Bakım Davranışları Ölçeği-24 güvence, saygılı olma

ve bağlılık” alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır (Tablo 2). Altın’ın (2019) ve Kılıç ve Öztunç’un (2015) yaptığı çalışmada, verilen bakımı yeterli olduğunu düşünen hemşirelerde “bakım davranışları ölçeği toplam puanı, saygılı olma, bağlılık ve güvence” boyutları puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Göğüş’ün (2016) yaptığı çalışmada, hastalara verilen hemşirelik bakımını yeterli düzeyde bulmanın bakım davranışları algısını olumlu ya da olumsuz etkilemediği tespit edilmiştir. Kurumdan ve meslekten ayrılma düşüncesi olmayan, hastalara verilen bakımı çok yeterli bulan hemşirelerin “bakım davranışlarının ve bakım kalitesini algılama düzeylerinin” yüksek çıkma nedeni; mesleğini severek yapmaları, özerkliğinin farkında olması, hastalara saygı duyması, mesleki norm ve değerlerinin yüksek olması, kendilerini örgütün bir parçası olarak görmeleri, örgüte olan duygusal bağlılıkları, çalışanların kurumla özdeşleşme ve arzu ettikleri için işlerine devam etmesi gibi durumlardan kaynaklanabilir. Bakım hemşirelerin temel görevlerinden biridir ve buna önem verildiğini düşünen hemşirelerin bakım algısının yüksek olması beklenebilir (Clipper, 2012; Kılıç, 2014; Altın, 2019).

### **Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Tartışılması**

X ve Y kuşağında olan hemşirelerin mesleğe bağlılıkları arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 3). Gümüşdaş ve ark. (2021) yaptığı çalışmada, “mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirme bağlılığı” alt boyut puan ortalamalarının kuşaklar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Haydari ve ark. (2016), Esencan ve Özdi’l’in (2017), Yayla ve Sarioğlu Kemer’in (2020) ve Gökalp’in (2021) yaptıkları çalışmada sonuçlarımızın aksine X kuşağındaki hemşirelerin mesleki bağlılık puan ortalamalarının Y kuşağındaki hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı azaldıkça “hemşirelik mesleğine bağlılıklarının” ve “çaba gösterme istekliliklerinin” arttığı saptanmıştır (Tablo 3). Mesleğinde çalışma yılı az olan hemşirelerin mesleğine bağlılık düzeyinin yüksek çıkmasının nedeni, hastanede çalışan hemşirelerin yaş ortalamalarının genç olması, çalışma yılı artan kişilerde duygusal tükenmişlik düzeyinin, duyarsızlaşmanın ve mesleki tatmin düzeyinin azalması, işsizlik sorunlarının yaşanması, maaş dışı ödemelerin olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (O’Brien Pallas et al., 2006; Gök ve Kocaman, 2011). Çalışmamızın aksine Flinkman et al. (2010), Wang et al. (2011), Şen’in (2012), Haydari ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada, genç hemşirelerin görevden ayrılma düşüncelerinin fazla olduğu ifade

edilmiş ve bu yaş grubu hemşirelerde görevden istifa etme düşüncelerinin evrensel bir sorun olduğuna dikkat çekilmiştir.

Hemşirelerin eğitim durumları ve “mesleğe bağlılık ölçeği” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Kızıl ve ark. (2015) yaptığı çalışmada da hemşirelerin eğitim düzeylerinin mesleki görevlerini benimsemesi ve yerine getirmesinde etkili olmadığı görülmüştür (52). Erkek hemşirelerin “meslek üyeliğini sürdürme” puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Yapılan bazı çalışmalarda ise aksine cinsiyetin mesleki bağlılık üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Dönmez ve Karakuş, 2019; Mersin ve ark. 2019; Uysal ve Karakurt, 2020). Erkek hemşirelerin ülkemizde yaşanan işsizlik durumları, hayati zorluklar ve zorunluluklar, işten ayrılma sonucunda meydana gelen maddi sorunlar, daha iyi olanaklara sahip iş imkanlarının azlığı, alınan maaştan hariç ödemeler yapılması gibi avantajlar ve paranın gücüne değer vermeleri mesleğinde kalmaya devam etmelerine neden olabilir.

Acil birimde çalışan hemşirelerin “çaba gösterme istekliliği” puan ortalamasının yüksek çıkmasındaki etken, acil birimlere başvuran hasta sayısının fazla, hastaların acil birimlerde yatış sürelerinin kısa, bilgi, psikomotor ve problem çözme becerilerinin iyi olmasından kaynaklanabilir (Öğüt ve Kaya, 2011; Mercanhoğlu, 2012; Ahwal and Arora 2015). Kurumdan ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin “çaba gösterme istekliliği” puan ortalaması, meslekten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin “mesleğe bağlılık ve çaba gösterme istekliliği” puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Hemşirelerin işten ayrılmaları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşire açığının giderek artmasının çalışma yaşamını zorlaştırması, ücret yetersizliği, mesai saatlerinin fazla olması ve sosyal hakların yetersizliği gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin hastalara verdikleri bakım davranışları ve bakım kalitesi algısı, mesleğe bağlılıkları azalmaktadır (Tourangeau Cummings et al., 2010, Clipper, 2012).

Son 3 ayda fazla mesai çalışma saati 1-12 saat arasında olan, mesleki pozisyonundan memnun olan ve hastalara yeterli bakım verdiğini düşünen hemşirelerin “çaba gösterme istekliliği” puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Sarı'nın (2019) yaptığı çalışmada, görev yaptığı birimi kendi isteğiyle seçen, mesleğinde bireylere destek veren ve iyilik yapan, mesleki bilgi ve tecrübesini geliştiren, iyi bir toplumsal statüye sahip olan ve mesleğini severek yapan hemşirelerin, mesleki bağlılık düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda sürekli gündüz görev yapan hemşirelerin mesleki bağlılık düzeylerinin, gece/gündüz görev yapan hemşirelerden yüksek olması ilgi çekici bulunmuştur (59).

Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İle Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Hemşirelerin “bakım davranışları/verilen bakım kalitesini algılama düzeyi” ile “hemşirelikte mesleğe bağlılık toplam, hedef ve değerlere inanç” alt boyutları arasında çok zayıf, “çaba gösterme istekliliği” alt boyut arasında zayıf ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). “Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün” “güvence, saygılı olma ve bağlılık” alt boyutlarına yönelik yapılan girişimler (iletişim tekniklerine uygun hasta ile etkileşimde bulunma, gerekli konularda hasta eğitimi verilmesi, hasta ile yeterli zaman geçirme, hastanın gereksinimleri doğrultusunda destek olma ve karşılama, hastada olumlu sağlık davranışları geliştirme, sabırlı ve özverili davranma, empati ile yaklaşma, hastanın duygularını ifade etmesinde cesaretlendirme, hemşirelik bakım planına hasta ve yakınlarını dahil etme, hastalık semptomlarına yönelik girişimlerde bulunma, hastanın ilaç tedavilerini ve bakımını düzenli saatlerde yapma vb.) arttıkça hemşirelerin “bakım kalitesini algılama düzeyleri” artmaktadır (Kurşun ve Kanan, 2012). Hemşirelerin “mesleğe bağlılık düzeyi, hedef ve değerlere inançları, çaba gösterme istekliliği” arttıkça “bakım davranışları ve verilen bakım kalitesini algılama düzeyinin” de arttığı saptanmıştır ( $p\leq 0,001$ ). Hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeyi ile bakım davranışları ve verilen bakım kalitesini algılama düzeyi arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmasının nedeni, hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak çalışmaktan dolayı kendini gerçekleştirebilmesinden, kendisi için en iyi meslek olduğunu düşünmesinden, kendisini hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak görmesinden, değerli bir meslek olduğunu düşünmesinden, mesleğini uygulayarak insanlara yardım edebilmenin kendini önemli hissettirmesinden ve bireye, topluma önemli katkıları olmasından kaynaklanabilir (Lu et al., 2000; Çetinkaya ve ark., 2015).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

X ve Y kuşağındaki hemşirelerin bakım davranışları düzeylerinin yüksek ve mesleki bağlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Kurumdan ve meslekten ayrılma düşüncesi olmayan, hastalara verilen bakımı çok yeterli bulan, yoğun bakım ünitesinde çalışan ve sorumlu hemşirelerin bakım davranışları, verilen bakımı yeterli ve kaliteli algılama düzeyleri yüksek çıkmıştır. Hastalara yeterli bakım verdiğini düşünen, mesleki pozisyonundan memnun olan, kurumdan ve meslekten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin çaba gösterme istekliliği puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Kuşaklararası farklılıkları daha iyi göstermek ve güvenilir sonuçlar elde etmek için farklı kurumlarda görev yapan ve

geniş örnekleme olan X, Y ve Z kuşak hemşireleri ile karşılaştırmalı nicel ve nitel çalışmaların yapılması, X ve Y kuşağında mesleki bağlılık düzeyini yükseltmek için neden sonuç ilişkilerinin araştırılması, hemşirelerin eğitim-öğretim düzeylerine uygun, kendilerini geliştirebilecekleri ve tecrübelerini en iyi şekilde sergileyebilecekleri, çağdaş hemşirelik doğrultusunda rol ve sorumluluklarını en iyi şekilde icra edecekleri birimlere yerleştirilmesi, hemşirelerin örgütsel bağlılıklarını artırıcı uygulamaların ve politikaların geliştirilmesi, kurum yönetimi tarafından tedbirlerin alınması, alınan kararlara ve organizasyonlara kurumda görev yapan hemşirelerin alınması, hemşirelerin düşüncelerine değer verildiğinin gösterilmesi, adalet ve eşitlik ilkelerine uyan yönetim anlayışının benimsenmesi, hemşirelerin kişisel isteklerinin göz önünde bulundurulması ve kuşaklara yönelik önlemlerin alınması ve profesyonel gelişim üzerine uygun eğitimlerin yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- Adıgüzel, O., Batur, H. & Ekşili N. (2014). Kuşakların değişen yüzü ve y kuşağı ile ortaya çıkan yeni çalışma tarzı: mobil yakalılar. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(19), 165-182.
- Ahwal, S., Arora, S. (2015), Workplace stress for nurses in emergency department. IJETN, 1(2), 17-21.
- Altın, İ. (2019). Hemşirelerin bakım kavramına ilişkin metafor algıları ve bakım davranışları [Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yozgat, Türkiye.
- Baltaş, Z. (2010). Y Kuşağı; onların dünyadan, dünyanın onlardan beklentileri. İş dünyasının yeni kuşağı diji-Y'ler. Kaynak Dergisi, 41(2), 15-18.
- Başol, O. & Aydın, Ç. G. (2014). X ve Y kuşağı: Çalışmanın anlamında bir değişme var mı? Electronic Journal of Vocational Colleges, 1-15.
- Benligiray, S. & Sönmez, H. (2011). Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile diğer bağlılık formları arasındaki ilişki: örgütsel bağlılık, işe bağlılık ve aileye bağlılık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18 (1), 28-40.
- Biro, L. (2013). Hemşirelik süreci hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. İzmir, Türkiye: Berke Ofset Matbaacılık.
- Burtson, P. L. & Stichler, J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. Journal of Advanced Nursing, 66(8),1819-1831. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05336.x>
- Clipper, B. (2012). Nurse Manager's Guide to an intergenerational work force. SIGMA Theta Tau International, <http://site.ebrary.com/id/10629217> (Erişim 07.3.2021).
- Çelik, M. & Yıldız, B. (2018). Hemşirelerde mesleki bağlılık, özdeşleşme ve işten ayrılma niyeti ilişkisi: Kamu sektörü ve özel sektör karşılaştırması. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2), 47-75.
- Çetin, A., Tekmen, E. E. & Şentürk, M. (2016). Mesleki bağlılık ve mesleki öz-yeterlilik algısının bilgi paylaşma davranışına etkisi. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 6 (2), 289-315.
- Çetinkaya, A., Özmen, D. & Temel, A. B. (2015). Hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8 (2), 54-60.
- Dikmen, D. Y., Yönder, M., Yorgun, S., Yıldırım, U. Y., Umur, S. & Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3), 158-164.

- Dönmez, S. & Karakuş, E. (2019). Yeni mezun olan hemşirelerin mesleğe bağlılıklarının incelenmesi. Kocaeli Tıp Dergisi, 8(1), 146-152.
- Erol, F. (2016). Hemşirelerin bakım davranışları ve mesleki profesyonel tutumları. [Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Aydın, Türkiye.
- Erenoğlu, R., Can, R. & Tambağ, H. (2019). Hemşirelik bakım davranışları ve bakım davranışları ile ilgili faktörler; Doğumevi örneği. Sağlık ve Toplum, 29(1), 79-88.
- Esencan, T. Y. & Özdil, H. (2017). X ve Y kuşağındaki hemşirelerin mesleki bağlılıklarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(3), 91-104.
- Esin, M. N. & Sezgin, D. (2012). Yoğun bakım ortamında çalışan güvenliği: Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamı ve mesleki riskleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 16(1), 14-20.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H.M. & Salantere, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. International Journal Nursing Studies, 45, 727-739. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.12.006>
- Göğüş, F. (2016). Cerrahi hastaların ve cerrahi hemşirelerinin bakım davranışideğerlendirmelerinin karşılaştırılması. [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Ankara, Türkiye.
- Gök, A. U. & Kocaman, G. (2014). Reasons for leaving nursing: A study among Turkish nurses. Contemporary Nurse, 39, 65-74. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.39.1.65>
- Gökalp, K. (2021). Farklı kuşak hemşirelerin mesleki bağlılıkları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 8(2), 214-220.
- Göksel, A. & Güneş, G. (2017). Kuşaklar arası farklılaşma: X ve Y kuşaklarının örgütsel sessizlik davranışı bağlamında analizi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(3), 807-828.
- Gümüşdaş, M., Lazoğlu, M. & Ejder A. S. (2021). X ve Y kuşağındaki ebelerin mesleki bağlılıklarının karşılaştırılması. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 8(1), 77-85.
- Haydari, S. M., Kocaman, G. & Tokat, M. U. (2016). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 3(3), 119-131.
- Hendricks, J. M. & Cope, V. C. (2013). Generational diversity: what nurse managers need to know. Journal of Advanced Nursing, 69(3), 717-725. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06079.x>
- Hinkle, D. E., Wiersma, W. & Jurs, S. G. (1988). Applied statistics for the behavioral sciences. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Hsu, H. C., Wang, P. Y., Lin, L. H., Shih, W. M. & Lin, M. H. (2015). Exploring the relationship between professional commitment and job satisfaction among nurses. Workplace Health & Safety, 63(9), 392-398. DOI: 10.1177/2165079915591400
- İlhan S. E., & Öztaş, D. (2021). Hemşirelik bakım kavramı. İçinde: Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Eds. Kaşıkçı M. K., Akın, E. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul. S. 226-237.
- Kızıl, G. E., İncazlı, B. S., Erken, S., Güntürkün, F. & Özkan B. (2015). Hemşirelerin görevlerini bilme, benimseme ve yerine getirme durumları: İzmir Örneği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12(3), 215-223.
- Kiliç, M. & Öztunç, G. (2015). Comparison of nursing care perceptions between patients who had surgical operation and nurses who provided care to those patients. International Journal of Caring Sciences, 8(3), 625.
- Kol, E., Geçkil, E., Arıkan, C., İlater, S. M., Özcan, Ö., Şakirgün, E. & Atay, S. (2017). Türkiye'de Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3), 163-172.
- Köse, S., Oral, L., & Türesin, T. H. (2014). Y kuşağının birinci ve ikinci yarısında iş değerlerinin karşılaştırılması üzerine bir araştırma. Humanitas, 2(3), 149-166.

- Kurşun, Ş. & Kanan, N. (2012). Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 229-235.
- Kuyucu, M. (2017). Y kuşağı ve teknoloji: y kuşağının iletişim teknolojilerini kullanım alışkanlıkları. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 5(2), 845-872.
- Lee, K., Carswell, J. & Allen, N. (2000). A Meta-analytic review of occupational commitment: relations with person and work-related variables. *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 799-811.
- Lu, K., Chang, L. & Wu, H. (2007). Relationships between professional commitment, job satisfaction, and work stress in public health nurses in Taiwan. *Journal of Professional Nursing*, 23(2), 110-116. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.06.005>
- Mercanlioğlu, A. Ç. (2012). Demografik değişkenler bazında iş tatmini boyutlarında oluşan farklılıklar: Ok meydanı eğitim ve araştırma hastanesi personeline yönelik bir araştırma, *Öneri*, 10(37), 121-138.
- Mersin, S., İbrahimioğlu, Ö., Çağlar, M. & Akyol, E. (2020). Compassionate love, burnout and professional commitment in nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(1),72-81. <https://doi.org/10.1111/jonm.12892>
- Morsümbül, Ş. (2014). Değerlerin kuşaklar arası değişimi: Ankara örneği [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Ankara, Türkiye.
- Nesje, K. (2017). Professional commitment: does it buffer or intensify job demands?. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(2), 185-191. <https://doi.org/10.1111/sjop.12349>
- O'Brien Palas, L., Duffield, C. & Hayes, L. (2006). Do we really understand how to retain nurses? *Journal of Nursing Management*, 14, 262-270. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00611.x>
- Öğüt, A., Kaya, Ş.D. (2011), Sağlık kurumlarında ekip çalışması. *Sosyal ve Teknik Araştırma Dergisi*, 1, 87-95.
- Sarı, M. (2019). Hemşirelerin mesleğine yönelik imaj ve mesleğe bağlılık algısı [Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. İstanbul, Türkiye.
- Sarioğlu, E. & Özmen, D. (2017). Determining sources of motivation for nurses of different generations in Turkey. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 23(5), 1-9.
- Şen, S. (2012). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin meslekte ve işten ayrılma niyetleri ile iş doyumlarının incelenmesi [Yüksek lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. İstanbul, Türkiye.
- Şenol, F. & Uğurlu, Z. (2019). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*. 29 (1), 44-53.
- Terzi, B. & Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.
- Tourangeau, E. A., Cummings, G., Cranley, A. L., Ferron, E. M. & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *J Adv. Nurs.* 66 (1), 22-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x>
- Tuğut, N., Tek, R. & Ayhan, T. (2017, 26-28 Nisan). Y kuşak hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul.
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2019). Kuşak. <http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com> (Erişim 07.03.2021).
- Uysal, A. & Karakurt, P. D. (2020). The effect of nurses' profession commitment situation to tendency of making medical error. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 349-361. doi:10.21763/tjfm.646889
- Yayla, A. & Sarioğlu Kemer, A. (2020). X ve Y kuşağındaki hemşirelerin bireysel yenilikçilik özelliklerinin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(2), 271-279.
- Yıldız, N. & Kanan, N. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu etkileyen faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 8-13.
- Yılmaz, E.T. & Özdil, H. (2017). X ve Y kuşağındaki hemşirelerin mesleki bağlılıklarının değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 33(3), 91-104.
- Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. H., & Liu, X. (2011). Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 539-49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05755.x>
- Widger, K., Pye, C., Cranley, L., Wilson-Keates, B., Squires, M., & Tourangeau, A. (2007). Generational differences in acute care nurses. *Nursing Leadership*, 20,49-61. <https://doi.org/10.12927/cjn.1W>
- Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A. & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image J Nurs Sch*, 26(2), 107-111. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00927.x>
- Wu, Y., Larrabee, J. H. & Putman, H. P. (2006). Caring behaviors inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*, 55(1), 18-25.



# Monte Carlo Simülasyonu ile yatırım kararı

## Investment decision with Monte Carlo Simulation

Tuğba Altıntaş<sup>1</sup>, Abdullah Kaldık<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof.Dr.Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tugba.altintas@uskudar.edu.tr, 0000-0002-4779-8668

<sup>2</sup>Sağlık Yönetimi Uzmanı, Bingöl Devlet Hastanesi, kaldikabdullah@gmail.com, 0000-0003-4854-7278

### Anahtar Kelimeler:

Karar Modelleri, Yöneylem Araştırması, Simülasyon, Monte Carlo Simülasyonu

### Key Words:

Decision Models, Operations Research, Simulation, Monte Carlo Simulation.

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Prof.Dr.Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tugba.altintas@uskudar.edu.tr, 0000-0002-4779-8668

### DOI:

10.52880/sagakaderg.1242263

### Gönderme Tarihi/Received Date:

25.01.2023

### Kabul Tarihi/Accepted Date:

25.02.2023

### Yayımlanma Tarihi/Published Online:

01.06.2023

## ÖZ

Bu çalışmada, özel bir fizyoterapi ve rehabilitasyon kliniğinin yeni bir elektroterapi cihazına yatırım yapması halinde, yatırımın ne kadar sürede geri döneceği Monte Carlo simülasyonu ile tahmin edilerek, yatırımın avantajlı mı dezavantajlı mı olduğuna karar verilmiştir. Simülasyon deneyi için bir senaryo üretilmiş, kliniğe gelen hasta sayısının günlere göre Uniform dağıldığı varsayılarak, 360 gün boyunca gelen hasta sayısı Uniform dağılıma uygun rasgele sayı üretilerek elde edilmiştir. Ardından mevcut durum ile yatırım yapılan durum için birikimli kazanç ve kayıplar Monte Carlo simülasyonu ile hesaplanarak karşılaştırma yapılmış ve yatırım kararının kliniğin lehine olduğu anlaşılmıştır.

## ABSTRACT

In this study, if a private physiotherapy and rehabilitation clinic invests in a new electrotherapy device, the return on investment is estimated by Monte Carlo simulation to determine whether the investment is advantageous or disadvantageous. For the simulation experiment, a scenario is generated, assuming that the number of patients coming to the clinic is uniformly distributed by days, the number of patients coming to the clinic for 360 days is obtained by generating a random number in accordance with the uniform distribution. Then, the cumulative gains and losses for the current situation and the invested situation were calculated and compared by Monte Carlo simulation and it was understood that the investment decision was in favor of the clinic.

## GİRİŞ

Sağlık toplum için vazgeçilmez ve paha biçilemez bir durumdur. Teknolojinin ilerlemesiyle sağlık alanında da gözle görülür derecede ilerlemeler ve iyileşmeler olmuştur. Yöneylem araştırmasının uygulama alanlarından biri de sağlıktır. İngiltere'de yürütülen bir çalışmada polikliniklerde meydana gelen yönetsel problemler yöneylem araştırması kullanılarak ele alınmıştır (Welch & Bailey, 1952). Amerika Birleşik Devletlerinde 1960-1962'de hastanelerin bölümleri arasında iktisadi dengenin tahsis edilmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Flagle ve

Young Yöneylem Araştırmasının sağlık kurumlarında geldiği noktayı ve ileriki süreçte hangi konularda kullanılabileceğini araştırmıştır (Fries, 2022). Feldstein lineer programlama ile sağlık sistemindeki kısıtlı kaynakların optimum kullanımına yönelik bir model geliştirmiştir (Feldstein, 1970). Hanssmann farklı alanlardaki harcamalarda etkin bir seviyeye ulaşmak için yine yöneylem araştırması teknikleriyle benzer modeller geliştirmiştir (Hanssmann, 1961). Buşalıcı hastalıklar ve salgınlar ile ilgili olarak da literatürde bir çok çalışma yer almaktadır. Revella ve ark. Tüberküloz ile mücadeleyle yönelik bir doğrusal programlama modeli geliştirmiştir. 1965 yılında Klarman tarafından



cüzzama, 1965 yılında Lechat ve Flagle tarafından sifilize, 1973 yılında Cvjentanovic ve ark. Tarafından tifo ve koleraya yönelik hastalıkların yayılmasını önleyici matematiksel modeller geliştirilmiştir (Flagle, t.y.; Klarman, 1967; Reveller vd., 1969; TTB, t.y.). Bu alanda yöneylem araştırması, seçenek stratejilerin incelenmesine olanak sağladığı için başarılı olmuştur. Smith ve Solomon (1966) geliştirdikleri simülasyon sonuçlarına göre daha dengeli hasta akışı sağlanabildiği sonucuna ulaşmıştır (TTB, t.y.). Levine and Dunn (2015) çalışmalarında sağlık çizelgeleme problemi için yöneylem araştırması tekniklerinden yararlanmışlardır (Levine & Dunn, 2015). Molina-Pariente vd. geliştirdikleri çizelgeleme modeli ile acil ameliyatlarda geliş anı ve süresine bağlı olarak cerrahların ameliyatlara optimum yönlendirilmesini sağlamak Monte Carlo simülasyonundan yararlanmışlardır (Molina-Pariente vd., 2018). Davis vd. böbrek nakillerinde optimum atama sağlayan karma tam sayılı doğrusal programlama yöntemini kullanmıştır (Davis vd., 2015).

Literatürde yer alan bilgiler, yöneylem araştırmasının sağlık yönetimi alanında da büyük önem taşıdığını göstermektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmada, simülasyon tekniğinin özel bir fizyoterapi ve rehabilitasyon kliniğinin yatırım kararında nasıl uygulanabileceği araştırılmıştır. Bu sayede yeni bir elektroterapi cihazına yatırım yapılması halinde, yatırımın ne kadar sürede geri döneceği tahmin edilerek, yatırım kararı verilmesinin avantajlı mı dezavantajlı mı olduğu değerlendirilmiştir.

## YÖNTEM

Günlük hayatta gelecekle ilgili risk ve belirsizlik her zaman vardır. Karar vericilerin risk ve belirsizlik ortamında geleceği doğru şekilde tahmin etmesi büyük önem taşımaktadır. Bir karar verme aracı olan Monte Carlo simülasyonu kararların muhtemel sonuçlarını görmeye ve risk analizine, böylelikle belirsizlik altında daha iyi karar vermeye yardımcı olmaktadır. Simülasyon, gerçek Dünyadaki bir sistemi modellemeyi amaçlar. Bu modellerde sistem davranışları araştırılarak farklı karar alternatifleri denir. Analitik problem çözme yöntemlerinin kullanılmadığı durumlarda sistemin geçmiş davranışlarına benzetim yöntemiyle karar problemleri çözülebilmektedir. Monte Carlo simülasyonu, gelecekle ilgili bilinmeyen veriyi rastgele sayı üreterek belirler. Bunu yaparken olasılık teorisinden yararlanmaktadır (Harrison vd., 2010). Monte Carlo simülasyon tekniğini bir iskambil oyunundan esinlenerek geliştiren ilk insan Manhattan Projesi'nde nükleer silah geliştirme çalışmalarında yer alan fizikçi Stanislaw Ulam'dır (Hançerlioğulları, 2006). Simülasyon, II. Dünya Savaşı yıllarında matematikçi John Von

Neumann tarafından elle veya fiziksel modeller üzerinde denenmesi pahalı ve karmaşık fizik problemlerinin çözümünde kullanılmıştır (Timor, 2001). Nisan 1948'de John ve Klara von Neumann ve Nick Metropolis'ten oluşan bir ekip, ENIAC üzerinde bir dizi hesaplamının ilkinin gerçekleştirerek ilk bilgisayarlı Monte Carlo simülasyonunu uygulamıştır (Haigh vd., 2014). Monte Carlo simülasyonunda işlem adımları aşağıdaki gibidir (Timor, 2001).

- Probleme ait değişkenler belirlenir ve bu değişkenlerin olasılık dağılımı belirlenir,
- Her bir değişken için birikimli olasılık dağılımı belirlenir,
- Her bir değişken için rasgele sayı aralıkları belirlenir,
- Rasgele sayı üretilir,
- Seçilen rasgele sayılar kullanılarak deney tekrarlanır.

## Örnek Uygulama

Çalışmada gerçeğe uygun olarak geliştirilen senaryo aşağıdaki gibidir. Özel bir Fizyoterapi ve Rehabilitasyon kliniğinde iki adet elektroterapi cihazıyla terapi gerçekleştirilmektedir. Her bir cihaz günde 10 hastaya hizmet etmektedir. Kliniğin sabit giderleri düşüldüğünde, bakılan hasta başına net kar 150 TL'dir. Gelen hasta sayısı 20'yi aşarsa onların tedavisi mümkün olamamakta, dolayısıyla her bakılmayan hastadan 150 TL kaybedilmektedir. Klinik daha fazla hastaya hizmet vermek için yeni bir elektroterapi cihazı almak istemektedir. Bu cihazın kliniğe maliyeti 200.000 TL'dir. Senaryoya göre, simülasyon yapılarak, söz konusu yatırımın ne kadar sürede geri döneceği, aynı zamanda kümülatif kazanç ve kaybın ne düzeyde olduğu tahmin edilecektir.

## Çözüm

Gelen hasta sayısının günler itibariyle çok fazla değişkenlik göstermediği varsayılmış ve olasılık dağılımı Uniform Dağılım olarak belirlenmiştir. Gelen hasta sayısına ilişkin olasılık dağılımı, kümülatif olasılıklar ve güven aralığı (alt limit-üst limit) Şekil 1'de yer almaktadır.

İlgili olasılık dağılımından hareketle rasgele sayı üretimi: =tamsayı\_s\_sayı\_üret()\*100+1)

formülü ile gerçekleştirilmiş ve 360 adet rasgele sayı üretilmiştir. İlgili işlem sonrası elde edilen sonuçlara ait görsel Şekil 2'de yer almaktadır.

Gelen hasta sayısı, ilgili rasgele sayı hangi güven aralığına girmişse, ona karşılık gelen hasta sayısı olacak şekilde formüle edilmiştir. İlgili formül yazımına ilişkin görsel Şekil 3'de yer almaktadır.

GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT
15	0,2	0,2	1	20
20	0,30	0,50	21	50
25	0,25	0,75	51	75
30	0,15	0,90	76	90
35	0,10	1,00	91	100

Şekil 1. Gelen Hasta Sayılarına İlişkin Olasılık Dağılımı

=TAMSAYI(S_SAYI_ÜRET()*100+1)									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	
GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT					
15	0,2	0,2	1	20					
20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	150		
25	0,25	0,75	51	75			20		
30	0,15	0,90	76	90					
35	0,10	1,00	91	100					
DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ	
1	31	20	20	0	3000	0	0	3000	
2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000	
3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000	
4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000	
5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000	
6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000	

Şekil 2. Rasgele Sayı Üretimi

=ARA(B11;\$D\$2:\$E\$6;\$A\$2:\$A\$6)									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	
GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT					
15	0,2	0,2	1	20					
20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	150		
25	0,25	0,75	51	75			20		
30	0,15	0,90	76	90					
35	0,10	1,00	91	100					
DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ	
1	31	20	20	0	3000	0	0	3000	
2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000	
3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000	
4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000	
5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000	
6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000	

Şekil 3. Gelen Hasta Sayısının Hesaplanması

Bakılan hasta sayısı gelen hasta sayısı ile karşılaştırılmış, gelen hasta sayısı 20'ye eşit ve 20'den küçükse bakılan hasta=gelen hasta; 20'den büyükse bakılan hasta =20 olacak şekilde formül yazılmıştır. İlgili görsel Şekil 4'te yer almaktadır.

Bakılmayan hasta sayısı, gelen hasta sayısından bakılan hasta sayısının çıkarılmasıyla elde edilmiştir. İlgili hesaplamaya ait görsel Şekil 5'te yer almaktadır.

Günlük kazanç bakılan hasta sayısının seans başına kar ile çarpımı, günlük kayıp bakılmayan hasta sayısının seans başına kar ile çarpımı sonucu elde edilmiştir. Hesaplamalara ilişkin görseller Şekil 6 ve Şekil 7'de yer almaktadır.

Kümülatif kayıp ve kümülatif kazanç sırasıyla, Şekil 8 ve Şekil 9'daki görsellerde yer alan formüller yazılarak hesaplanmıştır.

## BULGULAR

Simülasyon deneyi tekrarlanarak 360 günün sonunda elde edilen kümülatif kazanç 1.020.000-1.040.000 TL

aralığında değişirken, kümülatif kayıp 200.000-250.000 TL aralığında değişmektedir.

Yeni bir elektroterapi cihazı alındığında günlük 10 hastaya daha bakılabileceğinden günlük bakılan hasta sayısının 30 olması halinde kümülatif kazanç ve kaybın ne olacağı yine aynı simülasyon modelinden elde edilmiştir. Bu durumda 360 günün sonunda elde edilen kümülatif kazanç 1.200.000-1.250.000 TL aralığında değişirken, kümülatif kayıp 20.000-30.000 aralığında değişmektedir. Kayıptaki azalış miktarının, kazançtaki artış miktarından daha büyük olduğu, yatırımın bir yıldan kısa sürede geri döneceği yapılan simülasyon ile anlaşılmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Yöneylem araştırması teknikleri ikincin dünya savaşı sonrasında işletmecilik alanında karar verme yöntemi olarak kullanılmıştır. Günümüzde sağlık yönetimi alanında da yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada Monte Carlo simülasyonu ile özel bir fizyoterapi kliniğine gelen hasta sayısı, geçmiş verilerden hareketle

=EĞER(C11<=\$H\$4;C11;\$H\$4)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT				
1	15	0,2	0,2	1	20				
2	20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR	150	
3	25	0,25	0,75	51	75		GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	20	
4	30	0,15	0,90	76	90				
5	35	0,10	1,00	91	100				
6									
7									
8									
9									
10	DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ
11	1	31	20	20	0	3000	0	0	3000
12	2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000
13	3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000
14	4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000
15	5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000
16	6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000
17	7	31	20	20	0	3000	0	6750	21000
18	8	90	30	20	10	3000	1500	8250	24000
19	9	68	25	20	5	3000	750	9000	27000
20	10	55	25	20	5	3000	750	9750	30000

Şekil 4. Bakılan Hasta Sayısının Hesaplanması

E11 =C11-D11									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT				
2	15	0,2	0,2	1	20				
3	20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR	150	
4	25	0,25	0,75	51	75		GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	20	
5	30	0,15	0,90	76	90				
6	35	0,10	1,00	91	100				
7									
8									
9									
10	DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ
11	1	31	20	20	0	3000	0	0	3000
12	2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000
13	3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000
14	4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000
15	5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000
16	6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000
17	7	31	20	20	0	3000	0	6750	21000
18	8	90	30	20	10	3000	1500	8250	24000
19	9	68	25	20	5	3000	750	9000	27000

Şekil 5. Bakılamayan Hasta Sayısının Hesaplanması

F11 =D11*\$H\$3									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT				
2	15	0,2	0,2	1	20				
3	20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR	150	
4	25	0,25	0,75	51	75		GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	20	
5	30	0,15	0,90	76	90				
6	35	0,10	1,00	91	100				
7									
8									
9									
10	DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ
11	1	31	20	20	0	3000	0	0	3000
12	2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000
13	3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000
14	4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000
15	5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000
16	6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000
17	7	31	20	20	0	3000	0	6750	21000
18	8	90	30	20	10	3000	1500	8250	24000
19	9	68	25	20	5	3000	750	9000	27000
20	10	65	25	20	5	3000	750	9750	30000
21	11	76	30	20	10	3000	1500	11250	33000
22	12	37	20	20	0	3000	0	11250	36000
23	13	76	30	20	10	3000	1500	12750	39000
24	14	40	20	20	0	3000	0	12750	42000

Şekil 6. Günlük Kazancın Hesaplanması



	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT				
2	15	0,2	0,2	1	20				
3	20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR	150	
4	25	0,25	0,75	51	75		GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	20	
5	30	0,15	0,90	76	90				
6	35	0,10	1,00	91	100				
7									
8									
9									
10	DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ
11	1	31	20	20	0	3000	0	0	3000
12	2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000
13	3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000
14	4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000
15	5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000
16	6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000
17	7	31	20	20	0	3000	0	6750	21000

Şekil 7. Günlük Kaybın Hesaplanması

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT				
2	15	0,2	0,2	1	20				
3	20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR	150	
4	25	0,25	0,75	51	75		GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	20	
5	30	0,15	0,90	76	90				
6	35	0,10	1,00	91	100				
7									
8									
9									
10	DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ
11	1	31	20	20	0	3000	0	0	3000
12	2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000
13	3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000
14	4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000
15	5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000
16	6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000
17	7	31	20	20	0	3000	0	6750	21000
18	8	90	30	20	10	3000	1500	8250	24000
19	9	68	25	20	5	3000	750	9000	27000

Şekil 8. Kümülatif Kaybın Hesaplanması



	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	GELEN HASTA SAYISI	OLASILIK	KÜMÜLATİF OLASILIK	ALT LİMİT	ÜST LİMİT				
2	15	0,2	0,2	1	20				
3	20	0,30	0,50	21	50		SEANS BAŞINA KAR	150	
4	25	0,25	0,75	51	75		GÜNLÜK BAKILAN HASTA SAYISI	20	
5	30	0,15	0,90	76	90				
6	35	0,10	1,00	91	100				
7									
8									
9									
10	DENEY NO	GELEN HASTA İÇİN RASGELE SAYI	GELEN HASTA SAYISI	BAKILAN HASTA	BAKILAMAYAN HASTA	KAZANÇ	KAYIP	KÜMÜLATİF KAYIP	KÜMÜLATİF KAZANÇ
11	1	31	20	20	0	3000	0	0	3000
12	2	91	35	20	15	3000	2250	2250	6000
13	3	77	30	20	10	3000	1500	3750	9000
14	4	73	25	20	5	3000	750	4500	12000
15	5	67	25	20	5	3000	750	5250	15000
16	6	80	30	20	10	3000	1500	6750	18000
17	7	31	20	20	0	3000	0	6750	21000
18	8	90	30	20	10	3000	1500	8250	24000
19	9	68	25	20	5	3000	750	9000	27000
20	10	65	25	20	5	3000	750	9750	30000
21	11	76	30	20	10	3000	1500	11250	33000

Şekil 9. Kümülatif Kazancın Hesaplanması

360 gün için tahmin edilmiştir. Buna göre, bakılan ve bakılmayan toplam hasta sayıları ile günlük kazanç ve kayıplar hesaplanmıştır. 360 günün sonunda kümülatif kazanç ve kayıplar, yeni bir elektroterapi cihazının alınması halinde oluşan kümülatif kazanç ve kayıplar ile karşılaştırılmıştır. Dolayısıyla, henüz gerçekleşmemiş bir süreç sanal ortamda önceden izlenmiş ve yapılan simülasyonla, gelecek faaliyetlerin belirsizliği nedeniyle oluşan riski minimize edilerek optimum çözüm bulunmuştur. Burada, talep tahmini odaklı bir finansal karar verme aracı olan simülasyon, hastanelerde oluşan kuyruklar, randevu sistemlerinin planlanması, ambulansların çağrı noktalarına optimum şekilde atanması gibi bir çok alanda da kullanılabilir. Çalışmanın, gerek sağlık kurumlarına, gerekse diğer işletmelere geçmiş verilerin davranışı ile gelecek verileri tahmin ederek kaynak planlaması ve kaynakların optimum kullanımı konusunda katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Davis, A. P., Grondin, C. J., Lennon-Hopkins, K., Saraceni-Richards, C., Sciaky, D., King, B. L., Wieggers, T. C., & Mattingly, C. J. (2015). The Comparative Toxicogenomics Database's 10th year anniversary: Update 2015. *Nucleic Acids Research*, 43(D1), D914-D920. <https://doi.org/10.1093/nar/gku935>
- Feldstein, M. S. (1970). The Rising Price of Physician's Services. *The Review of Economics and Statistics*, 52(2), 121. <https://doi.org/10.2307/1926113>
- Flagle, C. D. (t.y.). A Decision Theoretical Comparison Of Three Procedures Of Screening For A Single Disease. 15.
- Fries, B. E. (2022). Bibliography of Operations Research in Health-Care Systems: An Update. 13.

- Haigh, T., Priestley, M., & Rope, C. (2014). Los Alamos Bets on ENIAC: Nuclear Monte Carlo Simulations, 1947-1948. *IEEE Annals of the History of Computing*, 36(3), 42-63. <https://doi.org/10.1109/MAHC.2014.40>
- Hançerlioğulları, A. (2006). Monte Carlo Simulation Method And Mcnp Code System. 14(2), 12.
- Hanssmann, F. (1961). Operations Research in National Planning of Underdeveloped Countries. *Operations Research*, 9(2), 230-248. <https://doi.org/10.1287/opre.9.2.230>
- Harrison, R. L., Granja, C., & Leroy, C. (2010). Introduction to Monte Carlo Simulation. 17-21. <https://doi.org/10.1063/1.3295638>
- Klarman, H. E. (1967). Present status of cost-benefit analysis in the health field. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 57(11), 1948-1953. <https://doi.org/10.2105/AJPH.57.11.1948>
- Levine, W. C., & Dunn, P. F. (2015). Optimizing Operating Room Scheduling. *Anesthesiology Clinics*, 33(4), 697-711. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.07.006>
- Molina-Pariente, J. M., Hans, E. W., & Framinan, J. M. (2018). A stochastic approach for solving the operating room scheduling problem. *Flexible Services and Manufacturing Journal*, 30(1-2), 224-251. <https://doi.org/10.1007/s10696-016-9250-x>
- Reveller, C., Lynn, W., & Feldmann, F. (1969). An Optimization Model of Tuberculosis Epidemiology. *Management Science*, 16(4), B-190-B-211. <https://doi.org/10.1287/mnsc.16.4.B190>
- TTB. (t.y.). Yöneyem araştırması (YA). TTB Toplum ve Hekim. Geliş tarihi 04 Kasım 2022, gönderen [https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit\\_goster.php?id=254](https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?id=254)
- Welch, J. D., & Bailey, Norman T. J. (1952). Appointment Systems In Hospital Outpatient Departments. *The Lancet*, 259(6718), 1105-1108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(52\)90763-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(52)90763-0)

# Örgütsel iletişim iklimi algısı ile ilişkili bazı değişkenler: Bir ildeki iki kamu kurumu örneği

## Some variables related perception of organizational communication climate: Examples of two public institutions in a province

Kazım Baş

Dr.Öğr.Üyesi Munzur Üniversitesi, Tunceli MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Türkiye, kbas@munzur.edu.tr, 0000-0002-5061-4006

**Anahtar Kelimeler:**  
İletişim, Örgütsel İletişim, Örgüt İklimi, Örgüt Kültürü

**Key Words:**  
Communication, Organizational Communication, Organizational Climate, Organizational Culture

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Dr.Öğr.Üyesi Munzur Üniversitesi, Tunceli MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Türkiye, kbas@munzur.edu.tr, 0000-0002-5061-4006

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1256350

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
25.02.2023

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
26.03.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma bir ildeki kamu üniversitesi ile İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastanelerde çalışanların örgütsel iletişim iklimi algısıyla ilişkili bazı değişkenleri değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma örneklemini bir ildeki kamu üniversitesi ile İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastanelerde çalışan 446 kişi oluşturdu. Araştırma verileri 20 Haziran 2022-23 Aralık 2022 tarihlerinde, çalışanların işyerlerinde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Tanımlayıcı türden olan bu çalışmada verilerin toplanması için "anket formu" ve "örgütsel iletişim iklimi ölçeği" kullanıldı. Elde edilen verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis ve Anova testleri kullanıldı. **Bulgular ve Sonuç:** Çalışanların örgütsel iletişim iklimi algılarının olumlu fakat yüksek olmadığı görüldü. Çalışanların örgütsel iletişim iklimi algılarının öğrenim düzeyi, çalışılan kurum, çalışma deneyimi ve mesleklerine göre farklılık gösterdiği saptandı ( $p < 0.05$ ). Araştırmada elde edilen bulgulara göre, ön lisans öğrenimine sahip olanların, çalışma deneyimi 4 yıl ve altında olanların, üniversitede çalışan akademik personelin memurlara göre hastanede çalışan hekimlerin hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık teknikerlerine göre, örgütsel iletişim iklimi algılarının daha yüksek olduğu belirlendi.

### ABSTRACT

**Objective:** This research aimed to evaluate the organizational communication climate perceptions and related factors of employees working at a public university and hospitals affiliated with the Provincial Health Directorate in a province. **Materials and Methods:** The research sample consisted of 446 individuals working at a public university and hospitals affiliated with the Provincial Health Directorate in a province. The research data were collected using face-to-face interviews with the employees at their workplaces between June 20, 2022 and December 23, 2022. In this descriptive study, "survey form" and "organizational communication climate scale" were used to collect data. The collected data were analyzed using number, percentage, mean, standard deviation, independent group t-test, Kruskal Wallis, and Anova tests. **Results and Conclusion:** It was observed that the employees' perceptions of organizational communication climate were positive, but not very high. The study also found that employees' perceptions of organizational communication climate varied based on their education level, institution of employment, work experience, and occupation ( $p < 0.05$ ). According to the findings of the research, it was determined that the perception of organizational communication climate was higher among employees with an associate's degree, those with work experience of 4 years or less, and academic staff working at the university compared to civil servants, as well as doctors working in hospitals compared to nurses, midwives, health officers, and health technicians.

## GİRİŞ

İletişim insanların, grupların ve kurumların sorunlarının çözümünde önemli rol oynamaktadır. Çalışma ortamında iletişim; örgütsel iletişim iklimi kavramlarıyla ifade edilmekte ve örgütsel iletişim yönetimin en önemli aracıdır (Çetintaş, 2016). Örgütsel iletişim, örgütün amaçlarına ulaşmasında sağlanan işbirliğiyle birlikte çevreye uyumunu da içeren resmi veya gayri resmi gerçekleşen her türlü paylaşımı ifade etmektedir (Ballı ve Ateş, 2021). Çalışanları ortak amaçlar etrafında birleştiren organizasyon iklimi ise

bir organizasyonda çalışanlar tarafından paylaşılan inançlar, değerler ve tutumları ifade eden bir kavramdır (Uslu ve Welch, 2018). Örgütlerde çalışma ortamında iletişimin başlıca yönetsel ve ilişkisel olmak üzere iki işlevi vardır. Çalışma ortamında etkili bir iletişim sisteminin kurulması, yönetsel iletişimde liderlik stiliyle birlikte, grup davranışları ve katılımı ile sağlanmaktadır (Karcıoğlu vd., 2009; Wynia vd., 2010; İnce ve Gül, 2011). Örgütsel iletişimin, kurumsal düzeyde güvene dayalı olması, çalışanların karar süreçlerine katılmaları ve desteklenmeleri olmak üzere üç unsurunun olduğu

bildirilmiştir (Arslan ve Gül, 2022). Organizasyonda (örgüt) farklı birimlerin kurulması hiyerarşik yapıya bağlı örgüt içinde resmi (formal) ve resmi olmayan (informal) iletişim kanallarının oluşmasını sağlamıştır. Organizasyon yönetiminde ilk bilimsel teori olan klasik yönetimde standartlaşma ve normatif bakış açısı ön plana çıkmış ve insan unsuru üzerinde fazla durulmamıştır. Neo-klasik yönetim teorisinde insan davranışlarının artan önemiyle birlikte çalışma ortamında resmi olmayan iletişim üzerine ilk araştırmalar yapılmıştır. Modern yönetim yaklaşımlarında insan unsurunun artan önemi ve ekip çalışması örgütsel iletişimi güçlü kılmıştır. Yönetimde güncel yaklaşımlar sürecinde ise bilgi ve teknolojik gelişmelerinde etkisiyle insan unsurunun artan önemi örgütler için daha önemli hale getirmiştir. Bu süreçte insan kaynakları, örgütsel iletişim, liderlik organizasyonlarda rekabet avantajı sağlamıştır (Çetintaş, 2016; Koçel, 2018). Organizasyonun psikolojik ve sosyal ortamının çalışanlara olumlu katkısı fikri (1960) Rensis Likert tarafından geliştirilerek organizasyon iklimi ve teorisi kavramıyla açıklanmıştır (Armenteros vd., 2019). 1980'li yıllar ve sonrasında iletişim ve bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, uluslararası rekabet ve beşeri sermayenin artan önemiyle birlikte organizasyonların yapısında değişimi zorunlu kılarak örgütsel iletişim iklimi daha da iyi anlaşılmıştır (Koçel, 2018).

Bireylerin çalıştığı organizasyonlarda örgütsel iletişim iklimi, çalışanların nasıl hissettiği ve davranması gerektiğini etkileyebilmektedir. Yönetim teorilerinin gelişmesiyle örgütsel iklim organizasyonun iyi çalışabilmesi için insan ilişkilerine önem verilmesinin yanında çalışanların işyeri ortamındaki algılamalarının önemli olduğu vurgulanmıştır (Armenteros et al., 2019). İnsan kaynakları, artan rekabet ortamında örgütlerin etkin ve verimli hizmet verebilmelerinde en önemli güçlerden biri olmuştur. İnsan kaynakları yönetimi başarısında örgüt bağlılığı ve iş tatminini sağlamada örgütsel iletişimin önemli katkısı olduğu bildirilmiştir. Organizasyonda çalışma ortamı kültürünün, çalışan performansı arttıracak değerleri oluşturarak, çalışanların iş ortamına uyumunu sağlamada önemli rolü olacağı vurgulanmıştır (Abdussamad, 2015; Kaynar, 2018; Dirisu vd., 2018). Dolayısıyla çalışma ortamlarının değerlendirilmesinde örgütsel iletişim algı düzeyleri önemli olacağı görülmektedir. Bu çalışma, bir ildeki kamu üniversitesi ile Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastanelerindeki kamu çalışanlarının örgütsel iletişim iklimi algıları ve ilişkili bazı değişkenleri değerlendirmek amacıyla yürütüldü. Bu çalışma yürütüldüğü evrende ilk olması nedeniyle çalışma ortamında, örgütsel iletişim iklimi algısı konusunda kurum yöneticilerine rehberlik edeceği gibi literatüre katkısıyla da çalışmanın önemini artıracığı öngörülmektedir.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Türü**

Bu çalışma tanımlayıcı türden olan bir araştırmadır. Tanımlayıcı araştırma, var olan bir olguyu olabildiğince doğru bir şekilde betimlemede kullanılan bir araştırma yöntemidir. Bu araştırmalarda araştırmacı test, anket, görüşme ve gözlem gibi araştırma araçlarını kullanarak mevcut verilerini toplamaktadır (Atmowardoyo, 2018)

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Türkiye'nin doğusunda yer alan Tunceli ilinde bir kamu üniversitesi ile Sağlık Müdürlüğüne bağlı il merkezindeki devlet hastanesi ve ilçelerdeki entegre kamu hastanelerinde, 20 Haziran- 23 Aralık 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

### **Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, bir kamu üniversitesinde çalışan 493 kişi (367 akademik; Öğretim Görevlisi, okutman, Doktor Öğretim Üyesi, Doçent, Profesör ve 126 memur), İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu hastanelerinde çalışan 650 kişi (Hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, sağlık teknikeri) olmak üzere 1143 kişiden oluşmuştur. Evreni bilinen Evrenden örneklem seçimine gidilmeden araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında ulaşılabilen ve araştırmaya gönüllü katılan toplam 456 çalışan araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ancak 10 çalışanın anket formu eksik veri içerdiğinden, araştırma kapsamı dışında tutularak araştırmanın örneklemini 446 (%39'u) kamu çalışanı oluşturmuştur. Araştırmaya alınan örnek grubu, %95 güven aralığında ve bilinen evrenden (1143 popülasyonda) 0,05 anlamlılık düzeyinde hesaplandığında, örneklem grubuna alınacak kişi sayısı en az 288 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada dahil edilen örneklem grubu ise 446 kişi olup, evrenin %39'unu temsil etmektedir.

### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak "Çalışanları Tanıtıcı Form" ve "Örgütsel İletişim İklimi Ölçeği" kullanıldı.

### **Çalışanları Tanıtıcı Form**

Araştırmacı tarafından literatür (Reddy vd.,2015; Neill vd., 2020; Ballı ve Ateş,2021) doğrultusunda oluşturulan bu form, çalışanların demografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlayan 7 sorudan oluşmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasına başlamadan önce anket sorularının anlaşılabilirliğini test etmek için bir üniversitede çalışan beş personel üzerinde pilot uygulama yapıp, gerekli düzeltmelerden sonra anket

formuna son şekli verilmiştir. Pilot uygulama için seçilen beş çalışan araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir.

### Örgütsel İletişim İklimi Ölçeği

Ballı ve Ateş (2021) tarafından geliştirilen bu ölçek beşli likert türünde ve 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, yönetici kaynaklı boyutu ve çalışan kaynaklı boyutu olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri toplam ölçek için 0.96, yönetici kaynaklı örgütsel iletişim iklimi boyutu için 0.96, çalışan kaynaklı örgütsel iletişim iklimi boyutu için ise 0.94, olarak bildirilmiştir (Ballı ve Ateş, 2021). Bu çalışmada ölçeğin genelinde Cronbach alpha değeri 0.91, yönetici kaynaklı boyutunda 0.91, çalışan kaynaklı boyutunda ise 0.89, olarak hesaplanmıştır. Açık erişimli olan bu ölçeğin kullanımında atıf ve yazar onayına dikkat edilmiştir.

### Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan gerekli yasal izinler alındıktan sonra 20 Haziran-23 Aralık 2022 tarihleri arasında kurumlara gidilerek kamu çalışanlarının uygun oldukları zamanlarda araştırma verileri toplandı. Veriler, araştırmacı tarafından çalışanların iş yerlerinde yüz- yüze görüşme tekniği

Tablo 1. Çalışanları Tanıtıcı Özellikler

Özellikler	n	%
Yaş ( $\bar{X}\pm SS$ )	36.84±8.13 (Min=21, Max=63)	
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	240	53.8
Kadın	206	46.2
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Lise	27	6.1
Ön lisans	70	15.7
Lisans	180	40.3
Lisansüstü	169	37.9
<b>Meslek</b>		
Akademik personel	129	28.9
Hemşire, Sağlık Memuru, Ebe	122	27.4
Memur	103	23.1
Sağlık eknikeri	67	15
Hekim	25	5.6
<b>Çalışılan kurum</b>		
Üniversite	232	52
Hastane	214	48
<b>Kurumdaki çalışma deneyimi</b>		
1-4 yıl	123	27.6
5-9 yıl	134	30
10 yıl ve üzeri	189	42.4
<b>Ortalama aylık geliri algılama durumu</b>		
Gelir gelirimden az	223	50
Gelir giderime denk	189	42.4
Gelir giderimden fazla	34	7.6

Min:Minimum, Max: Maksimum,  $\bar{X}$ =Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma

kullanılarak her bir çalışandan ortalama 15-20 dakikada toplanmıştır.

### İstatiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS Windows 24.0 sürümü kullanılmıştır. Veriler, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve bağımsız gruplarda T-testi, Kruskal Wallis ve ANOVA testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Munzur Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 05.04.2022 tarih 08 nolu kararı ve 18.04.2022 tarih ve 50197 sayılı yazısıyla etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüleceği kurumlardan gerekli yasal izinler alındı. Araştırma sürecinde Helsinki Deklarasyonuna uyulmuştur.

### BULGULAR

Araştırma bulgularında tanımlayıcı istatistiksel analizler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ileri istatistiksel analizler için bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis ve ANOVA testleri kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi için p değeri  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir (Karagöz, 2016).

### Baş: Kamu çalışanlarını örgütsel iletişim algısı

Yaş ortalaması 36.84±8.13 olan çalışanların, %53.8'i erkek, %40.3'ü, lisans mezunu olup, %48'inin sağlık personeli, %28.9'unun akademik personel, %23.1'inin memur, %42.4'ünün on yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip olduğu ve %50'sinin ortalama aylık gelirin giderinden az olduğu görüldü (Tablo 1).

Çalışanların örgütsel iletişim iklimi ölçeğinde aldıkları puanların genel ortalaması 89.91±23.92 olarak hesaplandı. Ölçek alt boyutlarında yönetici kaynaklı boyutu ölçek puan ortalaması 47.54±13.87, çalışan kaynaklı boyutunda ise ölçek puan ortalaması ise 42.37±11.63 olarak belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 2.** Çalışanların Örgütsel İletişim İklimi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	$\bar{X}$	SS	Minimum, Maksimum
Ölçek toplam puan	89.91	23.92	Min=30, Max=150
Yönetici kaynaklı boyutu	47.54	13.87	Min=16, Max=114
Çalışan kaynaklı boyutu	42.37	11.63	Min=14, Max=93

Ön lisans öğrenime sahip olan çalışanların örgütsel iletişim iklimi yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 51.24±16.56, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 45.31±12.38 ve toplam ölçek puan ortalaması ise 96.55±27.11 olarak hesaplandı. Ön lisans düzeyinde öğrenime sahip olanların ölçek toplam puanı ile alt boyutlarındaki puan ortalamaları lise, lisans ve lisansüstü öğrenime sahip olanlara göre daha yüksek bulundu. Öğrenim düzeylerine göre örgütsel iletişim iklimi puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

Hastanelerde çalışanların örgütsel iletişim iklimi ölçeğinin yönetici kaynaklı alt boyut puan ortalaması

**Tablo 3.** Çalışanlara Ait Bazı Özelliklerin Örgütsel İletişim İklimi Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

Özellik	Yönetici Kaynaklı boyutu $\bar{X} \pm SS$	Çalışan Kaynaklı boyutu $\bar{X} \pm SS$	Örgütsel İletişim İklimi toplam ölçek puanı $\bar{X} \pm SS$
<b>Öğrenim durumu</b>			
Lise	40.07±13.67	36.81±14.87	76.88±26.37
Ön lisans	51.24±16.56	45.31±12.38	96.55±27.11
Lisans	47.68±13.32	42.91±11.57	90.60±22.93
Lisansüstü	47.05±12.82	41.47±10.41	88.52±22.32
<b>Test/p</b>	KW=11.199 p=.011	KW=12.294 p=.010	KW=10.743 p=.013
<b>Çalıştığı kurum</b>			
Üniversite	45.09±13.30	40.36±12.04	85.45±24.27
Hastane	50.20±14.02	44.55±10.77	94.75±22.62
<b>Test/p</b>	t=-3.945 p=.000	t=-3.864 p=.000	t=-4.176 p=.000
<b>Çalışma deneyimi</b>			
4 yıl ve altı	51.14±12.74	45.22±10.83	96.42±22.44
5-9 yıl	47.28±15.12	41.78±11.19	86.06±25.08
10 yıl ve üzeri	45.21±13.16	40.93±12.15	86.14±23.20
<b>Test/p</b>	F=7.703 p=.001	F=5.425 p=.005	F=7.501 p=.001
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	47.09±12.87	42.17±11.21	89.18±22.46
Erkek	48.00±14.69	42.54±11.99	90.54±25.14
<b>Test/p</b>	t=-.754 p=.45	t=-.327 p=.74	t=-.596 p=.55
<b>Meslek</b>			
<b>Üniversite çalışanları</b>			
Akademik personel	46.57±12.52	41.48±10.25	88.06±22.29
Memur	43.24±14.06	38.95±13.89	82.19±26.28
<b>Hastane çalışanları</b>			
Hemşire, ebe, sağlık memuru	49.50±13.65	44.63±11.31	94.13±22.52
Sağlık teknikeri	50.58±15.94	44.23±10.80	94.82±24.74
Hekim	52.60±9.85	45.04±7.97	97.64±17.04
<b>Test/p</b>	KW=20.057 p=.000	KW=22.562 p=.000	KW=20.930 p=.000



50.2±14.02, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 44.55±10.77 ve toplam ölçek puan ortalaması 94.75±22.62 olarak hesaplandı. Hastanede çalışan sağlık personelinin örgütsel iletişim iklimi ölçek toplam ve alt boyutlarındaki puan ortalamalarının üniversitede çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

Çalışanların, çalışma deneyimi yıl olarak incelendiğinde 4 yıl ve altı çalışma deneyimine sahip olanların örgütsel iletişim iklimi ölçek toplam puan ortalaması 96.42±22.44 iken yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 51.14±12.74, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 45.22±10.83 olarak hesaplandı. Dört yıl ve altı çalışma deneyimine sahip olanların ölçek toplam ve alt boyutlarındaki puan ortalaması 5-9 yıl, 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip olanlara göre yüksek olduğu, bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

Kadınların örgütsel iletişim iklimi ölçek toplam puan ortalaması 89.18±22.46, yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 47.09±12.87, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 42.17±11.21'di. Erkeklerin ise ölçek toplam puan ortalaması 90.54±25.14, yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 48.00±14.69 ve çalışan kaynaklı alt boyut puan ortalaması 42.54±11.99'du. Çalışanlarda, cinsiyete göre örgütsel iletişim iklimi ölçek puan ortalamaları arasında önemli fark olmadığı tespit edildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

Üniversitede çalışan akademik personelin, örgütsel iletişim iklimi ölçek toplam puan ortalaması 88.06±22.29, yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 46.57±12.52, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 41.48±10.25 olarak hesaplandı. Üniversitede çalışan memurların ise ölçek toplam puan ortalaması 82.19±26.28, yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 43.24±14.06, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 38.95±13.89 olarak hesaplandı. Hastanelerde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurunun örgütsel iletişim iklimi ölçek toplam puan ortalaması 94.13±22.52, yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 49.50±13.65, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 44.63±11.31, sağlık teknikerlerin ölçek toplam puan ortalaması 94.82±24.74, yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 50.58±15.94, çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 44.23±10.8, hekimlerin ölçek toplam puan ortalaması 97.64±17.04, yönetici kaynaklı alt boyutunun puan ortalaması 52.6±9.85 çalışan kaynaklı alt puan ortalaması 45.04±7.97 olarak saptandı. Sağlık çalışanlarının üniversite çalışanlarına göre örgütsel iletişim iklimi ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulundu, bu fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Örgütsel iletişim iklimi çalışma ortamındaki birçok faktörden etkilenmektedir. Literatürde bir örgütün iletişim ikliminin dürüstlük, açıklık, güven, ortak karar, dinleme isteği ve performans odaklılık özelliklerine göre farklılık gösterdiği ifade edilmektedir (Pace ve Faules, 2001:

Akt; Ballı ve Ateş, 2021). Etik iklimin hastane çalışanlarının motivasyonunu artırıcı etkisi olduğu, Enformel iletişimin çalışma ortamında etik iklimi algısı üzerine etkisinin anlamlı düzeyde pozitif yönlü olduğu ve enformel iletişim olumlu kullanılmasının organizasyonlara yarar sağladığı ifade edilmiştir (Erdoğan vd.,2018). Çalışma ortamında örgütsel iklimimin en fazla rahatlık, motivasyon, kimlik, iletişim, yapı, karar verme, liderlik, ödül, yenilikçilik ve çatışma çözümünde işbirliği, destekleme, temasta olmak ve erişebilir gibi faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Prats vd., 2021; Neill vd., 2019; Uslu ve Welch, 2018); Jia vd., 2022). Organizasyon ikliminin çalışma ortamında sağlık çalışanlarının mental sağlığını da olumlu etkilediği (Bronkhorst vd., 2015), uyumlu ve olumlu iklim ortamının ekip performansını pozitif etkilediği (Horvath vd., 2022), örgütsel iletişimin çalışanların işten ayrılma niyetleri arasında negatif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Aslan ve Büyükbeşe, 2017). Yine çalışma ortamında sağlık çalışanlarının hastalar ve meslektaşlarıyla iletişim yetersizliğine bağlı sorunlar yaşadığı bildirilmiştir (Gemlik vd., 2022). Dolayısıyla örgüt çalışanlarının örgütsel iletişim iklimi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi çalışma ortamları için önemli hale gelmektedir.

Yapılan bu çalışmada, çalışanların örgütsel iletişim iklimi algılarının olumlu olduğu ve orta düzeyin üzerinde olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya benzer yürütülen diğer çalışmalarda ise; sağlık kurumlarında örgüt iklimi ve örgütsel güven düzeyi ile ilişkili faktörleri belirleyen çalışmada, örgüt iklimi düzeyinin ortalamasının altında ve örgütsel güven düzeyinin de orta derecede olduğu saptanmıştır (Gün ve Söyük, 2017). Türkiye'de bir kamu üniversite hastanesinde yapılan benzer çalışmada hemşirelerin çalıştığı hastanede örgütsel iklimi algıları orta düzeyde bulunmuştur (Kılıç ve Altuntaş, 2019). Benzer diğer bir çalışmada sağlık kurumlarında örgüt iklimi ve örgütsel güven düzeyi arasındaki ilişki orta düzeyde belirlenmiştir (Gün ve Söyük, 2017). Farklı hastanelerde güvenlik kültürü iklimi üzerinde yapılan çalışmada çalışanlar arasında hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde ( $117,05 \pm 4,7$ ) olduğu ayrıca hasta güvenliği ikliminin farklı boyutları arasında, en yüksek puan ortalamasının takım çalışmasına ( $36,9 \pm 1,2$ ), dayalı olduğu bulunmuştur (Asefzadeh vd., 2020). Organizasyonlarda örgütsel iletişim iklimini

etkiyen çok faktör bulunmaktadır. Araştırma bulguları literatür kapsamında değerlendirildiğinde yöneticilerin organizasyonlarda çalışanlara uygun çalışma ortamı yaratarak karşılıklı ortak amaç, değer ve tutumlar etrafında örgütsel iletişim iklimi yaratmalarının çalışma barışı ve performansını olumlu etkileyeceğinden buna uygun örgütsel ortamının yaratılmasının yararlı olacağı önerilmektedir.

Öğrenim düzeylerine göre ön lisansla sahip olan çalışanların örgütsel iletişim iklimini puanları daha yüksek ve bu fark anlamlı bulundu. Benzer çalışmada, hastane çalışanlarının çalışma ortamındaki algıları ve iş doyumunu ilişkisi lise düzeyinde öğrenime sahip olan çalışanların çalışma ortamındaki algıları ön lisans, lisans mezunların daha yüksek ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Saygılı ve Çelik, 2010). Başka benzer bir çalışmada lisansüstü öğrenime sahip olanların ilköğretim, lise ve lisans düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek örgütsel bütünleşmeye sahip oldukları bildirilmiştir (Yoğurtçuoğlu, 2013). Araştırma bulgularında, öğrenim düzeylerine göre örgütsel iletişim iklimi algıları ön lisans düzeyinde öğrenime sahip olanların yüksek çıkısa da mesleklere göre örgütsel iletişim iklimi algıları değerlendirildiğinde lisansüstü öğrenime sahip doktorların örgütsel iletişim algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü. Bunun nedeni lisansüstü öğrenime sahip çalışanların (üniversite ve hastane çalışanları) toplam 169 (25'i doktor) kişinin öğrenim düzeyi değişkenine göre birlikte analiz edilmesinden kaynaklandığı söylenebilir (Tablo 1).

Yapılan bu çalışmadaki bulgulara göre hastanede çalışan sağlık personelinin örgütsel iletişim ölçeği algıları üniversite çalışanlarına göre daha yüksektir. Benzer çalışmada, bir işletmede farklı üç birimde çalışanların çalıştığı kuruma yönelik örgütsel ilkim algılarının anlamlı düzeyde farklılaştığı belirtilmiştir (Gül ve Sezici (2017). Farklı güvenlik kültürü olan hastanelerde yapılan çalışmada güvenli cerrahi kontrol listesiyle uyum oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Asefzadeh vd., 2020). Benzer diğer çalışmada Ballı ve Ateş (2021), Millî Eğitim Bakanlığı bünyesinde çalışanların, Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Özel sektör çalışanlarına göre daha olumlu örgütsel iletişim algılarına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına çalışan kuruma göre örgütsel iletişim algılarının farklılığı literatürle benzerlik gösterdiği ve bu farklılığın kurumların kendine özgü koşulları ve liderlik-yönetici özelliklerinin etkisinin de olabileceğini düşündürmektedir.

Yapılan bu çalışmada, kurumdaki çalışma deneyimi 4 yıl ve altında olan çalışanların örgütsel iletişim iklimi algılarının daha olumlu olduğu görüldü. Benzer çalışmada Bal (2013), bir yılın altında çalışan

hemşirelerin örgütsel iletişim ve kurumsal doyum düzeyleri 1-5- 5-10 yıl arasında çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Diğer çalışmada, 1-5 yıl çalışma deneyimine sahip çalışanların 6-10 yıl ve 26 yıl ve üzerinde çalışma deneyimi olan çalışanlara göre daha olumlu örgütsel iletişim algıları olduğu bildirilmiştir (Ballı ve Ateş,2021). Çalışma deneyimi ile kurum bilgisinden sağlanan doyumun arasında fark olduğu ve 1-5 yıl arasında çalışanların daha fazla doyum sağladıkları ifade edilmiştir (Yoğurtçuoğlu, 2013). Kamu üniversitelerinde yapılan benzer diğer çalışmalarda, örgütsel iletişim algılamaları ile çalışma deneyimi arasında anlamlı fark bulunmuştur (Ural, 2014; Arslan ve Gül, 2022). Bu çalışmada elde edilen sonuca göre çalışma süresi ile örgütsel iletişim algılamaları arasında önemli fark olduğu görülmüştür.

Araştırmada cinsiyete göre örgütsel iletişim iklimi algılamaları önemli fark olmadığı belirlendi. Benzer çalışmalarda, örgütsel iletişim algılamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Köksal, 2012; Bal, 2013; Aydoğdu, 2016; Ghiyasvandian vd.,2017). Dolayısıyla çalışmada cinsiyete göre örgütsel iletişim algıları arasında fark olmadığı ve bu sonuç benzer çalışmalarda desteklenmektedir.

Araştırma bulgularına göre sağlık çalışanlarının (Hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknikeri) örgütsel iletişim iklimi algıları üniversitede çalışan akademik personel ve memurlardan yüksektir. Benzer çalışmalarda, hemşireler arasındaki mesleki dayanışmasının örgüt iklimi üzerinde olumlu etkisi olduğu (Kılıç ve Altuntaş, 2019) ve hastane çalışanlarının çalışma ortamındaki algıları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Saygılı ve Çelik, 2010). Üniversitede yapılan benzer diğer çalışmada, akademik personelin örgütsel iletişim algıları idari personelden daha yüksek olduğu ve bu fark anlamlı bulunmuştur (Ural, 2014). Araştırma bulgularına göre üniversite ve hastanelerde çalışanların örgütsel iletişim algılarının olumlu olduğu fakat kurumlara göre mesleki algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Hastanelerde çalışan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık teknikerlerinin örgütsel iletişim algılarının üniversitede çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı bulunduğu görülmüştür. Yine çalışanların kurum içinde de örgütsel iletişim algılarının mesleklere göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Örneğin sağlık çalışanı hekimler, ölçeğin geneli ve alt boyutlarında diğer sağlık mesleklerine göre anlamlı düzeyde daha olumlu örgütsel iletişim algısına sahip iken üniversitede, akademik personelin memurlara göre daha anlamlı olumlu örgütsel iletişim iklimi algısına sahip olduğu saptandı. Sağlık personelinin üniversite çalışanlarına göre örgütsel iletişim algılarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu araştırmada bir ildeki kamu üniversitesi ile kamu hastanelerindeki çalışanların örgütsel iletişim algısı ve ilişkili bazı değişkenler değerlendirildi. Araştırma sonuçlarına göre çalışanların örgütsel iletişim iklimi algısı olumlu ve orta düzeydedir. Yine çalışanların örgütsel iletişim iklimi algısı öğrenim, düzeyi, çalışılan kurum, çalışma deneyimi ve mesleklere göre önemli farklılıklar göstermektedir. Ön lisans öğrenimine sahip olanların, çalışma deneyimi 4 yıl ve altında olanların, hastane çalışanlarının, akademik personelin ve doktorların örgütsel iletişim algılarının daha yüksektir.

Elde edilen bu sonuçlara göre örgütsel iletişimi etkileyen çok faktör olduğu ve çalışma ortamında etkili iletişim kurularak, güvene dayalı, çalışanların desteklenmesi, çalışanların karar süreçlerinde yer almalarının sağlanması, ayrıca lider ve yöneticilerin çalışma ortamlarına olumlu katkılar da sağlayabileceği, bu nedenle çalışma ortamlarında çok yönlü bir şekilde örgütsel iletişim ikliminin desteklenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abdussamad, Z. (2015). The influence of communication climate on the employees' performance at Government Agencies in Gorontalo City (An Indonesian case study). *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research*, 3(5), 19-27.
- Arslan, A., & Gül, H. (2022). Örgütsel iletişim ikliminin kuruma duyulan güvene etkisi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(4), 1542-1558.
- Armenteros, A. L. I., Esperón, J. M. T., & Pérez, Y. M. (2019). Theoretical references that sustain the organizational climate: integrative review. *MediSur*, 17(4), 562-569.
- Asefzadeh, S., Rafiei, S., & Karimi, M. (2020). Variation in compliance with safe surgery checklist in hospitals with different levels of patient safety culture. *International Journal of Healthcare Management*, 13(sup1), 12-16.
- Aslan, H., Büyükbeşe, T. (2017). Otel işletmelerinde eğitim uygulamaları ve örgütsel iletişimin işten ayrılma niyetine etkisi, *International Journal of Academic Value Studies*, 3(13), 1-12.
- Atmowardoyo., H. (2018). Research methods in TEFL studies: Descriptive research, case study, error analysis, and R & D. *Journal of Language Teaching and Research*, 9(1), 197-204.
- Aydoğdu, T. (2016). Örgütsel iletişim algısının örgütsel vatandaşlık davranışına etkisi: bir araştırma (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Bal, C. G. (2013). Sağlık kurumlarında iletişim doyumu üzerine bir alan araştırması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(25), 107-126.
- Ballı, F. E., & Ateş, Ö. T. (2021). Organizational communication climate: scale development study. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 50(1), 400-433.
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., & Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271.
- Çetintaş, H. B. (2016). Yönetim yaklaşımlarında örgütsel iletişim olgusunun değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 4(1), 173-199
- Dirisu, J., Worlu, R., Osibanjo, A., Salau, O., Borishade, T., Meninwa, S., & Atolagbe, T. (2018). An integrated dataset on organisational culture, job satisfaction and performance in the hospitality industry. *Data in Brief*, 19, 317-321.

## Baş: Public employees' perception of organisational communication

- Erdoğan, M., Kırılmaz, H., & Arslanoğlu, A. (2018). Enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine etkisi: Bir kamu hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 109-118.
- Gemlik, N., Şeker, R., Arslanoğlu, A., & Çengel, Ö. (2022). Sağlık kurulunda çalışanların iletişim sorunları ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(4), 344-350.
- Ghiyasvandian, S., Sedighiyani, A., Kazemnejad, A., & Iranshahi, I. (2017). Relationship between organizational communication satisfaction and organizational commitment in nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9(6), 20-33
- Gül, Ö., & Sezici, E. (2017). İşgörenlerin iletişim iklim algısı: Ondokuz Mayıs Üniversitesi vakıf işletmelerinde bir inceleme. *Kastamonu University Journal of Economics & Administrative Sciences Faculty*, 15,66-76.
- Gün, İ., & Söyük, S. (2017). Sağlık kuruluşlarında örgüt iklimi ve örgütsel güven arasındaki ilişki. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, (1), 40-48.
- Horvath, D., Keith, N., Klamar, A., & Frese, M. (2022). How to induce an error management climate: experimental evidence from newly formed teams. *Journal of Business and Psychology*, 1-13.
- Hower, K. I., Vennedey, V., Hillen, H. A., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., ... & Ansmann, L. (2020). Is organizational communication climate a precondition for patient-centered care? Insights from a key informant survey of various health and social care organizations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8074.
- Ince, M., & Gül, H. (2011). The role of the organizational communication on employees' perception of justice: A sample of public institution from Turkey. *European Journal of Social Sciences*, 21(1), 106-124
- Jia, J., Jiao, Y., & Han, H. (2022). Inclusive leadership and team creativity: a moderated mediation model of Chinese talent management. *The International Journal of Human Resource Management*, 33(21), 4284-4307.
- Karagöz, Y. (2016). SPSS ve AMOS 23, Uygulamalı istatistiksel analizler, Ankara.
- Kılıç, E., & Altuntaş, S. (2019). The effect of collegial solidarity among nurses on the organizational climate. *International Nursing Review*, 66(3), 356-365.
- Köksal, K. E. (2012). İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin iletişim doyumunun belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Koçel, T., (2018). İşletme yönetimi, Beta (17.Baskı), İstanbul.
- Karicioğlu, F., Timuroğlu, K., & Çınar, O. (2009). Örgütsel iletişim ve iş tatmini ilişkisi-biruygulama. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*, (63), 59-76
- Kaynar, E. (2018). Örgütsel iletişim doyumunun iş tatmini ve örgütsel bağlılık ile ilişkisi; görgül bir araştırma, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Prats, G. M., Franco, F. D. J. M., & Ramírez, M. E. O. (2021). Clima organizacional y su impacto en la calidad educativa universitaria. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*, (16), 55-73. Formun Üstü Formun Altı
- Reddy, A., Shea, J. A., Canamucio, A., & Werner, R. M. (2015). The effect of organizational climate on patient-centered medical home implementation. *American Journal of Medical Quality*, 30(4), 309-316.
- Saygılı, M., & Çelik, Y. (2010). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(1), 39-71.
- Neill, M. S., Men, L. R., & Yue, C. A. (2020). How communication climate and organizational identification impact change. *Corporate Communications: An International Journal*, 25(2), 281-298.

*Baş: Kamu çalışanlarını örgütsel iletişim algısı*

- Uslu, B., & Welch, A. (2018). The influence of universities' organizational features on professorial intellectual leadership. *Studies in Higher Education*, 43(3), 571-585.
- Ural, A. (2014). Gazi Üniversitesi'nde örgütsel iklim, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(2), 145-165.
- Yoğurtçuoğlu, Ö. (2013). İletişim doyumunun çalışanlar açısından değerlendirilmesi: Arfesan Arkan Fren Elemanları Sanayi ve Ticaret A.Ş.'de bir uygulama. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Wynia, M. K., & Osborn, C. Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of health communication*, 15(S2), 102-115.

# Hasta dostu hastane: Bir eğitim araştırma hastanesi uygulaması

## Patient-friendly hospital: A training research hospital implementation

<sup>1</sup>Ali Arslanoğlu, <sup>2</sup>Yusuf Sermet Kileci, <sup>3</sup>Şeyda Ferah Arslan, <sup>4</sup>Zehra Arslan

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, aliarslanoglu18@gmail.com 0000-0002-4454-0397

<sup>2</sup>Sanko Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sermet@kileci.com 0000-0003-3069-9345

<sup>3</sup>Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, sftuygar@gmail.com 0000-0002-6208-0072

<sup>4</sup>Tuzla Devlet Hastanesi, İstanbul, z.arslan9928@gmail.com 0000-0003-4657-6040

### ÖZ

**Amaç:** "Dost" metaforu, işletmelerde güven algısı oluşturmaya amacıyla, 1990'lerden itibaren yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastane bağlamında incelediğimizde karşımıza sıklıkla "bebek dostu hastane, anne dostu hastane, bakım dostu hastane, çevre dostu hastane, yaşlı dostu hastane" gibi kavramlar çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı bir eğitim araştırma hastanesinin hasta dostu olma düzeyini belirlemektir. **Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan, Hasta Dostu Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Kişisel Bilgi Formu çalışanların demografik özellikleri 8 soru ve ölçek kapsamındaki 37 maddeden oluşmaktadır. **Bulgular:** Cronbach alpha değeri .989 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %54,6'sının kadın olduğu, %78,9'unun evli olduğu, %44,3'ünün poliklinikte hizmet aldığı, %32,1'inin ilköğretim mezunu olduğu, %26,8'inin 30 yaş ve altında olduğu, %42,7'sinin 4000-5000 TL arası gelirinin olduğu, %40,7'sinin kuruma 8 ya da daha fazla kez başvurmuş olduğu ve %86,3'ünün kentsel bölgede yaşadığı görülmektedir. Hasta Dostu ortalama puanı 8,23, Şefkatli iletişim boyutu ortalama puanı 8,33, Güven boyutu 8,31 ve empatik boyutu puan ortalaması 8,32 olarak bulunmuştur. **Sonuç:** Araştırma yapılan hastanede hasta dostu algısı çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca şefkatli iletişim, güven ve empatik ilgi ortalama puanlarına göre de çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Yine şefkatli iletişim, güven, empatik iletişim ve hasta dostu algısı cinsiyet, medeni durum, yaşanılan bölge, yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısına göre farklılık göstermemiştir. Hizmet alınan bölüm ve öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.

#### Anahtar Kelimeler:

Hasta Dostu Hastane, Sağlık Hizmetlerindeki Kalite, Hasta Dostu, Hizmet Kalitesi.

#### Key Words:

Patient Friendly Hospital, Quality in Health Services, Patient Friendly, Service Quality.

#### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, aliarslanoglu18@gmail.com 0000-0002-4454-0397

#### DOI:

10.52880/sagakaderg.1280779

#### Gönderme Tarihi/Received Date:

11.04.2023

#### Kabul Tarihi/Accepted Date:

23.05.2023

#### Yayımlanma Tarihi/Published Online:

01.06.2023

### ABSTRACT

**Objective:** The metaphor of "friend" has been widely used since the 1990s to create a perception of trust in organisations. In the context of hospitals, we often encounter concepts such as "baby-friendly hospital, mother-friendly hospital, care-friendly hospital, environment-friendly hospital, elderly-friendly hospital". The aim of this study is to determine the level of patient friendliness of a training and research hospital. **Method:** This study was planned as a descriptive and cross-sectional study. The data were obtained by using the Patient Friendly Scale, which was created by the researchers by reviewing the literature. The Personal Information Form consists of 8 questions about the demographic characteristics of the employees and 37 items in the scale. **Findings:** Cronbach alpha value was found as, 989. It is seen that 54.6% of the participants were female, 78.9% were married, 44.3% received service in the outpatient clinic, 32.1% were primary school graduates, 26.8% were 30 years old or younger, 42.7% had an income between 4000-5000 TL, 40.7% had applied to the institution 8 or more times and 86.3% lived in the urban area. The average score of Patient Friendly was 8.23, the average score of Compassionate communication dimension was 8.33, the average score of Trust dimension was 8.31 and the average score of empathic dimension was 8.32. **Conclusion:** As a result, the perception of patient friendliness was found to be at a very high level in the hospital where the research was conducted. It was also found to be at a very high level according to the mean scores of compassionate communication, trust and empathic interest. Again, the perception of compassionate communication, trust, empathic communication and patient friendliness did not differ according to gender, marital status, region of residence, age, income status and number of hospital admissions. It differs according to the department and education level.



## GİRİŞ

Günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesine verilen önem artmakta, her unsura ilişkin kapsamlı kalite çalışmaları yürütülmektedir (Arslanoğlu, 2018). Bu amaçla çeşitli akreditasyon sistemleri kurulmuştur ve geliştirme çabaları devam etmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunu ve kalitesini artırmak, ortak bir standarda ulaştırmak için oluşturulmuş olan yönetim, sertifikasyon ve akreditasyon sistemleri odak noktaları doğrultusunda sağlık sistemini değerlendirerek, seviyelendirme veya sınıflamalara tabi tutmaktadır. Mevcut uygulamadaki bu yaklaşımlar, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkiden ziyade; hasta odaları ve bekleme salonlarının konforu, tıbbi atık ve sterilizasyon yönetimi, tedavi süreçlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve sağlık bilgi sistemlerinin dijitalleşme seviyesi gibi hastanelerin fiziksel ve teknik unsurlarını baz alarak değerlendirme yapmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının hastalara gösterdiği şefkat, güven, ilgi ve yardımseverlik gibi duygusal unsurlara bu sistemlerde odaklanılmamakta, sistemin öznesi olan hastalar bu değerlendirme ve ölçüm sürecinde doğrudan yer almamaktadır.

Sağlık kuruluşlarının akreditasyonu ile ilgili kuruluşlar arasında dünyada bilinen en yaygın akreditasyon kuruluşu Joint Commission International (JCI)'dir. JCI'nin standartları ve akreditasyon sistemi incelendiğinde, yoğun olarak sağlık kuruluşlarının fiziksel ve prosedürel süreçleri ayrıca hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olarak 1300 civarında standart olduğu görülmektedir. Bu standartlar her ne kadar hasta merkezli somut ve fiziksel iyileştirmeyi kapsıyor olsa da duygusal ve soyut algılamalar ile ilgili doğrudan bir standardın yer almadığı görülmektedir. Bunun yanı sıra JCI ve diğer akreditasyon sistemleri ölçümlerini doğrudan hasta üzerinden değil, uzman bir denetleme ekibinin değerlendirmesi sonucunda yapmaktadırlar. Standartların doğrudan süreçlerin ve fiziksel düzenlemelerin iyileştirilmesi ve kontrolü üzerine olduğu görülmektedir.

Türkiye'de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer alan sekiz ana bileşenden altıncısı olan "Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" bileşeni kapsamında sağlık hizmetlerinde kalite yönetim uygulamaları başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı sadece kalite ile ilgili değil, aynı zamanda "dost" kavramı ile kullanılan bazı hastane konseptleri de geliştirmiştir. "Dost" metaforu, işletmelerde güven algısı oluşturmak amacıyla, 1990'lardan itibaren yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle "çevre dostu işletme, aile dostu işletme, kullanıcı dostu işletme, kadın dostu işletme, çalışan dostu işletme, hayvan dostu işletme" şeklinde kullanımına rastlanmaktadır (Şener, 2020: 1302). Hastane bağlamında ise karşımıza sıklıkla bebek dostu hastane, anne dostu hastane, bakım dostu hastane,

çevre dostu hastane, yaşlı dostu hastane gibi kavramlar çıkmaktadır.

"Bebek dostu hastane" bebeğin anne sütü ile beslenmesini sağlamayı, emzirmeyi özendirilmeyi ve desteklemeyi amaçlayan, emzirme konusundaki eğitim ve danışmanlık hizmetlerini daha sistemli ve etkili bir şekilde vermeyi taahhüt eden hastanelerdir. "Anne dostu hastane", Anne-çocuk merkezli bakımı hedefler. Optimal anne ve çocuk koşullarının korunması ve anne-çocuk ikilisinin saygı ve desteği hak ettiğinin kabul edilmesi ilkesine dayanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). "Bakım dostu hastane" kavramı, hemşirelik bakımına önem veren, hemşirelik bakımını gözetken, hemşirelik bakımının niteliğini koruyan ve yükseltmeye çalışan kurumları ifade etmektedir (Güven ve Oktay, 2009: 105). "Çevre dostu hastane" yeşil kavramına değinen, çevre dostu yeşil stratejiler belirleyen hastanelerdir. Çevre dostu bir yerleşim yeri seçmek, sürdürülebilir ve verimli tasarımlar kullanmak, doğa dostu yapı malzemeleri ve ürünleri satın almak, inşaat esnasında çevreye duyarlı olmak ve çevreye duyarlılığı hizmet sürecinde de devam ettirmek gibi unsurları önemseyen hastaneleri tanımlamak için kullanılmaktadır (Terekli vd., 2013: 40). "Yaşlı dostu hastaneler", yaşlı hastaların ihtiyaçlarına yönelik fiziksel çevre ve hizmet süreçleriyle yaşlı bireylerin bakım ve tedavi hizmetlerini en iyi şekilde karşılayan sağlık kuruluşlarını ifade etmektedir (Gemlik vd., 2019: 144). "Dostluk" literatürdeki çalışmalarda bir erdem olarak nitelendirilmektedir. Erdem üzerine yapılmış olan çalışmalarda bireysel ve örgütsel erdem ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçeklerde dostluk bir boyut olarak yer almaktadır (Racelis, 2013: 36; Cameron vd., 2004: 786).

Yukarıda adı geçen, dostluk kavramını içeren hastane konseptlerinde, bazı hasta gruplarının özelliğine göre spesifik ihtiyaçlara odaklanılmıştır. Değerlendirmeye ilişkin kriterlerine bakıldığında, kalite standartlarında olduğu gibi bu göstergeler de hastaların güvenli ve konforlu ortamda sağlık hizmeti almasına odaklanmıştır. Hizmet veren sağlık görevlilerinin, güler yüz, şefkat, ilgi, merhamet, güven, yardımlaşma gibi duygusal desteklerini dikkate almamıştır. İlgili literatürde, yakın zamana kadar "hasta dostu" kavramının net bir şekilde tanımının yapılamadığı görülmektedir. Hasta dostu sağlık hizmetleri ve hastane kavramının akademik olarak ele alınıp çalışılması noktasında yeterli çalışmaya rastlanmamış olup, kavramın ilk kez akademik olarak ele alındığı bilimsel etkinlik, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi olduğu belirlenmiştir (Uğurlu ve Şener, 2020). Tanımı ise daha öncesinde sadece Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinde fiziksel ve tıbbi unsurların etkisi olduğu kadar hastaların yaşadıkları ve hissettikleri duyguların

da önemli olduğunu savunmalarıyla Kılıç ve Bostan (2021) tarafından yapılmıştır. Bu tanıtmda Hasta dostu kavramı 'saygı, şefkat, güven, empati, ilgi, yardımseverlik ve vefa gibi duyguları bünyesinde toplayan bir olgu' olarak ifade edilmiştir (Kılıç ve Bostan, 2021).

Hastane ortamları gerek fiziksel gerek duygusal anlamda, hastaların sağlığı ve iyileşmesi üzerinde belirgin bir etkisi olan "iyileşme" ortamlarıdır (Fowler vd., 1999: 352). Sağlık hizmeti sunumu esnasında sadece tıbbi malzeme, ilaç, oda ve diğer fiziki ve teknik araçlar değil, aynı zamanda sağlık personellerinin hastaya olan tutum ve davranışları da tedavi sürecinin bir girdisini ve ayrılmaz parçasını oluşturmaktadır. Bu bakımdan sadece fiziksel girdilerin niteliğini ölçüp sağlık hizmetinin kalitesi ve akreditasyonunu değerlendirmek konuyu bütünsel olarak ele almayı mümkün kılmamaktadır. Hasta dostu yaklaşımının diğer yaklaşımlardan temel paradigma farkı ve önermesi, akreditasyon sisteminin doğrudan hastayı merkeze alıp değerlendirmeyi onun duygu, algı ve tutumları üzerinden yapmasıdır. Sadece teknik ve fiziksel yöne değil, soyut ve duygusal alana odaklanır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinde fiziksel ve tıbbi unsurların etkisi olduğu kadar hastaların yaşadıkları ve hissettikleri duyguları da önemlidir. Bu sebeple değerlendirme kriterleri hastanenin teknik ve fiziksel özellikleri ile sınırlı kalmamalıdır. Bu çalışmada, mevcut kalite ve akreditasyon sistemlerinin ön plana çıkarmadığı, hastaların hastaneden aldıkları hizmete ilişkin duygusal unsurları da ortaya koymaya yönelik geliştirilen "hasta dostu hastane" kavramı çerçevesinde, hastaların algı ve düşünceleri belirlenmeye çalışılmıştır. Hastanelerin, hastaların duygusal ihtiyaçlarına duyarlı hale getirilebilmeleri için bir durum değerlendirmesi yapılmıştır.

Bu çalışmanın amacı bir eğitim araştırma hastanesinin hasta dostu olma düzeyini belirlemektir.

## KAPSAM VE YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı, Yöntemi, Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın amacı bir eğitim araştırma hastanesinin hasta dostu olma düzeyini belirlemektir. Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan, Hasta Dostu Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Kişisel Bilgi Formu çalışanların demografik özellikleri 8 soru ve ölçek kapsamındaki 37 maddeden oluşmaktadır.

Hasta Dostu Ölçeği Kılıç ve Bostan (2021) tarafından geliştirilmiş olup "Güven", "Empatik İlgi", "Şefkatli İletişim" olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır. Ölçek

Likert tipi 9 basamaklı olup, ifadeler; "en olumsuz" (1) ile "en olumlu" (9) arasında değer almaktadır. Ölçme aracı 37 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerliğine ilişkin test – tekrar test yöntemiyle yapılan analizde elde edilen katsayı zamana göre değişmediğini açıklamaktadır. Ölçme aracı aritmetik ortalama yöntemiyle hesaplanmaktadır. Ortalama değer 1 ile 9 arasında değer almaktadır. Ortalama değer yükseldikçe hasta dostu algısı yüksek kabul edilmektedir. Güven alt boyutu 8 madde, Empatik İlgi alt boyutu 7 madde ve Şefkatli İletişim alt boyutu 22 maddeden oluşmaktadır. Elde edilen 3 alt boyutlu ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.97 olup ve alt boyutların kendi arasında tutarlı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma Gaziantep ilinde özel bir hastanede yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 387 kişiye ulaşılarak çalışma yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplamada Sekaran'ın tablosundan yararlanılmıştır. Tabloya göre 1,000,000 rakamı ve üzerini temsil eden evren büyüklüğünü 384 sayısı ve üzerini ifade eden örneklem büyüklüğü temsil etmektedir.

Veriler çalışmaya gönüllü olarak katılacak çalışanlarla anket yöntemiyle toplanmıştır. Veriler SPSS programında tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistiksel teknikler kullanılarak analiz edilmiştir.

## ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Sosyodemografik özelliklere göre Hasta Dostu puan ortalamaları farklılık göstermektedir.

## BULGULAR

### Geçerlik ve Güvenirlik

Tablo 1: Geçerlik ve Güvenirlik Tablosu

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
TOPLAM	37	,989

Araştırması yapılan ve 387 kişiye uygulanan ölçeğin toplam 37 maddesine Cronbach Alpha güvenirlik testi uygulanmıştır. Tablo 1'de görüldüğü üzere sonuç olarak toplam cronbach alpha değerı ,989 olarak bulunmuş olup araştırma ölçeğinin güvenilir olduğu söylenebilir.

### Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların demografik özelliklerine ait bulgular bölümünde, araştırmaya katılmayı kabul edenlerin cinsiyetleri, medeni durumları, yaşları, gelir durumları, öğrenim durumları, hizmet aldıkları alanlar, yaşadıkları bölgeler ve kuruma başvuru sayılarına ait olan bilgiler incelenmiş, her bir değişkene ilişkin frekans (sıklık) ve yüzde değerlerine yer verilmiştir. Bu değerler Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2:** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	n	%	Değişken	n	%		
Cinsiyet	Kadın	208	54,6	Medeni Durum	Evli	299	78,9
	Erkek	173	45,4		Bekâr	80	21,1
	<b>Toplam</b>	<b>381</b>	<b>100</b>		<b>Toplam</b>	<b>379</b>	<b>100</b>
Bölüm	Poliklinik	171	44,3	Öğrenim Durumu	İlköğretim	117	32,1
	Cerrahi	58	15,0		Lise	106	29,1
	Dahili	137	35,5		Ön Lisans	49	13,5
	Yoğun Bakım	19	4,9		Lisans	79	21,7
	<b>Toplam</b>	<b>385</b>	<b>100</b>		Yüksek Lisans	13	3,6
Yaş	30 ve altı	96	26,8	Gelir Durumu	4000-5000	151	42,7
	31-40	87	24,3		5001-6000	68	18
	41-50	60	16,8		6001-7000	32	18
	51-60	49	13,7		7001-8000	12	3,4
	61 ve üzeri	66	18,4		8001-9000	7	13,5
	<b>Toplam</b>	<b>358</b>	<b>100</b>		9001 ve üzeri	47	4,5
Başvuru Sayısı	1-3	117	33,8	Bölge	<b>Toplam</b>	<b>317</b>	<b>100</b>
	4-7	87	25,5		Kentsel	308	86,3
	8 ve üzeri	142	40,7		Kırsal	44	13,7
	<b>Toplam</b>	<b>349</b>	<b>100</b>		<b>Toplam</b>	<b>357</b>	<b>100</b>

Tablo 2 incelendiğinde araştırmaya katılanların %54,6'sının kadın olduğu, %78,9'unun evli olduğu, %44,3'ünün poliklinikte hizmet aldığı, %32,1'inin ilköğretim mezunu olduğu, %26,8'inin 30 yaş ve altında olduğu, %42,7'sinin 4000-5000 tl arası gelirinin olduğu, %40,7'sinin kuruma 8 ya da daha fazla kez başvurmuş olduğu ve %86,3'ünün kentsel bölgede yaşadığı görülmektedir.

### Tanımlayıcı İstatistikler

**Tablo 3:** Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek	Aralık	$\bar{x}$	s.s
Hasta Dostu	1-9	8,23	1,29
Şefkatli İletişim	1-9	8,33	1,21
Güven	1-9	8,31	1,30
Empatik İlgi	1-9	8,32	1,29

x: ortalama s.s.: standart sapma

Tanımlayıcı istatistikler tablo 3'te olduğu gibidir. Hasta Dostu ortalama puanı 8,23, Şefkatli iletişim boyutu ortalama puanı 8,33, Güven boyutu 8,31 ve empatik iletişim boyutu ortalama puanı 8,32 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre hastanenin hasta dostu olması çok yüksek olarak bulunmuştur.

Hastaların hasta dostu hastane ile ilgili algı ve boyutlarının puan ortalamalarının cinsiyete, medeni duruma ve

bölgeye göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi uygulanmıştır. T testi sonuçlarına göre; hasta dostu toplam ve boyutları ortalama puanları cinsiyet, medeni durum ve bölge açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sadece empatik ilgi boyutunda medeni durum açısından anlamlı fark bulunmuştur. Evli olanların bekar olanlara göre hasta dostu ortalama puanının daha yüksek olup aralarında anlamlı fark saptanmıştır.

### Farklılıklar testi

Hastaların hasta dostu olma düzeyi ile ilgili algı puanlarının ve boyutlarının ortalama puanlarının yaş, öğrenim durumu, hizmet alınan birim ve gelir durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek faktörlü ANOVA ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hasta dostu olma düzeyi algısında yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öğrenim durumunu baz aldığımızda ilköğretim mezunlarının hasta dostu ortalama puanı lise mezunlarının puanına göre daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Hizmet alınan bölüm bazında değerlendirdiğimizde polikliniklerdeki katılımcıların hasta dostu ortalama puanı dahili ve yoğun bakım katılımcılarının puan ortalamasına göre daha düşük ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur.

**Tablo 4:** Ölçek puanlarının demografik özelliklere göre farklılıkları

			n	x	s.s	t değeri	p değeri
Hasta Dostu	Cinsiyet	Kadın	208	8,28	1,26	,608	,543
		Erkek	173	8,19	1,31		
	Medeni durum	Evli	299	8,38	1,11	1,881	,063
		Bekar	80	8,03	1,52		
	Bölge	Kentsel	308	8,33	1,18	,021	,983
		Kırsal	44	8,33	1,42		
Şefkatli İletişim	Cinsiyet	Kadın	208	8,39	1,18	,834	,405
		Erkek	173	8,28	1,22		
	Medeni durum	Evli	299	8,39	1,12	1,807	,074
		Bekar	80	8,06	1,48		
	Bölge	Kentsel	308	8,34	1,17	-,032	,970
		Kırsal	44	8,35	1,51		
Güven	Cinsiyet	Kadın	208	8,34	1,32	,370	,712
		Erkek	173	8,29	1,26		
	Medeni durum	Evli	299	8,34	1,18	1,775	,079
		Bekar	80	8,01	1,70		
	Bölge	Kentsel	308	8,30	1,31	-,039	,973
		Kırsal	44	8,32	1,35		
Empatik İlgı	Cinsiyet	Kadın	208	8,33	1,25	,108	,914
		Erkek	173	8,32	1,32		
	Medeni durum	Evli	299	8,40	1,19	2,010	<b>,047*</b>
		Bekar	80	8,00	1,63		
	Bölge	Kentsel	308	8,33	1,28	,326	,745
		Kırsal	44	8,26	1,44		

Elde edilen sonuçlara göre şefkatli iletişim düzeyi algısında yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öğrenim durumunu baz aldığımızda ilköğretim mezunlarının şefkatli iletişim ortalama puanı lise mezunlarının puanına göre daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Hizmet alınan bölüm bazında değerlendirdiğimizde polikliniklerdeki katılımcıların şefkatli iletişim ortalama puanı dahili ve yoğun bakım katılımcıların puan ortalamasına göre daha düşük ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre güven düzeyi algısında yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öğrenim durumunu baz aldığımızda ilköğretim mezunlarının güven ortalama puanı lise mezunlarının puanına göre daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Hizmet alınan bölüm bazında değerlendirdiğimizde polikliniklerdeki katılımcıların güven ortalama puanı dahili ve yoğun bakım katılımcıların puan ortalamasına göre daha düşük ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre empatik ilgi düzeyi algısında yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öğrenim durumunu baz aldığımızda ilköğretim mezunlarının empatik ilgi ortalama puanı lise mezunlarının puanına göre daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Hizmet alınan bölüm bazında değerlendirdiğimizde polikliniklerdeki katılımcıların empatik ilgi ortalama puanı dahili ve yoğun bakım katılımcıların puan ortalamasına göre daha düşük ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Ve yoğun bakımdan hizmet alanların güven ortalama puanları dâhili bölümlerden hizmet alanların ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Araştırmanın yapıldığı hastanede, hasta dostu olma düzeyinin sosyodemografik verilere göre farklılıklarının incelendiği bu çalışmaya göre, cinsiyet, medeni durum ve yaşanan bölge açısından hasta dostu olma algısında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Söz konusu hastane için

**Tablo 5:** Ölçek Puanlarının Yaşa, Öğrenim Durumu, Hizmet Alınan Birim, Gelir Durumu ve Hastaneye Başvuru Sayısına Göre Farklılıkları

Tanımlayıcı Özellikler	EMPATİK İLĞİ				GÜVEN				ŞEFKATLİ İLETTİŞİM				HASTADOSTU TOPLAM				
	N	X/Mean Rank	S.S.	N	X/Mean Rank	S.S.	N	X/Mean Rank	S.S.	N	X/Mean Rank	S.S.	N	X/Mean Rank	S.S.		
<b>Yaş</b>	30 yaş ve altı (a)	93	8,25	1,44	93	8,20	1,60	93	8,24	1,37	93	8,23	1,41				
	31-40 yaş arası (b)	86	8,15	1,31	86	8,15	1,24	86	8,13	1,19	86	8,14	1,15				
	41-50 yaş arası (c)	60	8,48	1,12	60	8,46	1,11	60	8,44	1,08	60	8,45	1,09				
	51-60 yaş arası (d)	48	8,32	1,26	48	8,43	1,09	48	8,47	0,90	48	8,43	0,97				
	61 yaş ve üstü (e)	64	8,50	1,16	64	8,49	1,15	64	8,59	1,10	64	8,55	1,10				
	<i>Test ve Anlamlılık</i>	<b>F=1,004, p&gt;0,05</b>				<b>F=1,128, p&gt;0,05</b>				<b>F=1,811, p&gt;0,05</b>				<b>F=1,525, p&gt;0,05</b>			
<b>Hizmet Alınan Bölüm</b>	Poliklinik (a)	156	164,23		156	162,29		156	158,44		156	156,99					
	Cerrahi (b)	97	208,60		97	208,18		97	207,86		97	209,22					
	Dahili (c)	104	196,51		104	200,71		104	206,51		104	206,51					
	Yoğun Bakım (d)	19	241,29		19	236,42		19	237,95		19	237,95					
	<i>Test ve Anlamlılık</i>	<b>Ki Kare=22,117, p&lt;0,05</b> d>c, c>a, d>a				<b>Ki Kare=22,932, p&lt;0,05</b> c>a, d>a				<b>Ki Kare=24,442, p&lt;0,05</b> c>a, d>a				<b>Ki Kare=26,683, p&lt;0,05</b> c>a, d>a			
	<b>Gelir Durumu</b>	4000-5000 ₺ (a)	151	137,19		151	134,30		151	136,68		151	136,48				
5001-6000 ₺ (b)		68	136,56		68	140,59		68	142,61		68	142,28					
6001-7000 ₺ (c)		32	135,12		32	138,50		32	135,97		32	135,92					
7001-8000 ₺ (d)		12	151,79		12	154,96		12	139,29		12	143,21					
8001-9000 ₺ (e)		7	171,64		7	164,36		7	131,93		7	139,29					
9001-10000 ₺ (f)		47	81,72		47	89,11		47	86,33		47	84,61					
<i>Test ve Anlamlılık</i>	<b>Ki Kare= 8,117, p&gt;0,05</b>				<b>Ki Kare=6,432, p&gt;0,05</b>				<b>Ki Kare=4,506, p&gt;0,05</b>				<b>Ki Kare=4,799, p&gt;0,05</b>				
<b>Öğrenim durumu</b>	İlköğretim (a)	113	8,60	1,01	113	8,57	1,00	113	8,63	0,99	113	8,61	0,95				
	Lise (b)	104	8,11	1,46	104	8,01	1,52	104	8,01	1,40	104	8,03	1,39				
	Ön lisans (c)	47	8,26	1,34	47	8,47	1,18	47	8,34	1,19	47	8,35	1,18				
	Lisans ve üstü (d)	91	8,17	1,38	91	8,17	1,43	91	8,24	1,23	91	8,21	1,27				
<i>Test ve Anlamlılık</i>	<b>F=3,069, p&lt;0,05</b> a>b				<b>F=3,899, p&lt;0,05</b> a>b				<b>F=4,839, p&lt;0,05</b> a>b				<b>F=4,429, p&gt;0,05</b> a>b				
<b>Hastaneye Başvuru Sayısı</b>	1-3 kez (a)	113	8,48	1,11	113	8,48	1,05	113	8,54	0,95	113	8,51	0,96				
	4-7 kez (b)	87	8,17	1,45	87	8,10	1,47	87	8,12	1,44	87	8,12	1,40				
	8 ve üzeri (c)	141	8,35	1,22	141	8,36	1,27	141	8,38	1,11	141	8,37	1,13				
<i>Test ve Anlamlılık</i>	<b>F=1,478, p&gt;0,05</b>				<b>F=2,308, P&gt;0,05</b>				<b>F=3,237, P&gt;0,05</b>				<b>F=2,810, p&gt;0,05</b>				



çalışanlar tarafından hizmet sunumu sırasında kadın ve erkekler arasında, evliler ve bekarlar arasında ayırım yapılmadığını göstermektedir. Öte yandan kentsel ya da kırsal bölgede yaşayan insanlar içinde anlamlı fark saptanmaması çalışanların hastaları yaşadığı bölgeye göre ayırmadığını göstermektedir.

Hastaların yaş, hastaneye başvuru sayısı ve gelir durumunda gösterdiği farklılıklar içinde anlamlı bir fark bulunmamış olup çalışanların hizmet alanlar arasında söz konusu parametreler içinde ayırım yapmadığı görülmektedir.

Öğrenim durumu açısından incelediğimizde lise mezunu olan hastaların ilköğretim mezunlarına göre, hasta dostu olma algısında daha düşük puana sahip olup, aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu durum ilköğretim mezunlarının beklentilerinin düşük olduğu için hasta dostu olma algısında yüksek puan vermelerinden, lise mezunlarının ise beklentilerinin yüksek olup hasta dostu olma düzeyini yetersiz bulmalarından kaynaklı olabilir.

Hizmet alınan bölüm açısından incelendiğinde de poliklinikteki hastaların diğer alanlardaki hastalara göre hasta dostu algı düzeyi puanının daha az olup, aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu durum polikliniklerin diğer alanlara göre daha yoğun olmasından, hastalar ile daha hızlı ve kısa iletişim kurulup hastaları tatmin etmemesinden, poliklinikte bulunan sağlık çalışanlarının diğer alanlarda çalışanlara oranla iletişim kurmada daha fazla sorun yaşadığından kaynaklı olabilir.

Söz konusu hastane için çalışanlar tarafından hizmet sunum arasında şefkatli iletişim puan ortalamaları açısından cinsiyet, medeni durum, yaşanılan bölge açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Buna göre çalışanların hizmet sunduğu hastalara karşı bir ayırımda bulunmadan şefkatli iletişimde bulunduğunu göstermektedir. Filiz ve Güngör (2022) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmuştur (Filiz ve Güngör, 2022). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir. Yine aynı çalışmada yaşanılan bölge açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Filiz ve Güngör, 2022). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Şefkatli iletişim boyutu düzeyi ortalama puanları yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısına göre anlamlı bir fark görülmemiştir. Filiz ve Güngör (2022) tarafından yapılan çalışmada yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Filiz ve Güngör, 2022). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Öğrenim durumunu baz aldığımızda ilköğretim mezunlarının şefkatli iletişim ortalama puanı lise mezunlarının puanına göre daha yüksek ve anlamlı olarak farklılığı bulunmuştur. Hizmet alınan bölüm

bazında değerlendirdiğimizde polikliniklerdeki katılımcıların şefkatli iletişim ortalama puanı dahili ve yoğun bakım katılımcılarının puan ortalamasına göre daha düşük ve anlamlı olarak farklılığı bulunmuştur.

Söz konusu hastane için çalışanlar tarafından hizmet sunum arasında güven puan ortalamaları açısından cinsiyet, medeni durum, yaşanılan bölge açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Buna göre çalışanların hizmet sunduğu hastalara karşı bir ayırımda bulunmadan güven verdiğini göstermektedir. Filiz ve Güngör tarafından yapılan çalışmada cinsiyet ve yaşanılan bölge açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Filiz ve Güngör, 2022). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Güven boyutu düzeyi ortalama puanları yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısına göre anlamlı bir fark görülmemiştir. Filiz ve Güngör tarafından yapılan çalışmada yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Filiz ve Güngör, 2022). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Öğrenim durumunu baz aldığımızda ilköğretim mezunlarının güven ortalama puanı lise mezunlarının puanına göre daha yüksek ve anlamlı olarak farklılığı bulunmuştur. Hizmet alınan bölüm bazında değerlendirdiğimizde polikliniklerdeki katılımcıların güven ortalama puanı dahili ve yoğun bakım katılımcılarının puan ortalamasına göre daha düşük ve anlamlı olarak farklılığı bulunmuştur.

Söz konusu hastane için çalışanlar tarafından hizmet sunum arasında empatik ilgi puan ortalamaları açısından cinsiyet, medeni durum, yaşanılan bölge açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Buna göre çalışanların hizmet sunduğu hastalara karşı bir ayırımda bulunmadan empatik ilgi gösterdiğini göstermektedir. Filiz ve Güngör tarafından yapılan çalışmada cinsiyet ve yaşanılan bölge açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Filiz ve Güngör, 2022). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Empatik ilgi boyutu düzeyi ortalama puanları yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısına göre anlamlı bir fark görülmemiştir. Filiz ve Güngör tarafından yapılan çalışmada yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Filiz ve Güngör, 2022). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Öğrenim durumunu baz aldığımızda ilköğretim mezunlarının güven ortalama puanı lise mezunlarının puanına göre daha yüksek ve anlamlı olarak farklılığı bulunmuştur. Hizmet alınan bölüm bazında değerlendirdiğimizde polikliniklerdeki katılımcıların empatik ilgi ortalama puanı dahili ve yoğun bakım katılımcılarının puan ortalamasına göre daha düşük ve anlamlı olarak farklılığı bulunmuştur. Bunun sebebinin ise poliklinikte hastaların daha yoğun olarak bulunması ve çalışanların ilgilerini tam olarak

gösteremediği düşünülmektedir. Aynı şekilde yoğun bakımdan hizmet alanların dâhili bölümlerden hizmet alanlara göre empatik ilgi puanlarının yüksek olması yoğun bakımlardan empatik ilginin yüksek olduğunu göstermektedir.

## SONUÇ

Sonuç olarak araştırma yapılan hastanede hasta dostu algısı çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca şefkatli iletişim, güven ve empatik ilgi ortalama puanlarına göre de çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Yine şefkatli iletişim, güven, empatik iletişim ve hasta dostu algısı cinsiyet, medeni durum, yaşanılan bölge, yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sayısına göre farklılık göstermemiştir. Hizmet alınan bölüm ve öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu durumda daha çok polikliniklerden hizmet alan ile öğrenim durumu yüksek olan hastaların algılarının düşük olduğu görülmüştür.

Hasta dostu kriterleri ölçeğin boyutları “güven, empatik ilgi ve şefkatli iletişim” olarak belirlenmiştir. Hastalar, hizmet aldıkları hastanenin çalışanlarına güven duyduklarını, onların empatik ilgi ve şefkatli iletişimlerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu kriterleri sağlayan hastaneler rekabetin yoğun olduğu ortamlarda tercih edilme nedeni olacaktır. Hasta dostu olan güven, empatik ilgi ve şefkatli iletişim kriterlerini sağlayan hastaneler rakiplerine göre daha etkili olabilir.

Sağlık hizmetleri sunumu sırasında hasta dostu anlayışının yaygınlaşması ile, sağlık kuruluşları ve personeli ile hastalar arasında ortaya çıkacak dostluk yaklaşımı tanı ve tedavi süreçlerinden, ilaç kullanımına, koruyucu sağlık hizmetlerinden hasta haklarına kadar pek çok süreci olumlu şekilde etkilemesi beklenmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Aynı değişkenler ile farklı hastanelerde tekrar çalışma yapılması önerilir. Sağlık yönetimi, pazarlama ve halkla ilişkiler bilim alanının hastaların rekabet edebilmeleri için nasıl güven tesis edecekleri, empatik ilgi ve şefkatli iletişimi nasıl geliştireceği konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

Uygulamacılar için ise daha yoğun olan polikliniklerde hizmet alan hastalar ile sağlık iletişimi artırılmalıdır. Bu konuda çalışanlara eğitimler verilmelidir.

## KAYNAKÇA

- Arslanoğlu, A. (2018). Kalite Yönetimi. Gemlik, N. (Ed.), Hastane yönetiminde 4 Boyut. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Cameron, K., Bright D., Caza, A. (2004). Exploring The Relationships Between Organizational Virtuousness And Performance. American Behavioral Scientist, Vol. 47, No. 6, pp. 766-790.

- Filiz, M. ve Güngör, S. (2022). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hasta Dostu Kavramı Üzerinde Bir Değerlendirme. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 24(2): 657-674
- Fowler, E., MacRae, S., Stern, A., Harrison, T., Gerteis, M., Walker J., Edgman, Levitan S. (1999), The Built Environment As A Component Of Quality Care: Under- Standing And Including The Patients’ Perspective. Joint Commission Journal of Quality Improvement, Vol. 25, No.7, pp. 352–362.
- Gemlik, H. N., Saruhan, E., Arslanoğlu, A. (2019), Yaşlı Hastaların Yaşlı Dostu Hastanelerden Beklentileri Üzerine İçerenköy Bayındır Hastanesi’nde Nitel Bir Araştırma. Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, Cilt 3, No.5, sayfa 144-156.
- Güven, H., Oktay, S. (2009). Bakım Dostu Hastanelerin Standartlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, Cilt 17, No.2, sayfa 103-114.
- Kılıç, T., Bostan, S. (2021). Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde, Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Dostu Ölçeği Tasarımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 24, No.3, sayfa 555-570.
- Racelis, A. (2013). Developing A Virtue Ethics Scale: Exploratory Survey of Philippine Managers. Asian Journal of Business and Accounting, Vol. 6, No.1, pp. 15-37.
- Şener, E. (2020). Dost Metaforu İşletmeler İçin Bir Erdem Arayışı Mı? Eleştirel Bir Değerlendirme. Business & Management Studies: An International, Cilt 8, No.2, sayfa 1289-1309.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022, Mayıs 9). Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/cocukergen-bp-liste/anne-sutunun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kuruluslari-programi.html>
- Terekli, G., Özkan, O., Bayın, G. (2013). Çevre Dostu Hastaneler: Hastaneden Yeşil Hastaneye. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 12, No. 2, sayfa 37-54.
- Uğurlu, S., Şener, E. (2020). Bebek Dostu Hastane Girişimi: Örgütsel Düzeyde Bir Kavram Analizi. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 2(2), 65-79.

# Türkiye’de lisansüstü tezlerde bebek masajının etkilerinin incelenmesi: Sistematik derleme

## Investigation of the effects of infant massage in postgraduate theses in Turkey: A systematic review

Hatice Bal Yılmaz<sup>1</sup>, Sevgim Küçük<sup>2</sup>, Seval Uğur<sup>3</sup>, Ayçin Ezgi Önel<sup>4</sup>, Tuba Gıynaş<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Prof.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. haticebalyilmaz@gmail.com, 0000-0001-8015-6379

<sup>2</sup> Dr.Ögr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. sevgimkucuk@hotmail.com, 0000-0002-8322-9630

<sup>3</sup> Dr.Ögr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. sevalugur\_35@hotmail.com, 0000-0001-5228-9094

<sup>4</sup> Dr.Ögr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. ayacin.ezgi.onel@ege.edu.tr, 0000-0002-4720-6685

<sup>5</sup> Dr.Ögr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. tubagiynas@hotmail.com, 0000-0002-4738-0421

### ÖZ

**Amaç:** Bu sistematik derlemenin amacı Türkiye’de Ocak 2000- Ağustos 2022 yılları arasında yapılmış olan bebek masajı ile ilgili olan lisansüstü tezlerinin sistematik olarak incelenmesi ve bebek masajının prematüre, bebek ve yenidoğanlara olan etkisini gözden geçirmektir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmalara, Ulusal Tez Tarama Merkezi veri tabanlarında Ocak 2000-Ağustos 2022 yılları arasında yayınlanan ve Türkçe ‘yenidoğan, bebek, prematüre, masaj’ anahtar kelimeleriyle farklı kombinasyonlar kullanılarak ulaşılmıştır. Sistematik derleme dâhil inde ulaşılan çalışmalara PRISMA kontrol listesi akış şeması kullanılmıştır. Dâhil edilen çalışmaların uygunluğunu belirlemek için ise PICOS yöntemi kullanılmıştır. Ulaşılan lisansüstü tezlerin metodolojik kalitesi Türkçe Joanna Briggs Enstitüsü MASTARI Deneysel ve Yarı Deneysel Araştırmalar Kontrol Listesi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Tarama sonucunda yenidoğan, bebek ve prematüre masajını konu alan 18 teze ulaşılmıştır. Tezlerin % 44.4’ü doktora, % 55.6’sı yüksek lisans tezidir. Çalışmaların %77.8’i deneysel tasarımda, %22.2’si yarı deneysel tasarımda yapılmıştır. Araştırmalarda uygulanan masajın % 72’sinin tüm vücuda, %11.1’inin karına, %5.6’sı ayak masajı, %5.6’sı bacak masajı, %5.6’sı ise aromaterapi masajı olarak uygulandığı görülmüştür. Masaj uygulamalarının % 27.5’i büyüme parametrelerine olan etkisi, %22.2’si bilirubin düzeyine etkisi, %22.2’si ağrı düzeyine etkisi, %11.1’i uyku üzerine etkisi, %11.1’i stres belirtileri üzerine etkisi, %11.1’i emme başarısı üzerindeki etkisi, %5.6’sı konstipasyon üzerindeki etkisi, %5.6’sı vital bulgular üzerindeki etkisi ve %5.6’sı da konfor üzerindeki etkisi incelemiştir. **Sonuç:** Derleme kapsamında Türkiye’de bebek masajına ilişkin yapılan lisansüstü tezlerin yenidoğan, bebek ve prematüre masajı olarak yapıldığı görülmüştür ve bebeklere uygulanan masajlar bağımlı değişkenler üzerinde olumlu sonuçlar vermiştir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Bebek; Hemşirelik; Masaj;  
Prematüre; Sistematik Derleme;  
Yenidoğan

**Key Words:**  
Baby; Newborn ; Nursing;  
Massage; Premature; Systematic  
Review

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Dr.Ögr. Ege Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve  
Hastalıkları Hemşireliği AD.  
sevgimkucuk@hotmail.com, 0000-  
0002-8322-9630

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1192374

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
21.10.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
15.03.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this systematic review is to systematically examine the postgraduate theses on infant massage made between January 2000 and August 2022 in Turkey and to review the effect of infant massage on premature, infants and newborns. **Materials and Methods:** The researches were reached by using different combinations with the Turkish ‘newborn, baby, premature, massage’ keywords published between 2000-2022 in the databases of the National Thesis Search Center. The PRISMA checklist flowchart was used for the studies reached within the systematic review. The PICOS method was used to determine the suitability of the included studies. The methodological quality of the postgraduate theses reached was evaluated with the Turkish Joanna Briggs Institute MASTARI Experimental and Semi-Experimental Research Checklist. **Results:** As a result of scanning, 18 theses on newborn, infant and premature massage were reached. 44.4% of these are doctoral dissertations, 55.6% are master’s theses. 77.8% of the studies were carried out in experimental design and 22.2% in quasi-experimental design. It has been observed that 72% of the massage applied in the studies was applied to the whole body, 11.1% to the abdomen, 5.6% to foot massage, 5.6% to leg massage and 5.6% as aromatherapy massage. The effect of massage applications on growth parameters was 27.5%, the effect on bilirubin level 22.2%, the effect on pain level 22.2%, the effect on sleep 11.1%, the effect on stress symptoms 11.1%, the effect on sucking success 11.1%. examined the effect on constipation, 5.6% the effect on constipation, 5.6% the effect on vital signs, and 5.6% the effect on comfort. **Conclusion:** Within the scope of the review, it was seen that the postgraduate theses on infant massage in Turkey were made as newborn, infant and premature massage, and massages applied to infants gave positive results on the dependent variables.

## GİRİŞ

Dünyadaki en eski sağlık uygulama biçimlerinden biri olan masaj, eski çağlardan beri sağlığı, genel esenliği ve iyileşmeyi geliştirmek için vücudun yumuşak dokularına kasıtlı ve sistematik şekilde dokunulması olarak tanımlanmıştır (1).

Masaj terapisi, yüzyıllar boyunca bir bilime dönüşen eski bir uygulamadır. “Masaj” kelimesi, dokunmak veya sıkmak anlamına gelen Arapça “mas’h” kökünden ve Yunanca yoğurmak anlamına gelen “massein” kelimesinden gelir. Masajın en eski yazılı kaydı yaklaşık 4.000 yaşındadır ve Çin tıp literatüründe kaydedilmiştir. Eski Mısırlılar MÖ 2500’de kendi masaj terapilerini geliştirmişler, iyileşmek ve gençleşmek için vücudun belirli noktalarına odaklanmışlardır. Karanlık çağlarda batı dünyası masaj da dâhil olmak üzere geleneksel şifa uygulamalarından uzaklaşsa da uygulama 19. yüzyılda İsveç’te “modern masajın babası” olarak kabul edilen Pehr Ling sayesinde popülerlik kazanmıştır (2).

Günümüze kadar masaj uygulamaları çeşitli amaçlar için kullanılmıştır. Terapötik masaj, “ bir tekniğin el, ayak, diz, kol kullanılarak derinin yüzeysel yumuşak dokusuna, kaslara, tendonlara, bağlara ve fasyaya (ve yüzeysel doku içindeki yapılara) elle uygulanması” olarak tanımlanabilir. El ile masaj uygulaması dokunma, okşama (eflöraj), sürtünme, titreşim, perküsyon, yoğurma, germe, sıkıştırma veya pasif ve aktif eklem hareketlerinin normal fizyolojik hareket aralığında sistematik olarak uygulanmasını içermektedir (3).

Masajın başlangıcı insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte anne bebek arasındaki duygusal bağı güçlendirir. Bunların yanında bebeğin psikososyal gelişimini destekleyip sağlığın korunması ve iyileştirilmesini mümkün kılar. Dokunma ve masajın, anne ve bebek arasındaki teması sürdürerek bebeğin güven duygusunu güçlendirir (4).

Dokunma duygusu özellikle yenidoğan ve bebeklik döneminde çocuğun çevresini algılamasında çok önemlidir. Bebek kucğa alındığında, dokunulduğunda, okşandığında dokunma duygusu aracılığıyla çevresiyle iletişim kurar ve çevresini tanıır (5,6). Bu nedenle dokunma duygusu erken doğan bebeklerin gelişimi için önemli bir yere sahiptir (7).

Yenidoğan bebekler de dâhil olmak üzere her yaşta masaj yapılabilir. Bebeklerde masaj dokunma stimülasyonu olarak verilir ve bebeklerin büyüme ve gelişimini olumlu yönde etkiler. Mekanizma, vücudun en büyük duyu organı olarak cildi ve işlevsel hale gelen en erken duyu sistemi olarak dokunsal sistemi içerir. Yenidoğana verilen erken uyarım, beyin hücrelerinin büyümesini

değiştirecek, uyum sağlama davranışını iyileştirecek ve nihayetinde yaşlarının optimal gelişimini sağlayacaktır (8).

Masaj, potansiyel yararlı sonuçları ve minimum yan etkileri nedeniyle şu anda bazı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kullanılmaktadır. Çocuklarda masaj uygulamasına ilişkin önceki araştırmalar çoğunlukla 0-18 yaş arasındaki büyük çocukları kapsamaktadır. Bebekler ve küçük çocuklar üzerinde çok az çalışma yapılmıştır. Yenidoğanlar daha büyük çocuklardan farklı fiziksel özelliklere sahiptir. Bu alanda çalışılan literatür sınırlıdır (7).

Bu sistematik derleme hemşirelik alanında gelecekte yapılacak bebek masajı ile ilgili çalışmalara yol göstermesi ve yapılacak olan lisansüstü tezlere fikir vermesi amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Yapılan sistematik derlemede Ocak 2000- Ağustos 2022 yılları arasında Türkiye’de bebeklerde masaj uygulamasının bebekler üzerindeki etkilerini inceleyen lisansüstü tezlerin sistematik olarak incelenmesi amacıyla aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

Türkiye’de bebek masajı uygulamalarını konu alan lisansüstü tezlerde, masajın kullanım alanları nelerdir?

Türkiye’de bebek masajı uygulamalarını konu alan lisansüstü tezlerde masajın bağımlı değişkenlere olan etkileri nelerdir?

Tarama Türkçe olarak ‘bebek’, ‘yenidoğan’, ‘prematüre’, ‘masaj’, ‘hemşirelik’ anahtar kelimeleri kullanılarak yapılmıştır. Ulusal tez arama veri tabanında kelimeler tek tek ve çeşitli şekillerde kombinasyonlar ile aranmıştır.

Yapılan sistematik derlemede ilke ve yöntemler hakkında bilgi veren ‘Centre for Review and Dissemination 2009’ rehberinden yararlanılmıştır. Ayrıca sistematik derlemede, derlemeye başlama standartları, çalışmaları bulma ve değerlendirme standartları, raporlama standartları ve sistematik derlemeler için tercih edilen raporlandırma öğelerinin yer aldığı PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols) akış şeması (Şekil 1) kullanılmıştır (9).

Çalışmaların seçimi için PICOS (P: (Participants) Katılımcılar (bebekler, yenidoğanlar, prematürelere ve masaj uygulayan ebeveynler sistematik derlemenin örneklemini oluşturmaktadır); I: (Interventions) Müdahaleler (Prematürelere, bebeklere ve yenidoğanlara uygulanan masajlar (karın masajı, ayak masajı,



aromaterapi masajı, bacak masajı, enjeksiyon bölgesine yapılan masajlar)); C: (Comparators) Karşılaştırma Grupları, O: (Outcomes) Çıktılar (Bebeklere uygulanan vücut masajlarının ve bölgesel masajların; bebeklerde; beslenme toleransına, bilirubin düzeyine, konstipasyona, büyüme parametrelerine, vital bulgulara, ebeveynin kaygısına, kolik ağrısına, uyku süresine, mental- motor gelişimine ve aşı uygulaması sırasındaki ağrı düzeyine, emzirme başarısına ve stres durumuna olan etkileri) ve S (Study Designs), Araştırma Türü (Tam metnine ulaşılabilen, bebeklerde masaj uygulamasına ilişkin yarı deneysel ve deneysel tezler) yöntemi ile ayrıntılı olarak bir inceleme protokolü oluşturulmuştur.

Sistemik derlemeye dâhil edilme kriterleri olarak lisansüstü tezlerin hemşirelik anabilim dallarında ve Ocak 2000- Ağustos 2022 yılları arasında yapılması ölçüt olarak kabul edilmiştir. Tarama sırasında tam metnine ulaşılamayan ve tez başlığında masaj uygulaması açık olarak belirtilmemiş tezler çalışmanın dışında tutulmuştur. Kriterlere uyan 30 lisansüstü tez araştırmanın havuzunu oluşturmuştur ve tekrarlayan çalışmalar için EndNote X9 referans sistemi kullanılmıştır. Dâhil edilme kriterlerini karşılayan 18 adet lisansüstü tezde araştırma soruları doğrultusundan cevaplar aranmıştır. . Çalışmaya dâhil edilen 18 lisansüstü çalışmanın metodolojik kalitesi Joanna Briggs Enstitüsü tarafından geliştirilen, “Nicel ve Nitel Araştırmaların Metodolojik Kalitesini Değerlendirmek İçin Kritik Değerlendirme Araçları [Meta analysis of statistics assessment and review instrument (JBI-MASARI)]” aracının Türkçe’ye uyarlanan “JBI-MASARI Deneysel ve Yarı Deneysel Araştırmalar Kontrol Listesi” kullanılarak değerlendirilmiştir (10).

#### Çalışmanın sınırlılıkları

Sistemik derlemede tam metnine ulaşılamayan tez bulunması ve farklı anahtar kelimelerin tezin başlığında birlikte kullanılması (prematüre bebek, yenidoğan bebek) araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Masaj uygulamalarına refleksoloji dâhil edilmemiştir.

#### Araştırmanın Etik Yönü:

Bu sistemik derlemede, erişime açık olan lisansüstü tez çalışmaları derleme kapsamına alındığından etik kurul izni gerekmemiştir.

#### Verilerin değerlendirilmesi:

Veriler çalışma sonunda Statistical Package for the Social Sciences for Windows versiyon 25.0 (SPSS 25.0) ile değerlendirilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır.

#### BULGULAR

Türkiye’de 2000-2022 yılları arasında bebek masajını konu alan 18 lisansüstü tez incelenmiştir. İncelenen tezlerin %55,6’sı (n= 10) yüksek lisans, %44,4’ü (n=8) ise doktora tezidir. Tezlerin çalışma tasarımlarına bakıldığında ise %77,8’i (n=14) deneysel tasarımda; %22,2’si (n=4) ise yarı deneysel tasarımdadır. Yüksek lisans tezlerinin %55,6’sı (n=10) deneysel tasarımdadır. doktora tezlerinin ise %22,2’si (n= 4) yarı deneysel tasarımda ve %22,2’si de (n=4) deneysel tasarımda yapılmıştır. Tezler yıllara göre incelendiğinde ise %22,2’si (n=4) 2020 yılında; %22, si de (n=2) 2019 yılında yapılmıştır (Şekil 2).

Çalışmaların metodolojik kalite değerlendirmeleri sonucunda en düşük puanın 5 (27,28) ve en yüksek puanın ise 9 (13,24) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

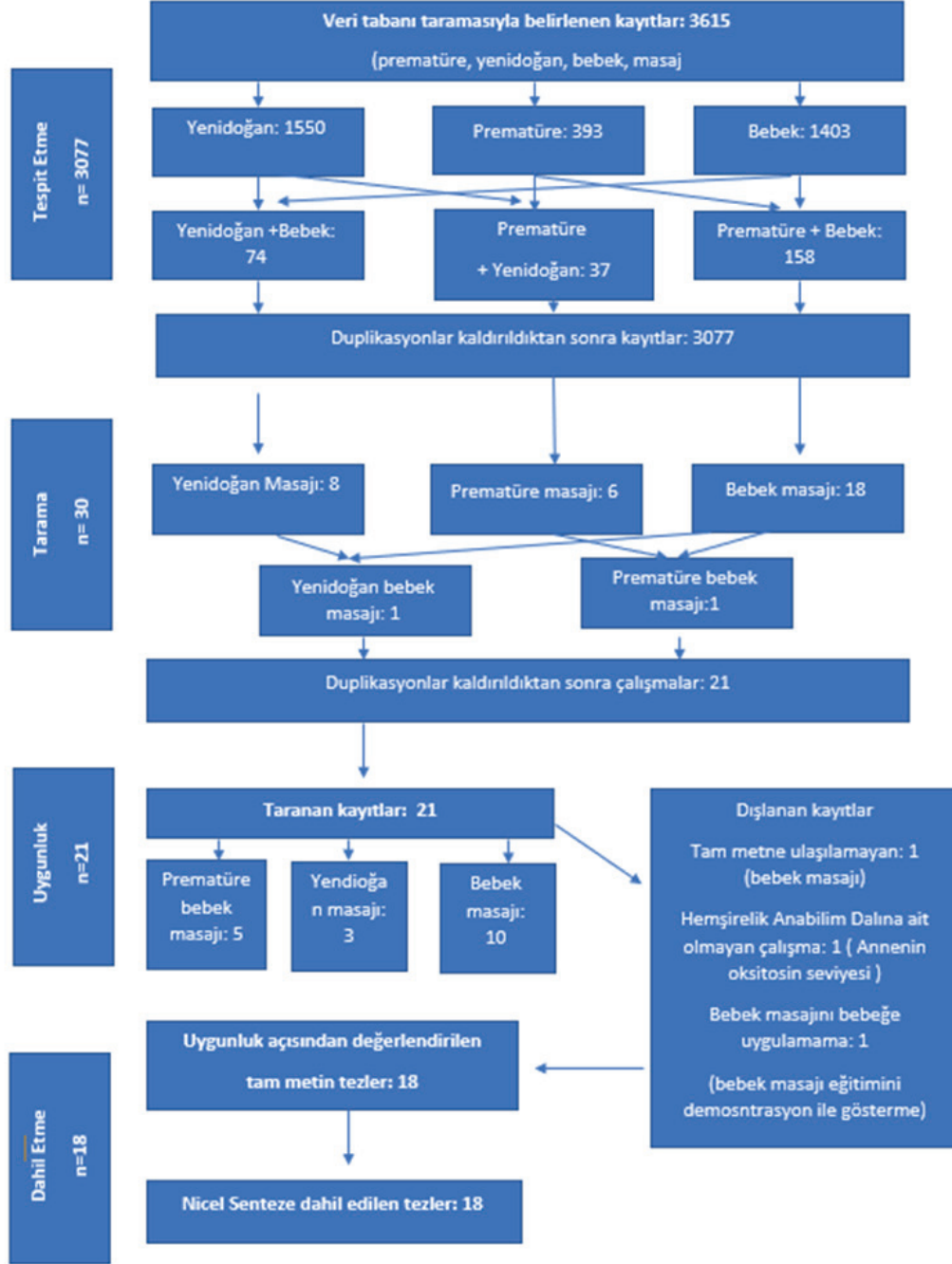
Lisansüstü tezlerin %44,4’ü (n=8) bebek masajını, %27,8’i (n=5) yenidoğan masajını ve %27,8’i de (n=5) prematüre masajını konu almıştır. Lisansüstü tezlerde uygulanan masaj türleri incelendiğinde ise araştırmacıların %72,2’si (n=13) tüm vücut masajı, %11,1’i (n=2) abdominal masajı, %5,6’sı (n=1) ayak masajı, %5,6’sı (n=1) bacak masajı ve %5,6’sı (n=1) ise aromaterapi masajı uygulamıştır.

Yapılan tezlerin %38,9’unda masaj uygulaması ile farklı uygulamalar ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan uygulamaların %11,1’inde (n=2) beyaz gürlütle ile %11,1 (n=2) banyo uygulaması ile %5,6’sı (n=1) aromaterapi uygulaması ile, %5,6’sı (n=1) kanguru bakımı ile %5,6’sı da (n=1) müzik terapi uygulamasıdır.

Bebeklerdeki masaj uygulamaları çeşitli değişkenlere göre incelenmiştir. Yapılan tezlerin %27,8’i (n=5) masajın büyüme parametrelerine etkisini (fiziksel büyüme, büyüme parametreleri), %22,2’si (n=4) masajın bilirubin düzeyine etkisini, %22,2’si (n=4) ağrı üzerine etkisini (kolik ağrısı, enjeksiyon ağrısı, topuk kanı alma sırasındaki ağrı ), %11,1’i (n=2) uyku üzerindeki etkisini, %11,1’i (n=2) stres belirtileri üzerindeki etkisini ve %11,1’i (n=2) emme başarısı üzerindeki etkisini incelemiştir. Bunların dışında da masaj uygulamalarının %5,6’sı (n=1) konstipasyona olan etkiyi, %5,6’sı (n=1) vital bulgulara olan etkiyi, %5,6’sı (n=1) konfor düzeyine olan etkiyi ve %5,6’sı da mental- motor gelişime olan etkiyi incelemiştir (Şekil 3).

Uygulanan masaj türünün örneklem grupları incelendiğinde ise prematürelerin %22,2’sine (n=4) tüm vücut masajı, %5,6’sına (n=1) abdominal masaj uygulanmıştır. Yenidoğanların %22,2’sine (n=4) tüm vücut masajı, %5,6’sına (n=1) ayak masajı uygulanmıştır.





Şekil 1. PRISMA Araştırma Akış Şeması

Tablo 1. Derlemeye dâhil edilen lisansüstü tezlerin özellikleri

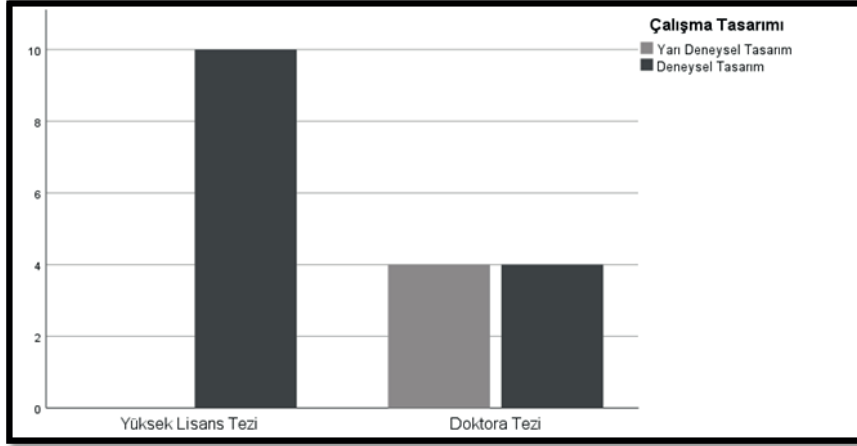
Yazar- Yıl	Araştırmannın Amacı	Örneklem	Tez Türü	Araştırma Tipi	Sonuç	Anabilim Dalı
Düken- 2022 (11)	Bebeklere uygulanan masaj ve beyaz gürlütün uyku üzerine etkisini incelemek.	28-37. gestasyonel haftalarda; Masaj grubu: 40 premature bebek Beyaz gürlütü grubu: 40 premature bebek Kontrol grubu: 40 premature bebek	Doktora	Deneyssel	Prematüre bebeklerde masaj ve beyaz gürlütü uygulamasının uyku süresi ile uyku verimliliğini artırmaktadır.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Yüce-2020 (12)	Prematüre bebeklere uygulanan karın masajının beslenme toleransına etkisini incelemektir.	28-32. gestasyonel haftalarda; Masaj grubu: 28 premature bebek Kontrol grubu: 28 premature bebek	Yüksek Lisans	Deneyssel	Prematüre bebeklere karın masajı uygulamasının beslenme toleransını artırıcı etkisi olduğu sonucuna varılmıştır .	Hemşirelik AD.
Yavaş-2020 (13)	Anne tarafından yapılan ayak masajın yenidoğanın ağrı düzeyine ve konforu üzerine etkisini belirlemek.	37-40. gestasyonel haftalarda; Masaj eğitimi grubu: 64 anne Kontrol grubu: 64 anne.	Yüksek Lisans	Deneyssel	Ağrılı işlemler öncesinde anne tarafından bebeğe yapılan ayak masajı bebeğin ağrı düzeyini ve distresi azaltmakta, konfor düzeyini ise artırmaktadır.	Hemşirelik AD.
Kanadtkrık-2020 (14)	Yenidoğanlarda kuvvet banyo ve bebek masajının bilirubin düzeyine etkisini belirlemek.	37- 42. gestasyonel haftalarda; Masaj ve fototerapi grubu: 30 yenidoğan Banyo ve fototerapi grubu: 30 yenidoğan Fototerapi grubu: 30 yenidoğan	Yüksek Lisans	Deneyssel	Bebek banyosu ve bebek masajı uygulanan yenidoğanların bilirubin düzeyinde anlamlı derecede düşüş saptanmış ve bebek masajının bilirubin düzeyini düşürmede daha etkin olduğu bulunmuştur.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Karaaslan - 2020 (15)	Aromaterapi ve klasik abdominal masaj girişimlerinin konstipe bebekler ve anneleri üzerindeki etkisini belirlemek.	Postnatal 2. ve 6. aylar arasında; Aromaterapi masaj grubu: 23 bebek Klasik masaj grubu: 23 bebek Kontrol grubu: 23 bebek	Doktora Tezi	Yarı deneyssel	Aromaterapi ve klasik abdominal masajın, konstipasyon sorunu yaşayan bebeklerin semptomlarını azaltmış ve annelerin kaygı düzeyini düşürmüştür.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Çerikan Açar- 2019 (16)	Masajın vital bulgular ve büyüme parametrelerine etkisini incelemek.	30-37. gestasyonel haftalarda; Masaj grubu:17 bebek Kontrol grubu:16 bebek	Yüksek Lisans Tezi	Yarı deneyssel	Bebek masajı prematüre bebeklerin vücut ağırlığını artırmada etkili bir yöntemdir. Kalp tepesi atımı ve solunum sayısı, masajdan 1 dk sonra yüksek bulunurken 10 dk sonra daha düşük bulunmuştur. Masajdan sonra 1 ve 10. dklarda oksijen saturasyonu masaj öncesine göre anlamlı artış göstermiştir.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Kültç- 2019 (17)	Masajın bilirubin düzeyine etkisini incelemek.	32- 38. gestasyonel haftalarda; Masaj grubu: 35 bebek Kontrol grubu: 32 bebek	Doktora	Yarı deneyssel	Bebek masajı, prematüre bebeklerin dışkılama sıklığını arttırmış ve bilirubin düzeyini düşürmüştür.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Tablo 1. (Devam) Derlemeye dâhil edilen lisansüstü tezlerin özellikleri

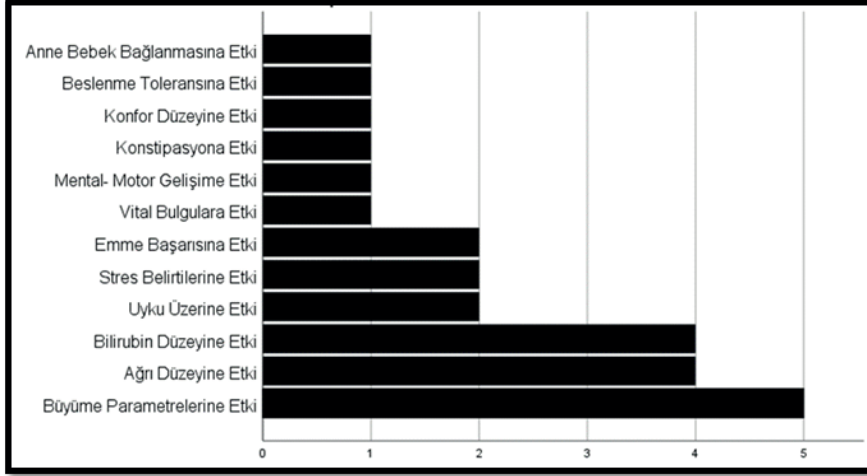
Yazar- Yıl	Araştırmanın Amacı	Örneklem	Tez Türü	Araştırma Tipi	Sonuç	Anabilim Dalı
Sarıkamış Kale- 2019 (18)	Masajın büyüme ve stres belirtilerine etkisini incelemek.	37. gestasyonel haftalar altında; Masaj grubu: 30 bebek Kontrol grubu: 30 bebek	Yüksek Lisans	Deneysel	Masaj uygulaması preterm bebeklerin büyüme ve strese olan belirtmelerini olumlu etkilemiştir.	Hemşirelik AD.
İrmak- 2019 (19)	Kanguru bakımı ve bebek masajının term yenidoğanlarda emme başarısını ve fiziksel parametrelere etkisini belirlemek.	30-41. gestasyonel haftalarda; Kanguru bakımı grubu: 30 yenidoğan Masaj grubu: 30 yenidoğan Kontrol grubu: 30 yenidoğan	Yüksek Lisans	Deneysel	Kanguru bakımı ve bebek masajının yenidoğanın emme başarısını ve yaşam bulgularını olumlu yönde etkilemiştir.	Hemşirelik AD.
Korkmaz- 2018 (20)	Masajın total serum bilirübin seviyesi, defekasyon ve idrar sıklığı, beslenme miktarı, açlık kan şekeri seviyesi ve vücut ağırlığına etkisini incelemek.	37-42. gestasyonel haftalarda; Masaj grubu: 27 yenidoğan Kontrol grubu: 29 yenidoğan	Yüksek lisans	Deneysel	Bebeklerin total bilirübin seviyesi düşmüş ve vücut ağırlıkları daha fazla bulunmuştur. Bebeklerde defekasyon ve idrar sıklığı artmıştır.	Hemşirelik AD.
Dağ- 2017 (21)	Banyo ve masajın hiperbilirübinemi üzerine etkisini incelemek.	34. gestasyonel hafta ve üzeri; Masaj grubu: 35 yenidoğan Silme banyo grubu: 35 yenidoğan Küvet banyo grubu: 35 yenidoğan Kontrol grubu: 35 yenidoğan	Yüksek lisans	Deneysel	Fototerapi alan yenidoğanlarda yapılan masaj, silme ve küvet banyo uygulamalarının bilirübin seviyesini düşürmüş ve fototerapi alma sürelerini azaltmıştır.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Çakı- 2016 (22)	Masaj ve beyaz gürültü uygulamasının yenidoğanın stres ve davranışları üzerine etkisini değerlendirmek.	28-34. gestasyonel haftalar; Masaj grubu: 20 yenidoğan Beyaz gürültü grubu: 20 yenidoğan Kontrol grubu: 20 yenidoğan	Yüksek Lisans	Deneysel	Masaj ve beyaz gürültü uygulaması preterm bebeklerde stres davranışlarını azaltmıştır.	Hemşirelik AD.
Yavaş Çelik- 2015 (23)	Bebeklerde kolik ağrısını azaltmada beyaz gürültü ve masaj uygulamalarının etkisini belirlemek.	0-12 aylık bebekler; Beyaz gürültü grubu: 30 bebek Masaj grubu: 30 bebek Kontrol grubu: 30 bebek	Yüksek Lisans	Deneysel	Beyaz gürültü kolikli bebekleri olumlu yönde etkilemiş ve bebeklerin sakinleştirilmesinde etkin olmuştur.	Hemşirelik AD.
Uğurlu- 2011 (24)	Bebeklerde Hepatit B 2. doz aşlaması sırasında bacak masajı uygulamasının ağrı düzeyi ve ağlama süresine etkisini incelemek.	Postnatal 30- 42. günler; 1 dakika masaj yapılan grup: 33 bebek 2 dakika masaj yapılan grup: 33 bebek Kontrol grubu: 33 bebek	Doktora	Deneysel	Bebeklerin işlem sonrası ağrı durumları ile ağlama süreleri arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Tablo 1. (Devam) Derlemeye dâhil edilen lisansüstü tezlerin özellikleri

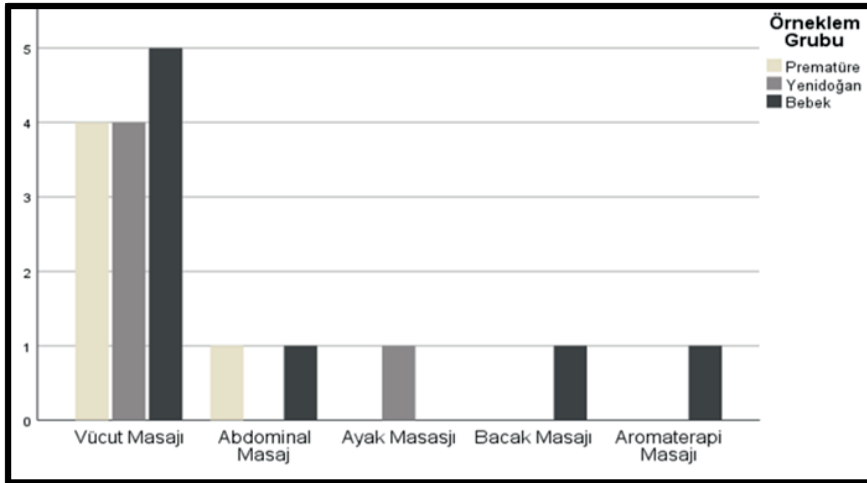
Yazar- Yıl	Araştırmanın Amacı	Örnekleme	Tez Türü	Araştırma Tipi	Sonuç	Anabilim Dalı
Gürol- 2010 (25)	Annelerle öğretilen bebek masajının anne bebek bağlanması ve emzirme başarısına etkisini incelemek.	38-42. gestasyonel haftadalar; Bebek masajı öğretilen ve uygulatılan grup: 57 anne Kontrol grubu: 60 anne	Doktora	Yarı Deneysel	Bebek masajı öğretilen ve uygulatılan annelerin maternal bağlanma puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuş ve emzirme başarısı puanları artış göstermiştir.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Çetinkaya- 2007 (26)	Aromaterapi masajının bebeklerde kolikğin giderilmesi üzerine etkisinin incelemek.	38-42. gestasyonel haftalar; Aromaterapi masajı eğitimi verilen ve bebeğine uygulatılan grup: 20 anne Kontrol grubu: 20 anne- bebek oluşmaktadır.	Doktora	Yarı Deneysel	Masaj uygulanan bebeklerin haftalık ağlama süreleri ve kolik ölçüğü puanları azalmıştır. Masaj uygulayan annelerin durumulluk kaygı puanları azalmıştır.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Bal Yılmaz- 2004 (27)	Bebek masajının uyku süresine, büyüme gelişmeye ve annelerde durumulluk-süreklilik kaygı düzeyine etkisinin incelemek.	Postnatal 15. gününde olan; Masaj grubu: 30 bebek Kontrol grubu: 30 bebek	Yüksek Lisans	Deneysel	Bebek masajı, bebeklerin uyku süresini, büyüme gelişmelerini ve annelerin durumulluk kaygı düzeylerini olumlu yönde etkilemiştir.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
İnal- 2003 (28)	Masajın büyüme ve mental- motor gelişimine etkisini belirlemek.	38-40. gestasyonel haftalar; Bebek masajı eğitim grubu: 52 anne ve bebek Kontrol grubu: 52 anne ve bebek	Doktora	Deneysel	Düzenli bebek masajının sağlıklı bebeklerin tartı alımının ve mental- motor gelişimlerini arttırdığı belirlenmiştir.	Hemşirelik AD.



Şekil 2. Lisansüstü Tezlerin Çalışma Tasarımlarına Göre Karşılaştırılması



Şekil 3. Masaj Uygulamalarının Bağımlı Değişkenlere Göre İncelenmesi



Şekil 4. Uygulanan Masajların Örneklem Grubu ile Karşılaştırılması



Bebeklerin ise %27,8'ine (n=5) tüm vücut masajı, %5,6'sına (n=1) bacak masajı, %5,6'sına (n=1) aromaterapi masajı ve %5,6'sına (n=1) ise abdominal masaj uygulanmıştır (Şekil 4).

## TARTIŞMA

Yapılan lisansüstü tezlerde masaj uygulamalarının büyüme parametrelerine (kilo artışı, baş çevresi, boy uzunluğu) olan etkileri incelenmiştir ve bebeklerde kilo artışı anlamlı bulunmuştur.

Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde günlük olarak yapılan masajın bebeklerde tartı alımı üzerinde anlamlı sonuçları bulunmaktadır (29–34). Bebek masajının tartı alımı dışında boy uzunluğuna ve baş çevresine olan etkilerine bakılmıştır ve anneler tarafından bebeklere uygulanan masajının boy uzunluğuna, göğüs ve baş çevresine anlamlı sonuçlarının olduğu gözlemlenmiştir (35–38). Bebek masajının büyüme ve gelişmeyi, tartı alımını desteklediği sonucuna ulaşılmıştır.

Bebeklere uygulanan masaj ile bilirubin seviyesinin incelendiği çalışmalarda ve masaj ile banyo, fototerapi, kanguru bakımının verildiği çalışmalarda bilirubin düzeyleri düşük bulunmuştur (14,17,20,21,39–43). Bebek masajının bilirubin seviyesini düşürmede oldukça etkili olduğu görülmektedir. Bebeklerin fototerapi alması ve banyo uygulamaları da masaj ile oldukça etkili sonuçlar vermektedir.

Bebeklerde masajın ağrıya olan etkisi üzerine yapılan çalışmalarda ise masajın, topuk kanı alınması sırasındaki ağrıya, kolik ağrısına, aşı uygulaması sırasındaki ağrıya olan etkileri incelenmiştir. Masaj uygulanan infant kolikli bebeklerin haftalık ağlama sürelerinde azalma görülmüştür. Masaj uygulamalarının bebeklerin ağrı alguları üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu, masaj uygulamasının dafa farklı uygulamalarla da (sallama, sarılma, emzirme, beyaz gürültü) kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (13,23,24,26, 44–52).

Bebeklerde masaj uygulamasını uyku parametreleri üzerindeki etkilerine bakıldığında ise bebek masajı uygulamaları, bebeklerin uyku süresinin arttırmış ve uyku üzerinde anlamlı değişimlere sebep olmuştur (11,27,53,54).

Bebek masajının emme başarısı üzerindeki etkisi incelendiğinde ise masaj uygulamasının emzirme başarısını ve emzirme süresini olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır (19,31,38,55,56).

Yapılan çalışmalarda bebeklerde masajın gastrointestinal fonksiyonlara etkisi araştırılmış ve aromaterapi ile abdominal masajın konstipasyon sorunu yaşayan bebeklerin semptomlarını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla beraber bebeklerde rezidüel kalıntılar da

azalmıştır (15,31,37,57).

Bebeklerde masaj uygulamasının vital bulgulara olan etkilerinin ölçüldüğü çalışmalarda ise masaj bebeklerde kalp tepe atımını düşürmüş, oksijen saturasyon değerinde anlamlı farklılıklar yaratmıştır (16,58–60).

Aynı zamanda yapılan çalışmalarda masajın bebeklerde mental-motor gelişim üzerine etkisi araştırılmıştır. Baniyadi ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada prematüre bebeklere masaj uygulanmış, bebeklerin masaj sonrası uyanıklık, kıpırdama ve motor aktivite skorlarının azaldığı görülmüştür (61). Abdallah ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada prematüre bebeklere uygulanan masajın kısa ve uzun dönem sonuçlara etkisi incelenmiştir. İncelenen uzun dönem sonuçları nöro-gelişimsel ve motor dönemi de kapsamaktadır. Masaj yapılan bebekler, düzeltilmiş 12 aylık yaşta daha yüksek bilişsel puanlara sahip olup motor aktivite puanları gruplar arasında farklılık göstermemiştir (55). Ho ve arkadaşlarının (2010) düşük doğum ağırlıklı bebeklere uyguladığı yenidoğan masajının motor gelişime olan etkileri araştırılmıştır. Analiz sonuçlarında yenidoğanların motor gelişimlerinde anlamlı fark bulunmamıştır (62). İnal'ın (2003) lisansüstü tezinde de sağlıklı term bebeklerde düzenli bebek masajının mental ve motor gelişime olan etkilerine bakılmıştır ve çalışma sonuçlarında düzenli bebek masajının sağlıklı bebeklerin tartı alımı ve mental motor gelişimlerini arttırdığı belirlenmiştir (28).

## SONUÇ

Bu sistematik derlemede Türkiye'de 2000-2022 yılları arasında hemşirelik alanında yapılmış olan bebek masajının etkilerini araştıran lisansüstü tezler incelenmiştir. İncelenen tezler doğrultusunda yenidoğan, bebek ve prematürelere yapılan masajın büyüme gelişmeye ve mental ve motor gelişime, ağrının azaltılmasına, bilirubin düzeyinin düşürülmesine ve vital bulguların iyileştirilmesine olumlu etkilerinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Yapılacak yeni lisansüstü tez çalışmalarında yenidoğan, bebek ve prematüre masajının etkileri farklı bağımlı değişkenler üzerinde incelenebilir. Bu sistematik derleme aynı zamanda masaj uygulamalarının hastanede yatan yenidoğanların gelişimine katkıda bulunan, düşük maliyetli bir müdahale olduğunu destekler niteliktedir. Yenidoğan yoğun bakım hemşireleri ve yenidoğan ebeveynleri günlük rutin bakımları içerisinde masajı uygulayabilirler.

## KAYNAKLAR

1. Huang, L. (2009). Critical review of massage therapy employed for newborns. *Journal of Acupuncture and Tuina Science*, 7(6), p.379.

2. Badr, L. K., Abdallah, B., & Kahale, L. (2015). A Meta-Analysis of Preterm Infant Massage: An Ancient Practice With Contemporary Applications. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 40(6), p. 344-358.
3. Álvarez, M. J., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-González, D., Rosón, M., & Lapeña, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 69, p.119-136.
4. Çinar, N., Altınkaynak, S., ve Köse, D. (2013). Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 22(6).
5. Bal Yılmaz, H. (2019). Bebek Masajı, İzmir: Akademisyen Kitabevi.
6. Field, T. (2019). Pediatric Massage Therapy Research: A Narrative Review. Children (Basel, Switzerland), 6(6), E78.
7. Fitri, S. Y. R., Nasution, S. K., Nurhidayah, I., & Maryam, N. A. (2021). Massage therapy as a non-pharmacological analgesia for procedural pain in neonates: A scoping review. Complementary Therapies in Medicine, 59, 102735.
8. Wahyutami, T. S., Soedjatmiko, S., Firmansyah, A., & Suradi, R. (2010). Effects of massage on behavior of full-term newborns. Paediatrica Indonesiana, 50(4), p. 187-192.
9. Akers, J. (2009). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. CRD, University of York. [http://www.york.ac.uk/inst/crd/index\\_guidance.html](http://www.york.ac.uk/inst/crd/index_guidance.html) (Erişim Tarihi: 2 Ekim 2022)
10. Nahcivan, N., ve Seçginli, S. (2017). Sistematik Derlemeye Dâhil Edilen Nicel Araştırmaların Metodolojik Kalitesi Nasıl Değerlendirilir? Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Sayısı, 3(1). Erişim Adresi: <https://avesis.iuc.edu.tr/yayin/764cf73b-5db4-4260-a86f-d8726e498898/sistematik-derlemeye-dâhil-edilen-nicel-arastirmalarin-metodolojik-kalitesi-nasil-degerlendirilir>
11. Düken, M.E. (2022). Prematüre bebeklere uygulanan masaj ve beyaz gürültü uygulamasının uyku üzerine etkisi. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi.
12. Yüce, E. (2020). Prematüre bebeklere yapılan karın masajının beslenme toleransına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi.
13. Yavaş, S. (2020). Annelerin topuk kanı alma öncesi bebeklerine yaptığı ayak masajının ağrı düzeyi ve konfora etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi.
14. Kanadıkırık, T. (2020). Hiperbilirubinemi tanısı ile yatan yenidoğanlarda küvet banyo ve bebek masajının bilirubin düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi.
15. Metin Karaaslan, M. (2020). Bebeklere uygulanan aromaterapi ve abdominal masajın konstipasyon ve annenin kaygı düzeyine etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi.
16. Çerikan Açarı S. (2019). Prematüre bebeklerde masajın vital bulgular ve büyüme parametrelerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.
17. Kılıç, G. (2019). Prematüre bebeklerde masajın bilirubin düzeyine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
18. Sarıkamış Kale, E. (2019). Preterm bebeklere uygulanan masajın büyüme ve stres belirtilerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
19. Irmak, G. (2019). Yenidoğanlarda kanguru bakımı ve masajın emme başarısı ve fiziksel parametrelere etkisi Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi.
20. Korkmaz, G. (2018). Bebek masajının fototerapi altındaki miadında yenidoğanlarda bilirubin seviyesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
21. Dağ, Y.S. (2017). Yenidoğanlarda banyo ve masajın hiperbilirubinemiye etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi.
22. Çakı, S. (2016). Masaj ve müzik terapinin yenidoğan stres ve davranışı üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi.
23. Yavaş Çelik, A. (2015). 0-12 Aylık Kolikli Bebeklerde Beyaz Gürültü ve Masaj Uygulama Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi.
24. Sülü Uğurlu, E. (2011). Aşı uygulanan bebeklerde ağrının giderilmesinde bacak masajının etkisinin incelenmesi Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
25. Gürol, A. (2010). Bebek masajının anne bebek bağlanması ve emzirme başarısına etkisi Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi.
26. Çetinkaya, B. (2007). Aromaterapi masajının bebeklerde kolliğin giderilmesi üzerine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
27. Bal Yılmaz, H. (2004). Bebek masajının bebeklerde uyku süresine, büyüme-gelişmeye ve annelerde durumluk-sürekli kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
28. İnal, S. (2003). Sağlıklı term bebeklerde düzenli bebek masajının büyüme ve mental-motor gelişime etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
29. Diego, M. A., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2005). Vagal Activity, Gastric Motility, and Weight Gain in Massaged Preterm Neonates. The Journal of Pediatrics, 147(1), p.50-55.
30. Öztürk, C., & Karabudak, S. S. (2008). Annelerin Uyguladığı Masajın Prematüre Ve Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Büyüme Gelişmesine Etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 24(1).
31. Tekgündüz, K. Ş., Gürol, A., Apay, S. E., ve Caner, İ. (2014). Effect of abdomen massage for prevention of feeding intolerance in preterm infants. Italian Journal of Pediatrics, 40(1), s. 89.
32. Hartati, S., D, D., & Hidayah, N. (2020). Effects of Baby Massage on Weight Gain in Babies. Science Midwifery, 8(2, April), Art. 2, April.
33. Vitrianiingsih, S. D. C. (2019). The Effect Of Baby Massages On Babyâ Tms Weight In Pratama Kusuma Medisca Clinic In Wates, Yogyakarta. Proceeding International Conference, 1(1).
34. Singh, E. S. J. (2017). Effectiveness of Coconut Oil Massage on Weight Gain among Low Birth Weight Newborns. International Journal of Innovative Research in Medical Science, 2(03).
35. Kumar, J., Upadhyay, A., Dwivedi, A. K., Gothwal, S., Jaiswal, V., & Aggarwal, S. (2013). Effect of Oil Massage on Growth in Preterm Neonates Less than 1800 g: A Randomized Control Trial. The Indian Journal of Pediatrics, 80(6), p. 465-469.
36. Zhang, X., & Wang, J. (2019). Massage intervention for preterm infants by their mothers: A randomized controlled trial. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 24(2), e12238.
37. Choi, H., Kim, S.-J., Oh, J., Lee, M.-N., Kim, S., & Kang, K.-A. (2016). The effects of massage therapy on physical growth and gastrointestinal function in premature infants: A pilot study. Journal of Child Health Care, 20(3), p. 394-404.
38. Gultom, L., Sinaga, R., & Sianipar, K. (2019). The Effects of Infant Massage on the Physical Development of Baby in Indonesian Rural Areas. Global Journal of Health Science, 11(10), p. 10.
39. Gözen, D., Yılmaz, Ö. E., Dur, Ş., Çağlayan, S., & Taştekin, A. (2019). Transcutaneous bilirubin levels of newborn infants performed abdominal massage: A randomized controlled trial. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 24(2), e12237.
40. Vakiliamini, M., & Babaei, Homa. (2018). Effect of massage on transcutaneous bilirubin level in healthy term neonates: A Randomized controlled Clinical Trial. Iranian Journal of Neonatology IJN, Online First.
41. Dehghani, K., Nouroozi, E., Mandegari, Z., Salmani, N., & Shakiba, M. (2019). Comparison of the Effectiveness of Bath and Massage in Bilirubin Levels in Neonates. Iranian Journal of Neonatology IJN, 10(3), p. 45-50.

42. Iori Kenari, R., Aziznejadrosan, P., Haghshenas Mojaveri, M., & Hajian-Tilaki, K. (2020). Comparing the effect of kangaroo mother care and field massage on serum bilirubin level of term neonates with hyperbilirubinemia under phototherapy in the neonatal ward. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 11(1), p. 34-40.
43. Shahbazi, M., Khazaei, S., Moslehi, S., & Shahbazi, F. (2022). Effect of Massage Therapy for the Treatment of Neonatal Jaundice: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis. *International Journal of Pediatrics*, 2022, e9161074.
44. Roshanray, A., Rayyani, M., Dehghan, M., & Faghih, A. (2020). Comparative Effect of Mother's Hug and Massage on Neonatal Pain Behaviors Caused by Blood Sampling: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Tropical Pediatrics*, 66(5), p. 479-486.
45. Koç Özkan, T., Şimşek Küçükkeleşçe, D., & Aydın Özkan, S. (2019). The effects of acupressure and foot massage on pain during heel lancing in neonates: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 46, p. 103-108.
46. Murtiningsih, & Nurbayanti, S. (2021). The effects of breast feeding and massage on neonatus pain during intravenous blood sampling procedures. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(2), p. 129-134.
47. Duygu, A., Handan, A., Gözüm, S., Orbak, Z., & Karaca Çifçi, E. (2008). Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), p. 1754-1761.
48. Mansouri, S., Kazemi, I., Baghestani, A. R., Zayeri, F., Nahidi, F., & Gazerani, N. (2018). A placebo-controlled clinical trial to evaluate the effectiveness of massaging on infantile colic using a random-effects joint model. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 9, p. 157-163.
49. Nahidi, F., Gazerani, N., Yousefi, P., & Abadi, A. R. (2017). The comparison of the effects of massaging and rocking on infantile colic. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), p. 67.
50. Sheidaei, A., Abadi, A., Zayeri, F., Nahidi, F., Gazerani, N., & Mansouri, A. (2016). The effectiveness of massage therapy in the treatment of infantile colic symptoms: A randomized controlled trial. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, p. 351.
51. Esfahani, M. S., Sheykhi, S., Abdeyazdan, Z., Jodakee, M., & Boroumandfar, K. (2013). A comparative study on vaccination pain in the methods of massage therapy and mothers' breast feeding during injection of infants referring to Navabsafavi Health Care Center in Isfahan. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(6), p. 494-498.
52. Aydın, D., Sahiner, N. C., & Ciftci, E. K. (2017). Non-pharmacological strategies used to reduce procedural pain in infants by nurses at family health centres. *JPMMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(6), p. 889-894.
53. Yates, C. C., Mitchell, A. J., Booth, M. Y., Williams, D. K., Lowe, L. M., & Whit Hall, R. (2014). The Effects of Massage Therapy to Induce Sleep in Infants Born Preterm. *Pediatric Physical Therapy*, 26(4), p. 405-410.
54. Kelmanson, I. A., & Adulas, E. I. (2006). Massage therapy and sleep behaviour in infants born with low birth weight. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(3), p. 200-205.
55. Abdallah, B., Badr, L. K., & Hawwari, M. (2013). The efficacy of massage on short and long term outcomes in preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 36(4), p. 662-669.
56. Serrano, M. S. C., Doren, F. M., & Wilson, L. (2010). Teaching Chilean Mothers to Massage Their Full-Term Infants: Effects on Maternal Breast-Feeding and Infant Weight Gain at Age 2 and 4 Months. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(2), p. 172-181.
57. Moghadam, A., Nematollahi, M., OstadEbrahimi, H., & Mehdipour-Rabori, R. (2021). The effect of abdominal massage (I Love You method) on the gastric function of preterm infants hospitalized in the neonatal intensive care units: A randomized clinical trial. *Journal of Complementary & Integrative Medicine*, 19(1), p. 139-143.
58. Diego, M. A., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2014). Preterm infant weight gain is increased by massage therapy and exercise via different underlying mechanisms. *Early Human Development*, 90(3), p. 137-140.
59. Ramezani, T., Baniasadi, H., & Baneshi, M. R. (2017). The Effects of Massage on Oxygen Saturation of Infants with Respiratory Distress Syndrome Treated with Nasal Continuous Positive Airway Pressure. *Journal of Pharmaceutical Research International*, p.1-7.
60. Elsagh, A., Lotfi, R., Amiri, S., & Gooya, H. H. (2019). Comparison of Massage and Prone Position on Heart Rate and Blood Oxygen Saturation Level in Preterm Neonates Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(5), p. 343-347.
61. Baniasadi, H., Hosseini, S. S., Abdollahyar, A., & Sheikhbardsiri, H. (2019). Effect of massage on behavioural responses of preterm infants in an educational hospital in Iran. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(3), p. 302-310.
62. Ho, Y.-B., Lee, R. S. Y., Chow, C.-B., & Pang, M. Y. C. (2010). Impact of massage therapy on motor outcomes in very low-birthweight infants: Randomized controlled pilot study. *Pediatrics International*, 52(3), p.378-385.

# Yeni doğanlarda deri bakımı: Bez dermatiti ve yönetimi\*

## Skin care in newborns: Diaper dermatitis and its management

Tuba Gıyınas<sup>1</sup>, Figen Yardımcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Beyşehir Devlet Hastanesi, Konya, tubagiynas@gmail.com, 0000-0002-4371-6020

<sup>2</sup> Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, figenyardimci@gmail.com, 0000-0002-1550-985X

\*Bu çalışma, 22-23 Ağustos 3. Uluslararası Multidisipliner Çocuk Çalışmaları Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZ

İnsan vücudunun yüzey alanı en geniş ve ağırlığı en fazla organı olan deri, dış çevreden gelebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenlere karşı insan vücudu için koruyucu bir bariyer görevi görür. Ayrıca vücut sıcaklığını düzenleme, vücuttan çıkan aşırı sıvı kaybını önleme ve duyuşsal algıya katkı sağlama gibi önemli fonksiyonları vardır. Bu fonksiyonları yerine getirmek için deri epidermis, dermis ve derialtı dokusu olmak üzere üç temel katmandan oluşur. Cildin gelişimi ve olgunlaşma süreci yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Yenidoğanın cilt yapısı morfolojik ve fonksiyonel yönden yetişkin cilt yapısından farklıdır. Bunun nedeni yenidoğanların yaşamının ilk günlerinde, intrauterin ortamdaki sıcak ve sıvı ile dolu bir ortamdan, soğuk ve kuru olan dış ortama geçmesi, yenidoğan döneminden itibaren ciltte değişimlerin olması, yapı ve fonksiyonlarında gelişmelerin sürekli devam etmesidir. Bebek bezi dermatitinde temel prensip önlemektir. Gelişikten sonra genel amaç ise, enfeksiyonu azaltmak, ciltteki hasarı onarmak ve tekrar hasar oluşumunu önlemektir. Bebek bezi dermatiti cilt maserasyonu ve tahriş edici maddelerle uzun süreli temasta dahil olmak üzere birçok faktörün etkileşimi sonucu, cilt bariyerinin bozulmasına yol açan en yaygın cilt sorunlarından birisidir. Karmaşık ve multifaktöriyel bir etiyolojiye sahiptir. Bebek bezi dermatitini önlemek ve yönetmek etiyolojisinin iyi bilinmesi ve nedensel faktörlerin ortadan kaldırılması ile mümkündür. Hem önleme hem de tedavi için farmakolojik olmayan bebek bezi dermatiti önleyici yaklaşımlar; havalandırma, bariyer krem kullanma, temizlik, bebek bezi ve ebeveyn eğitimi olmak üzere 5 maddede toplanmış ve "ABCDE" harfleri verilmiştir. Yenidoğanın cilt bütünlüğünü korumak için önlemler, ebeveynler ve diğer bakım verenler tarafından güvenli bir şekilde sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:**  
Yenidoğan, Cilt Bakımı, Risk Değerlendirmesi, Bez Dermatiti, Bebek Bezi, Bebek

**Key Words:**  
Newborn, Skin Care, Risk Assessment, Diaper Rash, Diapers, Infant

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Beyşehir Devlet Hastanesi, Konya, tubagiynas@gmail.com, 0000-0002-4371-6020

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1195064

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
29.10.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
01.04.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ABSTRACT

The skin, which has the largest surface area and the most weight in the human body, acts as a protective barrier for the human body against physical, chemical and biological factors that may come from the external environment. In addition, it has important functions such as regulating body temperature, preventing excessive fluid loss from the body and contributing to sensory perception. To accomplish these functions, the skin consists of three basic layers: epidermis, dermis and subcutaneous tissue. The development and maturation process of the skin differ according to age periods. Newborn skin structure is different from adult skin structure in terms of morphological and functional aspects. The reason for this is that newborns pass from a warm and liquid filled environment in the intrauterine environment to a cold and dry external environment in the first days of life, that there are changes in the skin starting from the newborn period, and that development of its structure and functions continue. The basic principle in diaper dermatitis is prevention. The general aim is to reduce infection, repair damage in the skin and prevent re-damage after development. Rash is one of the most common skin problems in newborns and babies. It leads to disruption of the skin barrier as a result of the interaction of many factors including rash skin maceration and prolonged contact with irritants. It has a complex and multifactorial etiology. Preventing and managing diaper rash is possible with good knowledge of its etiology and elimination of causal factors. Non-pharmacological diaper dermatitis preventative approaches for both prevention and treatment; ventilation, barrier cream use, cleaning, diapers and parent training, and the letters "ABCDE" were given. The precautions to protect the skin integrity of the newborn should be safely provided by parents and other caregivers.

### GİRİŞ

Deri, insan vücudunun yüzey alanı en geniş ve ağırlığı en fazla organı olup insan vücudu için çevreden gelebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenlere karşı koruyucu bir bariyer görevi görmektedir. Bununla birlikte vücut sıcaklığını düzenleme, vücuttan çıkan aşırı sıvı kaybını önleme ve duyuşsal algıya katkı sağlama gibi önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Deri bu fonksiyonları yapabilmek için morfolojik açıdan farklı

olan çok sayıda katmandan oluşmaktadır. Bu katmanlar dıştan içe doğru; epidermis, dermis ve hipodermistir. İntrauterin 3. gestasyon haftasında, ektoderm tabakadan gelişmeye başlayan epidermis, kan damarları açısından fakirdir. Epidermis toksik madde emilimini ve cilt yolu ile su kaybını engeller, fiziksel ve kimyasal nedenli enfeksiyonlara karşı koyar ve cilt bariyerini oluşturur. Epidermis, stratum korneum (SC) ve canlı epidermisten oluşur. SC epidermal cilt bariyer işlevinden sorumlu



olup; intrauterin 20-24. gestasyon haftasında oluşmaya başlar, 32-34. gestasyon haftasında 10-20 sıradan oluşan matür halini alır. SC tabakasının epidermis tabakasından fazla sıvı çıkışını önlemek ve dış çevreden gelebilecek zararlı bileşiklere karşı vücudu korumak gibi önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Cilt bariyer fonksiyonu; yaşa ve dış faktörlere (nem, sıcaklık vb.) göre farklılık göstermektedir.

Bebek bezi dermatiti yenidoğanlar ve bebekler için yaygın cilt sorunlarından birisidir. Karmaşık ve multifaktöriyel bir etiyojiye sahip olan bebek bezi dermatitini önlemek ve yönetmek etiyojisinin iyi bilinmesi ve nedensel faktörlerin ortadan kaldırılması ile mümkündür. Hijyen sağlamak için; bez bölgesi temizliği yapılırken kullanılan bebek bezi, su, ıslak mendil gibi materyaller, hidrasyon artışı ve mekanik faktörler gibi bazı etkenler SC tabakasındaki yağ asitlerine zarar vererek cilt bütünlüğünü bozmaya başlar. Sık bez değişimi, havalandırma ve koruyucu krem kullanımı olursa cilt normal fonksiyonlarına kavuşur. Fakat önlem alınmaz ise bebeğin idrarında ve gaitasında bulunan enzimler, bütünlüğü bozulan SC tabakasından girer ve burada bulunan proteinleri parçalar. Proteinlerin parçalanması sonucu cilt soyulur ve iritanlar epidermis tabakasına tamamen penetre olarak bebek bezi dermatitine yol açarlar. Sağlıklı cildi onarmak ve tekrarlayan atakları önlemek için gerekli önlemler ebeveynler ve diğer bakım verenler tarafından güvenli bir şekilde sağlanmalıdır. Bebek bezi dermatitinde temel prensip önlemektir. Geliştikten sonra genel amaç ise; enfeksiyonu azaltmak, ciltteki hasarı onarmak ve tekrar hasar oluşumunu önlemektir. Yapılan çalışmalarda hem önleme hem de tedavi kapsamında, farmakolojik olmayan bebek bezi dermatiti önleyici yaklaşımlar;

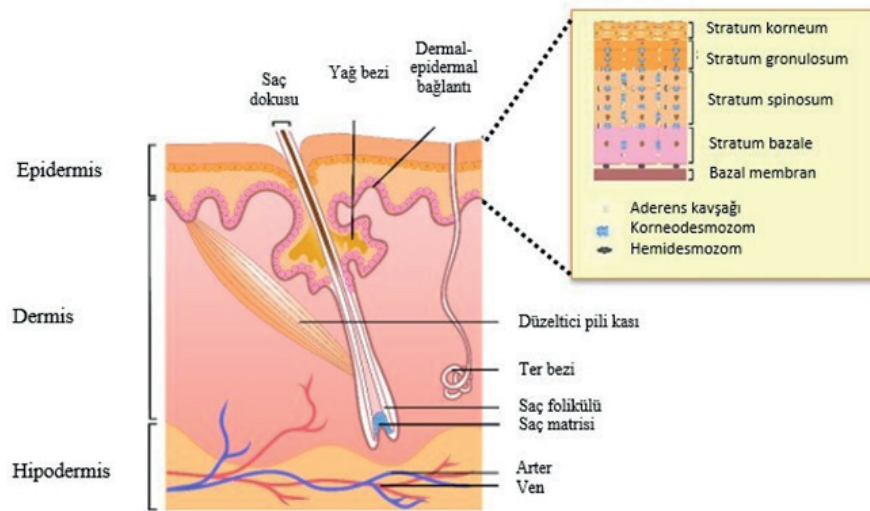
havalandırma, bariyer krem kullanma, temizlik, kullanılan bebek bezi ve ebeveyn eğitimi olmak üzere 5 maddede toplanmış ve "ABCDE" harfleri verilmiştir. Bu derlemede; yetişkin cilt yapısı, fizyolojisi ve işlevi, bebek cilt yapısı, fizyolojisi ve işlevi, bebek cilt olgunlaşması, yetişkin cildi ile yenidoğan cildi arasındaki farklar, bebek bezi dermatiti, bebek bezi dermatitinin patogenezi, bebek bezi dermatitinde rol alan faktörler, bebek bezi dermatitinin nonfarmakolojik yönetimi güncel literatür doğrultusunda incelenmesi amaçlanmaktadır. Türkiye' de daha önce bu konuların detaylı olarak incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu amaç doğrultusunda bir ilk olmak hedeflenmektedir.

## CİLDİN ANATOMİK YAPISI, FİZYOLOJİSİ VE İŞLEVİ

İnsan vücudunun yüzey alanı en geniş ve ağırlığı en fazla organı olan deri, dış çevreden gelebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenlere karşı insan vücudu için koruyucu bir bariyer görevi görür. Ayrıca vücut sıcaklığını düzenleme, vücuttan çıkan aşırı sıvı kaybını önleme ve duyuşsal algıya katkı sağlama gibi önemli fonksiyonları vardır (1, 2). Bu fonksiyonları yerine getirmek için morfolojik olarak farklı olan çok sayıda katmandan oluşan deri, dıştan içe doğru; epidermis, dermis ve hipodermis (subkutis) olmak üzere üç temel katmana sahiptir (Şekil 1) (3, 4).

### Epidermis Tabakası

İntrauterin 3. gestasyon haftasında, ektoderm tabakadan gelişmeye başlayan epidermis, kan damarları açısından fakirdir. Toksik madde emilimini ve cilt yoluyla su kaybını engeller, fiziksel ve kimyasal sebepli enfeksiyonlara karşı koyar ve cilt bariyerini oluşturur.



Şekil 1. Cilt Anatomisi (5)



Epiderminin bu fonksiyonları yerine getirebilmesi gestasyonel yaş ile ilişkili olarak epidermal kalınlık ve epiderminin lipid içeriğine bağlıdır (6, 7).

Cildin üst tabakası olarak bilinen epidermis, SC ve canlı epidermisten oluşur (8). Epidermis en dıştan içe doğru; SC, stratum lucidum, stratum granulosum (granüler katman), stratum spinosum (spinöz katman) ve stratum bazale (bazal katman) olmak üzere beş katmandan oluşmaktadır (Şekil 1) (3, 9).

Epiderminin en dış tabakası olan SC tabakası, yarı geçirgen bir yapıya sahiptir ve mikroorganizmaların invazyonuna ve kimyasal penetrasyona karşı fizyolojik bir bariyer oluşturur (10,4). SC nükleuslarını tamamen kaybetmiş ve yassılaştırmış ölü fakat biyokimyasal olarak aktif keratinositlerden (korneositlerden) ve lamellar gövdelerden salgılanan, hücreler arası lipidler olarak tanımlanan lipid matrisinden (kolesterol, seramidler ve serbest yağ asitleri) oluşan cansız bir tabakadır (11). Bu nedenle SC' un yapısı, "tuğla" olarak bilinen korneositlerin ve "harç" olarak bilinen hücreler arası lipid matrisinden oluşmaktadır. Bu yapı "tuğla ve duvar" modeline benzetilmektedir (Şekil 2) (12). Korneositler SC' un fiziksel direncini sağlarken, hücreler arası lipidler su difüzyonu ve geçirgenlik gibi diğer fonksiyonel özelliklerden sorumludur (13, 14).

Canlı epiderminin görevi, SC tabakasının hücrelerini yenilemek ve potansiyel olarak zararlı dış etkenlere karşı bağışıklığı düzenlemektir (3). Canlı epiderminin en alt tabakası olan bazal tabakada, epidermal kök hücreler keratinositlere dönüşerek cildin en dış yüzeyine doğru hareket ederler. Keratinosit farklılaşmasının ilk aşamasında, granüler tabakada hücre çekirdeği kaybı ve kornifiye hücre (keratinize olmamış yassı epitel) zarfının oluşumu meydana gelir. Keratinositler, cildin

dış katmanlarına doğru ilerledikçe düzleşir ve sert korneositlere dönüşür. SC tabakasının pullanmış kısmına yerleşerek, SC tabakasının yenilenmesini sağlar. Normal insan cildinde bu işlemin tamamlanması yaklaşık 28 gün sürer. Bu süreç keratinizasyon (deskuamasyon) olarak tanımlanır (9, 14, 15).

### Dermis Tabakası

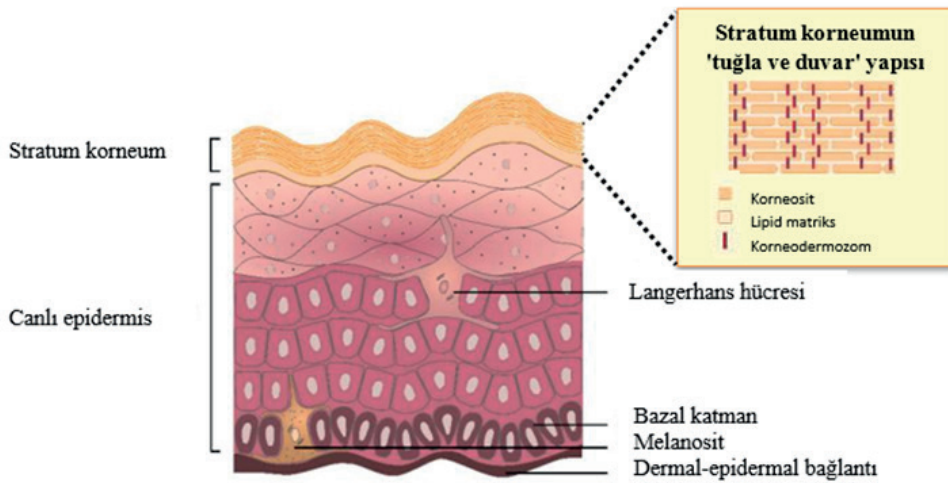
Epidermis ile subkutan yağ dokusu arasındaki bağlantıyı sağlayan bu tabaka, aynı zamanda cildin elastikiyetini sağlar. Gebelik haftası arttıkça kolajen ve elastin liflerden oluşan bu tabaka, travmalara karşı dayanıklılık sağlar ve sıvı birikmesini önler. Fakat prematürelde kolajen ve elastik lif sayısı az olduğu için sıvı birikir. Bu durum prematürelde ödemli yapı oluşmasını kolaylaştırır (17, 18). Ter ve sebumun yapımından sorumlu olan bu tabaka epidermis tabakası için besin üretir (17, 19).

### Hipodermis

Subkutan yağ dokusu ya da subkutis olarak da adlandırılan bu tabaka derminin altından uzanarak deriyi alttaki kas tabakasına bağlayan kısımdır. İntrauterin 1. trimesterde oluşmaya başlar, fonksiyonlarının maximum düzeye ulaşması 2-3 yaşında meydana gelir (4, 17). Büyük kan damarları, sinirler, ter bezleri, yağ dokusu, yağ hücreleri, elastik ve kolajen liflerinden oluşur. Hipodermis dış travmalara karşı iç organları korur, ayrıca cildin hareketini, termoregülasyonu sağlar ve bazı hormonlar için depo görevi görür (4).

### BEBEK CİLT YAPISI, FİZYOLOJİSİ VE İŞLEVİ

Cildin gelişimi ve olgunlaşma süreci yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Yenidoğanın cilt yapısı; morfolojik ve fonksiyonel yönden yetişkin cilt yapısından



Şekil 2. Epiderminin Anatomisi (5)

farklıdır. Bu durumun sebebi; yenidoğanların yaşamının ilk zamanlarında anne kanındaki sıcak ve sıvı ile dolu ortandan, soğuk ve kuru olan dış ortama uyum süreci yaşaması, doğum itibarı ile ciltte değişimlerin meydana gelmesi, yapı ve fonksiyonlarındaki gelişimlerin sürekli devam etmesidir. Dolayısıyla yenidoğanın cildi doğumu takiben ilk birkaç günde çok fazla değişikliğe maruz kalmaktadır (20).

### Bebek Cilt Olgunlaşması

Cilt olgunlaşması embriyogenez sırasında başlar ve gestasyonel yaş arttıkça hücre katmanları da artarak gelişir. Edipermal tabaka ve olgunlaşması yaklaşık 34 haftalıkken tamamlanır ve edipermis içten dışa doğru bazal, spinöz, granüler ve en son SC oluşarak gelişimini tamamlar (20, 21). Prematüre yenidoğanlarda cilt fonksiyonu, doğumdan en az 2-3 hafta sonrasına kadar zamanında doğan yenidoğanlar ile kıyaslanamaz (22).

Yenidoğanın cildi intrauterin dönemin son 3 ayında ve doğumda vernix kazeoza ile kaplıdır (11). Verniks kazeoza su, lipid, protein ve dökülen korneositlerden oluşan peynirimsi görünümlü bir madde olup epidermal bariyer işlevi sağlayan koruyucu bir tabakadır. (23). Bu madde sayesinde yenidoğanların dış çevreye adapte olması kolaylaşır. Vücut yüzeyinde bulunan verniks kazeoza miktarı gestasyon haftasına, doğum şekline ve bebeğin vücut ağırlığına göre değişiklik gösterir (24).

Vernix kazeozada bulunan lipidler yenidoğanın cildinde transepidermal su kaybını (TESK) düzenleyebilen hidrofobik bir bariyer görevi görür (25). Verniks kazeoza, yenidoğanların ilk banyoları sırasında çıkarılır. Bu durum, yenidoğan cildinin gebelik dönemindeki fetal cilde kıyasla daha kuru ve daha savunmasız kalmasına neden olur. Doğumdan hemen sonra yıkanmayan bebeklerin deri döküntülerinin daha az olduğu bildirilmiştir (26). Ek olarak, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yeni doğan bebeklerin doğumdan sonra ilk altı

saat banyo yaptırılmamasını, Kadın Sağlığı, Doğum ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği (AWHONN) 2-4 saat aralığında, Türk Neonatoloji Derneği doğumdan 4 saat sonra banyo yaptırılmasını önermektedir (27, 28, 29).

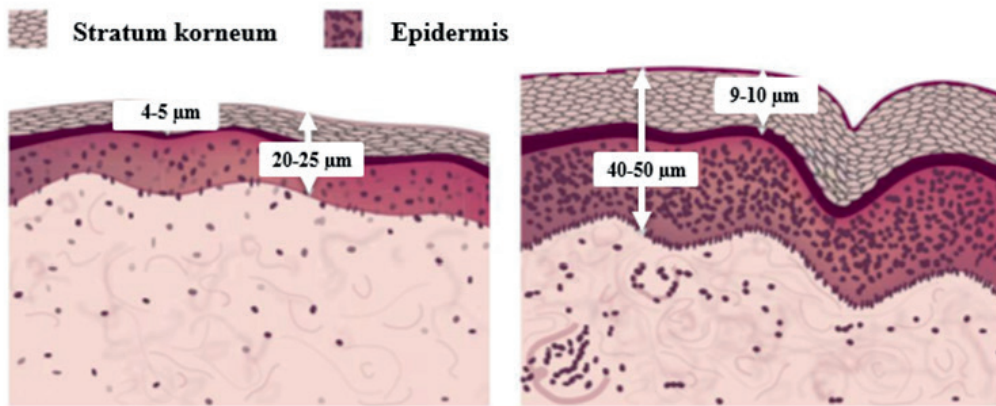
### SC Tabakası

SC epidermal cilt bariyer işlevinden sorumlu olup; intrauterin 20-24. gestasyon haftasında oluşmaya başlar, 32-34. gestasyon haftasında 10-20 sıradan oluşan matür halini alır. SC tabakasının olgunlaşması ve bariyer özelliği kazanma süreci, 25. gestasyon haftasının altındaki preterm bebeklerde 8-10 hafta, 25- 28. gestasyon haftası arasındaki preterm bebeklerde 3 hafta ve 28. gestasyon haftasından büyük preterm bebeklerde yaklaşık 10-14 gündür (Şekil 3) (30, 31). Oldukça yüksek su geçirmezlik özelliğe olan SC, yaklaşık %15 su, %15 lipid ve %70 protein yapısına sahip bir yapıdır ve iç katmanları çevresel etkilerden korur (13).

Olgunlaşmamış SC tabakası, epidermis tabakası ile dermis tabakası arasındaki bağların gevşek olmasına sebep olur. Bu durum sonucu; yenidoğanda TESK, hipotermiye eğilim, dehidratasyon, enfeksiyon riski, epidermal soyulmalar, topikal uygulanan maddelerin emilimi ile toksisite ve sepsis riski artmaktadır. SC tabakasının; epidermis tabakasından fazla sıvı çıkışını önlemek ve dış çevreden gelebilecek zararlı bileşiklere karşı vücudu korumak gibi önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Cilt bariyer fonksiyonu; yaşa ve dış faktörlere (nem, sıcaklık vb.) göre farklılık göstermektedir (1, 33).

### Yetişkin ve Bebek Cildi Farklılıkları

Erişkin cildi ile yenidoğanın cildi arasında birçok farklılık mevcuttur. Bu farklardan en önemlisi yüzey alanıdır. Erişkinlerde cilt yüzey alanı 250 cm<sup>2</sup>/kg iken, yenidoğanlarda 700 cm<sup>2</sup>/kg' dır. Yenidoğanların, vücut yüzey alanının vücut ağırlığına oranı yetişkinlerin



Şekil 3. Preterm ve Term Yenidoğan Cildi (32)

oranından minimum üç kat daha fazladır. Bu oran daha düşük doğum ağırlıklı bebeklerde yaklaşık beş katına kadar çıkmaktadır. Yenidoğanların cilt yüzey alanı geniş olduğu için, vücuttaki ısı ve su kaybı daha fazla olmaktadır. Homeostazinin sürdürülmesi ve bu durumun engellenmesi için yenidoğanların dermatolojik sistemlerinin desteklenmesi gereklidir (34).

Yenidoğanın cildi yetişkin cildine göre çok daha ince, hassas, fragil ve kurumaya daha yatkındır. Ek olarak yenidoğanın cilt yapısı yetişkin cilt yapısından %40-60 daha incedir. Bu durum yenidoğanlarda cildin koruyucu fonksiyonunu azaltmakta ve travmalara karşı yatkınlığı artırmaktadır (31).

Bebek cildi yaşamın ilk yılında olgunlaşmaya devam eder, ikinci yılda ise, yetişkin cildine daha çok benzer. Bebek cildi ve yetişkin cildi arasında yapısal, biyolojik ve fonksiyonel farklılıklar vardır (11, 35). Bu farklılıklar Tablo 1' de verilmiştir;

### Epidermal Kalınlık

İki yaşına kadar bebek cildindeki epidermis tabakası kalınlığı, yetişkin cildindeki epidermis tabakasına kalınlığına göre %20 daha incedir (31, 36, 37).

### SC Kalınlık

İki yaşına kadar bebeklerin cildindeki SC yetişkin cildindeki SC' a göre %30 daha incedir (Şekil 3). SC tabakasının kalınlığı ile cildin su geçirgenliği ters orantılıdır (4, 31, 37).

### Korneosit Yüzei

İki yıla kadar daha ince epidermis ve SC' a sahip olan bebek cildi daha küçük korneositlere sahiptir (36). Tuğla ve duvar modelinde ise, bebekler için tuğlalar

daha küçüktür ve daha ince duvar yapısına sahiptir. Bebek cildindeki daha küçük hücre boyutu, yetişkin cildine kıyasla daha yüksek epidermal hücre dönüşüm hızı ile ilişkilidir. Bebeklerde daha küçük korneositlerin ve daha ince SC olması, lipofilik moleküllerin bu tabakaya nüfuz etmesini ve canlı epidermise ulaşmasını kolaylaşmaktadır (11).

### Epidermal Soyulma

Epidermal kalınlık az olduğu için soyulma oranı daha yüksektir. Epidermal soyulma cilt yüzeyinin sebum seviyesi ile ters orantılıdır (20).

### Doğal Nemlendirici Faktör (NMF)

NMF amino asitler, organik asitler, şekerler ve diğer düşük moleküler ağırlıklı hidrofilik bileşiklerden oluşmaktadır. Bu bileşikler, cilt hidrasyonunun korunmasında önemli bir rol oynamaktadır. Yenidoğan cildi su, doğal nemlendirici faktör ve melanin içeriğinden yoksundur. Bu durum yenidoğan cildinin fiziksel yapısını yetişkin cildine kıyasla daha kuru ve daha az pigmentli görünmesine neden olur (38).

Bebeklerde NMF konsantrasyonu yetişkinlere göre daha düşüktür, ancak yaşamın ilk 2 haftasında doğal nemlendirici faktör miktarının analizinde daha yüksek düzeylere sahip olduğu bildirilmiştir (22).

### Transepidermal Su Kaybı (TESK)

Belirli bir cilt alanından, belirli zaman diliminde, kaybedilen su miktarı TESK olarak adlandırılmaktadır (g/m<sup>2</sup>/saat) (39). Cilt yoluyla kaybedilen su miktarını sadece cilt özellikleri değil, ek olarak ortamın ısı ve nemi, vücut ısısını kapsayan bazı parametreler ve bebeğin aktivitesi de etkilidir. TESK oranı yaşa ve bölgeye bağlı olarak değişebilir (5).

Tablo 1: Yaş Bağlı Cildin Fonksiyonel, Yapısal ve Biyolojik Özellikleri (5)

YAPISAL FARKLILIKLAR	Yenidoğan/Bebek Cildi	Yetişkin Cildi
Epidermal Kalınlık	İnce	Kalın
SC Kalınlık	İnce	Kalın
Korneosit Yüzei	Daha küçük yüzey alanlı	Daha geniş yüzey alanlı
BİYOLOJİK FARKLILIKLAR	Yenidoğan/Bebek Cildi	Yetişkin Cildi
Cilt Soyulma Oranı	Yüksek	Düşük
NMD (Natural Moisturizing Factor/ (Doğal Nemlendirici Faktör)	Doğduğu anda yüksek, sonrasında 1 yaşına kadar düşük	Düşük
FONKSİYONEL FARKLILIKLAR	Yenidoğan/Bebek Cildi	Yetişkin Cildi
TWEL/TESK (Transepidermal Water Loss/ Transepidermal Su Kaybı)	Yüksek (Yaş göre değişkenlik gösterir.)	Düşük
Hidrasyon	Doğduğu anda düşük, sonrasında yüksek	Düşük
Cilt pH' ı	Doğumdan sonraki 2-4 haftalık süreçte yüksek	Yüksek

Normal yetişkin cildinde, TESK' nin 6 ila 8 g/m<sup>2</sup>/ saat aralığında olup daha yüksek TESK değerleri epidermal bariyer disfonksiyonunun göstergesi olabilir. Erken doğmuş yenidoğanların (75g/m<sup>2</sup>/ saate kadar) ortalama TESK değerleri, zamanında doğan yenidoğanlardan (6-8 g/m<sup>2</sup> / saate kadar) daha yüksek olduğu bilinmektedir (8).

### Cilt Hidrasyonu

SC hidrasyonu olarak da adlandırılan cilt hidrasyonu, SC'un su içeriği cilt bariyer işlevini sürdürmek için gereklidir. SC hidrasyonu epidermal ve dermal hücrelerin olgunlaşmasını, deskuamasyon sürecini ve keratin ve proteinlerin ekspresyonunu etkiler. Ayrıca SC' un aşırı hidrasyonu, SC lamel yapısının bozulması gibi olumsuz etkilere neden olabilir. SC' un hidrasyonu, NMF ile korunur (38, 40).

Bebek cildinden verniks kazeoza çıkarıldıktan sonra, düşük su içeriği nedeniyle yenidoğanların cilt yüzeyi daha büyük bebekler ile karşılaştırıldığında daha pürüzlü ve kuru bir yapıya sahiptir. Cildin hidrasyonu ilk üç ay içinde gelişir ve yetişkin cilt hidrasyon seviyesini aşarak 3 ile 12 ay arasında en yüksek seviyeye ulaşır. Bebeklerin yetişkinlere kıyasla daha yüksek cilt hidrasyonuna sahip olmalarına rağmen, su tutma kapasiteleri sınırlıdır (5, 11).

### Cilt pH'ı

İntrauterin ortamda, bebek cildi verniks kazeoza ile kaplıdır. Verniks kazeoza ve amniyotik sıvının hafif alkali (pH > 7) bir yapısı vardır. Hem verniks kazeoza hem de amniyotik sıvı yenidoğanın cilt yüzeyine nötr bir pH (6.6-7.5) vermektedir (41, 42).

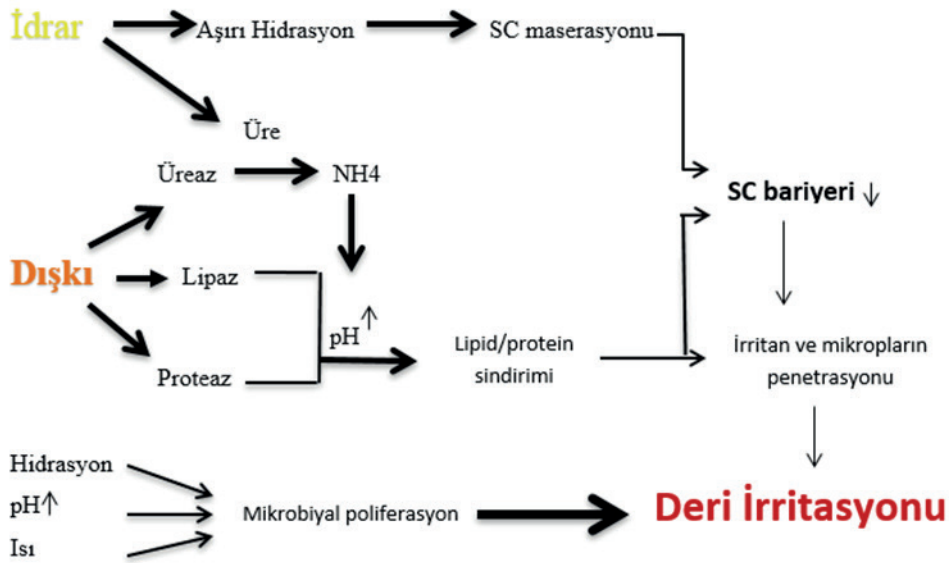
Cildin dış tabakasının pH değerinin 5'ten aşağıda tutulma kapasitesi olarak bilinen asit manto, hem bariyer geçirgenlik fonksiyonu hem de cildin antimikrobiyal savunma için önemlidir (35). Doğumu takiben kuru ekstrasuterin ortama uyum sağlayarak yenidoğanın cildi daha asidik hale gelir, asit manto gelişir ve SC daha az hidratlanır (22). Yenidoğanın doğumda cilt pH' ı (6.4-7.5) alkalidir. Cildin normal mikrobiyal flora ile kolonize olması ile doğumda itibaren ilk 4 günde hızla 4.95'e düşüş gösterir ve yaklaşık bir ay da erişkin pH düzeyine (4.5-5.5) ulaşır (2, 43). Birkaç hafta sonra, tamamen hidratlı bir SC gelişir ve yenidoğanın cilt pH'ı bir yetişkininkine yaklaşır (10, 22). Yenidoğan cildinin bu asidik yapısı cilt bütünlüğünü korur, doğal bağışıklığı destekler ve patojen bakteri sayısını azaltır. Bu nedenle bebek cildinde asit mantonun devamlılığı önemlidir (29, 44). Bezlenen bölgede cilt pH' ı ilk bir ayda alkaliye yakın olup, banyo ve topikal uygulamalar sonucu cilt pH'ı değişir (33, 43, 45).

### BEBEK BEZİ DERMATİTİ

Bebek bezi dermatiti, bebeğin bebek bezi bölgesindeki derinin akut inflamatuvar döküntüsü ile karakterize yaygın kutanöz durum olarak tanımlanmaktadır (46). Bebekler için önemli ölçüde ağrı ve strese neden olurken ebeveyn ya da bakım vericiler için zahmetli bir durum olabilir (47).

### Bebek Bezi Dermatitinin Patogenezini

Bez dermatiti gelişimi multifaktöriyeldir ve bezin kapatıcı bir yapıda olması bez dermatiti gelişiminde en önemli unsurdur (46, 48). Bez dermatitin tüm etiyolojik faktörleri Şekil 4'te belirtilmiştir (49).



Şekil 4. Bebek Bez Dermatiti Patofizyolojisine Etki Eden Fiziksel ve Biyokimyasal Faktörler (49)



Hijyen sağlamak için, bez bölgesi temizliği yapılırken kullanılan bebek bezi, su, ıslak mendil gibi materyaller, hidrasyon artışı ve mekanik faktörler gibi bazı etkenler SC tabakasındaki yağ asitlerine zarar verirler. Bu durum cilt bütünlüğünü bozmaya başlar. Sık bez değişimi, havalandırma ve koruyucu krem kullanımı olursa cilt normal fonksiyonlarına kavuşur. Fakat önlem alınmaz ise bebeğin idrarında ve gaitasında bulunan enzimler, bütünlüğü bozulan SC tabakasından girer ve burada bulunan proteinleri parçalar. Proteinlerin parçalanması sonucu cilt soyulur ve iritanlar epidermis tabakasına tamamen penetre olarak bebek bezi dermatitine yol açarlar (Şekil 5) (44).

### Bebek Bezi Dermatitinde Rol Alan Faktörler

Bebek bezi dermatiti etiolojisinde; bez faktörü, hidrasyon, friksiyon, idrar ve amonyak, gaita, mikroorganizmalar, kimyasal ajanlar, anne sütü ve koruyucu kremler bulunmaktadır.

### Bez Faktörü

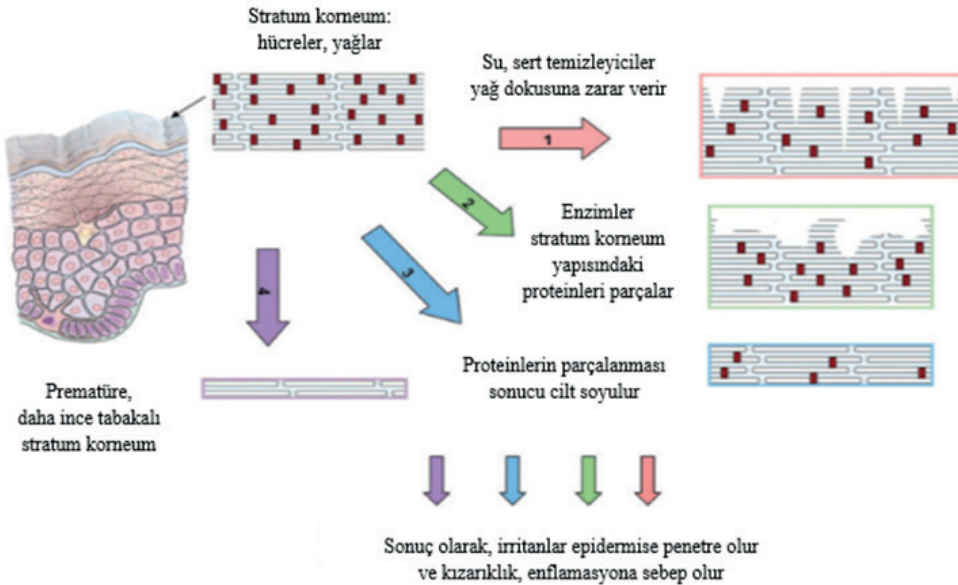
Bebek bezinin cildi örtmesi, gaita ve idrarın cilt ile teması sonucu hidrasyon ve ortam pH' ı artırır. Bu durum sağlıklı ciltte bebek bezi dermatiti oluşumuna neden olur. Bebek bezi kullanımı idrar ve/veya gaitadan gelen nem ile tıkaçıcı bir ortam oluşturur ve cilt mikroorganizmalar, mekanik iritanlara ve kimyasal bileşenlere karşı savunmasız kalır (Şekil 6). Bebek bezi olan bez alanı ile bebek bezi olmayan bez alanı karşılaştırıldığında daha yüksek cilt pH' ı bulunmuştur (50).

(A) Cilt bariyerinin bozulması ve penetranların SC' u tıkaması

(B) Cilt geçirgenliğinin artması sonucu immünolojik tepki (5)

Bezin tipi, kalitesi ve bez değiştirme sıklığı bebek bezi dermatiti oluşumunu etkileyen önemli faktörlerdendir (51).

Bebek bezinin emiciliği ve hava alıp almaması bebek bezi dermatitini etkiler. Hazır bebek bezlerinde birçok katmanlar bulunur. En içteki katman genellikle polipropilenden oluşup, bu sentetik materyal aracılığıyla sıvı iç kısma aktarılır ve bezin cilde temas eden katmanı kuru kalır (52, 53). Bazı araştırmalarda hazır bez markalarının bebek bezi dermatiti gelişimini etkilemediği, kullanılan bez markasının bez bölgesinin kuru kalmasını, idrar ve gaitanın ciltten uzaklaşmasını sağladığı sürece önemli olmadığı bildirilmiştir (54). Yapılan araştırmalarda jel materyaller içeren tek kullanımlık bebek bezlerinin emiciliğinin iyi olduğu, bu nedenle bebek bezi dermatiti gelişimini önlediği, çinko oksit içeren bebek bezlerinin ise bebek bezi dermatiti meydana gelme oranını ve şiddetini azalttığı belirtilmiştir (55, 56). Nefes alabilen mikroporlu bebek bezleri suyu geçirmeyen, ama buharı geçiren seçici geçirgen özelliklere sahiptir. Sahip olduğu bu özellikler sayesinde sızıntı olmadan su buharını ciltten uzaklaştırırlar. Nefes alabilen bebek bezleri bebek bezi dermatitini %50 oranında azaltır. Cilt hidrasyonunu korumak, friksiyon ve maserasyonu ortadan kaldırılmak



Şekil 5. Bebek Cildinde Bebek Bezi Dermatiti Oluşum Aşamaları (48)



ve oklüzyon yapmadığı için kandida çoğalmasını uyarıcı CO2 düzeyini arttırmamak bu bezlerin bebek bezi dermatiti önleyici etkileridir (54).

Tek kullanımlık bebek bezlerinde bulunun yüksek emici katmanların, bebek cildine ıslaklığı temas ettirmemesi, hava alması ve cilt pH değerini normale yakın seviyede tutması sebebiyle kumaş bebek bezi kullanılan bebeklere göre daha az bebek bezi dermatitine sebep olmaktadır (57, 58). Ayrıca kumaş bezlerin sık değıştirilmesi ile bebek bezi dermatitini önleme açısından hazır bezlerden çok büyük bir farkı olmadığı belirtilmiştir (59). Kumaş bez kullanılacaksa; hava geçirgenliği olan kumaşların tercih edilmesi önerilmektedir. PVC, naylon, muşamba gibi dış kılıflar nemi hapsediği için bebek bezi dermatiti riski oluşturmaktadır. Bu nedenle; dış kılıf polar, yün veya poliüretan laminat (PUL) gibi hava geçiren ancak sıvı geçirmeyen malzemeden; ara bez (iç bez) ise, bebeğin tenine temas edeceği için pamuk, organik pamuk ya da bambu gibi doğal malzemelerden tercih edilmelidir (60, 61).

Bez değıştirme sıklığı, bebek bezi dermatitinin tedavi edilmesi ve önlenmesinde önemli bir faktördür. Literatürde günde en az beş defa bez değıştirilmesi önerilmekle birlikte gece de dahil olmak üzere 2-4 saatte bir bebek bezinin değıştirilmesi gerekmektedir. Çocuklarda bebek bezi dermatiti gelişmesi durumunda bezin cilt ile temas süresini azaltmak için bez değıştirme sayısını arttırmak önemli bir faktördür (59, 62).

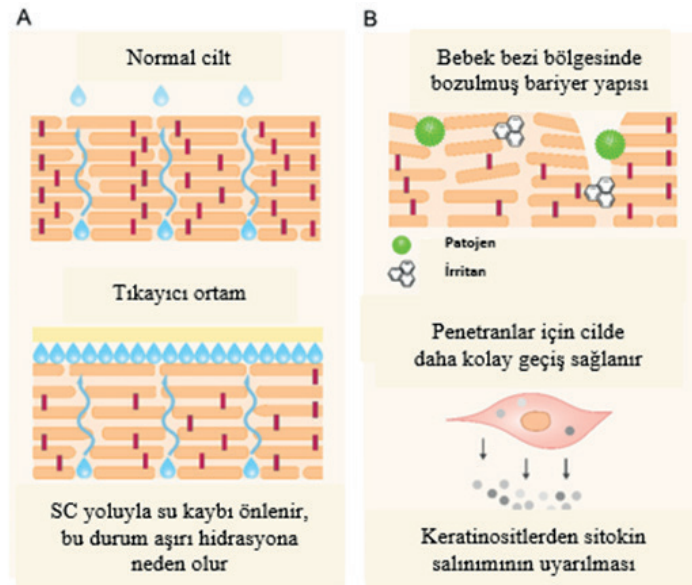
Bebek bezinin sık değıştirilmemesi, bez bölgesinin neme uzun süre maruz kalmasına neden olur. Bu durum sonucu olarak aşırı hidrasyon ve ardından SC geçirgenliği bozulur (Şekil 6A). Ayrıca, bebek bezi ile aşırı nemli cilt, özellikle genital bölge, kalçalar ve cilt kıvrımları arasındaki sürtünme SC' a daha fazla zarar vererek maserasyona neden olabilir. Sonuç olarak, cilt geçirgenliği artar ve organik bileşikler SC' a nüfuz ederek tahrişe yol açarlar (Şekil 6B) (46, 63).

### Hidrasyon

Islak bezlerin cilde uzun süre teması sonucu cilt aşınarak sürtünmeye karşı hassasiyet artar. Cilt bariyer özelliği bozulur, geçirgenliği artar ve zararlı mikroorganizmaların cilt içine girmesi kolaylaşır. Ek olarak hidrasyon ile gaitada bulunan enzim ve mikroorganizmaların cilde teması kolaylaşır. Cilt içine giren mikroorganizma ve enzimler bebek bezi dermatiti gelişmesine neden olur (51, 64, 65).

### Friksiyon

Bebek bezi dermatiti gelişimi için cilt ile veya cildin bez ile temas ettiği noktalarda friksiyon tek başına yeterli bir faktör değildir. Friksiyon sonucu epidermal bariyer fonksiyonu hasar görerek cildi bebek bezi dermatiti oluşumuna yatkın hale getirir. Nemli ve masere cilt normal cilde göre daha geçirgen, yaralanmalara ve hasarlara karşı daha zayıf olup çok sayıda yabancı mikroorganizma ile kolonizedir.



Şekil 6. Bebek Bezi Bölgesinin Cilt Geçirgenliğinin Bozulması (A) Cilt bariyerinin bozulması ve penatranların SC' u tıkaması (B) Cilt geçirgenliğinin artması sonucu immünolojik tepki (5)

Bu durum mikroorganizmaların cilt içine geçişini kolaylaştırır ve bez alanı çevresinde cilt kontaminasyonu meydana gelir (46, 66, 67).

### İdrar ve Amonyakın Rolü

İdrardaki üre bakteriler tarafından parçalanarak amonyakın ortaya çıkmasına sebep olur. Amonyak bebek bezi dermatiti gelişiminde birincil neden olmamakla birlikte cilt bütünlüğünü bozup, permeabiliteyi arttırarak bebek bezi dermatiti gelişimine katkı sağlayabilir (50, 62).

### Gaita

Bebek gaitasında proteaz ve lipaz enzim oranı fazla olup bu enzimlerin tahriş edici etkileri bulunmaktadır. Bu enzimler gaitadaki üreyi parçalayarak ortam pH'ının artmasına sebep olurlar ve cilt ile teması sonucu şiddetli tahriş, eritem ve cilt bütünlüğünde bozulma meydana getirirler (48, 68).

### Mikroorganizmalar

Mikroorganizmalar tek başına bebek bezi dermatiti gelişimi için etkili bir faktör değildir. Fakat kapalı bölgedeki bebek bezi dermatiti oluşumuna neden olan nem, sıcaklık, bez bölgesinin havasızlığı, gaitadaki organik bileşikler ve ishal gibi faktörler uygun ortam hazırlayarak, bez bölgesinde mikroorganizma girişini kolaylaştırırlar (49, 69).

Bebek bezi dermatitinde uygun bakım sağlanmaz, idrar ve gaitaya maruziyet devam ederse sıklıkla SC zedelenir ve mikroorganizmalar epidermise penetre olarak sekonder enfeksiyona sebep olurlar. Sekonder enfeksiyon sonucu prognoz daha da şiddetlenir (54). Enfekte bez dermatiti alanlarında en sık gözlenen mikroorganizma türü *Candida albicans* ve *Staphylococcus aureus*'dur. *Candida albicans*'ın rolü etiyolojik olarak daha etkindir. Ek olarak çocukların ağız (pamukçuk) ve bez bölgelerindeki *Candida albicans* varlığına göre bebek bezi dermatiti oranı ya da şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (70).

### Anne Sütü

Anne sütü ile beslenen bebeklerin hem gaitalarında daha az miktarda üreaz enzimi bulunmakta hem de gaita pH'ı daha düşük olmaktadır. Bu durum perianal deri zedelenmesini azaltmaktadır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde gram pozitif bakteri florası daha fazla iken, inek sütü ile beslenen bebeklerde ise karışık bakteriyel flora bulunmaktadır (54). Yapılan araştırmalarda; anne sütü ile alan bebeklerde orta ve ağır bebek bezi dermatiti görülme oranı %18,5 iken, bu oran hiç anne sütü almamış bebeklerde %29,1 olarak bulunmuştur (62).

### Kimyasal Ajanlar

Deterjan, sabun ve antiseptik amaçlı kullanılan diğer kimyasal maddeler yüksek tahriş ve alerjenite potansiyeline sahiptir. Bu durum bebek bezi dermatiti gelişmesinde ve bebek bezi dermatiti belirtilerinin şiddetlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bebek bezi dermatiti şiddetini arttıran diğer faktör ise iyi durulanmayan çamaşırlardır (51, 62).

### Koruyucu Kremler

Bariyer görevi gören koruyucu kremler deride kalın bir yağ tabakası oluşturup suyun deri ile temasını önlemekte ve SC'un içerisine mikroorganizmaların invazyonuna ve kimyasalların penetrasyonuna engel olarak bebek bezi dermatiti gelişimini azaltmaktadır (51, 62).

Bez bölgesinde bebek bezi dermatiti gelişmemesi ya da tekrar oluşumunun önlenmesi için koruyucu kremlerin kullanılması önemlidir. Her bez değişiminden sonra bez bölgesine koruyucu krem kullanımı cilt homeostazını sürdürmeye yardımcı olmaktadır (35). Bebek bezi dermatiti gelişimini azaltmak ve cilt bütünlüğünü sağlamak için her alt değişimi ve banyodan sonra bez bölgesine koruyucu krem sürülmelidir. Koruyucu olmasının yanı sıra tedavide önemli rol üstlenen bu kremlere çinko oksit, yumuşak beyaz vazelin ve bebek yağları örnek verilebilir. Çinko fiziksel bariyer oluşturarak suyun geçirgenliğini önlemektedir. Deri kıvrımlarında birikmiş olan pudra cildi tahriş ederek bebek bezi dermatitine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda pudranın koruyuculuğuna yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmamıştır (51).

### FARMAKOLOJİK OLMAYAN ÖNLEME VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Bebek bezi dermatitinin tedavisi ve önlenmesinde mevcut en iyi uygulamaları destekleyen çok sayıda literatür yayınlanmıştır (29, 66, 71, 72). Önleme ve tedavi için temel uygulamalar oldukça benzerdir (51, 48). Bebek bezi dermatitinde temel prensip önlemektir. Geliştikten sonra genel amaç ise; enfeksiyonu azaltmak, ciltteki hasarı onarmak ve tekrar hasar oluşumunu önlemektir (48, 54).

Yapılan çalışmalarda hem önleme hem de tedavi kapsamında, farmakolojik olmayan bebek bezi dermatiti önleyici yaklaşımlar; havalandırma, bariyer krem kullanma, temizlik, bebek bezi ve ebeveyn eğitimi olmak üzere 5 maddede toplanmış ve "ABCDE" harfleri verilmiştir. ABCDE harf açılımları aşağıda verilmiş olup, bu uygulamalar işlem önceliğine göre sondan başa doğru sıralanmıştır;

**A: (Air out);** Bez bölgesinin havalandırılması,

**B: (Barrier);** Cildi koruyucu krem kullanma,

**C: (Clean);** Cildi temiz tutma,

**D: (Disposable diapers);** Tek kullanımlık bebek bezlerinin kullanımı,

**E: (Educate);** Bebek bezi dermatitini önlemek için ebeveynlere ve bakım vericilere eğitim verilmesidir (73).

#### **A (Air out)- Bez Bölgesinin Havalandırılması**

Bebek bezinin çıkarılarak cildin, bez yüzeyinde bulunan idrar, gaita, nem ve diğer irritanlar ile temasının azaltılması ve bez bölgesinin havalandırılması en etkili terapötik girişimdir (49, 50). Bebek bezinin çıkartılması işlemi cildin hava ile kurumasını ve bez ile cilt arasındaki sürtünmenin azalmasını sağlar. Ebeveynler için bebeğin bezlenmeden bırakılması genellikle zordur, ancak belirlenen zamanlarda bebeğin bezlenmemesi ve bez bölgesinin havalandırılması gerektiği aileye anlatılmalıdır (50). İlk aylarda bebek uyuduğu zaman, hareketlenmeye başladığı aylarda ise evde oyun oynadığı zaman diliminde bebek bezi çıkarılarak cilt havalandırılabilir. En uygun zaman ise, bebeğin idrar ve gaitasını yaptıktan hemen sonraki zaman dilimidir (54). Bebek bezi alanı mümkün olduğu kadar uzun süre açıkta bırakılmalıdır. Bu açıkta kalma süresi, tahriş edici maddelerin bebeğin cildi üzerindeki etkisini azaltmanın kolay, güvenli ve etkili bir yoludur (64, 65).

#### **B (Barrier)- Cilt Koruyucu Krem Kullanma**

Bebek bezi dermatitinde rol alan faktörlerin içerisinde açıklanmıştır.

#### **C (Clean)- Temizleme**

Bez bölgesindeki temizliğin amacı; cilt bariyerini bozmadan cildi gaita, idrar, irritanlar ve patojenlerden arındırarak enfeksiyon gelişmesini önlemek ve cilt pH' ını normal sınırlarda tutmaktır (74). Son yıllarda bez bölgesinin temizliğinde kullanılan su ve pamuk/ bez yöntemine alternatif olarak, farklı katkı maddeleri (parfüm, alkol, koruyucu madde vb.) içeren ıslak mendiller geliştirilmiştir. Bez bölgesi temizliğinin ıslak mendil ile yapıldığı zaman cilt pH değeri, hidrasyonu, ve mikrobiyal kolonizasyonu üzerinde herhangi bir yan etki yapmadığı, ek olarak pamuk ve su kullanımı kadar etkili olduğu bulunmuştur (75). Fakat hassas bebek cildinde içeriğindeki katkı maddelerine karşı alerjik reaksiyon gelişme riski bulunmaktadır (33, 47).

Bez bölgesinin temizliği yapılırken, alkol içeren ıslak mendil kullanımı, sert bir şekilde silmek ve ovalamak cildin bariyer işlevinde bozulmaya yol açabilir. Alkol

içeren tek kullanımlık ıslak mendiller yerine ılık su ile ıslatılmış yumuşak bez veya pamuk tercih edilerek nazik bir şekilde bölgesinin temizliği yapılmalıdır. Silme işleminden sonra bez bölgesi nemli bırakılmamalı, sert bir şekilde değil küçük dokunuşlar yardımı ile kurulmalıdır (76, 77).

Bez bölgesi temizliği, idrar sonrası ılık su veya su ile ıslatılmış pamuk ile yapılmalıdır. Gaita sonrasında ise parfümsüz ve yumuşak bir sabun tercih edilmelidir. Temizlik için sabun kullanıldığı zaman, günde iki defadan fazla olmamalı, pH değeri yüksek olan sabunlar tercih edilmemeli ve anında kurulmalıdır. Gaita ve idrarı temizlemek için pH değeri yüksek olmayan, parfümsüz bir sabun tercih edilerek, günde iki defadan fazla olmamak şartı ile kullanılabilir (78).

Hazır ıslak mendiller uzun süreli kullanıldığı zaman cilt pH değerini düşürdüğü ve düşük pH' ın cilt üzerinde olumsuz yönde etkisi olduğu bilinmektedir. Bebek bezi dermatiti olan bebeklerde bu mendiller kullanılmamalıdır (51).

#### **D (Disposable diapers)- Bez tipi**

Bebek bezi dermatitinde rol alan faktörlerin içerisinde açıklanmıştır.

#### **E (Educate)- Eğitim**

Bez bölgesinde hijyen sağlamanın önemini anlatmak, ebeveynlere ve bakım verenlere yönelik planlanan eğitimlerin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (48). Bebek bezi dermatiti önenebilir bir durumdur ve tüm ebeveynler ve bakım vericiler, uygun bebek bezi hijyeni ve cilt bakımı uygulamaları ile bu durum olasılığını azaltmak için hemşirelerden veya diğer klinisyenlerden eğitim almalıdır. Sağlıklı cildi onarmak ve tekrarlayan atakları önlemek için gerekli olan önlemler ebeveynler ve diğer bakım verenler tarafından güvenli bir şekilde sağlanmalıdır. (76).

Bebek bezi dermatitinin önlenmesi ve tedavisine yönelik pratik çözümlere ek olarak, ebeveynler ve bakım vericiler için aşağıdaki bazı yararlı hatırlatmalar da iletilmelidir. Bu hatırlatmalar;

- Her bez değişiminden önce ve sonra ellerin yıkanması,
- Bez bölgesinin sık sık havalandırılması,
- Bebek cildinin, kirli bezdeki irritan ve patojenlerle temasını minimum düzeyde tutmak için her 3-4 saatte bir veya bebek altını her kirlettiğinde, gece ise en az bir kez olacak şekilde bebek bezi değiştirilmesi,
- Emme kapasitesi yüksek bebek bezlerinin kullanılması,

- Bebek bezinin çok sıkı olmayacak şekilde bağlanması,
- Bebek bezinde sadece idrar olması durumunda bile ılık su ve yumuşak bir bez yardımı ile bebek cildinin sert olmayacak bir şekilde önden arkaya doğru silinmesi,
- Bez bölgesinde koruyucu krem kalıntıları varsa, çıkarmak için ovalanmaması ve sert bir şekilde silinmemesi gerektiği,
- Alkol içeren mendillerin kullanılmaması, bu mendillerin yerine her gaitada sonrasında bölgenin ılık su ile ya da su ile hafif ıslatılmış tek kullanımlık ıslak mendiller ile temizlenmesi,
- Bez bölgesinin temizliği yapıldıktan sonra bölgenin kurulanması,
- Bez bölgesine koruyucu kremlerin ya da çinko oksit içeren kremlerin ince bir tabaka şeklinde sürülmesi,
- Perine bölgesine pudra kullanılmaması gerektiği hakkında olmalıdır.

Ek olarak yanlış uygulamaları önlemek için ebeveynlere ve bakım vericilere bakımda kullanılan yararlı ve zararlı ürünler hakkında bilgi verilmelidir. Ebeveynler, kızarıklık geçene kadar bu adımları sürdürmeye teşvik edilir ve bebek bezi dermatiti bu stratejilere yanıt vermezse veya birkaç gün sonra kötüleşirse bir sağlık profesyoneline danışılmalıdır (24, 48, 50, 79).

## SONUÇ

Bebek bezi dermatiti yenidoğanlar ve bebekler için en yaygın cilt sorunlarından birisidir. Karmaşık ve multifaktöriyel bir etiyojolojiye sahiptir. Bebek bezi dermatitini önlemek ve yönetmek etiyojolojisinin iyi bilinmesi ve nedensel faktörlerin ortadan kaldırılması ile mümkündür. Bebek bezi dermatiti cilt maserasyonu, iritasyonlar ve patojenlerle uzun süreli temasta dahil olmak üzere birçok faktörün etkileşimi sonucu cilt bariyerinin bozulmasına yol açar. Sağlıklı cildi onarmak ve tekrarlayan atakları önlemek için; önlemler ebeveynler ve diğer bakım verenler tarafından güvenli bir şekilde sağlanmalıdır.

Bebek bezi dermatiti önlenabilir bir durumdur ve tüm ebeveynler ve bakım vericiler, uygun bebek bezi hijyeni ve cilt bakımı uygulamaları ile bu durumun olasılığını azaltmanın yolları hakkında hemşirelerden veya diğer sağlık profesyonellerinden eğitim almalıdır. Bu eğitimlerin daha çok kitapçık, broşür gibi materyaller ile verilmesi yararlı olacaktır.

## KAYNAKÇA

1. Amer, M., Diab, N., Soliman, M., Amer, A. (2017). Neonatal skin care: what should we do? A four-week follow-up randomized controlled trial at Zagazig University Hospitals. *International Journal of Dermatology*, 56, 1198-1203.

2. Proksch, E. (2018). pH in nature, humans and skin. *Journal of Dermatology*, 45, 1044-1052.
3. McGrath, J.; Eady, R.; Pope, F. (2004). Anatomy and organization of human skin. In *Rook's Textbook of Dermatology*; John Wiley and Sons: Hoboken, NJ, USA. Volume 1, pp. 3.2-3.80.
4. Menon, G. K. (2015). Skin basics; structure and function. In *Lipids and skin health* (pp. 9-23). Springer, Cham.
5. Rahma, A., & Lane, M. E. (2022). Skin Barrier Function in Infants: Update and Outlook. *Pharmaceutics*, 14(2), 433.
6. Irvine, D.A., Hoeger, H.P. ve Yan, C.A. (2011). *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. 3. Baskı. Wiley-Blackwell. 300-312
7. Dyer, J. A. (2013, February). Newborn skin care. In *Seminars in Perinatology* (Vol. 37, No. 1, pp. 3-7). WB Saunders.
8. Visscher, M. O. (2009). Update on the use of topical agents in neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 9, 31-47.
9. Kulukian, A. ve Fuchs, E. (2013). Spindle Orientation and Epidermal Morphogenesis. *Philosophical Transactions of the Royal Society Biological Sciences*. 368(1629).
10. Iarkowski, L. E., Tierney, N. K., & Horowitz, P. (2013). Tolerance of skin care regimen in healthy, full-term neonates. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 6, 137.
11. Stamatias, G. N., Nikolovski, J., Mack, M. C., & Kollias, N. (2011). Infant skin physiology and development during the first years of life: a review of recent findings based on in vivo studies. *International journal of cosmetic science*, 33(1), 17-24.
12. Elias, P.M. (1983). Epidermal lipids, barrier function, and desquamation. *J. Investig. Dermatol*, 80, 44-49.
13. Ananthapadmanabhan, K.; Mukherjee, S.; Chandar, P. (2013). Stratum korneum fatty acids: Their critical role in preserving barrier integrity during cleansing. *Int. J. Cosmet. Stratum Korneumi*, 35, 337-345.
14. Kabashima, K., Honda, T., Ginhoux, F., & Egawa, G. (2019). The immunological anatomy of the skin. *Nature Reviews Immunology*, 19(1), 19-30.
15. Candi, E., Schmidt, R., & Melino, G. (2005). The cornified envelope: a model of cell death in the skin. *Nature reviews Molecular cell biology*, 6(4), 328-340.
16. Visscher, M., Narendran, V. (2014). Neonatal infant skin: Development, structure and function. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14 (4), 135-141.
17. Dhar, S. (2007). Newborn skin care revisited. *Indian Journal of Dermatology*, 52(1), 1.
18. Paige DG, Gennery AR, Cant AJ. (2010). The neonate. *Rook's textbook of dermatology*. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. 8'inci baskı. Oxford, WileyBlackwell, 17.1-17.85.
19. Paller, S.A. ve Mancini, J.A. (2016). *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology*. 5. Baskı. Elsevier. 211-218.
20. Oranges, T., Dini, V., & Romanelli, M. (2015). Skin physiology of the neonate and infant: clinical implications. *Advances in wound care*, 4(10), 587-595.
21. Evans NJ, Rutter N. (1986). Development of the epidermis in the newborn. *Biol Neonate*, 49:74-80
22. Fluhr, J. W., Darlenski, R., Taieb, A., Hachem, J. P., Baudouin, C., Msika, P., ... & Berardesca, E. (2010). Functional skin adaptation in infancy—almost complete but not fully competent. *Experimental dermatology*, 19(6), 483-492.
23. Haubrich, K. A. (2003). Role of Vernix caseosa in the neonate: potential application in the adult population. *AACN Advanced Critical Care*, 14(4), 457-464.
24. Adam, R. (2008). *Skin Care of the Diaper Area*, *Pediatric Dermatology Vol. 25*, Wiley.
25. Bautista, M. I. B., Wickett, R. R., Visscher, M. O., Pickens, W. L., & Hoath, S. B. (2000). Characterization of vernix caseosa as a natural biofilm: comparison to standard oil based ointments. *Pediatric dermatology*, 17(4), 253-260.



26. Walker, L., Downe, S., & Gomez, L. (2005). Skin care in the well term newborn: two systematic reviews. *Birth*, 32(3), 224-228.
27. World Health Organization. Department of Reproductive Health. (2003). *Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care: a guide for essential practice*.
28. Oygür N, Önal E, Zenciroğlu A. (2016). Türk Neonatoloji Derneği, Doğum Salonu Yönetimi Rehberi.
29. Brandon D, Hill CM, Heimall., L, Lund CH, Kuller J, McEwan T, ve ark. (2018). *Neonatal Skin Care: Evidence-Based Clinical Practice Guideline*. (4th ed.). Washington DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
30. Visscher, M., & Geiss, S. (2014). Emollient Therapy for Newborn Infants—A Global Perspective. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14(4), 153-159.
31. Cohen BA, Siegfried EC: *Newborn skin: Development and basic science*. ED. Taeusch W, Ballard RA, Gleason CA. *Avery's diseases of the newborn*. 8th ed. Philadelphia, Elsevier, 2005;1471-82.
32. Jackson, A. (2008). Time to review newborn skincare. *Infant*, 4(5), 168-71.
33. Utaş, S. (2011). Yeni Doğarlarda Deri Bakımı. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 45(3).
34. Sarkar, R., Basu, S., Agrawal, R. K., & Gupta, P. (2010). Skin care for the newborn. *Indian pediatrics*, 47(7), 593-598.
35. Fernandes, J. D., Machado, M. C. R., & Oliveira, Z. N. P. D. (2011). Children and newborn skin care and prevention. *Anais brasileiros de dermatologia*, 86, 102-110.
36. Stamatas, G. N., Nikolovski, J., Luedtke, M. A., Kollias, N., & Wiegand, B. C. (2010). Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric dermatology*, 27(2), 125-131.
37. Bender, J. K., Faergemann, J., & Sköld, M. (2017). Skin health connected to the use of absorbent hygiene products: a review. *Dermatology and therapy*, 7(3), 319-330.
38. Rawlings, A. V., & Matts, P. J. (2005). Stratum corneum moisturization at the molecular level: an update in relation to the dry skin cycle. *Journal of Investigative Dermatology*, 124(6), 1099-1110.
39. Cohen, J. C., Hartman, D. G., Garofalo, M. J., Basehoar, A., Raynor, B., Ashbrenner, E., & Akin, F. J. (2009). Comparison of closed chamber and open chamber evaporimetry. *Skin research and technology*, 15(1), 51-54.
40. Chiou, Y. B., & Blume-Peytavi, U. (2004). Stratum corneum maturation. *Skin pharmacology and physiology*, 17(2), 57-66.
41. Hoeger, P. H., & Enzmann, C. C. (2002). Skin physiology of the neonate and young infant: a prospective study of functional skin parameters during early infancy. *Pediatric dermatology*, 19(3), 256-262.
42. Yosipovitch, G., Maayan-Metzger, A., Merlob, P., & Sirota, L. (2000). Skin barrier properties in different body areas in neonates. *Pediatrics*, 106(1), 105-108.
43. Çiğdem, Z. (2015). Yenidoğan cildinin özellikleri ve değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics*, 1 (2), 1-5.
44. Odio, M., & Thaman, L. (2014). Diapering, diaper technology, and diaper area skin health. *Pediatric Dermatology*, 31, 9-14.
45. Owa, A., Oladokun, R., & Osinusi, K. (2017). Skin pH and transepidermal water loss values in children with diaper dermatitis in Ibadan, Nigeria. *Pediatric Dermatology*, 34(3), 303-307.
46. Atherton, D. J. (2016). Understanding Irritant Napkin Dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 55(S1): 7-9.
47. Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Lünemann, L., Stamatas, G. N., Kottner, J., & Garcia Bartels, N. (2014). Prevention of diaper dermatitis in infants—a literature review. *Pediatric dermatology*, 31(4), 413-429.
48. Merrill, L. (2015). Prevention, treatment and parent education for diaper dermatitis. *Nursing for women's health*, 19(4), 324-337.
49. Stamatas, G. N. ve Tierney, N. K. (2014). Diaper dermatitis: etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatric Dermatology*, 31(1), 1-7.
50. Klunk, C., Domingues, E., & Wiss, K. (2014). An update on diaper dermatitis. *Clinics in dermatology*, 32(4), 477-487.
51. Atherton, D.J. (2001). The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *European Academy of Dermatology and Venerology*, 15(1), 1-4.
52. Van Gysel, D., Kenneall., y, D., & Hatzopolous, I. (2012). Skin care and environmental sustainability improvements with baby diaper developments. *Eur J Obstet Gynecol*, 7(suppl 1), 31-34.
53. Jesca, M., & Junior, M. (2015). Practices regarding disposal of soiled diapers among women of child bearing age in poor resource urban setting. *J. Nurs. Health Sci*, 4(4), 63-67.
54. Shin, H. T. (2005). Diaper dermatitis that does not quit. *Dermatologic therapy*, 18(2), 124-135.
55. Odio, M., Streicher-Scott, J., & Hansen, R. C. (2001). Disposable baby wipes: efficacy and skin mildness. *Dermatology Nursing*, 13(2), 107.
56. Blume-Peytavi, U. ve Kanti, V. (2018). Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 35, 19-23.
57. Campbell, R. L., Seymour, J. L., Stone, L. C., & Milligan, M. C. (1987). Clinical studies with disposable diapers containing absorbent gelling materials: evaluation of effects on infant skin condition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 17(6), 978-987.
58. Baer, E. L., Davies, M. W., & Easterbrook, K. (2006). Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
59. Akşit, S. (2001). Diaper dermatit. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(9), 328-329.
60. Leverich, L., (2010). Diaper, in: *Cloth Diapers*. pp. 1-11.
61. Khoo, S. C., Phang, X. Y., Ng, C. M., Lim, K. L., Lam, S. S., & Ma, N. L. (2019). Recent technologies for treatment and recycling of used disposable baby diapers. *Process Safety and Environmental Protection*, 123, 116-129.
62. Hoath SB, Pikens WL. (2003). The biology of vernix. In: Hoath SB, Maibach HI, eds. *Neonatal Skin Structure and Function*. 2nd ed. New York: Marcel Dekker Inc; p. 193-210.
63. Barker, N., Hadgraft, J., & Rutter, N. (1987). Skin permeability in the newborn. *Journal of investigative dermatology*, 88(4), 409-411.
64. Wolf, R., Wolf, D., Tüzün, B., & Tüzün, Y. (2000). Diaper Dermatitis. *Clinics in Dermatology*, 18, 657-660.
65. Gupta, A. K., & Skinner, A. R. (2004). Management of diaper dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 43(11), 830-834.
66. Humphrey, S., Bergman, J. N. ve Au, S. (2006). Practical management strategies for diaper dermatitis. *SkinTherapy Letter*, 11(7):1-6.
67. Alonso, C., Larburu, I., Bon, E., González, M. M., Iglesias, M. T., Urreta, I. ve Emparanza, J. I. (2013). Efficacy of Petrolatum Jelly for the Prevention of Diaper Rash: A Randomized Clinical Trial. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*; 18(2): 123-132.
68. Vongsra, R., Rodriguez, K., Koenig, D., & Cunningham, C. (2019). Benefits of using an appropriately formulated wipe to clean diapered skin of preterm infants. *Global Pediatric Health*, 6, 2333794X19829186.
69. Capone, K. A., Dowd, S. E., Stamatas, G. N., & Nikolovski, J. (2011). Diversity of the human skin microbiome early in life. *Journal of Investigative Dermatology*, 131(10), 2026-2032.



*Gıyınış ve Yardımçı: Yeni doğanlarda deri bakımı*

70. Vila, T., Sultan, A. S., Montelongo-Jauregui, D., & Jabra-Rizk, M. A. (2020). Oral candidiasis: a disease of opportunity. *Journal of Fungi*, 6(1), 15.
71. Mack, K. H. (2010). The best practice guideline for the treatment of pediatric diaper dermatitis (Doctoral dissertation, University of South Carolina).
72. Sağlık Bakanlığı (2017). Temel Yenidoğan Bakımı. Erişim Tarihi: 03.08.2022, <https://kirklareliism.saglik.gov.tr/Eklenti/115479/0/temel-yenidogan-bakimi-kitabipdf.pdf>.
73. Boiko, S. (1999). Treatment of Diaper Dermatitis. *Dermatologic Clinics*, 17(1), 235–240.
74. Coughlin, C. C., Eichenfield, L. F., & Frieden, I. J. (2014). Diaper dermatitis: clinical characteristics and differential diagnosis. *Pediatric dermatology*, 31, 19-24.
75. Lavender, T., Furber, C., Campbell, M., Victor, S., Roberts, I., Bedwell, C., & Cork, M. J. (2012). Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: assessor-blinded randomised controlled equivalence trial. *BMC pediatrics*, 12(1), 1-9.
76. Arıkan, D., & Alemdar, D. K. (2013). Çocuklarda Bez Dermatiti Görülme Sıklığının ve Yapılan Uygulamaların İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4), 409–416.
77. Gözen, D., Çağlar, S., & Doğan, Z. (2011). 0-24 Ay arası bebeği olan annelerin pişği önleme ve bakımına yönelik uygulamaları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 17-22.
78. Yılmaz, G. & Yıldız, S. (2019). Bez Dermatiti ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2 (2), 31-37.
79. Wondergem, F. (2010). Napkin dermatitis and its treatment. *Journal of Community Nursing*, 24(4)

*Systematic Review / Derleme*

# Examination of nursing theses on older adults in Turkey: A systematic review\*

## Türkiye’de yaşlı bireyler ile yapılan hemşirelik lisansüstü tezlerinin incelenmesi: Sistematik derleme

Fatma Zehra Genç<sup>1</sup>, Arzu Uslu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan University, Faculty of Nursing, Public Health Nursing, Konya, Turkey, fgenç@erbakan.edu.tr, 0000-0003-1861-8864

<sup>2</sup>Harran University, Faculty of Health Sciences, Internal Medicine Nursing, Şanlıurfa, Turkey, arzu.uslu86@gmail.com, 0000-0002-6258-7789

\* Genç, F.Z. & Uslu, A. (2022). Examination of Nursing Graduate Thesis Made With Elderly Individuals in Turkey: A Systematic Review. 1. International Congress of Gerontology, p.207-208, March, 18-20 2022 (oral presentation).

### ABSTRACT

**Introduction and Aim:** Nursing is a science that produces and uses scientific knowledge about older people. The objectives of this systematic review is to analyze the current stage of postgraduate theses in nursing science conducted with older adults in Turkish universities. **Materiel and Methods:** The theses completed in the science of nursing were reached by searching the database of the National Thesis Center of Council of Higher Education on 15-30 January 2022. The keywords “old people”, “elderly” and “older people” were used in search. A total of 158 theses, the subject area of which was “Nursing”, in Turkey universities between the years 2012-2022 were included in systematic review. The narrative synthesis method was used to evaluate data obtained with data extraction tool. **Results:** It was determined that the most studied subjects with the elderly were quality of life (19.6%), falling (12.7%), and sleep (9.5%). It was determined that 44.3% of the theses’ fields of specialization were nursing, 19.6% internal medicine nursing, 16.5% public health nursing. The thesis designs are 58.9% observational, 38.6% interventional, 3.2% methodological. Theses were mostly done in hospital (37.3%) and nursing home (34.8%). It was seen that the observational type of master’s theses about the older people, whose focus was on quality of life, were in the majority. **Conclusions:** Studies with different subject areas and sample groups, mixed method and high level of evidence should be planned for elders adults. In Turkey, Ph.D. thesis studies on older adults should be increased and contribution to nursing science should be provided.

### ÖZ

**Giriş ve Amaç:** Hemşirelik, yaşlılar hakkında bilimsel bilgi üreten ve kullanan bir bilimdir. Bu sistematik derlemenin amacı, Türkiye üniversitelerinde yaşlı bireylerle yapılan hemşirelik bilimi alanındaki lisansüstü tezlerinin mevcut aşamasını analiz etmektir. **Gereç ve Yöntem:** Hemşirelik bilimi alanında tamamlanan tezlere 15-30 Ocak 2022 tarihlerinde Yükseköğretim Kurulunun Ulusal Tez Merkezi veri tabanının taranmasıyla ulaşılmıştır. Taramada “yaşlı” anahtar kelimesi kullanılmıştır. Sistematik derlemeye Türkiye üniversitelerinde 2012-2022 yıllarında konu alanı “hemşirelik” olan 158 tez dahil edilmiştir. Veri çekme aracı ile elde edilen verilerin değerlendirilmesinde anlatı sentezi yöntemi kullanılmıştır. **Bulgular:** Yaşlılarla en çok çalışılan konuların yaşam kalitesi (%19,6), düşme (%12,7) ve uyku (%9,5) olduğu belirlenmiştir. Tezlerin uzmanlık alanlarının %44,3’ünün hemşirelik, %19,6’sının dahiliye hemşireliği, %16,5’inin halk sağlığı hemşireliği olduğu saptanmıştır. Tez tasarımları %58,9 gözlemsel, %38,6 girişimsel, %3,2 metodolojiktir. Tezler çoğunlukla hastanede (%37,3) ve huzurevinde (%34,8) yapılmıştır. Yaşlı bireylerle ilgili tanımlayıcı türde, konu odağı yaşam kalitesi olan yüksek lisans tezlerinin çoğunlukta olduğu görülmüştür. **Sonuç:** Yaşlı bireylerle farklı konu alanları ve örneklem grupları içeren, karma yöntemle oluşturulan ve kanıt düzeyi yüksek çalışmalar planlanmalıdır. Türkiye’de yaşlı bireylerle ilgili doktora tez çalışmaları artırılmalı hemşirelik bilimine katkı sağlanmalıdır.

### INTRODUCTION

The population aged 65 and over has increased by 22.5% in the last five years. The proportion of the older population in the total population increased to 8.2% in 2015, 9.5% in 2020, 9.7% in 2021, and 9.9 in 2022 (1). According to population projections, the proportion of the older population is estimated to be 11.0% in 2025 and 12.9% in 2030 (2). Therefore, older adults will have more diverse needs and problems. Older adults are at a

high risk of multiple drug use (3), addiction, loneliness, falling (4), malnutrition, oral health problems (5), depression, confusion, and immobility (6), making them more fragile and vulnerable. Older adults need comprehensive physical, psychosocial and cultural care, support, and advocacy (7,8).

Nurses who care closely the older adults are important members of the healthcare team. They should approach older adults from a holistic perspective and fulfill their

roles of caregivers, supporters, advocates, and counselors (7). While performing those roles depending on their areas of expertise, nurses identify the needs of older adults, use their problem-solving skills and scientific knowledge to provide evidence-based care, develop new strategies when they cannot achieve their care goals, conduct scientific research, and share up-to-date information with their colleagues (8,9).

Nursing has nine specialties: internal medicine nursing, surgical diseases nursing, obstetrics and gynecology nursing, pediatric health and diseases nursing, nursing management, nursing education, psychiatry, and public health nursing (10). Nurses specializing in these areas deal with advanced age health from different perspectives. Research conducted by nurses is critical for older adults' quality of care. This study is planned to lead the studies in terms of summarizing the existing literature on the elderly, identifying the unstudied areas related to the elderly, and giving an idea about the issues that need to be done or can be done to the nurses, nursing students, and academicians who work or plan to work with elderly individuals. It will contribute to the inclusion of the missing topics in the literature about the elderly in nursing education. Nurses will raise awareness about the elderly and it will be easier to give holistic care to the elderly. However, there is no systematic review of graduate theses (master's and Ph.D.) on older adults. In this context, this study systematically reviewed the nursing science graduate theses on older adults published by Turkish universities between 2012 and 2022.

The following are research questions:

- What topics do the graduate theses address?
- Between what years were the graduate theses published the most?
- Under what nursing specialties were the graduate theses published?
- What methods do the graduate theses employ?
- What is the scope of application of the graduate theses?

## METHOD

### Research Type

This study is a systematic review reported according to the "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)" editorial guide published in 2009 (11) (Table 1)

### Screening Strategy

The National Thesis Center (12) database of the Council of Higher Education was searched between January 15 and January 30, 2022. The graduate theses were accessed from the National Thesis Center (12) database. The keywords were "old people", "elderly" and "older people". The sample consisted of 158 theses in the field of nursing published by Turkish universities between 2012 and 2022.

### Identification and Selection of the Studies

The sample consisted of 158 nursing science graduate theses on older adults published by Turkish universities in Turkish or English. The theses were of observational, interventional, or methodological design. The keywords "elderly" "older people" and "old people" resulted in 148, 2, and 191 publications, respectively. One hundred and eighty-three publications were removed from the sample because they did not have full texts (n=5), did not focus on older adults (n=55), or were duplicates (n=123). Figure 1 shows the details of the selection process. Two researchers independently identified and selected the theses and reached a consensus. They first focused on the titles and then evaluated the publications according to their abstracts and full texts.

### Inclusion Criteria

- In Turkey
- Accessible
- Recruiting older adults (>60 years)
- Nursing science

### Exclusion Criteria

- Recruiting students
- Recruiting caregivers
- Recruiting healthcare professionals
- Not within the scope of "nursing" in the National Thesis Center database

### Data Extraction

The researchers developed a data extraction tool to extract data. The data extraction tool allowed the researchers to obtain data on the subject focus, year, type, design, and application area of the theses.

### Data Analysis

The data were analyzed using narrative synthesis, which was the method of choice because the theses

Table 1. PICOST definition

Components	Definition/Explanation
(P: Patient / Problem / Population)	Older adults
(I: Intervention)	Observational or intervention studies
(C: Comparison)	Studies identified as observational or interventional
(O: Outcomes)	Results of interest
(S: Study design)	Observational, intervention, qualitative, methodological, and meta-analysis studies
(T: Time/ Language)	Articles published in Turkish or English in the last ten years

differed from one another. The findings were presented using the narrative method because the theses had different designs. Data were presented as numbers and percentages.

## RESULTS

Table 2 shows the subject focus, year, nursing specialization areas, type, design, and application areas of the theses. The titles, abstracts, and full texts of the theses were examined. The topics were sorted from most to least common. The five most studied subjects were quality of life (19.6%), falling (12.7%), sleep (9.5%), pain (7.6%), and depression (7.0%) (Table 2).

Two in five theses (39.9%) were published between 2012 and 2016, while three in five theses (60.1%) were published between 2017 and 2021. Over the years, nurses have written more and more theses on older adults. The theses were written in the field of nursing (44.3%), internal medicine nursing (19.6%), public health nursing (16.5%), gerontology nursing (1.58%), or geriatric nursing (1.58%). Seven in ten theses were master's theses (70.9%), while three in ten theses were Ph.D. theses (29.7%). One of the theses was written in the integrated nursing principles and management program. Most theses on older adults written by nurses are master's theses.

According to the classification table of epidemiological studies of the World Health Organization (WHO), the theses adopted observational, intervention, methodological, qualitative, and meta-analysis.<sup>13</sup> The descriptive, correlational, cross-sectional, case-control, and cohort studies were included in the observational research design. The randomized controlled, field, and community studies were included in intervention research designs. The scale development and adaptation studies were evaluated as methodological research designs. In this context, the theses adopted observational (58.9%), intervention (38.6%), methodological (3.2%), qualitative (2.5%), or meta-analysis (0.6%) design. Of the observational studies, only one was a case-control, one

a meta-analysis, and four a prevalence study. One thesis used a combination of three design types (observational, methodological, and intervention). Five theses used two design types together.

The theses focused mostly on massage (19%), training (17%), or exercise (15%) (Figure 2). Although not shown on the Table, the massage consisted of interventions on the abdomen, back, hands, and feet, on which lavender, ginger, peppermint, black pepper, rosemary, sweet almond, or black cumin oil was used. The exercise included tai chi, walking, otago, kegel, and breathing exercises.

In terms of application areas, the theses were examined in four categories: community, hospital, nursing home, and literature. The "community" included family health centers, elderly support centers, rest homes, and community development centers. The "hospital" included polyclinics, clinics, intensive care units, and home health services. The "nursing home" included nursing homes and caring homes. The literature category included meta-analysis studies. The theses were in the community (31%), hospital (37.3%), nursing home (34.8%), and literature (0.6%) categories. Five theses were conducted in two different application areas (Table 2). The theses mostly recruited people with diabetes, hypertension, and heart disease (Figure 3).

## DISCUSSION

This study systematically examined graduate theses published in Turkish universities between 2012 and 2022. Our results will help nurses improve older adults' health. Most of the theses focused on quality of life (19.6%), falling (12.7%), and sleep (9.5%). Doosti-Irani et al. (14) conducted a meta-analysis of older adults' quality of life and reported a negative correlation between age and quality of life. Güner and Ural (15) defined and systematically reviewed theses on the prevalence and risk of falls in older adults. They have found that one in three older adults living in the community and nursing homes falls and that more than

Table 2. Findings of theses

Features Subject Focus*	Frequency	%
Quality of Life	31	19.6
Fall	20	12.7
Sleep	15	9.5
Pain	12	7.6
Depression	11	7.0
Loneliness	9	5.7
Cognitive Function Levels	7	4.4
Constipation	6	3.8
Frailty	6	3.8
Foot Care	5	3.2
Drug Use Status	5	3.2
Life Satisfaction	5	3.2
Health Beliefs	5	3.2
Symptom States	5	3.2
Comfort	5	3.2
Addiction Level	5	3.2
Daily Living Activities	5	3.2
Anxiety State	5	3.2
Incontinence	4	2.5
Anger	4	2.5
Fluid Consumption	4	2.5
Physical Activity	4	2.5
Self Effectiveness Levels	4	2.5
Home Care	4	2.5
Spiritual Status	4	2.5
Healthy Lifestyle Behaviors	4	2.5
Malnutrition	3	1.9
Hope	3	1.9
Coping Situations	3	1.9
State of balance	3	1.9
Social support	3	1.9
Health Literacy	3	1.9
Self Care	2	1.3
Pressure Sore	2	1.3
Death Anxiety	2	1.3
Violence	2	1.3
Fatigue	2	1.3
Prosthesis Use Cases	2	1.3



Table 2. (Continue) Findings of theses

Features	Frequency	%
<b>Subject Focus*</b>		
Abuse and Neglect	2	1.3
Happiness Status	1	0.6
Self Respect	1	0.6
Disability	1	0.6
Cultural Status	1	0.6
Self Management	1	0.6
Health Perception	1	0.6
Ego State	1	0.6
Mouth	1	0.6
<b>Year</b>		
2012-2016	63	39.9
2017-2021	95	60.1
<b>Nursing Specialization</b>		
Nursing	70	44.3
Nursing Fundamentals	13	8.2
Internal Medicine Nursing	31	19.6
Surgical Diseases Nursing	8	5.1
Public Health Nursing	26	16.5
Psychiatry Nursing	4	2.5
Home Care Nursing	3	1.9
Gerontology Nursing	1	0.6
Emergency Nursing	1	0.6
Emergency Medicine Nursing	1	0.6
<b>Thesis Type</b>		
Master's Degree	111	70.3
Ph.D. Degree	47	29.7
<b>Research Design*</b>		
Observational	93	58.9
Intervention	61	38.6
Methodological	5	3.2
Qualitative	4	2.5
Meta-analysis	1	0.6
<b>Application Area*</b>		
Community	49	31.0
Hospital	59	37.3
Nursing Home	55	34.8
Literature (Meta-analysis)	1	0.6

\*Multiple subject focus, research design and application area



Figure 1.

### PRACTICES IN THESES

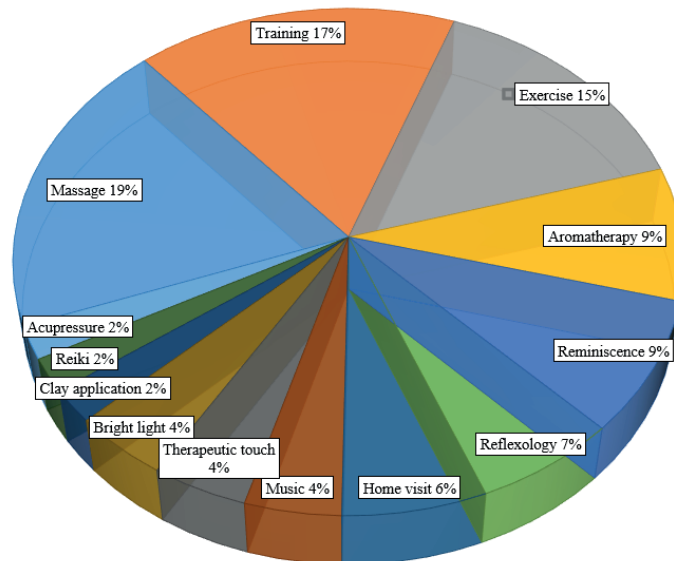


Figure 2.

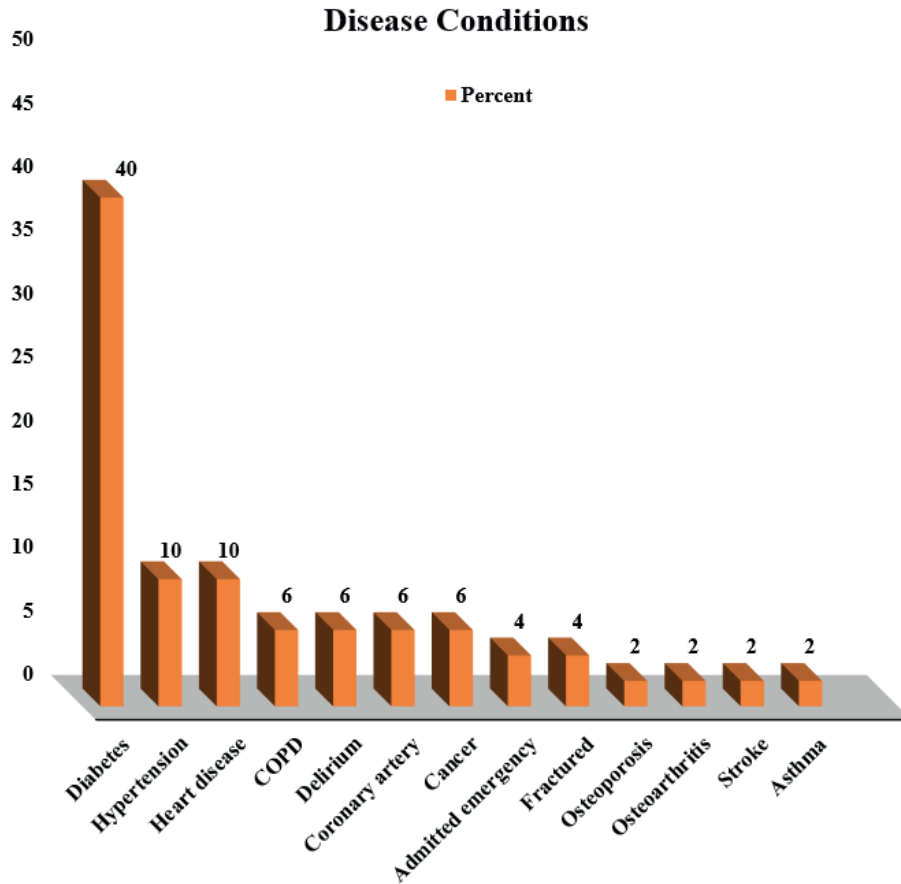


Figure 3.

half of the older adults in hospitals are at risk of falling (15). Samara et al. (16) conducted a meta-analysis of the efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions for insomnia in older adults. They have reported that pharmacological interventions have an effect, but their efficacy cannot be determined exactly. They have also stated that acupressure, acupuncture, and mindfulness-based stress reduction programs (non-pharmacological methods) have an effect, but there is limited evidence to suggest their efficacy. It is important that nurses conduct studies on quality of life, falls, and sleep levels in older adults. It is recommended that nurses write high-evidence theses to improve the quality of life of older adults, minimize their risk of falling, and meet their sleep needs.

Karaman et al. (17) evaluated theses on aging published in Turkey. They have reported an increase in the number of theses, despite fluctuations from year to year in both health sciences and social sciences. We have also found that there has been an increase in the number of nursing theses on older adults in recent years. It is predicted that there will be an increase in the number of nursing theses on older adults due to the increase in the older

population. We have found that most theses were written in nursing, internal medicine nursing, and public health nursing. Although the theses have specializations, they are registered as nursing theses without specifying specialization. This results in uncertainty regarding the specialization areas of the theses. According to the regulation on nursing, it is recommended that the nursing specialties other than pediatrics nursing work on health in advanced age (9). Four in five theses in nursing are master's thesis (81%), while one in five theses is a Ph.D. thesis (19%). We have also found that there are fewer Ph.D. theses than master's theses. Nurses should write more Ph.D. theses on older adults.

Karaman et al. (17) evaluated postgraduate (master's and Ph.D.) theses on aging. They found that the master's theses adopted observational (87.8%) or intervention (12.2%) designs, while the Ph.D. theses adopted observational (38.5%) or intervention (61.5%) designs. We have found that nursing theses on older adults adopted observational (58.9%), interventional (38.6%), or methodological (3.2%) designs. These should adopt mixed intervention designs.

The theses focused mostly on massage, training, and exercise. Acupressure and massage increase the cognitive level of older adults (18). Training increases older adults' cognitive and psychosocial activities and improves their health and well-being (19). Frail older adults who exercise have more physical functions and activities of daily living, but the effect of exercise on their quality of life is not yet known (20). Older adults with cognitive impairment who exercise have higher cognitive activity (21). These results show that interventions help older adults develop physically, psychosocially, intellectually, and culturally. As a result of 158 these reviews, it has been reported that the interventions made by nurses have positive contributions to the health of the elderly at different levels. Both in the examination of theses and in other studies in the literature, interventions for older adults led to the more active participation of the elderly in society and to realize of lifelong learning. Nursing theses should apply interventions for older adults.

There are 1538 hospitals (22), 158 nursing homes (23), and 8015 Family Health Centers (24). The theses were conducted in hospitals (37.3%), nursing homes (34.8%), and the community (31%). The application areas of the theses are not proportional to the number of institutions because it is easier to collect data from older adults in hospitals and nursing homes. Nurses should write more theses on the health of older adults in Family Health Centers.

Most of the theses recruited older adults with diabetes, hypertension, or heart disease. In parallel with our study, it has been observed that the same diseases are included in the global disease burden (22). Theses on older adults should also focus on other diseases with a high disease burden.

### Limitations of the Research

This study excluded the theses that were not registered as "Nursing" in the subject area of the National Thesis Center. The theses that recruited samples (nursing students, caregivers, etc.) other than older adults were also excluded. The theses that recruited older adults but had no full-text access were also excluded. In addition, we could not use quality assessment tools to analyze the theses.

### CONCLUSION

It is important to improve older adults' quality of life and promote their healthy aging. Most master's theses are observational studies on older adults' quality of life. Therefore, researchers should focus on different topics and recruit different sample groups. They should adopt mixed research designs and provide a high level of evidence. We have found that many nursing theses do

not specify a specialty. Therefore, when registering their theses to the National Thesis Center database, nurses should write "Nursing" in the subject field and specify their areas of specialization. In addition, there should be more geriatrics-gerontology nursing departments in Turkey. The theses have inadequate research design. Although they are randomized studies, they do not specify it. Also, there are no cohort studies, and there is only one meta-analysis. Nurses should clearly state the type and design of their publications and include them in their titles. Nurses should conduct multicenter studies on older adults to achieve a high level of evidence and popularize standard care. Nurses in Turkey should write more Ph.D. theses on older adults. Universities and hospitals should help nurses develop skills to allow them to write better quality theses. In addition, nursing theses should be funded by policymakers, and results should be forwarded to the relevant units (such as the ministry and directorate).

Ethics Committee Approval: N/A

Informed Consent: N/A

Declaration of Interests: The author has no conflicts of interest to declare.

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

Congress: Genç, F. & Uslu, A. (2022). Examination of Nursing Graduate Thesis Made With Elderly Individuals in Turkey: A Systematic Review. 1. International Congress of Gerontology, p.207-208, March, 18-20 2022 (oral presentation).

Financial Support: No financial support was received for this study.

Author Contributions

Study conception and design: XX, XX

Data collection: XX, XX

Data analysis and interpretation: XX, XX

Drafting of the article: XX, XX

Critical revision of the article: XX, XX

### REFERENCES

1. Turkish Statistical Institute. (2022). Elderly with Statistics, 2020. (Accessed 2023 March 20, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2022-49667>)
2. Turkish Statistical Institute. (2022). Address Based Population Registration System Results, 2021. (Accessed 2022 February 5, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500&dil=1>)
3. Lo SY, Reeve E, Page AT, et al. (2021). Attitudes to Drug Use in Residential Aged Care Facilities: A Cross-Sectional Survey of Nurses and Care Staff. *Drugs Aging*, 38(8):697-711. doi:10.1007/s40266-021-00874-2

4. Chidume T. (2021). Promoting older adult fall prevention education and awareness in a community setting: A nurse-led intervention. *Appl Nurs Res*, 57:151392. doi:10.1016/j.apnr.2020.151392
5. Red A, O'Neal PV. (2020). Implementation of an Evidence-Based Oral Care Protocol to Improve the Delivery of Mouth Care in Nursing Home Residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 46(5):33–39. doi:10.3928/00989134-20200316-01
6. Bowen ME, Gaynor B, Phillips LJ. (2021). Changes in Physical and Cognitive Function Predict Sedentary Behavior in Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Research in Gerontological Nursing*, 14(6):285-291. doi:10.3928/19404921-20211021-01
7. Genç F, Uslu A. (2020). Nursing Approaches and Their Effect on the Health of Elderly with COVID-19. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*, 4(3):100-110. doi:10.18844/ijeths.v4i3.5311
8. Küçük U, Karadeniz H. (2021). Physiological, Mental, and Social Changes Related to Aging and Precautions for Protection. *Journal of Research on Elderly Issues*, 14(2):96-103. doi:10.46414/yasad.877517
9. Official Newspaper. (2022). Regulation Amending the Nursing Regulation, (Accessed 2022 January 20, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>)
10. Ege University, Faculty of Nursing. (2022). (Accessed 2022 January 20, [https://hemsirelik.ege.edu.tr/tr-3158/anabilim\\_dallari.html](https://hemsirelik.ege.edu.tr/tr-3158/anabilim_dallari.html))
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
12. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. (2022). (Accessed 2022 January 20, [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36838/9241544465\\_tur.id=C5FE7F23FD26385F470842CF5C9D540F?sequence=7](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36838/9241544465_tur.id=C5FE7F23FD26385F470842CF5C9D540F?sequence=7))
13. Doosti-Irani A, Nedjat S, Nedjat S, Cheraghi P, Cheraghi Z. (2019). Quality of Life in Iranian Elderly Population Using the SF-36 Questionnaire: Systematic Review and Meta-analysis. *East Mediterr Health J*, 24(11):1088-1097. doi:10.26719/2018.24.11.1088
14. Güner SG, Ural N. (2017). Falling in Older Adults: Identifying the Situation within the Scope of Theses in Turkey. *Izmir Katip Çelebi University, Journal of the Faculty of Health Sciences*, 2(3):9-15.
15. Samara MT, Huhn M, Chiocchia V, et al. (2020). Efficacy, Acceptability, and Tolerability of all Available Treatments for Insomnia in the Elderly: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 142(1):6-17. doi:10.1111/acps.13201
16. Karaman E, Oksel E, Fehmi Akcicek S. (2020). Evaluation of Postgraduate Theses Related to Aging in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1).
17. Liu F, Shen C, Yao L, Li Z. (2018). Acupoint Massage for Managing Cognitive Alterations in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(6):532-540. doi:10.1089/acm.2017.0142
18. Kops WJ. (2020). Older Adult Education: Towards Age-Friendly Canadian Universities. *Canadian Journal for the Study of Adult Education*, 32(1). Accessed March 6, 2022. <https://cjsae.library.dal.ca/index.php/cjsae/article/view/5480>
19. Zhang Y, Zhang Y, Du S, Wang Q, Xia H, Sun R. (2020). Exercise Interventions for Improving Physical Function, Daily Living Activities and Quality of Life in Community-dwelling Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Geriatric Nursing*, 41(3):261-273. doi:10.1016/j.gerinurse.2019.10.006
20. Biasuz-Sehn LF, Schuch FB, Firth J, Stigger F de S. (2020). Effects of Physical Exercise on Cognitive Function of Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89:104048. doi:10.1016/j.archger.2020.104048
21. The Republic of Turkey, Ministry of Health. (2022). Health Statistics Yearbook. (Accessed 2022 January 20, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0>)
22. General Directorate of Disabled and Elderly Services. (2022). 2020 Population Statistics Bulletin for Older Adults. (Accessed 2022 January 20, [https://www.aile.gov.tr/media/89041/yasli\\_nufus\\_istatistik\\_bulteni.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf))
23. The Republic of Turkey, Ministry of Health. (2022). 2020 Unit Activity Report, General Directorate of Public Health. (Accessed 2022 January 20 [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM\\_2020\\_Birim\\_Faaliyet\\_Raporu\\_29\\_Ocak.pdf?type=file](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM_2020_Birim_Faaliyet_Raporu_29_Ocak.pdf?type=file))
24. National Thesis Center Statistics. (2022). (Accessed 2022 January 10, 2022, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/IstatistikiBilgiler?islem=3>)



# Yaşlılarda malnütrisyon, nedenleri ve etkileri

## Malnutrition in the elderly, its causes and effects

Tuğba Gül Dikme

Harran Üniversitesi, Siverek Meslek Yüksekokulu, Gıda teknolojisi Bölümü, Sanliurfa, t.gul@harran.edu.tr, Orcid: 0000-0002-2212-6443

**Anahtar Kelimeler:**  
Beslenme; Malnütrisyon;  
Yaşlanma; Yaşlı Beslenmesi.

**Key Words:**  
Nutrition, Malnutrition, Aging,  
Elderly Nutrition.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
1Harran Üniversitesi, Siverek  
Meslek Yüksekokulu, Gıda  
teknolojisi Bölümü, Sanliurfa,  
t.gul@harran.edu.tr, Orcid: 0000-  
0002-2212-6443

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1198327

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
02.11.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
06.04.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.6.2023

### ÖZ

Çoğunlukla yaşlı bireylerde görülen malnütrisyon yaşlı bireylere zarar veren en önemli faktörlerden biridir. Birçok yaşlı birey çeşitli fizyolojik, sosyolojik, psikolojik ve ekonomik nedenlerle malnütrisyon riski altındadır. Bu durum yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini ve bağımsız yaşayabilmelerini etkiler. Yaşlılarda çeşitli sebeplerden dolayı besin alımındaki azalmalar vücudun ihtiyacı olan elzem beslenme öğelerinin alınmasına engel olur. Yaşlılarda yetersiz beslenmeye bağlı olarak makro ve mikro besin eksikliği gelişerek vücut ağırlığı azalmaktadır. Vücut ağırlığındaki ciddi azalmalar yaşlılarda sağlıklıyla ilgili diğer sorunlara neden olur. İleri yaşlarda daha da artan yetersiz beslenme, birçok hastalığa yakalanma riskini artırmaktadır. Ayrıca yaşlılarda rejeneratif kapasitelerinin bozulması nedeniyle bireysel sağlık durumunu daha da kötüleştirir. Sonuçta malnütrisyon yaşlı hastalarda daha yüksek morbidite ve mortalite ile sonuçlanır. Bu nedenle yaşlılarda mevcut beslenme eksikliklerini tespit ederek yetersiz beslenmenin önüne geçmek ve sağlıklı bir beslenme tarzını teşvik etmek çok önemlidir.

### ABSTRACT

Malnutrition, which is mostly seen in elderly individuals, is one of the most important factors that harm elderly individuals. Many elderly individuals are at risk of malnutrition for various physiological, sociological, psychological and economic reasons. This affects the quality of life of elderly individuals and their ability to live independently. Decreases in food intake due to various reasons in the elderly prevent the intake of essential nutritional elements that the body needs. Due to malnutrition in the elderly, macro and micronutrient deficiencies develop and body weight decreases. Severe reductions in body weight cause other health-related problems in the elderly. Malnutrition, which increases in older ages, increases the risk of developing many diseases. It also worsens the individual health status due to the deterioration of their regenerative capacity in the elderly. Ultimately, malnutrition results in higher morbidity and mortality in elderly patients. For this reason, it is very important to identify existing nutritional deficiencies in the elderly, to prevent malnutrition and to encourage a healthy diet.

## GİRİŞ

Düşen doğurganlık oranları ve artan yaşam süresi dünya çapında yaşlanan bir nüfusa doğru bir demografik kaymaya yol açmıştır. Demografik olarak yaşlanma belirli bir zaman diliminde ülkenin toplam nüfusuna göre yaşlı sayısının (60 yaş ve üzeri) artmasıdır [1]. Nüfus tahminlerine göre 2021 yılı için dünya nüfusunun 7 milyar 831 milyon 718 bin 605 kişi, yaşlı nüfusun ise 764 milyon 321 bin 142 kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %9,8'ini yaşlı

nüfus oluşturmaktadır. Ülkemizde yaşlı bireylerin oranı 2019 itibarıyla %9,1'dir. 2030 yılında ülkemizde yaşlı birey oranının %12,9'a, 2080 yılında ise ülke nüfusunun %25,6'sına tekabül edeceği öngörülmektedir [2]. Yaşlanmayla ilgili yapılan bir çalışmada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016-2030 yılları arasındaki sağlıklı yaşlanmayı bir öncelik olarak bildirmiş ve birden fazla paydaşın eylem ihtiyacını vurgulayan bir politik program sistemini geliştirmiştir [3]. Program yaşlıların esenlikli yaşamlarına ve topluma katılmalarına olanak tanıyan, yararlı yeteneklerini geliştirmelerini ve sürdürmelerini

sağlamayı amaçlamaktadır [3]. Bu programda en önemli faktörlerden birisi beslenmedir.

Yaşlanma sürecinde uygun bir diyetle beslenmek çok önemli olup bu durum aynı zamanda insan ömrünü uzatabilmektedir. Ancak yaşlanma sürecinin kendisi de yaşlılarda malnütrisyon riskini artırabilmektedir. Yetersiz beslenme, bağışıklık sisteminin bozulması, enfeksiyon riski, iskelet kaslarının zayıflaması, kemik içeriğinin azalması ve kemik kırıkları gibi çeşitli sağlık sorunlarına yol açar. Yeterli besin alımı, dokuları ve organları bakteri ve enfeksiyonlara karşı koruyarak organları savunmaya yardımcı olabilir. Doğru beslenmeyi (özellikle protein ve kalori açısından yeterli besin alımı) sürdürmek, nihayetinde yaşlanmaya eşlik eden hücresel bozulma süreçlerini önleyebilir [4].

Genel olarak yetersiz beslenme terimi sadece besinsel alım azlığı olmayıp aynı zamanda aşırı vücut ağırlığı ve obezite olmak üzere iki durumu kapsar. Malnütrisyon yetersiz besin alımı ve yaşam kalitesinde değişikliğe neden olan besinlerin kullanımı ile yüksek morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir [5]. Aşırı kilo veya obeziteye bağlı yetersiz beslenme, koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği veya ani ölüm gibi çeşitli kardiyovasküler komplikasyonlara zemin hazırlar. Bu patolojik durum sadece kardiyovasküler hastalıkları etkilemekle kalmaz, aynı zamanda solunum (obstrüktif uyku apnesi veya hipoventilasyon gibi) ve osteo-artiküler hastalıkları da etkileyebilir [6]. Obezitenin yaşlılardaki etkisi çok fazla araştırılmamış olsa da aşırı kilonun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkisini azaltabilecek formülleri düşünmek çok önemlidir [7]. Aşırı kilolu/obez kişilerde sağlık sorunları normal kilolu kişilere göre 10 yıl daha erken ortaya çıkar ve aşırı kilolu kişiler daha ileri yaşamlarında ciddi sağlık sorunları yaşarlar [8, 9].

Bu derlemede yaşlılarda malnütrisyon tanımlanarak, malnütrisyonun yaşlıları nasıl etkilediği, malnütrisyonun nedenleri ve malnütrisyon için yapılabilecek müdahaleler belirtilmiştir.

### Yaşlılarda Yetersiz Beslenme

Yaşlanmada fizyolojik sürecin kötüleşmesi vücut fonksiyonlarının işlevinin azalmasıyla başlar. Bu dönemde immünolojik sistemin zayıflaması gözlenir. Bahsi geçen bu durumların her ikisi de sistemik inflamasyonla ilişkilidir. Bu durum yaşlı bireylerin çeşitli patolojik problemlere ve hastalıklara karşı duyarlılığının arttığını göstermektedir. Yaşlılardaki kötü duruma en iyi işaretler arasında azalan tükürük salgısı (kserostomi) ve gastrik HCl sekresyonu ile intestinal mukozal atrofisinin ilerlemesinin örnek olarak verilebilir. Ayrıca demir ve B12 vitamini emilimi yaşla birlikte azalabilir. Yaşla birlikte daha az kalori gereksinimi ve

emilim bozukluğu nedeniyle besin alımı da düşebilir. Bu bağlamda ghrelin ve kolesistokinin gibi gastrointestinal hormonların salgılanması azalır ve hormonal dengeler yavaş yavaş bozulur. Yaşlılarda beslenme bozukluğunun başka bir sebebi ise yaşlanmaya bağlı yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra tat ve koku alma duyularında azalmadır. Ayrıca sosyal çevre, ekonomik koşullar, vücut kompozisyonundaki değişiklikler, protein kütlesinin azalması (sarkopeni) ve hareketsiz yaşama bağlı olarak yağ kütlesinin artması gibi faktörler de yaşlılarda malnütrisyonun sonuçları arasında sayılabilir. Bunlara ek olarak atrofik gastrit, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı veya intestinal atrofik değişiklikler gibi spesifik devam eden hastalıklar da yaşlılığa bağlı beslenmeyi bozabilmektedir.

Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (NHANES) çalışmaları yukarıda bahsi geçen durumlardan dolayı yaşlı insanların anemi, vitamin, mineral ve kalsiyum eksikliklerine ve bağırsak geçirgenliğinde değişikliklere eğilimli olduğunu göstermektedir. Klinik çalışmalar ayrıca bağırsaktaki mikrobiyal dağılımdaki topografik, niteliksel ve niceliksel değişikliklerin (ince bağırsakta aşırı bakteri üremesi, Bifidobacteria veya Faecalibacterium prausnitzii'de azalma ve Proteobacteria'da artış) yaşlı beslenmesinde değişikliklere neden olduğunu belirtmektedir. Bu değişikliklerin hepsi kısa zincirli yağ asitlerini sentezleme yeteneğinin azalmasına neden olabilmektedir [10].

Yetersiz beslenmek ileri safhalar yaşlı bireylerde ciddi bir komplikasyon haline gelebilmektedir. Klinisyenler komplikasyonlar oluşmadan önce proteinden zengin beslenmenin önemli olduğunu belirtmektedir. Batı toplumlarında yaş ve cinsiyetle birlikte malnütrisyon büyük oranda artmaktadır [3]. Avrupa, ABD ve Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada yaşlı erişkinlerde malnütrisyon oranı %23 civarındadır [11].

Yapılan farklı araştırmalarda yaşlı bireylerin beslenme durumunun kendi evleri dışındaki ortamlarda azaldığını göstermektedir. Yaşlı bireylerde evden düzenli yaşamdan ayrılanların yaklaşık %5-12'sinde, hastanede yatan hastaların %26-65'inde ve huzurevi veya bakımevlerinde yaşayanların %85'e varan kısmında yetersiz beslenme görülmektedir [11-14].

### Yetersiz Beslenmenin Yaşlılar Üzerindeki Etkisi

Yaşlılarda kötü beslenme, diyet riski ve özellikle belirli mikro ve makro besin eksiklikleri sıklıkla gözden kaçan yaygın bir durum [15,16] olup bunların sonuçları zararlıdır [16]. Yaşlılarda daha sık görülen hastalığa bağlı malnütrisyon rejeneratif kapasitelerinin bozulması nedeniyle ilerleyen yaşlarda daha ciddi etkiler yaratır. Genel olarak yetersiz beslenmenin yaşlılardaki hastalık,

travma ve hatta cerrahi operasyon geçirme üzerinde ciddi etkileri vardır. Bu nedenle yetersiz beslenme sağlık sistemi için ciddi bir yük olarak kabul edilmektedir [18].

Malnütrisyonun tipine göre protein katabolizmasında ciddi değişikliklerden söz edilebilir. Malnütrisyonun protein katabolizmasının etkileri kas kütlesi, kas gücü ve fiziksel performansta belirgin şekilde ciddi kayıplardır [19]. Sadece hastalığa bağlı malnütrisyonunda protein katabolizmasına bağlı hızlı iskelet kası kaybı görülür. Yaşa bağlı malnütrisyonunda ise daha yavaş fakat ilerleyen bir kas kütlesi kaybı vardır. Aynı zamanda malnütrisyon veya farklı bir sebepten dolayı diyet protein alımının azalması yaşamın sonraki dönemlerinde kemik mineral kütlesinde azalmaya neden olmaktadır [20]. Malnütrisyonun sebep olduğu zayıf fiziksel performans ve koordinasyon düşme riskinin artırarak yaşa bağlı osteoporoz ve osteoporotik kırık riski ile yaralanmayı hızlandırır.

Yetersiz beslenmeyle ilişkili temel besin eksikliklerinin etkileri yaşamın sonraki dönemlerinde kendini gösterir. Bu etkiler bozulmuş bağışıklık sistemi fonksiyonu ile önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir [21]. Yetersiz beslenen yaşlı erişkinlerde bu esas olarak hücre aracılı bağışıklığın kaybı, enfeksiyon riskinin artması ve iyileşmenin gecikmesi ile kendini gösterir. Bu nedenle birçok çalışma yetersiz beslenmenin enfeksiyon riskini artırmada etkisi olduğunu göstermiştir [22]. Ayrıca yetersiz beslenen yaşlı hastalarda artan yoğun bakım süresi ve mortalitesi beslenmenin önemli olduğunu göstermektedir [23].

Temel besin eksikliklerine neden olan malnütrisyonunda doku iyileşmesinin yanı sıra yara iyileşmesi de bozulur [24]. Sonuç olarak yaşlı bireyler kronik yaralara yatkın hale gelir [25]. Yaşlılarda büyük bir yük olan bu durum yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesini düşürerek sağlık ortamında daha yüksek harcamalara yol açar.

Yaşlı bireylerdeki yetersiz beslenmenin farklı bir özelliği, etkisinin gençlere göre daha tehlikeli olmasıdır. Yapılan çalışmaya göre yetersiz beslenmede yaşlı bireylerde vücut kompozisyonundaki farklılıkların gençlere göre daha fazla olduğunu göstermiştir [26]. Ayrıca farklı bir çalışmaya göre kilo kaybını takiben vücut kas kütlesinin iyileşmesinin yaşlılarda hasar gördüğünü göstermiştir [19]. Bu durum yetersiz beslenen yaşlıları ilerleyen yaşamlarında geriatrik sendromlar geliştirme riskine yatkın hale getirir ve onları çok faktörlü sendromlar olarak tanımlar. Geriatrik sendromlar yaşlı bireylerin sağlık durumunu, bilişsel işlevi, işlevsel yeteneği ve telafi kapasitesini büyük ölçüde tehlikeye atarak [27] yaşlılarda görülen ölüm oranını artırmaktadır [28].

### Yetersiz Beslenmenin Yaygınlığı

Yetersiz beslenmenin bedensel ve klinik sonuçlarını ve sağlık sistemi üzerindeki ekonomik etkisini açıklayan

birçok araştırma bulunmaktadır. Yaşlılarda yetersiz beslenme özellikle yatağa ve başka bir bireye bağlı olduğunda daha da önemli bir sorun olmaktadır [29]. Hastanelerde veya farklı bakım birimlerinde sağlık personelinin beslenme konusunda yetersiz bilgisi ve zaman eksikliğinden dolayı yaşlıların beslenmesi eksik kalmaktadır [30]. Yetersiz beslenmenin sıklığı, büyük ölçüde ortama, altta yatan hastalıklara ve değerlendirme yöntemlerine bağlıdır. Bununla birlikte yaşlı bireylerde erken teşhis edilse bile malnütrisyonun tedavisi kolay değildir. Hastane ve huzurevi ortamlarında malnütrisyon prevalansını araştıran birkaç çalışma vardır. Örneğin yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü Avrupalı yetişkinlerin yaklaşık dörtte birinin çeşitli ortamlarda malnütrisyon açısından yüksek risk altında olduğu belirtilmektedir [31, 32].

Ayrıca son zamanlarda malnütrisyon belirleyicilerini daha fazla araştırmak için meta-regresyon kullanan birkaç meta-analiz bildirilmiştir [33]. Malnütrisyon prevalansının belirli sayısı meta-analizler arasında farklılık gösterse de, ana bulgular karşılaştırılabilir niteliktedir. Yapılan bu çalışmalarda yaşlı bireyler dışındaki toplumdaki diğer bireylerin yetersiz beslenme oranları düşük düzeyde bulunurken bakım ortamlarında yaşlı bireylerin malnütrisyon oranı yüksek oranda tespit edilmiştir [34]. Yapılan farklı bir çalışmada ise sağlık bakım ortamlarında yaşlı bireylerde malnütrisyon ve beslenme riskine ilişkin yaygınlık verilerinin sistematik incelemesi ve meta-analizi gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucuna göre gençlerden yaşlı bireylere doğru %3'ten %30'a kadar geniş bir malnütrisyon aralığı tespit edilmiştir [35]. Konuyla alakalı bu çalışmalar yakın zamanda iki sistematik derleme ve meta-analiz ile tamamlanmıştır. Leji-Halfwerk ve ark. tarafından 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde kullanım için onaylanmış 22 malnütrisyon tarama aracını kullanan daha ileri çalışmalar yapılmıştır. İlgili ülkelerde yapılan ilgili çalışmaya göre yüksek malnütrisyon riskinin birleşik prevalans oranları toplum ortamında %8.5 bulunurken, hastane ortamlarında %28.0'e kadar değişen oranlar tespit edilmiştir [31, 32]. Meta-regresyon kullanan her iki analizde de 80 yaşın üzerindeki yetişkinlerde, kadınlarda, bir veya daha fazla komorbiditesi olan hastalarda ve kırsal alanlarda yaşayan bireylerde daha yüksek malnütrisyon prevalansı rapor edilmiştir [31, 32].

Yetersiz beslenme prevalansı ile ilgili son çalışmalarda düşük BMI, kilo kaybı, düşük besin alımı ve bunların kombinasyonları gibi malnütrisyon göstergelerinin diğer tanımları kullanılmış olup büyük havuz veri setlerinin yeniden değerlendirilmesi sağlanmıştır. Örneğin Wolters ve ark., tarafından farklı kriterlere göre malnütrisyonun değişen prevalansı tespit edilmiştir. Bahsi geçen malnütrisyon göstergelerinin her biri ayrı bir beslenme sorununu yansıtabileceğinden dolayı ilgili kriterlerin ayrı ayrı ele alınması daha yararlıdır [35].

### Yaşlılarda Yetersiz Beslenmenin Önemli Nedenleri

Yaşlılarda beslenme ihtiyaçları yaşa bağlı koşullar, hastalıkla ilgili koşullar, sosyal, çevresel ve fizyolojik koşullar dahil olmak üzere birçok farklı nedenlere bağlıdır [34].

Yetersiz beslenmenin nedenleri arasında önemli bir yer tutan protein-kalorili malnütrisyon yaşlıların genel sağlık durumu için önemli bir sorun olmasına rağmen, doktorlar ve sağlık profesyonelleri tarafından sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Buna karşılık malnütrisyonun erken teşhisi olumsuz sonuçların önüne geçebilmesine imkân tanır. Teşhisten sonra kişiselleştirilmiş tedavi planları sayesinde olumlu sonuçlar alınabilmektedir [34].

Yaşlı bireylerde malnütrisyonun farklı nedenleri arasında ağız mukozası ve dilin atrofisinden dolayı tad/koku hissinin azalması, sağlıklı diş sayısının azalmasından dolayı yetersiz çiğnemenin olması, yetersiz çiğnemenin dolaylı mide boşalmasının gecikmesi, midenin geç boşalmasından dolayı uzayan tokluk hissi ile mide ve pankreas salgılarında azalmasından dolayı sindirimi azalması gibi durumlar bulunmaktadır. Bağırsaklardaki bozulmuş emilim de yaşlılarda beslenme ile yakından ilişkilidir. Ayrıca yutma güçlüğü (Disfaji) yaşlı hastalarda %7-10'luk bir prevalansa sahiptir. İnme epizodlu veya Parkinson hastalarında disfaji oranı %50'ye kadar yükselebilir. Dikkat süresinin azalması disfaji riskini artırabilmektedir. Kardiyovasküler, gastrointestinal, enfektif, romatolojik ve nörolojik gibi tıbbi durumlar disfajiyi etkiler ve kilo kaybına neden olur. Özellikle gastrointestinal sistemde malignite varlığı da kilo kaybına neden olan diğer bir faktördür. Yaşlı insanlarda gıda alımının düzenlenmesini etkileyebilen başka bir unsur ise hormonların işlevlerinin bozulmasıdır. Glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1), glukagon, kolesistokinin, leptin ve ghrelin gibi bazı hormonlar periferik tokluk sinyalleri olarak işlev görür. Yaşlanma sırasında bu hormonlar beyin tarafından daha az algılanır [36].

Yaşlılarda yetersiz beslenme ve kilo kaybına yol açan diğer bileşenler aşağıda belirtilmiştir.

- İştahsızlık (Anoreksiya): Gıda alımında/kaloride yaşa bağlı azalmalar [37], tat değişiklikleri veya spesifik hastalıklar [38] nedeniyle gelişen fizyolojik bir durum olabilmektedir. Anoreksiya ayrıca insülin direnci ve iltihaplanma ile ilişkilendirilebilmektedir.

-Kaşeksi (kas veya yağsız kütle kaybı ile ilişkili hastalığın enflamatuvar etkileri): Kaşeksiye neden olan faktörler arasında neoplazmalar, kronik akciğer hastalığı, romatoid artrit, son dönem böbrek hastalığı, kalp yetmezliği ve edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) bulunur [39, 40].

-Sarkopeni (kas kütlesi, güç ve performans kaybı): Bir hastalıktan bağımsız olarak ortaya çıkan sarkopeni mutlaka kaşeksi ile ilgili değildir [41-43]. Sarkopenik hastalarda düşük kas kütlesi DEXA veya biyoelektrik empedans ile değerlendirilebilir. Sarkopeninin nedenleri arasında hormonal değişiklikler, kronik hastalıklar, insülin direnci [44], inflamasyon, azalmış fiziksel aktivite [45, 46] ve ayrıca azalmış protein alımı [47] gibi beslenme eksiklikleri [41] bulunmaktadır. 80 yaş üstü kadın ve erkeklerde sarkopeni insidansı %57-60'dır [48]. Kas gücünde azalma olan sarkopeni sarkopenik-obez bireylerde [49], normal ve zayıf bireylerde de görülmektedir.

### COVID-19 ve Yaşlı Beslenmesi

Tüm dünyayı etkileyen COVID 19 salgını karşısında hem hastalık riskini önlemek, hem de hastalananların tedavi sürecinde beslenmeye ilişkin birçok öneri bulunmaktadır. Bu önerilerin bir kısmı da yaşlılarla ilgilidir. Yaşlı hastalar için enerji gereksiminin 30 kkal/kg/gün, protein gereksiminin ise 1 g/kg/gün olduğu belirlenmiştir. Akut ve geç dönemde (yoğun bakımda yatışının 3-7. günleri) yaşlı bireylerde protein gereksiminin 1.5-2 g/kg kadar çıkarılabileceği tavsiye edilmiştir [50]. Ancak tek başına hiçbir gıda ve diyet takviyesinin COVID-19 enfeksiyonunu önleyemeyeceği veya iyileştiremeyeceği ileri sürülmüş; ancak sağlıklı ve dengeli bir beslenmenin, fiziksel aktivite ve düzenli uyku ile beraber bağışıklık sistemini güçlendireceği vurgulanmıştır [51, 52]. Sağlıklı ve dengeli beslenme ile kronik inflamasyonla ilişkili obezite, kalp hastalığı, diyabet ve bazı kanser türleri dâhil olmak üzere başka birçok sağlık sorunu önenebileceği gibi, bu tür sağlık sorunlarından kaynaklı COVID-19'un ciddi komplikasyonlarının da azalabileceği bildirilmiştir [50, 51].

### Yaşlılarda Beslenme Müdahaleleri

Yaşlanma sürecindeki birçok birey vücut metabolizmaları için gerekli olan besinlerden yoksun kalmaktadır. Beslenme kaynaklı olumsuz durumlar beslenme müdahaleleri ile engellenebilmektedir. Malnütrisyonun önlenmesi için beslenme müdahalesinde yapılabilecekler arasında kişiye özel yeterli protein ve enerji içeren diyetlerle beraber gerekirse farmakolojik stratejiler yoluyla yeterli temel besinlerin sağlanması bulunmaktadır [53, 54]. Yaşlı bireylerin dengeli meyve, sebze, tahıl, hayvansal protein, yağ, vitamin ve kalsiyum ihtiyaçlarını karşılayan birçok sağlıklı besin piramidi bulunmaktadır [55]. Bu besin piramitleri düzenli fiziksel ve sosyal aktivite ile desteklendiğinde verim oranı da artmaktadır. Beslenme müdahalesinin temel amacı mortalite ve morbidite oranını azaltmak, ihtiyaçlara göre enerji,



makro besinler ve mikro besinler sağlayarak yaşam kalitesini ve fiziksel performansı iyileştirmektedir [56].

Yaşlılarda spesifik olarak gerekli protein için önerilen diyet miktarı her iki cinsiyet için günde 0.80 g/kg vücut ağırlığıdır [57]. Diyet ayarlaması yapıldıktan sonra yaşlı bireylerin takip edilmesi ve onları olumsuz etkileyen yetersiz diyetler var ise gerekli düzeltmelerin yapılması gerekir. Düzenlemeler yapılırken diyetten alınacak besinler tüketen kişinin damak zevkine göre ayarlanmalıdır. Yetersiz beslenmeyi ortadan kaldırmak ve vücudun stabil işleyişini sürdürmek için genç hastalara kıyasla yaşlı hastalarda daha uzun süre beslenme müdahalesi önerilir. Malnütrisyon teşhisinden sonra beslenme önerileri ve takviye kullanımına göre besinleri dengelemek ve protein alımını artırmak için bir sonraki adım doğal beslenmenin teşvik edilmesidir [58].

Yaşlı bireylere beslenme müdahaleleri hastalık halinde çok daha önemlidir. Yetersiz beslenen hastalarda alınabilecek besin öğeleri hesaplanırken bireyin ihtiyacı olan kalori ve protein gereksinimleri için uygun endikasyonların takip edilmesi gerekir. Yaşlı bireylerde beslenme ek olarak piyasada farklı koşullarla yaşayan bireyleri desteklemek için farklı tat ve özelliklere sahip birçok takviye bulunmaktadır. Takviye öğeler makro besin ihtiyaçlarını karşılayarak bireyin temel besin ihtiyaçlarının çoğunu karşılar. Bununla birlikte tavsiye edilen oral beslenme ve takviye öğeleri nazogastrik tüp veya gastrotomi yoluyla takviye gerektiğinde yaşlı birey beslenmesinde işe yaramamaktadır. Oral gıda alımı yetersiz olan bu gibi yaşlı hastalarda ihtiyaca ve hastalığa göre enteral beslenme yoluyla kişilerde gıda alımı artırılabilir. Enteral beslenmede besin içeriği kontrollü şekilde hastaya verilebilmektedir.

Bazı hastalıklarda yaşlı beslenmesine ekstrası protein takviyeleri yapılmaktadır. Örneğin büyük cerrahi veya kırık sonrası beslenme yetersizlikleri nedeniyle yaşlı hastalarda protein takviyesi önerilmektedir. Bu yaklaşım hastalarda komplikasyon riskini azaltan önemli bir beslenme stratejisidir. Ülser riski taşıyan hastalarda da önleyici tedbirler ve protein takviyesi işe yaramaktadır. Protein takviyesi iyileşme sürecinde gelişen ülselerden kaynaklanan baskı riskinin azaltılmasına katkıda bulunur. Yaşlı hastalarda doku onarımını uyarmak için glutamin, arginin,  $\beta$ -hidroksi- $\beta$ -metil butirat (HMB) ve çinko ile zenginleştirilmiş bir beslenme müdahalesi standart bir beslenme tedavisinden çok daha iyi sonuçlar vermektedir. Bir amino asit lösin metaboliti olan HMB, kas atrofisi ve basınç ülseri olan yaşlı hastalar için güvenli bir tedavi ve besin takviyesi olup hareketsizliğe bağlı kas atrofisine karşı koyar. Açlık durumlarında hasta yaşlı bireylere verilen iyi dengelenmiş bir oral amino asit karışımı kas protein sentezini ve mitokondriyal ATP üretimini uyarak

bireye ciddi anlamda katkı sunmaktadır [10]. Bütün önlemlerin yanında ihtiyaç halinde hastalara dronabinol, mirtazapin, büyüme hormonu sekretagoları, megestrol asetat gibi iştah uyarıcı özelliği olan oreksijenik ilaçlar da verilebilmektedir [10].

## SONUÇ

Yaşlı bireyde yaşlanma sürecini ve sağlık durumunu etkileyen önemli faktörlerden biri de yetersiz beslenmedir. Yetersiz beslenme hem sağlıklı yaşlanmaya engel olur hem de yaşlılıkta sağlığın korunmasını zorlaştırır. Yaşlı bireylerin yetersiz beslenmesi bu bireylerin yaşam beklentisini ve kalitesini düşürecektir. Yaşlılıkta yetersiz beslenmeye neden olan faktörler arasında yaşlanma sürecinde vücutta meydana gelen değişiklikler, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik koşullar gelmektedir. Malnütrisyonun nedenleri ve alınması gereken önlemler belirlendiğinde yaşlılarda görülebilen olumsuz durumlar ortadan kaldırılabilir. Bunun için yaşlı bireylerin ihtiyacına göre özel diyet programları belirlenmeli ve alınması gereken mikro ve makro besin öğeleri hesaplanmalıdır. Dengeli ve sağlıklı beslenme sayesinde bireylerin yaşlanma süreçleri sağlıklı olabilecek ve yaşlıların hayatlarının geri kalanını daha rahat tamamlamaları mümkün olacaktır.

## KAYNAKLAR:

1. Amarya, S., Singh, K., Sabharwal, M. (2015). Changes during aging and their association with undernourishment. *J Nutr Gerontol Geriatr*, 6, 78-84. doi: 10.1016/j.jcgg.2015.05.003. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasliilar-2021-45636>. Erişim Tarihi: 20.03.2023.
2. Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Eczekalski, B., Smolarczyk, R., Grymowicz, M. (2020). TheWorld Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018.
3. De Luis, D., Lopez Guzman, A. (2006). Nutrition Group of Society Of C-L. Nutritional status of adult patients admitted to internal medicine departments in public hospitals in Castilla y Leon, Spain – A multi-center study. *Eur. J. Intern. Med*, 17, 556–60. doi: 10.1016/j.ejim.2006.02.030.
4. Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek S. (2015). Diagnostic criteria for undernourishment – An ESPEN Consensus Statement. *Clin. Nutr*, 34, 335–40. doi: 10.1016/j.clnu.2015.03.001.
5. Poirier, P., Giles, T.D., Bray, G.A., Hong, Y., Stern, J.S., Pi-Sunyer, F.X. (2006). Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 113, 898–918. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.171016.
6. Inelmen, E.M., Sergi, G., Coin, A., Miotto, F., Peruzza, S., Enzi, G. (2003). Can obesity be a risk factor in elderly people?. *Obes. Rev*, 4, 147–55. doi: 10.1046/j.1467-789x.2003.00107.x.
7. Ferraro, K.F., Su, Y.P., Gretebeck, R.J., Black, D.R., Badylak, S.F. (2002). Body mass index and disability in adulthood: a 20-year panel study. *Am. J. Public. Health*, 92, 834–40. doi: 10.2105/ajph.92.5.834.



9. Bosello, O., Vanzo, A. (2021). Obesity paradox and aging. *Eat Weight Disord*, 26(1), 27-35. doi: 10.1007/s40519-019-00815-4.
10. Molina, E., Garruti, G., Shanmugam, H., Di Palo, D.M., Grattagliano, I., Mastronuzzi, T. (2020). Aging and nutrition. Paving the way to better health. *Rom. J. Intern. Med*, 58 (2), 55–68. doi: 10.2478/rjim-2020-0005.
11. Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Ramsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm T. (2010). Frequency of undernourishment in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J. Am. Geriatr. Soc*, 58, 1734–8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x.
12. Norman, K., Haß, U., Pirlich, M. (2021). Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients*, 13(8):2764. doi: 10.3390/nu13082764.
13. Mastronuzzi, T., Paci, C., Portincasa, P., Montanaro, N., Grattagliano, I. (2015). Assessing the nutritional status of older individuals in family practice: Evaluation and implications for management. *Clin. Nutr*, 34, 1184–8. doi: 10.1016/j.clnu.2014.12.005.
14. Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P.J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr. Rev*, 54, 59–65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
15. Van Den Broeke, C., De Burghgraeve, T., Ummels, M., Gescher, N., Deckx, L., Tjan-Heijnen, V. (2018). Occurrence of Undernourishment and Associated Factors in Community-Dwelling Older Adults: Those with a Recent Diagnosis of Cancer Are at Higher Risk. *J. Nutr. Health Aging*, 22, 191–98. doi: 10.1007/s12603-017-0882-7.
16. Eckert, C., Gell, N.M., Wingood, M., Schollmeyer, J., Tarleton, E.K. (2021). Undernourishment Risk, Rurality, and Falls among Community-Dwelling Older Adults. *J. Nutr. Health Aging*, 25, 624–627. doi: 10.1007/s12603-021-1592-8.
17. Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related undernourishment. *Clin. Nutr*, 27, 5–15. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.007.
18. Khalatbari-Soltani, S., Marques-Vidal, P. (2015). The economic cost of hospital undernourishment in Europe; a narrative review. *Clin. Nutr*, 10, 89–94. doi: 10.1016/j.clnesp.2015.04.003.
19. Lengelé, L., Bruyère, O., Beaudart, C., Reginster, J.Y., Locquet, M. (2021). Impact of Undernourishment Status on Muscle Parameter Changes over a 5-Year Follow-Up of Community-Dwelling Older Adults from the SarcoPhAge Cohort. *Nutrients*, 13, 407. doi: 10.3390/nu13020407.
20. Coin, A., Sergi, G., Benincà, P., Lupoli, L., Cinti, G., Ferrara, L. (2000). Bone mineral density and body composition in underweight and normal elderly subjects. *Osteoporos. Int*, 11, 1043–1050. doi: 10.1007/s001980070026.
21. Önal, Y.H., Demirci, Z. (2020). İmmün Sistemin Gelişmesinde ve Desteklenmesinde Besin Desteklerinin Rolü *J Health Pro Res*, 3: 137-147. doi: 10.1007/s12603-021-1592-8.
22. Wu, D., Lewis, E.D., Pae, M., Meydani, S.N. (2019). Nutritional Modulation of Immune Function: Analysis of Evidence, Mechanisms, and Clinical Relevance. *Front Immunol*, 9: 3160. doi: 10.3389/fimmu.2018.03160.
23. Dazıroğlu, Ç., Yıldız, M.E., Akbulut, G. (2021). COVID-19 Pandemisine Diyetetik Bakış: Besin, Besin Destekleri ve Tıbbi Beslenme Tedavisi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 13-22.
24. Barchitta, M., Maugeri, A., Favara, G., Magnano San Lio, R., Evola, G., Agodi, A., Basile, G. (2019). Nutrition and Wound Healing: An Overview Focusing on the Beneficial Effects of Curcumin. *Int. J. Mol. Sci*, 20, 1119. doi: 10.3390/ijms20051119.
25. Olsson, M., Järbrink, K., Divakar, U., Bajpai, R., Upton, Z., Schmidtchen, A., Car J. (2019). The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. *Wound Repair Regen*, 27, 114–125. doi: 10.1111/wrr.12683.
26. Hébuterne, X., Bermon, S., Schneider S.M. (2001). Ageing and muscle: The effects of undernourishment, re-nutrition, and physical exercise. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, 4, 295–300. doi: 10.1097/00075197-200107000-00009.
27. Inouye S.K., Studenski S., Tinetti M.E., Kuchel G.A. (2007). Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J. Am. Geriatr. Soc*, 55, 780–791. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x.
28. Kane, R.L., Shamlıyan, T., Talley, K., Pacala, J. (2012). The association between geriatric syndromes and survival. *J. Am. Geriatr. Soc*, 60, 896–904. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03942.x.
29. Sánchez-Rodríguez, D., Annweiler, C., Ronquillo-Moreno, N., Tortosa-Rodríguez, A., Guillén-Solà, A., Vázquez-Ibar, O. (2018). Clinical application of the basic definition of undernourishment proposed by the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN): Comparison with classical tools in geriatric care. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 76, 210–214. doi: 10.1016/j.archger.2018.03.007.
30. Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, Ø., Scandinavian Nutrition Group (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clin Nutr*, 27(2):196-202. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014
31. Leij-Halfwerk, S., Verwijs, M.H., van Houdt, S., Borkent, J.W., Guaitoli, P.R., Pelgrim, T. (2019). Prevalence of protein-energy undernourishment risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 undernourishment screening tools validated for use in adults  $\geq 65$  years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 126, 80–89. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.05.006.
32. Crichton, M., Craven, D., Mackay, H., Marx, W., de van der Schueren, M., Marshall, S.A. (2019). Systematic review, meta-analysis and meta-regression of the prevalence of protein-energy undernourishment: Associations with geographical region and sex. *Age Ageing*, 48, 38–48. doi: 10.1093/ageing/afy144.
33. Katsas, K., Mamalaki, E., Kontogianni, M.D., Anastasiou, C.A., Kosmidis, M.H., Varlamis, I. (2020). Malnutrition in older adults: Correlations with social, diet-related, and neuropsychological factors. *Nutrition*, 71:110640. doi: 10.1016/j.nut.2019.110640.
34. Corish, C.A., Bardon, L.A. (2019). Malnutrition in older adults: screening and determinants. *Proc Nutr Soc*, 78(3):372–9. doi: 10.1017/S0029665118002628.
35. Wolters, M., Volkert, D., Streicher, M., Kiesswetter E., Torbahn, G., O'Connor E.M. (2019). Prevalence of undernourishment using harmonized definitions in older adults from different settings—A MaNuEL study. *Clin. Nutr*, 38, 2389–2398, doi: 10.1016/j.clnu.2018.10.020.
36. Parker, B.A., Chapman, I.M. (2004). Food intake and ageing – the role of the gut. *Mech. Ageing. Dev*, 125, 859–66. doi: 10.1016/j.mad.2004.05.006.
37. Donini, L.M., Poggiogalle, E., Piredda, M., Pinto, A., Barbagallo, M., Cucinotta, D. (2013). Anorexia and eating patterns in the elderly. *PLoS One*, 8, 63539. doi: 10.1371/journal.pone.0063539.
38. Engel, J.H., Siewerdt, F., Jackson, R., Akobundu, U., Wait, C., Sahyoun, N. (2011). Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc*, 59, 482–7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03274.x.
39. Evans, W.J., Morley, J.E., Argiles, J., Bales, C., Baracos, V., Guttridge, D. (2008). Cachexia: a new definition. *Clin. Nutr*, 27, 793–9. doi: 10.1016/j.clnu.2008.06.013.
40. Ali, S., Garcia, J.M. (2014). Sarcopenia, cachexia and aging: diagnosis, mechanisms and therapeutic options – a mini-review. *Gerontology*, 60, 294–305. doi: 10.1159/000356760.
41. Janssen, I. (2011). The epidemiology of sarcopenia. *Clin. Geriatr. Med*, 27, 355–63. doi: 10.1016/j.cger.2011.03.004.

42. Cruz-Jentoft, A.J., Baeyens, J.P., Bauer, J.M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*, 39: 412–23. doi: 10.1093/ageing/afq034.
43. Roubenoff, R. (2001). Origins and clinical relevance of sarcopenia. *Can. J. Appl. Physiol*, 26, 78–89. doi: 10.1139/h01-006.
44. Rasmussen, B.B., Fujita, S., Wolfe, R.R., Mittendorfer, B., Roy, M., Rowe, V.L. (2006). Insulin resistance of muscle protein metabolism in aging. *Faseb J*, 20, 768–9. doi: 10.1096/fj.05-4607fje.
45. Kyle, U.G., Morabia, A., Schutz, Y., Pichard, C. (2004). Sedentarism affects body fat mass index and fat-free mass index in adults aged 18 to 98 years. *Nutrition*, 20, 255–60. doi: 10.1016/j.nut.2003.11.019.
46. Rantanen, T., Era, P., Heikkinen, E. (1997). Physical activity and the changes in maximal isometric strength in men and women from the age of 75 to 80 years. *J. Am. Geriatr. Soc*, 45, 1439–45. doi: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb03193.x.
47. Houston, D.K., Toozé, J.A., Garcia, K., Visser, M., Rubin, S., Harris, T.B. (2017). Protein Intake and Mobility Limitation in Community-Dwelling Older Adults: the Health ABC Study. *J. Am. Geriatr. Soc*, 65, 1705–1711. doi: 10.1111/jgs.14856.
48. Lindle, R.S., Metter, E.J., Lynch, N.A., Fleg, J.L., Fozard, J.L., Tobin, J. (1997). Age and gender comparisons of muscle strength in 654 women and men aged 20–93 yr. *J. Appl. Physiol*, 83, 1581–7. doi: 10.1152/jappl.1997.83.5.1581.
49. Vecchie, A., Dallegri, F., Carbone, F., Bonaventura, A., Liberale, L., Portincasa, P. (2018). Obesity phenotypes and their paradoxical association with cardiovascular diseases. *Eur. J. Intern. Med*, 48, 6–17. doi: 10.1016/j.ejim.2017.10.020.
50. Sönmez, N.N., Beyhan, Y. (2021). COVID-19: Nutrition Strategies, Guidelines and Recommendations. *Halic Uni J Health Sci*, 4(3) 159-171. doi.org/10.48124/husagbilder.900056.
51. Pekcan, G. (2020). COVID-19 salgını: diyetisyenlerin rolü ve rehberler. *Bes Diy Derg*, 48 (1):1-9. doi: https://doi.org/10.33076/2020.BDD.1395.
52. Muslu, M., Ersü, D.Ö. (2020). Yeni Koronavirüs (SARSCoV-2/ COVID-19) pandemisi sırasında beslenme tedavisi ve önemi. *Bes Diy Derg*, 48(1):73-82. doi: https://doi.org/10.33076/2020.BDD.1341
53. Volkert, D., Berner, YN., Berry, E., Cederholm, T., Coti Bertrand, P., Milne, A. (2006). Espen Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin. Nutr*, 25, 330–60. doi: 10.1016/j.clnu.2006.01.012.
54. Thomas, D.R., Ashmen, W, Morley, J.E., Evans, W.J. (2000). Nutritional management in long-term care: development of a clinical guideline. Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci*, 55, 725–34. doi: 10.1093/gerona/55.12.m725.
55. Lichtenstein, A.H, Rasmussen, H, Yu, W.W, Epstein, S.R, and Russell, R.M. (2008). Modified MyPyramid for Older Adults. *J. Nutr*, 138, 5–11. doi: 10.1093/jn/138.1.5.
56. Beck, A.M, Dent, E, Baldwin, C. (2016). Nutritional intervention as part of functional rehabilitation in older people with reduced functional ability: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled studies. *J. Hum. Nutr. Diet*, 29, 733–745. doi: 10.1111/jhn.12382.
57. Trumbo, P, Schlicker, S, Yates, A.A., Poos, M. (2002). Food, Nutrition Board Of The Institute Of Medicine Tna. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. *J. Am. Diet. Assoc*, 102, 1621–30. doi: 10.1016/s0002-8223(02)90346-9.
58. O’Keeffe, M., Kelly, M., O’Herlihy, E., O’Toole, P.W., Kearney, P.M, Timmons, S, et al. (2019). MaNuEL consortium. Potentially modifiable determinants of malnutrition in older adults: A systematic review. *Clin Nutr*. 38(6):2477–2498. doi: 10.1016/j.clnu.2018.12.007.

# Devolusyon ve sağlık sonuçları

## Devolution and health outcomes

Ezgi Çebi<sup>1</sup>, Birgül Piyal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, drezgicebi@gmail.com, 0000-0001-7629-4170

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, birgul.piyal@yahoo.com, 0000-0003-4170-0444

**Anahtar Kelimeler:**  
Sağlık Hizmeti Reformu, Sağlık Sonucu, Yerel Yönetim, Ulusal Hükümet

**Key Words:**  
Health Care Reform, Health Outcome, Local Government, National Government

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, drezgicebi@gmail.com, 0000-0001-7629-4170

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg.1257121

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
28.02.2023

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
13.04.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.06.2023

### ÖZ

Seksenli yıllardan sonra neoliberal ekonomik politikalar, küreselleşme ve siyasal gelişmelerle birlikte devletin kamu hizmetlerindeki rolünün sınırlandırılması amaçlanmış ve dünyanın çoğu ülkesinde devletin merkezi işlevi kapsamındaki bazı yetkiler yerel birimlere aktarılmıştır. Bu yetki aktarımı desantralizasyon kavramıyla açıklanmıştır. Bir desantralizasyon türü olan devolüsyon ise merkezi yetkilerin bölgeler, belediyeler gibi alt düzey siyasi makamlara aktarılması, aktarılan bu yetkilerle merkezi hükümete bağlı yerel ve özerkliği olan yapılar oluşturulmasıdır. İncelenen çalışmalarda devolüsyonun yerel yönetim bölgelerinde; kamusal sağlık hizmetinden memnuniyeti, sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı, doğum öncesi bakıma erişim, doğumda beklenen yaşam süresi) iyileşmeyi, gelir düzeyini ve pandemi ve afetler gibi olası halk sağlığı krizlerine müdahale kapasitesini artırdığı belirlenmiştir. Ancak bu artışlar sağlanırken yerel yönetim bölgeleri arasındaki gelir ve sağlık eşitsizliklerinden etkilenildiği ya da bu tip eşitsizliklere neden olduğu da gözlenmiştir. Çalışmamızda devolüsyonun uygulandığı farklı ülkelerin sağlık sonuçları incelenmiş ve devolüsyon uygulanan bölgelerde sağlık sonuçlarının iyileştirilebilmesi için çözüm önerileri sunulmuştur.

### ABSTRACT

After the 1980s, with the neoliberal economic policies, globalization and political developments, it was aimed to limit the role of the state in public services, and in most countries of the world, some powers within the scope of the central function of the state were transferred to local units. This transfer of authority is explained with the concept of decentralization. Devolution, which is a type of decentralization, is the transfer of central powers to low-level political authorities such as regions and municipalities, and the creation of local and autonomous structures affiliated to the central government with these transferred powers. In the studies examined, in the local government regions of devolution; satisfaction with public health services, improvement in health indicators (infant mortality rate, access to prenatal care, life expectancy at birth), income level and capacity to respond to possible public health crises (pandemics and disasters). However, while these increases were achieved, it was observed that the income and health inequalities between the local government regions were affected or caused such inequalities. In our study, the health outcomes of different countries where devolution was applied were examined and solutions were presented to improve health outcomes in the regions where devolution was applied.

### GİRİŞ

Seksenli yıllardan sonra neoliberal ekonomik politikalar, küreselleşme ve siyasal gelişmelerle birlikte ulus devletlerin yenilenmesi öngörülerek, daha etkili yönetim sistemlerinin ortaya çıkacağı ileri sürülmüştür. Bu anlayışla devletin kamu hizmetlerindeki rolünün sınırlandırılması amaçlanmış ve dünyanın çoğu ülkesinde devletin merkezi işlevi kapsamındaki bazı yetkiler yerel birimlere aktarılmıştır. Bu yetki aktarımı desantralizasyon kavramıyla açıklanmıştır.

Bir desantralizasyon türü olan devolüsyon ise merkezi yetkilerin bölgeler, belediyeler gibi alt düzey siyasi makamlara aktarılması, aktarılan bu yetkilerle merkezi hükümete bağlı yerel ve özerkliği olan yapılar oluşturulmasıdır (Baş & Sur, 2021). Bu yapıların açık yasal statüleri vardır, coğrafi sınırları bellidir ve bir dizi fonksiyonun gerçekleştirilmesi için oluşturulmuşlardır. Tam anlamıyla otonom yapılar değildir ancak kendi sorumluluk alanlarında büyük ölçüde ulusal hükümetten bağımsızdırlar (Belek & Belek, 1997).

Desantralizasyon kavramı dünyanın çoğu ülkesinde sağlık sektöründeki reform planlarının merkezinde yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde; kaynakları gereksinimlere uygun şekilde daha iyi dağıtmak, toplumun ilgili kararlara katılımını sağlamak ve sağıktaki eşitsizlikleri önlemek için desantralizasyonun etkili bir araç olduğu belirtilmektedir. Desantralizasyonun sağlık sektörü üzerinde büyük etkisinin olabileceği; sağlık hizmet sunumunu, finansmanını ve kalitesini artıracığı düşünülmektedir (Baş & Sur, 2021). Merkezi olmayan bir hükümet yapısının; bilgi yanlışlıklarını azaltarak, yerel olarak seçilmiş politika yapıcılarını hesap verebilirliğini artırarak, yetki alanları arasında rekabeti, hükümet politikalarında yeniliği ve en iyi uygulamaların yayılmasını destekleyerek hizmet sağlama verimliliğini iyileştirdiği vurgulanmaktadır. Desantralizasyon ile sağlık programlarını heterojen yerel gereksinimlere, seçimlere ve hizmet sağlayıcıların özelliklerine göre daha iyi uyarlayarak verimlilik kazanımları elde etme potansiyeli ana savlardan biridir. Ayrıca, vatandaşların yerel yöneticileri tarafından yapılan politikalarını komşu yerel bölgelerin eylemleriyle karşılaştırma fırsatının, yerel sağlık sistemlerinin siyasi hesap verebilirliğini artırmaya yardımcı olacağı ve düşük nitelikli sağlık hizmetleri sunan yerel politikacıların yeniden seçilemeyeceği öngörülmektedir (Cavalieri & Ferrante, 2016).

Yerele devredilen sistemlerin merkezi hükümetlerle aynı uzmanlık ve maliyet kazanımlarından yararlanamayabileceğini, değişimi uygulamak için gereken örgütsel yapılardan yoksun olabileceğini ve bölgeler arasında daha büyük eşitsizliklere yol açabileceğini savunanlar da vardır (Britteon, ve diğerleri, 2022). Desantralizasyon uygulamalarının başarısızlıkla sonuçlandığı gelişmekte olan ülkelerde başarısızlığın başlıca nedenleri olarak; gerekli düzenlemeleri ve denetlemeleri yapacak nitelikli yönetici sayısındaki yetersizlik, hizmetlere ilişkin bilgi ve kayıt sistemlerindeki eksiklik ve örgütlenme becerisi ve katılımcı demokrasi kültürünün gelişmemiş olması gösterilmiştir. Nitekim desantralizasyon konusunda köklü geçmişi olan gelişmiş bazı ülkelerde toplumun desantralizasyon uygulamalarına katılma alışkanlığı, yöneticilerin yeterliliği, merkezle ilişkilerin dengelenmesi gibi çeşitli konularda sorunlar olmadığı ve desantralizasyonun getireceği her türlü avantajdan yararlanılabildiği görülmüştür. Desantralizasyon sayesinde işleri yavaşlatan bürokrasinin azalması ve hizmetten yararlanacak kişilerin yönetsel kararlara katılması sağlandığından daha hızlı ve koşullara daha uygun hizmetin sunulabildiği ancak yerel koşulların ve kaynakların farklılığı sonucunda; bölgesel eşitsizliklerin artması, yerel yöneticilerin yetersizliği ve yerel politikacıların artan manipülasyonu nedeniyle

kaynakların kötü kullanılması gibi sorunlar ortaya çıktığı belirtilmiştir (Hayran, 2017).

Devolüsyon federalizmden farklıdır, çünkü yerel hükümete devredilen yetkiler geçici olabilir ve tersine çevrilebilir, merkezi hükümet üniter kalmaya devam eder (Channel 4 News, 2015). Devolüsyon mevzuatı, başka bir mevzuatla merkezi hükümet tarafından yürürlükten kaldırılabilir ya da değiştirilebilir. Federal sistemlerde ise tersine, alt birim hükümeti anayasada güvence altına alınmıştır ve alt birimlerin yetkileri merkezi hükümet tarafından tek taraflı olarak geri alınamaz. Bu nedenle devolüsyonda alt birimlere devredilen yetkilerin korunma derecesi federalizme göre daha düşüktür (Public Law for Everyone, 2014).

Çoğu Avrupa ülkesinde sağlık hizmetlerinin yerel hükümetlerin başlıca sorumluluğu olduğu göz önüne alındığında, devolüsyonun örgütsel açıdan önemli yeri daha iyi anlaşılmaktadır (Costa-Font & Ferrer-i-Carbonell, 2022). Sağlık hizmetlerinin devolüsyonu; İskandinav ülkelerinde, ulusal sağlık hizmeti sistemlerinde (İspanya, İtalya ve Birleşik Krallık), federal eyaletlerde (İsviçre, Kanada ve Avustralya) ve Çin, Hindistan, Filipinler ve Tanzanya gibi çeşitli gelişmekte olan ülkelerde farklı biçimlerde uygulanmaktadır (Cavalieri & Ferrante, 2016).

## ÇALIŞMALAR DAN BULGULAR

İspanya'da yapılan bir çalışmada devolüsyonun, vatandaşların bölgelerindeki ulusal sağlık hizmeti kalite değerlendirmelerinin yanı sıra kamu ve özel sağlık hizmetleri seçimini değiştirip değiştirmediği incelenmiştir. Sağlık hizmeti yetkisini 2002'den sonra alan 10 bölgenin (vaka grubu) uzun yıllardır sağlık hizmeti yönetim statüsünü değiştirmeyen 7 bölgeyle (kontrol grubu), bölgesel sağlık durumları karşılaştırılmıştır. Devolüsyonun; daha yüksek gelir ve eğitimi olan, genellikle özel sigorta primlerini karşılayabilen ve bu nedenle özel sağlık hizmeti almayı seçebilen kişiler arasında halk sağlığı sisteminin iyi çalıştığı algısını %4, kamusal sağlık hizmeti seçimini %5 ve kamusal sağlık hizmetinden memnuniyeti %2 artırdığı ve bunun özel sağlık hizmeti kullanımında bir düşüşle sonuçlandığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, çalışmanın yapıldığı dönemde bireylerin merkezi hükümete göre bölgesel hükümete daha fazla güvendiğini gösteren diğer anket kanıtlarıyla tutarlı bulunmuştur. Birçok Avrupa ülkesinde yaygın olan ve yüksek düzeyde idari ancak sınırlı mali desantralizasyon ile karakterize edilen devolüsyon modelinin, hizmet kalitesi konusunda yetki devredilen bölgeler arasında bir dereceye kadar rekabeti de tetikleyerek ulusal sağlık hizmeti seçimini güçlendirdiği gösterilmiştir (Costa-Font & Ferrer-i-Carbonell, 2022).



İtalya'da yapılan bir çalışma, devolüsyonun bebek ölüm hızları üzerindeki etkisini analiz etmeyi amaçlamıştır. İtalyan'ın 20 bölgesinden oluşan bir panel 17 yıllık bir süre boyunca (1996-2012) ele alınmıştır. Analizler devolüsyonun özellikle uzun vadede, bebek ölüm hızlarındaki azalma ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, vergi gelirlerinin toplanmasında daha yüksek bir karar alma özerkliği ya da merkezi fon transferlerine daha düşük bir bağımlılık getiren devolüsyonun bebek ölüm hızlarını azaltmada olumlu bir etkisi olduğunu yansıtmıştır. Bebek ölüm hızları bölgesel ekonomik duruma göre farklı şekillerde etkilenmiş ve en yoksul bölgelerde daha olumlu bir etki belirlenmiştir (Cavalieri & Ferrante, 2016).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada genelleştirilmiş sentetik kontrol yöntemi kullanılarak devolüsyonun Greater Manchester'daki yaşam beklentisine etkisi ve İngiltere'nin geri kalanına kıyasla Greater Manchester'daki eşitsizliklerin azalmasına katkıda bulunup bulunmadığı incelenmiştir. Devolüsyon öncesi dönem boyunca Greater Manchester ve varsayılan sentetik kontrol grubu arasındaki yaşam beklentisi farklılıkları küçüktü ve analizlerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı değildi. Devolüsyondan sonra Greater Manchester'da; İngiltere'nin geri kalanına göre yaşam beklentisi artışının daha fazla olduğu ve bu artışın da erkeklerde daha fazla olduğu ayrıca yoksulluğun yüksek olduğu bölgelerde yaşayan nüfusun oranının da azaldığı gözlemlenmiştir. Yaşam beklentisinde öngörülen fark, Greater Manchester'daki on yerel birimden sekizinde %95 güven aralığı düzeyinde pozitif. Yaşam beklentisindeki en büyük artış, devolüsyon öncesinde Greater Manchester'ın en yoksul üçüncü ve en düşük yaşam beklentisi olan ikinci yerel yönetimi olan Salford'da olmuştur. Sağlık ve sosyal hizmet yetkilerinin bölgeye kısmen aktarılmasına ve mali yetkilerin aktarılmamasına karşın Greater Manchester'da sağlıkta iyileşmeler gözlemlenmiştir (Britteon, ve diğerleri, 2022).

Kanada'da yapılan bir çalışma da devolüsyonun bebek ölüm hızları üzerindeki etkisini analiz etmeyi amaçlamıştır. Kanada'nın 10 bölgesinden oluşan bir panel 17 yıllık bir süre boyunca (1979-1995) ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde devolüsyonun ölçütü olarak Kanada'daki yerel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı kullanılmıştır. Sonuçlar, devolüsyonun Kanada'da 1979 ve 1995 yılları arasında bebek ölümlerini azaltmada istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Diğer koşullar sabitken, yerel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranındaki %1'lik artışın, bebek ölümlerinde yaklaşık %10'luk azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Rubio, 2011).

Sağlık hizmetlerinin sunumu 25 yılı aşkın bir süredir yerel yönetimlere devredilmiş olan Filipinler'de yapılan bir çalışmada yerel yönetimlerin gelirlerinin artmasının doğum öncesi bakıma erişimi nasıl etkilediği değerlendirilmiştir. Genel olarak, yerel yönetim gelirlerindeki artışın daha fazla doğum öncesi bakım erişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yerel yönetimlerdeki gelir artışının dışsal ya da içsel kaynaklı olmasına göre doğum öncesi bakıma erişimin düzeyi incelenmiş ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ulusal hükümetten yerel yönetimlere daha büyük fon transferleri yerel yönetim gelirlerini önemli ölçüde artırırken ve böylece yerel yönetimlerin genel olarak daha fazla hizmet sağlaması olanaklı iken, nüfus, sağlık ve beslenme hizmetleri için yapılan harcamaların ve doğum öncesi bakıma erişimin daha büyük ulusal fon transferleriyle orantılı olarak artmadığı görülmüştür. Ancak yerel olarak üretilen gelirlerin ve yerel ekonomilerin büyümesini özendirmeye yönelik girişimlerin bölgenin sağlık göstergelerini iyileştirmek için önemli bir adım olabileceği anlaşılmıştır. Yerel yönetimler tarafından içsel olarak üretilen daha yüksek gelir, anlamlı bir şekilde daha yüksek doğum öncesi bakıma erişim ile ilişkili bulunmuştur (Abrigo & Ortiz, 2018).

Kenya'da yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışma, devolüsyonun Lamu kentinde sağlık hizmeti sunumu, kalitesi ve finansmanı üzerine etkilerini incelemiştir. Bulgular, yanıt verenlerin çoğunluğunun devolüsyonun hastanede kaynakların yeterli şekilde dağıtılmasına, kaynakların kullanımında hesap verebilirliğe, daha iyi hizmet sunumu için tıbbi malzemelerin zamanında sağlanmasına izin verdiği konusunda görüş birliğinin olduğunu göstermiştir. Bulgular ayrıca; devolüsyonun sağlık tesislerinde temel ilaçların kısa sürede tükenmesini önlediğini, sağlık tesislerinin güçlü, duyarlı ve verimli olmasını sağladığını ortaya koymuştur. Sağlık altyapısı, halkın kaliteli sağlık hizmetine erişmesine ve birinci basamak sağlık tesislerinin iyileşmesine ilişkin devolüsyon hedeflerine ulaşmak için kilit önemdedir. Çalışma, devolüsyonun sağlık altyapısı üzerinde bir iyileşme sağladığını göstermiştir. Bulgular, yanıt verenlerin çoğunluğunun hizmet sunumunun erişilebilir olduğu konusunda hemfikir olduğunu ortaya koymuştur (Kimani & Moi, 2022).

Kolombiya'da yapılan bir çalışma devolüsyonun bebek ölüm hızları üzerindeki etkisini analiz etmeyi amaçlamıştır. Kolombiya'nın 1080 belediyesinden oluşan bir panel 10 yıllık bir süre boyunca (1998-2007) ele alınmış, sağlık hizmetlerinde devolüsyonun ölçütü olarak Kolombiya'daki yerel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı kullanılmıştır. Yapılan analizlerde devolüsyonun bebek ölüm hızlarını azalttığı



belirlenmiştir. Bununla birlikte, devolüsyonun sağlık düzeylerini iyileştirme etkisinin büyük ölçüde bölgelerin sosyoekonomik koşullarına bağlı olduğu saptanmıştır. Devolüsyon sonrası yoksul olmayan belediyelerde bebek ölüm hızları %12, yoksul belediyelerde bebek ölüm hızları ise %8 düşmüştür (Soto, Farfan, & Lorant, 2012).

Avrupa'dan 14 ülkeyi içeren boylamsal ekolojik bir çalışmada devolüsyonun, ekonomik eşitsizlikler üzerindeki ve dolaylı olarak da sağlık eşitsizlikleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Devolüsyonun bölgesel ekonomik eşitsizlikleri azaltsa bile bölgesel sağlık eşitsizliklerini azaltmadığı görülmüş ve devolüsyon artan sağlık eşitsizlikleriyle ilişkilendirilmiştir. Devolüsyonun; ekonomik bölgesel farklılıkların azalmasıyla ilişkilendirilirken aynı zamanda beklenen yaşam süresindeki bölgesel farklılıkların artmasıyla da ilişkilendirilebilmesinin birkaç nedeni vardır. İlk olarak, kaynakların daha zengin bölgelerden daha yoksul bölgelere yeniden dağıtılması, sağlık eşitsizliklerinin ele alınması için özellikle önemlidir ve bu kapasite, devolüsyon yönetimlerinde azalarak daha yoksul bölgelerde yetersiz finanse edilen sağlık ve sosyal hizmetlere yol açabilir. İkinci olarak, kamu yatırım kararları üzerinde daha fazla yerel kontrol öncelikli olarak ekonomik faydaları yüksek ve sağlık faydaları düşük olan projelere yatırım yapılmasına yol açabilir. Altyapı projelerine yatırım, dış yatırımı çekme ya da halkın popülaritesini kazanma sağlık yatırımlarından daha öncelikli olabilir ve bu nedenle ekonomik kazanımlar nüfus sağlığı faydalarına dönüşmeyebilir. Yerel yönetimler ayrıca, alkole ya da sağlıksız yiyeceklere erişimi kontrol etmek ya da çevre kirliliğini azaltmak gibi halk sağlığı mevzuatını göz ardı ederek şirketlerden ve yerel işletmelerden gelen lobi etkinliklerine daha duyarlı olabilir. Son olarak, devolüsyonla bağlantılı olarak daha yoksul bölgelerin yerel yönetimleri vergileri azaltarak dış yatırımı çekmeye çalışabilir. Bu, daha yoksul bölgelere sermaye akışının artmasına yol açarak ekonomik bölgesel farklılıkları azaltabilir ancak bu bölgelerdeki azalan vergilendirme düzeyleri kamu hizmeti sunumu için elde edilen geliri azaltmakta ve beklenen yaşam süresindeki eşitsizlikleri daha da artırmaktadır (Plessis, Milton, & Barr, 2019).

“Avrupa'daki yetki devredilmiş hükümetler bir halk sağlığı krizine nasıl tepki verdi?” başlıklı bir çalışmada 10 Avrupa ülkesinin (Belçika, Fransa, İspanya, Almanya, Hollanda, Norveç, İsveç, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Birleşik Krallık) Covid-19'un ilk dalgalarındaki durumu incelenmiş ve merkezden tek başına hareket eden ulusal hükümetlerin krizle etkili bir şekilde baş edemeyeceğinin kısa sürede anlaşıldığı belirtilmiştir. Merkezi ve yerel hükümetler arasındaki ilişkiler, kamu sektörünün en geniş anlamda halk sağlığı ile ilgili

bölümlerinin yanı sıra akut sağlık hizmetleri, kriz yönetimi ve kamu düzeninden sorumlu kurumların nasıl harekete geçirileceği etrafında dönüyordu. Bazı merkezi politika yapımcılar, böyle bir seferberliğin sadece merkezi direktifler yayınlamaktan daha fazlasını gerektirdiğinin farkındaydı. Hızlı hareket etmelerini, kendilerini koordine etmelerini, önemli sorunları daha yüksek hükümet seviyelerine bildirmelerini ve belirli yerel koşullara yanıt vermelerini sağlamak için kilit hizmetlerden sorumlu bölgesel ve yerel makamların güçlü yönlerinden etkili bir şekilde yararlanmak gerekiyordu. Sonuç olarak merkezi ve yerel hükümetler arası ilişkiler, Covid-19'a yanıt olarak toplumların seferber edilmesi için kritik hale geldi (Bergström, Kuhlmann, Laffin, & Wayenberg, 2022).

Birleşmiş Milletler Afetlerin Azaltılması Uluslararası Stratejisi (UNISDR), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ve Oxford Policy Management ortaklığıyla hazırlanan “Desantralizasyon ve Afet Risk Azaltma” başlıklı rapor Mart 2011 tarihinde yayınlanmıştır. Bu rapordaki kanıtlar, küresel bir literatür taramasından ve devolüsyon uygulanan dört ülkedeki (Kolombiya, Endonezya, Mozambik ve Güney Afrika) saha araştırmasından alınmıştır. Devolüsyonun Afet Risk Azaltma'yı (ARA) güçlendirmek için fırsatlar yaratması teorik olarak anlamlıdır ancak merkezi olmayan bir yönetim sisteminde ARA için ortaya çıkabilecek eşgüdüm sorunları, finansman güçlükleri ve kapasite kısıtlamaları gibi çeşitli spesifik zorlukların olduğu da açıktır. Yerelleşmenin ARA üzerinde etkiye sahip olmasının yollarından biri yerel yönetimlerin niteliğini yükseltmektir. Vaka çalışması yapılan ülkelerden elde edilen kanıtlar, ARA'nın etkili bir hale getirilmesinin yerel düzeydeki düşük kapasite tarafından kısıtlanabileceğini göstermektedir. Güney Afrika, Kolombiya ve Endonezya'da bu önemli bir sorundur. Yerel kapasiteyi geliştirmeye yönelik olası stratejiler, kapasite açığını kapatmak için merkezi hükümetten teknik yardım almayı, eğitim programlarını, akademisyenlerin ve sivil toplum kuruluşlarının katılımını içerebilir. Devolüsyon aynı zamanda finansman düzenlemelerini değiştirerek ARA için mevcut olan genel finansman seviyesini etkiler. Mozambik, Güney Afrika ve Kolombiya'dan elde edilen kanıtlar ARA için ayrılmamış fonların sıklıkla daha yüksek siyasi popülizm alanlarına ya da görünürde daha acil gereksinimlerin olduğu diğer alanlara yönlendirildiğini göstermektedir. Alanyazın, devolüsyonun otomatik olarak katılımı artırdığını ve bunun da doğal olarak faydalı olduğunu varsayma eğilimindedir. Raporun vaka çalışması ülkeleri, merkezi olmayan yönetim sistemlerinin otomatik olarak katılımcı bir ARA stratejisi sağlamadığını göstermektedir. Çünkü bu toplumlar ARA konusunda eğitilmiş değiller ve yaşadıkları afet riskini anlamıyorlar,

başka bir bölgeye yerleştirilmekten korktukları için ARA'ya dahil olmaktan çekiniyorlar ve siyasi tarihleri nedeniyle ülke içinde zayıf bir katılım kültürleri var. Bu durum, kendi başına yerleşmenin otomatik olarak katılımı sağladığı inancına bir eleştiriden çok yerleşmenin getireceği fırsatların yalnızca bir ülkenin sosyoekonomik ve politik bağlamında işleyebileceğinin kabulüdür. Katılımı düşük olan toplumların ARA konusunda bilinçlendirilmesi, afetler nedeniyle kişisel risk altında olduklarını öğrenmesi ve ARA stratejisine katılımın varlıklarını güvence altına almaya yardımcı olacağına deneyimlemesi gerekmektedir. Devölüsyon, sorumluluk sistemlerini ve uygulama mekanizmalarını değiştirerek ARA üzerinde bir etki oluşturabilir. Başarılı bir ARA için açık iç hesap verebilirlik sistemleri ve hükümetin farklı düzeylerindeki raporlama, iletişim ve koordinasyon hatları esastır. Mozambik'te olduğu gibi merkezi olarak kontrol edilen bir düzenlemede bu daha kolay olsa da merkezi olmayan bir sistem için de mümkündür ancak hükümet katmanları içinde resmi hesap verebilirlik yapısının olmadığı ve yerelin ARA için merkeze karşı sorumlu olmadığı Güney Afrika gibi ülkelerde ise çok daha zordur. Vaka incelemeleri güçlü bir yerel ARA'nın, gözetim ve uygulama rolü oynayan güçlü bir merkezi yönetim olduğunda daha olası olduğunu göstermektedir. Her bir hükümet seviyesinin rollerini ve sorumluluklarını açıkça ortaya koyan ARA mevzuatı, ARA etkinliklerinin pratikte üstlenildiğini garanti etmez. Hem Güney Afrika'da hem de Kolombiya'da mevzuat zayıf bir şekilde uygulanmaktadır ve Mozambik'te ise herhangi bir mevzuat bulunmamaktadır. Bu sebeple ARA için performans değerlendirme gibi yetkililerin sorumluluklarını ciddiye almalarını sağlayan uygulamalar oluşturmak önemlidir. Yerel politika yapıcılar; afet riskine olan coğrafi yakınlıkları, afetle ilgili can ve mal kayıplarından sorumlu bırakılmaları ve bütçeleri için ARA'nın afete müdahaleden çok daha maliyet etkili olduğu konusundaki farkındalıkları ile teşvik edilebilir (Scott & Tarazona, 2011).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

İncelenen çalışmalarda devölüsyonun yerel yönetim bölgelerinde; kamusal sağlık hizmetinden memnuniyeti, sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı, doğum öncesi bakıma erişim, doğumda beklenen yaşam süresi) iyileşmeyi, gelir düzeyini ve pandemi ve afetler gibi olası halk sağlığı krizlerine müdahale kapasitesini artırdığı belirlenmiştir. Ancak bu artışlar sağlanırken yerel yönetim bölgeleri arasındaki gelir ve sağlık eşitsizliklerinden etkilenildiği ya da bu tip eşitsizliklere neden olduğu da gözlenmiştir.

Yetki devredilmiş yerel yönetimlerdeki hizmet sözleşmeleri devölüsyonun amacına uygun olarak halkın

sağlık gereksinimlerini yansıtabilir ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine toplum katılımını artırabilir. Ulusal hükümet, yerel hükümetlere finansmanı bölgelerin gereksinimlerine göre adil bir şekilde dağıtabilir. Yerel hükümetlerin de ulusal hükümet fonları dışında kendi içsel gelir kaynaklarını artırması ve ekonomisini büyütme çalışması önerilir. Yerel hükümetler kendilerine devredilen idari ve mali yetkilerin düzeyi her ne olursa olsun toplum sağlığını ve sağlığın sosyal belirleyicilerini iyileştirecek politikalar üretmeye gereken önceliği vermelidir. Merkezi hükümetler de devölüsyon politikalarını oluştururken ve uygularken sadece ekonomik büyümeye ve bölgeler arasındaki ekonomik eşitsizlikleri azaltmaya odaklanmamalı aynı zamanda sağlık eşitsizliklerini de en aza indirmeyi amaçlamalıdır.

Pandemi ve afetler gibi olası halk sağlığı krizlerinde yetki devredilmiş yerel hükümetlerin bu konulara güçlü bir siyasi ilgi ve bağlılık duyması sağlanabilir. Bunun için de yerel politika yapıcılara; bölgede kendilerinin de yüksek risk altında olduğu ve oluşabilecek can ve mal kayıplarından öncelikle kendilerinin sorumlu olduğu farkettilerilebilir, seçmenler baskı oluşturabilir, medya tarafsız bir katılım gösterebilir, akademik destek verilebilir, yeterli teknik ve finansal kapasite sağlanabilir, koruyucu ve risk azaltıcı hizmetlerin pandemi ve afetler gibi krizlere müdahaleden daha maliyet etkili olduğuna ilişkin kanıta dayalı analizler sunulabilir. Bölgelerde risk altında bulunan konularla ilgili yurttaş eğitiminin ve kamu bilincinin yüksek düzeyde tutulması önerilir. Merkezi yönetimin de güçlü bir gözetim ve uygulama mekanizması olmalıdır.

Devölüsyonun; yerel yönetim bölgelerinde sağlık sonuçlarına olumlu ya da olumsuz etkisini, bölgeler arasındaki gelir ve sağlık eşitsizlikleriyle etkileşimini ve devredilen idari/mali yetkilerin boyutuna göre sağlık sonuçlarında oluşturduğu farkı anlayabilmek için daha kapsamlı ve ayrıntılı araştırmalar yapılması önerilir.

## KAYNAKÇA

- Abrigo, M. R., & Ortiz, D. A. (2018). Devolution of Health Services, Fiscal Decentralization, and antenatal care in the Philippines. PIDS Discussion Paper Series, 42.
- Baş, K., & Sur, H. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon ve Türkiye'deki Uygulamaları. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 3(2), s. 69-87.
- Belek, H., & Belek, İ. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon. Toplum ve Hekim, 12(78), s. 44-53.
- Bergström, T., Kuhlmann, S., Laffin, M., & Wayenberg, E. (2022). Special issue on comparative intergovernmental relations and the pandemic: how European devolved governments responded to a public health crisis. Local Government Studies, 48(2), s. 179-190.
- Britteon, P., Fatimah, A., Lau, Y.-S., Anselmi, L., Turner, A. J., Gillibrand, S., ... Sutton, M. (2022). The effect of devolution on health: a generalised synthetic control analysis of Greater Manchester, England. The Lancet Public Health, 7(10), s. e844-e852.

### Çebi ve Piyal: Devolusyon ve sağlık

- Cavalieri, M., & Ferrante, L. (2016). Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from infant mortality in Italy. *Social Science & Medicine*, 164, s. 74-88.
- Costa-Font, J., & Ferrer-i-Carbonell, A. (2022). Does devolution influence the choice and quality of public (vs private) health care? *Journal of Economic Behavior & Organization*, 202, s. 632-653.
- Devolution, federalism and a new constitution for the UK. (2014). Ocak 26, 2023 tarihinde Public Law for Everyone: <https://publiclawforeveryone.com/2014/01/08/devolution-federalism-and-a-new-constitution-for-the-uk/> adresinden alındı
- Devolution: what is it and what powers would cities get? (2015). Ocak 26, 2023 tarihinde Channel 4 News: <https://www.channel4.com/news/devolution-manchester-george-osborne-powers-cities-bill-northern-powerhouse> adresinden alındı
- Hayran, O. (2017). Sağlık reformlarının başarısı açısından desantralizasyon-resantralizasyon d6ngüsü ve 6lkemizdeki durum. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1(1), s. 1-6.
- Kimani, J. M., & Moi, E. (2022). Determinants of quality of healthcare delivery in devolved systems: A case study of Lamu County, Kenya. *International Academic Journal of Arts and Humanities*, 1(3), s. 85-101.
- Plessis, R. d., Milton, B. S., & Barr, B. (2019). Devolution and the regional health divide: a longitudinal ecological study of 14 countries in Europe. *Journal of Public Health*, 41(1), s. 3-9.
- Rubio, D. J. (2011). The impact of decentralization of health outcomes: evidence from Canada. *Applied Economics*, 43(26), s. 3907-3917.
- Scott, Z., & Tarazona, M. (2011). Study on disaster risk reduction, decentralization and political economy. Oxford Management Policy, Oxford, UK: United Nations.
- Soto, V. E., Farfan, M. I., & Lorant, V. (2012). Fiscal decentralisation and infant mortality rate: The Colombian case. *Social Science & Medicine*, 74(9), s. 1426-1434.