



SAğLIK PROFESYONELLERİ ARAşTIRMA DERGİSİ

JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH

J HEALTH PRO RES

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE SAğLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH

J HEALTH PRO RES

CİLT 6 SAYI 3 YIL 2024/ VOL 6 NO 3 YEAR 2024

İÇİNDEKİLER

	DANIŞMA KURULU	i
	YAZARLARA BİLGİ	iii
	ARAŞTIRMA MAKALELERİ	
1	Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Algıları ile Risklere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi	151-163
	Hamide COŞKUN ERÇELİK, Tuğçe ÇAMLICA, Vildan KAYA, Erdoğan TAŞCIOĞLU, Fatma BÜLBÜL, Alper ÖZSEVEN, Ramazan UYSAL, Muhammet KARADENİZ, Ali ŞENKAYNAĞI, Didem EKER, Betül ŞAVRAN, Sabriye ERCAN, Rasih YAZKAN	
2	Hastane Çalışanlarının Bireysel Yaratıcılık Düzeyleri ve Organizasyondaki Yenilikçi İklim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	164-176
	Yasemin ASLAN, Havva Nur ATALAY, Erkan YETER	
3	Koronavirüs Pandemisinin Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi	177-183
	Tuğba SOLMAZ, Yunus Emre KUYUCU	
4	Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Online Eğitime Bağlı Adaptasyon, Fiziksel Aktivite ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi	184-194
	Hülya YILMAZ ÖNAL, Fulya İLAYDA ALINLI, Enes TEKELİ, Yusuf YAVUZ, Kardelen YOLDAŞ, Müveddet Emel ALPHAN	
5	The Relationship of Emergency Contraception Knowledge of Young Individuals with Family Planning, Sexual and Reproductive Health Attitudes: A Cross-Sectional Study	195-206
	Fatma Şule BİLGİÇ	
6	The Effect of Religious Attitudes of Nursing Students on Their Perceptions of Spiritual Support	207-214
	Selda YÜZER ALSAÇ, Rukiye HÖBEK AKARSU	
	DERLEME	
7	Doğum Korkusunu Azalt, Anne- Bebek Bağlanmasını Arttır Haptonomi Uygulaması: Geleneksel Derleme	215-224
	Burcu KÜÇÜKKAYA, Hafsa Kübra IŞIK	

DERGİNİN SAHİBİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

BAŞ EDİTÖR
Prof. Dr. Kemalettin AYDIN

EDİTÖR
Prof. Dr. Arzu İRBAN

Doç. Dr. Esra PEHLİVAN

ALAN EDİTÖRLERİ

Dr. Bertuğ SAKIN
Dr. Elvan YILMAZ AKYÜZ
Dr. Fatma KANTAŞ
Dr. Fatmagül VAROL
Dr. Handan ÖZCAN
Dr. Hilal ARSLAN
Dr. Hülya YÜCEL
Dr. Mediha Demet OKUDAN
Dr. Ümmügülsüm AYSAN
Dr. Selma ERCAN DOĞRU
Dr. Serap TEPE
Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Dr. Zahra POLAT

SEKRETERYA / MİZANPAJ EKİBİ

Arş. Gör. Ahmet GÖKCAN
Arş. Gör. Ahsen ERİM
Arş. Gör. Ahsen KARTAL
Arş. Gör. Aleyna BULUT
Arş. Gör. Ayşe Derya SARAÇOĞLU
Arş. Gör. Beyza PEHLİVAN BOZOĞLU
Arş. Gör. Büşra HIZLIOL
Arş. Gör. Büşra TEKİN
Arş. Gör. Ceyhan TURHAN
Arş. Gör. Ebru YILDIZ
Arş. Gör. İzel DEMİRHAN
Arş. Gör. Mert KILIÇ
Arş. Gör. Nihal DAĞ
Arş. Gör. Pınar BAŞTÜRK MERÇ
Arş. Gör. Sema AKER
Arş. Gör. Yasemin Tuğba ÖĞÜNÇ
Uzm. Fzt. Mehmet Burak UYAROĞLU

DANIŞMA KURULU

Dr. Abdullah Targil	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Dr. İlkem Kara	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Abdülkadir Yeler	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	Dr. İpek Yeldan	İstanbul Üniversitesi
Dr. Ahmet Zeki İzgöer	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. İsmail Barış	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Alev Keser	Ankara Üniversitesi	Dr. Joseph Akanuwe	Lincoln University
Dr. Ali Rıza Abay	Yalova Üniversitesi	Dr. Melih Zeren	İzmir Bakırçay Üniversitesi
Dr. Alis Kostanoğlu	Bezmialem Üniversitesi	Dr. Mendane Saka	Başkent Üniversitesi
Dr. Arzu Razak Özdiñler	Biruni Üniversitesi	Dr. Muhittin Tayfur	Başkent Üniversitesi
Dr. Asiye Ayar Kocatürk	Medipol Üniversitesi	Dr. Murat Baş	Acıbadem Üniversitesi
Dr. Aydan Ercan	Trakya Üniversitesi	Dr. Murat Konca	Çankırı Üniversitesi
Dr. Aysel Yıldız	Marmara Üniversitesi	Dr. Mustafa Yılmaz	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Aysun Yüksel	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nazan Karahan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Ayşen Köse	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Nazlı Baltacı	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Dr. Besey Ören	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nebile Özmen	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Binnur Okan Bakır	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Necla Dalbay	İstanbul Aydın Üniversitesi
Dr. Birol Tibet	TÜSEB	Dr. Neriman Çağlayan Keleş	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Buket Akıncı	Biruni Üniversitesi	Dr. Neriman Zengin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Demet Tekin	Fenerbahçe Üniversitesi	Dr. Neşe Kaya	Erciyes Üniversitesi
Dr. Derya Yüksel Koçak	Hitit Üniversitesi	Dr. Nevin Şahin	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Dilber Coşkunsu	Fenerbahçe Üniversitesi	Dr. Nezihe Kızılkaya Beji	Biruni Üniversitesi
Dr. Elif İşlek	TÜSEB	Dr. Nilgün Avcı	Biruni Üniversitesi
Dr. Elvan Yılmaz Akyüz	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Emel Tahir	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nuran Aydın	Medipol Üniversitesi
Dr. Emine Koç	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nurgül Karakurt	Atatürk Üniversitesi
Dr. Ergül Aslan	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Özge Küçükerdönmez	Ege Üniversitesi
Dr. Esra Pehlivan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Özgür Sarı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Esra Yücel	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Ramazan Erdem	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Fatih Özbey	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Rasmi Muammer	Yeditepe Üniversitesi
Dr. Fatma Deniz Sayiner	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Dr. Rengin Demir	İstanbul Üniversitesi
Dr. Fatma Eren Aydın	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Rıza Korhan Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Feryal Subaşı	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Rukiye Hobek Akarsu	Bozok Üniversitesi
Dr. Gamze Akbulut	Gazi Üniversitesi	Dr. Rüştü Uçan	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Göksel Demir	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Saadet Yazıcı	İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi
Dr. Gül Kızıltan	Başkent Üniversitesi	Dr. Semiha Aydın Özkan	Adıyaman Üniversitesi
Dr. Gülay Koçoğlu	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Dr. Semiramis Özyılmaz	Bezmialem Üniversitesi
Dr. Gülçin Bozkurt	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Serap Tepe	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Gülhan Yılmaz Gökmen	Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi	Dr. Sevgi Özalevli	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. H. Serap İnal	Galata Üniversitesi	Dr. Sevinç Yücecan	Yakın Doğu Üniversitesi
Dr. Hafize Öztürk Can	Ege Üniversitesi	Dr. Şengül Hablemitoğlu	Lefke Avrupa Üniversitesi
Dr. Hakan Değerli	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi	Dr. Tuncay Soylu	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hale Tosun	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Tülay Yılmaz	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Handan Özcan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Ümit Çıraklı	Yozgat Bozok Üniversitesi
Dr. Hanifegül Taşkiran	İstanbul Aydın Üniversitesi	Dr. Ümmügülüm Aysan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım	TÜSEB	Dr. Üyesi Esin Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Haşim Çapar	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Vahit Yiğit	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Hayrettin Mutlu	İstanbul Gedik Üniversitesi	Dr. Yasemin Aydın Kartal	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hilal Külli	Bezmialem Üniversitesi	Dr. Yasin Acar	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Dr. Huriye Tümer	İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Yeliz Dinçer	Düzce Üniversitesi
Dr. Hür Mahmut Yücer	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Yasemin Hamlacı	Sakarya Üniversitesi
Dr. Hüsnüye Dinç	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Zekiye Karaçam	Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. İlhan Tomanbay	İstinye Üniversitesi	Dr. Zekiye Turan	Sakarya Üniversitesi

YAZARLARA BİLGİ

1-DERGİNİN AMACI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yayınlanan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ kar amacı gütmeyen ve kamu yararını gözeten hakemli bir dergidir. Sağlık bilimleri ve meslekleri alanında ulusal ve uluslararası nitelikli çalışmaların yayınlanması ile sağlık profesyonellerinin gelişimine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

2-ODAK VE KAPSAM

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin amaçları doğrultusunda yayın odağında;

- Teori ve uygulama arasında köprü olan,
- Sağlık profesyonellerinin teorik eğitimine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin uygulama alanlarında gelişmelerine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin çalışma kapsamında güncel sağlık sorunlarını ve çözüm önerilerini ele alan,
- Sağlığı geliştiren, koruyan ve hastalık sürecinde uygulanan girişimleri ele alan çalışmalar yer almaktadır.

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ 'nin yayın kapsamında;

- Sağlık profesyonellerinin eğitimini geliştirmeye yardımcı olan çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin temel problemlerini ve uygulamalarını inceleyen, geliştiren çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin görev ve sorumlulukları kapsamında güncel sağlık sorunlarını irdeleyen çalışmalar
- Meta-analiz, sistematik inceleme ile büyük araştırma grupları veya örneklemelerle gerçekleştirilmiş çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin yetkileri kapsamında sağlık sorunlarını ve toplum üzerinde etkisini inceleyen çalışmalar

3-YAYIN SIKLIĞI

Uluslararası hakemli bir dergi olan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ Şubat, Haziran ve Ekim aylarında olmak üzere yılda üç kez elektronik olarak yayımlanır.

4-YAYINLAMA POLİTİKALARI

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'ne, daha önce yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş, özgün, güncel ve sağlık profesyonellerine katkı yapacak makaleler gönderilmelidir.

5-YAYIN DİLİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin yayın dili Türkçe'dir. Aynı zamanda İngilizce makaleler yayımlanır. Makalelerin yazımı dil bilgisi kurallarına uygun olmalıdır. Makaleler anlaşılır, açık ve yalın bir dil ile yabancı sözcüklerden arındırılmış olarak yazılmalıdır. Yabancı sözcük kullanımı zorunlu olduğunda yanında Türkçesi yazılmalıdır. Yazar(lar)a, makalelerin değerlendirme sürecinde editörler kurulu, hakemler ya da dil editörlerince düzeltmeler önerilebilir. Bu düzeltmelerin yapılması, yazarların sorumluluğundadır.

6-DERGİNİN BÖLÜMLERİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nde ağırlıklı olarak özgün nitelikli araştırma makaleleri (% 100 - % 80) yayımlanır. Her sayıda araştırma sayısına göre derleme makale sayısına karar verilir.

7-YAZIM KURALLARI

Sayfa Düzeni: Makale, bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. A4 dikey, Kenar boşlukları 4 yandan 2,5cm

Font: The Times Roman, Ana başlıklar 11, Metin 10 punto büyüklüğünde yazılmalıdır.

Makale türlerine göre sırasıyla aşağıdaki ana başlıklardan oluşmalıdır;

7-1. Orijinal Araştırma Makalesi: Sağlık profesyonellerinin görev yetki ve sorumlulukları kapsamında, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmamış prospektif-retrospektif ve deneysel çalışmalardır.

Yapısı:

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 250-300 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşmalı)
- Abstract (10 punto ortalama 250-300 kelime, Aim, Method, Result, Conclusion)
- Anahtar kelimeler (10 punto alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntem
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (Tablo başlıkları ve metin 10 Punto, tablo ve şekil toplam sayısı en fazla 5 olmalıdır.)

7-2. Derleme Makalesi: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından son literatürü içine alacak şekilde hazırlanmalıdır.

Yapısı:

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe)
- Abstract (Ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

7-3. Olgu Sunumu: Nadir görülen farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

Yapısı:

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe)
- Abstract (10 punto, ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (10 punto, alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

7-4. Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

7-5. Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

Yapısı:

- Başlık ve öz bölümleri yoktur.
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

7-6. Bilimsel Mektup: Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

Yapısı:

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

7-7. Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler

- Tablo başlıkları 10 Punto, ilk harfler büyük yazılmalıdır (Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler)
- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makalede kaynakların sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

7-8. Sayıların Yazılışı

Ondalık Sayıların yazımında sadece nokta kullanılmalıdır. Nokta sonrası iki sayı verilmelidir.

Örnek: 12.25; %36.74; p=0.025;

7-9. Kısaltmalar

İlk kullanımda uzun şekli yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekli verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" kaynağına başvurulabilir.

7-10. Anahtar Kelimeler

En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz:www.bilimterimleri.com).

7-11. Teşekkür

Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

7-12. Kaynaklar

Dergide kaynak yazımı Vancouver Stilidir.

Kaynaklar makalede geçiş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden önce parantez içinde belirtilmelidir. Makale içinde geçen bütün kaynaklar makalenin sonunda Kaynaklar başlığı altında yazılmalıdır. Kaynaklarda yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp İngilizce kaynaklarda “et al.”, Türkçe kaynaklarda “ve ark.” eklenmelidir. Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz). Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Kaynak yazımında aşağıda belirtilen kurallara dikkat edilmelidir.

VANCOUVER KAYNAK YAZIM STİLİ	
Metin İçinde Kaynak Gösterimi Metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasında virgül konulmalıdır. (Örnek:.....(1,2).....(2,3). Birden fazla referans beraber kullanılacaksa kaynaklar arasına virgül konulmalıdır (1,2). Peş peşe gelen referanslar kullanılacaksa araya tire konulmalıdır (1-2). Aynı kaynaktan birden fazla alıntı yapılıyorsa sayfa numarası da belirtilmelidir.	
Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterimi Metin sonunda kaynaklar metin içinde kullanıldıkları sıraya göre numaralandırılarak ayrı bir liste halinde verilmelidir.	
Dergi: Dergi isimlerinin kısaltmaları Index Medicus/Medline/PubMed listesine göre yapılmalıdır (dergilerin kısaltmaları için http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html adresinden ulaşılabilir).Dergi ismi bu listelerde yer almıyorsa tam olarak yazılmalıdır. Kaynaklarda yer alan yazar sayısı 6 ya da daha az ise hepsi yazılmalı, 7 ya da daha fazla ise 6. yazardan sonra Türkçe kaynaklarda “ve ark.”, yabancı kaynaklarda “et al.” olarak kısaltılmalıdır. Yazar isimlerinden sonra, o yazının tam başlığı, derginin adı, yıl, cilt ve sahifeler sıralanır.	
DERGİ	
Tek yazarlı makaleler	Zengin N. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi</i> 10 (1), 49-57.
Çok yazarlı makaleler	Akinci AC, Zengin N, Yıldız H, Sener E, Gunaydin B. The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. <i>Int J Nurs Pract</i> 2011;17(6), 571-582.
Yazarı verilmeyen makaleler	Cancer in South Africa [editorial]. <i>S Afr Med J</i> 1994; 84:15.
Yazarın kurum olduğu makaleler	Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik için geleceğe yönelik stratejiler. <i>Klinik Forum</i> 1992; 105: 23-5.
KİTAPLAR	
Tek yazarlı	Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research.New York: Springer publishing;2003.
2 – 6 Yazarlı	Madden R, Hogan T. The definition of disability in Australia: Moving towards national consistency. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1997.
Yazar sayısı 6’dan fazla	Rodgers P, Smith K, Williams D, et al. The way forward for Australian libraries. Perth: Wombat Press; 2002.
Editör	Kastenbaum R, editor. Encyclopedia of adult development. Phoenix: Oryx Press; 1993 Zengin N, Ören B, eds. İç hastalıkları ve kadın sağlığı (ebeler için). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,2018.
Kitap Bölümü	Zengin N. Şolt A. İmmün Sistem. İçinde: Zengin N, Ören B, Eds. İç Hastalıkları ve Kadın Sağlığı (ebeler için). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi; 2018. s. 8-20.

	Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, Eds. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: RavenPress; 1995. p.465-78.
Kongre / Sempozyum özet bildirileri	Kar S, Zengin N. KOAH' ılı hastalarda öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisi. 1..Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi; 25-27 Kasım 2018; Antalya
Tez	Zengin N. Antikoagulan tedavinin İzlenmesinde iki farklı kan alma yöntemi: vena ponksiyon ve periferik venöz kateter. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. 1999.
Yazarın kurum olduğu kitaplar	Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington: TheInstitute; 1992. p. 567-98. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003. s. 56-72.
İNTERNET KAYNAKLARI	
CD Rom Kitaplar	The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford UniversityPress; 1992. Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts K, Walter P. Molecular Biology of the Cell [CD-ROM]. 4th ed. New York, NY: Garland Science; 2002.
İnternet kitap	Yazar (lar). Bölüm başlığı İçinde: Editör (ler). Kitap başlığı. [Baskı numarası, ikinci veya üzeri ise; ilk basımdan baskı gerekli değildir]. Yayıncının Şehri, (veya ülkesi): Yayıncının adı; telif hakkı yılı: dahil sayfalar. URL: [URL sağlayın ve bağlantının hala yayınlanma süresine en yakın şekilde çalıştığını doğrulamın]. Erişim [tarih]. Resnick NM. Geriatric medicine. In: Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, et al, eds. Harrison's Online. Based on: Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
İnternet Dergi	Reid DB. Australian association of doctors' health advisory services. Med J Australia [serial online]. 2005 [cited 2006 Mar 28];182(5):255. Available from: Health and Medical Complete LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL:http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm. September 26, 1996.
Web Sayfası	Yazar (lar), eğer verilmiş ise (çoğunlukla hiçbir yazar verilmez). Atfta bulunulan konunun adı (belirtilmemişse, siteden sorumlu kuruluşun adını kullanın). Web sitesinin adı. URL [URL]. Yayınlanma tarihi. Güncellenme tarihi. Erişim tarihi. World Health Organization. Major NCDs and their risk factors.. https://www.who.int/ncds/introduction/en/ . Erişim tarihi 15.04.2019].
İnternette Alınan Kaynak	Covell K. 2007. [4 screens]. URL: http:// www.voicesforchildren.ca/index. April 24, 2007.
Elektronik dergi	LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL:http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm. September 26, 1996.
Kurum Raporları	Department of Health and Ageing. Ageing and aged care in Australia [Internet]. 2008 [cited 2008 November 10]. Available from: http:// www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing
İkincil Kaynaklar	Jones C. Hypotheses. 2008. Cited by: Smith J. Analysing Hypotheses. Penrith: University of Western Sydney; 2009:2.

8. MAKALE GÖNDERME

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAşTIRMA DERĐİSİ'ne makale başvurusu yapacak yazar(lar) <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresindeki dergi yönetim sistemine üye olarak makalelerini sisteme yükleyebilirler.

8-1. Telif Hakkı Devri

Yazarlar makalelerinin telif haklarını, makale başvurusu sırasında devretmek zorundadır. Bunun için "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurarak tüm yazarlar imzalar ve PDF olarak makaleyle birlikte TÜBİTAK ULAKBİM DERĐPARK sistemine (<http://ulakbim.gov.tr/auebfd>) yükler. Editörler Kurulu, makalenin yayımlanmasında yetkilidir. Ayrıca yazarların telif hakkı dışında kalan patent hakları, dersleri, sunumları ve kitap çalışmalarında makaleyi ücret ödemeksizin kullanabilme hakkı, satmamak koşuluyla kendi amaçları için makaleyi çoğaltma hakkı, postayla veya elektronik yolla dağıtma hakkı saklıdır. Ayrıca makalenin herhangi bir bölümünün başka bir yayında kullanılmasına Dergiye atfta bulunulması koşuluyla yazarına izin verilir. "Telif Hakları Tutanağı"nı makale başvurusu ile sisteme yüklemeyen yazarların makalelerine işlem yapılmaz. Telif hakkı devri yalnız SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAşTIRMA DERĐİSİ'nde yayımlanan makaleler için geçerlidir; yayımlanmayan makalelerin telif hakkı yazarlarındır.

9. KÖR HAKEMLİK VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ

9-1. Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne başvurusu yapılan makaleler, yazar ve hakem kimliklerinin gizlendiği, yazarların hakemlerin kim olduğunu hakemlerin yazarların kim olduğunu bilmediği **İKİ YÖNLÜ KÖR HAKEMLİK** süreciyle şu aşamalarda değerlendirilmektedir.

9-2. Ön İnceleme ve Ön Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne gönderilen makaleler ön incelemede editörlerce değerlendirilir. Bu adımda, dergisinin amaçlarına, kapsamına ve yayın politikalarına uymayan, yazıldığı dil ve anlatım kurallarına uygun olmayan, yöntem açısından hata bulunan, özgün olmayan, benzerlik oranı yüksek olan makaleler reddedilir.

9-3. Benzerlik-Özgünlük Denetimi

Yayın etiği, başvurusu yapılan makale ile yayım aşamasına gelen her makalenin benzerlik-özgünlük durumunu belirlemek amacıyla **İNTİHAL DENETİMİNDEN** geçirilmesini zorunlu tutar. Benzerlik-intihal denetimi **ITHENTICATE** programıyla yapılır, raporu alınır. Editörler Kurul'unca makalede saptanan hataların yazar(lar) tarafından düzeltilmesi de istenebilir, ancak benzerlik oranı % 20'den fazla olan makaleler reddedilir ve yazar(lar)ı bilgilendirilir.

9-4. Ön Değerlendirme

Ön inceleme sürecini tamamlayan makaleler makalenin konusu ile ilgili olan **ALAN EDITÖRÜNE** iletir. Alan editörüne gönderilen makaleyi inceler. Bu incelemede uygun bulunmayan makale gerekçe ile editöre sunulur. Alan editörü Dergiye uygun bulunduğu makalelerin hakem inceleme sürecini başlatır. Alan editörü makalenin sürecini izler.

9-5. Hakem Süreci

Alan editörü makaleyi değerlendirmesi için **en az İKİ HAKEME** iletir. Yazar(lar)ın görev yaptığı kuruluştan, yazar(lar)la çatışma ve çıkar birliği bulunanlardan, alanı makaleyle ilgili olmayanlardan, tez danışmanı ya da tezin jüri üyelerinden hakem atanmasına özen gösterilir. Derginin bir sayısında aynı hakeme değerlendirilmesi için bir makaleden fazla makale gönderilmez.

Hakem değerlendirmesi; makalenin bilimsel açısından incelenmesi, özgünlüğü, yöntemi, etik ilkelere uygunluğu, sonuçlarının tutarlı biçimde sunumuna, atıfların ilkelere uygunluğu, kaynakça ile atıfların tutarlılığına dayanır. Hakem değerlendirme süreci için hakemlere bir ay süre verilir, hakemin istemi doğrultusunda gerektiğinde süre uzatılabilir. Hakemler makaleyi değerlendirdikten sonra, makaleyle birlikte gönderilmiş olan, araştırma makalesi için "Araştırma Makalesi Değerlendirme Formu"nu, derleme makale için ise "Derleme Makalesi Değerlendirme Formu"nu doldurmaları gerekir. Hakemler, ayrıca makale üzerinde düzeltme önerilerini belirtebilirler. Hakemlerden ve/ya da editörlerden gelen düzeltme önerileri doğrultusunda yazarlarca üç hafta içinde "Makale Düzeltme Raporu" hazırlanması gerekir. Yazarlar bu raporda, yapılması önerilen düzeltmelerden yaptıklarını ve yapmadıklarını gerekçeleriyle belirtirler, sonra düzeltilmiş makaleyle birlikte elektronik başvuru sistemine yüklerler. Düzeltmeleri görmek isteyen hakemlere, düzeltilmiş makale gönderilir. Hakemler ya da editörlerce, yazarlardan birden fazla düzeltme istenebilir. Yazar(lar)ın bu düzeltmeleri yapmaları beklenir.

9-6. Değerlendirme Sonucu ve Editörler Kurulu Kararı

Hakemlerden gelen görüşler ile varsa yazarlardan gelen düzeltme raporu, editör tarafından incelenir. Bu inceleme sonucunda, editör, makalelerle ilgili kararı oluşturmak üzere Editörler Kurulu'na toplantıya çağırır. Editörler Kurulu, alan editörü ve hakemlerin görüşleri doğrultusunda makaleleri görüşerek son kararını verir. Editör, yayımlanmasına karar verilen makalelerle ilgili Fakültesi Yönetim Kurulu'na yazılı olarak bilgi verir. Yayımlanmasına karar verilen makalelerin sayfa düzenlemesi (mizanpajı), Fakültesi elemanlarınca yapılır. Böylece yayımlanacak makalelerin biçim açısından bir örnek ve birbiriyle tutarlı olmaları sağlanır. Sayfa düzenlemesi yapılan makaleler dil editörlerince (Türkçe, İngilizce) incelenir, gerekliyse yazarlardan düzeltme istenir. Düzeltmeleri tamamlanarak yayım aşamasına gelen makalelerin son kez benzerlik- intihal denetimi yapılır, makale genel olarak bir kez daha gözden geçirilerek yazarlarından "basılabilir" onayı alınır.

9-7. Değerlendirmeye İtiraz Hakkı

Bir makale ile ilgili verilen karara, yazar(lar)ın itiraz hakkı vardır. Yazar(lar), Editörler Kurulu kararına yönelik itiraz gerekçelerini kantlarıyla ve kaynak göstererek <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresine bir iletiyle bildirebilirler. Yazar(lar)ın itirazı, Editörler Kurul'unca incelenerek yazar(lar)ya yanıt verilir. İtiraz haklı bulunursa, Editörler Kurulu yeni hakemlerle değerlendirmeyi yeniden başlatır.

9-8. Atıf ve Kaynakça Denetimi

Makalelere atıfların doğru ve eksiksiz verilmesi zorunludur. Bu denetim, önce değerlendirme sırasında hakemlerce, sonra benzerlik-intihal (iThenticate) programı sonucuna göre editörlerce yapılır.

- Kaynakça, vancouver biçimi kaynak yazımına uygun olmalıdır.
- Metinde yararlanılan kaynakların, kaynakçada eksiksiz ve doğru biçimde verilişip verilişmediği denetlenir. Kaynakçadaki her kaynağa ilişkin metin içindeki atıflar uygun biçimde yapılmadıysa düzeltilir.
- Metin içindeki atıfların, yollama ilkelerine uygun biçimde yapılar yapılmadığı denetlenir, eksik ya da hatalı olanlar düzeltilir.
- Türkçe makaleler için Türkçe, İngilizce makaleler için İngilizce kaynak gösterme ilkeleri temel alınır.

9-9. Makaleyi Geri Çekme

Editörler Kurulu, değerlendirme sürecindeki bir makaleyi yazar(lar)ın geri çekme istemini aldığı anda, kısa sürede inceleyerek yazar(lar)ya yazılı yanıt verir. Yazar(lar), değerlendirme sürecinde, makaleyi çekmek için editörle işbirliği yapmakla yükümlüdür. Başvurusu yapılmış bir makalenin geri çekilme istemi Editörler Kurulu'nca onaylanmadıkça, yazar(lar) makalesini başka bir dergiye gönderemez. Değerlendirme sürecindeki bir makalenin geri çekilme isteminde bulunmak isteyen yazar(lar), <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> ileti adresiyle Editörler Kurulu'na iletir. Editörler Kurulu, makale çekme istemini kısa sürede inceleyerek kararını yazar(lar)ya bildirir.

ETİK SORUMLULUKLAR VE POLİTİKALAR

Yayın süreci bilimsel yöntemle yansız biçimde bilginin üretilmesi, geliştirilmesi ve paylaşılmasına dayanır. Yayıncı, editörler, yazarlar, hakemler ve okuyucuların etik ilkelere uymaları gerekir. Bu kapsamda Yayın Etiği Komitesi'nin (Committee on Publication Ethics, COPE) açık erişimde yayınladığı kılavuzlar ve politikalar doğrultusunda (COPE Davranış Kuralları ve Dergi Editörleri İçin En İyi Uygulama Kılavuzları; "Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors" ve "COPE Best Practice Guidelines for Journal

Editors”) süreci sürdürmeleri gerektirmektedir. Makalelerde kullanılan verilerin manipüle edilmesi, çarpıtılması ve uydurma verilerin kullanılması gibi durumlar tespit edilirse makale red edilecektir.

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEM bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim” linkindeki ek dosyalar bölümden, gönderilmelidir. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Alguları ile Risklere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Health Workers' Occupational Health and Safety Risk Perceptions and Attitudes towards Risks

Hamide COŞKUN ERÇELİK¹, Tuğçe ÇAMLICA², Vildan KAYA³, Erdoğan TAŞCIOĞLU⁴, Fatma BÜLBÜL⁵, Alper ÖZSEVEN⁶, Ramazan UYSAL⁷, Muhammet KARADENİZ⁸, Ali ŞENKAYNAĞI⁹, Didem EKER¹⁰, Betül ŞAVRAN¹¹, Sabriye ERCAN¹², Rasih YAZKAN¹³

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği risk algularının ve algıladıkları risklere karşı tutumlarının belirlenmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan çalışma, bir üniversite hastanesinde görev yapan 366 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Veriler, anket formu aracılığıyla çevrimiçi ortamda (Google Form) toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümü çalışanların demografik ve işle ilgili özelliklerini, ikinci bölümü iş sağlığı ve güvenliği risk algısını, üçüncü bölümü ise çalışanların iş sağlığı ve güvenliği risk tutumlarını ölçen sorulardan oluşmaktadır. Verilerin analizinde IBM SPSS v.23 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının %33,9'unun çalıştığı birimin risk düzeyini yüksek algıladığı bulunmuştur. Bununla birlikte, katılımcıların %25,7'sinin iş kazası geçirme riski algısının, %35,2'sinin meslek hastalığına yakalanma riski algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının algıladıkları riskler arasında ilk üç sırada enfeksiyon (%79,7), stres (%78,6) ve kesici-delici alet yaralanması (%66,6) yer almaktadır. Katılımcıların iş sağlığı ve güvenliği risk tutumlarının iyi düzeyde [43,87±5,11 (min-maks: 11-55) puan] olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma ortamındaki iş sağlığı ve güvenliği risk algularındaki farklılıklara rağmen sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risk altında olduğu bulunmuştur. Etkili bir risk yönetimi için kurum yöneticilerinin yanı sıra sağlık çalışanlarının da sorumluluk alması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş güvenliği; İş sağlığı; Tutum; Sağlık çalışanları.

ABSTRACT

Aim: This study aims to determine occupational health and safety risk perceptions of health workers and their attitudes toward the perceived risks.

Method: The descriptive and cross-sectional study was conducted with 366 healthcare professionals in a university hospital. Data were collected online (Google Forms) via a questionnaire. The first part of the questionnaire is demographic and work-related characteristics of health workers, the second part is the perception of occupational health and safety risk, and the third part consists of questions measuring occupational health and safety risk attitudes. IBM SPSS v.23 package program was used to analyze the data.

Results: 33.9% of the health workers perceived the unit's risk level as high. 25.7% of the participants had a high perception of the risk of having an occupational accident, and 35.2% had a high perception of the risk of contracting an occupational disease. Infection (79.7%), stress (78.6%) and percutaneous injury (66.6%) are in the first three ranks among the risks perceived by healthcare professionals. It was found that the occupational health and safety risk attitudes were at a good level [43.87±5.11 (min-max: 11-55) score].

Conclusion: Despite the differences in occupational health and safety risk perceptions in the working environment, it has been found that a significant portion of health workers are under physical, chemical, biological, ergonomics and psychosocial risks. For effective risk management, health professionals also need to take responsibility in addition to the institution's managers.

Keywords: Attitude; Medical staff; Occupational health; Occupational safety.

Geliş Tarihi/Recieved: 02.05.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 28.06.2024. **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Availible Online Date:**31.10.2024 **DOI:** 10.57224/jhpr.1476984.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, hamidecoskun@sdu.edu.tr, 0000-0003-1237-7019.

² Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Isparta, tugceayar94@gmail.com, 0000-0003-1940-1181.

³ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Isparta, vildan_celik_09@hotmail.com, 0000-0001-9668-757X.

⁴ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hastane Müdürlüğü, Isparta, erdogantascioglu@sdu.edu.tr, 0009-0008-2507-7959.

⁵ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Isparta, fatmabulbul@sdu.edu.tr, 0009-0007-4715-9157.

⁶ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Isparta, alperozseven@sdu.edu.tr, 0000-0001-6128-6426.

⁷ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, Isparta, ramazanuyul1986@gmail.com, 0009-0001-0650-0458.

⁸ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, Isparta, muhammetkaradeniz@sdu.edu.tr, 0009-0003-5902-7793.

⁹ Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Isparta, alisenkaynagi@sdu.edu.tr, 0000-0003-2197-1634.

¹⁰ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Kalite Yönetimi, Isparta, didemeker@sdu.edu.tr, 0009-0001-6959-1211.

¹¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, betulsavran@sdu.edu.tr, 0009-0004-1878-7494.

¹² Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Ana Bilim Dalı, Isparta, sabriyeercan@gmail.com, 0000-0001-9500-698X.

¹³ Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Isparta, rasihyazkan@sdu.edu.tr, 0000-0002-7369-6710.

Sorumlu yazar/Correspondence: Hamide COŞKUN ERÇELİK.

Cite this article as: Coşkun Erçelik H, Çamlıca T, Kaya V, Taşcıoğlu E, Bülbül F, Özseven A, Uysal R, Karadeniz M, Şenkaynagi A, Eker D, Şavran B, Ercan S, Yazkan R. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Algıları ile Risklere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. J Health Pro Res 2024;6(3):151- 163.

Giriş

Sağlık çalışanlarının, sağlık sisteminin yapı taşı olduğu ve sayıca önemli bir popülasyonu oluşturduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün küresel sağlık iş gücü verileri 65,1 milyon sağlık çalışanının sağlık sistemine katkı sunduğunu bildirmektedir (1). Kaliteli bakımı ve üretken bir sağlık iş gücünü sürdürmek için iyi işleyen sağlık sistemlerine ve sağlık çalışanlarının öncelikle kendi sağlıklarının korunmasına ihtiyaç vardır (2). Nitekim COVID-19 pandemisinin ilk 18 ayında yaklaşık 115.500 sağlık çalışanının COVID-19 virüsü nedeniyle hayatını kaybetmesi sağlık çalışanlarının sağlığının, güvenliğinin ve esenliğinin korunmasının önemini ortaya koymaktadır (3).

Sağlık çalışanları, işyerlerinde hemen hemen her gün bir dizi mesleki riskle karşılaşmaktadır. Bu riskler; kesici-delici alet yaralanmaları; zemine bağlı kayma, düşme ile yaralanma; egzama; hepatit B, hepatit C, HIV,

AIDS ve COVID-19 gibi enfeksiyonlara maruziyet; varis, kronik bel ağrısı, stres, psikolojik hastalıklar, gürültü, yangın, sitotoksik ajanlara maruziyet ve radyasyon vb. olarak sıralanabilir (4-8).

Sağlık çalışanları arasında iş sağlığı tehlikelerinin yaygınlığı; kişisel koruyucu ekipman eksikliği, çalışma saatlerinin uzunluğu, gece vardiyasında çalışma ve sağlık kuruluşunda etkin liderliğin olmaması gibi bir dizi faktörden etkilenmektedir (9). Mesleki risklerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması için gerekli olan önlemlerin alınmasından, yani iş sağlığı ve güvenliği (İSG) yönetiminden yasal olarak işverenler ve yöneticiler sorumludur. Ancak; sağlık ve iyilik halinin sürdürülmesi, hastalıkların ve kazaların önlenmesi için sağlık çalışanlarının da yönetimle iş birliği yapma ve önlem alma sorumluluğu bulunmaktadır (10).

Sağlık çalışanlarının İSG için sorumluluk alabilmesi; çalıştıkları ortamdaki riskleri

algılaması, risk düzeyini (düşük-orta-yüksek) sınıflayabilmesi, algıladıkları risklere karşı koruyucu ve önleyici tutum geliştirebilmesi ile yakından ilişkilidir. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği risk algılarının ve algıladıkları risklere karşı tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Elde edilen bulgular göz önünde bulundurularak yöneticilerin belirlenen risklere yönelik düzeltici-önleyici çalışmalar yapması, çalışanların ise sağlıklarını, güvenliklerini ve esenliklerini korumak için önlemlere katılma sorumluluğu alması yönünde faaliyetler geliştirilecektir. Ayrıca çalışmanın iş sağlığı ve güvenliği risk yönetimi konusunda önemli veriler sunacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği risk algılarının ve algıladıkları risklere karşı tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Tipi: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

Araştırma Soruları: Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Sağlık çalışanlarının çalışma ortamına yönelik risk algıları (risk yok, düşük, orta, yüksek) nedir?
- Sağlık çalışanlarının iş kazası geçirme risk algıları (risk yok, düşük, orta, yüksek) nedir?
- Sağlık çalışanlarının meslek hastalığına yakalanma risk algıları (risk yok, düşük, orta, yüksek) nedir?
- Sağlık çalışanlarının algıladıkları iş sağlığı ve güvenliği riskleri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği risk tutumları nasıldır?

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma; 01.06.2023–31.07.2023 tarihleri arasında Türkiye’de bir üniversitenin Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: DSÖ; doktorlar, hemşireler, ebeler, halk sağlığı uzmanları, laboratuvar teknisyenleri, sağlık teknisyenleri, tıp ve tıp dışı teknisyenler, kişisel

bakım çalışanları, toplum sağlığı çalışanları, eczacılar gibi primer sağlık personellerinin yanı sıra sağlık personeli olmayan ancak temel hedefi sağlığı iyileştirmek olan tüm kişileri (temizlik personelleri, şoförler, hastane yöneticileri, bölge sağlık yöneticileri ve sosyal hizmet uzmanları vb.) “sağlık çalışanı” olarak tanımlamaktadır (10). Bu doğrultuda araştırmanın evrenini hastanede görev yapan tüm çalışanlar (1705 kişi) oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, evreni bilinen örneklem hesaplama formülü (%95 güven aralığı, %5 hata payı) kullanılarak 314 kişi olarak belirlenmiştir. Hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşıldıktan sonra çalışma 366 kişi ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Çalışma verileri; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket aracılığıyla elde edilmiştir (5,8,11,12). Anketin kapsam geçerliliğini belirlemek amacıyla on akademisyenin (2 doktor, 5 hemşire, 3 iş sağlığı ve güvenliği uzmanı) görüşü alınmıştır (13). Lawshe tekniği kullanılarak irdelenen kapsam geçerliliğinde, ankette yer alan her bir madde için uzman görüşleri “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ve “madde hedeflenen yapıyı ölçmüyor” şeklinde üçlü derecelendirme sistemi kullanılmıştır. Görüşü alınan uzmanların verdiği derecelendirmeler dikkate alınarak hesaplanan Kapsam Geçerlik Oranları 0.80-1.00 aralığında değer alarak anketin kapsam geçerliliğini desteklemiştir (14). Anketin anlaşılabilirliği ve yanıt verilebilirliği açısından değerlendirilmesi amacıyla etik kurul onayı sonrasında farklı birimlerde görev yapan on beş sağlık çalışanı ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan kişiler çalışma grubuna dâhil edilmemiştir.

Anket formunun ilk bölümü; çalışanların sosyodemografik ve işle ilgili özelliklerini inceleyen sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm; iş sağlığına ve güvenliğine yönelik risk algısını ölçen sorulardan oluşmaktadır. Katılımcıların enfeksiyon; kimyasal maddelere maruziyet, kesici, delici alet yaralanması; zemine bağlı kayma, düşme, yaralanma; ağır tıbbi cihazların çalışanların üzerine düşmesi; bel fıtığı, varis gibi

mesleki rahatsızlıklar; yanık; yangın; zehirlenme (besin, etilen oksit, ilaç, radyasyon); elektrik çarpması; hasta ya da yakını tarafından şiddet seçeneği işaretleme yapabileceklerini belirterek yanıtlamaları istenmiştir. Bu bölümde, katılımcılar riski hangi düzeyde algıladıklarını (yüksek risk, orta risk, düşük risk, risksiz) değerlendirmiştir. Üçüncü bölüm ise çalışanların iş sağlığı ve güvenliği risk tutumlarını incelemeye yöneliktir. Bu kısım, 'Kesinlikle Katılmıyorum'dan 'Kesinlikle Katılıyorum'a uzanan görüşleri içeren 5'li Likert tipte on bir sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların verilen ifadeye katılma derecelerini belirtmeleri istenmiştir. Bu bölümden alınan puanlar 11 ve 55 aralığında değişmektedir. Puanın artması İSG risk tutumlarının olumlu yönde artışı ve çalışanların gerekli önlemleri alabildiği şeklinde yorumlanmıştır. Üçüncü bölümde yer alan 11 soruya ait Cronbach Alfa katsayısı 0,804 ve standartlaştırılmış maddelere dayalı Cronbach Alfa katsayısı 0,847 olarak hesaplanarak anket soruları güvenilir olarak değerlendirilmiştir.

Verilerin Toplanması: Araştırmanın evreni içerisinde geniş katılımcı sayısına ulaşılabilmesi için veriler çevrimiçi ortamda (Google Form) dijital anket formuyla toplanmıştır. Araştırma verilerinin gizliliğini ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla katılımcılardan kimlik bilgileri istenmemiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan (Tarih:07/06/2023, Sayı:508896) ve üniversitenin Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:23/05/2023, Sayı:105) onay alınmıştır. Tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olanlardan çevrimiçi ortamda ankete başlamadan önce onam alınmıştır. Araştırma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Araştırmanın nicel verileri IBM SPSS v.23 paket programı ile analiz edilmiştir. Shapiro-Wilk testi ile bakıldığında 0,05'in altında olduğu için normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir. Verilerin analizlerinde, tanımlayıcı testler, Monte Carlo

görme, saldırı; meslektaş ya da ekip üyeleri ile çatışma; stres; gürültü vb. risklerini birden fazla

düzeltilmeli ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Verilerin sunumu; n, % ve ort±ss sapma şeklindedir. p değeri 0,05'in altında iken anlamlı kabul edilmiştir. Anket sorularının güvenilirliğinin belirlenmesi için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısının 0,80-1,00 aralığında olması yüksek güvenilirlik düzeyi olarak kabul görmüştür.

Bulgular

Araştırmaya, yaş ortalaması 36,56 ±8,48 (min-maks: 18-54) yıl olan 366 kişi (kadın: n=214, %58,5; erkek: n=152, %41,5) katılmıştır. Sağlık çalışanlarının medeni durumları incelendiğinde %69,95 (n=256)'i evli, %25,41 (n=93)'i bekâr ve %4,64 (n=17)'ü boşanmış olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %90,4 (n=331)'ü birim çalışanı iken %9,6 (n=35)'si birim sorumlusu/amiri olarak görev yapmaktadır.

Çalışanların %61,2 (n=224)'si ağırlıklı gündüz, % 29,8 (n=109)'i ağırlıklı gece ve %9 (n=33)'ü dönüşümlü (gece ve gündüz) olarak çalışmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim aldığı bildirilenlerin oranı %93,7 (n=343) olarak belirlenmiştir. Meslek hayatı boyunca iş kazası geçirmediğini belirtenler ise %82,5 (n=302) oranındadır. Katılımcıların diğer tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Sağlık çalışanlarının, çalıştığı birimin sağlığı açısından oluşturduğu riski algılamaları değerlendirildiğinde; %48,6 (n=178)'si orta, %33,9 (n=124)'ü yüksek, %15,6 (n=57)'si düşük ve %1,9 (n=7)'ü risksiz olarak belirtmişlerdir. İş kazası geçirme riski yönünden değerlendirildiğinde; %43,7 (n=160)'si orta, %25,7 (n=94)'si yüksek, %27 (n=99)'si düşük risk algısına sahip iken; %3,6 (n=13)'si risksiz olarak değerlendirmiştir. Meslek hastalığına yakalanma riski açısından değerlendirmeleri istendiğinde ise %40,98 (n=150)'i orta, %35,25 (n=129)'i yüksek, %21,04 (n=77)'ü düşük risk algısına sahip iken; %2,73 (n=10)'ü risksiz olarak görüş bildirmiştir (Şekil 1). Katılımcıların iş sağlığı ve güvenliği risk

tutumları anketine verdikleri puan $43,87 \pm 5,11$ (min-maks: 11-55) olarak hesaplanmıştır. Sağlık çalışanlarının algıladıkları riskler arasında ilk üç

sırada enfeksiyon riski (%79,7), stres (%78,6) ve kesici, delici alet yaralanması (%66,6) yer almıştır (Şekil 2).

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

	n	%
Eğitim durumu		
İlkokul	12	3,3
Ortaokul	13	3,6
Lise	117	32,0
Ön Lisans	55	15,0
Lisans	116	31,7
Lisansüstü	53	14,5
Kurumdaki görevi		
Hemşire	118	32,2
Büro-otomasyon personeli	59	16,1
Destek hizmetleri-Temizlik personeli	57	15,6
Doktor	44	12,0
Mutfak hizmetleri personeli	43	11,7
Güvenlik görevlisi	14	3,8
Hasta ve yaşlı bakımı	10	2,7
Teknik hizmetler (Teknik servis, biyomedikal vb.)	9	2,5
İdari görevli	6	1,6
Anestezi teknisyeni	2	0,5
Sterilizasyon	2	0,5
Laboratuvar çalışanı	1	0,3
Radyasyonlu alanlarda görevli sağlık çalışanı	1	0,3
Meslekteki çalışma süresi		
0-1 yıl	36	9,8
1-5 yıl	54	14,8
5-10 yıl	55	15,0
10 ve üzeri yıl	221	60,4
Kurumda çalışma süresi		
0-1 yıl	50	13,7
1-5 yıl	63	17,2
5-10 yıl	59	16,1
10 ve üzeri yıl	194	53,0
İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimi ^a		
Hizmet içi eğitimde	207	43,1
Kurum oryantasyon eğitiminde	146	30,4
Katıldığı seminer, kurs, kongre, sempozyumda	70	14,6
Okul döneminde	57	11,9
Meslek hayatı boyunca iş kazası geçirme sıklığı		
1-2 defa	42	11,5
3-4 defa	11	3,0
5 ve üzeri defa	11	3,0

Tanımlayıcı istatistiksel analizler uygulanmıştır. Veriler, n ve % olarak sunulmuştur. ^a: Çoklu yanıt alındığı için n değeri örneklemeden büyüktür.

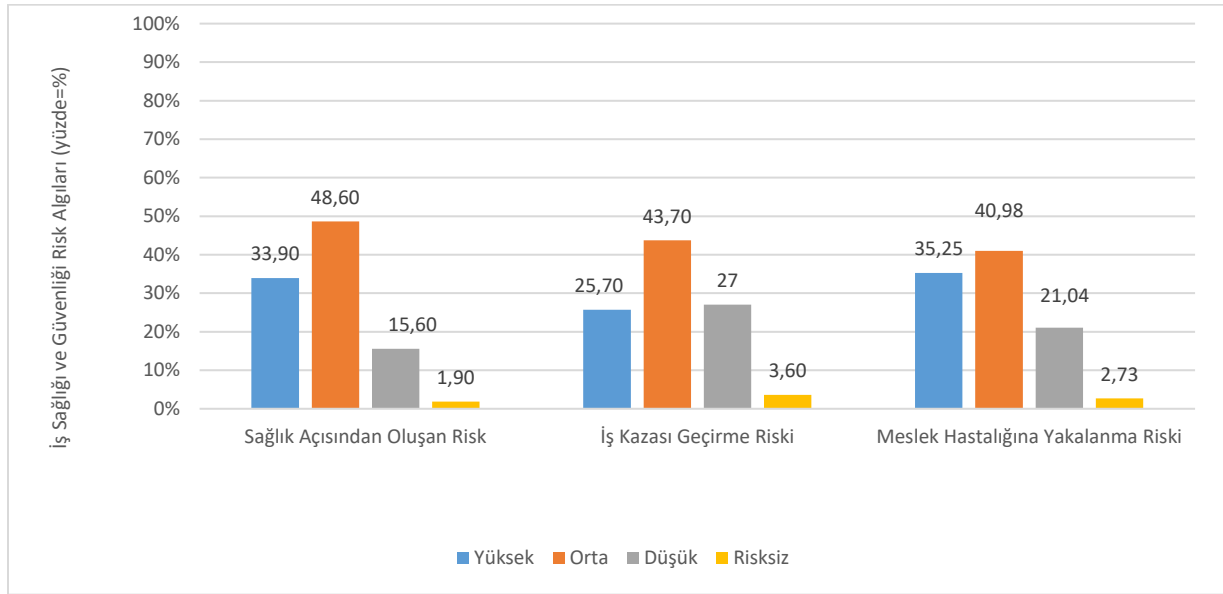
Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre risk algılarında çeşitli farklılıklar tespit edilmiştir. Kadınların erkeklere göre enfeksiyon, şiddet görme- saldırı, gürültü, meslektaş ya da ekip

üyeleri ile çatışma riskleriyle ilgili algıların daha yüksek; yanık riski algılarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur.

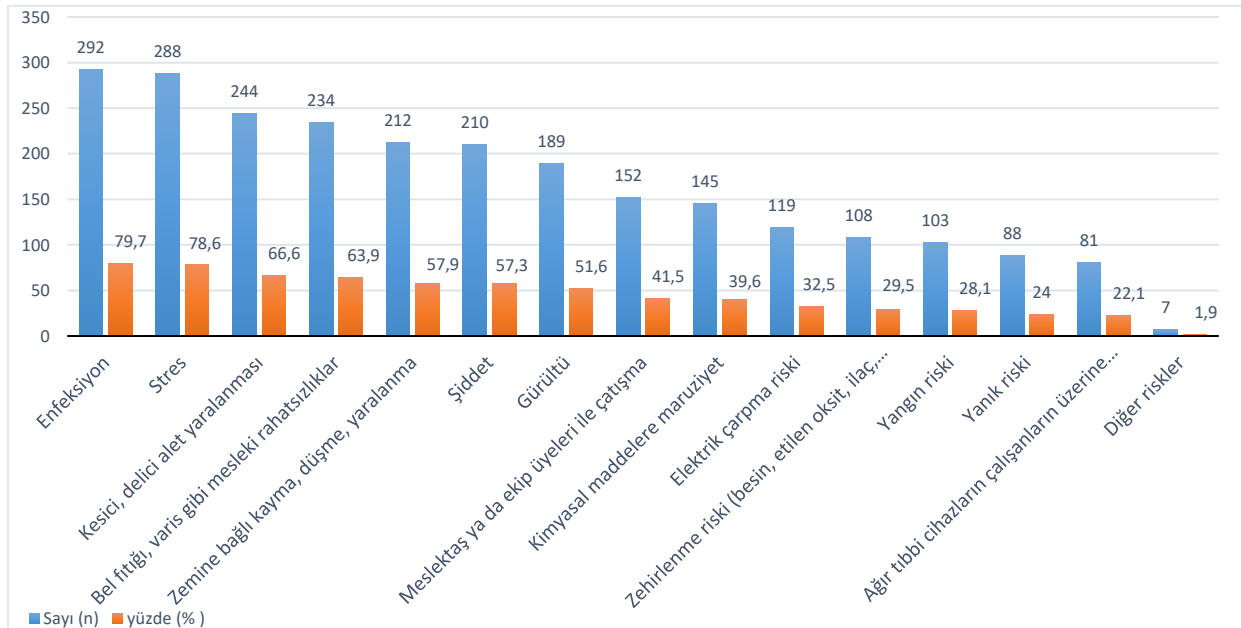
Katılımcıların risk algılarının eğitim durumlarından etkilendiği belirlenmiştir. Birim sorumlularının birim çalışanlarına göre; stres, kesici-delici alet yaralanması, zemine bağlı kayma, düşme-yaralanma, hasta ya da yakını tarafından şiddet görme-saldırı, gürültü, meslektaş ya da ekip üyeleri ile çatışma, kimyasal maddelere

maruziyet gibi riskleri daha yüksek algıladıkları bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların meslekteki çalışma süresi ve iş kazası geçirme durumlarının bazı risk algılarını etkilediği belirlenmiştir (Tablo 2). Ancak, sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile iş sağlığı ve güvenliği riski tutumları arasında fark belirlenmemiştir (Tablo 3).

Şekil 1: Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Birim ile İlişkili İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Algıları



Şekil 2. Sağlık Çalışanlarının Algıladıkları Riskler (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir)



Tartışma

Sağlık çalışanlarının (SÇ) iş sağlığı ve güvenliği düzenlemelerine uyumu, hasta güvenliği ve bakım sonuçlarıyla yakından ilgilidir (15). İş sağlığı ve güvenliği düzenlemelerine uyum ise; öncelikle çalışanların riskleri tanınmasıyla ve ikinci aşamada ise korunmayı içeren olumlu tutumların geliştirilmesiyle sağlanmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları sağlık çalışanlarının algıladıkları risklerin neler olduğunu ve bu risklere karşı tutumlarını ortaya koymaktadır.

Sağlık kurumları, İSG açısından yüksek riskli çalışma alanları olarak tanımlanmıştır (6). Bu çalışmada yer alan SÇ'lerin %33,9'u sağlıklarını etkilemesi açısından çalıştıkları birimin yüksek riskli olduğunu, %48,6'sı orta riskli olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin iş güvenliği algılarını inceleyen bir çalışmanın sonuçları; çalışma ortamlarının kalitesini orta düzeyde ve iş güvenliğini yetersiz algıladıklarını ortaya koymuştur (16). SÇ'lerin risk algısının yüksek olması kaza ve yaralanmaya neden olan faktörleri tanıyabilmeyi, farkındalık geliştirebilmeyi ve daha fazla önlem alabilme ihtimalini ifade eder. Nitekim bu çalışmada SÇ'lerin İSG risk tutumları puanı ortalamasının üzerinde ($43,87 \pm 5,11$) bulunmuştur. İSG risk tutumları puanının iyi düzeyde bulunması; çalışanların İSG ile ilgili gerekli önlemleri alabildiği şeklinde yorumlanabilir. Yüksek risk algısının uzun süre devam etmesi ise; çalışanların önce riski benimsemesine, sonra küçümsemesine neden olabilmektedir (17). Bu doğrultuda SÇ'lerin %25,7'sinin iş kazası geçirme riski algısının, %35,2'sinin meslek hastalığına yakalanma riski algısının yüksek bulunması; çalışanların da katılımının sağlandığı İSG risk yönetimi çalışmalarının yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada meslek hayatı boyunca en az bir defa iş kazası geçirenlerin oranı %17,5 olarak bulunmuştur. Afrika'da bir hastanede sağlık çalışanlarının son bir yılda iş kazası sıklığı %29,7; Suudi Arabistan'da iş kazası görülme oranı %52 olarak bulunmuştur (4,18). Türkiye' de yapılan bir

çalışma verilerine göre hemşirelerin yaklaşık yarısının (%47,5) çalışma yaşamında iş kazasına maruz kaldığı (19); diğer bir çalışmaya göre ise sağlık personellerinin %38,9'unun meslek hayatları boyunca iş kazası geçirdiği (20) gösterilmiştir. İş kazası görülme oranlarındaki bu farklılığın çalışma koşullarındaki ve koruyucu ekipmanların mevcudiyetindeki farklılıklardan kaynaklandığı, aynı zamanda ülke ve kurum politikalarından etkilendiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada SÇ'lerin en yüksek oranda algıladıkları İSG riskleri arasında enfeksiyon (%79,7), stres (%78,6) ve kesici-delici alet yaralanması (%66,6) riski bulunmaktadır. En düşük algıladıkları riskler ise yangın, yanık ve ağır tıbbi cihazların çalışanların üzerine düşmesidir. Türkiye örneğinde yapılan bir başka çalışmada da enfeksiyonların ve stres faktörlerinin İSG risklerinin en başında geldiği gösterilmiştir (8). Yüksek oranda algılanan risklerin SÇ'lerin daha önce geçirdiği iş kazası deneyimlerinden etkilendiği düşünülmektedir. Çalışmamızda algılanan çoğu riskin (R3, R4, R5, R8, R9, R12, R13, R14), iş kazası geçiren SÇ'lerde daha yüksek bulunması bu görüşü destekler niteliktedir.

İSG prosedürleri, hastane ile ilişkili enfeksiyonları önlemek ve kontrol etmek için etkili bir araç olarak kabul edilmiştir. Bu tür prosedürleri uygulamak sadece sağlık çalışanlarını korumakla kalmamakta, aynı zamanda çalışma ortamını da iyileştirmektedir (7). Çalışmamızda enfeksiyon riski; sağlık çalışanları tarafından en yüksek oranda algılanan risktir. Diğer yandan, kadın SÇ'lerin daha fazla enfeksiyon risk algısına sahip olduğu bulunmuştur. Hemşirelik popülasyonunun çoğunluğunun kadın cinsiyetten olması ve hemşirelik işlerinin enfeksiyon açısından daha fazla risk barındırması (21) cinsiyete özgü farklılığın kaynağı olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının hastalara doğrudan sağlık hizmeti veriyor olması bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır (5). Öte taraftan; COVID-19 pandemisi gibi enfeksiyöz etkenlerin yayılma endişesi, sağlık çalışanları üzerindeki etkisi hala sürüyor gibi görünmektedir. COVID-19 hastasıyla

temas eden çalışanların bir süre evlerine gitmediği ve ailesine bulaştırma endişesi yaşadığı bilinmektedir (5). Bu nedenle enfeksiyon riski ile mücadele halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalı ve daha kapsayıcı çözümleri içermelidir.

Sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin ve enfeksiyondan korunma eğitimi alıp almadığının enfeksiyona ilişkin koruyucu tutumları etkilemesi konusunda bir fikir birliği yoktur (22,23). Bu çalışmanın bulguları enfeksiyon riski başta olmak

üzere diğer risk algılarının hiçbirinin eğitimden etkilenmediğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Garus-Pakowska ve Górajski (22), olumsuz davranışların bilgi eksikliğinden ziyade işin doğasından kaynaklanabileceğini, bu bağlamda sağlık çalışanlarının işleri ‘kolaylaştırmak’ için koruyucu giysilerini (örneğin; eldivenleri, gözlüklerini vb.) çıkarma eğiliminde olduklarını bildirmiştir.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Risk Algılarındaki Farklılıklar

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
Cinsiyet															
Kadın	87,4	81,3	68,7	66,8	57,5	63,6	57,9	47,2	40,2	30,4	28	25,7	17,3	22,4	2,8
Erkek	69,1	75	63,8	59,9	58,6	48,7	42,8	33,6	38,8	35,5	31,6	31,6	33,6	21,7	0,7
p değeri	<0,001	0,156	0,368	0,186	0,914	0,005	0,006	0,010	0,829	0,310	0,487	0,239	<0,001	0,899	0,247
Eğitim durumu															
İlkokul	58,3	58,3	50	33,3	41,7	16,7	16,7	16,7	25	8,3	8,3	16,7	41,7	16,7	0
Ortaokul	15,4	46,2	46,2	30,8	46,2	15,4	23,1	0	30,8	7,7	15,4	23,1	38,5	0	0
Lise	81,2	72,6	63,2	67,5	61,5	42,7	47	30,8	41	36,8	32,5	29,9	32,5	17,1	1,7
Ön Lisans	81,8	74,5	56,4	54,5	47,3	60	56,4	41,8	29,1	30,9	21,8	23,6	16,4	16,4	5,5
Lisans	83,6	87,1	73,3	71,6	62,1	74,1	62,9	54,3	43,1	33,6	31,9	28,4	17,2	30,2	0,09
Lisansüstü	86,8	90,6	79,2	64,2	58,5	69,8	47,2	52,8	45,3	34	34	32,1	20,8	28,3	1,9
p değeri	<0,001	<0,001	0,017	0,005	0,299	<0,001	0,002	<0,001	0,378	0,151	0,266	0,880	0,019	0,029	0,473
Birimdeki pozisyonu															
Birim sorumlusu	85,7	94,3	88,6	62,9	74,3	82,9	71,4	60	60	34,3	40	37,1	25,7	28,6	0
Birim çalışanı	79,2	77	64,4	64	56,2	54,7	49,5	39,6	37,5	32,3	28,4	27,2	23,9	21,5	2,1
p değeri	0,391	0,012	0,003	0,512	0,047	0,001	0,020	0,029	0,017	0,850	0,173	0,237	0,836	0,391	0,629
Meslekteki çalışma süresi															
0-1 yıl	86,1	72,2	63,9	61,1	47,2	47,2	27,8	36,1	41,7	19,4	13,9	13,9	8,3	13,9	2,8
1-5 yıl	81,5	87	79,6	64,8	48,1	57,4	50	46,3	35,2	29,6	33,3	22,2	22,2	20,4	1,9
5-10 yıl	80	72,7	52,7	58,2	52,7	60	61,8	36,4	29,1	32,7	21,8	23,6	14,5	27,3	1,8
10 ve üzeri yıl	78,3	79,2	67,4	65,6	63,3	58,4	53,4	42,5	43	35,3	33	33	29,4	22,6	1,8
p değeri	0,727	0,227	0,029	0,769	0,076	0,645	0,013	0,661	0,252	0,269	0,045	0,045	0,007	0,490	0,924
İSG eğitimi alma															
Evet	79	78,4	65,9	64,1	58,3	56,9	52,2	41,1	38,8	32,9	29,4	28,9	25,1	22,2	1,7
Hayır	91,3	82,6	78,3	60,9	52,2	65,2	43,5	47,8	52,2	26,1	30,4	17,4	8,7	21,7	4,3
p değeri	0,120	0,628	0,261	0,823	0,664	0,517	0,519	0,663	0,271	0,509	0,920	0,250	0,082	0,963	0,368
İş kazası geçirme															
Evet	85,9	85,9	85,9	78,1	73,4	64,1	56,3	57,8	57,8	39,1	35,9	39,1	37,5	32,8	3,1
Hayır	78,5	77,2	62,6	60,9	54,6	56	50,7	38,1	35,8	31,1	28,1	25,8	21,2	19,9	1,7
p değeri	0,179	0,133	<0,001	0,010	0,008	0,267	0,491	0,005	0,001	0,241	0,229	0,046	0,009	0,031	0,353

Monte Carlo düzeltilmeli ki-kare testi uygulanmıştır. Veriler, % olarak sunulmuştur. p değeri 0,05'in altında iken anlamlı kabul edilmiştir. İSG: İş sağlığı ve güvenliği. Risk algısının varlığı; R1: Enfeksiyon riski, R2: Stres, R3: Kesici-delici alet yaralanması, R4: Bel fıtığı, varis gibi mesleki rahatsızlıklar, R5: Zemine bağlı kayma, düşme, yaralanma, R6: Hasta ya da yakını tarafından şiddet görme, saldırı, R7: Gürültü, R8: Meslektaş ya da ekip üyeleri ile çatışma, R9: Kimyasal maddelere maruziyet, R10: Elektrik çarpma riski, R11: Zehirlenme riski (besin, etilen oksit, ilaç, radyasyon), R12: Yangın riski, R13: Yanık riski, R14: Ağır tıbbi cihazların çalışanların üzerine düşmesi, R15: Diğer riskler olarak ifade edilmiştir

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İSG Risk Tutum Puanları

	Ortalama ± Standart Sapma	p değeri
Yaş		0,970
18-30 yıl	43,79±5,53	
31-40 yıl	43,84±5,19	
41-54 yıl	43,95±4,74	
Cinsiyet		0,473
Kadın	44,03±5,16	
Erkek	43,64±5,05	
Eğitim Durumu		0,961
İlkokul	43,50±5,11	
Ortaokul	43,23±5,31	
Lise	43,84±5,05	
Ön Lisans	44,44±4,39	
Lisans	43,78±4,85	
Lisansüstü	43,72±6,49	
Birimdeki pozisyonu		0,953
Birim sorumlusu	43,91±4,66	
Birim çalışanı	43,86±5,16	
Meslekteki çalışma süresi		0,157
0-1 yıl	45,25±5,16	
1-5 yıl	42,76±5,54	
5-10 yıl	44,00±4,89	
10 ve üzeri yıl	43,88±5,02	
İSG eğitimi alma		0,269
Evet	44,00±4,74	
Hayır	41,87±8,94	
İş kazası geçirme		0,957
Evet	43,89±5,92	
Hayır	43,85±4,94	

İSG: İş sağlığı ve güvenliği. Bağımsız gruplarda t testi/Tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Veriler, Ortalama ± Standart Sapma olarak sunulmuştur. p değeri 0,05'in altında iken anlamlı kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarında algılanan stresin iş kazası ve yaralanma riskini artırdığı bilinmektedir (4). Bu çalışmada en çok algılanan ikinci risk faktörü strestir. Birçok çalışma; SÇ'lerin aşırı iş yükü, personel yetersizliği, kaynak eksikliği, meslekler arası/kişiler arası çatışmalar ve uzun çalışma saatleri nedeniyle stres riski yaşadığını bildirmiştir (4,5,12). Ayrıca COVID-19 pandemisi de sağlık çalışanları için ciddi bir iş güvenliği riski oluşturmaktadır (24). Bu nedenle çalışmamızdaki SÇ'lerin pandeminin yarattığı zorlu çalışma koşullarının etkisi altında kalmaya devam ettikleri için algıladıkları stresin artmış olabileceği düşünülmektedir. Fakat strese neden olan faktörler değişken olabileceğinden; İSG risk yönetimi kapsamında her sağlık kurumunun, kendi sağlık çalışanlarının stres faktörlerini tanımlaması uygun olacaktır. Bulgularımız; çalıştığı birimin yüksek

riskli olduğunu bildiren SÇ'lerin strese bağlı risk algısının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Stres, SÇ'ler tarafından en çok algılanan riskler arasında olduğundan çalışmanın bu bulgusu beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe risk algısının da yükseldiği bulunmuştur. Bu sonucun, çalışanların eğitim düzeylerinin artışı ile orantılı olarak daha fazla sorumluluk gerektiren işlerde çalışmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Birim sorumlularının/amirlerin stres risk algısının birim çalışanlarından daha yüksek olduğunu gösteren çalışma sonucumuz da bu bilgiyi desteklemektedir. Uzun süreli iş stresi tükenmişliğe, yorgunluğa, iş devamsızlığına ve azalan hasta memnuniyetine neden olmaktadır (25). Bu doğrultuda, iş stresinin yönetimi ve önleyici tedbirlerin alınması oldukça önemlidir.

Kesici ve delici alet yaralanmaları, sağlık kurumlarında meydana gelen ciddi ancak önlenemez mesleki sağlık tehlikeleridir. Çalışmamızda SÇ'ler tüm iş sağlığı riskleri arasında kesici ve delici alet yaralanmalarını en büyük üçüncü risk olarak algılamaktadır. Yaralanmaların birçoğunun işyerinin yeniden kapatılması sırasında ve genellikle hasta odasında yaşandığı bildirilmekte (26); stres, zaman baskısı, aşırı zorlama, dikkatsizlik ve dikkat dağınıklığı yaralanmaların ana nedenleri olarak gösterilmektedir. Yaralanmaların büyük çoğunluğunun, kişisel koruyucu ekipman kullanılmasıyla, atıkların uygun şekilde atılmasıyla ve aşırı doldurulmuş kesici alet kaplarının daha erken değiştirilmesiyle önlenebileceği savunulmaktadır (27).

Araştırmanın Sınırlılıkları: Çalışmamız İSG risklerinin neler olduğunu, çalışanların riskleri nasıl algıladığı ve tutumları hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Ancak; bu risklere yönelik algının oluşma nedenini açıklama konusunda sınırlılığı bulunmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

İş sağlığının korunması ve güvenliğinin sağlanmasının temel hedefi yalnızca hastalananlar ya da kazaya uğrayanlarla ilgilenmek değildir. Bununla birlikte asıl amaç iş kazası ya da meslek hastalığı gelişmeden önce önlem alabilmek olmalıdır. Bu çalışma sağlık çalışanlarının İSG risk yönetimi için yol gösterici bilgiler sağlamıştır.

Bu çalışmanın sonuçları; çalışma ortamındaki iş sağlığı ve güvenliği risk algılarındaki farklılıklara rağmen sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risk altında olduğunu göstermektedir. SÇ'lerin en yüksek düzeyde algıladıkları risklerin enfeksiyon, stres ve kesici-delici alet yaralanmaları olduğu bulunmuştur. SÇ'lerin algıladıkları risklere karşı tutumlarının ise iyi düzeyde olduğu diğer bir ifade ile İSG risklerine karşı koruyucu ve önleyici tedbirleri alabildikleri belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçları;

sağlık çalışanları ve yöneticiler için aşağıdaki önerileri sunmaktadır:

- İSG risklerinin izlemi için bir raporlama ve kayıt sistemi oluşturulmalıdır.
- İSG risklerinin bilinmesi ve gerekli düzeltici-önleyici faaliyetlerin sürdürülmesi amacıyla çalışanların, algıladıkları risklerin veya yaşadıkları kaza/yaralanma olaylarının bildirimini yapması teşvik edilmelidir.
- İSG açısından yüksek riskli olarak belirlenen çalışma alanları öncelikli olmak üzere tüm alanların risk değerlendirmesi yapılmalı ve çalışan görüşleri alınmalıdır.
- Sağlıkta kalite standartlarına uygun olarak çalışan güvenliği için bir komite oluşturulmalı; bu komitede tüm sağlık profesyonellerinin temsilcileri bulunmalı ve temsilcilerin İSG ile ilgili kararlara/uygulamalara katılımı sağlanmalıdır.
- Risk yönetimi kapsamında gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra, risk düzeyinin sürekli izlemi yapılmalıdır.

Çıkar çatışması beyanı

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Yazar katkıları

Yazarlar makaleye katkılarını şu şekilde beyan etmektedir; çalışma fikri ve tasarımı: HCE, TÇ, VK, ET, FB, AÖ, RU, MK, AŞ, DE, BŞ, SE, RY; veri toplama: HCE, TÇ, VK, DE, SE; sonuçların analizi ve yorumlanması: HCE, SE; aday makalenin hazırlanması: HCE, TÇ, VK, SE. Tüm yazarlar sonuçları gözden geçirdi ve makalenin son halini onayladı.

Kaynaklar

1. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health*. 2022;7(6):e009316. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009316.

2. World Health Organization. Protecting health and safety of health workers. URL: <https://www.who.int/activities/protecting-health-and-safety-of-health-workers>. Published 2023. Accessed July 16, 2023.
3. World Health Organization. New WHO/ILO guide urges greater safeguards to protect health workers. URL: <https://www.who.int/news/item/21-02-2022-new-who-ilo-guide-urges-greater-safeguards-to-protect-health-workers>. Published February 21, 2022. Accessed July 16, 2023.
4. Appiagyei H, Nakua EK, Donkor P, Mock C. Occupational injuries among health care workers at a public hospital in Ghana. *Pan Afr Med J.* 2021;39:103. doi: 10.11604/pamj.2021.39.103.23542.
5. Denge T, Rakhudu M. Perceptions of nurses on occupational health hazards and safety practices in Ditsobotla public hospitals in North West province. *Curationis.* 2022;45(1):e1-e9. doi: 10.4102/curationis.v45i1.2220.
6. Elarslan S, Özaydın Ö, Gündük Ö, Sertbas Y. Hastanelerde görülen iş kazalarının incelenmesi: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Bosphorus Medical Journal/Boğaziçi Tıp Dergisi.* 2022;9(3).
7. Faller EM, Bin Miskam N, Pereira A. Exploratory study on occupational health hazards among health care workers in the Philippines. *Ann Glob Health.* 2018;84(3):338-341. doi: 10.29024/aogh.2316.
8. Taşçıoğlu İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin saptanması (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
9. Ayenew E, Akafu W, Wolde D. Prevalence of work-related health hazard and associated factors among health workers in public health institutions of Gambella town, Western Ethiopia: Cross-sectional survey. *J Environ Public Health.* 2022;6224280. doi: 10.1155/2022/6224280.
10. World Health Organization. Occupational health: health workers. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/occupational-health-health-workers>. Published November 7, 2022. Accessed July 14, 2023.
11. Qaraman AFA, Elbayoumi M, Kakemam E, Albelbeisi AH. Knowledge, attitudes, and practice towards occupational health and safety among nursing students in Gaza Strip, Palestine. *Ethiop J Health Sci.* 2022;32(5):1007-1018. doi: 10.4314/ejhs.v32i5.16.
12. Lawrence W, Hine J, Watson D, Smedley J, Walker-Bone K. How to improve hospital employees' health and well-being: a staff consultation. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1488. doi: 10.1186/s12913-022-08621-y.
13. Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
14. Ayre, C., Scally A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47 (1), 79–86. doi: 10.1177/0748175613513808.
15. Hessels AJ, Guo J, Johnson CT, Larson E. Impact of patient safety climate on infection prevention practices and healthcare worker and patient outcomes. *American Journal of Infection Control.* 2023;51(5), 482-489.
16. Samur M, Intepeler SS. Factors influencing nurses' perceptions of occupational safety. *Arch Environ Occup Health.* 2017;72(1):45-52. doi: 10.1080/19338244.2016.1156045.

17. Özkan Ö. Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algularının saptanması (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=FAg6nD0plla5DsxyUAGH9Q&no=ufOoFLJI3QoW5Dp_7vesXg
18. Alameer DS, Elahi IRN, Elahi IN. Prevalence and determinants of work-related injuries among healthcare workers in Jeddah, Saudi arabia. *Cureus*. 2023;15(3).
19. Şenol V, Sunman G. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde iş kazası sıklığı ve etkileyen etmenler. *PASHİD*. 2022;3(2), 95-110.
20. Aygün G, Ozvurmaz S. Sağlık çalışanlarının yaşadığı iş kazaları ve ilişkili faktörler. *Medical Sciences*. 2020;15(4), 123-132.
21. Farotimi AA, Ajao EO, Nwozichi CU, Ademuyiwa IY. Effect of training on knowledge, perception and risk reduction regarding infection control among nurses in selected teaching hospitals in Nigeria. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(6):471-477. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_208_17.
22. Garus-Pakowska A, Górajski M. Behaviors and attitudes of polish health care workers with respect to the hazards from blood-borne pathogens: a questionnaire-based study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5):891. doi: 10.3390/ijerph16050891.
23. Pavithran VK, Murali R, Krishna M, Shamala A, Yalamalli M, Kumar AV. Knowledge, attitude, and practice of needle stick and sharps injuries among dental professionals of Bangalore, India. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(5):406-12. doi: 10.4103/2231-0762.165932.
24. Ünal Ö. During COVID-19, which is more effective in work accident prevention behavior of healthcare professionals: Safety awareness or fatalism perception? *Work*. 2020;67(4):783-790. doi: 10.3233/WOR-203327.
25. World Health Organization. Occupational stress, burnout and fatigue. URL: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/occup-stress-burnout-fatigue>. Published 2023. Accessed July 14, 2023.
26. Alsabaani A, Alqahtani NSS, Alqahtani SSS, Al-Lugbi JHJ, Asiri MAS, Salem SEE, et al. Incidence, knowledge, attitude and practice toward needle stick injury among health care workers in Abha city, Saudi Arabia. *Front Public Health*. 2022; 10:771190. doi: 10.3389/fpubh.2022.771190.
27. Kaur M, Mohr S, Andersen G, Kuhnigk O. Needlestick and sharps injuries at a German university hospital: epidemiology, causes and preventive potential - a descriptive analysis. *Int J Occup Med Environ Health*. 2022;35(4):497-507. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01854.

Sağlık Çalışanlarının Bireysel Yaratıcılık Düzeyleri ve Organizasyondaki Yenilikçi İklim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Examining the Relationship Between Individual Creativity Levels of Health Workers and the Innovative Climate in the Organization

Yasemin ASLAN¹, Havva Nur ATALAY², Erkan YETER³

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hastane çalışanlarının bireysel yaratıcılık düzeyleri ve organizasyondaki yenilikçi iklim arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte ve kesitsel tipte tasarlanan çalışmanın evrenini İstanbul'da bulunan bir özel hastanede görev yapan toplam 829 kişi, örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü 263 kişi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak; sosyodemografik veri formu, Bireysel Yaratıcılık Ölçeği ve Yenilikçi İklim Ölçeği kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde bireysel yaratıcılık ile yenilikçi iklim arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon testi, değişkenler arasındaki farklılıkların tespit edilmesinde ise parametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, klinik personelin bireysel yaratıcılık düzeyleri idari ve destek personele kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre yeniliği destekleme ve kaynak sağlama algılarında anlamlı farklılık bulunamazken, bireysel yaratıcılık ve yenilik iklimi algılarında anlamlı düzeyde bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). İlköğretim ve lise mezunu katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri ve yenilik iklimi algıları ön lisans/lisans ve lisansüstü öğrenim mezunu katılımcılardan daha düşük bulunmuştur. Mesleğinde 16 yıl ve üzeri çalışan katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeylerinin diğer gruplara nazaran daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna ek olarak geliri giderden az olan katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri ve yenilik iklimi algıları, geliri giderden fazla olan katılımcılardan daha düşük bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri ile organizasyondaki yenilikçi iklim arasında bir ilişki tespit edilememiştir.

Sonuç: İdari ve destek hizmet çalışanları ile eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük çalışanların bireysel yaratıcılıklarını artırmaya yönelik çalışmaların yapılması, kurumda daha olumlu bir yenilikçi iklimin oluşturulmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bireysel Yaratıcılık; Yenilikçi İklim; Hastane Çalışanları; Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this research is to examine the relationship between the individual creativity levels of healthcare workers and the innovative climate in the organization.

Method: The study's population, which was intended to be cross-sectional and descriptive, consisted of a total of 829 staff working in a private hospital in Istanbul, and the sample consisted of 263 staff who

Geliş Tarihi/Received: 08.02.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.08.2024. **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 31.10.2024 **DOI:** 10.57224/jhpr.1439287.

¹ Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Bandırma/Balıkesir, ORCID: 0000-0001-6292-2332, mail: yaseminaslan@bandirma.edu.tr

² Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Bandırma/Balıkesir, ORCID: 0000-0002-2805-1921, mail: hatalay@bandirma.edu.tr

³ BHT Clinic İstanbul Tema Hastanesi, İstanbul, ORCID: 0009-0000-6343-2239, mail: erkanyeter23@gmail.com
Sorumlu yazar/Correspondence: Doç. Dr. Yasemin ASLAN, yaseminaslan@bandirma.edu.tr

Cite this article as: Aslan Y, Atalay HN, Yeter E, Hastane Çalışanlarının Bireysel Yaratıcılık Düzeyleri ve Organizasyondaki Yenilikçi İklim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. J Health Pro Res 2024;6(3):164- 176.

volunteered to participate in the study. As a data collection tool; sociodemographic data form, Individual Creativity Scale and Innovative Climate Scale were used. Data were collected using face-to-face interview. In the statistical data analysis, the Pearson correlation test was used to evaluate the relationship between individual creativity and innovative climate, and parametric tests were used to detect differences between variables.

Results: Individual creativity levels of clinical staff were found to be higher than administrative and support staff. However, there was not a significant difference in the individuals' perspectives of supporting innovation and providing resources according to their education levels, but a significant difference was detected in their perceptions of individual creativity and innovation climate ($p < 0.05$). Individual creativity levels and innovation climate perceptions of primary and high school graduates were found to be lower than participants with associate/undergraduate and graduate education. It was determined that the individual creativity levels of the participants who had been working in their profession for 16 years or more were higher than the other groups. Furthermore, it was found that individuals whose income was less than their expenses had lower individual levels of creativity and perceptions of an innovative climate than participants whose income was equal to or greater than their expenses.

Conclusion: Conducting initiatives aimed at enhancing individual creativity among administrative and support service employees, as well as those with lower educational and income levels, can contribute to creating a more positive innovative climate within the organization.

Keywords: Individual Creativity; Innovative Climate; Hospital Workers; Health Service.

Giriş

Teknolojinin hızla değiştiği, rekabetin arttığı ve büyük bir dönüşümün yaşandığı günümüz dünyasında kurumlar için fark yaratacak en önemli unsurlardan biri nitelikli işgücüdür. Bireysel yaratıcılık ve yenilikçilik düzeyleri yüksek çalışanlar sayesinde kurumların verimliliğini yükseltmesi, hizmet kalitesini artırması, maliyet avantajı sağlaması ve rekabet ortamında başarı elde etmesi mümkün hale gelebilir. Küreselleşen dünya ortamında kurumlar müşterilerine daha fazla değer katmak amacıyla yaratıcı faaliyetlerde bulunmaya çaba göstermektedir.

Toplumun değişen demografik yapısı ve teknolojiye yaşanan gelişmelerle birlikte yaratıcı fikirlere ve yeniliklere duyulan ihtiyaç artmıştır. Bu yaratıcı fikirlerin yenilikçi ürün ve hizmetlere dönüştürülmesi rekabette üstünlük sağlamanın ve örgütsel başarı elde etmenin önemli unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir (1). Küreselleşmeyle birlikte giderek önem kazanmaya başlayan yenilik, kurumlara rekabet avantajı kazandıran, finansal iş performansını artıran, öğrenme ve büyümeye olanak sağlayan bir yetenek olarak tanımlanmaktadır (2). Yeniliğin, başarılı modern şirketler için arzu edilen ancak başarılmasının nispeten zor bir hedef olmasına rağmen, yüksek bir değere sahip olduğu belirtilmiştir (3). Örgütlerdeki yenilikçi davranışı etkileyen faktörlerin mesleki, bireysel, organizas-

yonel ve çevresel faktörler olarak dörde ayrıldığı belirtilmiştir. Bireylerin problem çözmeye yönelik yaklaşımı, yeni fikirlere ve deneyimlere açık olma durumu, entelektüel özellikleri bireysel faktörler arasında yer alırken, hastaların bireysel farklılıkları, işin karmaşıklığı, iş yükü, vardiyalı çalışma ve otonomi gibi unsurlar yenilikçi davranışı etkileyen mesleki faktörler arasında yer almaktadır. Buna ek olarak örgüt iklimi, yönetim desteği ve kaynak kullanım durumunun örgütsel faktörler, sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ise çevresel faktörler arasında yer aldığı tespit edilmiştir (4). Yenilikçi bir örgüt ikliminde değişen koşullara uyum yeteneğinin yüksek olmasını sağlayan esnek bir örgüt yapısı vardır. Bu sayede çalışanlar kurumda potansiyellerini özgürce kullanma imkanına sahip olurlar (5). Bu durum rekabet ortamında değişime ve yeniliğe açık çalışanlar sayesinde kurumun rekabet avantajı elde etmesini sağlar. Yenilikçi bir örgüt ikliminin çalışanların işe adanma eğilimleri üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu, kurum içerisinde çalışanların yenilikçi davranışının örgütsel adalet ve algılanan yaratıcı performans ilişkisine aracılık ettiği tespit edilmiştir (6,7). Kurumlarda dönüştürücü bir liderlik yaklaşımının, çalışanların yaratıcılığını teşvik eden bir yenilik iklimi geliştirebileceğini, yenilikçilik iklimiyle çalışanların yaratıcılığı

arasındaki ilişkide yaratıcı öz yeterliliğin önemli bir düzenleyici rolü bulunduğunu, yaratıcı öz-yeterliliği yüksek çalışanların, destekleyici bir yenilik iklimi aldıklarında yaratıcı davranışa başvurdukları tespit edilmiştir (8). Yaratıcılık esnek ve dinamiktir; bir çalışandan diğerine değişim gösterir. Bu nedenle bireysel yaratıcılık, yaratıcı olmak için bireysel bir kaynak veya yetenektir (3). Bireysel yaratıcılık, çalışanın yeni, faydalı fikirler veya problem çözümleri üretmesi olarak tanımlanmaktadır (9). Bu noktada yaratıcılığı yenilikten ayırmak önemlidir. Yaratıcılık, yeni ve potansiyel olarak yararlı fikirlerin geliştirilmesi anlamına gelir. Çalışanlar bu fikirleri başkalarıyla paylaşabilseler de fikirler ancak organizasyon veya birim düzeyinde başarılı bir şekilde uygulandığında inovasyon olarak kabul edilebilir (10). İşteki yaratıcılık bir kuruluş için yüksek değere sahiptir; çünkü kişi dünyanın değerine katkıda bulunacak yeni şeyler icat etmeye teşvik edildiğinde iş tatmini, örgütsel bağlılık ve üretkenlik olumlu bir etki yaratır (11).

Örgütlerde yöneticilerin yenilikçi bir ortam yaratmaya yönelik strateji geliştirmesi, yenilikçi ve yaratıcı çözümler için kaynak ayırması ve çalışanların bu yenilikçi yaklaşımlara karşı tutumlarının farkında olması önemlidir. Yenilikçilik ve yaratıcılığın bireylerin içinde bulunduğu ortamdaki fırsatları yakalayarak değer oluşturması ve gelişimsel açıdan fark yaratmasıyla birlikte, bireyleri heyecanlandırması, yeni bilgiler öğrenmeye ve paylaşmaya olanak sağlaması, kişisel gelişim konusunda yeni fırsatlar sunması gibi faydaları bulunmaktadır (12). Çalışanların bireysel yaratıcılık düzeylerinin yenilik performansını üzerinde olumlu bir etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir (13). Yaratıcılığın örgüt performansını artırdığı, sorunların çözümüne katkı sağladığı belirtilmiştir (14,15). Yenilik ve yaratıcılıkla doğrudan bağlantılı sektörlerden biri de sağlık sektörüdür.

Sağlık sektöründe işlevsel bağımlılığı yüksek çok sayıda farklı uzmanlık alanlarının bulunması, sağlık hizmetlerinin ekip çalışmasını gerektirmesi, süreçlerde yaşanan zaman ve stres baskısı, hastalar arasındaki bireysel farklılıklar ve hızla değişen teknoloji nedeniyle çalışanların, bireysel yaratıcılık özellikleri ile yenilikçi yaklaşımlara karşı tutumları önemlidir. Yenilikçi bir bakım yaklaşımının hastanın yaşam kalitesini ve

memnuniyeti artırdığı, sorunlara yenilikçi çözümler bulunmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (16). Hemşirelerin yenilikçiliğe yönelik davranışları ve bunu etkileyen faktörlere yönelik görüşlerinin tespit edilmesi amacıyla bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin başkaları tarafından geliştirilen yenilikleri daha fazla uyguladıkları, yenileşim sürecinde hemşirelerin yöneticisini ve meslektaşlarını ikna etmeye çalışarak, risk alma ve tartışmadan uzak durmayı tercih ettikleri tespit edilmiştir (4). Profesyonel bir sağlık meslek disiplini olan hemşirelerin, hastaların bireysel düzeyde ihtiyaçlarına yanıt verebilmesi için yenilikçi olmaları ve bu yenilikleri hasta bakım süreçlerine aktarmaları gerektiği vurgulanmıştır (17,18). Buna ek olarak yenilikçi ürün ve yaklaşımların bakım kalitesini artırdığı, iş yükünü azalttığı, kanıta dayalı uygulamaları artırdığı ve zaman kazandırdığı tespit edilmiştir (19). Klinik alanlarda yönetsel pozisyonlarda görev alan hemşirelerin yenilikçi yaklaşımları daha fazla benimsedikleri görülmüştür (19). Bir örgütün yenilikçi bir iklime sahip olabilmesi için örgütte görev alan bütün çalışanların yüksek düzeyde motive olduğu ve çalışmaktan keyif aldığı bir vizyona sahip olması, çalışanların görüşlerini rahatlıkla ifade etmesi, katılımcı bir yönetim yaklaşımının ve sürekli iyileştirme felsefesinin benimsenmesi gerektiği belirtilmiştir (8). Sağlık çalışanlarının bireysel yaratıcılık düzeyleri ve organizasyondaki yenilikçi iklim arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın araştırma soruları aşağıda belirtildiği gibidir:

1. Sağlık çalışanlarının bireysel yaratıcılık düzeyi sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?
2. Organizasyondaki yenilik iklimi durumu sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?
3. Sağlık çalışanlarının bireysel yaratıcılık düzeyi ile yenilik iklimi arasında bir ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte, kesitsel bir çalışmadır.

Veri Toplama Araçları Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcılara ait sosyodemografik özellikleri içeren sorulara, ikinci bölümde ise Bireysel Yaratıcılık Ölçeği ve Yenilik İklimi Ölçeğine dair ifadeler yer verilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılardan toplanmıştır.

Bireysel Yaratıcılık Ölçeği

Tierney, Farmer ve Graen (20) tarafından geliştirilen Zhou ve George's (21) tarafından biçimlendirilen 13 maddelik Bireysel Yaratıcılık Ölçeğinin Türkçe adaptasyonu, Gumusluoğlu ve İlsev (22) ve Öcal (23) tarafından yapılmıştır. Gumusluoğlu ve İlsev (22) tarafından yapılan çalışmada yöneticiler açısından çalışanların yaratıcılıkları bakılırken, Öcal (23) tarafından yapılan çalışmada ise çalışanların kendi yaratıcılıklarını da yorumlaması beklenmiştir. Bu nedenle araştırmada Öcal (23) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Bireysel Yaratıcılık Ölçeği kullanılmıştır. Türk kültürüne uyarlanan ölçek, 13 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Kesinlikle Katılmıyorum (1) ve Kesinlikle Katılıyorum (5) şeklinde 5'li Likert tipte geliştirilen ölçeğin Öcal (23) tarafından yapılan çalışmada, iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte ters kodlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır. Ölçekten en düşük 13 en yüksek 65 puan alınabilmektedir ve yüksek puan yüksek yaratıcılık düzeyini göstermektedir.

Yenilik İklimi Ölçeği

Scott ve Bruce (24) tarafından geliştirilen ölçek 5'li Likert tipinde olup 22 maddeden oluşmaktadır. Scott ve Bruce (24) çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0.89 olarak bulmuştur. Türkçe uyarlaması Sönmez ve arkadaşları (25) tarafından yapılan ölçek, Yeniliği Destekleme, Yeniliği Engelleme ve Kaynak Sağlama olmak üzere 3 alt boyuttan ve 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Yeniliği Engelleme alt boyutundaki tüm maddeler ters kodlanmaktadır (Kesinlikle Katılmıyorum: 5 puan, Kesinlikle Katılıyorum: 1 puan). Ölçeğin genel puanlarına bakıldığında; yüksek puan ortalaması örgütün yeniliğe kaynak ayırdığını belirtmektedir. Sönmez ve arkadaşlarının (25) çalışmasında ölçeğin güvenilirliğini ifade eden

Cronbach Alpha değeri ölçeğin geneli için 0.82, alt boyutları için 0.73 ile 0.84 arasında bulunmuştur.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini İstanbul'da yer alan bir özel hastanede çalışmakta olan 829 personel, örneklemini ise %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile çalışmaya katılmaya gönüllü 263 personel oluşturmaktadır (26). Çalışmanın klinik çalışanlar grubuna hekim, hemşire, ebe, eczacı, tıbbi laboratuvar/radyoloji çalışanları, acil tıp teknikerleri; idari ve destek çalışanlar grubuna ise insan kaynakları, kalite geliştirme, muhasebe, pazarlama, mali işler, kurumsal iletişim, hasta hizmetleri müdürlüğü, SGK faturalama, anlaşmalı kurumlar, hasta hakları, teknik ve biyomedikal hizmet çalışanları, temizlik, yemek, güvenlik, çamaşırhane, bahçe bakımı işlerinde görevli çalışanlar dahil edilmiştir. Veriler kolayda örnekleme yöntemiyle çalışmaya katılmaya gönüllü bireylerden yüz yüze görüşme yapılarak elde edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastanede tam zamanlı çalışmak ve 18 yaşından büyük olmak çalışmanın dahil edilme kriterlerini oluşturmaktadır. Bu kriterler doğrultusunda çalışma nihai halinde 267 kişinin katılımıyla tamamlanmıştır.

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS 26.0 programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistikler (ortalama ve standart sapma), t-Testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bireysel yaratıcılık ile yenilikçi iklim arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon testi, değişkenler arasındaki farklılıkların tespit edilmesinde ise parametrik testler kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi neticesinde farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Çalışma verilerinin normal dağılıma uyup uymadığının belirlenmesi için çarpıklık ve basıklık katsayısına bakılmıştır. Buna göre ± 1.0 arasındaki basıklık değeri mükemmel kabul edilmektedir, ayrıca ± 2.0 arasındaki bir değer de kabul edilebilir bir değerdir (27). Dolayısıyla verilerin normal dağılıma uyduğu tespit edilmiş ve parametrik testler uygulanmıştır (Bireysel Yaratıcılık Ölçeği= Skewness=-0.822; Kurtosis=1,019; Yenilik İklimi Ölçeği= Skewness=-0.919; Kurtosis=1,221).

Ölçeklerin Cronbach Alpha katsayısı Bireysel Yaratıcılık Ölçeği için 0.97; Yenilik İklimi Ölçeği için ise 0.92 olarak yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

Etik Onay

Çalışma için Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulundan 10.03.2023 tarih ve 2023-2 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler için e-posta yoluyla ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Buna ek olarak araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmış olup, gönüllü katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın bütün aşamalarında Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun hareket edilmiştir.

Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde katılımcılara ait demografik verilerin sıklıklarına ve tanımlayıcı özelliklere göre katılımcıların bireysel yaratıcılık ile yenilik iklimi arasında bir farklılık olup olmadığını gösteren t-Testi ve tek yönlü varyans analizi sonuçlarına ve bireysel yaratıcılık ile yenilik iklimi arasındaki ilişkinin ölçülmesi için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 1’de katılımcılara ait tanımlayıcı ve betimleyici istatistikler yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %62.5’i kadın, %56.6’sı evli, %44.6’sı 20-30 yaş grubunda, %43.1’inin geliri giderine eşit ve %76.4’ü bir yıldan fazla süredir kurumda çalışmaktadır.

Tablo 1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı ve Betimleyici Veriler

Değişkenler		n	%			n	%
Cinsiyet	Kadın	167	62.5	Yaş	20-30	119	44.6
	Erkek	100	37.5		31-40	77	28.8
Medeni durum	Evli	151	56.6	Gelir Durumu	41 ve üzeri	71	26.6
	Bekar	116	43.4		Geliri giderden az	87	32.6
Meslek	Klinik Personel	122	45.7	Gelir Durumu	Geliri gidere eşit	115	43.1
	İdari ve destek personeli	145	54.3		Geliri giderden fazla	65	24.3
Meslekteki toplam çalışma süresi	1 yıldan az	25	9.4	Öğrenim Durumu	İlköğretim ve Lise	88	33.0
	1-5 yıl	81	30.3		Ön lisans/Lisans	126	47.2
	6-10 yıl	69	25.8		Lisansüstü	53	19.9
	11-15 yıl	38	14.2	Kurumdaki toplam çalışma süresi	1 yıldan az	63	23.6
	16 yıl ve üzeri	54	20.2		1 yıldan fazla	204	76.4
Toplam		267	100	Toplam		267	100

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Bireysel Yaratıcılık ve Yenilik İklimi boyutları ile Yeniliği Destekleme, Yeniliği Engelleme ve Kaynak Sağlama alt boyutlarında anlamlı düzeyde bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçları Tablo 2’de verilmiştir.

Yapılan analiz sonucunda cinsiyete göre Bireysel Yaratıcılık, Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme ve Yeniliği Engelleme boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmazken cinsiyete göre Kaynak

Sağlama boyutunda anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre erkeklerin buldukları kurumda yenilik için kaynak sağlandığı algısı kadınlara göre daha yüksektir.

Tablo 3’te katılımcıların mesleklerine göre bireysel yaratıcılık düzeylerinde, organizasyondaki yenilik iklimi, yeniliği destekleme, yeniliği engelleme ve kaynak sağlama algılarında anlamlı düzeyde bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyetine Göre t-Testi Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort± SS	t	p
Bireysel Yaratıcılık	Kadın	167	3.79±0.75	-1.14	0.25
	Erkek	100	3.89±0.63		
Yenilik İklimi	Kadın	167	4.09±0.37	-0.99	0.33
	Erkek	100	4.13±0.39		
Yeniliği Destekleme	Kadın	167	4.20±0.43	-1.07	0.29
	Erkek	100	4.26±0.41		
Yeniliği Engelleme	Kadın	167	4.01±0.53	0.08	0.94
	Erkek	100	4.01±0.59		
Kaynak Sağlama	Kadın	167	4.04±0.49	-2.24	0.03
	Erkek	100	4.17±0.45		
Toplam		267			

Tablo 3'e bakıldığında, katılımcıların mesleklerine göre organizasyondaki Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme, Yeniliği Engelleme ve Kaynak Sağlama algılarında anlamlı bir farklılık tespit edilemezken bireysel yaratıcılık

düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre klinik personelin bireysel yaratıcılık düzeyleri idari ve destek personeline göre daha yüksektir.

Tablo 3. Katılımcıların Mesleklerine Göre t-Testi Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Meslek	n	Ort± SS	t	p
Bireysel Yaratıcılık	Klinik Personel	122	3,9994±0,5771	3,789	0,000
	İdari ve Destek Personel	145	3,6865±0,7698		
Yenilik İklimi	Klinik Personel	122	4,1311±0,2963	1,077	0,283
	İdari ve Destek Personel	145	4,0828±0,4340		
Yeniliği Destekleme	Klinik Personel	122	4,2672±0,3678	1,378	0,169
	İdari ve Destek Personel	145	4,1959±0,4615		
Yeniliği Engelleme	Klinik Personel	122	4,0505±0,4338	1,131	0,259
	İdari ve Destek Personel	145	3,9759±0,6394		
Kaynak Sağlama	Klinik Personel	122	4,0656±0,4548	-0,715	0,475
	İdari ve Destek Personel	145	4,1080±0,5059		
Toplam		267			

Katılımcıların medeni durumuna ve yaş gruplarına göre Bireysel Yaratıcılık düzeyleri, Organizasyondaki Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme, Yeniliği Engelleme ve Kaynak

Sağlama algılarında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların öğrenim durumuna göre Bireysel Yaratıcılık düzeylerinde, organizasyondaki

Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme, Yeniliği Engelleme ve Kaynak Sağlama algılarında anlamlı farklılık olup olmadığının tespit edilmesi için yapılan ANOVA analizi sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4'e bakıldığında katılımcıların eğitim düzeylerine göre Yeniliği Destekleme ve Kaynak Sağlama algılarında anlamlı farklılık bulunamazken ($p>0.05$) Bireysel Yaratıcılık, Yenilik İklimi ve Yeniliği Engelleme algılarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın kaynaklandığı grupların belirlenebilmesi için post-

hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Buna göre ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların Bireysel Yaratıcılık düzeyleri ve Yenilik İklimi algıları ön lisans/lisans ve lisansüstü öğrenim mezunu katılımcılardan; Yeniliği Engelleme algıları lisansüstü katılımcılardan daha düşüktür. Ayrıca ön lisans/lisans mezunu katılımcıların Bireysel Yaratıcılık düzeyleri lisansüstü öğrenim mezunu katılımcılardan daha düşüktür. Bu doğrultuda öğrenim düzeyi arttıkça katılımcıların Bireysel Yaratıcılık düzeylerinin, Yenilik İklimi ve Yeniliği Engelleme algılarının arttığı görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Öğrenim Düzeyi	n	Ort± SS	F	p	Post-hoc (Tukey)
Bireysel Yaratıcılık	İlköğretim ve Lise ¹	88	3,3287±0,7575	68,547	0,000	1<2<3
	Ön lisans/Lisans ²	126	3,9060±0,4744			
	Lisansüstü ³	53	4,4789±0,4138			
Yenilik İklimi	İlköğretim ve Lise ¹	88	4,0235±0,3502	3,370	0,036	1<3 1<2
	Ön lisans/Lisans ²	126	4,1315±0,3808			
	Lisansüstü ³	53	4,1765±0,3963			
Yeniliği Destekleme	İlköğretim ve Lise ¹	88	4,1659±0,4104	1,488	0,228	-
	Ön lisans/Lisans ²	126	4,2651±0,4178			
	Lisansüstü ³	53	4,2453±0,4466			
Yeniliği Engelleme	İlköğretim ve Lise ¹	88	3,8712±0,4904	4,825	0,009	1<3
	Ön lisans/Lisans ²	126	4,0489±0,5937			
	Lisansüstü ³	53	4,1478±0,5216			
Kaynak Sağlama	İlköğretim ve Lise ¹	88	4,0909±0,4760	0,165	0,848	-
	Ön lisans/Lisans ²	126	4,0741±0,4655			
	Lisansüstü ³	53	4,1195±0,5394			
Toplam		267				

Tablo 5'te katılımcıların gelir durumuna göre Bireysel Yaratıcılık düzeylerinde, organizasyondaki Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme, Yeniliği Engelleme ve Kaynak Sağlama algılarında anlamlı bir farklılık durumunun tespit edilmesi için yapılan ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır.

Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların gelir durumlarına göre Yeniliği Destekleme ve Kaynak Sağlama algılarında anlamlı farklılık bulunamazken ($p>0.05$) Bireysel Yaratıcılık, Yenilik İklimi ve Yeniliği Engelleme algılarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın

hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenebilmesi için Tukey testi kullanılmıştır. Buna göre geliri giderden az olan katılımcıların Bireysel Yaratıcılık düzeyleri, Yenilik İklimi ve Yeniliği Engelleme algıları geliri gidere eşit ve geliri giderden fazla olan katılımcılardan daha düşüktür. Ayrıca geliri gidere eşit olan katılımcıların Bireysel Yaratıcılık düzeyleri geliri giderden fazla olan katılımcılardan daha düşüktür. Bu doğrultuda bireylerin gelir durumu arttıkça Bireysel Yaratıcılık düzeylerinin, yenilik iklimi ve yeniliği engelleme algılarının arttığı söylenebilir.

Tablo 5. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Gelir Durumu	n	Ort± SS	F	p	Post-hoc (Tukey)
Bireysel Yaratıcılık	Gelir giderden az	87	3,4527±0,8097	43,175	0,000	1<2<3
	Gelir gidere eşit	115	3,8000±0,5122			
	Gelir giderden fazla	65	4,3858±0,4553			
Yenilik İklimi	Gelir giderden az	87	3,9885±0,4268	7,488	0,001	1<2<3
	Gelir gidere eşit	115	4,1311±0,3678			
	Gelir giderden fazla	65	4,2143±0,2731			
Yeniliği Destekleme	Gelir giderden az	87	4,1471±0,4719	2,968	0,053	-
	Gelir gidere eşit	115	4,2435±0,4127			
	Gelir giderden fazla	65	4,3108±0,3482			
Yeniliği Engelleme	Gelir giderden az	87	3,8218±0,6224	9,083	0,000	1<2<3
	Gelir gidere eşit	115	4,0536±0,5468			
	Gelir giderden fazla	65	4,1846±0,3820			
Kaynak Sağlama	Gelir giderden az	87	4,0575±0,5088	0,285	0,752	-
	Gelir gidere eşit	115	4,0986±0,4734			
	Gelir giderden fazla	65	4,1128±0,4687			
Toplam		267				

Katılımcıların meslekteki toplam çalışma durumuna göre bireysel yaratıcılık düzeylerinde, organizasyondaki Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme, Yeniliği Engelleme ve Kaynak Sağlama algılarında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunup bulunmadığının tespit edilmesi amacıyla yapılan ANOVA analizi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6'ya bakıldığında, katılımcıların meslekteki toplam çalışma süresine göre Kaynak Sağlama algılarında anlamlı bir farklılık tespit edilemezken ($p>0.05$) Bireysel Yaratıcılık düzeylerinde, Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme ve Yeniliği Engelleme algılarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespit edilebilmesi için post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Buna göre kurumda 16 yıl ve üzeri çalışan katılımcıların Bireysel Yaratıcılık düzeyleri 1 yıldan daha az, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan katılımcılardan daha yüksektir. Ayrıca meslekte toplam 1 yıldan daha az süredir çalışan katılımcıların Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme ve Yeniliği Engelleme algıları 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 16 yıl ve

üzeri çalışan bireylerden daha düşüktür. Bu doğrultuda bireylerin meslekte buldukları sürenin artmasının Bireysel Yaratıcılığı artırdığı ve meslekte çalışma süresi arttıkça bireylerin Yenilik İklimi, Yeniliği Destekleme ve Yeniliği Engelleme farkındalıklarının da arttığı söylenebilmektedir.

Katılımcıların yaşlarına göre bireysel yaratıcılık düzeylerinde, yenilik iklimi, yeniliği destekleme, yeniliği engelleme ve kaynak sağlama algılarında anlamlı farklılık olup olmadığının belirlenebilmesi için yapılan ANOVA analizi sonucunda anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri ile organizasyondaki yenilik iklimi arasındaki ilişkiye ait Pearson Korelasyon analizi sonuçları Tablo 7'de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların Bireysel Yaratıcılık düzeyleri ile organizasyondaki Yenilik İklimi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($r=0.077$; $p=0.212$). Buna göre bireylerin bireysel yaratıcılık düzeylerindeki artışın organizasyondaki yenilik iklimi algılarında herhangi bir değişikliğe sebep olmayacağı söylenebilmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Meslekteki Toplam Çalışma Süresi	n	Ort± SS	F	p	Post-hoc (Tukey)
Bireysel Yaratıcılık	1 yıldan az ¹	25	3,5231±0,9321	7,519	0,000	1,2,3,4<5
	1-5 yıl ²	81	3,7104±0,5654			
	6-10 yıl ³	69	3,7637±0,6519			
	11-15 yıl ⁴	38	3,7996±0,9163			
	16 yıl ve üzeri ⁵	54	4,2550±0,4783			
Yenilik İklimi	1 yıldan az ¹	25	3,8143±0,5154	5,538	0,000	1<2,3,4,5
	1-5 yıl ²	81	4,1085±0,4042			
	6-10 yıl ³	69	4,0818±0,3597			
	11-15 yıl ⁴	38	4,1861±0,2010			
	16 yıl ve üzeri ⁵	54	4,2063±0,3135			
Yeniliği Destekleme	1 yıldan az ¹	25	3,9520±0,5838	3,851	0,005	1<2,4,5
	1-5 yıl ²	81	4,2296±0,4550			
	6-10 yıl ³	69	4,2116±0,3611			
	11-15 yıl ⁴	38	4,3263±0,3202			
	16 yıl ve üzeri ⁵	54	4,3074±0,3720			
Yeniliği Engelleme	1 yıldan az ¹	25	3,6467±0,7866	3,847	0,005	1<2,4,5
	1-5 yıl ²	81	4,0103±0,5233			
	6-10 yıl ³	69	3,9879±0,5860			
	11-15 yıl ⁴	38	4,1228±0,2619			
	16 yıl ve üzeri ⁵	54	4,1265±0,5289			
Kaynak Sağlama	1 yıldan az ¹	25	3,9200±0,6475	1,577	0,181	-
	1-5 yıl ²	81	4,1029±0,5154			
	6-10 yıl ³	69	4,0531±0,4414			
	11-15 yıl ⁴	38	4,0789±0,4275			
	16 yıl ve üzeri ⁵	54	4,1975±0,4172			
Toplam		267				

Tablo 7. Bireysel Yaratıcılık ve Yenilik İklimi Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	Bireysel Yaratıcılık	Yenilik İklimi
Bireysel Yaratıcılık	r	-
	p	-
Yenilik İklimi	r	0.077
	p	0.212

Tartışma

Dünya genelinde bütün alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da yaratıcılığa ve yeniliğe duyulan ihtiyaç artmıştır (28-30). Çalışmada, klinik personelin bireysel yaratıcılık düzeyleri idari ve destek personele kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Sağlık alanında yenilikçilik

ve yaratıcılık üzerine yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak organizasyonel düzeyde ele alındığı, konuyla ilgili bireysel düzeyde ele alınan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (31-33). Sağlık kuruluşlarında yenilikçilik ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla hastane çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada, liderlik desteği ve bireysel yenilikçi davranış arasındaki ilişkilere,

çalışanların yaratıcılığının aracılık ettiği tespit edilmiştir (3). Sağlık hizmeti sunum sürecinde önemli bir rolü bulunan hemşirelerin birden fazla işi aynı anda yapabilmeleri için daha yaratıcı olmaları gerektiği vurgulanmıştır (34). Bir derleme çalışmada, öğrenme ve düşünme stilleri, içsel tutku, hemşireliğe ilgi ve başarı motivasyonu gibi içsel faktörlerle birlikte, işyeri sorunları ve hemşire eksikliği gibi dışsal faktörlerin hemşirelerin yaratıcılık düzeyleri üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir (34).

Yenilikçilik, hemşirelik bakımının en fazla uygulandığı alanlardan biri olup, bakımın geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir. Özellikle dünya genelinde demografik yapının değişmesi, hastalık paternlerinde yaşanan farklılıklar, kronik hastalıkların artması, toplumsal düzeyde beklentilerin değişmesi gibi pek çok faktörün sağlık hizmeti sunum sürecinde gelişime özgü değişimleri kaçınılmaz kıldığını göstermektedir (19,35). Buna ek olarak hekimlerin günlük uygulamalarında karşılaşılan sorunların çoğunun standart uygulamalara, kılavuzlara veya protokollere uymaması nedeniyle, pek çok durumun belli düzeyde yaratıcılık gerektirdiği vurgulanmıştır (28-30,36,37). Tıp öğrencilerinin, lisansüstü tıp stajyerlerinin ve tıp uzmanlarının yaratıcılık algılarını, çağdaş sağlık hizmetlerinde yaratıcılığa verdikleri önemi anlamak amacıyla yapılan bir çalışmada; katılımcıların yaratıcılığı düşünme ve eylem süreçlerini içeren bir sanat türü olarak algıladığı, hızla değişen sağlık ortamında ihtiyaç duyulan orijinal çözümlerin aranması nedeniyle yaratıcılığın mevcut ve gelecekteki zorlukların üstesinden gelmek için önemli olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yaratıcılığın, giderek karmaşıklaşan hastalarla başa çıkmak için çok yönlü, esnek bir bakış açısı gerektiren, hızla değişen sağlık hizmetleri ortamında önemli bir nitelik olduğu belirtilmiştir (36). Bu sonuç, tıp teknolojisindeki yeni gelişmelere bağlı olarak klinik birimlerde çalışanların, idari ve destek birimlerde çalışanlara kıyasla karşılaşmış oldukları hasta sorunlarına yaratıcı bir yaklaşımla çözüm bulmaya odaklanmalarının bir sonucu olabilir.

Çalışmada ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri ve yenilik iklimi algıları ön lisans/lisans ve lisansüstü öğrenim mezunu katılımcılardan daha düşüktür.

Ayrıca ön lisans/lisans mezunu katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri lisansüstü öğrenim mezunu katılımcılardan daha düşük bulunmuştur. Bu doğrultuda öğrenim düzeyi arttıkça bireylerin bireysel yaratıcılık düzeylerinin ve yenilik iklimi algılarının arttığı görülmektedir. Eğitim sektöründe yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin yaratıcılık düzeylerinin, eğitim durumları açısından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (38). Eğitim sürecinde kullanılan yöntem ve tekniklerin bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada geliri giderden az olan katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri ve yenilik iklimi algıları geliri gidere eşit ve geliri giderden fazla olan katılımcılardan daha düşük bulunmuştur. Buna ek olarak, geliri gidere eşit olan katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeylerinin geliri giderden fazla olan katılımcılardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda bireylerin gelir durumu arttıkça bireysel yaratıcılık düzeylerinin ve yenilik iklimi algılarının arttığı söylenebilir. Tıp eğitimi alan öğrencilerin bireysel yaratıcılıklarını geliştirmeye yönelik görüşlerinin alındığı bir çalışmada; tiyatro, dans, yazı, şiir, edebiyat, müzik, resim ve görsel sanatlarda yaratıcılığın belirli yönlerini uygulayarak yaratıcılıklarını artırabilecekleri tespit edilmiştir (39). Bu sonuçlar gelir düzeyi yüksek katılımcıların bu tür etkinliklere katılım oranının yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Buna ek olarak gelir düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının, sektörle ilgili gelişmeleri takip etmek amacıyla daha fazla imkanlara sahip olması nedeniyle bireysel yaratıcılık ve yenilikçi iklim algılarının daha yüksek olmasına da bağlanabilir.

Çalışma bulguları kurumda 16 yıl ve üzeri çalışan katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeylerinin diğer katılımcılardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca meslekte toplam bir yıldan daha az süredir çalışan katılımcıların yenilik iklimi ve yeniliği destekleme algıları diğer bireylerden daha düşük bulunmuştur. Bu doğrultuda bireylerin meslekte buldukları sürenin artmasının bireysel yaratıcılığı artırdığı ve meslekte çalışma süresi arttıkça bireylerin yenilik iklimi ve yeniliği destekleme farkındalıklarının da arttığı söylenebilir. Bu durum, meslekteki çalışma süresinin artmasıyla birlikte, edinilen tecrübenin de artması nedeniyle sektörde yaşanan değişimlere daha kolay ve hızlı bir şekilde adapte olunmasına

ve yaşanan sorunlara daha kolay bir şekilde yaratıcı çözümler geliştirilmesine bağlı olabilir. Özellikle bir yıldan daha az süredir çalışan katılımcıların henüz yeterli alan tecrübesine sahip olmaması nedeniyle yaşanabilecek değişimlere karşı kendilerini hazırlıklı hissetmemeleri kaynaklı olabilir.

Çalışmada, katılımcıların bireysel yaratıcılık düzeyleri ile organizasyondaki yenilik iklimi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Literatüre bakıldığında farklı bir çalışmada ise bireysel düzeyde yaratıcılık ve yenilik arasında olumlu bir bağlantı bulunmuştur (40). Yenilikçilik ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan diğer bir araştırmada, hastane çalışanlarının bireysel yenilikçi davranışlarının, bireysel yaratıcılık ile doğrudan ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (3). Eğitim sektöründe yapılan bir çalışmada, öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik ile bireysel yaratıcılıkları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir (42). Bireysel düzeyde yaratıcılığın sağlık sektöründe görev yapan çalışanların aynı anda birden fazla görevi üstlenmeleri nedeniyle yüksek olduğu görülmüştür (43). Yenilikçi ve yaratıcı uygulamalar sayesinde bakım kalitesinin arttığı, iş yükünün azaldığı, kanıta dayalı uygulamaların arttığı, hasta işlemlerinin daha kısa sürede yapıldığı tespit edilmiştir (44).

Sonuç

Sağlık çalışanlarının bireysel yaratıcılık düzeyleri ve organizasyondaki yenilikçi iklim arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, klinik personelin, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi yüksek, kurumda çalışma süresi uzun olan çalışanların, bireysel yaratıcılık düzeyleri ile organizasyondaki yenilikçi iklim algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarından hareketle aşağıda belirtilen önerilerde bulunmaktadır:

- Sağlık sektörünün büyük değişim ve dönüşümlerin yaşandığı ve insan hayatı için kritik olan sektörlerden biri olması nedeniyle, bütünsel ölçekte çalışanların bireysel yaratıcılık düzeylerini

geliştirmeye yönelik farkındalık çalışmalarının yapılması,

- İdari ve destek alanlarda görev yapan çalışanlara yönelik bireysel yaratıcılık düzeylerini geliştirmeyi hedefleyen etkinlikler düzenlenmesi,
- Yenilik ve yaratıcılığın birbiriyle ilişkili olmasından hareketle, kurum yönetiminin yenilikçi iklim algılarının değerlendirilmesi ve çalışanların bu sürece dahil edilmesi,
- Gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük çalışanlara yönelik bireysel yaratıcılığı ve yeniliği kapsayan etkinlikler düzenlenmesi,
- Kurumda yeni çalışmaya başlayanların bireysel yaratıcılık ve yenilikçi yaklaşımlarını geliştirmeye yönelik oryantasyon programları düzenlenmesi faydalı olabilir.

Kaynaklar

1. Akkoç İ. Gelişim kültürü ve etik iklimin yenilikçiliğe etkisinde dağıtım adaletinin rolü. Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi 2012;4(3):45-60.
2. Timuroğlu K, Yılmaz B. Örgütsel iletişimin örgütsel yenilik üzerindeki etkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2021;35(1):319-37. doi:10.16951/atauniiibd.819336
3. Slåtten T, Mutonyi BR, Lien G. The impact of individual creativity, psychological capital, and leadership autonomy support on hospital employees' innovative behaviour. BMC Health Serv Res 2020;20:1096. doi:10.1186/s12913-020-05954-4
4. Sönmez B, Yıldırım A. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yenilikçi davranışları ve yenilikçi davranışlarına etki eden faktörlerin belirlenmesi: Niteliksel bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014;1:49-59. doi:10.5222/SHYD.2014.049
5. Waheed A, Miao X, Waheed S, Ahmad N, Majeed A. How new HRM practices, organizational innovation, and innovative climate affect the innovation performance in the IT industry: A moderated-mediation analysis. Sustainability 2019;11(3):621. doi:10.3390/su11030621
6. Baykal E. Yenilikçi örgüt iklimi: İşe adanma üzerine etkisi. Ekonomi İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi 2019;1(3):266-79.

7. Salman M, Khan MN, Mufti U, Islam F, Aslam A. (2016). Impact of organizational justice and perceived creative performance mediating role of employee innovative behavior. *IJSRP* 2016;6(6):490-5.
8. Jaiswal NK, Dhar RL. Transformational leadership, innovation climate, creative self-efficacy and employee creativity: A multilevel study. *Int J Hosp Manag* 2015;51:30-41. doi:10.1016/j.ijhm.2015.07.002
9. Amabile TM, Barsade SG, Mueller JS, Staw BM. Affect and creativity at work. *Adm Sci Q* 2005;50(3):367-403. doi:10.2189/asqu.2005.50.3.367
10. Shalley CE, Zhou J, Oldham GR. The effects of personal and contextual characteristics on creativity: where should we go from here? *J Manag* 2004;30(6):933-58. doi:10.1016/j.jm.2004.06.007
11. Malik N, Dhar RL, Handa SC. Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: a cross sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors. *Int J Nurs Stud* 2016;63:28-36. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.08.004
12. Kemer AS, Altuntaş S. (2017). Bireysel Yenilikçilik Ölçeği'nin hemşireliğe uyarlanması: Türkçe geçerlik - güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017;14(1):52-61. doi:0.5222/head.2017.052
13. Kanbur E, Özyer K. (2016). Çalışanların bireysel yaratıcılık düzeylerinin iç girişimcilik performanslarına etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2016;14(2):264-75. doi:10.11611/JMER178484
14. Gong Y, Zhou J, Chang S. Core knowledge employee creativity and firm performance: the moderating role of riskiness orientation, firm size, and realized absorptive capacity, *Pers Psychol* 2013;66:443-82. doi:10.1111/peps.12024
15. Zhou Q, Hirst G, Shipton H. Context matters: Combined influence of participation and intellectual stimulation on the promotion focus-employee creativity relationship. *J Organ Behav* 2012;33:894-909. doi:10.1002/job.779
16. Demirel N, Turan N. Hemşirelerin yenilikçilik algısının bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2021;4(2):268-72. doi:10.38108/ouhcd.871539
17. White KR, Pillay R, Huang X. Nurse leaders and the innovation competence gap. *Nurs Outlook* 2016;64:255-61. doi:10.1016/j.outlook.2015.12.007
18. Afsar B, Cheema S, Saeed BB. Do nurses display innovative work behavior when their values match with hospitals' values? *Eur J Innov Manag* 2018;21(1):157-71. doi:10.1108/EJIM-01-2017-0007
19. Zengin H, Tiryaki Ö, Çınar N. Hemşirelikte yenilikçilik ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2019;6(3):207-17. doi:10.5222/SHYD.2019.74745
20. Tierney P, Farmer SM, Graen GB. An examination of leadership and employee creativity: The relevance of traits and relationships. *Pers Psychol* 1999;52(3):591-620. doi:10.1111/j.1744-6570.1999.tb00173.x
21. Zhou J, George JM. When job dissatisfaction leads to creativity: Encouraging the expression of voice. *AMJ* 2001;44(4):682-96. doi:10.2307/3069410
22. Gumusluoğlu L, İlsev A. Transformational leadership and organizational innovation: The roles of internal and external support for innovation. *JPIM* 2009;26(3):264-77. doi:10.1111/j.1540-5885.2009.00657.x
23. Öcal K. Predicting employee performance in non-profit sport organizations: The role of managerial and financial performance and the mediating role of support for innovation and individual creativity. A Thesis Submitted to The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, The Degree of Doctor of Philosophy In The Department of Physical Education and Sports, Ankara, 2011.
24. Scott SG, Bruce RA. Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace. *AMJ* 1994;37(3):580-607. doi:10.2307/256701
25. Sönmez B, Bacaksız FE, Yıldırım A. Yenilik iklimi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;20(2):75-82.
26. Raosoft. Sample size calculator. <http://www.raosoft.com/samplesize.html>. Erişim tarihi: 06.01.2024.
27. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update*. 10th ed. Boston: Pearson; 2010.
28. Koh DL. Creativity and innovation in medical education: It's time to let the trees grow freely. *Ann Acad Med Singap* 2013;42(11):557-8.
29. Lecher R. Diversity, creativity, and flexibility will be needed from the next generation of medical scientists. *Lancet* 2017;389(S1). doi:10.1016/S0140-6736(17)30199-X
30. Turabian JL. Creativity in family medicine. *Research in Medical & Engineering Sciences* 2017;1(2):1-3. doi:10.31031/RMES.2017.01.000510 ISSN: 2576-8816

31. Länsisalmi H, Kivimäki M, Aalto P, Ruoranen R. Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. *Nurs Sci Q* 2006;19(1):66-72. doi:10.1177/0894318405284129
32. Xerri JM, Brunetto Y. Fostering innovative behavior: the importance of employee commitment and organizational citizenship behavior. *IJHRM* 2013;24(16):3163-77. doi:10.1080/09585192.2013.775033
33. Liu H-Y. Inter-professional nursing education and the roles of swift trust, interaction behaviors, and creativity: A cross-sectional questionnaire survey. *Nurse Educ Today* 2020;95:104598. doi:10.1016/j.nedt.2020.104598
34. Ma X, Yang Y, Wang X, Zang Y. An integrative review: Developing and measuring creativity in nursing. *Nurse Educ Today*. 2018;62:1-8. doi:10.1016/j.nedt.2017.12.011
35. Tuna Ö. Örgüt kültürü tiplerinin bireysel yenilikçilik üzerine etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 2021;22(1):199-218.
36. Haven A, Pragt E, Jan van Luijk S, Dolmans DHJM, van Mook WNKA. Creativity: A viable and valuable competency in medicine? A qualitative exploratory study, *Med Teach* 2022;4(10):1158-64. doi:10.1080/0142159X.2022.2072278
37. Liou KT, Jamorabo DS, Dollase RH, Dumenco L, Schiffman FJ, Baruch JM. Playing in the "gutter": cultivating creativity in medical education and practice. *Acad Med* 2016;91(3):322-7. doi:10.1097/ACM.0000000000001018
38. Polat M. Sınıf öğretmenlerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile yaratıcılık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Adıyaman, 2017.
39. Lake J, Jackson L, Hardman C. A fresh perspective on medical education: The lens of the arts. *Med Educ* 2015;49(8):759-72. doi:10.1111/medu.12768
40. Slåtten T, Mehmetoglu M. The effects of transformational leadership and perceived creativity on innovation behavior in the hospitality industry. *J Hum Resour Hosp Tour* 2015;14(2):195-219. doi:10.1080/15332845.2014.955557
41. Yenice N, Yavaşoğlu N. Fen bilgisi öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik düzeyleri ile bireysel yaratıcılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitimde Kuram ve Uygulama* 2018;14(2):107-28. doi:10.17244/eku.334590
42. Yenice N, Yavaşoğlu N. Fen bilgisi öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik düzeyleri ile bireysel yaratıcılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitimde Kuram ve Uygulama* 2018;14(2):107-28. doi:10.17244/eku.334590
43. Waheed J, Jun W, Yousaf Z, Radulescu M, Hussain H. Towards employee creativity in the healthcare sector: Investigating the role of polychronicity, job engagement, and functional flexibility. *Healthcare (Basel)* 2021;9(7):837. doi:10.3390/healthcare9070837
44. Şahan S, Yıldız A. Hemşirelik hizmetlerinde kullanılan yenilikçi ürünler ve yaklaşımlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2020;3(7):450-7. doi:10.5222/SHYD.2020.67044

Koronavirüs Pandemisinin Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi

The Effect of the Coronavirus Pandemic on the Level of Quality of Life of University Students

Tuğba SOLMAZ,¹ Yunus Emre KUYUCU²

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, koronavirüs pandemisinin üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türdedir. Çalışmanın verileri anket formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılarak elektronik ortamda çevrim içi toplanmıştır. İstatistiksel analizde frekans ve yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ve verilerin dağılım özelliklerine göre t-testi, Mann Whitney-U ve ANOVA testi kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmada anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,6 \pm 3,2$ olup, çoğunluğu (%68,8) kadındır. Çalışmaya katılan 241 öğrencinin cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık durumlarına göre yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Katılımcıların gelir durumu ve yaşadıkları yer ile yaşam kalitesi fiziksel, çevresel ve ulusal alan alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada, pandemi sürecinde üniversite öğrencilerinde yaşam kalitesi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19; Öğrenci; Pandemi; Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to evaluate the impact of the coronavirus pandemic on the quality-of-life level of university students.

Method: The research is descriptive and cross-sectional. The study of data was collected online using a questionnaire form and the World Health Organization Quality of Life Scale Short Form. In statistical analysis, frequency and percentage, mean and standard deviation values and t-test, Mann Whitney-U and ANOVA tests were used according to the distribution characteristics of the data. In statistical comparison, the significance value was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the students participating in the study was 20.6 ± 3.2 and most of them (68.8%) were women. No significant difference was observed in the quality-of-life levels of 241 students participating in the study according to gender, marital status and chronic disease status ($p > 0.05$). It has been determined that there was a statistically significant difference between the income status and place of residence of the participants and quality of life physical, environmental and national space sub-dimensions ($p < 0.05$).

Conclusion: In this study, it was determined that the level of quality of life was low in university students during the pandemic process.

Keywords: Covid-19, Student, Pandemic, Quality of Life.

Giriş

Covid-19 pandemisi 2019 yılında Çin'in Wuhan şehrinde tespit edilen bir solunum yolu has-

talığıdır ve (2019nCoV) şeklinde tanımlanmıştır (1). Koronavirüs kaynaklı ortaya çıkan salgınlar değerlendirildiğinde ise Covid-19'un

Geliş Tarihi/Received: 17.03.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:**08.09.2024 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online**

Date:31.10.2024 **DOI:** 10.57224/jhpr.1454498.

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye. tugbasolmaz.gou@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-0574-0035.

²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tokat, Türkiye. kuyucuemre@hotmail.com ORCID ID: 0000-0001-8808-1287.

Sorumlu yazar/Correspondence: Tuğba SOLMAZ

Cite this article as: Solmaz, T., Kuyucu, Y. E., Koronavirüs Pandemisinin Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi. J Health Pro Res 2024;6(3):177-183.

öteki koronavirüs vaka raporlarına göre etkisinin daha çok olduğu bildirilmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü pandemi şeklinde ifade etmiştir. Pandemiler dünyada yönetim ve hayat tarzı çesitlerini ortaya çıkararak ve küresel zararlara yol açarak sağlık sorunları olarak görülmektedir ve 2020 yılının Ocak ayından itibaren dünya genelinde salgın oluşturarak önemli ölçüde halk sağlığına zarar vermiştir (2,3,4,5). Sosyal, ekonomik ve siyasal düzeyde etkileri olmakla birlikte insan sağlığı üzerinde de olumsuz etkilere yol açmaktadır. Bu durum hastalığa yol açan virüsün enfeksiyon yapma kabiliyetine, virülansına, toplumun bağışıklık düzeyine, kişilerin yaşam tarzına, ekonomik durumuna, ülkeler ve şehirler arasındaki yolculuğun kolaylığına, iş yaşamındaki risk faktörlerine, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesine ve iklime bağlı olarak değişiklik göstermektedir (5). Ayrıca, hastalığın izolasyon ve sokağa çıkma kısıtlamaları başta olmak üzere alınan çeşitli önlemler, insanlardan uzaklaşma, kişilerarası etkileşimde azalma, gündelik faaliyetlerde farklılaşma gibi birtakım davranış değişikliklerine de yol açtığı görülmektedir. Bu süreçte aile içi sorumluluklarda artma ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesi de yaşanan diğer sorunlar arasındadır (6,7).

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel hareketlerini, ruhsal durumunu, aile içi ve aile dışında sosyal iletişimini, çevredeki etkilenme seviyesini ve bu faktörlerden kişinin işlevsel yönden etkilenmesini içine almaktadır (8). Sağlıklı kişilerde yaşam kalitesinden bahsedilirken hasta olma durumundan uzak, yaşamdan keyif alan, sosyal hayatında hareketli kişiler düşünülmalıdır (9). Bu sebeple Covid-19 salgın dönemi boyunca pandemiye bağlı olarak yaşam faktörlerinde zorunlu bir değişim olması, kişilerin toplumdan uzak bir şekilde evinden dışarı çıkamaması, toplumsal etkileşimlerinin etkilenmesi ve bu durumun süresi hakkında net bir durum olmaması yaşam kalitelerini de etkilemektedir (10). Gerek eğitimin uzaktan yapılması, gerekse yaşanan pandemi süreci öğrencilerin sedanter yaşam tarzlarında artışa neden olmaktadır. Bu durum ise öğrencilerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenebileceğini düşündürmektedir (11). Bu araştırma, koronavirüs pandemisinin üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Sorusu

Koronavirüs pandemisi üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesini etkiler mi?

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan bu araştırmanın evrenini, Türkiye’de Karadeniz Bölgesinde bir devlet üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO)’nda 2022-2023 yılında eğitim-öğretim gören öğrenciler oluşturmuştur (n=350). Örneklem seçimine gidilmemiş olup evrenin %66.0’sına (n=231) ulaşılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı SHMYO’da öğrenim gören, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Anket formunda cevaplanmamış soru bırakan ve gönüllü olmayan öğrenciler araştırmanın dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; sosyodemografik değişkenlerin yer aldığı Google forms uygulaması kullanılarak oluşturulan anket formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılarak elektronik ortamda çevrimiçi toplanmıştır. Anket formu; araştırmacıların ilgili literatürü inceleyerek oluşturdukları bu form öğrencilerin sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerini içeren altı sorudan oluşmaktadır (3,11,15).

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form; Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. Formun amacı, bireyin iyi olma durumunu ölçmesi ve kültürler arasında kıyaslama yapabilmesidir. Dört ayrı düzeyde yaşam kalitesini değerlendirmeyi sağlamaktadır. Ölçek “fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel ve ulusal” olmak üzere beş alanı ve genel yaşam kalitesi ile genel sağlık durumu ile alakalı sorular ile toplam 27 tane soru içermektedir. Ölçeğin türü 5’li likerttir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Grubu (1998) ölçek için güvenilirlik katsayısını “fiziksel” 0.80; “ruhsal”, 0.76; “sosyal” 0.66 ve “çevresel” boyut için 0.80 olarak saptamıştır. Ölçek ile ilgili Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlaması yapılan ölçekte güvenilirlik katsayısı ise “fiziksel” 0.83; “ruhsal” 0.66; “sosyal” 0.53 ve “çevresel” ve “ulusal” boyut için 0.73 olarak tespit edilmiştir. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (12). Bu çalışmada ise yaşam kalitesi ölçek boyutları güvenilirlik değerleri “fiziksel” 0.55; “ruhsal” 0.58; “sosyal” 0.42; çevresel 0.84 ve “ulusal” boyut için 0.77 olarak elde edilmiştir.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 25.0 paket programında değerlendirilmiştir. Değişkenlere normallik ve homojenite varsayımı için Kolmogorov Smirnov (K-S) in homojenliği ön şartını yerine getiren verilerin testleri uygulanmıştır. Normallik ve varyanslar analizi parametrik, bu şartları yerine getirmeyen veriler ise nonparametrik testlerin kullanılması ile hesaplanmıştır. Verilerin analizinde frekans ve yüzde, ortalama ve standart sapma değerlendirmeleri yapılmış olup, verilerin dağılım özelliklerine göre t-testi, Mann Whitney-U ve ANOVA testi kullanılmıştır. Ayrıca, çalışmada elde edilen yaşam kalitesi düzeylerinin birbiri ile ilişkisi de yine Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan tüm hesaplamalar ve yorumlar için istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik İzin

Araştırmanın etik uygunluğu için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan 16.02.2023 tarihli 03/01-33 numaralı toplantıda onay alınmasının ardından çalışmaya başlanmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun şekilde yürütülmüştür. Anket formunun başında çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir ve çalışmaya gönüllü katılım için zorunlu onay sekmesi yer eklenmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri Google formlar aracılığıyla öğrencilerden öz bildirim yoluyla toplanmıştır. Araştırmanın sonuçları örneklem grubunu kapsamaktadır ve tüm öğrencilere genellenemez.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 20.6 ± 3.2 olup %68.8'inin cinsiyeti kadın, %97.7'sinin bekar, %50.2'sinin gelir durumunu orta olarak tanımladığı, %98.3'ünün ailesiyle birlikte yaşadığı ve %91.3'ünün herhangi bir kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; çalışmada öğrencilerin yaşam kalitesi fiziksel, ruhsal ve ulusal alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Öğrencilerin yaşam kalitesi fiziksel alan alt boyut puan ortalamaları gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Gelir durumu az alan öğrencilerin fiziksel alandaki yaşam kalitelerinin gelir gidere denk ya da fazla olan öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($F = 4.933$, $p < 0.05$). Gelir durumu az alan öğrencilerin çevresel alandaki yaşam kalitelerinin gelir gidere denk ya da fazla olan öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($F = 12.668$, $p < 0.001$). Gelir durumu az alan öğrencilerin ulusal alandaki yaşam kalitelerinin geliri gidere denk ya da fazla olan öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($F = 12.362$, $p < 0.001$).

Tablo 1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=231)

Özellikler	n	%
Yaş, Ort.±SS: 20.6 ±3.2		
Cinsiyet		
Kadın	159	68.8
Erkek	72	31.2
Medeni durum		
Evli	5	2.2
Bekar	226	97.8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	98	42.4
Gelir gidere denk	116	50.2
Gelir giderden fazla	17	7.4
Yaşanılan yer		
Aile ile birlikte	227	98.3
Yalnız	4	1.7
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	20	8.7
Hayır	211	91.3

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Öğrencilerin yaşam kalitesi ulusal alan boyutu kalınan yere göre de anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ailesi ile kalan öğrencilerin çevresel alandaki yaşam kaliteleri yalnız yaşayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları bireylerin cinsiyetine, medeni durumlarına ve kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Fiziksel Ort±SS	Ruhsal Ort±SS	Sosyal Ort±SS	Çevresel Ort±SS	Ulusal Ort±SS	
Cinsiyet	Kadın (n=159)	7.06±2.42	11.56±2.59	22.14±4.08	18.48±3.50	13.93±2.90
	Erkek (n=72)	6.93±2.52	11.46±2.95	21.75±3.60	18.15±3.62	13.67±3.07
Test	t	0.376	0.277	0.694	0.665	0.619
	p	0.708	0.782	0.488	0.507	0.537
Medeni Durum	Bekar (n=5)	5.87±1.73	10.24±3.27	23.6±2.61	17.73±1.53	13.6±1.36
	Evli (n=226)	7.04±2.45	11.56±2.69	21.98±3.96	18.39±3.56	13.85±2.98
Test	Z	1.301	0.969	0.953	0.824	0.570
	p	0.193	0.333	0.341	0.410	0.569
Gelir Durumu	Gelir giderden az (n=98)	6.44±2.9 ^(a)	11.25±2.95	21.53±4.5	17.09±3.69 ^(a)	12.78±3.11 ^(a)
	Gelir gidere denk (n=116)	7.47±2.01 ^(b)	11.65±2.46	22.52±3.39	19.39±3.12 ^(b)	14.67±2.56 ^(b)
	Gelir giderden fazla (n=17)	7.22±1.51 ^(ab)	12.33±2.73	21.41±3.66	18.9±2.97 ^(ab)	14.42±2.61 ^(ab)
Test	F	4.933	1.390	1.903	12.668	12.362
	p	0.008*	0.251	0.152	<0.001	<0.001
Yaşanılan Yer	Aile ile (n=227)	7.04±2.42	11.55±2.7	22.04±3.92	18.43±3.51	13.91±2.92
	Yalnız (n=4)	5.67±3.94	10.4±2.69	21±5.29	15.17±3.82	10.43±3.04
Test	Z	0.531	0.834	0.287	1.759	2.119
	p	0.596	0.404	0.774	0.079	0.034
Kronik Hastalık Durumu	Evet (n=20)	6.53±2.63	10.48±2.91	20.7±2.99	17.4±3.48	13.11±3.07
	Hayır (n=211)	7.06±2.43	11.63±2.67	22.14±4	18.47±3.53	13.91±2.94
Test	t	0.923	1.826	1.572	1.298	1.162
	p	0.357	0.069	0.117	0.195	0.247

* Ort: Ortalama SS: Standart Sapma t: Bağımsız Örneklem t testi, Z: Mann Whitney U Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

** a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Katılımcıların yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel ve ulusal alanların birbiriyle anlamlı ($p<0.01$) ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Fiziksel alan ile sosyal alan, ruhsal alan ile sosyal alan, sosyal alan ile çevresel alan ve sosyal alan ile ulusal alan arasında ise orta düzeyde anlamlı ($p<0.01$), pozitif yönde bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışma, koronavirüs pandemisinin üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Covid-19 pandemisi hem toplumdan uzak bir hayata bağlı olma hem de yaşanan sağlıkla ilgili kaygılara bağlı olarak üniversite öğrencilerinin yaşam kalitelerinin etkilendiği bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (13).

Tablo 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Değerleri

		Ruhsal	Sosyal	Çevresel	Ulusal
Fiziksel	r	0.518	0.372	0.613	0.595
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Ruhsal	r		0.444	0.597	0.594
	p		<0.001	<0.001	<0.001
Sosyal	r			0.470	0.464
	p			<0.001	<0.001
Çevresel	r				0.982
	p				<0.001

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırmada öğrencilerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarına göre en yüksek puan ortalaması sosyal alan iken; fiziksel alan ise ortalama puanın altında olup ölçekteki en düşük puana sahip alan olarak belirlenmiştir. Moritz ve arkadaşlarının (2016) benzer bir çalışmasında da yaşam kalitesi boyutları arasında en yüksek puana sahip alanın sosyal alan olduğu ve en düşük puana sahip alanın ise fiziksel alan olduğu saptanmıştır (14). Pandemi sürecinde izolasyon, sokağa çıkma kısıtlaması vb. faktörlerden kaynaklı fiziksel aktivitede azalma olması beklenen bir durumdur. Bu nedenle, gençler arasında fiziksel aktiviteye yönelik olumlu tutumlar geliştirmek çok önemlidir. Çünkü fiziksel aktiviteye yönelik olumlu destekleyici tutumlar, daha sonraki yaşamda fiziksel aktivitenin alışkanlık haline getirilmesini ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayabilir (15).

Araştırma grubunun medeni durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı yönde değildir ($p>0.05$). Gülmez (2013)'in üniversitede çalışan bireyler ile yaptığı bir çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir (16).

Çalışmada gelir durumu faktörü ile yaşam kalitesi değişkenleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde fiziksel, çevresel ve ulusal alt boyut faktöründe istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Akyüz ve arkadaşları (2017) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada aile gelir düzeyi ile yaşam kalitesi ulusal sağlık alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (17). Twardzik ve arkadaşlarının (2019) yürüttüğü bir çalışmada hastalığa yakalanma riskine sahip ve ekonomisi yüksek düzeyde olan kişilerin, hayat koşullarının nitelikli olmasına bağlı yaşam kalitelerini yüksek algıladıkları bildirilmektedir (18). Başka bir çalışmada da bireylerin yaşam kaliteleri arasında sosyoekonomik seviyeye

göre anlamlı ölçüde farkların olduğu belirtilmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcı bireylerin yaşam kaliteleri en düşük seviyede olup orta düzeydeki katılımcıların yaşam kalitesi orta düzeyde ve yüksek sosyoekonomik seviyedeki bireylerin yaşam kaliteleri ise büyük ölçüde yüksek düzeyde bulunmuştur (19). Çalışma bulgusu literatürle benzer yöndedir. Sosyoekonomik gücün, bireylerin fiziki, ruhsal, sosyal ve çevresel iyi olma durumuna yönelik farklı olanaklar tanınmasıyla birlikte ve bu olanakların kullanılmasının da yaşam kalitesinde olumlu yönde etken olacağı düşünülebilir. Bu çalışmada öğrencilerin yaşam kalitesi fiziksel, ruhsal ve ulusal alt boyut puan ortalamaları ölçekten her bir alanda alınan min:4, max:20 puan (12) göz önüne alındığında düşük bulunmuştur. Pandemiden önceki süreç ile karşılaştırıldığında üniversite öğrencilerinin salgın sürecinde yaşam kalitesine ilişkin sağlık, ruhsal ve genel yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarında düşme olduğu bildirilmektedir (20,21). Başka bir çalışmada da Covid-19 pandemi döneminde sağlıklı genç kişilerin yaşam kalitesinde azalma olduğu özellikle genel sağlık algısında önemli ölçüde olumsuz etkilenmenin yaşandığı bildirilmektedir (22). Elde edilen bulgu literatürle benzerlik göstermektedir. Özellikle pandemi sürecinde öğrencilerin sedanter bir yaşam tarzını benimsemiş olması ve fiziksel, ruhsal ve duygusal yorgunluk gibi faktörlerin yaşam kalitelerinin azalmasında belirleyici olduğu düşünülebilir.

Sonuç

Koronavirüs pandemisi öğrencilerin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemiştir. Bu nedenle, pandemi sürecinin psikolojik ve sosyal çıktıları ile mücadelede öğrencilerin yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik yapılabilecek hizmetlerin önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun sağ-

lanabilmesi için özellikle genç nüfusun sosyal ve ekonomik yönden desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla; üniversitelerde öğrencilerin yaşam kalitelerinin artırılmasına ilişkin farkındalık eğitimlerinin yapılması ve fiziksel aktivitelere ilişkin planlanmalar oluşturulması önemli girişimler olarak değerlendirilmektedir. Sonuç olarak, pandeminin neden olabileceği sorunlarla baş etmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için öğrencilerin yaşadıkları stres ve baş etme yöntemlerine yönelik hem bireysel hem de kurumsal iyileştirici girişimlerin uygulanması önerilmektedir. Bu çalışmanın bulguları, üniversite öğrencilerinde yaşam kalitesinin artırıcı girişimlerin planlanmasında kullanılabilir. Ayrıca, öğrencilerin yaşam kalitesini etkileyebilecek ilişkili diğer faktörlerin çalışıldığı, çok merkezli benzer çalışmalara da referans olacağı düşünülmektedir.

Teşekkür: Çalışmaya katılan tüm öğrencilere teşekkür ederiz.

Yazar katkısı: Fikir/Kavram: T.S. Tasarım: T.S., Y.E.K. Denetleme Danışmanlık: T.S., Y.E.K. Veri Toplama ve İşleme: T.S. Analiz ve Yorum: Y.E.K., T.S. Kaynak Taraması: T.S., Y.E.K. Makale Yazımı: T.S., Y.E.K. Eleştirel İnceleme: T.S., Y.E.K.

Finansal Destek: Araştırmanın maliyeti araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar aralarında çıkar çatışması olmadığını taahhüt eder.

Kaynaklar

- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 2020; 395: 497-506.
- Covid-19 pandemisinin yaşam kalitesine etkisi: 30 Mart-5 Nisan 2020 (İstanbul, Ankara, Konya İlleri Örneği) Uluslararası Bilim Derneği Raporu. [Internet]. 2024 [12.02.2024]. Erişim: <http://www.iscass.org/uploads/img/covid-19-pandemisinin-yasam-kalitesine-etkisi.pdf>
- Çamur G, Ersanlı E, Abukan B, Canım F. Covid-19 pandemisinde üniversite öğrencilerinin değişen yaşamları ve online (çevrimiçi) eğitimleri üzerine bir araştırma. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022; 7(1): 247-266.
- Şayık D, Açıköz A, Mutlu F. Koronavirüs pandemisinde sağlık personellerinin uyku kalitesi: meta-analiz. *J Turk Sleep Med.* 2021; 8: 1-6.
- Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. [Internet]. 2024 [20.02.2024]. Erişim: <https://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/1.%20Versiyon%20Covid-19%20Pandemi%20De%20C4%9Feren-dirme%20Raporu.pdf>
- Demir B, Ateş H. Covid-19 pandemisinin bireysel ve sosyal etkileri. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi* 2023; 11(34): 242-259.
- Altaş D, Yılmaz A. Yaşam memnuniyeti ve yaşam memnuniyetini etkileyen faktörlerin sıralı lojistik regresyon analiziyle incelenmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi* 2021; 7(2): 67-76.
- Çelebi E, Sunal N. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi. *JAREN* 2016; 2(2): 84-91.
- Temür K, Ünver G, Verimer T. Üniversite öğrencilerinde Covid korkusunun yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022; 7(1): 113-124.
- Tunç AÇ, Zorba, E, Çingöz YE. Covid 19 salgını döneminde egzersiz yaşam kalitesine etkisi. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi* 2020; 6(1):127-135.
- Bulguroğlu Hİ, Bulguroğlu M, Özaslan A. Covid-19 pandemi sürecinde üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite, yaşam kalitesi ve depresyon seviyelerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021; 12(2): 306-311.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H, Göker E. WHOQOL - 100 ve WHOQOL-Bref'in Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1999; 7(ek2): 23-40.
- Özdemir Petek M, Kurtgil S. Üniversite öğrencilerinin Covid-19 pandemi sürecindeki yaşam kaliteleri ve duygusal yeme eğilimleri. *Sağlık Bilimleri ve Klinik Araştırmaları Dergisi* 2022; 1(1): 37-47.

14. Moritz AR, Marques-Pereira E, Pereira-de-Borba K, Clapis MJ, Gryczak-Gevert V, Mantovani, MDF. Quality of life of undergraduate nursing students at a Brazilian public university. *Investigación y Educación en Enfermería* 2016; 34(3), 564-572.
15. Nowak PF, Bożek A, Blukacz M. Physical activity, sedentary behavior, and quality of life among university students. *Biomed Res. Int.* 2019; 97: 1281.
16. Gülmez H. Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2013; 7(4): 74-82.
17. Akyüz, H, Yaşartürk, F, Aydın, İ, Zorba E, Türkmen, M. Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi ve mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017; 3(SI): 253-262.
18. Twardzik E, Clarke P, Elliott MR, Haley WE, Judd S, Colabianchi N. Neighborhood socioeconomic status and trajectories of physical health-related quality of life among stroke survivors. *Stroke* 2019; 50(11): 3191-3197.
19. Ergün N, Sakız H. COVID-19 sürecinde önleyici davranışlar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2021; 9(6): 1679-1697.
20. Beisland EG, Gjeilo KH, Andersen JR, Bratås O, Bø B, Haraldstad K, et al. Quality of life and fear of COVID-19 in 2600 baccalaureate nursing students at five universities: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2021; 19: 198.
21. Leong Bin Abdullah MFI, Mansor NS, Mohamad MA, Teoh SH. Quality of life and associated factors among university students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2021; 11(10): e048446.
22. Ovdii MA, Solomakha KM, Yasynetskyi MO, Ponomarenko NP, Rydzal YMA. Study of physical activity levels and quality of life in young adults during the Covid-19 pandemic. *Wiadomosci Lekarskie* 2021; 74(6): 1405-1408.

Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Online Eğitime Bağlı Adaptasyon, Fiziksel Aktivite ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi

An Investigation of the Adaptation, Physical Activity and Nutrition Habits of First-Year University Students in Online Education

Hülya YILMAZ ÖNAL¹, Fulya İLAYDA ALINLI², Enes TEKELİ³, Yusuf YAVUZ⁴, Kardelen YOLDAŞ⁵, Müveddet Emel ALPHAN⁶

ÖZ

Amaç: COVID-19 pandemisi, eğitim sektöründe köklü bir dönüşümü tetikleyerek, öğrencilerin öğrenme alışkanlıklarından, eğitim kurumlarının işleyişine kadar geniş kapsamlı değişikliklere yol açmıştır. Bu çalışma, üniversitede öğrenim gören 1. sınıf öğrencilerinin online eğitime geçişinin ardından adaptasyon, beslenme ve fiziksel aktivitelerindeki değişiklikleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve yöntemler: Nisan-Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu tanımlayıcı kesitsel çalışma, toplam 275 kişi üzerinde çevrimiçi olarak yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, yürütücü ve araştırmacılar tarafından literatür bilgisi ışığında geliştirilen kişisel bilgi formu, Akdeniz Diyet Skoru, Üniversite Yaşam Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Üniversite döneminde Akdeniz diyet skoru ve vücut ağırlığı, üniversite öncesi dönemle karşılaştırıldığında anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0,05$). Evde aileyle yaşayan öğrencilerin duygusal ve akademik uyum puanlarının daha yüksek olduğu, ayrıca egzersiz yapanların sosyal uyum puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Pandemi dönemi ve online eğitim süreci, öğrencilerin takviye kullanımı ve beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olmuş, ancak egzersiz yapma oranında önemli bir değişiklik görülmemiştir. Ayrıca, üniversite yaşamına uyum, aileyle yaşama durumu ve egzersiz yapmanın sosyal uyum üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz Diyeti; COVID-19; Fiziksel Aktivite.

ABSTRACT

Aim: The COVID-19 pandemic has instigated a profound transformation in the education sector, ushering in comprehensive changes from students' learning habits to the functioning of educational institutions. This study aims to evaluate the adaptations, nutritional habits, and physical activities of first-year university students following the transition to online education.

Method: This descriptive cross-sectional study, conducted between April and May 2021, was carried out online with a total of 275 participants. The data collection process involved the utilization of a personal information form developed by the researchers in light of the literature, as well as the Mediterranean Diet Score and University Life Scale.

Geliş Tarihi/Received:31.03.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:**09.09.2024 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:**31.10.2024 **Doi:** 10.57224/jhpr.1462330.

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0001-8424-2661, mail: hulya.onal@medeniyet.edu.tr

² İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-00031967-5764, mail: fulyailayda@gmail.com

³ İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0001-6238-3711, yusufy2002@hotmail.com

⁴ İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0003-1195-7871, mail: enestekeli10@gmail.com

⁵ İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ORCID:0000-0001-9632-9908, mail: kardelen.yoldas@atlas.edu.tr

⁶ İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0002-9702-1881, mail: emel.alphan@atlas.edu.tr

Sorumlu yazar/Correspondence: Doç. Dr. Hülya Yılmaz Önal, hulya.onal@medeniyet.edu.tr

Cite this article as: Önal Yılmaz H, İlayda Alınlı F, Tekeli E, Yavuz Y, Yoldaş K, Alphan ME. An Investigation of the Adaptation, Physical Activity and Nutrition Habits of First-Year University Students in Online Education. J Health Pro Res 2024;6(3): 184-194.

Results: There was no significant difference observed in the Mediterranean diet score and body weight during the university period compared to the pre-university period ($p>0.05$). Students living with their families at home demonstrated higher emotional and academic adaptation scores, and those engaging in exercise exhibited significantly higher scores in social adaptation.

Conclusion: The pandemic period and the online education process influenced students' supplement usage and dietary habits, but there was no significant change in the exercise participation rate. Furthermore, it was determined that the adjustment to university life, living situation with family, and engagement in exercise had a significant impact on social adaptation.

Keywords: COVID-19; Mediterranean diet; physical activity

Giriş

Çin'in Wuhan Şehrinde Aralık 2019'da etiyolojisi bilinmeyen, yüksek mortalite ve enfektiviteye sahip bir pnömoni vakası ortaya çıkmıştır. Bu vakanın ardından vaka sayısı hızla artarak Çin'den dünyanın geri kalanına yayılmıştır (1). Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastalığı şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) olarak adlandırmıştır (2). DSÖ Acil Durum Komitesi tarafından dünyanın farklı bölgelerinde yeni salgınların ortaya çıkması ve katlanarak artmasından dolayı 11 Mart 2020 tarihinde bu durum pandemi olarak ilan edilmiştir (3). Hastalığın hızla yayılmasının bir sonucu olarak, tüm hükümetler tarafından, tam veya kısmi sokağa çıkma yasağı, karantina ve sosyal mesafe dahil olmak üzere halk sağlığı önerileri ve önleyici tedbirler uygulanmıştır (4,5). Türkiye'de resmi olarak bildirilen ilk vakanın (11 Mart 2020) ardından 16 Mart 2020'de okullar ve üniversiteler kapatılmıştır. Daha sonra, enfeksiyonun yayılımını sınırlamak için otellerin, kafelerin, restoranların, sinemaların, tiyatroların, eğlence yerlerinin, temel olmayan endüstrilerin kapatılması ile kültürel eğlence ve spor aktivitelerinin, yurt içi ve yurt dışı seyahatlerin kısıtlanması da dahil olmak üzere 20 yaş altı ve 65 yaş üstü kişilerin sokağa çıkma yasağı gibi çeşitli karantina önlemleri alınmıştır.

Hükümetler tarafından alınan bu önlemler kapsamında geleneksel öğrenme ve öğretme artık bir seçenek olmadığından, çevrimiçi öğrenmenin esnekliği, erişilebilirliği ve kolaylığı nedeni ile pandemi döneminde eğitimin devamını sağlamak için bir alternatif olarak online eğitim uygulanmaya başlanmıştır (6,7). Buradaki asıl amaç; koronavirüsün bulaşmasını hafifletmek ve öğrenciler ile eğitimciler arasında zorlu karantina zamanlarında eğitimin devamını sağlamaktır (8,9). Bu süreçte online eğitime geçişin olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır.

Yapılan bir çalışmada öğrenciler acil bir şekilde uzaktan online eğitime geçişle birlikte uzmanlık becerileri kazanamadıklarını, anlama düzeylerini geliştiremediklerini ve derslerine dahil olduklarını hissetmediklerini belirtmişlerdir (10). Online eğitim öğrenciler için olduğu kadar öğretmenler için de yabancı ve zorlayıcıdır. Öğretmenler de öğrencilerine benzer şekilde online eğitim için kendilerini sorumlu ve hazırlıksız hissetmektedirler. Ayrıca internet bağlantısı sorunları yaşama endişesi ve belirsiz eğitim politikaları da öğretmenlerin yaşadığı diğer olumsuzluklardır (11). Öğrencilerin entelektüel gelişiminde en önemli itici güç, aynı sınıftaki akranlarıdır, ancak online eğitim sisteminde bu durum büyük bir kayba uğramaktadır. Bu nedenle, çevrimiçi medya aracılığıyla akranlar arasında sorunsuz etkileşimi sağlayacak önlemler tasarlanmalı ve öğretmenlerin bu tür etkileşimleri yönetme becerileri geliştirmeleri sağlanmalıdır. Öğrencilerin şikayet ettikleri bir diğer önemli konu, uzun dersler ve aidiyet ya da arkadaşlık duygusunun eksikliğinin konsantrasyon seviyelerinin düşmesidir (10). Ancak tüm bu olumsuzlukların yanı sıra yapılan bir çalışmada yanı sıra öğrenciler tarafından; online eğitimin, rahat ve ücretsiz eğitim ortamı sağlaması, evde aile ile birlikte olunması, okula gidiş geliş zamanından, maliyetinden ve genel zamandan tasarruf sağlaması, uyandıktan sonra hemen derse başlayabilme olanağının olması, sohbet ortamında öğretici ile birebir iletişim kurulabilmesi, COVID-19'dan korunma, bire bir tek başına ders alma hissi duyulması ve kaydedilmiş versiyonları yeniden dinleyebilme imkanının olması gibi birçok faktörde olumlu olarak belirtilmiştir (12).

Üniversiteye geçen öğrenciler ergenlik döneminden yetişkinliğe geçiş sürecinin, ilk başağı yaşamaktadır (13). Genç yetişkinlik olarak tanımlanan bu dönemde hem sosyal hem de biyolojik yönden birçok değişim gözlenmekte

dir. Üniversite dönemi, öğrencilerin bağımsız yeni bir kimlik arayışı içine girdiği, fiziksel görünümüne önem vermeye başladığı, beslenme alışkanlıklarının değiştiği ve bu değişen beslenme alışkanlıklarının sağlık açısından büyük önem taşıdığı bir dönemdir (14). Üniversite dönemi; üniversite öncesi dönemde öğrencilerin beslenme ve yeme alışkanlıkları ailenin alışkanlıklarına göre şekillenirken, üniversite yaşamının başlaması ile birlikte aile ortamından uzaklaşma, toplumsal faktörlerin etkisi ile birlikte bireysel seçimlerin yapılmaya başlandığı yeni bir sürecin başlangıcıdır (13). Genç yetişkinlik döneminde sadece genel sağlık için değil, aynı zamanda iskelet gelişimi için de yeterli besin alımı sağlanmalı ve iyi beslenme alışkanlıklarına sahip olunmalıdır (15). Üniversite öğrencileri, düşük meyve ve sebze tüketimi ile yüksek fast-food ve şekerli içecek tüketimi ile belirginleşen kötü bir beslenme eğilimindedir (16). COVID-19 karantina süresince, tüm yaş gruplarında olduğu gibi genç yetişkinlerde de izolasyon ve karantinaya bağlı diyet ve egzersiz alışkanlıklarında değişiklik olması kaçınılmazdır (17). DSÖ tarafından karantina süresince Akdeniz diyet tarzının sağlıklı bir beslenme modeli olarak takip edilmesi önerilmiştir (18). Akdeniz diyeti, zeytinyağı, tahıllar, meyveler, sebzeler ve baklagiller gibi bileşenlerin yanı sıra balık, yumurta ve süt ürünleri içermektedir (19). Akdeniz diyet modeli, kardiyovasküler hastalık (20) ve kanser (21) gibi bir dizi kronik hastalık riski ile daha düşük ilişkilidir. Bu nedenle Akdeniz diyet modelini beslenme tarzı olarak benimsemek genel sağlığın iyileştirilmesinde oldukça önemlidir.

Ayrıca, fiziksel hareketsizlik birçok kronik hastalık için değiştirilebilir bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (22). Yapılan çalışmalarda, ergenlikten yetişkinliğe geçiş sırasında ve kolej/üniversite yıllarında fiziksel hareketsizlikte bir artış olduğu tespit edilmiştir (23,24). Yirmi üç düşük, orta ve yüksek gelirli ülkede üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada; fiziksel hareketsizlik prevalansının %41 olduğu tahmin edilmektedir (25). Sosyal mesafe ve karantina, üniversite öğrencilerinin yaşam tarzını büyük ölçüde değiştirmiş ve yaşanan değişikliklerin genç nüfusun fiziksel aktivite düzeylerini nasıl etkilediği henüz tam olarak net değildir.

Online eğitim sürecindeyken üniversiteye geçen bireylerin üniversiteye uyumu, fiziksel aktivite ve beslenme durumları hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada,

COVID-19 pandemisi sürecinde yüz yüze eğitime ara verilmesi nedeniyle eğitimlerine uzaktan devam eden üniversite 1. sınıf öğrencilerinin online eğitimle birlikte üniversite uyumu, beslenme ve fiziksel aktivite durumlarındaki değişiminin saptanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, üniversitede öğrenim gören 1. sınıf öğrencilerinin online eğitime geçişiyle beraber adaptasyon, beslenme ve fiziksel aktivitelerindeki değişiklikleri incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın, evrenini İstanbul'da bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören 1. sınıf öğrencilerinin tamamı oluşturmaktadır (823 kişi). Çalışmanın örnekleme %95 güven aralığında, %5 hata payıyla 263 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya, gönüllü olarak kabul eden 280 kişi katılmıştır. Ancak sorulara uygun cevap veremeyenler çıkartıldığından çalışma toplam 275 kişi ile tamamlanmıştır. Çevrimiçi anketi doldurmadan önce gönüllü olarak katılmaya istekli olduklarını onaylayan katılımcılardan dijital olarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine tamamen uygun olarak yürütülmüş olup, tüm veriler 6698/2016 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na göre anonim şekilde toplanmış ve kaydedilmiştir.

Bu çalışmada veriler İstanbul bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören 1. Sınıf öğrencilerinin mail adreslerine anket gönderimi yapılarak çevrimiçi olarak 1 Nisan-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında, yürütücü ve araştırmacılar tarafından literatür bilgisi ışığında geliştirilen kişisel bilgi formu, Akdeniz Diyet Skoru, Üniversite Yaşam Ölçeği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu; yaş, cinsiyet, ikamet durumu, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, alkol ve sigara kullanımı, besin desteği kullanımı, düzenli egzersiz yapma durumu hakkında bilgi edinmeyi amaçlayan toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Akdeniz Diyet Skoru 2006 yılında Panagiotakos tarafından geliştirilmiştir (26). Akdeniz Besin Piramidi'nin önerdiği miktarlara uyum sağlayacak her besin grubu için belirli besinlerin tüketim sıklığına göre 0-5 puan arası puanlama yapılmaktadır. Tüketim sıklıkları hiçbir zaman, 1-4 porsiyon/ay, 5-8 porsiyon/ay, 9-12 porsiyon/ay, 13-18 porsiyon/ay ve >18 porsiyon/ay olarak belirlenmiştir. Tam tahılların, patates, meyve, sebze ve kurubaklagil tüketiminin sıklığı arttıkça puanlama 0'dan 5'e yükselmek -

tedir (hiçbir zaman = 0 puan, 1-4 porsiyon/ay=1 puan, 5-8 porsiyon/ay= 2 puan, 9-12 porsiyon/ay= 3 puan, 13- 18 porsiyon/ay= 4 puan ve >18porsiyon/ay= 5 puan). Kırmızı et ve ürünleri, kümes hayvanları ve tam yağlı süt ürünlerinin (peynir, yoğurt ve süt) tüketimi arttıkça puanlama 5'den 0'a düşmektedir (hiçbir zaman = 5 puan, 1-4 porsiyon/ay = 4 puan, 5-8 porsiyon/ay = 3 puan, 9-12 porsiyon/ay = 2 puan, 13-18 porsiyon/ay = 1 puan ve >18 porsiyon/ay = 0 puan). Skorda ayrıca zeytinyağının haftalık pişirmede kullanım sıklığına göre: hiçbir zaman=0 puan, 1-4 porsiyon/ay=seyrek (1 puan), 5-8 porsiyon/ay= <1 (2 puan), 9-12 porsiyon/ay= 1-3 (3 puan), 13-18 porsiyon/ay=3-5 (4 puan), >18 porsiyon/ay= Günlük (5 puan) olarak değerlendirilmektedir. "Ölçek sonunda 0-55 puan arası bir skor elde edilmektedir. Akdeniz diyetine uyum sınıflaması; 0-20 puan düşük uyum; 21-35 puan orta uyum; 36-55 puan yüksek uyum olarak değerlendirilmektedir". Üniversite Yaşam Ölçeği; Aladağ, Kağnıcı, Tuna ve Tezer tarafından 2003 yılında geliştirilen 48 maddeden oluşan bir ölçektir (27). Ölçekteki her bir madde "bana hiç uygun değil (1)" ile "bana tamamen uygun (7)" arasında derecelendirilmektedir. "Altı alt boyuttan oluşan ölçekteki 12 madde üniversite ortamına uyumu, 9 madde duygusal uyumu, 7 madde kişisel uyumu, 7 madde karşı cinsle ilişkileri, 7 madde akademik uyumu ve 6 madde ise sosyal uyumu ölçmektedir". "Ölçekten alınabilecek en düşük puan 48, en yüksek puan 336'dır". Ölçekten alınan yüksek puanlar uyuma, düşük puanlar ise uyumsuzluğa işaret etmektedir.

Çalışma, ilgili üniversitenin Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.12.2020 tarihinde 07 sayı numarası ile onaylanmıştır.

Çalışmada örneklem sayısının azlığı ve karantina ve sosyal izolasyon nedeniyle çalışma sorularının katılımcıların kendi kendine cevapladığı çevrimiçi bir anket formu şeklinde olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 24 (Statistical Package for Social science for Windows) paket programı kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılmayan sayısal değişkenlerin 2 grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan sayısal

değişkenlerin 2 farklı zamanda karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman rank korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Analizlerde p değerinin 0,05 den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı farklı kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmada üniversitede öğretim gören 275 1.sınıf öğrencisinden toplanan veriler değerlendirilmiştir.

Tablo 1'de katılımcıların bazı demografik özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılanların %81,50'sini (n=224) kadın, %18,50'sini (n=51) erkek bireyler oluşturmaktadır. Evde ailesi ile birlikte yaşayanların oranı %96'dır. Sigara ve alkol tüketmeyenlerin oranı sırasıyla %81,50 ve %83,30'tür. Öğrencilerin %85,80'ninin herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 2'de Akdeniz diyet skoru, vücut ağırlığı ve BKİ değerlerinin ortalaması üniversite öncesi dönem ve üniversite dönemine göre karşılaştırılmıştır. Akdeniz diyet skoru ve vücut ağırlığı; üniversite dönemi ve üniversite öncesi dönemle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0,05). Üniversite döneminden önceki BKİ değeri ile üniversite dönemindeki BKİ karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 1. Katılımcıların Bazı Demografik Özellikleri

Değişkenler	n (275)	%	
Cinsiyet	Kadın	224	81,50
	Erkek	51	18,50
Yaşam şekli	Evde aile ile	264	96,00
	Diğer	11	4,00
Sigara kullanımı	Evet	51	18,50
	Hayır	224	81,50
Alkol tüketimi	Evet	46	16,70
	Hayır	229	83,30
Hastalık varlığı	Evet	39	14,20
	Hayır	236	85,80

Tablo 3'te Katılımcıların Akdeniz diyet skoru ve üniversite yaşam ölçeğinin toplam puanı ve alt boyut puanları cinsiyet ve yaşam şekline göre karşılaştırılmıştır. Akdeniz skoru üniversite öncesi dönem ve üniversite dönemine göre cinsiyete ve yaşam şekline göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Akdeniz Diyet Skoru. Vücut Ağırlığı ve BKİ Değerlerinin Üniversite Öncesi ve Üniversite Dönemine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Üniversite Öncesi Dönem	Üniversite Dönemi	Test istatistiği	p
Akdeniz diyet skoru	26,39 ± 7,94	25,08 ± 8,63	Z=0,931	0,350
Vücut ağırlığı (kg)	61,43 ± 14,35	61,09 ± 14,04	Z=-1,554	0,120
BKİ (kg/m ²)	21,91 ± 3,94	21,71 ± 3,69	Z=-4,853	0,001*

*p<0,05 düzeyinde anlamlı; Wilcoxon testi. BKİ: Beden Kütle İndeksi

Evde aile ile yaşayan bireylerin duygusal durum ortalamaları 36,76±3,26, diğer yaşam şekillerine sahip olanların ise ortalaması 34,73±2,49 olarak saptanmıştır. Akademik uyum puanları aile ile yaşayanlarda ortalama 28,2±4,22 diğer

yaşam şekillerine sahip olanlarda ise 25,36±4,06 olarak bulunmuştur. Aile ile beraber yaşayanların duygusal uyum ve akademik uyum puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 3. Katılımcıların Akdeniz Diyet Skoru ve Üniversite Yaşam Ölçeğinin Cinsiyet ve Yaşam Şekline Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Kadın (n=224)	Erkek (n=51)	Z	p	Evde aile ile birlikte (n=264)	Diğer (n=11)	Z	p
Üniversite öncesi dönem Akdeniz diyet skoru	26,35±8,17	26,55±6,91	-0,378	0,706	26,38±7,90	26,55±9,09	-0,118	0,906
Üniversite dönemi Akdeniz diyet skoru	25,01±8,74	25,39±8,23	-0,452	0,651	25,25±8,59	21,09±9,19	-1,865	0,062
Ortam uyumu puanı	45,96±3,58	46,69±4,46	-1,151	0,250	46,13±3,73	45,27±4,63	-1,103	0,270
Duygusal uyum puanı	36,52±3,23	37,37±3,29	-1,617	0,106	36,76±3,26	34,73±2,49	-2,304	0,021*
Kişisel uyum puanı	39,14±3,0	39,33±5,5	-1,410	0,158	39,22±3,60	38,09±3,05	-1,135	0,256
Karşı cinsle ilişkiler puanı	27,22±4,75	25,9±3,91	-1,937	0,053	27,01±4,61	26,09±5,09	-0,863	0,388
Akademik uyum puanı	28,27±4,27	27,25±4,07	-1,759	0,079	28,2±4,22	25,36±4,06	-2,072	0,038*
Sosyal uyum puanı	32,25±5,10	31,96±4,89	-0,490	0,624	32,22±5,04	31,45±5,59	-0,462	0,644
Üniversite yaşam ölçeği toplam puanı	210,87±7,52	210,82±9,33	-0,343	0,732	210,79±7,87	212,55±7,98	-0,506	0,613

*p<0,05 düzeyinde anlamlı; Mann Whitney U testi

Tablo 4'de katılımcıların Akdeniz diyet skoru ve üniversite yaşam ölçeği alt boyutlarının puanları üniversite öncesi ve üniversite döneminde egzersiz yapma durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Akdeniz Ölçek Skoru, üniversite ortamına uyum, duygusal ve kişisel uyum, karşı cinsle ilişkiler ve üniversite yaşam ölçeği puanları üniversite döneminde ve öncesinde egzersiz yapan ve yapmayan bireyler karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulun-

mamıştır (p>0,05). Üniversite döneminde egzersiz yapma durumu ile akademik uyum karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmazken, üniversite öncesi dönemde fiziksel aktivite yapmayanlarda akademik uyum puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,003). Sosyal Uyum puanı ise hem üniversite öncesi hem de üniversite döneminde fiziksel aktivite yapanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4. Katılımcıların Akdeniz Diyet Skoru ve Üniversite Yaşam Ölçeği Skorunun Üniversite Öncesi ve Üniversite Döneminde Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Fiziksel Aktivite Yapma Durumu							
	Üniversite Öncesi Dönem				Üniversite Dönemi			
	Evet (n=76)	Hayır (n=199)	Z	p	Evet (n=83)	Hayır (n=192)	Z	p
Üniversite öncesi dönem Akdeniz diyet skoru	27,24±7,67	26,06±8,03	-0,911	0,362	26,89±7,68	26,17±8,06	-0,546	0,585
Üniversite döneminde Akdeniz diyet skoru	26,01±8,34	24,72±8,74	-1,117	0,264	25,88±8,36	24,73±8,75	-0,962	0,336
Üniversite ortam uyum puanı	46,38±4,16	45,98±3,60	-0,620	0,535	46±4,41	46,13±3,46	-0,705	0,481
Duygusal uyum puanı	36,63±3,14	36,7±3,30	-0,428	0,669	36,24±3,25	36,87±3,24	-1,321	0,186
Kişisel uyum puanı	39,74±3,26	38,96±3,68	-1,293	0,196	39,4±2,86	39,08±3,85	-0,372	0,710
Karşı cinsle ilişkiler puanı	26,66±5,08	27,1±4,45	-0,628	0,530	26,7±4,70	27,09±4,6	-0,260	0,795
Akademik uyum puanı	26,88±3,61	28,54±4,39	-2,984	0,003*	28,13±3,40	28,06±4,57	-0,201	0,840
Sosyal uyum puanı	33,53±4,29	31,68±5,24	-2,534	0,011*	33,39±4,47	31,68±5,21	-2,437	0,015*
Üniversite Yaşam ölçeği toplam puanı	210,63±8,54	210,94±7,61	-0,181	0,856	209,36±8,25	211,51±7,63	-1,735	0,083

*p<0,05 düzeyinde anlamlı; Mann Whitney U testi.

Tablo 5. Akdeniz Diyet Skoru ve Üniversite Yaşam Ölçeği ile Yaş. BKİ ve Vücut Ağırlığı Arasındaki İlişki

Ölçek Puanı	Yaş	Üniversite Öncesi	Üniversite	Üniversite Dö-	Üniversite Dö-	
		Dönem Vücut Ağırlığı	Öncesi Dönem BKİ	neminde Vücut Ağırlığı	neminde BKİ	
Üniversite öncesi dönem Akdeniz ölçeği	r	-0,073	0,130*	0,082	0,110	0,061
	p	0,226	0,032	0,173	0,068	0,311
Üniversite döneminde Akdeniz ölçeği	r	-0,038	0,091	0,046	0,079	0,036
	p	0,532	0,131	0,446	0,192	0,551
Üniversite döneminde ortam uyumu	r	-0,031	0,014	0,045	-0,004	0,031
	p	0,613	0,813	0,456	0,953	0,608
Duygusal uyum	r	0,079	0,035	0,070	0,026	0,075
	p	0,190	0,567	0,246	0,668	0,217
Kişisel uyum	r	0,072	0,068	-0,005	0,068	0,005
	p	0,232	0,264	0,928	0,260	0,929
Karşı cinsle ilişkiler	r	-0,096	-0,036	0,031	-0,062	-0,003
	p	0,114	0,557	0,607	0,309	0,964
Akademik uyum	r	-0,137*	-0,160*	-0,096	-0,155*	-0,096
	p	0,023	0,008	0,113	0,010	0,112
Sosyal uyum	r	0,076	-0,027	-0,059	-0,022	-0,050
	p	0,209	0,660	0,330	0,718	0,411
Üniversite yaşam ölçeği	r	0,042	0,073	0,038	0,045	0,009
	p	0,491	0,228	0,529	0,459	0,885

*p<0,05 düzeyinde anlamlı. r: Spearman rank korelasyon katsayısı

Tablo 5’de Akdeniz diyet skoru ve üniversite yaşam ölçeği ile yaş ve BKİ ve vücut ağırlığı arasındaki ilişki yer almaktadır. Üniversite dönemi öncesindeki Akdeniz Ölçek puanı ile vücut ağırlığı arasında pozitif yönde çok zayıf anlamlı bir korelasyon saptanmış olup ($r=0,130$, $p=0,032$), Akdeniz ölçek skoru yüksek olan katılımcıların vücut ağırlıkları yüksek, skoru düşük olan katılımcıların ise vücut ağırlıkları düşük olarak belirlenmiştir. Akademik uyum ile yaş arasında negatif yönde çok zayıf bir anlamlı korelasyon saptanmış olup ($r=-0,137$, $p=0,023$), akademik uyum skoru yüksek olan bireylerin yaşlarının büyük, akademik uyumu düşük olan bireylerin yaşları küçüktür. Akademik uyum ile üniversite dönemi öncesinde ve üniversite döneminde vücut ağırlığı arasında negatif yönde çok zayıf bir anlamlı korelasyon saptanmış olup ($r=-0,160$, $p=0,008$) ($r=-0,155$, $p=0,010$). Akademik uyumu yüksek olan bireylerin vücut ağırlıkları düşük, akademik uyumu düşük olan bireylerin vücut ağırlıkları yüksek bulunmuştur.

Tartışma

COVID-19’dan korunmada etkili bir farmakolojik tedavisi olmadığı göz önüne alındığında, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının çok önemli olduğu ve bağışıklığın korunmasına yardımcı olacak sağlıklı ve dengeli bir beslenme tarzını benimsemek viral enfeksiyonların önlenmesinde ve yönetiminde oldukça önemlidir (28). Sağlıklı beslenme yaklaşımının bir referansı olarak kabul edilen Akdeniz diyetinin, zeytinyağı, sebze ve meyve içeriğinin yüksek olması nedeniyle bağışıklık sistemini güçlendirmede olumlu etkileri nedeniyle COVID-19 karantina süresince diyetimize dahil edilmesi önerilmiştir (18).

Türkiye’de üniversite öğrencilerinin Akdeniz diyetine uyumunu araştırmak amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan birinde tüm öğrencilerin %47,50’sinin diyeti Akdeniz diyeti ile uyumlu değil iken %8,7’sinin diyetinin Akdeniz diyeti ile uyumlu olduğu sonucu elde edilmiştir (29). Bir başka çalışmada ise Akdeniz diyetine uyum puanı değerlendirildiğinde, erkek öğrencilerin yarısından fazlasının çok düşük uyumlu, kız öğrencilerin ise %49,90’unun orta düzeyde Akdeniz diyetine uyuma sahip olduğu bulunmuştur (30). Genç İspanyol bireyler ile yapılan bir araştırmada, Akdeniz diyetine uyum ile diyet enerji yoğunluğu arasında negatif ilişkili bulunmuştur. Diyetle enerji yoğunluğu yüksek (hamur işleri gibi) besin tüketimi arttıkça Akdeniz diyetine uyumun

azaldığı ve sebze-meyveler gibi enerji yoğunluğu düşük besinlerin tüketimi arttıkça da Akdeniz diyetine uyumun arttığı bulunmuştur (31). İspanya’da yapılan bir başka çalışmada; öğrenci nüfusunun pandemi öncesi Akdeniz diyetine uyum puan ortalaması $6,53\pm 2,00$ iken pandemi döneminde bu rakam $7,30\pm 1,93$ puana yükselmiştir (32). Bu çalışmada ise Akdeniz diyet skoru puan ortalaması üniversite öncesi dönemde $26,39\pm 7,94$, üniversite döneminde ise $25,08\pm 8,63$ olarak saptanmıştır. Bu değerler Akdeniz diyetine orta uyumu göstermektedir. Üniversite döneminde ortalama puan düşerken aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Akdeniz diyet skoru ortalama puanı üniversite öncesi ve üniversite dönemine göre karşılaştırıldığında da cinsiyete ve yaşam şekline göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak İspanya’da yapılan bir çalışmada, aile evinde yaşayan öğrencilerin yalnız yaşayanlara kıyasla sırasıyla Akdeniz diyetine uyumları daha yüksek bulunmuştur, aile evinde yaşamak, daha yüksek kaliteli bir diyetle ilişkilendirilmiştir (33). Ayrıca, birçok çalışmada, Akdeniz diyetine daha kötü uyumun, daha düşük akademik performans ve daha yüksek stres ve kaygı seviyeleri gibi olumsuz duygularla ilişkili olduğu gösterilmiştir (34,35). Bu çalışmada aile ile birlikte yaşamak ve Akdeniz diyetine uyum arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, aile ile yaşayan bireylerin duygusal durum ortalamaları ve akademik uyum puanları diğer yaşam şekillerine sahip olanların ortalama puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Vücut ağırlığı da akademik uyumu etkilemektedir. Hem üniversite dönemi öncesi hem de üniversite dönemi vücut ağırlığı ile akademik uyum arasında negatif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki saptanmış olup ($r=-0,160$, $p=0,008$) ($r=-0,155$, $p=0,010$) akademik uyumu yüksek olan bireylerin vücut ağırlıkları düşük bulunmuştur. Üniversite dönemi öncesi vücut ağırlıkları düşük olan öğrencilerin Akdeniz diyet skoru puanı da düşük bulunmuştur ($r=0,130$, $p=0,032$).

Akdeniz diyetine uyum skoruna göre kişilerin beslenme durumlarının kıyaslandığı bir çalışmada, Akdeniz diyetine uyumu yüksek olan bireylerin vücut ağırlığı ve BKİ değerleri Akdeniz diyetine uyumu düşük olan gruba göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (36). Bu çalışmada literatürden farklı bir sonuç elde edilmesinin nedeni olarak; pandeminin bir anda ortaya çıkması ile karantina sürecine girilmesinin beraberinde getirdiği belirsizlik ve kay-

gı durumu ile bu süreçte üniversite yaşantısının da başlamasıyla birlikte yaşanan stresin iştahsızlığa yol açmasının besin alımını azaltması gösterilebilir.

Üniversite yılları, öğrencilerin gerginlik ve stres yaratan olaylarla karşılaştıkları, bu olayları çözme becerisi ve davranışları geliştirdikleri ve bunlarla baş etmeyi öğrendikleri bilgi ve deneyim kazandıkları bir dönemdir (37). Üniversiteye uyum sağlayabilme; öğrencinin akademik başarısını, bireysel mutluluğu ve ruhsal sağlığını da etkileyen bir faktördür (38). Ancak dünya COVID-19 pandemisiyle karşı karşıya kaldığında yükseköğretim kurumlarındaki öğrenciler bu durumdan önemli ölçüde etkilenmiştir. Derslerin online olarak verilmeye başlanması, sömestr ve sınav değişiklikleri öğrenciler üzerinde kuşkusuz benzeri görülmemiş çok stresli bir süreç yaşatmıştır. Bu süreçte daha iyi bir yaşam standardına sahip (burslu ve/veya genel eğitim masraflarını karşılayabilen) öğrenciler ve akademik başarıları yüksek olan öğrenciler bu süreçten memnun olduklarını belirtmişlerdir (39). Bu çalışmada cinsiyete göre üniversite yaşam ölçeği toplam puanı ve duygusal uyum, kişisel uyum, karşı cinsle ilişkiler, akademik uyum ve sosyal uyum alt boyut puanları arasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Üniversite öğrencileri genel olarak düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olup sedanter yaşama daha fazla yatkındırlar (40). Türkiye’de yapılan çalışmalarda, COVID-19 döneminde öğrencilerin fiziksel inaktivite oranlarında endişe verici bir artış olduğu ve aynı zamanda yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanların sayısında da düşüş olduğu saptanmıştır (41,42). Bu durum kısmen sosyal eğilimlerdeki değişim, vücut ağırlığında artış, stres ve kaygıya yol açan alışkanlıkların gelişmesinden kaynaklı olabilir (43,44). Bu nedenle yaşamın bu dönemi kritiktir ve beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı alışkanlıkların teşvik edilmesi gerekmektedir (45). Düzenli fiziksel aktivite yapanların daha iyi beslenme seviyelerine sahip olduğu sonucundan yola çıkılarak Akdeniz diyetine uyum ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, Akdeniz diyetine uyumu düşük olan öğrencilerin fiziksel aktivite yapmadığı, Akdeniz diyetine uyumu yüksek olanların ise daha yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı gösterilmiştir (46,47). Bu durum, fiziksel aktivite yapan gençlerin daha iyi performans ve vücut imajı veya daha sağlıklı olmak için besin değeri yüksek bir diyet tüketme eğiliminde olmaları şeklinde açıklanabilir (48). Bu

çalışmada üniversite öncesi ve üniversite döneminde fiziksel aktivite yapma durumu ile Akdeniz diyet skoru puanları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşılık Akdeniz diyetine uyum ve fiziksel aktivite yapmak akademik başarı ile ilişkili bulunmuştur (33). Üniversite döneminde egzersiz yapma durumu ile akademik uyum karşılaştırıldığında aradaki ilişki anlamlı bulunmazken, üniversite öncesi dönemde fiziksel aktivite yapmayanlarda akademik uyum puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal uyum puanı ise hem üniversite öncesi hem de üniversite döneminde fiziksel aktivite yapanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç

Bu çalışmada, evde aile ile birlikte yaşamın duygusal durum ve akademik uyumu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Akdeniz diyeti uyumu ile vücut ağırlığı arasında bir ilişki bulunmazken, fiziksel aktivite yapma durumu ile akademik uyum ve sosyal uyum arasında farklılıklar saptanmıştır. Bu çalışma, genç yetişkinlerde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının önemini vurgulamakta, ancak Akdeniz diyeti uyumu ile akademik başarı ve yaşam tarzı arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılması için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Online eğitim ile üniversite dönemine başlayan üniversite 1. sınıf öğrencilerinin akademik başarısı, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteleri etkilenmektedir. Bu etkiler göz önüne alındığında öğrencilere Akdeniz diyeti ve fiziksel aktivitenin önemi çeşitli etkinliklerle tanıtılmalıdır. Egzersiz yapma alışkanlığı edinmeleri, Akdeniz diyetine uygun beslenme tarzını benimsemeleri teşvik edilmelidir. Aile ile birlikte yaşayanların akademik uyumu ve sosyal uyumu daha yüksektir ve üniversite yaşamına daha kolay adapte oldukları gözlenmektedir. Pandemi sonrasında kampüslere geri dönüşle birlikte bu bilgi ışığında öğrencilere kendilerini aile yanında gibi hissedebilecekleri konaklama imkânları sağlanması yönünde çalışmalar yapılmalıdır.

Teşekkür

Araştırma için TÜBİTAK 2209-A projesi kapsamında TÜBİTAK’dan destek alınmıştır. Çalışmaya gönüllü katılan tüm öğrencilere ve çalışmaya destek veren TÜBİTAK’a teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of medical virology*. 2020;92(4):401-2.
2. WHO. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. 2020.
3. WHO. WHO timeline-Covid-19. 2020.
4. Ahmed HO. The impact of social distancing and self-isolation in the last corona COVID-19 outbreak on the body weight in Sulaimani governorate-Kurdistan/Iraq, a prospective case series study. *Annals of medicine and surgery*. 2020;59:110-7.
5. Błaszczuk-Bębenek E, Jagielski P, Bolesławska I, Jagielska A, Nitsch-Osuch A, Kawalec P. Nutrition behaviors in Polish adults before and during COVID-19 lockdown. *Nutrients*. 2020;12(10):3084.
6. Al-Rahmi WM, Yahaya N, Alturki U, Alrobai A, Aldraiweesh AA, Omar Alsayed A, et al. Social media-based collaborative learning: The effect on learning success with the moderating role of cyberstalking and cyberbullying. *Interactive Learning Environments*. 2020:1-14.
7. Selvanathan M, Hussin NAM, Azazi NAN. Students learning experiences during COVID-19: Work from home period in Malaysian Higher Learning Institutions. *Teaching Public Administration*. 2020:0144739420977900.
8. Bayham J, Fenichel EP. Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: a modelling study. *The Lancet Public Health*. 2020;5(5):e271-e8.
9. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020;395(10228):945-7.
10. Jeffery KA, Bauer CF. Students' responses to emergency remote online teaching reveal critical factors for all teaching. *Journal of Chemical Education*. 2020;97(9):2472-85.
11. Whalen J. Should teachers be trained in emergency remote teaching? Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Journal of Technology and Teacher Education*. 2020;28(2):189-99.
12. Shim TE, Lee SY. College students' experience of emergency remote teaching due to COVID-19. *Children and youth services review*. 2020;119:105578.
13. Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. Dietary habits and influencing factors in university students at 3rd and 4th grades. *Erciyes Medical Journal*. 2003;25(4):172-8.
14. DeJong CS, van Lenthe FJ, van der Horst K, Oenema A. Environmental and cognitive correlates of adolescent breakfast consumption. *Preventive medicine*. 2009;48(4):372-7.
15. Manifold BM. Bone mineral density in children from anthropological and clinical sciences: a review. *AnthropologicAl review*. 2014;77(2):111-35.
16. Pelletier JE, Graham DJ, Laska MN. Social norms and dietary behaviors among young adults. *American journal of health behavior*. 2014;38(1):144-52.
17. Chen P, Mao L, Nassis GP, Harmer P, Ainsworth BE, Li F. Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of sport and health science*. 2020;9(2):103-4.
18. Muscogiuri G, Barrea L, Savastano S, Colao A. Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine. *European journal of clinical nutrition*. 2020;74(6):850-1.
19. Maiz E, Balluerka N. Nutritional status and Mediterranean diet quality among Spanish children and adolescents with food neophobia. *Food Quality and Preference*. 2016;52:133-42.
20. Atkins JL, Whincup PH, Morris RW, Lennon LT, Papacosta O, Wannamethee SG. High diet quality is associated with a lower risk of cardiovascular disease and all-cause mortality in older men. *The Journal of nutrition*. 2014;144(5):673-80.
21. Schwingshackl L, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of cancer*. 2014;135(8):1884-97.
22. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*. 2012;380(9838):219-29.
23. Kwan MY, Cairney J, Faulkner GE, Pullenayegum EE. Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: a longitudinal cohort study. *American journal of preventive medicine*. 2012;42(1):14-20.

24. López-Valenciano A, Suárez-Iglesias D, Sanchez-Lastra MA, Ayán C. Impact of COVID-19 pandemic on university students' physical activity levels: an early systematic review. *Frontiers in psychology*. 2021;3787.
25. Pengpid S, Peltzer K, Kassean HK, Tsala Tsala JP, Sychareun V, Müller-Riemenschneider F. Physical inactivity and associated factors among university students in 23 low-, middle-and high-income countries. *International journal of public health*. 2015;60(5):539-49.
26. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2006;16(8):559-68.
27. Aladağ M, Kağnıcı DY, Tuna ME, Tezer E. Üniversite yaşamı ölçeği: Ölçek geliştirme ve yapı geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2003;2(20):41-7.
28. Jayawardena R, Sooriyaarachchi P, Chourdakis M, Jeewandara C, Ranasinghe P. Enhancing immunity in viral infections, with special emphasis on COVID-19: A review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020;14(4):367-82.
29. Sağır GŞ, Yurttagül SM, Kıratlı B. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Zeugma*. 2(3):98-106.
30. Gümüş AB, Yardımcı H. Üniversite öğrencilerinin günlük besin ögesi alımlarının Akdeniz diyeti kalite indeksi (KIDMED) ile ilişkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;6(2):167-73.
31. Schröder H, Mendez MA, Gomez SF, Fito M, Ribas L, Aranceta J, et al. Energy density, diet quality, and central body fat in a nationwide survey of young Spaniards. *Nutrition*. 2013;29(11-12):1350-5.
32. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The lancet public health*. 2020;5(5):e251-e2.
33. Zurita-Ortega F, Román-Mata S, Chacón-Cuberos R, Castro-Sánchez M, Muros JJ. Adherence to the mediterranean diet is associated with physical activity, self-concept and sociodemographic factors in university student. *Nutrients*. 2018;10(8):966.
34. Esteban-Cornejo I, Izquierdo-Gomez R, Gómez-Martínez S, Padilla-Moledo C, Castro-Piñero J, Marcos A, et al. Adherence to the Mediterranean diet and academic performance in youth: the UP&DOWN study. *European journal of nutrition*. 2016;55(3):1133-40.
35. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous N, et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) study. *The journal of nutrition, health & aging*. 2010;14(6):449-55.
36. Esposito K, Maiorino M, Di Palo C, Giugliano D, Group CPHS. Adherence to a Mediterranean diet and glycaemic control in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic medicine*. 2009;26(9):900-7.
37. Briggs AR, Clark J, Hall I. Building bridges: understanding student transition to university. *Quality in higher education*. 2012;18(1):3-21.
38. Bülbül T, Güvendir MA. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinin yükseköğretim yaşamına uyum düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2014;4(1):397-418.
39. Aristovnik A, Keržič D, Ravšelj D, Tomaževič N, Umek L. Impacts of the COVID-19 pandemic on life of higher education students: A global perspective. *Sustainability*. 2020;12(20):8438.
40. Chacón Cuberos R, Zurita Ortega F, Castro Sánchez M, Espejo Garcés T, Martínez Martínez A, Lucena Zurita M. Análisis descriptivo del consumo de sustancias nocivas, adhesión a la dieta mediterránea y tipo de residencia en estudiantes universitarios de Granada. *Revista complutense de educación*. 2017;28(3):823-37.
41. Gürel S, Ok MA. COVID-19 salgın sürecinin, sağlık eğitimi alan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve vücut ağırlıkları üzerine etkisinin saptanması. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*. 2021;6(Özel Sayı):1-15.
42. Ercan Ş, Keklice H. COVID-19 pandemisi nedeniyle üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerindeki değişimin incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020;5(2):69-74.

43. Hootman KC, Guertin KA, Cassano PA. Stress and psychological constructs related to eating behavior are associated with anthropometry and body composition in young adults. *Appetite*. 2018;125:287-94.
44. Lee E, Kim Y. Effect of university students' sedentary behavior on stress, anxiety, and depression. *Perspectives in psychiatric care*. 2019;55(2):164-9.
45. Plotnikoff RC, Costigan SA, Williams RL, Hutchesson MJ, Kennedy SG, Robards SL, et al. Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2015;12(1):1-10.
46. Paz M, Del Río R, De B, Silleras M, Enciso L, Marugán De Miguelsanz J. Trabajo Original Otros Ingesta dietética y adherencia a la dieta mediterránea en un grupo de estudiantes universitarios en función de la práctica deportiva Dietary intake and adherence to the Mediterranean diet in a group of university students depending on the sports practice. *Nutr Hosp Nutr Hosp Hosp* [Internet]. 2016;3333(5):1172-8.
47. López G, González S, Díaz A. Level of habitual physical activity in children and adolescents from the Region of Murcia (Spain). *SpringerPlus*, 5 (1), 386. 2016. p. 1-6.
48. Pinel C, Chacón R, Castro M, Espejo T, Zurita F, Cortés A. Differences between gender in relation with Body Mass Index, diet quality and sedentary activities on children from 10 to 12 year. *Retos*. 2017;31:176-80.

Genç Bireylerin Acil Kontrasepsiyon Bilgisinin Aile Planlaması, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Tutumları ile İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma

The Relationship of Emergency Contraception Knowledge of Young Individuals with Family Planning, Sexual and Reproductive Health Attitudes: A Cross-Sectional Study

Fatma Şule BİLGİÇ¹

ÖZ

Amaç: Türkiye'de yaşayan ve üniversitede okuyan 18-25 yaş arası kadın ve erkeklerde acil kontrasepsiyon (AK) bilgisi ile aile planlaması ve cinsel sağlık ve üreme sağlığına (CSÜS) yönelik tutumlar arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel çalışma Şubat-Ekim 2023 tarihleri arasında 492 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri "Veri Toplama Formu" ve "Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (ÜSAPTÖ)" aracılığıyla elde edilmiştir.

Bulgular: Kadınlarda, AK'yi duyanlar, kullanım zamanını, erişimini ve yan etkilerini bilenler ile RHFPAS arasında anlamlı bir fark vardı. Erkeklerde, AK'yi duyanlar, kullanım zamanı, erişim ve yan etkiler ile infertilite ve yardımcı üreme tedavileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Kadın ve erkeklerde CSÜS bilgi düzeyi ile RHFPAS toplam ortalama puanı arasında zayıf ve orta düzeyde pozitif bir korelasyon vardı ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmada kadın ve erkeklerin CSÜS bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu, CSÜS bilgisi ve olumlu tutum arttıkça AK hakkında bilgi düzeyinin arttığı, CSÜS konularını ailesi ve karşı cinsle konuşabilen kadın ve erkeklerde CSÜS tutumu ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilginin arttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil kontrasepsiyon, Cinsel sağlık, Doğurganlık, Erkek, Kadın, Küretaj, Üreme sağlığı

ABSTRACT

Aim: To investigate the relationship between emergency contraception (EC) knowledge and attitudes towards family planning and sexual and reproductive health (SRH) among men and women aged 18-25 years living in Turkey and studying at university.

Methods: The cross-sectional study was conducted between February-October 2023 with 492 participants Turkey. The data of the study were obtained through "Data Collection Form" and "Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale (RHFPAS)".

Results: In women, there was a significant difference between those who had heard of EC, knew the time of use, access, and side effects and RHFPAS. In men, there was a statistically significant difference between those who had heard of EC, time of use, access and side effects and infertility and assisted reproductive treatments. There was a weak moderate positive correlation between SRH knowledge level and RHFPAS total mean score in women and men ($p<0.05$).

Conclusion: In the study, it was observed that SRH knowledge of women and men was at a moderate level, the level of knowledge about EC increased as SRH knowledge and positive attitude increased, SRH attitude and knowledge about sexually transmitted infections increased in women and men who could discuss SRH issues with their family and opposite sex.

Keywords: Curettage, emergency contraception, fertility, man, reproductive health, sexual health, woman

Geliş Tarihi/Received:19.04.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:**21.09.2024 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 3.10.2024 **DOI:** 10.57224/jhpr.1471180

¹Haliç Üniversitesi, İstanbul, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, ORCID: 0000-0002-5950-2553, mail: sulebilgicc@outlook.com

Cite this article as: BİLGİÇ FŞ, Genç Bireylerin Acil Kontrasepsiyon Bilgisinin Aile Planlaması, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Tutumları ile İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma., J Health Pro Res 2024;6(3):195-

Introduction

Human sexuality is multifactorial due to the integration of psychological, biological, relational, and sociocultural determinants (1). Although the concept of Sexual and Reproductive Health (SRH) is often used interchangeably in the literature, sexual health is also considered as a part of reproductive health (2). Sexual health is not only the absence of disease, dysfunction, or disability, but also a state of complete psychological, mental, and social well-being related to sexuality. Reproductive health is not only the absence of any disease or disability related to the reproductive system, but also a state of complete biopsychosocial well-being, individuals having a safe and effective sexual life and having the right to reproduce at the time and frequency of their own choosing (3). Sexual and reproductive health rights for all are enshrined in 2030 Sustainable Development Goals agenda in SDGs (3.7, 4.7 and 5.6) (4).

Improving SRH affects global health outcomes. Sexual and Reproductive Health education and awareness is important to help adolescents prevent the problems they face in sexual health and help them make better decisions (Joseph, 2023). Various educational interventions to improve SRH in adolescents and young people have been reported to improve SRH (5). With the latest technology, it has been reported that chatbots may also have a positive effect on SRH (6).

Globally, the large number of centers providing SRH services in urban areas offers opportunities in terms of access to services and diversity of modalities, but stigma, pricing and sociocultural reasons continue to be barriers. In rural areas, structural factors such as geographical and infrastructural challenges, intense poverty, legal and political environments affecting access to services and information, affordability, and security negatively affect SRH outcomes (7,8), Lack of SRH knowledge, information and access increases the rates of unprotected sexual intercourse, unintended pregnancy, and curettage (7).

Preventing unintended pregnancy is a vital step in improving women's reproductive health. Emergency contraception (EC) refers to contraceptive options that can be used within a

few days after unprotected or protected sexual intercourse or sexual assault to reduce the risk of pregnancy. Although intrauterine device and oral options are available as methods, access varies according to countries (9) Globally, unprotected sex and sexual assault are common. Approximately 40 per cent of patients seeking EC had experienced multiple unprotected sexual encounters prior to EC use, and 14 per cent reported at least one unprotected sexual encounter six or more days before seeking EC (9,10).

Although awareness of SRH has increased globally, studies have been conducted mostly in developed and high-income countries, in women, adults and individuals with SRH-related problems (7,9,10). In the literature, there were no studies examining the relationship between emergency contraception knowledge, which will significantly affect the rates of unwanted pregnancy and curettage after unprotected sexual intercourse, and family planning, SRH knowledge and attitudes in young women and men. This study was conducted to examine the relationship between EC knowledge and attitudes towards family planning and sexual and reproductive health (SRH) among men and women aged 18-25 years living in Turkey and studying at university. Within the scope of the study, answers to the following questions were sought.

- What is the level of SRH and RHFPAS in women and men?
- What is the level of knowledge about EC in women and men?
- Is there a relationship between knowledge about EC and SRH and RHFPAS in women and men?

Material and Method

The cross-sectional descriptive study was conducted between February-October 2023 in Turkey. STROBE notification was complied with during the study.

The universe of the descriptive study consisted of 1286 students studying at a university's faculty of health sciences (nutrition and dietetics, physiotherapy and rehabilitation, midwifery and nursing), while the sample was calculated as 296 using the known sample calculation method. The study was completed

with 492 participants during the 30 days that the online link was left active (women n= 283, men n=209).

Data Collection Tools

The data of the study were obtained through the "Data Collection Form" and "Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale (RHFPAS)".

Data Collection Form: The data collection form, which was prepared in line with the literature (7,8,11,12), consists of 12 questions on sociodemographic, SRH and EC method.

Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale (RHFPAS): This scale, developed by Alper Tunga Kökçü in 2010, is 5-point Likert type and consists of 52 questions. The scale has 3 sub-dimensions: 'unwanted pregnancies', 'sexually transmitted infections' and 'infertility and assisted reproductive treatments'. There is no cut-off point in the scale. As the score obtained from the scale increases, attitudes towards reproductive health and FP are in a positive direction. The highest score that can be obtained from the scale is 5. Cronbach's alpha of the scale is 0.88 (13). In this study, the total scale Cronbach's alpha value was 0.844.

Data Collection Process

After obtaining the necessary permissions, the data collection link was shared with a group of 50 participants to assess the clarity of the questions. Since no corrections were required after the pilot application, the data collection process was initiated. Online survey links were shared with women and men who met the sample selection criteria. The link was left active for 30 days to collect data. At the end of the process, the research was completed with 492 participants (women n= 283, men n=209).

Statistical Analysis

Completion of the questionnaires was checked. Statistical Package for Social Science (SPSS) version 24.0 for Windows software (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) was used for all statistical analyses. The Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate the distribution of the data before statistical analysis. Descriptive statistics including frequency, percentage for nominal variables and mean and standard deviation for continuous variables were calculated. Mann Whitney U and Kruskal Wills test were used to test the relationship between categorical variables and RHFPAS and its sub-dimensions, Spearman Correlation Test was used to determine the relationship between continuous

variables, and Bonferroni test was used for post-hoc analysis. The significance level was determined as $p < 0.05$.

Ethical Consent

Ethics committee approval was obtained from the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Ethics Committee Date: 28.12.2022; No: 259) before starting data collection. Permission was obtained from the authors of the scale. It was stated on the first page that necessary information about the study and participation in the study were on a voluntary basis. If they agreed to participate in the study, they were asked to mark the statement "I consent to participate in the study". They were not offered any incentive to participate in the study. The questionnaires were anonymous. The principles of the Declaration of Helsinki were followed throughout the study period.

Results

In this study, SRH knowledge level was 5.28 ± 2.37 in women and 5.41 ± 2.11 in men. RHFPAS total score was 3.16 ± 0.13 in women and 3.13 ± 0.13 in men. It was found that 64.0% of the female participants lived in the city and 50.5% of them had no sexual experience, while 56.0% of the male participants lived in the city and 60.3% of them had sexual experience. It was determined that 50.9% of women and 57.4% of men obtained SRH information from media and internet. Women reported that 48.1% of them could talk about SRH issues with their families, 50.9% with the opposite sex, and 70.7% with their same sex. Among men, 46.4% reported that they could discuss SRH issues with their families, 36.3% with their opposite sex, and 69.4% with their same sex. It was observed that 92.2% of women and 87.6% of men stated that SRH centers were necessary in universities. It was determined that 64.7% of women and 72.7% of men had not heard of EC, 59.4% of women and 50.22% of men did not know when to use it, 62.2% of women and 59.8% of men did not know its side effects and 51.6% of women and 50.2% of men did not know where to access it. (Table 1).

In men, there was a statistically significant difference between those who could discuss SRH issues with their family and RHFPAS, unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy and sexually transmitted infections sub-dimension. There was a statistically significant difference

between those who could discuss SRH issues with their family and RHFPAS, unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy, sexually transmitted infections and infertility and assisted reproductive treatments sub-dimension. In women, there was a statistically significant difference between those who accessed SRH information from the media and the internet and the sub-dimension of infertility and assisted reproductive treatments. In men, there was a statistically significant difference between those who could discuss SRH issues with the opposite sex and the sub-dimension of sexually transmitted infections. In women, there was a significant difference between those who had heard of EC, knew the time of use, access, and side effects and RHFPAS. In men, there was a statistically significant difference between those who had heard of EC, time of use, access and side effects and infertility and assisted reproductive treatments ($p < 0.05$; Table 2).

There was a weak moderate positive correlation between SRH knowledge level and RHFPAS total mean score in women and men. There was a moderate-high positive correlation between the mean RHFPAS total score and the subscales of the scale ($p < 0.05$; Table 3).

Discussion

The aim of this study was to investigate the relationship between EC knowledge and attitudes towards family planning and SRH among women and men aged 18-25 years living in Turkey and studying at university. In the study, it was observed that SRH knowledge of women and men was at an intermediate level, knowledge about EC increased as knowledge and positive attitude towards SRH increased, SRH attitude and knowledge about sexually transmitted infections increased in women and men who could discuss SRH issues with their family and opposite sex.

In a meta-analysis of studies conducted in Sub-Saharan African countries, 24 studies were included, and it was reported that SRH knowledge and behaviors in young people were incomplete and worrying (14). In this study, it was observed that the SRH knowledge of women and men was approximately five out of 10, and as SRH knowledge increased in participants, positive attitudes towards SRH and FP increased. Studies have reported that the rates of unintended pregnancy and curettage are

high among young people and that the frequency of condom use, unprotected sexual intercourse and unintended pregnancy decreases after SRH interventions (5,15–18). In a systematic review study, SRH training was given to medical faculty students, and it was reported that there were deficiencies in contraception and curettage, although the level of SRH knowledge was positively affected after evaluation (19). In a review study, it was reported that the knowledge and autonomy of female adolescents about SRH is limited and if this situation is prevented, unwanted pregnancies may decrease (20). In another study, it was reported that almost all participants (96%) had knowledge about modern contraceptives and 37% of the participants were sexually active, but 79% of the sexually active participants did not use modern contraceptive methods (21). The results of this study are in parallel with the results especially in developing countries, and it seems that SRH knowledge is inadequate in young individuals. This situation suggests that public trainings with proven effectiveness should be integrated into policies to increase the level of community welfare and health.

The internet, which provides access to infinite information with the developing technology, may also cause misinformation and erroneous behaviors (6). About half of the women and men who participated in this study accessed information about SRH from the internet and media, and knowledge and favorable attitudes towards infertility and assisted reproductive techniques were higher among these women. Studies have reported that young people identified radio, television, friends or peers, teachers/school-based courses or programmers, family members other than parents (e.g. sisters, aunts' parents for girls), social media/internet, health professionals, parents, newspapers, magazines, books, and religious leaders as sources of SRH information (14,22). In a Cochrane meta-analysis study, the effect of mobile devices on SHR in adolescents and adults was examined in the results of studies conducted until July 2019, and it was reported that it had a limited effect on sexual health knowledge and contraceptive use, while the results on condom use and utilization of health services were uncertain and the evidence was low (23). The findings of the study are in parallel with the findings of the literature and

Table 1. Distribution of Sociodemographic, Emergency Contraception and Reproductive Health Characteristics of the Individuals (N=492)

Variables	Women (n=283)		Men (n=209)	
	Mean \pm SD	Min-Max	Mean \pm SD	Min-Max
Age	20.79 \pm 1.42	18.00-25.00	21.10 \pm 1.65	18.00-25.00
Level of SRH* knowledge (0-I don't know at all-10 I know very well)	5.28 \pm 2.37	0.00-10.00	5.41 \pm 2.11	0.00-10.00
RHFPA* Total Score Average	3.16 \pm 0.13	2.81-3.64	3.13 \pm 0.13	2.72-3.45
1. Dimension *Total Score Average	3.20 \pm 0.21	2.31-3.62	3.18 \pm 0.22	2.42-3.69
2. Dimension *Total Score Average	3.06 \pm 0.23	2.26-3.74	3.07 \pm 0.22	2.11-3.47
3. Dimension *Total Score Average	3.21 \pm 0.23	2.38-4.08	3.15 \pm 0.20	2.46-3.77
	n	%	n	%
The place where most of life takes place				
Village	59	20.8	34	16.2
Town	43	15.2	58	27.8
City	181	64.0	117	56.0
Sexual Experience				
Yes	140	49.5	126	60.3
No	143	50.5	83	39.7
Source of SRH* information				
Parents and/or siblings	89	31.4	58	27.8
Friend	50	17.7	31	14.8
Media and internet	144	50.9	120	57.4
SRH issues with my family;				
I can talk	92	32.5	54	25.8
I can speak in a limited way	136	48.1	97	46.4
I can't talk	55	19.4	58	27.8
SRH* subjects with the same sex;				
I can talk	200	70.7	145	69.4
I can speak in a limited way	68	24.0	47	22.5
I can't talk	15	5.3	17	8.1
SRH issues with my opposite sex;				
I can talk	79	27.9	71	34
I can speak in a limited way	144	50.9	76	36.3
I can't talk	60	21.2	62	29.7
SRH unit in universities and high schools				
Necessary	261	92.2	183	87.6
Unnecessary	22	7.8	26	12.4
EC* hearing status				
Yes	100	35.3	57	27.3
No	183	64.7	152	72.7
Knowing when to use EC*				
Yes	115	40.6	104	49.8
No	168	59.4	105	50.2
Knowing EC* side effects				
Yes	107	37.8	84	40.2
No	176	62.2	125	59.8
Knowing where to access EC*				
Yes	137	48.4	104	49.8
No	146	51.6	105	50.2

EC: Emergency Contraception, SRH: Sexual and Reproductive Health, RHFPA: Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale, 1st Dimension: Unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy, 2nd Dimension: Sexually transmitted infections, 3rd Dimension: Infertility and assisted reproductive treatments. SD: Standard Deviation

Table 2. Comparison of the Mean Total Score of RHFPAS* and its Subscales with Sociodemographic, Emergency Contraception and Reproductive Health Characteristics (N=492)

Variables	Women (n=283)				Men (n=209)			
	RHFPAS* Total Score Average	1. Dimension* Total Score Average	2. Dimension* Total Score Average	3. Dimension* Total Score Average	RHFPAS* Total Score Average	1. Dimension* Total Score Average	2. Dimension* Total Score Average	3. Dimension* Total Score Average
The place where most of life takes place								
Village	3.16±0.18	3.23±0.12	3.06±0.22	3.18±0.23	3.12±0.17	3.17±0.25	3.06±0.28	3.11±0.20
Town	3.14±0.11	3.17±0.23	3.03±0.18	3.23±0.22	3.15±0.12	3.20±0.17	3.12±0.23	3.10±0.18
City	3.16±0.14	3.20±0.20	3.07±0.25	3.21±0.24	3.13±0.13	3.17±0.24	3.04±0.19	3.18±0.21
X²/ KW	1.350	2.600	1.541	3.195	.424	.446	8.207	5.850
p	.509	.273	.463	.202	.809	.800	.017	.054
Sexual Experience								
Yes	3.16±0.13	3.20±0.21	3.08±0.25	3.18±0.24	3.12±0.15	3.15±0.24	3.08±0.23	3.12±0.19
No	3.16±0.13	3.21±0.22	3.04±0.20	3.23±0.22	3.15±0.11	3.22±0.18	3.04±0.20	3.18±0.22
U	9707.500	9610.000	9137.000	8887.000	4582.000	4404.500	4502.500	4252.000
p	.660	.560	.203	.100	.130	.053	.088	.021
Source of SRH* information								
Parents and/or siblings (a)	3.17±0.14	3.21±0.24	3.08±0.24	3.15±0.19	3.16±0.14	3.21±0.23	3.09±0.24	3.12±0.21
Friend (b)	3.17±0.13	3.24±0.16	3.05±0.22	3.22±0.26	3.13±0.10	3.19±0.14	3.01±0.26	3.17±0.16
Media and internet (c)	3.15±0.13	3.19±0.21	3.06±0.23	3.24±0.24	3.13±0.14	3.17±0.24	3.07±0.19	3.15±0.21
X²/ KW	1.433	3.721	1.030	10.283	1.270	1.653	1.265	2.446
p	.489	.156	.597	.006	.530	.438	.531	.294
Bonferroni								
SRH issues with my family;								
I can talk (a)	3.25±0.12	3.20±0.24	3.11±0.25	3.17±0.21	3.20±0.13	3.24±0.27	3.18±0.15	3.17±0.21
I can speak limitedly (b)	3.16±0.13	3.23±0.19	3.03±0.21	3.21±0.23	3.07±0.13	3.13±0.20	2.97±0.23	3.16±0.20
I can't talk (c)	3.16±0.15	3.16±0.22	3.09±0.22	3.15±0.26	3.07±0.16	3.11±0.22	2.56±0.22	3.16±0.20
X²/ KW	7.721	4.068	.660	4.245	28.577	9.941	24.963	1.872
p	.021	.131	.719	.120	.000	.007	.000	.392
Bonferroni	a>b,c				a>b,c	a>b,c	a>c	

EC: Emergency Contraception, SRH: Sexual and Reproductive Health, RHFPAS: Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale, 1st Dimension: Unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy, 2nd Dimension: Sexually transmitted infections, 3rd Dimension: Infertility and assisted reproductive treatments. *Kruskal Wills, *Mann Whitney U; *Post Hoc Bonferroni, p<0.05

Table 2 (cont.). Comparison of the Mean Total Score of RHFPAS* and its Subscales with Sociodemographic, Emergency Contraception and Reproductive Health Characteristics (N=492).

Variables	Women (n=283)				Men (n=209)			
	RHFPAS* Total Score Average	1. Dimension* Total Score Average	2. Dimension* Total Score Average	3. Dimension* Total Score Average	RHFPAS* Total Score Average	1. Dimension* Total Score Average	2. Dimension* Total Score Average	3. Dimension* Total Score Average
SRH* subjects with the same sex;								
I can talk (a)	3.17±0.13	3.21±0.21	3.10±0.24	3.28±0.23	3.14±0.15	3.17±0.24	3.10±0.20	3.14±0.20
I can speak limitedly (b)	3.15±0.13	3.21±0.20	2.98±0.21	3.18±0.24	3.12±0.11	3.19±0.19	3.02±0.24	3.11±0.20
I can't talk (c)	3.05±0.08	3.04±0.18	2.96±0.05	3.20±0.16	3.11±0.13	3.22±0.22	2.88±0.22	3.24±0.20
X²/ KW	12.215	10.898	18.029	5.625	3.054	1.079	18.284	2.700
p	.002	.004	.000	.050	.217	.583	.000	.259
Bonferroni	a>b,c	a,b>c	a>b,c	a>b,c			a>b>c	
SRH issues with my opposite sex;								
I can talk (a)	3.18±0.14	3.19±0.21	3.15±0.24	3.17±0.27	3.16±0.14	3.19±0.23	3.14±0.25	3.13±0.19
I can speak limitedly (b)	3.15±0.12	3.21±0.21	3.04±0.23	3.20±0.20	3.11±0.15	3.14±0.25	3.05±0.21	3.13±0.18
I can't talk (c)	3.16±0.14	3.22±0.20	3.01±0.22	3.26±0.26	3.14±0.11	3.21±0.17	3.00±0.17	3.19±0.23
X²/ KW	20.870	.165	2.956	4.672	4.631	1.269	19.634	3.710
p	.000	.921	.228	.097	.099	.530	.000	.156
Bonferroni	a>b.c						a>b.c	
SRH unit in universities and high schools								
Necessary	3.16±0.13	3.21±0.21	3.07±0.23	3.20±0.24	3.12±0.13	3.16±0.22	3.07±0.22	3.13±0.20
Unnecessary	3.13±0.10	3.17±0.16	2.97±0.18	3.26±0.20	3.21±0.12	3.30±0.18	3.04±0.20	3.25±0.17
U	2407.000	2373.500	2108.000	2468.500	1666.000	1494.500	2169.000	1483.500
p	.208	.176	.038	.271	.013	.002	.465	.002
EC* hearing status								
Yes	3.65±0.12	3.19±0.22	3.15±0.23	3.17±0.24	3.19±0.11	3.23±0.24	3.18±0.16	3.17±0.17
No	3.15±0.13	3.21±0.21	3.02±0.22	3.23±0.23	3.11±0.14	3.16±0.21	3.02±0.22	3.11±0.21
U	6111.500	9013.500	7908.500	8256.500	2821.500	3664.500	2428.000	2823.500
p	.000	.835	.059	.171	.000	.086	.000	.002

EC: Emergency Contraception, **SRH:** Sexual and Reproductive Health, **RHFPAS:** Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale, **1st Dimension:** Unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy, **2nd Dimension:** Sexually transmitted infections, **3rd Dimension:** Infertility and assisted reproductive treatments. *Kruskal Wills, *Mann Whitney U; *Post Hoc Bonferroni, p<0.05

Table 2 (cont.). Comparison of the Mean Total Score of RHFPAS* and its Subscales with Sociodemographic, Emergency Contraception and Reproductive Health Characteristics (N=492).

Variables	Women (n=283)				Men (n=209)			
	RHFPAS*	1. Dimension*	2. Dimension*	3. Dimension*	RHFPAS*	1. Dimension*	2. Dimension*	3. Dimension*
	Total Score Average	Total Score Average	Total Score Average	Total Score Average	Total Score Average	Total Score Average	Total Score Average	Total Score Average
Knowing when to use EC*								
Yes	3.24±0.11	3.19±0.20	3.13±0.22	3.20±0.23	3.11±0.15	3.16±0.25	3.07±0.23	3.22±0.18
No	3.15±0.14	3.22±0.22	3.02±0.23	3.21±0.24	3.16±0.11	3.20±0.20	3.06±0.19	3.07±0.20
U	7040.500	8713.500	8637.500	9622.500	4664.500	4966.000	5011.500	2822.000
p	.000	.161	.130	.955	.068	.258	.303	.000
Knowing EC* side effects								
Yes	3.23±0.11	3.20±0.20	3.13±0.23	3.19±0.23	3.12±0.15	3.18±0.25	3.08±0.24	3.25±0.16
No	3.15±0.13	3.20±0.21	3.02±0.23	3.22±0.23	3.14±0.12	3.18±0.21	3.06±0.20	3.19±0.21
U	6667.500	9363.000	7921.500	9113.000	5005.000	5375.000	4896.000	3287.500
p	.000	.937	.025	.647	.567	.573	.407	.000
Knowing where to access EC*								
Yes	3.25±0.12	3.19±0.22	3.12±0.23	3.21±0.23	3.13±0.14	3.18±0.24	3.09±0.22	3.20±0.17
No	3.15±0.13	3.22±0.21	3.01±0.23	3.20±0.23	3.14±0.13	3.18±0.21	3.04±0.21	3.09±0.22
U	7202.500	9303.500	8954.500	9670.000	5440.500	5252.500	4820.500	3755.500
p	.000	.310	.128	.628	.964	.634	.142	.000

EC: Emergency Contraception, SRH: Sexual and Reproductive Health, RHFPAS: Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale, 1st Dimension: Unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy, 2nd Dimension: Sexually transmitted infections, 3rd Dimension: Infertility and assisted reproductive treatments. *Kruskal Wills, *Mann Whitney U; *Post Hoc Bonferroni, p<0.05

Table 3. The Relationship between the Mean Total Score of RHPAS* and its Subscales, Age and SRH Knowledge Level (N=492)

Variables		SRH knowledge level	Women (n=283)				Men (n=209)				
			1. Dimension* Total Score Average	2. Dimension* Total Score Average	3. Dimension* Total Score Average	RHPAS* Total Score Average	1. Dimension* Total Score Average	2. Dimension* Total Score Average	3. Dimension* Total Score Average	1. Dimension* Total Score Average	2. Dimension* Total Score Average
Age	r	.273**	.079	.022	.109	.059	.183**	.137*	.109	.065	.064
	p	.000	.183	.708	.068	.325	.008	.048	.118	.351	.356
RHPAS* Total Score Average	r	.204**	-	.766**	.550**	.303**	.227**	-	.743**	.489**	.442**
	p	.001	-	.000	.000	.000	.001	-	.000	.000	.000
1. Dimension* Total Score Average	r	.022	-	-	.123*	.020	209	-	-	209	209
	p	.712	-	-	.038	.741	.095	-	-	-.027	.169*
2. Dimension* Total Score Average	r	.301**	-	-	-	-.163**	.170	-	-	-	.014
	p	.000	-	-	-	.006	209	-	-	-	209
3. Dimension* Total Score Average	r	.113	-	-	-	-	.239**	-	-	-	-
	p	.058	-	-	-	-	.001	-	-	-	-

EC: Emergency Contraception, SRH: Sexual and Reproductive Health, RHPAS: Reproductive Health and Family Planning Attitude Scale, 1st Dimension: Unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy, 2nd Dimension: Sexually transmitted infections, 3rd Dimension: Infertility and assisted reproductive treatments.

show that young individuals frequently prefer to access SRH information from the media and the internet. This situation suggests that the internet, where information pollution is high, may lead to erroneous information, attitudes and behaviors related to SRH in young individuals.

Although SRH is a human right, a quarter of men report using SRH services (24). In the interventions, most of the male targeted SRH interventions are in the field of family planning (25). In a systematic review, it was reported that there are problems in accessing family planning services, unsafe sexual intercourse and gender inequalities in Kenya, Nigeria, and India in the south of the world and that this situation has negative consequences in terms of sexual and reproductive health (7). In this study, it was observed that more than half of men and women did not discuss SRH issues with their family and opposite sex. In men, it was observed that the knowledge and attitude of sexually transmitted infections were positively high in those who could discuss SRH issues with the opposite sex. In a systematic review, it was reported that the need for SRH was higher in men in developed countries (25). Sexual and Reproductive Health knowledge and access was found to be limited in men living in low- and middle-income countries (24). In a study evaluating SRH status in the United States, it was reported that SRH communication with the parents of the participants was low, almost half of the young people who had SRH communication with their families could discuss limited topics, and 60% of the young people were embarrassed to talk about condom use with their partner (3). The findings of the study are in parallel with the literature, and it is believed that informing men about SRH and including them in the processes will increase positive health outcomes. Male-specific sexual reproductive health interventions are scarce worldwide and improving SRH in men can improve outcomes (25).

Studies conducted in many developed countries have reported very high levels of awareness of emergency contraceptives, ranging from 61% to 93% (26,27). Although there is an increasing trend of early sexual activity in developing countries, knowledge about emergency contraceptives lags that in developed countries. This increases the risk of unintended pregnancy (28). In this study, it was

observed that more than half of the women and men had not heard of EC, did not know where to access it, side effects and time of use. It was observed that knowledge and attitude towards SRH and FP, unintended pregnancy, sexually transmitted diseases and infertility in women and sexually transmitted infections in men were positively high. In a study conducted with medical students in India, it was reported that the level of knowledge of resident doctors about EC was higher than that of general practitioners (28). In a study comparing the EC knowledge of Obstetrics and Gynecology physicians and Family physicians, it was found that the knowledge level of family physicians was lower than Obstetrics and Gynecology physicians. In the same study, it was reported that both physician groups need to have more knowledge about EC (29). EC efficacy depends on the timing of administration. Adequate stock and easy access are important to ensure timely access. In a study conducted in Georgia, it was reported that access to EC agents was limited at almost similar levels in central and provincial pharmacies (30). The findings of the study are similar to the findings of studies conducted in developing countries. EC knowledge among young individuals is quite low. In addition, the price and access difficulties of oral EC agents in Turkey also pose a risk for unintended pregnancies. Future studies on EC use in developing countries in terms of economic access may be recommended.

The low knowledge of SRH and EC in the study suggests the necessity of integrating proven public trainings into policies to increase the level of community welfare and health. Future studies on the use of EC in developing countries in terms of economic access may be recommended. In addition to being one of the limited studies conducted in Turkey, this study provides a comprehensive result that emergency contraception knowledge should be addressed separately in women and men at the university level. It may provide the addition of emergency contraception to family planning counseling and sexual and reproductive health education.

Strengths and limitations

Since the study was conducted only with young women and men studying at university, it is a limitation of the study that it cannot be generalized to the whole society. The strength of the study is that it was conducted with a large sample group in a certain age group.

Conclusion

Financial Support: The research did not receive any financial support.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Esin, A., Mihçioğur, S., Demir, C., & Kanal, G. (2021). Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu. [Internet]. [cited 2024 Jan 31]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Esin%2C+A.%2C+Mihçioğur%2C+S.%2C+Demir%2C+C.%2C+%26+Kanal%2C+G.+%282021%29.+Sexual+and+Reproductive+Health+Situation+Analysis+Report+in+Turkey.+&btnG=
2. Oğul Z. adölesan ve gençlerde cinsel sağlık üreme sağlığı: etkileyen faktörler ve sorunlar. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2021;7(2):149-165.
3. Ford J V., Ivankovich MB, Coleman E. Sexual health indicators for the United States: Measuring progress and documenting public health needs. Front Public Heal. 2023 Jan 26;10.
4. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cited 2024 Jan 31]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
5. Martínez-García G, Ewing AC, Olugbade Y, DiClemente RJ, Kourtis AP. Crush: A Randomized Trial to Evaluate the Impact of a Mobile Health App on Adolescent Sexual Health. J Adolesc Heal. 2023 Feb 1;72(2):287–94.
6. Mills R, Mangone ER, Lesh N, Mohan D, Baraitser P. Chatbots to Improve Sexual and Reproductive Health: Realist Synthesis. J Med Internet Res. 2023;25:e46761
7. Akwara E, Pinchoff J, Abularrage T, White C, Ngo TD. The Urban Environment and Disparities in Sexual and Reproductive Health Outcomes in the Global South: a Scoping Review. J Urban Heal. 2023 Jun 1;100(3):525–61.
8. Ganle JK, Baatiema L, Ayamah P, Ofori CAE, Ameyaw EK, Seidu AA, et al. Family planning for urban slums in low- and middle-income countries: a scoping review of interventions/service delivery models and their impact. Int J Equity Health. 2021 Dec 1;20(1).
9. Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. Contraception. 2023 May 1;121.
10. BakenRa A, Gero A, Sanders J, Simmons R, Fay K, Turok DK. Pregnancy risk by frequency and timing of unprotected intercourse before intrauterine device placement for emergency contraception. Obstetrics & Gynecology, 2021;138(1):79-84.
11. Chant S, Klett-Davies M, Ramalho J. Challenges and potential solutions for adolescent girls in urban settings: a rapid evidence review. 2017. <https://eprints.lse.ac.uk/84297/1/Young%20Female%20Adolescents%20in%20Urban%20Areas%20RER%20FINAL.pdf>
12. Duminy J, Cleland J, Harpham T, Montgomery MR, Parnell S, Speizer IS. Urban family planning in low- and middle-income countries: a critical scoping review. Front Glob Women’s Heal. 2021;2:749636
13. Kökcü A. TSK’nin bir eğitim birliğinde verilmekte olan üreme sağlığı ve aile planlaması eğitimlerinin bu alandaki etik sorunlar üzerine etkisi. 2010. Doktora Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
14. Amanu A, Birhanu Z, Godesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: evidence synthesis and implications. Global Health Action, 2023;16(1):2279841.
15. Lohan M, Brennan-Wilson A, Hunter R, Gabrio A, McDaid L, Young H, et al. Effects of gender-transformative relationships and sexuality education to reduce adolescent pregnancy (the JACK trial): a cluster-randomised trial. Lancet Public Heal. 2022 Jul 1;7(7):e626–37.
16. Manlove J, Welti K, Whitfield B, Faccio

- B, Finocharo J, Ciaravino S. Impacts of Re:MIX—A School-Based Teen Pregnancy Prevention Program Incorporating Young Parent Coeducators. *J Sch Health*. 2021 Nov 1;91(11):915–27.
17. Mbizvo MT, Kasonda K, Muntalima NC, Rosen JG, Inambwae S, Namukonda ES, et al. Comprehensive sexuality education linked to sexual and reproductive health services reduces early and unintended pregnancies among in-school adolescent girls in Zambia. *BMC Public Health*. 2023 Dec 1;23(1).
 18. Miller MK, Catley D, Adams A, Staggs VS, Dowd MD, Stancil SL, et al. Brief Motivational Intervention to Improve Adolescent Sexual Health Service Uptake: A Pilot Randomized Controlled Trial in the Emergency Department. *J Pediatr*. 2021 Oct 1;237:250-257.e2.
 19. French V, Steinauer J. Sexual and reproductive health teaching in undergraduate medical education: A narrative review. *Int J Gynecol Obstet*. 2023 Oct 1;163(1):23–30.
 20. Groenewald C, Isaacs N, Qoza P. Hope, agency, and adolescents' sexual and reproductive health: A mini review. *Front Reprod Heal*. 2023;5.
 21. Moyo S, Rusinga O. Contraceptives: Adolescents' knowledge, attitudes and practices. A case study of rural Mhondoro-Ngezi District, Zimbabwe. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(1):49–63.
 22. Namukonda ES, Rosen JG, Simataa MN, Chibuye M, Mbizvo MT, Kangale C. Sexual and reproductive health knowledge, attitudes and service uptake barriers among Zambian in-school adolescents: a mixed methods study. *Sex Education*, 2021;21(4):463-479.
 23. Palmer MJ, Henschke N, Villanueva G, Maayan N, Bergman H, Glenton C, et al. Targeted client communication via mobile devices for improving sexual and reproductive health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Aug 11;2020(8).
 24. Nyalela M, Dlungwane T. Men's utilisation of sexual and reproductive health services in low- and middle-income countries: A narrative review. *South African J Infect Dis*. 2023 Apr 21;38(1).
 25. Sawalma M, Shalash A, Wahdan Y, Nemer M, Khalawi H, Hijazi B, et al. Sexual and reproductive health interventions geared toward adolescent males: A scoping review. *J Pediatr Nurs*. 2023 Nov 1;73:e19–26.
 26. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 2020;8(9):e1152-e1161
 27. Walker DM, Torres P, Gutierrez JP, Flemming K, Bertozzi SM. Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico. *Journal of Adolescent Health*, 2004;35(4):329-334.
 28. Panda S, Das R, Das A, Sharma N, Sharma A. A study to assess the knowledge and awareness among young doctors about emergency contraception. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2021;10(6):2304-2312.
 29. Rapkin RB, Griner SB, Godcharles CL, Vamos CA, Neelamegam M, Thompson EL, Daley EM. Obstetrics and gynecology and family medicine residents' training and knowledge on emergency contraception. *Journal of Women's Health*, 2019;28(6):794-801.
 30. Stone RH, Gross S, Reardon B, Young HN. Emergency contraception access and counseling in metropolitan and nonmetropolitan pharmacies in Georgia. *J Pharm Pract*. 2023 Jun 1;36(3):523–31.

The Effect of Religious Attitudes of Nursing Students on Their Perceptions of Spiritual Support

Hemşirelik Öğrencilerinin Dinsel Tutumlarının Manevi Destek Algılarına Etkisi

Selda YÜZER ALSAÇ¹ Rukiye HÖBEK AKARSU²

ÖZ

Amaç: Özet Dinsel tutum, sağlık çalışanlarının mesleki yaşamlarındaki tutumları arasında en önemli faktörlerden biridir. Maneviyatı bakım yaklaşımlarına entegre eden hemşireler, hastanın yalnızca fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını değil aynı zamanda manevi ihtiyaçlarını da karşılayan bütüncül ve hasta merkezli bakım sağlamayı amaçlamaktadır. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin dini tutumlarının manevi destek algılarına etkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu çalışma, 10.06.2019-10.07.2019 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinde öğrenim gören 385 Hemşirelik bölümü öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen, demografik özellikler ve manevi bakıma ilişkin soruları içeren anket formu, Dini Tutum Ölçeği (RAS) ve Manevi Destek Algısı Ölçeği (SSPS) kullanılarak toplanmıştır. Veriler yüzde, ortalama, t testi ve ANOVA testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %85,5'inin 18-22 yaş aralığında olduğu, %70,6'sının kadın, %96,9'unun bekar olduğu belirlendi. Öğrencilerin Manevi Destek Algı Ölçeği'nden (SSPS) ortalama puanları 49,03±9,3, Dini Tutum Ölçeği'nden (RAS) ortalama puanları 27,60±4,35 olarak belirlendi. Öğrencilerin manevi destek algıları ile dini tutumları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Hemşirelerin bireysel düşünce sistemi, manevi ihtiyaç ve bakım algısı, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü, konuya duyarlılığı, dini bilgi, düşünce ve tutumları hemşirelik bakımında etkilidir. Bu nedenle, öğrenci hemşirelerin, manevi bakım şeklinde hastaya sunacakları manevi desteğe ilişkin bilgi ve uygulamaları dini tutum bilgileriyle birleştirerek öğrenme süreçlerinde sunmaları, farkındalıklarını artırmaları ve bütünsel sağlık sağlamaları önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Davranış; Din; Hemşirelik öğrencisi; Maneviyat; Manevi destek algısı.

ABSTRACT

Aim: Religious attitude is one of the most important factors among the attitudes of health professionals in their professional lives. Nurses who integrate spirituality into their care approach aim to provide holistic and patient-centered care that addresses not only the physical and emotional needs of the patient but also their spiritual needs. This descriptive study was conducted to reveal the effect of religious attitudes of nursing students on their perceptions of spiritual support.

Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 385 students of nursing department studying at a state university between 10.06.2019 and 10.07.2019. Data were collected using a questionnaire developed by the researchers and including demographic characteristics and questions on spiritual care, the Religious Attitude Scale (RAS), and the Spiritual Support Perception Scale (SSPS). The data were evaluated using percentage, mean, t test, and the ANOVA test.

Geliş Tarihi/Received: 14.06.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 21.09.2024 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 31.10.2024 **DOI:** 10.57224/jhpr.1500742

¹ Assistant Professor, Yozgat Bozok University, Faculty of Health Science, Department of Pediatric Nursing, Yozgat, Türkiye selda.yuzer@yobu.edu.tr Orcid ID: 0000-0002-1324-0148

² Associate Professor, Yozgat Bozok University, Faculty of Health Science, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Yozgat, Türkiye rukiye-hobek@hotmail.com Orcid ID:0000-0002-3476-0740

Sorumlu yazar/Correspondence: Selda YÜZER ALSAÇ Yozgat Bozok University, Faculty of Health Science, Department of Pediatric Nursing, Yozgat/Türkiye Tel: +90 5547701415 e-mail: selda.yuzer@yobu.edu.tr

Cite this article as: Yuzer Alsac S., Hobek Akarsu R., The Effect of Religious Attitudes of Nursing Students on Their Perceptions of Spiritual Support. J Health Pro Res. 2024;6(3): 207- 214.

Results: It was determined that 85.5% of the students in the study were in the 18-22 age group, 70.6% were female, and 96.9% were single. The mean score of the students from the Spiritual Support Perception Scale (SSPS) was found to be 49.03 ± 9.3 , while the mean score from the Religious Attitude Scale (RAS) was 27.60 ± 4.35 . A moderate positive relationship was found between the perception of spiritual support and the religious attitude of the students.

Conclusion: Nurses' individual thought system, perception of spiritual needs and care, their own hope of life, voluntariness, sensitivity to the subject, and religious knowledge, thoughts and attitudes are effective in nursing care. Thus, it is important for student nurses to provide information and practices related to the spiritual support that they will offer to the patient in the form of spiritual care by combining them with religious attitude information during their learning process, to raise their awareness and to provide holistic health care to patients.

Key Words: Attitude; Nursing student; Religion; Spirituality; Spiritual support perception

Introduction

Spirituality, accepted by the World Health Organization (WHO) as a principle of promoting health, is a concrete, highly subjective and multidimensional concept that emerges in human life (1,2). Spirituality is an indispensable element of nursing care. Nurses who integrate spirituality into their care approach aim to provide holistic and patient-centered care that addresses not only the physical and emotional needs of the patient but also their spiritual needs. This may involve discussing the patient's beliefs, values, and concerns, facilitating access to spiritual support services, and incorporating spiritual practices such as prayer, meditation, or rituals into their care plan (3). Nurses also use clinical decision-making, which is critical in determining patients' needs and implementing appropriate interventions. The nurse's education and knowledge, experience, institutional policies and procedures, the patient's health status, the opinions of other healthcare professionals (doctors, therapists, etc.), nurses' communication skills, use of technology such as electronic health records (EHRs), and nurses' personal values, ethical principles, and professional responsibilities play an important role in the decision-making process (4).

Since the late 1960s, nursing theorists have emphasized that spirituality of an individual as well as his physical, emotional and psychosocial dimensions should be given importance. In line with this emphasis, a growing interest is shown in the spiritual dimension (5,6). Many factors

influence spiritual care, one of which is religious attitude (7). Religious attitude is one of the most influential factors among the attitudes of health professionals in their professional lives because it is an effective and invisible force affecting an individual's personality and behavior (8).

Although spirituality and religiousness seem to be the same concept, it is stated that spirituality is the sum of our values that determine how we interact with the world, while religiousness is a way of following practices and thoughts that are appropriate to God or the Gods of a particular faith (9). Although spirituality depends on religious attitudes in some individuals, religiousness does not affect spirituality in others. In a study conducted with nurses, it is reported that there is a relationship between spirituality and religious attitude (2). However, it is expected that the religious attitudes of nurses, who are spiritual care providers, should not affect their spirituality so that they can carry out their profession.

It is highly important to determine the relationship between religious attitudes and spiritual support perceptions of nurses who establish one-to-one communication and spend a lot of time with patients. This topic has particularly been studied in western societies. In a country like Turkey, in which the official religion is Islam and different cultures exist, there are not enough studies on this topic. This study was conducted to fill this gap by determining the effect of religious attitudes of nursing students

who will perform the nursing profession in the future on their perception of spiritual support.

Methods

Design

This descriptive and cross-sectional study was conducted between 10.06.2019-10.07.2019 in the Faculty of Health Sciences of a university in Central Anatolia. The research was carried out with all nursing students over 18 years of age. 385 students, who were reached without any sample selection method, formed the sample of the study. All the volunteering students were included in the study (n=385). The data was obtained by face-to-face interviews with the students.

Data collection tools

Data were collected using the Sociodemographic Characteristics Form, The Religious Attitude Scale (RAS), The Spiritual Support Perception Scale (SSPS).

Sociodemographic characteristics form: This form was prepared by the researchers and consisting of 13 questions regarding the demographic characteristics of the students (age, gender, class, marital status, etc.) and spiritual care, the Religious Attitude Scale (RAS), and the Spiritual Support Perception Scale (SSPS) were used to collect data.

The Religious Attitude Scale (RAS): The Religious Attitude Scale (RAS) was developed by Ok (10) to measure the religiousness level of university students. The scale consists of four sub-dimensions which are “cognitive dimension”, “behavioral dimension”, “emotional dimension”, and “relational dimension”. The Cronbach's alpha of the scale was found to be .90. The scale is a 5-point Likert type scale. Participants are asked to rate their agreement with statements related to these sub-dimensions on a scale from strongly disagree to strongly agree. The scale score range varies between the lowest 8 and the highest 40. As the score obtained from the scale increases, the individual's level of religious attitude increases. No standard categorization of the scores for religious attitude level is available; thus, in this

study, we made the evaluations categorizing the scores as 8 (low) < 19-29 (moderate) <40 (high).

The Spiritual Support Perception Scale (SSPS): The Spiritual Support Perception Scale (SSPS) was developed by Kavas and Kavas (11) in order to reveal the opinions of doctors, midwives and nurses about spiritual support. The Cronbach's alpha of the scale was found to be 0.94. The scale is a 5-point Likert type scale. Participants are asked to rate their agreement with statements related to these sub-dimensions on a scale from strongly disagree to strongly agree. The score ranges of the scale are 0-20 points - low, 21-40 points - medium and 41-60 points - high, and the highest score that can be obtained is 60. As the average score from the scale increases, the perception level of spirituality and spiritual care increases.

Statistical Analysis

Data were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences software (Version 20). Independent variables of the study consist of the data in the Demographic Characteristics Form, and the scores obtained from the SSPS and RAS are the dependent variables. Statistical analysis of the two independent groups was performed using the t-test parametric test. The analysis results were presented using means, minimum, maximum, and percentage values.

Ethical Considerations

Approval was received from the Clinical Research Ethics Committee to conduct the research (2017-KAEK-189-2019-06.19-04) and written permission was obtained from the Faculty where the research will be conducted. Before starting to collect data, the purpose of the study was explained to the students by the researcher, and both verbal and written consent was obtained from the students.

Generalisability

The study was conducted with all nursing department students over 18 years of age. Therefore, the results obtained in the study; As

these are limited to students' answers, the results can only be generalized to this group.

Results

It was revealed that 85.5% of the students in the study were in the 18-22 age group, 70.6% were female, and 96.9% were single. It was found that 67.8% of the students stayed in a public dormitory, 44.9% lived in the city center and 6% worked in a hospital. It was also found that 31.2% of the students had prior knowledge about spiritual care, and 89.4% of them thought that it was necessary to receive training on spiritual care (Table 1). The mean score of the students from the SSPS was found to be 49.03 ± 9.3 , while the mean score from the RAS was 27.60 ± 4.35 . The mean scores of RAS sub-dimensions were 8.01 ± 1.84 for the behavioral dimension, 8.03 ± 1.95 for the emotional dimension, 2.86 ± 1.92 for the cognitive dimension, and 8.67 ± 1.67 for the relational dimension.

When the RAS and SSPS mean scores of the students are examined according to the socio-demographic characteristics, it was found that the students in the 18-22 age group compared to the other age groups, the married students compared to the single students, junior students compared to the students in other classes, and the students living in private dorms compared to the students living in public dormitories or at home had significantly higher mean RAS scores ($p < 0.05$; Table 2). When the mean scores from the Spiritual Support Perception Scale, the Religious Attitude Scale, and the Religious Attitude Scale sub-dimensions were examined according to the spirituality characteristics of the students, it was found that the SSPS, RAS and RAS sub-dimension scores of the students who believed that it was necessary to receive training about spiritual care were significantly higher than the other students ($p < 0.05$; Table 3).

When the distribution of mean scores obtained from the SSPS was examined according to religious attitude levels, it was found that the mean score of the students with a high RAS score from the SSPS was 53.94 ± 6.13 , and this difference was statistically significant ($p < 0.001$; Table 4).

Table 1. Descriptive Characteristics of the Students (n=385)

Descriptive characteristics	n	%
Mean age	20.81 ± 1.72	
Age		
18-22	329	85.5
23-27	56	14.5
Gender		
Female	272	70.6
Male	113	29.4
Marital status		
Married	12	3.1
Single	373	96.9
Class		
Freshman	100	26.0
Sophomore	108	28.1
Junior	93	24.2
Senior	84	21.7
School of Graduation		
Vocational School of Health		
Religion intensive high school	74	19.2
Other *	13	3.4
	298	77.4
Place of Residence		
Public dormitory	261	67.8
Private dormitory	42	10.9
Flat	82	21.3
Place of longest residence		
City center	173	44.9
District center	152	39.5
Village-town	60	15.6
Educational Status of Mother		
Primary school	284	73.8
High school	81	21.0
University or higher	20	5.2
Educational Status of Father		
Primary school	208	54.0
High School	119	30.9
University or higher	58	15.1
Working Status of the Student		
Working	23	6.0
Not working	362	94.0
Type of the clinic where the students work (n=23)		
Internal Medicine/Surgical Sciences	9	39.1
Intensive care unit	6	26.1
Emergency	4	17.4
Outpatient clinic	4	17.4
Prior knowledge about spiritual care		
Yes	120	31.2
No	265	68.8
Opinions about receiving training on spiritual care		
I think it is necessary.	344	89.4
I think it is unnecessary.	41	10.6

When Table 6 is examined, a moderate positive relationship is observed between spiritual support perception and religious attitude. As the religious attitude score increases, the spiritual support perception score increases as well. No relationship was found between age and religious attitude and spiritual support perception. Only a very weak positive relationship was found between the cognitive dimension of the RAS and age (Table 5). This finding can be attributed to the fact that ages are close to each other. Since the cognitive dimension mostly includes propositions related to thought, it is believed that students had difficulty expressing their thoughts.

Discussion

Our study revealed that the total mean SSPS score of the students was high (49.03 ± 9.3). In a study conducted by Erenoğlu and Can (12), nursing students' total mean score of spiritual support perception was also found to be high (52.02 ± 6.99). The studies conducted with nursing students so far revealed that their perception of spiritual support is moderate or high. The results of our study coincide with those in the literature (12-16). The mean RAS score of the students in the study was found to be moderate (27.60 ± 4.35). A study conducted in Turkey revealed that the religious attitude levels of the healthcare staff were moderate (26.44 ± 4.80) (8). Studies on religious attitudes of nursing students are quite limited in the literature.

The findings of our study showed that gender, marital status, working status, class, age, school of graduation, and the educational status of the parents did not affect the SSPS mean scores, while marital status and class affected the RAS scores. Sağkal et al., (17) stated that marital status, working status, income, family type, academic achievement and some demographic variables do not affect nurses' perception of spiritual care. Aydın (18) reported that some socio-demographic characteristics (gender, place of residence) do not affect religious attitude, while some other characteristics (educational status of parents) affect religious attitude. In the literature, there are studies conducted with student nurses which

indicate that socio-demographic characteristics affect and do not affect the perception of spiritual support and religious attitude (15,18-23). It was found that prior knowledge about spiritual care did not affect the SSPS and RAS mean scores.

Table 2. Distribution of the Mean Scores From the Religious Attitude Scale and the Spiritual Support Perception Scale According to the Socio-Demographic Characteristics of the Students (n=385)

Socio-demographic characteristics	Religious Attitude Scale	Spiritual Support Perception Scale
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Age Group		
18-22	27.81±4.19	49.41±8.85
23-27	26.33±5.06	46.80±11.52
Test*	2.067	1.615
p	0.043	0.111
Gender		
Female	27.69±4.36	49.42±9.49
Male	27.38±4.34	48.05±8.86
Test*	0.644	1.284
p	0.520	0.200
Marital Status		
Married	30.08±3.80	50.00±10.03
Single	27.52±4.35	49.00±9.30
Test*	2.012	0.365
p	0.045	0.716
Class		
1	27.28±3.61	48.76±8.18
2	26.93±4.16	49.09±9.51
3	28.83±4.53	50.80±9.55
4	27.47±4.96	47.32±9.87
Test**	3.618	2.116
p	0.013	0.098
School of Graduation		
Vocational School of Health	27.63±4.02	50.43±8.98
Religion intensive high school	28.53±3.12	51.15±8.27
Other	27.55±4.48	48.59±9.42
Test**	0.320	1.506
p	0.727	0.223
Place of residence		
Public dormitory	27.78±4.00	49.62±8.81
Private dormitory	28.40±5.05	48.09±11.34
Flat	26.59±4.90	47.63±9.66
Test**	3.168	1.668
p	0.230	0.190
Place of longest residence		
City center	27.45±4.21	48.20±9.99
District center	27.49±4.74	49.51±9.21
Village-town	28.30±3.68	50.18±7.27
Test**	0.913	1.345
p	0.402	0.262

Table 3. Distribution of the Mean Scores From the Religious Attitude Scale and the Spiritual Support Perception Scale According to the Socio-Demographic Characteristics of the Students (n=385) (continued).

Socio-demographic characteristics	Religious Attitude Scale	Spiritual Support Perception Scale
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Educational Status of Mother		
Primary school	27.60±4.28	49.25±9.65
High school	27.74±4.50	48.49±7.60
University or higher	26.95±4.86	48.10±11.01
Test**	0.264	0.314
p	0.768	0.731
Educational Status of Father		
Primary school	27.58±4.13	49.08±9.76
High school	28.05±4.76	49.68±8.17
University or higher	26.74±4.19	47.50±9.86
Test**	1.795	1.084
p	0.168	0.339
Working Status		
Working	27.86±4.15	47.17±10.36
Not working	27.58±4.37	49.15±9.25
Test*	0.303	-0.987
p	0.762	0.324

*Independent sample t test **One-way Anova

However, it was found that the SSPS and RAS mean scores of the students who believed that it is necessary to receive training about spiritual care were statistically higher than those of other students. In their study, Erenoğlu and Can (12) found that there was no statistically significant difference between SSPS total mean scores and having prior knowledge about the spiritual care concept. However, the mean scores of the students who were willing to receive training/courses on spiritual care were found to be high (52.94 ± 0.40).

Çelik İnce and Utaş Akhan (15) stated that having prior knowledge about spiritual care did not affect the level of perception of spiritual care. No studies in the literature have yet examined how the willingness to learn and take lessons about spiritual care affects religious attitude. Our study revealed that the students who had high awareness about spiritual care had higher religious attitudes and they wanted to attend classes or receive training on this topic. However, in Turkey, there is no course that includes spiritual care in undergraduate nursing education. The addition of such a course to undergraduate curriculum may

Table 4. Distribution of the Mean Scores From The Spiritual Support Perception Scale, The Religious Attitude Scale, And The Religious Attitude Scale Sub-Dimensions According to the Spirituality Characteristics of The Students

Characteristics	Spiritual Support Perception Scale	Religious Attitude Scale	Religious Attitude Scale Sub-dimensions			
			Behavioral Dimension	Emotional Dimension	Cognitive Dimension	Relational Dimension
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Prior knowledge about spiritual care						
Yes	48.75±9.43	28.04±4.37	8.20±1.88	8.30±1.81	2.95±2.10	8.56±1.78
No	49.16±9.27	27.40±4.34	7.92±1.82	7.91±2.00	2.82±1.84	8.72±1.61
Test*	-0.402	1.332	1.380	1.822	0.622	-0.858
p	0.688	0.184	0.169	0.069	0.534	0.391
Opinions about receiving training on spiritual care						
I think it is necessary.	49.83±8.56	27.84±4.22	8.13±1.78	8.18±1.84	2.78±1.87	8.74±1.63
I think it is unnecessary.	42.29±12.3	25.56±9.2	7.02±2.10	6.82±2.46	3.58±2.20	8.12±1.84
Test*	3.806	3.212	3.241	3.401	-2.241	2.255
p	0.000	0.001	0.002	0.001	0.030	0.025

*Independent sample t test

contribute to the inclusion of spiritual care in nursing care. Furthermore, arranging schools in a way that students can fulfill their religious beliefs can improve the perception of spiritual care and students' ability to care for the patients by identifying their spiritual care needs.

When the distribution of the mean scores of spiritual support perception according to religious attitude levels is examined, the mean score obtained from the SSPS by the students with high RAS was found to be 53.94 ± 6.13 and this difference is statistically significant. As the level

of religious attitudes of students increased, so did their perceptions of spiritual support. There are no studies in the literature investigating the effect of religious attitude on perception of spiritual support. However, the study conducted by Aydın (18) revealed that religion is a source of making sense of life and that positive attitudes towards

religion helps individuals to find more meaning in their lives. For this reason, the students with high religious attitude scores may have made sense of their own lives, and thus, they may be thinking that the lives of the patients they care for are meaningful and thus, they should be given spiritual support.

Table 5. Distribution of Mean Scores of Spiritual Support Perception Scale According to Religious Attitude Levels

Characteristics	Spiritual Support Perception Scale	
	$\bar{X} \pm SS$	
Religious Attitude Scale		
8-18 (low)	34.00±11.56	
19-29 (moderate)	46.60±9.14	
30-40 (high)	53.94±6.13	
Test*	56.492	
P	<0.001	

*One-way anova

Table 6. The Correlation Matrixs Of Student’s Religious Attitude Scale and Its Sub-Dimensions and the Spiritual Support Perception Scale and Mean Age

	Religious Attitude Scale		Behavioral Dimension		Emotional Dimension		Cognitive Dimension		Relational Dimension		Spiritual Support Perception Scale	
	r _p	p	r _p	p	r _p	p	r _p	p	r _p	p	r _p	p
Spiritual Support Perception Scale	0.521	<0.001	0.488	<0.001	0.513	<0.001	-0.279	<0.001	0.537	<0.001	-	-
Mean Age	-0.018	0.722	-0.065	0.203	-0.051	0.322	0.022	0.017	-0.053	0.296	-0.007	0.897

r_p: Pearson Correlation Coefficient

Conclusions

In our study, it was found that students with better religious attitudes have a higher perception of spiritual support. There is a moderately positive relationship between the perception of spiritual support and religious attitude. As the religious attitude score increases, the spiritual support perception score also increases.

Overall, nursing students' religious attitudes can influence their perception of spiritual support and their approach to incorporating it into their practice. It is important for nursing education programs to provide students with opportunities to explore and discuss their beliefs about religion and spirituality, as well as to develop skills for

providing culturally competent and inclusive spiritual care to patients of diverse faith backgrounds.

References

1. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. J Clin Nurs 2006; 15(7):811–821.
2. Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses’ perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2010; 3(6):1-8.
3. Sülü Uğurlu E. Application of spiritual care in nursing. Acıbadem University Journal of Health Sciences 2014; 5(3):187-191.

- 4.Yıldırım A, Taşçı S. Hemşirelikte eleştirel düşünmenin klinik karar vermeye etkisi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2(3): 187-191.
- 5.Gordon T, Mitchell D. A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. Palliative Medicine 2004; 18(7):646-651.
- 6.Daştan NB, Buzlu S. The effects of spirituality in breast cancer patients and spiritual care. Maltepe University Journal of Nursing Science and Art 2010; 3(1):73-78.
- 7.Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Nurses' perception of spirituality and spiritual care and determination of some factors affecting them. Hacettepe University Journal of Nursing 2014; 1(3):1-12.
- 8.Genç Y, Durğun A. Religious attitudes of health workers. Journal of Sakarya University Faculty of Theology (SAUIFD) 2018; 20(38):253-281.
- 9.Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. J Adv Nurs 2000; 32(6):1476-1484.
- 10.Ok Ü. Religious attitude scale: scale development and validity study. International Journal of Human Sciences 2011; 8(2):529-549.
- 11.Kavas E, Kavas N. Spiritual support perception (SSPS) scale: Development, validity and reliability. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish 2014; 9(2), 905-915.
- 12.Erenoğlu R, Can R. Nursing department students' perceptions of spiritual support and affecting factors. Journal of Academic Research in Nursing 2019; 5(1):23-30.
- 13.Cruz JP, Alshammari F, Alotaibi KA, Colet PC. Spirituality and spiritual care perspectives among baccalaureate nursing students in Saudi Arabia: A cross-sectional study. Nurse Education Today 2017; 49:156-62.
- 14.Asgar Pour H, Özvurmaz S, Kunter D. Evaluation of perception and practice model for nursing and midwife intern students. J Contemp Med 2017; 7(3):225-233.
- 15.Çelik İnce S, Utaş Akhan L. Nursing students' perceptions about spirituality and spiritual care. Journal of Nursing Education and Research 2016; 16.Lovanio K, Wallace M. Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education Project. Holistic Nursing Practice 2007; 21(1):42-47.
- 17.Sağkal Midilli T, Kalkım A, Dağhan Ş. Nursing students' views and practices on spiritual care. Journal of Human Sciences 2017; 14(1):666-677.
- 18.Aydın C. The investigation relations between religious attitude and meaning of life levels of students at university. Journal of Human and Social Sciences Research 2017; 6(4):89-108.
- 19.Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2014; 19(3):242-247.
- 20.Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. International Nursing Review 2008; 55(3): 333-40.
- 21.Arslan H. Formation, development and change of religious attitudes. Çukurova University Journal of Theology 2009; 9(1):77-96.
- 22.Boyar G. A Research on Religious Attitudes and Behaviors of Adolescents with Families and Fragmented Families, Master Thesis, Kahramanmaraş Sutcu Imam University, 2012.
- 23.Sarıçam H, Metin G. Self confidence and religious attitude. The Journal of Academic Social Science Studies 2012; 5(7): 573-586.

Doğum Korkusunu Azalt, Anne- Bebek Bağlanmasını Arttır Haptonomi Uygulaması:

Geleneksel Derleme

Reduce The Fear of Childbirth, Increase Mother-Baby Attachment: Haptonomy

Application: Traditional Review

Burcu KÜÇÜKKAYA¹, Hafsa Kübra IŞIK²

ÖZ

Kadınların yaşamında önemli dönemlerden olan gebelik ve doğum süreci fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı dönemlerdir. Bu süreçte gebeliğe uyumun gerçekleşmesi, annelik rolüne uyumunu kolaylaştırarak doğum korkusunun azaltarak anne-bebek bağlanmasına katkıda sağladığı belirtilmektedir. Son yıllarda doğum korkusunu azaltmak, annelere pozitif doğum deneyimini kazandırmak için çeşitli klinik araştırmalar yapılmakta olup bu alanda yeni bir yaklaşım ve giderek artan etkisi olan haptonomi uygulamasının bu alanda etkili bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır. Haptonominin temel ilkelerden biri bebeğin anne rahmine düştüğü andan itibaren bebeğin varlığını koşulsuz ve duygusal olarak kabul etmesi gerekir. Böylelikle varlığı doğrulanan bebeğin duygusal dokunuşlarla karşılanarak erken dönemde anne-bebek bağlanması gerçekleşir. Anne olmaya hazırlanan veya gebe olan kadınlara haptonomi müdahalesi uygulanarak gebelik ve doğuma ilişkin algılarının ve tutumlarının olumlu hale getirilmesi önemli bir hal almaktadır. Bu geleneksel derlemede, doğum korkusunu azaltma ve anne- bebek bağlanmasını arttırmada haptonomi uygulamasının etkinliği incelenecektir.

Anahtar kelimeler: Anne-bebek bağlanması; doğum; haptonomi; korku.

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth, which are important periods in women's lives, are periods in which physiological changes occur. It is stated that adaptation to pregnancy in this process facilitates adaptation to the motherhood role, reduces the fear of childbirth and contributes to mother-baby attachment. In recent years, various clinical studies have been carried out to reduce the fear of childbirth and to provide mothers with a positive childbirth experience, and it is emphasized that the haptonomy application, which is a new approach and has an increasing effect, is an effective method in this field. One of the basic principles of haptonomy is that the baby must accept its existence unconditionally and emotionally from the moment it enters the mother's womb. In this way, the baby whose existence is confirmed is greeted with emotional touches and mother-baby attachment occurs in the early period. It is important to make positive perceptions and attitudes towards pregnancy and childbirth by applying haptonomy intervention to women who are preparing to become mothers or who are pregnant. In this traditional review, the effectiveness of haptonomy application in reducing the fear of childbirth and increasing mother-baby attachment will be examined.

Keywords: Mother-baby attachment, childbirth, haptonomy, fear.

Geliş Tarihi/Received:11.03.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:**11.09.2024 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:**31.10.2024 **Doi:** 10.57224/jhpr.1451227.

¹Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, bkucukkaya@bartin.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3421-9794

² Bayburt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, hafsakubraisik@bayburt.edu.tr, ORCID: 0000-0002-2472-6987

Sorumlu yazar/Correspondence: Burcu Küçükaya. , bkucukkaya@bartin.edu.tr.

Cite this article as: Küçükaya B, Işık HK. Doğum Korkusunu Azalt, Anne- Bebek Bağlanmasını Arttır Haptonomi Uygulaması: Geleneksel Derleme. J Health Pro Res 2024;6(3): 215-224.

Giriş

Kadınların yaşamında önemli dönemlerden olan gebelik ve doğum süreci fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı dönemlerdir (1). Bu dönemler bazı kadınlar olumlu duygu ve beklentileri içerirken, bazı kadınlar için olumsuz duygu, deneyim ve beklentilerini içermektedir (2). Gebelik dönemine ilişkin olumsuz duygu, deneyim ve beklentileri olan kadınların gebelik sürecine uyumu zorlaşacak, doğumun bilinmeyen veya öngörülemeyen bir durum olarak algılanmasına ve doğum korkusu yaşamlarına neden olacaktır (3). Bu süreçte gebeliğe uyumun gerçekleşmesi, annelik rolüne uyumunu kolaylaştırarak doğum korkusunun azaltarak anne-bebek bağlanmasına katkıda sağladığı belirtilmektedir (1).

Prenatal dönemde anne-bebek bağlanması anne ve çocuk için önemli bir girişimdir (4,5). Rusanen ve ark.'ı (2021) ile Çınar ve ark.'nın (2022) yaptıkları çalışmalarda, anne ve bebek arasındaki bağlanmanın prenatal dönemde başladığını belirtmiştir (6,7). Bununla birlikte doğum öncesi bağlanma teorilerine göre annenin bebeğine yönelik olumlu duygu ve düşünceleri bebeği doğmadan gerçekleşir ve annenin davranışını ve bakımını kolaylaştırdığı vurgulanmaktadır (8,9). Bununla birlikte bağlanma duygusunun gelişiminde fetüsün fiziksel gelişimi de önem taşımaktadır (10). Bu nedenle anne bebek bağlanmasında annenin gebeliğe uyumunun iyi olması beklenirken, bebeğin dokunma duygusunun gelişmesi beklenir (11). Yapılan bir çalışmada haptonomi uygulamasının anne bebek bağlanmasında olumlu bir etkisinin olduğu vurgulanmaktadır (8). Genellikle gebelik, olumlu duygularla ilişkilendirilse de bazı kadınlar için gebelik süreci her zaman olumlu duygularla deneyimlenmemektedir. Yapılan çalışmalarda gebe kadınların %10'u şiddetli düzeyde, %20-26'sının orta düzeyde, %20-50'sinin hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (2,8). Gebelik sürecinde doğum korkusunun etiyolojisi multifaktöriyel olduğu belirtilmektedir. Bu süreçte hem annenin hem de yenidoğanın sağlığı açısından çeşitli riskler bulunmasından dolayı anne ve bebeğin özel bakıma ihtiyaçları vardır (2,8,12).

Literatürde doğum korkusunun preeklampsiye, doğum sırasında fazla analjezi kullanımına, doğumun uzamasına, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve uterusta hormonal değişikliklere sebep olarak obstetrik komplikasyonlarına, acil sezaryene neden olduğu belirtilmiştir (13,14). Bununla birlikte doğum korkusu olan kadınlarda doğum ağrısının daha fazla yaşandığı, doğum memnuniyetinin azaldığı, doğum sonu emzirme ve depresyon sorunlarının görüldüğü ve anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (15-18). Bu nedenle doğum korkusu gibi ruhsal sorunlardan anne-bebek bağlanmasının olumsuz etkilenmemesi ve annenin ruhsal sağlığının desteklenmesinde nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılması önem taşımaktadır (19,20). Bu yöntemlerden biri de haptonomidir. Haptonomi gebelikte stresi ve doğum korkusunu azaltarak, anne-bebek bağlanmasını artırdığı yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (8,21,22).

Sağlığın fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden tam bir iyilik halinde olabilmesi için kadının gebelikte, doğumda ve doğumdan sonraki süreçlerde korku endişe ve stresten uzak kalması gerekmektedir (3,23). Son yıllarda doğum korkusunu azaltmak, annelere pozitif doğum deneyimini kazandırmak için çeşitli klinik araştırmalar yapılmakta olup haptonominin bu alanda etkili bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (24,25). Anne olmaya hazırlanan veya gebe olan kadınlara haptonomi müdahalesi uygulanarak gebelik ve doğuma ilişkin algılarının ve tutumlarının olumlu hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle haptonomi uygulaması gebe veya anne olmaya hazırlanan kadının doğuma hazır oluşunu geliştirerek, doğum korkusunu azaltması beklenir. Bu anlamda ülkemizde yeni uygulanmaya başlanan haptonomi uygulamasının doğum korkusu ve anne-bebek bağlanması üzerindeki etkisini değerlendirerek, uygulamanın etkisi ve önemine dair bilgi kazandırılması önem taşımaktadır.

Haptonomi Uygulaması

İkinci Dünya Savaşı sonrasında insan ilişkilerinin bozulması ve savaşın duygusal yıkımına karşı

hastaları tedavi edecek bir yol arayışına giren Frans Veldman tarafından ortaya atılan haptonomi kavramı; dokunma anlamına gelen “hapto” ve kural, yasa anlamına gelen “nomos” kelimelerin birleşiminden oluşmaktadır (26-28). Dokunma ve duygusallık bilimidir (25). Haptonomi sadece dokunma ve duygusallık anlamına gelmeyip aynı zamanda iletişim kurma, bireyin varlığını kabul etme gibi anlamları da bulunmaktadır (21, 29).

Haptonominin temel ilkelerinden biri annenin, rahme düştüğü andan itibaren bebeğin varlığının koşulsuz ve duygusal olarak kabul etmesi gerekir. Böylelikle varlığı doğrulanan bebeğin duygusal dokunuşlarla karşılanarak erken dönemde anne- bebek bağlanması gerçekleşir (22). Literatürde anne-bebek bağlanmasının, annenin doğmamış bebeği ile iletişim kurarak geliştiği ve bu ilk iletişim deneyimlerinin yaşam boyu ilişkilerinin temelini oluşturmada önemli olduğu vurgulanmaktadır (30,31). Bu bağın kalitesinin anne ve bebeğe bağlı faktörler nedeniyle etkilenebileceği belirtilmektedir. Doğuma ilişkin olumsuz algılar, gebeliğe dair olumsuz deneyimler, gebeliğin planlı olmama durumu, psikiyatrik hastalıkların varlığı gibi birçok etken annenin yaşadığı problemler arasındadır (32). Bu problemler annenin gebeliğe uyumunu etkileyerek annelik rolüne uyumunu zorlaştıracaktır (33). Özellikle kadının gebelik sürecinde annelik rolünü benimsemesinde ve anne-bebek bağının kurulmasında haptonomi uygulaması önemli rol oynamaktadır. Haptonomi uygulaması ile kadının gebeliğe ve doğuma ilişkin algılarının artırılması ve olumlu tutum sergilemelerinde, kendi bedene dair bir farkındalık yaratılması amaçlanmaktadır (8). Bu noktada temas ve pozitif iletişim anahtar kavramlar olduğu belirtilmektedir (2).

Haptonomi uygulaması prenatal ve postnatal dönemde ebeveynler ve fetus arasında etkileşimin kurulmasında önemli uygulamalardan biridir. Haptonomi uygulaması kadının kendisi tarafından yapılabileceği gibi eşi ve ebe/hemşiresi tarafından da uygulanabilmektedir. Haptonomi uygulaması tercihen 20-36. gebelik haftasında toplamda 8 seans olacak şekilde uygulanması beklenir (24). İlk üç seans boyunca gebenin kendi deneyimlerine yönelik kendi duygularının

farkındalığına yönelik telkinlerde bulunulur. Literatürde bu seanslarda eş katılımının olması kadının kendini daha güvenli hissetmesine ve doğum korkusunun azalmasında etkili olabileceği vurgulanmaktadır (34). Uygulama sessiz ve sakin bir oda seçilerek uygulamayı yapacak kişi ile karşılıklı olarak oturulmalıdır. Bu noktada kadının sırtını destekleyecek şekilde minderde oturtulması sağlanır ve gebenin istediği bir müzik eşliğinde haptonomi uygulamasına başlatılır (22). Haptonomide ilk olarak seanslar fiziksel rahatlatmaya yönelik olmalıdır (35). Çünkü gebelik ve anneliğe giden yolculukta değişen sadece fiziksel bedende değişimler olmayıp aynı zamanda enerji bedenlerde de değişimler meydana gelmektedir. Bu nedenle kadının öncelikle kendi iç dünyasında olup bitenlerin farkında olmasına olanak tanımalı daha sonra fetüsle iletişime geçilmelidir (36). Bu bağlamda, kadının kendi iç dünyasına yönelim sağlarken kullandığı enerji bedenlerin gücü, kişinin sahip olduğu enerji merkezlerine (çakralara) göre değişkenlik göstermektedir (36).

Hint felsefesine göre vücudumuzda insanın başının tepesinde pozitif akım, sakrumda ise negatif akım vardır. Enerji noktalarının bulunduğu bu iki kutup arası “yaşam” olarak tanımlanır. Belirtilen iki kutup arasında dolaşan enerji gücü bulunmaktadır. Farklı kaynaklarda yaşamda 7 ana enerji merkezi bulunduğu belirtilse de bazı kaynaklarda 11 ana enerji merkezi (çakra) olduğu belirtilmektedir (37). Bu çakraların ise kişilerin manevi ve fiziksel durumunda etkili olduğu belirtilmiştir (36). Her bir çakranın ise vücudumuzda farklı fonksiyonları etkilediği, salgı bezleri ile bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır. Bu çakralardaki tıkanıklıklar kişinin manevi ve fiziksel sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (36). Özellikle kök çakra kadınların doğum sürecindeki açıklanamayan korkularının üstesinden gelmeye yardımcı olmaktadır. Sakral çakra ise uterusun güçlendirilmesinde ve hormonların işlevinin dengeli bir şekilde sürdürülmesinde yardımcı olmaktadır. Manipura çakrası (Solar Pleksus) anne adayının güvenini geliştirilmesinde, benlik saygısını artırmada ve postpartum depresyondan kaçınmada etkili

olmaktadır. Kalp çakrası ise sevgi paylaşımını sağlayarak dokunma duyusu ile ilişkilidir. Aynı zamanda bu çakra gebelikte fetüse olan sevgi konusunda farkındalığının artmasına yardımcı olarak anne-bebek etkileşiminde önem taşımaktadır. Boğaz çakrası işitme duyusu ile ilişkilidir. Annenin duygularının kelimele dökülmesi, fetüsün ruhuna dokunacak konuşmaların ortaya çıkmasında anne-bebek arasında iletişimin sürdürülebilmesi için boğaz çakrada herhangi bir tıkanıklığın olmaması gerekir (36). Üçüncü göz çakrası sezgide ön plana çıkarken, annenin rahimdeki fetüsün iletmek istediklerini anlamasında önem taşır. Taç çakrası ise annenin bilinç durumunu yükselterek, anne ruhu ile fetüsün ruhunun birlikteliğini sağlamaktadır (36). Bu çakraların bilinmesiyle, annenin gebeliğinde veya daha önceki deneyimlere ilişkin yaşadığı probleme yönelik odak noktaları oluşturup haptonomi uygulaması yapılabilmektedir. Bu anlamda haptonomide öncelikle nefes farkındalıkları daha sonra enerji çalışmaları yapılmaktadır (22).

Haptonomi uygulamasında ilk olarak kadına nefes farkındalıkları ile bedeninin enerji ile doldurulup zihnin sakinleştirilmesiyle duygusal dengeye ulaşması sağlanılır (36). Bu noktada kadına “Derin, derin nefes al” gibi kesin komut içeren ifadeler söylenmemelidir. Çünkü bu komutlar zihni yönlendirerek kadının farkındalığının azalmasına neden olacaktır (36). Haptonomi zihnin ötesinde bir uygulama olup nefes ile başlayan yolculukta annenin bebeğiyle buluşmasına olanak tanımaktadır. Kadın gözlerini kapatarak fetüs için nefes alıp vererek enerji ve hayal kurmada uygulamayı yapan kişinin telkinlerine dinleyerek bebeğinin yüzünü, ellerini bir bütün halinde hayal etmesi sağlanır (35). Daha sonra gebeye avuç içiyle yumuşak dokunuşlarla bebeğiyle iletişime geçmesi istenir. Bu noktada fetüsün hemen yanıt vermesi beklenmese de birkaç dakika beklenmesi konusunda annenin desteklenmesi gerekir (35). Aynı zamanda uygulamayı yapan kişi anneden bebeğine seslenmesi istenir. Seslenme ve dokunma sonucunda fetüsün yanıt vermesi beklenebilir veya bebek tepki verene kadar devam ettirilebilir.

Uygulama nefes farkındalığı çalışması ile sonlandırılır. Bununla birlikte farklı seanslarda annenin bebeğine asıl hitap ediyorsa aynı hitap şekli ve ses tonuyla seslenmesi önem taşımaktadır. Yapılan bu uygulama ile anne-bebek arasındaki bağ kuvvetlendirilerek hem annenin kendi duygularını hem de bebeğinin tepkilerini anlamasına olanak tanımaktadır (36,38).

Anne-Bebek Bağlanmasında Haptonomi Uygulaması

Bağlanma temasa geçme, yakınlık kurma anlamına gelmektedir. Gebeliğin oluşmasıyla başlayıp ömür boyu devam eden bir süreçtir. Ayrıca bağlanma aşamalı bir şekilde gerçekleştiği ve doğumdan sonra oluşmadığı belirtilmektedir (39). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde gebeliğin istenme durumu, planlı olma durumu, fetüsün varlığının bir birey olarak kabul edilmesi ve onaylanması bağlanmada etkili olan faktörler arasında olduğu vurgulanmaktadır. Annenin gebeliğin istemesi, bebeğin varlığını bir birey olarak kabul etmesi ve onaylaması, gebeliğin planlı olması, gebeliğe ilişkin olumlu düşüncelerinin olması, doğum sonu dönemde bağlanmayı etkileyerek, annenin bakımını kolaylaştırır (7,22).

Literatürde yetersiz bağlanma yaşayan annelerde anksiyete, depresyon ve fetal istismar olasılığında artma ve fetüsten rahatsızlık duyma gibi durumlar olduğu belirtilmiştir (40). Bununla birlikte gebelik sırasında anne ile bebeği arasında bağlanmanın olması çocuğun ilerleyen yaşamında duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimini etkilediği vurgulanmaktadır (8). Özellikle gebelikte güvensiz bağlanmaya maruz kalan fetüste duygusal, fiziksel, sosyal, zihinsel ve dil gelişimi problemleri yaşanabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle gebelik döneminden itibaren başlanarak anne-bebek bağlanmasını artırmaya yönelik uygulamaların yapılması hem anne hem de fetüs açısından önem taşımaktadır (41,42). Bu uygulamalardan biri de haptonomidir. Haptonomi annenin kendi bedeninin farkındalığını artırmada etkisi olması, bebeğiyle tanışmasına ve onu anlamasına olanak sağlaması açısından anne bebek bağlanmasına katkıda sağlayacağı

belirtilmektedir (24,43). Yapılan bir çalışmada gebelerde haptonomi uygulamasının bebeğiyle olan iletişimlerinin arttırdığı, bebeğin tepkilerini hisseden annelerin mutlu olduğu vurgulanmıştır (44). Doğum öncesi haptonomi uygulamasının ebeveynlerin memnuniyetini arttırdığı belirtilmektedir (45). Tison (2019) çalışmasında haptonomi uygulamasının anne-bebek arasında duygusal bağların güçlendirilmesine ve ebeveynliğe yumuşak bir geçişe olanak tanıyan olumlu bir deneyim olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada annenin dokunsal hareketlerinin bebeğin tepki vermesiyle iletişimin gerçekleştiğini bu sayede bağlanmanın arttığını belirtilmektedir (46). Farklı bir çalışmada haptonomi uygulamasının ebeveynler ile bebek arasında bağı kuvvetlendirdiği belirtilmektedir (47).

Haptonomi uygulamasında ilk olarak odak nokta, annenin refahının iyi olmasıdır (8). Uygulamada annenin refahının yükseltilmesi, kendi içi dünyasında olup bitenleri anlaması, kendi benliğinin farkındalığına ulaşmasıyla olabilmektedir (35,36). Bu uygulamada ilk seanslarda fiziksel olarak rahatlamaya daha sonra nefes farkındalıkları ile duygusal dengeye ulaşması beklenilmektedir. Bu nedenle anneliğe giden yolculukta hem fiziksel hem duygusal olarak gereksinimlerin artması haptonomi uygulamasına ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (36,46). Fiziksel ve duygusal olarak gereksinimleri karşılanan annenin gebeliğe ve doğuma ilişkin memnuniyeti artarak bağlanmayı kolaylaştırdığı vurgulanmaktadır. Ayrıca başarılı bir anne-bebek bağlanmasının gerçekleşebilmesi için karşılıklı ilişki veya karşılıklı etkileşimin olması gerekmektedir (48). Bu anlamda haptonomi uygulaması sırasında annenin bebeğe minik dokunuşlarına karşılık olarak belirli uyaranlarla bebeğin tepki göstermesi başarılı bir anne-bebek bağlanmasının göstergesidir. Sonuç olarak gebelikte başlayan anne-bebek bağlanmasının doğum sonu dönemi etkilediği ve devam ettiği belirtilmektedir. Tüm kadınların fetüsün varlığının kabul edip onu benimsemesi, iletişim kurması haptonomi uygulamasının bir parçasıdır.

Doğum Korkusunda Haptonomi Uygulaması

Doğum korkusu, doğum öncesinde, doğumda ve doğum sonunda gerçekleşebilen doğuma ilişkin olumsuz duygu, doğumda korku, endişe yaşayabileceği bir durum, patolojik korku ve “tokofobi” olarak nitelendirilmektedir (2,12). Yapılan çalışmalarda kadınların doğum korkusu yaşama insidansının değişiklik gösterdiği belirtilse de kadınların büyük bir çoğunluğunun şiddetli doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (24,49-51).

Kadınların yaşadıkları doğum korkusunun nedenleri farklılık gösterse de sosyodemografik, obstetrik ve psikososyal faktörlerin doğum korkusuna zemin hazırladığı belirtilmektedir (8). Çin’de sağlıklı gebelerle yapılan çalışmada regresyon analizi sonucuna göre; kadınların doğum korkusu yaşama durumu ile ikamet yeri, medeni durumu, doğum sayısı, gebelik yaşı, partnerle ilişkisi, gebelik stresi ve sosyal destek durumu değişkenleri üzerine kurulan modelde varyansın %38’inin açıklandığı belirtilmektedir (52). Bu nedenle kadınların gebelik boyunca destek sistem ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir.

Doğum olayı doğum yapan kadının doğacak çocuğu ve eşi için önemlidir. Doğum sırasındaki başarısı kendisi ve sevdikleri açısından fiziksel, sosyal ve varoluşsal sonuçları bulunmaktadır. Bu nedenle kadınların bu sonuçlar doğrultusunda endişelenme ve kaygı yaşama eğilimleri vardır (24). Gebeler doğum ağrısının şiddetli olacağını düşünmeleri, bebeğinin ve kendisinin zarar göreceği endişesi yaşaması, ölüm korkusu, doğum yapamama korkusu, parçalanma ve doğum sırasında kontrol kaybı yaşayacağı endişesi, müdahaleleri ya da sezaryen doğuma gitme endişelerinden ötürü doğum korkusu yaşayabilirler. Yapılan çalışmalarda, annenin yaşadığı doğum korkusunun; erken doğum, düşük doğum ağırlığı, müdahaleli ve sezaryen doğum oranını artırma, anne-bebek bağlanmasını azaltma, doğum memnuniyetini düşürme ve depresyon riskinde ciddi bir artışa neden olduğu bildirilmiştir (2,24). Literatürde doğum korkusunun doğum ağrısıyla ilişkilendirilmesi ne-

deniyle doğum ağrısına neden olan faktörlerin göz ardı edilmesi doğum korkusunun yönetimini zorlaştırmaktadır. Bu anlamda yapılan bir çalışmada doğum korkusunun sadece doğum ağrısı ile ilişkili olmadığı aynı zamanda önceki doğum şekli ve deneyimleri depresyon, düşük sosyal destek ve annenin bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (53). Bu bağlamda kadın fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan değerlendirmesi doğum korkusunun yönetiminde önem taşımaktadır.

Literatürde doğum korkusunu azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı terapi, internet tabanlı psiko-eğitim programlarının ve sanat terapisinin etkin kullanıldığı görülmüştür (3,54,55). Bu yöntemlerden biri olan haptonomi uygulaması doğum korkusunun yönetimi ve tedavisinde kullanılan güncel bir uygulamadır. Kladders ve ark. (2019) gebeliğin 20-36. arasındaki gebelere 8 seans boyunca haptonomi uygulamasının doğum korkusunu azaltmada psikoeğitim ve standart bakımdan daha etkili olduğunu vurgulamışlardır (34).

Haptonomi uygulaması ile gebelerin doğumu normal ve olumlu bir yaşam olayı olarak algılanmasını sağlayıp yaklaşan doğuma hazır olma durumunu iyileştirerek doğum korkusunu azaltabileceği belirtilmiştir (24). Haptonomi uygulamasının temel amaçlardan biri kadının zihnindeki doğuma ilişkin olumsuz tutum ve algıları ortadan kaldırarak, öz-farkındalıklarının gelişmesine olanak sağlayıp doğuma yönelik becerilerinin geliştirilmesi sağlanır (2). Kadının var olan doğurma yeteneğini, haptonomi uygulaması ile edinilen içgörü ve deneyimlerin sonucunda korkunun azalmasına, beden farkındalığının artmasını olanak tanımaktadır (8,25). Beden farkındalıklarının ve öz-yeterliliklerinin artması iki kişi arasındaki motivasyonel görüşmede dokunma temasıyla uterus kasılmalarıyla başa çıkmasına da yardımcı olacağı belirtilmektedir (25). Haptonomi uygulamasının bir başka amacı ise kadının algısını değiştirerek, olumsuz duygu ve düşüncelere izin vermeyerek veya onları deneyimleyerek öğrenmesine de olanak tanımaktadır. Kadının kendi deneyimlerine karşılık gelen duygulara karşı

açma kapatma egzersizleri ile bilinç altında gelişen olumsuz düşünceleri farkına varmasına ve şekillendirebilme becerisi kazandırmaktadır (34). Seefeld ve ark.'nın (2022) doğum deneyimi, doğum korkusu ile doğum sonrası 14 aya kadar anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkiyi incelemiş olup, doğum korkusu arttıkça anne-bebek bağlanmasının da arttığı belirlenmişti (56). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda bu pozitif ilişkiyi desteklemektedir (57,58).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada haptonominin uygulanması konusunda ve literatürde kullanıldığı alanlar hakkında bilgi eksikliğini gidermek amacıyla ele alınmıştır. Bir yaşam bilimi olan haptonominin anne rahminde başlanan yolculukta bebeği ile temasa ve iletişime geçmede, kendi bendenin farkındalığının oluşmasında ve öz yeterliliğinin gelişmesinde, anne-bebek bağlanmasını artırmada ve doğum korkusunu azaltmada etkili olmaktadır. Bu anlamda haptonomi uygulamasının ilgisi olan araştırmacıların öğretebilme becerilerini geliştirmeleri ve eğitimleri verebilme yetkinliklerini artırmaları özgün araştırma alanlarında kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte ebelerin ve doğum, kadın sağlığı hemşirelerinin bu konuyla ilgili farkındalıklarının artırılarak kanıt düzeyi yüksek araştırmaları planlamaları ve uygulamaları, standartlaşan bakımın kalitesini artırmaya yardımcı olacaktır.

Uluslararası çalışmalarda haptonomi giderek önemli bir yer alırken, anne ve bebek arasında kurulan bağın, annenin ruh sağlığını olumlu etkilenmesinde önemli bir uygulama olmaktadır. Doğum korkusunu azaltmada ve anne-bebek bağlanmasını arttırmada haptonomi uygulaması ebeler ile doğum ve kadın hastalıkları hemşirelerinin uzmanlık alanlarına girmektedir. Bu kadar önemli bir uygulamada bilgi sahibi olup, alanda kullanan ebelerin ile kadın hastalıkları hemşirelerinin sayısı ülkemizde oldukça kısıtlıdır. Bu kapsamda, ebeler ile doğum ve kadın hastalıkları hemşirelerin doğum korkusunu azaltma, anne-bebek bağlanmasını arttırmanın yanında anne ve bebeğin fiziksel sağlığı ile ruhsal sağlığını olumlu etkilemede uygulanabilecek

haptonominin kanıt düzeyi yüksek ve güncel çalışmalara hakim olarak aktif bir şekilde uygulamaları önerilmektedir.

*Bu çalışma, 25-27 Eylül 2023 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen 6. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Kullanılan literatür kaynaklar bölümünde gösterilmiştir.

Yazar Katkısı/Author Contributions:

Fikir/kavram: BK, HKI; **Tasarım:** BK, HKI; **Danışmanlık:** BK; **Analiz ve/veya Yorum:** BK, HKI; **Kaynak Tarama,** BK; **Makalenin Yazımı:** BK, HKI; **Eleştirel inceleme:** BK, HKI.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Bu çalışmada çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Güner PD, Bölükbaşı H, Tezcan E, Gözükara İ, Hakverdi AU, Özer C. Prenatal Dönemdeki Gebe Kadınların Gebeliğe ve Anneliğe Uyumu ile İlişkili Faktörler. *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 2021;11(1):45-51. <https://doi.org/10.5505/kjms.2021.76768>
2. Demir R. Doğum Korkusu Tedavisinde İnovatif Bir Müdahale Yöntemi: Haptoterapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022;14(3):316-321. <https://doi.org/10.18863/pgy.1004943>
3. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*. 2014;41(4):384-394. <https://doi.org/10.1111/birt.12136>
4. Küçükaya B, Sarıkaya NA, Süt HK, Öz S. Gebelikte alınan kiloya bağlı beden algısı ile gebeliğin kabulü arasındaki ilişki. *JAREN*. 2020;6(3):426-432.
5. Özkan TK, Küçükkeleşçe DŞ, Özkan SA. Gebelikte prenatal bağlanma ve vücut algısı

arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020;7(1):49-54. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.587467>

6. Rusanen E, Vierikko E, Kojo T, Lahikainen AR, Pölkki P, Paavonen EJ. Prenatal expectations and other psycho-social factors as risk factors of postnatal bonding disturbance. *Infant Mental Health Journal*. 2021;42(5):655-671.
7. Çınar N, Yalınzoğlu Çaka S, Topal S, Uslu Yuvacı H. Relationship between prenatal and maternal attachment: a longitudinal study from Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2022;42(2):220-227.
8. Klappers GA, Paarlberg KM, Vingerhoets AJJM. Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*. 2018;3(1):1-7. <https://doi.org/10.61370/stiw1397>
9. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans H. A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH*. 2009;23(4):201.
10. Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of women's mental health*. 2015;18:187-195. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
11. Canlı A, Demirtaş B. Prenatal attachment and the relationship with body self-perception. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2022;51(1):1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.09.003>
12. Wijma K, Wijma B. A woman afraid to deliver- how to manage childbirth anxiety, Chapter 1, in *Biopsychosocial Obstetrics and Gynaecology*. Editor: Paarlberg KM, Wiel HBM van de. Springer International Publishing: Switzerland. 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40404-2_1
13. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electronic physician*.

- 2017;9(2):3733.
<https://doi.org/10.19082/3733>
14. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud-Lundin C. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*. 2019;32(2):99-111.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
 15. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(1):67-73.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>
 16. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*. 2015;31(1):239-246.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>
 17. Dayton CJ, Brown S, Goletz J, Hicks L, Barron C, Sperlich M, Smith-Darden J. Pathways to parenting: predictors of prenatal bonding in a sample of expectant mothers and fathers exposed to contextual risk. *Journal of Child and Family Studies*. 2019;28:1134-1144.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01343-6>
 18. Hermon N, Wainstock T, Sheiner E, Golan A, Walfisch A. Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women-a prospective study. *Archives of Women's Mental Health*. 2019;22:85-91.
<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5>
 19. Akarsu RH, Rathfisch G. The effect of pregnancy yoga on the pregnant's psychosocial health and prenatal attachment. *IJTK*. 2018;17(4):732-740.
 20. Uçar T, Golbasi Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2019;40(2):146-155.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1453800>
 21. Adam E. L'haptonomie: un projet pour une naissance (Doctoral dissertation, Université de Lorraine). 2012.
 22. Ozbek H, Ertekin Pinar S. The effect of haptonomy applied to pregnant women on perceived stress, fear of childbirth, and prenatal attachment: Randomized controlled experimental study. *Current Psychology*. 2023;42: 23313-23322.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-03388-1>
 23. Bolsoy N, Çelik N, Şimşek HN. Doğum Korkusu Yaşayan Kadınlarda Psiko-Eğitim Obstetrik ve Maternal Sonuçları İyileştirir Mi? Sistematik İnceleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019;12(1):82-90
 24. Klabbbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WH, Vingerhoets AJ. Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC complementary and alternative medicine*. 2014;14:1-10.
<https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-385>
 25. Verhoeven D. In touch, a history of the haptotherapy profession in the Netherlands. Hilversum, Dolly Verhoeven. 2016.
<https://doi.org/10.2307/jj.399524>
 26. Kemper H. Haptotherapy and science. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*. 2017. 1-17.
<https://doi.org/10.61370/askf8864>
 27. Elbers E, Duyndam J. Haptonomy and resilience: A literature overview. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*. 2018:1-10.
 28. Klabbbers GA. Impaired ability to feel: indication for haptotherapy. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*. 2020;3:12-14.
<https://doi.org/10.61370/fjnc3900>
 29. Klabbbers GA, Vingerhoets AJJM. What is the effect of haptotherapy on patients with chronic pain. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*. 2021;1:1-9.
<https://doi.org/10.61370/xzug1370>
 30. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1975;4(3):143.
 31. Stoodley C, McKellar L, Ziaian T, Steen M, Fereday J, Gwilt I. The role of midwives in

- supporting the development of the mother-infant relationship: a scoping review. *BMC psychology*. 2023;11(1):1-14. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01092-8>
32. Dişli D, Mecdi Kaydırak M. Kanıt Temelli Yaklaşım Perspektifinde Postpartum Bakımın Optimizasyonu. *İKÇÜSBFD*. 2021; 6(2): 143-151.
 33. Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T. Prenatal attachment and perinatal depression: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(8):2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
 34. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WH, Vingerhoets AJ. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2019;40(1):38-47. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1398230>
 35. Paica CI. Prenatal and Postnatal Psychological Counselling The conscious assumption of the maternal role. *Journal of Experiential Psychotherapy/Revista de PSIHOterapie Experientiala*. 2017;20(2).
 36. Rathfisch G. Gebelikten Anneliğe Yoga. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2015:22-38.
 37. Yılmaz AN. Haptonomi ve Sanal Gerçeklik Uygulamasının Plansız Gebeliklerde Anksiyete, Bağlanma ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi: Bebeği Hayal Edebilmek. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya. 2021.
 38. Célestin-Lhopiteau I, Wanquet-Thibault P. Haptonomie. *Guide Des Pratiques Psychocorporelles: 25 Techniques (relaxation, hypnose, art-thérapie, toucher, etc.)*. 2nd ed. France: Elsevier Masson. 2018:186-190.
 39. Akbarzadeh M, Moattari M, Abootalebi, M. Effect of the BASNEF Model on maternal-fetal attachment in the pregnant women
 40. Pollock PH, Percy A. Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1999;23(12):1345-1357. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00101-5)
 41. Arguz Cildir D, Ozbek A, Topuzoglu A, Orcin E, Janbakhishov CE. Association of prenatal attachment and early childhood emotional, behavioral, and developmental characteristics: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*. 2020;41(4):517-529.
 42. Caglayan ISC, Cicek AU, Yilmaz Y, Sahin AE. The role of childhood trauma on prenatal attachment: A cross-sectional study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2023;211(4):281-288.
 43. Vignoli L. Préparation à la naissance et à la parentalité en couple: ce qu'en pensent les primipères. Université Claude Bernard Lyon I, France. 2016.
 44. Vinit F. Réflexions autour de l'accompagnement haptonomique de la grossesse. *Filigrane*. 2009;18(2):38-50. <https://doi.org/10.7202/039288ar>
 45. Ksycinski W, Hartman-Ksycinska A, Pszeniczna E. PP-272. Prenatal baby's behaviour with the use of haptonomic techniques and the relevant experiences and reactions of the parents. *Early Human Development*. 2010;(86):S125. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.328>
 46. Tison, R. B. (2019). L'accompagnement haptonomique prénatal: attentes et vécu des couples. *Médecine humaine et pathologie*.
 47. Kaur M. Preparation of childbirth and parenthood. *International Journal of Advances in Nursing Management*. 2020;8(3):263-267. <https://doi.org/10.5958/2454-2652.2020.00058.X>
- Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2007;23(2):183-194.

49. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Toohill J. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-190>
50. Vaajala M, Kekki M, Mattila VM, Kuitunen I. (2023). Doğum korkusu ve doğum analjezisinin kullanılması: Finlandiya'da ülke çapında kayıt temelli bir analiz. *Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. 2023;79:44-48.
51. Demirci H, Şimşek, H (2018). Effects of Prenatal Education on Fear of Childbirth. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 48-56. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2017-58144>
52. Zhou X, Liu H, Li X, Zhang S. Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in northwest of China: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*. 2021:731-741. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S309889>
53. Toohill J, Creedy DK, Gamble J, Fenwick J. A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice-An Australian perspective. *Women and Birth*. 2015;28(4):310-316. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.05.002>
54. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*. 2016;37(2):37-43. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2016.1140143>
55. Sezen C, Ünsalver BÖ. Group art therapy for the management of fear of childbirth. *The Arts in Psychotherapy*. 2019;64:9-19. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.11.007>
56. Seefeld L, Weise V, Kopp M, Knappe S, Garthus-Niegel S. Birth experience mediates the association between fear of childbirth and mother-child-bonding up to 14 months postpartum: findings from the prospective cohort study DREAM. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;12:776922.
57. Hildingsson I, Rubertsson C. Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):66.
58. Uğurlu M, Çoban Z. Prenatal attachment in the pregnancy: its relationship with fear of childbirth. *Perinatal Journal*. 2022;30(1):43-50.