

sağlık akademisyenleri DERGİSİ

Journal of Health Academician

YIL: 2025 CİLT: 12 SAYI: 2 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

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

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

Family planning attitudes of Syrian refugee women living in Türkiye and related factors

Ebelik öğrencilerinin profesyonel değerlerinin ve empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi

Deprem bölgesine giden sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri

Attitudes of pediatric nurses to reporting child abuse

Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi ile ilişkisi

Hemşirelerin afet yönetimine ilişkin uygulama becerileri algısı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışması

Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları üzerine bir araştırma: Bir şehir hastanesi örneği

Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı eğitimi perspektifinden hasta dosyası: Portfolyo olarak nitel analizi

Attitudes towards traditional and complementary medicine in nursing students experiencing COVID-19

The last decade of addiction research in Türkiye: A thesis-based analysis

Tıbbi cihaz sektöründe çalışanların mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerindeki etkisi

Sağlık kurumlarında ekip kaynak yönetimi yaklaşımına yönelik bir araştırma

Expectations and needs of family of mechanically ventilated patients at an emergency department: A pilot study

Personality traits and their relationship with the prenatal period

Narsisizme dair bir inceleme: Peter Sellers'ın hayatı ve ölümü

Dijital sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejisinin (omnichannel strategy) rolü ve etkileri

KÜNYE

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

BİLİMSEL HEYET**BAŞEDİTÖR**

Prof. Dr. Seval AKGÜN
SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Ankara, Türkiye

EDİTÖRLER

Doç.Dr. Ali ARSLANOĞLU
SBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi AD., İstanbul, Türkiye
aliarslanoglu18@gmail.com

Dr. Serdal KEÇELİ
Milli Savunma Üniversitesi Ask.Sağ.Mer. İstanbul, Türkiye
serkece@yahoo.com

Dr. Fatih ORHAN
SBÜ Gülhane SMYO, Ankara, Türkiye
fatih.orhan@sbu.edu.tr

YAYIN KURULU

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

DANIŞMA KURULU

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

SAYI HAKEMLERİ

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Ayten Dinç	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	Çanakkale/Türkiye
2	Prof. Dr. Umut Beylik	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
3	Doç. Dr. Asibe Özkan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
4	Doç. Dr. Erhan Alabay	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
5	Doç. Dr. Eda Aktaş	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
6	Doç. Dr. Gürbüz Akçay	Pamukkale Üniversitesi	Denizli/Türkiye
7	Doç. Dr. Cüneyt Çalışkan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
8	Doç. Dr. Fahri Özsungur	Mersin Üniversitesi	Mersin /Türkiye
9	Doç. Dr. Harun Kırılmaz	Sakarya Üniversitesi	Sakarya /Türkiye
10	Doç. Dr. Altuğ Çağatay	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi	Tokat/Türkiye
11	Doç. Dr. Handan Özek Erkuran	Bir Kuruma Bağlı Değildir	İzmir/Türkiye
12	Doç. Dr. Özge Şahin	Ankara Üniversitesi	Ankara/Türkiye
13	Doç. Dr. H. Volkan Acar	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
14	Doç. Dr. Fatma Kantaş Yılmaz	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul /Türkiye
15	Doç. Dr. Gamze Sarıkoç	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
16	Doç. Dr. Ahmet İlhan	Bayburt Üniversitesi	Bayburt/Türkiye
17	Doç. Dr. Durmuş Gökkaya	Yozgat Bozok Üniversitesi	Yozgat/Türkiye
18	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Elkoca	Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi	Gaziantep/Türkiye
19	Dr. Öğr. Üyesi Ayça Demir Yıldırım	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
20	Dr. Öznur Hayat Öktem	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
21	Dr. Öğr. Üyesi Aytül Hadımlı	Ege Üniversitesi	İzmir/Türkiye
22	Dr. Öğr. Üyesi Gözde Küğcümün	İstanbul Medipol Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
23	Dr. Öğr. Üyesi Akın Cem Dikmen	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi	KKTC
24	Dr. Öğr. Üyesi Elçin Babaoğlu Gülseven	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul /Türkiye
25	Dr. Öğr. Üyesi Hacer Canatan	Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
26	Dr. Öğr. Üyesi Meryem Demirtaş	Şırnak Üniversitesi	Şırnak/Türkiye
27	Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Genc	İstanbul Aydın Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
28	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Oğuz Cumanoglu	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi	Niğde/Türkiye
29	Dr. Öğr. Üyesi Ali İhsan Kilci	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	Kahramanmaraş /Türkiye
30	Dr. Gülsen Koralay	TÜSEB	Ankara/Türkiye
31	Dr. Muhammed Koçinkağ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
32	Dr. Döne Kaplan	Bir Kuruma Bağlı Değildir	İstanbul/Türkiye
33	Dr. Tibet Tebriz Urmak	İçişleri Bakanlığı	Ankara/Türkiye
34	Dr. Fatih Seyran	Uluslararası Sağlık Turizmi Enstitüsü	Ankara/Türkiye

MAKALE YAZIM KURALLARI

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

1. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde Yayın politikaları aşağıdaki ilkeleri içermektedir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Sisteme yüklenen makale dosya içeriğinde yazarlara ait isim bulunmamalıdır. Yazarlara ait isimler ve ORCID numaraları sadece dergipark sisteminde makaleye ait bilgiler ile birlikte girilmelidir.

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

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

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

15. Kaynakçaya atıflar “APA-7 Sayısal Başvuru” şeklinde olmalıdır.

Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar

1. Dergide Türkçe ve İngilizce makaleler yayımlanacaktır.
2. Türkçe yazılar Türk Dil Kurumu yazım kurallarına uygun olmalıdır.
3. Yazılar daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış olmalıdır. Herhangi bir kongrede tebliğ edilmişse bu yazı başlığına bir yıldız konularak ve kapak sayfasında yıldız ile işaretlenerek sunulan kongrenin adı, tarihi ve yeri belirtilerek işaretlenmelidir.
4. Yayımlanması için dergiye gönderilen yazı kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye aittir.
5. Gönderilen tüm yazılar öncelikle Sağlık Akademisyenleri Dergisi Editörleri tarafından şekil ve içerik yönünden ön incelemeye alınmakta, genel olarak dergide yayınlanmaya değer olup olmadığına karar verilmekte ve daha sonra Bilimsel Danışma Kurulundan alanı ile ilgili 2 (iki) hakeme gönderilmektedir. Yayın ilkelerine uygun bulunmayan yazılar hakemlere gönderilmeyecektir.
6. Hangi makalenin hangi hakemlere gönderileceğine hakemlerin ve makalelerin ilgi alanlarına göre karar verilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, gönderilen makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmez. Hakem raporları gizlidir.
7. Makalenin gönderildiği iki hakemden de olumlu görüş bildirilmesi durumunda makale yayınlanmak üzere sıraya alınmaktadır. İki hakemden de olumsuz görüş bildirilmesi durumunda makale hiçbir surette yayınlanmaz. İki hakemin birbirinden farklı görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü bir hakeme gönderilir; üçüncü hakemin vereceği cevaba göre yayınlanmasına veya yayınlanmamasına karar verilir. Hakemlerden gelen raporlara göre, makalenin aynen yayınlanmasına (kabul), düzeltme, ekleme veya çıkarma istenmesine veya yayınlanmamasına (ret) karar verilmekte olup, bu karar yazar veya yazarlara bildirilmektedir.
8. Hakemlerin düzeltme yönünde görüş bildirmeleri durumunda yazara başvurulur ve yazarın gerekli düzeltmeleri tamamlayarak göndermesi istenir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Düzeltme verilen makaleler yazarı veya yazarları tarafından belirtilen süre içerisinde düzeltilmedikçe yayınlanmaz. 6 gün içerisinde yazar tarafından düzeltilip gönderilmeyen makaleler sistem tarafından reddedilir.
9. Yazılar Microsoft Word programında yazılmalı tablo, şekil, grafik ve fotoğrafları ile birlikte gönderilmelidir.
10. Yazılar, yazının tüm yazarlarca okunup onaylandığını, başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olduğunu belirten bir mektupla birlikte gönderilmelidir.
11. Sisteme yüklenen makale dosya içeriğinde yazarlara ait isim bulunmamalıdır. Yazarlara ait isim ve diğer bilgiler "BAŞLIK SAYFASI"nda yer verilmelidir.
12. Araştırma makalelerinden etik kurul onayı gereken çalışmalarda, etik kurul onayı makale eki olarak sisteme ayrıca yüklenmelidir. Etik Kurul bilgilerine ait bilgilere makale içinde değil, "BAŞLIK SAYFASI"nda yer verilmelidir.
13. Resim ve tablolar dahil olmak üzere çalışmalar 20 sayfayı geçmemelidir.
14. Yazılar 12p Times New Roman fontu ile yazılmalı. Satır ve paragraf aralığı 1,5 olmalı. Yazı kağıdı düzeni A4 boyuta, kenar boşlukları her yönden 2,5 olacak. Paragraf başlarında boşluk bırakılmayacaktır. Sütun sayısı "bir" olmalı (Bilgi: arşivdeki makaleler mizanpaj aşamasında iki sütun şeklinde editör ekibince yapılmaktadır).
15. Tablolar, şekiller, resimler pencereye sığdırılmalı. Tablo başlığı sola yaslı, grafik şekil ve resimler ise şekil vs. altına ve ortalı olacak şekilde yazılmalıdır. Tablo içindeki metinler maksimum 10 puntoya kadar küçültülmeli ve tablo sayfa kenarlıklarından taşmamalıdır. Dikey sığamayacak kadar geniş içeriğe sahip olan tablolar yatay olarak hazırlanabilir. Her durumda diğer sayfaya devam etmesi gereken tablolar birbirinden ayrılmamalıdır. Tablolar sayfa boyunca devam etmelidir.
16. Kaynakçaya atıflar "APA-7" şeklinde olmalıdır. Not: 01.01.2023 tarihi itibarıyla APA-7 formatına geçiş yapılmıştır.

Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar

- **Makalenin başlığı:** Başlık makalenin içeriğini yansıtabilecek karakterde olmalıdır. Bununla birlikte 12 kelimeden daha uzun olmamalıdır.
- **Yazarlar:** Yazar isimleri Makale yazısında bulunmamalıdır. Yazarların tam olarak isimleri, akademik dereceleri ve kurumları kayıt esnasında makale yükleme sistemine yazılmalıdır.
- **İletişim Adresi:** İletişime geçilecek yazarın isimleri makale yazısında bulunmayacaktır. İletişime geçilecek yazarın isimleri ünvanı, adı soyadı, iletişim adresi, elektronik posta adresi kayıt esnasında makale yükleme sisteminde belirtilmelidir.
- **Özet Sayfası:** Özet: Bu bölümde makalenin ana bölümlerinin kısa bir özeti verilmelidir. Özet Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmalıdır. Özet bölümü 250 kelimeden daha fazla olmamalıdır. Özet bölümü Araştırma makalelerinde mutlaka; Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç başlıkları altında verilmelidir.
- **Anahtar Kelimeler:** Türkçe ve İngilizce özetlerden sonra en az 3, en fazla 5 adet Index Medicus'a uyar şekilde anahtar kelime yer almalıdır.

Araştırma Makaleleri:

- **Ana Metin:** Araştırma makaleleri geleneksel form olan, giriş ve amaç, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç, kaynaklar ve tablo ve şekiller başlıklarında yazılmalıdır. Ana metin (Özet, tablo ve şekiller, kaynaklar hariç) 3000 kelimeden fazla olmamalıdır.
- **Giriş bölümü,** okuyucunun konuyla ilgili önceki yayınlara bakmaya ihtiyaç duymaksızın, şimdiki çalışmaların sonuçlarını anlayıp değerlendirmesine imkân tanıyacak, yeterli ölçüde bilgi temin etmelidir. Ayrıca giriş bölümü, çalışmanın gereklerini, mantığını ve kısa ve uzun vadede amaçlarını da belirtmelidir.
- **Gereç ve Yöntem bölümü,** başka araştırmacıların çalışmayı tekrarlayabilecekleri ayrıntıda yazılmalıdır. Dolayısıyla yöntem tüm ayrıntıları ile yazılmalıdır. Kullanılan gözlem teknikleri, anketler ve diğer ölçüm şekilleri tarif edilmeli, veri elde etme biçimleri ve deney grupları tanımlanmalıdır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinin nasıl yapıldığı belirtilmelidir. Klasikleşmiş yöntemler kullanılmış ve yöntemde herhangi bir değişiklik yapılmamış ise sadece yöntemin ismi ve alındığı kaynak verilmelidir.
- **Bulgular bölümünde,** araştırmada elde edilen veriler belli bir mantıksal-analitik bütünlük ve akış içinde, şekil ve tablolar verilerek açıklanmalıdır. Verilerin uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmesi gereklidir. Gerekirse şekil, fotoğraf ve benzeri görüntüler kullanılabilir.
- **Tartışma** aşağıda verilen ana başlıkları içerecek şekilde yapılmalıdır.
- Çalışmanın temel bulgularının özeti,
- Çalışmanın güçlü tarafları ve sınırlılıkları,
- Elde edilen bulgularının literatür karşılaştırmalarını,
- Elde edilen bulguların gelecekteki çalışmalara ve uygulamaya olası yansımalarını içermelidir.

Derleme Makaleleri:

- **Derleme:** İncelenen konu ile ilgili temel görüşleri ortaya koyan, bu görüşlerin dayandığı analizleri irdeleyen ve bunlara dayanılarak yazarın bir sonuca vardığı yazılar olmalıdır. Yazının konusunda birikimi olan ve bu birikimleri uluslararası literatüre yayın ve atıf sayısı olarak yansıtmış uzmanlar tarafından hazırlanmış yazılar değerlendirmeye alınır. Yazarları dergi tarafından da davet edilebilir. Bir bilgi ya da konunun klinikte kullanılması için vardığı son düzeyi anlatan, tartışan, değerlendiren ve gelecekte yapılacak olan çalışmalara yön veren bir formatta hazırlanmalıdır. Ana metin "Giriş" bölümüyle başlamalı ve "Sonuç" bölümüyle bitmelidir. Metnin geri kalan başlıkları çalışmanın içeriğine göre yazarlar tarafından belirlenebilir. 4000 kelimeden daha uzun olmamalıdır. Yazar konu ile ilgili olarak okuyuculara temel bilgileri verme içgüdüğü içerisinde olmalıdır.

Kısa Rapor:

- İstisna durumlar haricinde orijinal makaleler için rehber aynı şekilde kalacaktır

Editöre Mektup:

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

APA-7 İLE İLGİLİ BİLGİLER:**Başlık Verileri:**

- *Başlık 1
- Ortalanmış, kalın, ilk harfler büyük, metin yeni bir paragrafla başlar.
- *Başlık 2
- Sola yasla, kalın, ilk harfleri büyük, metin yeni bir paragrafla başlar.
- *Başlık 3
- Sola yasla, kalın, italik, ilk harfleri büyük, metin yeni bir paragrafla başlar.
- *Başlık 4
- Girintili, kalın, başlangıç harfleri büyük, nokta ile biten, metin, başlık ile aynı satırda başlar ve standart bir paragraf olarak devam eder.
- *Başlık 5
- Girintili, kalın, başlangıç harfleri büyük, nokta ile biten, metin, başlık ile aynı satırda başlar ve standart bir paragraf olarak devam eder.

Kaynaklar:

- Atıf yapılırken en son ve en güncel yayınlar tercih edilmelidir. Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Hem metin içi kaynaklar hem kaynakça bölümü Amerikan Psikologlar Birliği tarafından yayınlanan Publication Manual of American Psychological Association APA-7 versiyona göre (Microsoft Word uygulamasında, Başvurular, Kaynakları Yönet) hazırlanmalıdır. Makale içinde atıfta bulunan her kaynak, Kaynaklar dizininde mutlaka bulunmalıdır. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda 50, olgu sunularında 20, derlemelerde 80 adeti geçmemelidir. Yazarlar 10 adetten az kaynak kullanmamalıdır. Daha kapsamlı bilgi için APA 7 Resmi Sitesi'nden yardım alınabilir. <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/references/examples/>

Yazar Türü	Parantez içinde Alıntı	Anlatısal Alıntı
Tek yazarlı çalışma	(Carducci, 2009)	Carducci (2009)
İki yazarlı çalışma	(Vollrath ve Torgersen, 2002)	Vollrath ve Torgersen (2020)
Üç veya daha fazla yazarlı çalışma	(Gunay-Oge ve ark., 2020)	Gunay-Oge ve arkadaşları (2020)
Kısaltması bulunan grup		
• İlk alıntı	(Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2020)	Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2020)
• Sonraki alıntılar	(DSÖ, 2020)	DSÖ (2020)
Kısaltması olmayan grup	(Hacettepe Üniversitesi, 2020)	Hacettepe Üniversitesi (2020)
Yazar Bilgisi Olmayan	("New Drug," 1993) use an abbreviated version of the title.	

Dergi Makalesi:

- Antunes B. M. M., Cayres S. U., Lira F. S., & Fernandes R. A. (2016) Arterial thickness and Immunometabolism: the mediating role of chronic exercise. Current Cardiology Reviews, 12(1), 47-51.

***Birden fazla yazarlı dergi makalesi:**

- Jerrentrup, A., Mueller, T., Glowalla, U., Herder, M., Henrichs, N., Neubauer, A., & Schaefer, J. R. (2018). Teaching medicine with the help of "Dr. House." PLoS One, 13(3), Article e0193972. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193972>

***Türkçe Makale:**

- Bayram, M., Keskin, B., & Kırandı, Ö. (2020). 2019-2020 Sezonu Hentbol Kadınlar 2. Lig A Grubunda Oynayan Takımların Müsabaka Analizleri [2019-2020 Season Handball Women's Competition Analysis of Teams in the 2nd League]. Research in Sports Science, 10(2), 37-44.

Kitaplar:***Tek Yazarlı Kitap:**

- Kimmel, M. S. (2007). The gendered society. Oxford University Press.

***İki veya Daha Fazla Yazarlı:**

- DiFonzo, N., & Bordia, P. (2007). Rumor psychology: Social and organizational approaches. American Psychological Association.

***Bir Şirket (Grup) Yazarlı:**

- American Sociological Association. (1975). Approaches to the study of social structure. Free Press.

***Düzenlenmiş Kitap:**

- Rhodewalt, F. (Ed.). (2008). Personality and social behavior. Psychology Press.

***Editörlü Kitap Bölümü:**

- McCormack, B., McCance, T., & Maben, J. (2013). Outcome evaluation in the development of person-centred practice. In B. McCormack, K. Manley, & A. Titchen (Eds.), Practice development in nursing and healthcare (pp. 190-211). John Wiley & Sons.

***Tez:**

- Valentin, E. R. (2019, Summer). Narcissism predicted by Snapchat selfie sharing, filter usage, and editing [Master's thesis, California State University Dominguez Hills]. CSU ScholarWorks.
- <https://scholarworks.calstate.edu/concern/theses/3197xm925?locale=en>

***Yazar Bilgisi Olmayan:**

- The universal declaration of human rights. (1974). U.S. Catholic Conference, Division of Latin America.

***Web Sayfası:**

- Sparks, Dana. (2018, September 12). Mayo mindfulness: Practicing mindfulness exercises. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/consumer-health/in-depth/mindfulness-exercises/art-20046356>
- Yedinci baskıda, şimdi bir referans listesi girişine en fazla 20 yazar dahil edilmelidir. 20'den fazla yazarı olan kaynaklar için, listede yer alan 19. yazardan sonra, ek yazarların adları bir üç nokta (...) ile değiştirilir ve ardından son listelenen yazarın adı gelir:
- Author, A. A., Author, B. B., Author, C. C., Author, D. D., Author, E. E., Author, F. F., Author, G. G., Author, H. H., Author, I. I., Author, J. J., Author, K. K., Author, L. L., Author, M. M., Author, N. N., Author, O. O., Author, P. P., Author, Q. Q., Author, R. R., Author, S. S., . . . Author, Z. Z.

Tablo ve Şekiller:

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

Benzerlik Raporu:

- Çift tırnak (" "), italik, dergi şablonu ve kaynakça hariç %20 üzeri intihal oranının olması çalışmanın "RET" edilmesine neden olacaktır. iThenticate programındaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanması gerekmektedir:
- Kaynakça hariç (Bibliography excluded).
- Alıntılar hariç (Quotes excluded).
- Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words).
- Program menüsünde bulunan diğer filtreleme seçenekleri raporlamaya dahil edilemez.
- Rapor ".pdf" uzantılı olarak kaydedilmelidir.

NOT: Yazarca benzerlik raporu yüklenmiş olsa bile; önkontrol safhasında Dergi Editörleri tarafından benzerlik raporu (iThenticate) yapılmaktadır. Yazarca yüklenen benzerlik dosyası ile uyumsuzluk çıkması durumlarında dergi yönetimine yapılan sonuç geçerli kabul edilmektedir. Hazırlanan yazılardaki tüm sorumluluk yazar(lar)ın kendisine aittir.

İÇİNDEKİLER

Araştırma Makaleleri

Family planning attitudes of Syrian refugee women living in Türkiye and related factors <i>Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci kadınların aile planlaması tutumları ve ilişkili faktörler</i> Melek Kaya Yağlı, Besey Ören	194-204
Ebelik öğrencilerinin profesyonel değerlerinin ve empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi <i>Determination of the professional values and the levels of empathic tendencies of midwifery students</i> Havva Taylan, Nurgül Güngör Tavşanlı	205-215
Deprem bölgesine giden sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri <i>Compassion fatigue, stress, and psychological resilience levels of healthcare workers deployed to the earthquake zone</i> Duygu Helvacı Özkara, Emel Yılmaz	216-225
Attitudes of pediatric nurses to reporting child abuse <i>Pediatric hemşirelerinin çocuk istismarını raporlamaya ilişkin tutumları</i> Selver Güler, Melike Yavaş Çelik, Selenay Büşra Berk	226-232
Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi ile ilişkisi <i>The relationship between preoperative anxiety and postoperative comfort level in patients hospitalized in surgical clinics</i> Gizem Kubat Bakır, Aydan Akkurt Yalçınürk, Ece Alagöz	233-239
Hemşirelerin afet yönetimine ilişkin uygulama becerileri algısı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışması <i>Turkish validity and reliability study of the nurses’ perception of practice skills regarding disaster management scale</i> Sezer Avcı, Neşe Ataman Bor, Betül Kaplan, Nuriye Nesrin İpekçi, Tülay Ortabağ	240-252
Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları üzerine bir araştırma: Bir şehir hastanesi örneği <i>A research on the organizational justice perceptions of health workers: An example of a city hospital</i> Sevgi Güler, Ali Özcan, İsmail Özdemir, Ahmet Erkasap	253-268
Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı eğitimi perspektifinden hasta dosyası: Portfolyo olarak nitel analizi <i>Patient file from the perspective of medical documentation and secretarial program education: Qualitative analysis as a portfolio</i> Çağla Özdemir Aydın	269-278
Attitudes towards traditional and complementary medicine in nursing students experiencing COVID-19 <i>COVID-19 geçiren hemşirelik öğrencilerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutumu</i> Sevim Dolu, Kübra Çırak, Nazan Taşan, Muhammed Canpolat, Medet Korkmaz	279-288
The last decade of addiction research in Türkiye: A thesis-based analysis <i>Türkiye bağımlılık araştırmalarında son on yıl: Tez bazlı bir analiz</i> Belgin Varol, İkbâl Gedik	289-297

İÇİNDEKİLER

Araştırma Makaleleri

Tıbbi cihaz sektöründe çalışanların mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerindeki etkisi <i>The effect of humor styles of employees in the medical device sector on crisis management</i>	298-309
Merve Akbaş, Hatice Nilay Gemlik	
Sağlık kurumlarında ekip kaynak yönetimi yaklaşımına yönelik bir araştırma <i>A practice for team resource management approach in health institution</i>	310-318
Tuba Aralan, Ümit Naldöken	
Expectations and needs of family of mechanically ventilated patients at an emergency department: A pilot study <i>Acil serviste mekanik ventilasyon uygulanan hastaların ailelerinin beklentileri ve ihtiyaçları: Pilot çalışma</i>	319-323
Emre Bülbül, Çağdaş Can, Aybüke Yürekli, Ali Kaplan, Burak Şahin, Burak Çelik, İbrahim Toker	

Derleme Makaleleri

Personality traits and their relationship with the prenatal period <i>Kişilik Özellikleri ve prenatal dönemle olan ilişkisi</i>	324-327
Esma Güneş, Cansu Işık	
Narsisizme dair bir inceleme: Peter Sellers'ın hayatı ve ölümü <i>A review on narcissism: The life and death of Peter Sellers</i>	328-335
Ayşenur Güngör	
Dijital sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejisinin (omnichannel strategy) rolü ve etkileri <i>The role and effects of the holistic channel strategy (omnichannel strategy) in digital health services</i>	336-346
Pınar Nur Dalgıç	

Research Article / Araştırma

Family planning attitudes of Syrian refugee women living in Türkiye and related factors

Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci kadınların aile planlaması tutumları ve ilişkili faktörler

Melek Kaya Yağlı¹, Besey Ören²¹ Sultangazi County Health Department, Istanbul, Turkey, kayamelek111@gmail.com, 0000-0002-5312-5654² University of Health Science, Hamidiye Faculty of Nursing, Department of Medical Nursing, Istanbul, Turkey, besey_oren@yahoo.com, 0000-0003-4182-7226

ABSTRACT

Introduction: Maintaining reproductive health is a very pressing issue for women. **Objective:** The study was conducted to determine the attitudes of Syrian refugee women towards family planning and to examine the factors associated with these attitudes. **Methods:** The cross-sectional and descriptive study was conducted with 320 refugee women in Istanbul. Data were collected by the researcher using the Personal Data Form and the Arabic Attitude Scale towards Family Planning. **Results:** The average age of the participating refugee women was 30.1 ± 8.6 (15-49) years, all were married, and 47.80% had completed primary school. It was found that 40.6% of the women had been living in Turkey for more than five years, and 50.60% had received family planning counseling services in Turkey. It has been determined that there exists a statistically significant association between the mean scores of all subscales of the Family Planning Attitude Scale and the duration of stay of refugee women in Türkiye. The mean scores of the attitude towards pregnancy sub-dimension of those who stated their duration of residence as three years (3.56 ± 1.03); It was found to be significantly higher than those who expressed one (2.57 ± 0.53) year of residence in Türkiye ($p < 0.05$). The participants in the age group of 45-49 (3.63 ± 0.72); The mean score of the attitude towards pregnancy sub-dimension was significantly higher than the participants in the 15-19 age group (2.97 ± 0.80) ($p < 0.05$). **Conclusion:** Refugees living in Turkey for an extended period, receiving family planning counseling, using family planning methods, planning pregnancies, and having a higher number of pregnancies had more positive attitudes towards reproductive health and protection. Family planning services provided to refugees should be planned considering cultural differences and family planning counseling services should be widespread and easily accessible to all refugees population.

Key Words:

Family Planning, Community Health, Women, Refugees

Anahtar Kelimeler:

Aile Planlaması, Toplum Sağlığı, Kadın, Mülteci

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

University of Health Science,
Hamidiye Faculty of Nursing,
Department of Medical Nursing,
Istanbul, Turkey, besey_oren@
yahoo.com, 0000-0003-4182-7226

DOI:

10.52880/sagakaderng. 1461391

Received Date/Gönderme Tarihi:

03.04.2024

Accepted Date/Kabul Tarihi:

17.03.2025

Published Online/Yayınlanma Tarihi:

30.06.2025

ÖZ

Giriş: Mülteci kadınların üreme sağlığının sürdürülmesi oldukça önemli bir konudur. **Amaç:** Çalışma 15-49 yaş aralığındaki Suriyeli mülteci kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarını belirlemek ve bu tutumları ile ilişkili olan faktörleri incelemek amacı ile, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı. **Yöntem:** Çalışma; İstanbul’da mültecilere sağlık ve eğitim hizmeti sunan bir kuruluştaki 320 mülteci kadın ile yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından, Kişisel Veri Formu ile Aile Planlamasına Yönelik Arapça Tutum Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler tanımlayıcı ve parametrik testler ile analiz edildi $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. **Bulgular:** Çalışmaya katılan mülteci kadınların yaş ortalaması $30,1 \pm 8,6$ (15-49) yıl olup, tamamı evliydi ve %47,80’i ilkökulu bitirmişti. Kadınların %40,6’sının beş yıldan uzun süredir Türkiye’de yaşadığı, %50,60’nın Türkiye’de aile planlaması danışmanlığı hizmeti aldığı saptandı. Aile Planlaması Tutum Ölçeği’nin tüm alt ölçeklerine ait puan ortalamaları ile mülteci kadınların Türkiye’de kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. İkamet süresini üç yıl olarak belirtenlerin gebeliğe yönelik tutum alt boyutu puan ortalamaları ($3,56 \pm 1,03$); Türkiye’de ikamet süresini bir yıl ($2,57 \pm 0,53$) olarak belirtenlerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). 45-49 yaş grubundaki katılımcılar ($3,63 \pm 0,72$); Gebeliğe Yönelik Tutum alt boyut puanı ortalaması 15-19 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde ($2,97 \pm 0,80$) yüksek bulundu ($p < 0,05$). **Sonuç:** Türkiye’de uzun süreli yaşayan, aile planlamasına yönelik danışmanlık hizmeti alan, aile planlaması yöntemi kullanan, gebeliği planlı olan, gebelik sayısı fazla olan mültecilerin özellikle üreme sağlığına ve korunmaya ilişkin tutumları olumluydu. Mültecilere sunulacak aile planlaması hizmetleri kültürel farklılıklar gözetenilerek planlanmalı ve aile planlamasına ilişkin danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılarak tüm mültecilerin kolay ulaşabileceği şekilde sunulmalıdır.

INTRODUCTION

Türkiye is the country with the largest refugee population in the world, exposed to illegal and irregular migration of thousands of people in recent years. It is reported that more than 3.5 million refugees live in Türkiye as of June 2022 (Ministry Interior of Turkey, 2023). The largest group of these populations are often unskilled Syrian refugees. Syrians are followed by Afghans, Iraqis, Iranians and Somalis (Icduygu and Nimer, 2020; Baban and Ilcan, 2017). Istanbul is the preferred city of residence for most Syrian refugees (Ministry Interior of Turkey, 2023).

Refugees who have been forced to flee their countries face significant challenges as they attempt to integrate into new societies in order to sustain their livelihood and maintain their health. In many cases, this process is impeded by a range of obstacles such as lack of security, limited access to adequate housing, and difficulties in accessing healthcare services and employment opportunities. These gender-based barriers to accessing services and support can have far-reaching implications for the reproductive health of women. The United Nations Population Fund (UNFPA) has reported that the last half century has witnessed a marked increase in the number of women migrating, with many countries seeing women constitute up to 80% of the migrant population (WHO, 2015). These demographic changes have contributed to an increased incidence of reproductive health problems for refugee women (Gümüş at al., 2017). Top of form reproductive health risks are at the top of the list of problems refugee women face. It is reported that the severity and length of conflict in the countries of immigration are significantly related to gynecological conditions (Masterson at al., 2014). Additionally, it is stated that refugee women should be considered a risk group due to reproductive ability and many problems tied to migration (Icduygu and Nimer, 2020), and women's special needs need to be urgently addressed (WHO, 2015).

“Refugee families in Türkiye, who mostly have a patriarchal family structure, face significant challenges in terms of maternal and child health. A considerable proportion of refugee families (47%) have at least one child born in Türkiye, and are at risk of miscarriage in unsafe conditions (Gümüş at al., 2017; Yağmur and Aytekin, 2018; Kampların dışında yaşayan Suriyeli kadın mültecilere ilişkin rapor, 2014). Furthermore, birth complications have been reported to be common among Syrian refugee women in Lebanon, with 36.8% of the women experiencing such complications and having a higher risk of low birth weight and preterm birth (Masterson at al., 2014). The situation is further complicated by the rising incidence of HIV and other

sexually transmitted diseases among young refugees (Patel et al., 2014), highlighting the urgent need for young displaced people to have access to protection methods and family planning services. Moreover family planning attitudes for refugee women may be different from women living in the society to which they have to migrate.

For all the aforementioned reasons, one of the first focuses of health policies aiming to reduce health risks should be to protect maternal health. Therefore, it is crucial to adopt a multidisciplinary approach and provide professional services to enhance the health of refugee women.

The aim of this study is to investigate the attitudes of married refugee women aged 15-49 living in Türkiye towards family planning. The study also aims to identify factors associated with these attitudes and contribute to the literature on family planning services for this often overlooked group.

Methods

The cross-sectional and descriptive study was conducted in a district of Istanbul between January-April 2019; with Syrian refugee women who applied to a foundation that provides voluntary health and education services to refugees. In this foundation, for Syrian refugees receive volunteer health services in the field of gynecology, pediatrics, teeth and eyes provided by Syrian doctors, nurses and midwives. This region of Istanbul was chosen because it is a district with dense populations of Syrian refugees can be found. Data were collected face-to-face by a researcher accompanied by an Arabic-speaking translator.

Sample size: The population of the study consisted of all married refugee women between the ages of 15-49 in the Sultangazi district of Istanbul. The sample of the research is refugee women who applied to polyclinics providing health services in a state-affiliated foundation in Sultangazi district. The study consisted of 350 refugee women who agreed to participate in the study and met the study criteria. In the evaluation made with the sample calculation method in groups with a known population, the minimum number of people to be sampled was calculated as approximately 315, with a 95% confidence interval. However, the study was completed with 320 refugee women, as 30 people did not answer all the questions and were therefore excluded from the study.

Inclusion criteria in the study: Refugee women aged between 15-49, literate in Arabic, married, without any mental illness, were included in the study. Since early marriage is common among Syrian refugees, the age range has been kept wide. Consent was obtained from the parents of participants under the age of 18.

Exclusion Criteria for the Study: Refugee women who are not between the ages of 15-49, who are single, who are illiterate, and who do not speak Arabic were not included in the study.

Research Question

What is the family planning attitude scale score of Syrian refugee women? What are the factors affecting this attitude?

Data Collection Tools

Personal information form: The data of the study was prepared by the researchers in line with the literature (Gültaş and Balçık, 2018; Çelik, 2015; Humud et al., 2020), an information form consisting of 25 questions, 5 of which were open-ended, related to demographic, obstetric and family planning.

Family Planning Attitude Scale (FPAS): The original scale is a 5-point Likert-type scale consisting of 34 questions developed in Turkish by Örsal and Kubilay in 2006. The validity and reliability of the Turkish scale in Arabic language were made by Kaya and Ören in 2019 and it was found valid and reliable (Kaya, 2019). Arabic scale consists of 29 items and 5 sub-dimensions. A minimum of 29 and a maximum of 125 points are obtained from the scale. As the total score obtained from the scale increases, the family planning attitude also increases positively. The Cronbach's alpha value of the original Turkish version of the scale is 0.90. In this study, the Cronbach's alpha value of the arabic version was found to be 0.89.

Statistical analysis: The obtained data were evaluated in SPSS 15.0 program. Data determined to be normally distributed by Kolmogorov-Smirnov normality test were analyzed with parametric tests. In the analysis of data; descriptive statistics, student t test in independent groups, one-way analysis of variance in independent groups, two-way manova analysis in independent groups, general model (multivariate) were used and $p < 0.05$ was considered significant.

Ethical approval: The research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration of Human Rights. Ethics committee approval from the Non-Interventional Research Ethics Committee of University of Health Science in Istanbul (10.07.2018/ E183511); Written permission was obtained from the foundation where the study was conducted. Written informed consent was obtained from the women participating in the study with an informed consent form describing the purpose of the study.

Results

All of the women in the research group are Syrian immigrants; sociodemographic and obstetric characteristics are presented in Table 1. The findings regarding the attitudes and preferences of the participants towards family planning are presented in Table 2.

While the total scale score average was 123.63 ± 14.63 , the average Family Planning sub- dimension score was 54.20 ± 9.41 , the average Method sub-dimension score was 39.43 ± 5.34 and the average Pregnancy sub-dimension score was 30.00 ± 4.10 . Average attitudes towards reproductive health, gender, contraception and having children are 2.83-3.30, 3.91-4.22, 3.11-3.47 and 3.03-3.80 respectively. It was determined that the mean attitude towards pregnancy was between 3.30-3.59 and it was generally above the average (Not given as a table).

When the mean scores of the FPAS sub-dimensions were compared according to the age groups of the participants; only the difference between the attitudes towards pregnancy sub-dimension scores of the groups was significant; the participants in the age group of 45-49 (3.63 ± 0.72); The mean score of the attitude towards pregnancy sub-dimension was significantly higher than the participants in the 15-19 age group (2.97 ± 0.80) ($p < 0.05$).

It was found that the mean score of the attitude sub-dimension towards reproductive health of those who stated their duration of residence in Türkiye as two years (3.34 ± 0.73) was significantly higher than those who expressed one (2.47 ± 0.72) years of residence in Türkiye. The mean scores of the attitudes regarding gender sub-dimension, those who stated their duration of residence in Türkiye as three years (4.25 ± 0.58); had significantly higher scores than those who expressed the duration of residence as one year (3.07 ± 1.08). The mean score of the attitude sub-dimension regarding the method of protection, was found to be significantly higher for those who stated their duration of residence in Türkiye as two years (3.52 ± 0.78) compared to those who expressed one (2.69 ± 0.57) year of residence in Türkiye. The mean scores of the attitude towards pregnancy sub-dimension of those who stated their duration of residence as three years (3.56 ± 1.03); It was found to be significantly higher than those who expressed one (2.57 ± 0.53) year of residence in Türkiye (Table 3).

When the mean scores of the FPAS sub-dimensions were compared according to the participants' age at first marriage; it was found that gender-related attitude mean scores of those married for the first time at 25-29 years of age (4.38 ± 0.58) were found to be significantly higher than those married at 30-34 years of age (3.54 ± 0.85).

Table 1. Findings Regarding the Descriptive and Obstetric Characteristics of the Participants (n:320)

Sosyodemografik data	n	%	Obstetric characteristics	n	%
Age average (min-max:15-49) 30.1±8.6					
Educational Status			Age at first marriage		
Elementary	153	47.8	Less than 15	27	8.4
Middle School	74	23.1	15-19 years old	197	61.6
Highschool	55	17.2	20-24 years old	66	20.6
Bachelors and higher	38	11.9	25-29 years old	23	7.2
			30-34 years old	7	2.2
Employment			Number of pregnancies		
Employed	118	36.9	No pregnancies	24	7.5
Unemployed	202	63.1	1	57	17.8
			2	56	17.5
			3	66	20.6
			4 or higher	117	36.6
Duration of residence in Turkey			Number of miscarriages		
1 year	7	2.2	1	99	30.9
2 year	93	29.1	2	36	11.3
3 year	27	8.4	3	4	1.3
4 year	63	19.7	4 or higher	2	0.6
5 years or higher	130	40.6	Total of those who had a miscarriage	141	44.1
Have you ever willingly ended a pregnancy before?					
Yes	56	17.5	Shortest duration between the two closest pregnancies.		
No	264	82.5			
Was your latest pregnancy planned?			No pregnancy	4	7.5
Yes	158	49.4	1 year	124	38
No	138	43.1	2 year	103	32
Not pregnant	24	7.5	3 year	23	7
Are you considering having another child?			4 year	8	4
Yes	138	43.1	5 years and over	6	1.9
No	182	56.9	No answer	32	10.0

*Since the number of participants responding to each item is different and more than one option is marked for some items, the n numbers are different.

Table 2. Findings Regarding the Attitudes and Preferences of the Participants Towards Family Planning

Family planning	n	%
Do you use a birth control method? (n=320)		
Yes	214	66.9
No	106	33.1
What are your reasons for not using family planning method? (n=125)		
My partner disagrees	13	10.4
Weight gain, increase in bleeding	10	8.0
I want children	50	40.8
I cannot afford it	10	8.0
I am currently pregnant	13	10.4
It is bad for my health (Medical contradiction)	10	8.0
Other	19	15.2

Table 2. (Continue) Findings Regarding the Attitudes and Preferences of the Participants Towards Family Planning

Please indicate your reason for choosing the method you chose (n=299)		
It is healthier	63	21.1
I am breastfeeding	25	8.4
It is more trustable	47	15.7
It is easier to use	31	10.4
I dont want children	70	23.4
A healthcare official suggested it	22	7.4
My partner wants me to use birth control	27	9.0
other	14	4.7
Please tick the protection methods you have used so far? (n=306)		
* More than one option is marked		
IUD (Intrauterine Device)	121	39.5
Oral contraceptive pills	46	15.0
Condom	58	19.0
Tracking ovulation period	28	9.2
LAM (The Lactational Amenorrhea Method)	16	5.2
Vaginal shower	13	4.2
Other	24	7.9
Do you think birth control methods are effective? (n=320)		
Yes	297	92.8
No	23	7.2
Do you consult your partner when deciding on a contraceptive method? (n=320)		
Yes	278	86.9
No	42	13.1
Have you been informed by any health personnel (midwife, nurse, doctor) in Turkey about the use and characteristics of prevention methods? (n=320)		
Yes	162	50.6
No	158	49.4
Did you start using birth control methods after getting counseling? (n=162)		
Yes	136	42.5
No	26	8.1
How did you find the information about the methods of protection? (n=264)		
Book-Magazine	12	4.5
Internet-TV	26	9.8
Doctor	143	54.2
Midwife	52	19.7
Nurse	14	5.3
Other	17	6.5
Where did you get the protection methods? (n=227)		
Public Hospital	50	22.0
Family Doctor	55	24.2
Reproductive Health Center	50	22.0
Immigrant Health Center	44	19.4
Other	28	12.3
Why do you prefer this place to supply your birth control? (n=221)		
Easy access	33	14.9
Low cost/cheap	24	10.9
Free	93	42.1
Service is better	45	20.4
This place is my only option	26	11.8

*Since the number of participants responding to each item is different and more than one option is marked for some items, the n numbers are different.

Table 3. Comparison of the individual characteristics of the participants and the total score of the family planning attitude scale and sub-dimension mean scores

Features (Independent variables)	FPAS	Attitude to Reproductive Health	Attitude Towards Gender	Attitude Towards Contraception	Attitude Towards Having Children	Attitude Towards Pregnancy
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
Age groups						
15-19 (n:31)	3.34±0.51	3.16±0.68	4.14±0.67	3.25±0.76	3.12±1.01	2.97±0.80
20-24 (n:56)	3.63±0.56	3.36±0.81	4.07±0.59	3.43±0.82	3.73±0.81	3.57±0.71
25-29 (n:96)	3.53±0.61	3.20±0.72	4.02±0.82	3.40±0.71	3.51±0.87	3.52±0.80
30-34 (n:46)	3.43±0.49	3.15±0.77	3.88±0.74	3.25±0.63	3.44±0.76	3.42±0.73
35-39 (n:37)	3.38±0.43	3.11±0.52	4.18±0.54	3.17±0.70	3.60±0.88	3.29±0.82
40-44 (n:31)	3.50±0.49	3.03±0.67	4.26±0.58	3.27±0.81	3.54±0.80	3.36±0.85
45-49 (n:23)	3.47±0.50	3.08±0.55	4.04±0.74	3.27±0.82	3.37±0.55	3.63±0.72
Test scores (F)	1.202	1.028	1.234	0.762	0.932	2.674
p scores	0.305	0.407	0.288	0.600	0.075	0.015*
Educational Status						
Elementary (n:153)	3.46±0.55	3.23±0.75	3.89±0.72	3.32±0.81	3.39±0.92	3.36±0.84
Middle (n:74)	3.56±0.54	3.20±0.69	4.10±0.61	3.32±0.73	3.65±0.74	3.49±0.76
Highschool (n:55)	3.53±0.53	3.09±0.68	4.15±0.78	3.34±0.67	3.56±0.74	3.50±0.73
Bachelors and above (n:38)	3.55±0.43	3.09±0.57	4.23±0.67	3.30±0.56	3.63±0.76	3.50±0.73
Test score (F)	0.772	0.809	1.832	0.031	2.168	0.808
p score	0.511	0.490	0.141	0.993	0.092	0.490
How many years have you been living in Türkiye?						
1 year (n:7)	2.77±0.71	2.47±0.72	3.07±1.08	2.69±0.57	3.04±1.03	2.57±0.53
2 year (n:93)	3.59±0.55	3.34±0.73	4.00±0.71	3.52±0.78	3.59±0.79	3.50±0.79
3 year (n:27)	3.55±0.60	3.20±0.73	4.25±0.58	3.24±0.95	3.52±0.87	3.56±1.03
4 year (n:63)	3.51±0.50	3.24±0.72	4.13±0.67	3.21±0.64	3.46±0.88	3.53±0.79
5 year and above (n:130)	3.46±0.49	3.08±0.64	4.11±0.67	3.28±0.68	3.49±0.84	3.35±0.72
Test score (F)	4.266	3.828	4.606	3.566	0.823	3.054
p score	0.002*	0.005*	0.001*	0.007*	0.511	0.017*

* p<0.05, F: One-way anova test

When the mean scores of the FPAS sub-dimensions were compared according to the number of pregnancies of the participants; The sub-dimension scores of attitudes towards having a child were found to be significantly higher in those with 2 pregnancies (3.89±0.85) than those who experienced no pregnancies at all (3.08±1.00). Those who stated the number of pregnancies as two (3.64±0.79) also had a significantly higher mean score on the attitude towards pregnancy sub-dimension than those who experienced no pregnancies (3.00±0.61). In addition, when the mean score of FPAS was compared according to the number of pregnancies, the mean scores of those who stated the number of pregnancies as two (3.71±0.55) were significantly higher than those who had no pregnancy (3.32±0.47).

When the FPAS sub-dimension mean scores of the participants were compared according to whether their last pregnancy was planned or not; The mean score of the attitude towards reproductive health of those with planned pregnancies (3.30±0.76) was significantly higher than those who did not have a planned pregnancy (3.08±0.62). The mean scores of the gender attitude sub-dimension of those who did not have a planned pregnancy (4.14±0.61) were significantly higher than those with planned pregnancies (3.98±0.78). The mean score of the attitude towards pregnancy sub-dimension of those who had planned pregnancies (3.55±0.83) were significantly higher than those who did not have a planned pregnancy (3.36±0.75).

When the mean scores of the FPAS sub-dimensions were compared according to the use of the family planning

method by the participants; Those who used the family planning method (3.40 ± 0.74) had a significantly higher mean score for the attitude towards prevention sub-dimension than those who did not use the family planning method (3.16 ± 0.73). In addition, when the mean score of FPAS was compared according to the status of using family planning, the scores of those who used the family planning method (3.55 ± 0.52) were significantly higher than those who did not use the family planning method (3.41 ± 0.54).

When the FPAS sub-dimension mean scores were compared according to whether the participants received

counseling on family planning from the health personnel in Türkiye; The mean scores of the attitudes towards reproductive health sub-dimension among those who recieved counseling from health personnel in Türkiye (3.27 ± 0.74) were significantly higher than those who did not receive counseling (3.09 ± 0.66). The mean scores of the gender attitude sub-dimension of those who did not receive counseling (4.16 ± 0.65) were significantly higher than those who received counseling (3.97 ± 0.74). The mean scores of the sub-dimension of attitude towards the method of protection of those who received counseling (3.41 ± 0.71) were significantly higher than those who did not receive counseling (3.23 ± 0.77) (Table 4).

Table 4. Comparison of the total and subscale scores of the family planning attitude scale with the obstetric characteristics and family planning preferences of the participants

Family Planning Attitude Scale (FPAS) and Subscales						
Characteristics (Independent variables)	FPAS	Attitude towards Reproductive Health	Attitude towards Gender	Attitude towards Contraceptive Methods	Attitude towards Parenthood	Attitude towards Pregnancy
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
What was your age at first marriage?						
Under 15 (n:27)	3.38 $\pm$ 0.62	3.12 $\pm$ 0.74	3.88 $\pm$ 0.78	3.22 $\pm$ 0.73	3.33 $\pm$ 0.92	3.35 $\pm$ 0.93
15-19 (n:197)	3.49 $\pm$ 0.55	3.19 $\pm$ 0.73	4.06 $\pm$ 0.71	3.28 $\pm$ 0.79	3.54 $\pm$ 0.84	3.38 $\pm$ 0.81
20-24 (n:66)	3.55 $\pm$ 0.45	3.14 $\pm$ 0.59	4.12 $\pm$ 0.62	3.47 $\pm$ 0.63	3.54 $\pm$ 0.77	3.49 $\pm$ 0.70
25-29 (n:23)	3.62 $\pm$ 0.47	3.34 $\pm$ 0.80	4.38 $\pm$ 0.58	3.39 $\pm$ 0.66	3.27 $\pm$ 1.00	3.73 $\pm$ 0.72
30-34 (n:7)	3.44 $\pm$ 0.51	3.16 $\pm$ 0.49	3.54 $\pm$ 0.85	3.35 $\pm$ 0.74	3.59 $\pm$ 0.56	3.60 $\pm$ 0.52
Test value (F)	0.796	0.375	2.720	1.029	0.889	1.239
p value	0.528	0.826	0.030*	0.393	0.471	0.294
Was your last pregnancy planned?						
Yes (n:158)	3.54 $\pm$ 0.59	3.30 $\pm$ 0.76	3.98 $\pm$ 0.78	3.37 $\pm$ 0.77	3.53 $\pm$ 0.82	3.55 $\pm$ 0.83
No (n:138)	3.49 $\pm$ 0.47	3.08 $\pm$ 0.62	4.14 $\pm$ 0.61	3.28 $\pm$ 0.73	3.56 $\pm$ 0.82	3.36 $\pm$ 0.75
Test value (t)	0.905	2.706	-1.978	0.997	-0.324	2.048
p value	0.366	0.007*	0.049*	0.320	0.746	0.041*
Are you using any family planning method?						
Yes (n:214)	3.55 $\pm$ 0.52	3.21 $\pm$ 0.72	4.09 $\pm$ 0.70	3.40 $\pm$ 0.74	3.56 $\pm$ 0.85	3.47 $\pm$ 0.78
No (n:106)	3.41 $\pm$ 0.54	3.11 $\pm$ 0.67	4.01 $\pm$ 0.71	3.16 $\pm$ 0.73	3.41 $\pm$ 0.81	3.34 $\pm$ 0.80
Test value (t)	2.19	1.19	0.221	0.637	0.534	0.367
p value	0.029*	0.235	0.341	0.007*	0.139	0.178
Have you received any information from any healthcare personnel about the use and characteristics of contraceptive methods in Türkiye?						
Yes (n:158)	3.54 $\pm$ 0.56	3.27 $\pm$ 0.74	3.97 $\pm$ 0.74	3.41 $\pm$ 0.71	3.54 $\pm$ 0.85	3.50 $\pm$ 0.76
No (n:138)	3.47 $\pm$ 0.50	3.09 $\pm$ 0.66	4.16 $\pm$ 0.65	3.23 $\pm$ 0.77	3.37 $\pm$ 0.83	3.36 $\pm$ 0.82
Test value (t)	1.244	2.269	-2.427	2.249	0.724	0.579
p value	0.214	0.024*	0.016*	0.025*	0.470	0.115

* p<0.05, t: Student's t test, F: One-way ANOVA test

DISCUSSION

The present study seeks to investigate the family planning attitudes of married refugee women between the ages of 15 and 49 residing in Türkiye.

The participants in the research group show similarities with the literature in terms of their average age (Gümüş et al., 2017; Güngör et al., 2018), educational status (Gümüş et al., 2017; Masterson et al., 2014; Gültekin, 2019), employment status (Barın, 2015), years of living in Türkiye and age at marriage (Gümüş et al., 2017; Masterson et al., 2014; Gültekin, 2019; Baş et al., 2017). Similarly, in terms of obstetric characteristics, the total number of pregnancies (Gümüş et al., 2017), history of miscarriage (Masterson et al., 2014; Kılıç et al., 2015; Gümüş and Bilgili, 2015), whether the pregnancy was planned or not and the duration between two pregnancies (TTB, 2014) are also consistent with the literature.

In many studies, it has been reported that refugee women do not use family planning methods and their needs are not met (Yağmur and Aytekin, 2018; Büyüktiryaki et al., 2015). In Lebanon, it was reported that the vast majority of Syrian refugee women (65.5%) do not use any family planning method (Masterson et al., 2014). In studies conducted in Türkiye, the proportion of refugee women who do not use family planning methods has been reported to be between 36.4% and 46%, which is slightly different from studies conducted outside of Türkiye (Şimşek et al., 2015; Tezel et al., 2015). In this study, it was found that 33.1% of refugee women do not use family planning methods. The reason for the lower rates in this study, especially compared to studies conducted outside of Türkiye, is interpreted as being due to the fact that the district where the research was conducted has three Migrant Health Centers and a private foundation providing free health services, which may have increased the availability and therefore the use of family planning methods.

Although the majority of the women in the study (92.8%) believe that the contraceptive methods are effective, the majority (86.9%) consult their spouses when deciding on the method they use. It is reported in the literature that although refugee women think that birth control methods are effective, they often do not use any method (Salisbury et al., 2016).

Refugees have limited and costly access to family planning services (Humud et al., 2020). In the study of OCHA (2019), it is stated that in interviews with health service providers from 271 regions, women in 79 regions cannot reach family planning services free of charge (OCHA, 2019). Similarly, it was reported that 10.6% of Syrian refugees took a loan to cover their health expenses after

settling in Türkiye (AFAD, 2014), and did not apply to a health institutions (50.3%) due to financial difficulties (Gümüş et al., 2017). In the current study, it is seen that Syrian refugee women prefer to obtain the family planning method from a free health institution (42.1%). In addition, 8% of the women in the study stated that they are not protected by any modern family planning method because they do not have economic power. The findings suggest that economic considerations have a significant impact on women's decisions and behaviors concerning reproductive healthcare. The World Health Organization (WHO) has recognized that accessible and cost-free health services are a fundamental human right (WHO, 2015). Therefore, countries should strive to establish robust health systems that provide refugees with the opportunity to access healthcare services and receive appropriate care (TTB, 2014).

Within the framework of primary health care services in Türkiye, Syrian refugee women of childbearing age are offered services and counseling on contraceptive methods (Ministry of Health Temporary Protection Directive, 2015). 20 Migrant Health Centers (GSMs) have been established in the province of Istanbul, especially in areas where Syrians live heavily, in order to make healthcare services accessible and effective for immigrants and refugees. In the established GSMs, studies are carried out for primary preventive health services and reproductive health services (Gültaç and Balçık, 2018). Gümüş et al. (2017) found that refugees mostly applied to State Hospitals (37.4%) and Family Health Centers (26.1%) (Gümüş et al., 2017). In this study, it was observed that refugee women obtained family planning methods from Family Medicine (24.2%), State Hospitals (22%), Reproductive Health Centers (22%), and Migration Health Centers (19.4%), and they mostly received information on family planning methods through doctors (54.2%) and midwives.

In the study, the majority of refugee women use the IUD method (39.5%), followed by condoms (19%) and oral contraceptives (15%) as their family planning methods. Similarly, in a study conducted outside of Türkiye, refugee women were reported to use IUDs (19%), oral contraceptives (8.6%), calendar method (3.5%), and condoms (1.8%) for contraception (6). In some studies conducted in Türkiye, withdrawal (22.7%) was reported as the most commonly used family planning methods. The reasons for refugee women choosing their preferred method were expressed as being more healthy (Ergüven and Özturanlı, 2013), reliable (Barın, 2015; TAPV, 2014), and easy to use (10.4%). The higher usage rates of IUDs, oral contraceptives, and condoms in this study compared to studies in other countries like Jordan and Lebanon may be due to the higher availability of free family planning methods for refugees in Türkiye.

When the mean scores of the sub-dimensions of the scale were compared according to the age groups of refugee women; The mean score of the attitude towards pregnancy sub-dimension of women aged 45-49 years (3.63 ± 0.72) was significantly higher than the participants in the age group of 15-19 (2.97 ± 0.80). In the literature research, some of the results of the research conducted in Türkiye were similar to the results of this study (Çayan, 2009) while some of them reported different results (Aktoprak, 2012). It is thought that the resulting differences may be related to the sample group studied.

It was found that there was no statistically significant difference between the education level of refugee women and the total score as well as the sub-dimensions of reproductive health, gender, contraception method, having a child, and attitude towards pregnancy ($p > 0.05$). Aktoprak's (2012) study also reported similar results between education level and APBL sub-dimensions, and the opposite results were reported in Apay's (2010) study (Aktoprak, 2012; Ejder Apay et al, 2010). Since illiterate people were not included in our study group and the majority of the group was primary school graduates, the true variety in education level may not have been fully represented in our study.

When comparing the scores of the sub-dimensions of FPAS among refugee women according to the year they arrived in Türkiye, it was found that the difference between the mean scores of the four sub-dimensions was statistically significant, except for the sub-dimension related to attitudes towards having children ($p < 0.05$). Since no literature was found on this parameter in the literature search, it could not be discussed in the light of literature. However, it can be theorized that the attitudes of Syrian refugees towards family planning have improved positively over time due to the increased opportunities for receiving counseling on family planning in Türkiye. Another possibility is that prolonged exposure to Turkish culture, coupled with the comparatively more liberal attitudes of the Turkish populace towards family planning, could gradually influence the views of Syrian refugee women over time.

The mean score of the gender attitude sub-dimension of individuals married at the relatively younger age of 25-29 was significantly higher than those whose age at first marriage was (Çayan, 2009; Ejder Apay, et al., 2010). Contrary to our study, Tezel et al (2015) found that family planning attitudes were positively affected as the age of marriage increased; and that the difference between attitude and FPAS sub-dimensions was significant (Tezel et al., 2015). This may be due to the fact that Syrian refugees generally have early marriages. In addition, due to cultural differences, their attitudes on this issue may be different from Turkish society.

Those with two pregnancies had a statistically significant higher mean score of attitude towards having children, attitude towards pregnancy, and total FPAS scores compared to those who were never pregnant ($p < 0.005$). Contrary to the findings of this study, it has been reported in the literature that as the number of pregnancies decreases, the attitude towards family planning is positive and the difference is statistically significant (Tezel et al., 2015; Çayan, 2009; Ejder Apay, et al., 2010). The reason why the attitude towards pregnancy and having a child was found to be higher than the other sub-dimensions in our study; It is thought that as the number of pregnancies increases, the desire to have a child will decrease, this desire will increase the motivation of women to use family planning methods, and therefore, the family planning attitude will be positively affected.

The mean scores of the sub-dimension related to reproductive health and pregnancy attitudes of refugee women who planned their pregnancy were significantly higher ($p < 0.005$) than those who did not plan their pregnancy, while the mean scores of the sub-dimension related to gender attitudes of those who did not plan their pregnancy (4.14 ± 0.61) were significantly higher than those who planned their pregnancy (3.98 ± 0.78) ($p < 0.005$). No studies were found in the literature review that examined refugee groups on this topic. The study results can be interpreted as indicating that family planning is not only effective in preventing pregnancy, but also in helping those who want to become pregnant to conceive at the time they desire, and therefore, family planning attitudes may be positively influenced.

Those who used the family planning method had higher protection-oriented attitude scores and FPAS scores. Study results; It was found to be similar to the literature in Türkiye (Tezel, 2015; Ejder Apay, et al., 2010). Similarities in these studies; supports that a positive attitude towards family planning is often a prerequisite of using a family planning method.

While the attitudes towards reproductive health, protection, and attitude scores of those who received counseling for family planning among health personnel in Türkiye were significantly higher, the mean scores of attitudes towards gender were significantly lower ($p < 0.05$). In similar studies by Çayan (2009) and Aktoprak (2012), it was reported that counseling for family planning affects family planning attitude positively (Aktoprak, 2012; Çayan, 2009). In particular, it can be said that counseling for family planning positively affects attitudes towards reproductive health and protection.

Strengths and Limitations

The first limitation was the inability to reach all Arabic-speaking refugee women living in Türkiye. The second limitation is that it was conducted only with Syrian women living in a part of Istanbul. For these reasons, the results of the study cannot be generalized to all refugees.

Contribution of the study to the clinic: By determining the attitudes of refugee women towards family planning methods, this study will contribute to the proper planning and delivery of services for these women.

Implications for Practice and Policy

This study will determine the attitudes of refugee women towards family planning methods and contribute to the correct planning and delivery of services for these women by nurses and healthcare professionals.

CONCLUSION

The Syrian refugees living in Türkiye in family their attitudes towards accessing and using family planning methods are not positive enough. Getting counseling about family planning positively affects attitudes about family planning. A long residence in Türkiye, having free access to family planning methods, being older, having a high number of pregnancies, planned pregnancy, using family planning methods and getting counseling about family planning methods are factors related to family planning attitude

In line with these results, it is recommended to make plans that will ensure that refugees' access to family planning methods is completely free and easily accessible, and that health professionals give priority to counseling services regarding family planning methods.

REFERENCES

AFAD. (2014). Syrian Women Living in Turkey. Ankara: T.C. Ministry of Interior Disaster and Emergency Management Presidency (On the Internet) (Date of Access: 23.01.2023), https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/17934/xfiles/turkiye_deki-suriyeli-kadınlar_-2014_2_.pdf

Aktoprak, M. (2012). Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler (Yüksek Lisans Tezi. . Selçuk Üniversitesi, Konya Türkiye).

Baban, F., Ilcan, S. and Rygiel, K. (2017). Syrian refugees in Turkey: Pathways to precarity, differential inclusion, and negotiated citizenship rights. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 43(1):41–57.

Barın, H. (2015). Türkiye'deki Suriyeli kadınların toplumsal bağlamda yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 10-56.

Baş, M., Molu, B., Tuna, H. and Baş, İ. (2017). The effects of the socio-cultural and economic change of emigrant families on the lives of women and children. *Journal of the Human & Social Science Researches*. 6(3):1680-1693.

Büyüktiryaki, M., Canpolat, FE., Alyamaç Dizdar E., Okur, N. and Kadioğlu Şimşek, G. (2015). Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. *Conflict and Health*.9:38. DOI 10.1186/s13031-015-0066-1

Çayan, A. (2009 Summer). 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye).

Çelik, NB. (2015). 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi. 6(3):67-148.

Ejder Apay, S., Nazik, E., Özdemir, F. and Pasinlioğlu, T. (2010). Nişanlı çiftlerin aile planlamasına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences*.13(3):1-7.

Ergüven, NS. and Özturanlı, B. (2013). Uluslararası mülteci hukuku ve Türkiye. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 62(4):1007-1061.

Gültaç, AS., and Balçık, PY. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*. 8(2):193-204.

Gültekin, MN. (2019). Kent ve yeni sosyal etkileşimler: Gaziantep'teki Suriyelilerin genel örüntüsü, mevcut durumu ve muhtemel geleceği. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 18(1):162-176.

Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, SŞ., Özdemir, S., Başbüyük, M. and Coşkun, AM. (2017). Göçün sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(1):1-17.

Gümüş, Y. and Bilgili, N. (2015). Göçün sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 18(1):63-67.

Güngör, ES., Seval, O., İlhan, G. and Verit, FF. (2018). Do Syrian refugees have increased risk for worse pregnancy outcomes? Results of a tertiary center in Istanbul. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 15(1):23-27.

Humud, CE., Blanchard, CM. and Nikitin, MBD. (2020). Armed conflict in Syria: Overview and U.S. response. *Congressional Research Service*, Updated July 27, 2020.

İcduygu, A., and Nimer, M. (2020). The politics of return: Exploring the future of Syrian refugees in Jordan, Lebanon and Turkey. *Third World Quarterly*. 41(3):415–433.

Kaya, M. (2019 Summer). İstanbul'da yaşayan mülteci kadınların aile planlaması hizmetlerine erişebilme durumları ve tutumlarının değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye).

Kılıç, M., Arslanyılmaz, MM, and Bahar Özvarış, ÜŞ. (2015). Savaş ve çatışma bölgelerinde kadın sağlığı Sürekli TIP Eğitimi Dergisi. 24:237-244.

Masterson, AR., Usta, J., Gupta, J., and Ettinger, AS. (2014). Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's Health*. 14,25:1-8.

Türkiye İçişleri Bakanlığı, Göç İdaresi Başkanlığı, İstatistik, Geçici Koruma. (Erişim tarihi: 15.11.2022) <https://en.goc.gov.tr/temporary-protection27>.

Sağlık Bakanlığı Geçici Koruma Yönergesi. (201509. (Erişim tarihi:23.01.2023), <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1376,saglik-bakanligi-gecici-koruma-yonergesi-25032015pdf.pdf?0>

OCHA. Needs Humanitarian Overview-Syrian Arab Republic. (2019). (Date of Access:21.01.2023), <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/whole-of-syria>.

Patel, S., Schechter, MT., Sewankambo, NK., Atim, S., Kiwanuka, N. and Spittal, AM. (2014). Lost in transition: HIV prevalence and correlates of infection among young people living in post-emergency phase transit camps in Gulu District, Northern Uganda. *PLOS ONE*. 9(2):e89786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089786>.

Salisbury, P., Hall, L., Kulkus, S., Paw, MK., Tun, NW., et al. (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the Thailand-Myanmar border—a mixed methods study. *Reproductive Health*,13:94.

- Şimşek, Z., Doğan, F., Hilali, NG. and Özek, B. (2015). Şehir merkezinde yaşayan 15-49 yaş aralığındaki evli Suriyeli kadınların üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyaçları. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi , Konya, Türkiye . pp.998-999.
- TAPV. (2014). (Date of Access: 24.01.2023), <https://silo.tips/download/grnm-ocak-mlteciler-ve-reme-sal-riskleri-bedeni-cinsellii-ve-dourganl-ile-kadn-k>.
- Tezel, A., Gonenc, IM., Akgun, Ş., Öztaş Karataş, D. and Altuntaş Yıldız, T. (2015). Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 18(3):181-188.
- Kampların dışında yaşayan suriyeli kadın mültecilere ilişkin rapor MAZLUMDER. (2014). (Erişim tarihi: 01.01.2023), [https://istanbul.mazlumder.org/webimage/files/The%20Report%20on%20Syrian%20Women%20Refugees\(1\).pdf](https://istanbul.mazlumder.org/webimage/files/The%20Report%20on%20Syrian%20Women%20Refugees(1).pdf)
- Türk Tabipler Birliği Yayınları (TTB), Suriyeli Mülteciler ve Sağlık Hizmetleri Raporu, , 2014, (Erişim tarihi: : 15.01.2023), <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf>
- WHO. Trends in maternal mortality, 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank estimates, and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization (on the internet) 2015. (Date of Access: 01.01.2023), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.id=13290A0C263D57D818976417AFE27C9?sequence=1.
- Yağmur, Y. and Aytakin, S. (2018). Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve önerilen çözümler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi E-Dergisi. 11(1):56-60.

Ebelik öğrencilerinin profesyonel değerlerinin ve empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi

Determination of the professional values and the levels of empathic tendencies of midwifery students

Havva Taylan¹, Nurgül Güngör Tavşanlı²

¹ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Manisa, 0000-0003-4377-6477

² Doç.Dr Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Manisa, 0000-0002-1831-2171

* Bu çalışma Doç. Dr. Nurgül Güngör Tavşanlı danışmanlığında 19.06.2023 tarihinde tamamladığımız “Manisa Celal Bayar Üniversitesi Ebelik Öğrencilerinin Profesyonel Değerlerinin ve Empatik Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı yüksek lisans tezi esas alınarak hazırlanmıştır (Yüksek Lisans, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye, 2023).

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, ebelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ile empatik eğilim düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma, 2021-2022 eğitim-öğretim yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde öğrenim gören 171 üçüncü ve dördüncü sınıf ebelik öğrencisi ile yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘Empatik Eğilim Ölçeği’ ve ‘Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’ kullanılarak çevrim içi öğrenci gruplarında Google forms online anketlerin paylaşımıyla toplandı. Araştırma verileri SPSS 23.0 istatistik programı kullanılarak sayı, yüzde, t test ve korelasyon değerleri incelendi. **Bulgular ve Sonuç:** Araştırmada ebelik öğrencilerinin empatik eğilim ölçeği puan ortalamaları ile ebelerin profesyonel değerleri ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Ebelik öğrencilerinin sınıfı, akademik başarı algı durumu, mezun olduğu lise, gelir durumu, babanın eğitim durumu, ebelik bölümünü tercih etme durumu ve ebelik eğitiminin mesleğe bakışa etkisinin empatik eğilim ölçek puan ortalamasını etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Ebelik öğrencilerinin yaşı, akademik başarı algı durumu ve ebelik bölümünü tercih etme nedeninin ebelerin profesyonel değerleri ölçek puan ortalamasını etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Ebelik öğrencilerinin empatik eğiliminin ve profesyonel değerlerinin iyi düzeyde olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler:
Profesyonel Değerler, Empatik Eğilim, Ebelik, Öğrenci, Meslek

Key Words:
Professional Values, Empathic Tendency, Midwifery, Student, Profession

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
2 Doç.Dr Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Manisa, 0000-0002-1831-2171

DOI:
10.52880/sagakaderg.1513596

Gönderme Tarihi/Received Date:
16.07.2024

Kabul Tarihi/Accepted Date:
29.04.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2025

ABSTRACT

Aim: This study was done to determine the Professional values and the levels of empathic tendencies of Manisa Celal Bayar University midwifery students.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional research conducted with 171 third and fourth-year midwifery students studying at Manisa Celal Bayar University Faculty of Health Sciences in the 2021-2022 academic year. The research data were collected through the sharing of Google Forms online surveys in online student groups, using the ‘Introductory Information Form,’ ‘Empathic Tendency Scale,’ and ‘Professional Values Scale for Midwives.’ The research data were analyzed using the SPSS 23.0 statistical program, and number, percentage, t-test, and correlation values were examined.

Results and Conclusion: In the study, it was determined that there was a moderately significant positive correlation between the average scores of the midwifery students’ empathic tendency scale and the midwife’s professional values scale averages. It was found that midwifery students’ class, academic achievement perception status, high school they graduated from, income status, father’s education status, preference for midwifery department and the effect of midwifery education on the profession affect the empathic tendency scale mean score and it was statistically significantly higher ($p < 0, 05$). It was found that midwifery students’ age, academic achievement perception status, and the reason for choosing the midwifery department affected the midwife’s professional values, the scale score average, and was statistically significantly higher ($p < 0.05$). It was determined that the empathic disposition and professional values of midwifery students were at a good level.

GİRİŞ

Empati duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutları olan çok yönlü bir kavramdır (Korkmaz Doğdu ve ark., 2022). Empati, bireyin kendisini bir başkasının yerine koymasını, bireyin bakış açısını bilişsel olarak anlama, duygusal deneyimlerini tanıyarak cevap verme konusundaki duygusal yeteneğini vurgular (Betskowska-Korpala ve ark., 2022; Ersoy ve Köşger, 2016). Empati dinleme, temas ve fiziksel hareket gibi sözel olmayan becerileri ve yorumlama gibi sözel becerileri içerir. Aynı zamanda diğer kişiye saygı göstermeye ve düşünceye dayanır (Jean ve Choi, 2021). Bir kişinin empati düzeyi ne kadar yüksek olursa, başkalarının duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını o kadar kolay anlar (Tümer ve ark., 2021). Kişinin empati kurabilme yeteneğine empatik eğilim denir. Ebeler hastalarına karşı empatik yaklaşımlarında, hastalarının ihtiyaçlarını tam olarak belirleyebilir ve etkin bir şekilde ihtiyaçlarını karşılayabilirler. Her kadının hayatında özel bir deneyim olan doğuma eşlik eden ebelerin gebenin duygusal ve fiziksel yönden bakım ihtiyaçlarını saptayabilmesi için empatik becerileri iyi düzeyde olmalıdır (Ayдын Kartal ve Aker, 2020).

Ebelik mesleği, bilim ve sanatın birleştiği, ruh ve etik değerler üzerine temellenmiş profesyonel bir sağlık disiplindir. Ebelik rollerinin mesleki değer ve kriterlere göre planlanması ve uygulanması hümanist ve bütüncül bakım uygulamalarına katkı sağlar (Demirbaş Meydan ve Kaya, 2018). Kökleri insanlık tarihine dayanan ebelik mesleği teknolojik ve bilimsel gelişmeler doğrultusunda ilerleyen ve etik değerlere sahip profesyonel bir meslektir (Uğurlu ve Karahan, 2020). Ebelik eğitiminin temel amacı profesyonel ebelik uygulamalarının öğrenilmesidir. Öğrencilerin ebelik mesleğine ait bilgi, beceri ve uygulamaları öğrenmesiyle birlikte etkili kişilerarası ilişkileri, yardım etme, empati kurabilme ve danışmanlık becerileri gibi temel becerileri de benimsemesi gerekmektedir (Bekmezci ve ark., 2015). Sağlık çalışanlarının bakım kalitesini artırmak için önemli faktörlerden biri empati kurma yeteneğidir. Son yapılan çalışmalar klinikte empati kurmanın daha fazla hasta memnuniyeti, hastalarla daha iyi uyum sağlanması ve hastalıklarının daha iyiye gittiğini göstermektedir. Ayrıca hastalarla empatik iletişim kurmak, sağlık çalışanlarının memnuniyetini ve stres seviyelerinin azalmasını sağlar (Treglia, 2020). Empatik becerilere sahip sağlık personeli, hastalarla iyi bir bakım ilişkisi kurabilir ve hastaları anlayabilir (Kaplan Serin ve Tülüce, 2021).

Ebelik uygulamalarında profesyonelliğin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilen, bireyselleştirilmiş ebelik bakımında daha kaliteli ve güvenli hizmet sağlamada önemli bir yapıtaşı olan empatik yaklaşımın önemi konusunda ebe adayları bilinçlendirmek,

empatik eğilimleri belirlemek, empatik becerilerin gelişmesini sağlayarak kişilerarası iletişim sürecinin kalitesini artırmak ebelik eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir (Tuna Oran ve Kurul, 2019). Empatik eğilim ve empatik beceri, mesleki uygulamalarla geliştirilmelidir. Bu konuda yapılan çalışmalar, eğitimle empatik iletişim becerilerinin geliştirildiğini göstermektedir (Karaca ve ark., 2013). İletişim becerileri, nezaket, şefkat, empati özellikleri iyi bir ebe nitelendirir (Moloney ve Gair, 2015). İyi bir ebe olarak kabul edilen durumun birçok özelliği duygusal etki alanındadır (Krause, 2016). Profesyonel bakım, mesleki bilgelik, kişisel ve mesleki gelişim, kişilerarası yeterlilik ve mesleki yeterlilik ebenin profesyonelliğini oluşturur. Ebelik öğrencilerini uygulama için bilgi ve beceri kazanmaları, ebe olarak gelişebilmeleri için ebelik mesleğinin değer ve normlarını benimsemeleri ve içselleştirmeleri gerekmektedir (Jong ve ark., 2017). Kadınlar sadece klinik olarak yetkin ebelerle değil, aynı zamanda uygun mesleki davranış sergileyen ebeler tarafından ilgilenilmeyi beklemektedir (Lawrence ve Wier, 2018). Mesleki değerler, bireyin kişisel mana ve değerleriyle ve meslek mensupları için iyi kabul edilen her şeyle yakından ilişkilidir (Yeganeh ve ark., 2022). Mesleki değerler hem ahlaki yargıyı etkileyen hem de mesleki davranışı tanımlayan standartlar ve klinik uygulamaya anlam ve yön veren idealler ve ilkeler olarak kavramsallaştırılmaktadır (Lymeham ve Levett-Jones, 2015). Hemşirelik uygulamalarında mesleki değerlerin kullanılması, verilen bakım kalitesini, mesleki tatmini, meslekte kalıcılıklarını ve kuruma olan bağlılıklarını arttırmıştır (Porchangizi ve ark., 2017).

Ebelik bölümü öğrencileri ebelik mesleğine adım atmadaki ilk duraklarındadır. Ebelik mesleği dünyanın en eski mesleklerinden biridir. O zamanlardan beri değişerek ve gelişerek günümüze kadar devam etmiştir. Artık ebelik mesleği, profesyonel bir meslek olma yolunda ilerlemekte ve bunun yanında daha empatik iyi ebeler yetişmesi için çabalanmaktadır. Geleceğin ebeleri olacak olan ebelik öğrencileri, bu süreçleri tamamlanmadan önce profesyonel değerlerini ve empatik eğilimlerinin belirlemesi ve bu konularda ebelik öğrencilerinin mesleki gelişiminin desteklenmesine öncülük edecektir.

Ülkemizde ve dünyada literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ile ilgili araştırmaların olduğu fakat ebelik öğrencileri ile ilgili bu konuda yeterli çalışmanın olmadığı görülmüştür. Ülkemizde ve dünyada birçok alanda empati konusu üzerine araştırmalar yapılmıştır. Son zamanlarda ebelik bölümü alanında empati ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu alandaki çalışmaların geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca ebelerin profesyonel değerleri ve

empatik eğilim puanları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı Manisa Celal Bayar Üniversitesi ebelik öğrencilerinin profesyonel değerlerini ve empatik eğilim düzeylerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, ebelik öğrencilerinin profesyonel değerlerini ve empatik eğilim düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu araştırma 2021-2022 eğitim-öğretim yılı güz ve bahar döneminde öğrenim gören Xxxx Sağlık Kampüsü'nde yer alan Sağlık Bilimleri Fakültesindeki üçüncü ve dördüncü sınıf ebelik öğrencileri ile yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2021-2022 eğitim-öğretim yılında Xxxx Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören üçüncü ve dördüncü sınıf ebelik öğrencilerini kapsadı. Çalışmada örneklem seçimi yapılmadı. Evreni oluşturan ebelik öğrencilerin hepsine ulaşılmaya çalışıldı (n=182). Çalışmaya katılmak istemeyen öğrenciler çalışmaya alınmadı ve 171 öğrenci ile çalışma tamamlandı. Evrenin %94'üne ulaşıldı.

Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri;

- Sağlık Bilimleri Fakültesi ebelik öğrencisi olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Ebelik bölümü üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencisi olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Uygulama derslerini yüz yüze almış olmak
- Hastanede hastalarla uygulama yapmış olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı reddetmek
- Ebelik bölümü birinci ve ikinci sınıf öğrencisi olmak
- Uygulama derslerini uzaktan almış olmak
- 18 yaş altında olmak

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Empatik Eğilim Ölçeği ve Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği kullanıldı.

1. Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan form, araştırma kapsamına dahil edilen öğrencilerin yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyo-demografik verileri ve ebelik bölümü üzerine olan düşünceleri ile ilgili soruları içeren toplam 20 sorudan oluşmaktadır (Bekmezci ve ark., 2015; Yücel ve ark., 2018).

2. Empatik Eğilim Ölçeği: Dökmen tarafından 1988 yılında geliştirilen empatik eğilim ölçeği, kişilerin günlük yaşamda empati kurma eğilimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 5'li likert tipinde 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Bireylerden her bir maddenin yanındaki 1'den 5'e kadar olan sayılardan birini işaretleyerek, o maddedeki görüşe ne ölçüde katıldıklarını belirtmektedir. İşaretledikleri sayılar o maddeye ilişkin puanları oluşturmaktadır. Ölçekteki bazı ifadeler kişilerin "evet" deme potansiyellerini dengelemek amacıyla Empatik Eğilim Ölçeğinin 8 maddesi (3, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15) negatif yazılmıştır ve maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Alınan toplam puanın yüksek olması empatik eğilimin yüksek olduğu, düşük olması ise empatik eğilimin düşük olduğunu göstermektedir. Dökmen 'in çalışmasında ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur (Dökmen, 1988). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur.

3. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği: Ebelerin profesyonel değerlerini belirlemek amacıyla 2016 yılında Demirbaş Meydan ve Kaya tarafından Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) etik kodları rehber alınarak geliştirilmiştir. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği 30 maddeden oluşan ve 5'li likert tipli bir ölçektir. Bireylerde her bir maddenin yanındaki 1'den 5'e kadar olan sayılardan birini işaretleyerek, o maddedeki görüşe ne ölçüde katıldıklarını belirtmektedir. İşaretledikleri sayılar o maddeye ilişkin puanları oluşturmaktadır. Ölçekte ters kodlanması gereken ifade yoktur. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 30-150 puan arasında değişmektedir. Hesaplama "Bireyin Ölçek Puanı= Ölçekten Alınan Toplam Ham Puan x 100 / Ölçek Maksimum Ham Puanı" formülü ile yapılmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması ebelerin profesyonel değerlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısının 0,96 olması, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Elde edilen bu sonuçlar, ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer değeri ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığının olduğunu ve homojenliğini göstermektedir (Demirbaş Meydan ve Kaya, 2018). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,99 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Anket formları Google Forms kullanılarak hazırlandı. Çevrim içi gruplardan öğrencilere ulaşıldı ve anket formları paylaşılarak veriler toplandı. Anket formunun ilk sayfasında bilgilendirme metni bulunup katılmak isteyen öğrencilerin rızası alındı ve araştırmaya dâhil

edildi. Formlar, bireysel çevrim içi hesaptan veri alınabilecek şekilde ayarlandı. Anket formunun ortalama cevaplama süresi 15 dakika sürdü.

Verilerin Analizi

Araştırma analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 istatistik analiz programı ile yapıldı. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında Oneway Anova testi, normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi, iki değişkenin arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi üçüncü ve dördüncü sınıf ebelik bölümünde öğrenim gören ve pandemi döneminde yüz yüze eğitim olmadığı için online anketleri cevaplayan öğrencilerle toplanan verilerle sınırlıdır. Bu nedenle çalışmadan elde edilen bulgular genellenemez.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için etik izin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 22.09.2021 tarih 20.478.486/938 nolu kararı ile alındı. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından 16.11.2021 tarihinde kurum izni alındı. Anket formu doldurulmadan önce, bilgilendirilmiş onam formu öğrenciler tarafından

online okunarak kabul edildi. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Ebelik öğrencilerinin %96,5'i 18-23 yaş grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin %53,2'si üçüncü sınıf öğrencisi, %46,8'i dördüncü sınıf öğrencisi olduğu ve büyük çoğunluğunun %77,8'nin Anadolu lisesi mezunu olduğu, %48,5'inin köy/ilçede, %51,5'inin şehir/büyükşehirde yaşadığı görülmektedir. %32,2'si ailesiyle yaşamakta olup, %67,8'i yurttan arkadaşlarıyla yaşamaktadır. Öğrencilerin %76,6'sının empati eğitimi almadığını, %23,4'ünün empati eğitimi aldığı belirlenmiştir. Ebelik öğrencilerinin %55,6' sının akademik başarısını iyi olarak algıladığı, %44,4'ünün akademik başarısını orta olarak algıladığı görülmektedir. Öğrencilerin %95,3'ünün çalışmadığı, %73,7'sinin ailesinde sağlık çalışanı olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %80,7'nin gelirinin girede denk olduğunu, %87,1'nin çekirdek aile ile yaşadığını bildirmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %50,3'ünün annesinin ilköğretim mezunu olduğunu, %40,9'unun babasının ilköğretim mezunu olduğunu %62,0'nın iki kardeş olduklarını ve %87,1'inin demokratik, destekleyici, güven verici bir tutumla yetiştirildiğini ifade etmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan öğrencilerin %77,8'i ebelik bölümünü isteyerek tercih etmiş, %22,2'si istemeyerek seçmiştir. Öğrencilerin yaklaşık yarısı %59,1'i ebelik bölümünü iş bulma kolaylığı/ekonomik nedenler sebebiyle tercih etmiştir. Aldıkları ebelik eğitimi sonucunda mesleğe olan bakışı olumlu yönde değişen öğrencilerin %90,6'lık dilimi oluşturduğu görülmektedir. Ebelik öğrencilerinin en çok staj yaptıkları birim %67,3'ünü kadın doğum servisi oluştururken, %18,1'ini doğumhane, %14,6'sını simülasyon uygulamaları oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Dağılımı

Değişkenler	n	%
Sınıf		
3. Sınıf	91	53,2
4.Sınıf	80	46,8
Yaş		
18-23 yaş	165	96,5
24 yaş ve üzeri	6	3,5
Yaşanılan Yer		
Köy/İlçe	83	48,5
Şehir/Büyükşehir	88	51,5
Kaldığınız Yer		
Aileyle	55	32,2
Yurtta/Arkadaşlarıyla	116	67,8
Akademik Başarı Algı Durumu		
Orta	76	44,4
İyi	95	55,6

Tablo 1 (Devam). Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Dağılımı

Değişkenler	n	%
Çalışma Durumu		
Evet	8	4,7
Hayır	163	95,3
Empati Eğitimi Alma Durumu		
Aldım	40	23,4
Almadım	131	76,6
Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı		
Evet	45	26,3
Hayır	126	73,7
Mezun Olduğunuz Lise		
Genel/Düz Lise	3	1,8
Sağlık Meslek Lisesi	25	14,6
Anadolu Lisesi	133	77,8
Diğer	10	5,8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	17	9,9
Gelir gidere denk	138	80,7
Gelir giderden fazla	16	9,4
Aile Tipi		
Çekirdek aile	149	87,1
Geniş aile	13	7,6
Bölünmüş aile	9	5,3
Annenin Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	6	3,5
Okuryazar	2	1,2
İlkokul	86	50,3
Ortaokul	44	25,7
Lise	27	15,8
Üniversite	6	3,5
Babanın Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	1	0,6
İlkokul	70	40,9
Ortaokul	43	25,1
Lise	35	20,5
Üniversite	22	12,9
Kardeş Sayısı		
Kardeşim yok	5	2,9
2 kardeş	106	62,0
3 ve üzeri kardeş	60	35,1
Yetiştirilme Tarzı		
İlgisiz, Tutarsız, Kayıtsız	2	1,2
Demokratik, Destekleyici, Güven verici	149	87,1
Disiplinli, Otoriter, Baskıcı	20	11,7
Ebelik Bölümü Tercih Etme Durumu		
İsteyerek	133	77,8
İstemeyerek	38	22,2
Ebelik Bölümünü Tercih Etme Nedeni		
İş bulma kolaylığı/Ekonomik nedenler	101	59,1
İstenilen bir meslek olması	51	29,8
Ailenin istediği bir meslek olması	8	4,7
Öğretmenlerin yönlendirmesi	11	6,4
Ebelik Eğitiminin Mesleğe Bakışa Etkisi		
Olumlu yönde değişti	155	90,6
Olumsuz yönde değişti	3	1,8
Hiçbir fikrim yok	13	7,6
En Çok Staj Yapılan Alan		
Doğumhane	31	18,1
Simülasyon uygulamaları	25	14,6
Kadın doğum servisi	115	67,3
Toplam	171	100,0

Ebelik öğrencilerinin empatik eğilim puan ortalaması $70,24 \pm 9,51$ 'dir. Öğrencilerin empatik eğilim ölçeğinden aldıkları minimum puan 40, maksimum puan 96'dır. Ebelik öğrencilerinin ebelerin profesyonel değerleri ölçek puan ortalaması $125,62 \pm 33,92$ 'dir. Öğrencilerin ebelerin profesyonel değerleri ölçeğinden aldıkları minimum puan 30, maksimum puan 150'dir (Tablo 2).

Öğrencilerin ailesel özellikleri ile EEÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderinden fazla olduğunu bildiren öğrencilerin EEÖ puan ortalamasının geliri giderine denk ve geliri giderinden az olduğunu bildiren öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin ebelik bölümüne ilişkin özellikleri ile EEÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ebelik bölümünü isteyerek tercih eden öğrencilerin EEÖ puan ortalamasının istemeyerek tercih eden öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ebelik eğitiminin mesleğe bakış açıları ile EEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; olumlu yönde değiştiğini ifade eden öğrencilerin EEÖ puan ortalamasının olumsuz yönde değişti ve hiçbir fikrim yok diyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ışığında ebelik mesleğini isteyerek tercih eden ve gelir

kaygısı olmayan, mesleki eğitimlerinin mesleğe bakış açılarına olumlu katkıda bulunan öğrencilerin empatik eğilimlerinin de arttığı görülmektedir.

Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile EPDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 24 yaş ve üzeri öğrencilerin EPDÖ puan ortalamasının 18-23 yaş grubu arasındaki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin akademik başarı algısının iyi olduğunu ifade edenlerin EPDÖ puan ortalamasının akademik başarı algısının orta olduğunu ifade edenlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ebelik bölümünü tercih etme nedenleri ile EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; ailenin istediği bir meslek olması nedeniyle tercih eden öğrencilerin EPDÖ puan ortalamasının istenilen bir meslek olması, iş bulma kolaylığı/ekonomik nedenler, öğretmenlerin yönlendirmesine göre tercih edenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bu bulgular doğrultusunda öğrencilerin yaşının artmasının, akademik başarılarının iyi olmasının ve ailelerinin onayladığı meslekte olmalarının ebelikte profesyonel değerlerine olumlu yansıdığı görülmektedir.

Tablo 2. Ebelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim Ölçek ve Profesyonel Değerleri Ölçek Puanlarının Ortalamaları

Empatik Eğilim Puanı	EEÖ' nün Minimum ve Maksimum Değerleri		Öğrencilerin Aldıkları Minimum ve Maksimum Değerleri		Ort $\pm$ Ss
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	
	20	100	40	96	$70,24 \pm 9,51$
Ebelerin Profesyonel Değerleri Puanı	EPDÖ' nün Minimum ve Maksimum Değerleri		Öğrencilerin Aldıkları Minimum ve Maksimum Değerleri		Ort $\pm$ Ss
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	
	30	150	30	150	$125,62 \pm 33,92$

Tablo 3. Ebelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Empatik Eğilim Ölçeği ve Profesyonel Değerleri Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellikler	EEÖ (Ort $\pm$ Ss)	F*/t**/p	EPDÖ (Ort $\pm$ Ss)	F*/t**/p
Sınıf				
3. Sınıf	$68,87 \pm 9,26$	$t = -2,008$ $p = 0,046^{**}$	$125,13 \pm 32,31$	$t = -0,199$
4. Sınıf	$71,78 \pm 9,61$		$126,18 \pm 35,87$	$p = 0,843$
Yaş				
18-23 yaş	$69,96 \pm 9,37$	$t = -1,657$ $p = 0,156$	$125,22 \pm 34,42$	$t = -2,250$
24 yaş ve üzeri	$77,66 \pm 11,23$		$136,67 \pm 10,59$	$p = 0,049^{**}$
Yaşanılan Yer				
Köy/İlçe	$69,74 \pm 9,17$	$t = -0,658$ $p = 0,511$	$127,23 \pm 31,33$	$t = 0,604$
Şehir/Büyükşehir	$70,70 \pm 9,85$		$124,10 \pm 36,31$	$p = 0,547$
Kaldığınız Yer				
Aileyle	$70,67 \pm 9,82$	$t = 0,409$ $p = 0,683$	$126,09 \pm 32,47$	$t = 0,128$
Yurtta/Arkadaşlarıyla	$70,03 \pm 9,39$		$125,40 \pm 34,72$	$p = 0,899$
Akademik Başarı Algı Durumu				
Orta	$66,32 \pm 8,45$	$t = -5,205$ $p = 0,000^{**}$	$118,80 \pm 36,87$	$t = -2,333$
İyi	$73,36 \pm 9,18$		$131,07 \pm 30,48$	$p = 0,021^{**}$
Çalışma Durumu				
Evet	$71,37 \pm 11,36$	$t = 0,292$ $p = 0,779$	$118,75 \pm 38,50$	$t = -0,585$
Hayır	$70,18 \pm 9,45$		$125,96 \pm 33,78$	$p = 0,559$

Tablo 3. (Devam) Ebelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Empatik Eğilim Ölçeği ve Profesyonel Değerleri Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellikler	EEÖ (Ort ± Ss)	F*/t**/p	EPDÖ (Ort ± Ss)	F*/t**/p
Empati Eğitimi Alma Durumu		t =0,500		t=0,012
Aldım	70,90±9,11	p=0,617	125,68±35,73	p=0,991
Almadım	70,03±9,65		125,60±33,49	
Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı		t =-0,192		t= -0,124
Evet	70,02±8,47	p=0,848	125,13±28,78	p= 0,902
Hayır	70,31±9,88		125,79±35,68	
Mezun Olduğunuz Lise				
Genel/Düz Lise	84,00±3,00	F=2,750	142,33±1,15	F=0,673
Sağlık Meslek Lisesi	70,28±8,53	P=0,044*	124,80±39,72	p=0,570
Anadolu Lisesi	69,66±9,64		126,29±32,01	
Diğer	73,60±8,19		113,70±47,30	
Gelir Durumu		F=3,784		F=1,661
Gelir giderden az	66,17±15,47	p=0,025*	125,00±40,08	p=0,193
Gelir giderden denk	70,17±8,13		127,38±30,78	
Gelir giderden fazla	75,12±11,02		111,13±49,24	
Aile Tipi				
Çekirdek aile	70,33±9,73	F=0,381	126,23±33,09	F=0,195
Geniş aile	68,23±7,67	p=0,684	122,38±42,57	p=0,823
Bölünmüş aile	71,55±8,48		120,22±37,77	
Annenin Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	68,00±6,41		120,67±46,61	
Okuryazar	66,50±3,53	F=1,181	143,50±7,77	F=0,728
İlkokul	69,56±9,80	p=0,321	128,17±34,88	p=0,604
Ortaokul	69,47±9,50		126,89±24,56	
Lise	74,07±9,12		115,44±42,71	
Üniversite	71,66±9,51		124,50±27,23	
Babanın Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	56,00±8,54		130,00±28,52	
İlkokul	67,77±9,68	F=3,278	126,01±32,78	F=0,416
Ortaokul	70,90±9,98	p=0,013*	130,21±27,53	P=0,797
Lise	72,37±8,32		120,63±41,22	
Üniversite	74,04±7,66		123,14±37,76	
Kardeş Sayısı				
Kardeşim yok	68,40±4,77	F=2,122	129,60±23,65	F=0,145
2 kardeş	71,40±9,53	P=0,123	124,57±37,57	p=0,865
3 ve üzeri kardeş	68,33±9,54		127,15±27,58	
Yetiştirilme Tarzı				
İlgisiz, Tutarsız, Kayıtsız		F=1,923		F=1,267
Demokratik, Destekleyici, Güven	61,00±9,89	p=0,149	88,50±81,31	p=0,284
Verici	70,71±9,44		125,75±33,93	
Disiplinli, Otoriter, Baskıcı	67,60±9,52		128,35±28,76	
Ebelik Bölümü Tercih Etme Durumu		t=3,980		t=1,040
İsteyerek	71,86±8,63	p=0,000**	127,17±32,88	p=0,303
İstemeyerek	64,55±10,34		120,21±37,29	
Ebelik Bölümünü Tercih Etme Nedeni				
İş bulma kolaylığı/Ekonomik nedenler	68,92±9,95	F=2,159	122,78±34,69	F=2,951
İstenilen bir meslek olması	73,01±9,11	p=0,095	133,22±27,51	p=0,034*
Ailenin istediği bir meslek olması	70,00±6,25		140,38±9,98	
Öğretmenlerin yönlendirmesi	69,63±6,91		105,73±51,87	
Ebelik Eğitiminin Mesleğe Bakışa Etkisi		F=11,727		F=2,354
Olumlu yönde değişti	71,30±8,64	p=0,000*	127,08±33,64	p=0,098
Olumsuz yönde değişti	61,66±18,33		89,33±59,00	
Hiçbir fikrim yok	59,53±10,50		116,62±27,41	
En Çok Staj Yapılan Alan		F=2,009		F=2,385
Doğumhane	69,64±11,46	p=0,137	120,03±40,74	p=0,095
Simülasyon uygulamaları	67,00±7,84		115,08±37,76	
Kadın doğum servisi	71,10±9,17		129,42±30,52	

*One-Way Anova, **Independent Sample t test, EEÖ: Empatik Eğilim Ölçeği, EPDÖ: Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği

Ebelik öğrencilerinin Empatik Eğilim Ölçeği puan ortalamaları ile Ebelerin Profesyonel Değerleri ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon testinde pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$, $r=0,321$). Öğrencilerin profesyonel değerleri arttıkça empatik eğilimlerinin de arttığı belirlenmiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Empatik Eğilim Ölçeği'nden alınacak en yüksek puan 100 olduğu dikkate alındığında, ebelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeyinin ortalamasının üzerinde "iyi" düzeyde olduğu söylenebilir. Literatür taramasında çalışmamıza benzer bulgulara rastlanmaktadır. Tuna Oran ve Kurul (2019)'un ebelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada EEÖ puan ortalaması 70,56±8,29 olarak bulunması çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tuna Oran ve Kurul, 2019). Bekmezci ve ark. (2015) ebelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada aynı ölçeğin puan ortalaması 68,98±8,99 olarak, Ertekin Pınar ve Yıldırım (2020) ebelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada 71,23±7,94 olarak, Aydın Kartal ve Aker (2020) çalışmalarında 53,28±16,03 olarak bulunmuştur (Bekmezci ve ark., 2015; Ertekin Pınar ve Yıldırım, 2020; Aydın Kartal ve Aker, 2020). Yiğitbaş ve ark. (2019) ebelik ve hemşirelik öğrencileri üzerine aynı ölçek ile yaptığı çalışmada EEÖ puanları düşük olarak saptanmıştır (Yiğitbaş ve ark., 2019). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ölçek puanı 70,89±9,51-67,36±7,64 arasında değişmektedir (Kök Eren ve Gürhan, 2021; Ünal ve Koçak Uyaroglu, 2022; Kaplan Serin ve Tülüce, 2021). Kadınların erkeklere oranla daha duyarlı olmaları ve bu çalışmada katılımcıların tamamının kadınlardan oluşması sebebiyle empatik eğilim oranı ortalamasının üzerinde iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Ebelik öğrencilerinin eğitim yıllarında bakım verdiği, hizmet ettiği insanların ihtiyaçlarına nasıl cevap vereceğini öğrenmiş olmaları, aynı zamanda eğitim ve öğretim programlarında bu yeteneklerini, becerilerini geliştirici eğitim uygulamaları ve klinik uygulamalarının olması empatik eğilim düzeylerinin artmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Ebelik öğrencilerinin akademik başarı algısının iyi olduğunu ifade edenlerin empatik eğilim puan ortalamasının akademik başarı algısının orta olduğu ifade edenlerin empatik eğilim puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu

belirlenmiştir ($p<0,05$). Tuna Oran ve Kurul'un ebelik öğrencilerinin empatik eğilimlerini incelediği çalışmada, bireysel akademik başarı algısı orta düzeyde olan öğrencilerin EEÖ puan ortalaması 70,54±8,29, bireysel akademik başarı algısı başarılı sayılan öğrencilerin ise EEÖ puan ortalaması 71,30±7,80 olarak saptanmıştır (Tuna Oran ve Kurul, 2019). Bekmezci ve ark. benzer şekilde incelediği çalışmada, akademik başarı algısı orta düzeyde olan ebelik öğrencilerinin EEÖ puan ortalaması 68,71±8,91, akademik başarı algısı iyi düzeyde olan ebelik öğrencilerinin ise EEÖ puan ortalaması 69,11±9,53 olarak bulunmuştur (Bekmezci ve ark., 2015). Çalışmamızda akademik başarı algısı iyi olan öğrencilerin, akademik başarıları orta olan öğrencilere göre empatik eğilim düzeylerinin yüksek bulunması, mesleğe ilgili olması, mesleki profesyonelliğe önem vermesi, akademik başarısını ve hastalarla iletişimini önemsemesiyle ilişkilendirilmiştir.

Ebelik bölümünü isteyerek tercih eden öğrencilerin empatik eğilim puan ortalamasının istemeyerek tercih eden öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yiğitbaş ve ark. ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, bölümü isteyerek tercih eden öğrencilerin EEÖ puan ortalaması 39,91±7,17 olarak saptanmıştır (Yiğitbaş ve ark., 2019). Çalışmamızda ebelik bölümünü isteyerek tercih eden öğrencilerin mesleklerini severek yapması, mesleğe ilgili olmasının empatik eğilim düzeylerini artırdığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan ebelik öğrencilerinin ebelerin profesyonel değerleri toplam puan ortalaması 125,62±33,92 bulunmuştur. EPDÖ' den alınacak en yüksek puan 150 olduğu dikkate alındığında, ebelik öğrencilerin profesyonel değerlerinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Balkan ve ark. (2023)'ün ebelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada EPDÖ puan ortalamasının 125,88±24,28 olduğunu saptamıştır (Balkan ve ark., 2023). Balkan ve ark.'nın çalışmasıyla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Balçık Çolak ve İçke (2023)'nin ebeler üzerine yaptığı çalışmada EPDÖ puan ortalaması 130,36±17,67 olduğunu belirlemiştir (Balçık Çolak ve İçke, 2023). Yücel ve ark. (2018) ebelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada ebelerin profesyonel değerleri ölçek puan ortalaması 87,2±1,0 olarak saptanmıştır (Yücel ve ark., 2018). Ünver ve ark. (2022)'nin ebeler üzerine yaptığı çalışmada EPDÖ puan

Tablo 4. Ebelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim Ölçeği ve Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Empatik Eğilim Ölçeği	Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği	
	r	P
	0,321	0,000

$p<0,01$ r = Korelasyon Katsayısı n=171

ortalaması $136,36 \pm 15,27$ olduğu belirlenmiştir (Ünver ve ark., 2022). Ünver ve ark. (2022)'nin yaptığı çalışmada örneklemi çalışan ebelerden oluştuğu için profesyonel değer düzeyinin daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Sökmen ve Taşpınar (2021)'in ebeler üzerine yaptığı araştırmada mesleki profesyonelliklerinin saptamak için "Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri" ni kullanmıştır. Envanterden alınacak en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160 olup, ebelerin envanterden aldıkları puan ortalaması $137,27 \pm 12,88$ olarak belirlenmiştir (Sökmen ve Taşpınar, 2021). Ertekin Pınar ve ark. (2013)'nin ebelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada meslekte profesyonel tutum envanteri puan ortalaması $144,99 \pm 14,00$ olduğu saptanmıştır (Ertekin Pınar ve ark., 2013). Shahriari ve Baloochestani (2014)'nin yaptığı çalışmada bütün katılımcıların hemşirelik uygulamalarında mesleki değerlerin uygulanmasına yönelik olumlu bakış açısına sahip olduklarını bulmuştur (Shahriari ve Baloochestani, 2014). Yapılan çalışmalar, profesyonelliğin sadece hastaya gösterilen saygıyı artırmadığını, aynı zamanda hasta ve ailesinin memnuniyetini de büyük ölçüde etkilediğini göstermiştir (Khakbazan ve ark., 2019). Jong ve ark.'nın iyi bir ebe algısını incelediği 67 son sınıf kız öğrencinin katılımıyla yapılan araştırmada son sınıf öğrencilerinin algılarının derin ve geniş olduğunu, öğrendikleri değerleri gerçek ebelik pratiğine yansıttığını göstermiştir (Jong ve ark., 2017).

Öğrencilerin ebelik bölümünü tercih etme nedeni profesyonel değer puan ortalamalarını etkilemiştir ($p < 0,05$). Ailenin istediği bir meslek olması nedeniyle seçen öğrenciler en yüksek profesyonel değer puan ortalamasına sahipken, öğretmenlerin yönlendirmesi nedeniyle seçen öğrenciler en düşük profesyonel değer puan ortalamasına sahiptir. Yücel ve ark. (2018)'nin ebelik öğrencilerinin profesyonel değerleri inceledikleri çalışmada, mesleği seçme nedenini diğer sebepler olarak belirten öğrenciler en yüksek profesyonel değer puan ortalamasına sahipken, aile isteğiyle seçen öğrenciler en düşük profesyonel değer puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Yücel ve ark., 2018). Balkan ve ark. (2023)'nin yaptığı çalışmada ebelik bölümünü ailesinin isteği üzerine tercih eden öğrencilerin EPDÖ puan ortalamasının, diğer nedenlerle seçen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğunu saptamıştır (Balkan ve ark., 2023). Ebelik öğrencilerimizin verdiği bilgilerde büyük çoğunluğunun ebelik eğitiminin mesleğe bakışını olumlu yönde değiştirdiğini belirtmiş olup, ailesinin isteği üzerine tercih etse bile ebelik eğitimi sonrası bu mesleği sevdiği ve benimsediği için profesyonel değerler ölçek puanına iyi düzeyde yansımıştır.

Öğrencilerin yaş farklılıkları, profesyonel değerler ölçeğinin puan ortalamalarını etkilemiştir ($p < 0,05$).

24 yaş ve üzeri olan öğrenciler en yüksek profesyonel değerler ölçeğinin puan ortalamasına ($136,67 \pm 10,59$) sahipken, 18-23 yaş arasındaki öğrencilerde bu puan ortalaması ($125,22 \pm 34,42$) düşüktür. İki grup arasındaki belirgin farklılık, yaş ilerledikçe bilinç ve farkındalık düzeyinin artması, bireyin olgunlaşması ve ne istediğini bilmesi, 24 yaş ve üzeri öğrencilerin çoğunluğunun son sınıfta olmasıyla birlikte mesleki bilgilerinin daha çok gelişmesi gibi sebeplerden dolayı öğrencilerin profesyonel değerler puan ortalamalarına yüksek düzeyde yansımıştır.

Ebelik öğrencilerinin akademik başarı algısının hangi durumda olduğu profesyonel değerler ölçeğinin puan ortalamalarını etkilemiştir ($p < 0,05$). Öğrencilerin akademik başarı algısı iyi düzeyde olanlar en yüksek puan ortalamasına ($131,07 \pm 30,48$) sahipken, orta düzeyde akademik başarı algısına sahip öğrencilerin puan ortalaması ($118,80 \pm 36,87$) düşük bulunmuştur. Akademik yönden başarılı olan öğrencilerin ebelik mesleğine ilgili olması, mesleğin etik değerlerine göre hareket etmesi, teorik bilgiye ve stajlara önem vermesi, mesleki tutum ve tavır içinde olmaları nedeniyle profesyonel değerler puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeyleri ile profesyonel değerler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Ebelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeyleri ve profesyonel değerlerinin ortalamasının üzerinde iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ebelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeyi arttıkça, profesyonel değerlerinin de arttığı bulunmuştur. Ebelik öğrencilerinin mesleğe olan ilgilerinin artması, son sınıf olmaya yaklaştıkça ve mezuniyet yaklaştıkça kendilerini daha profesyonel hissetmeleri, meslek hayatına karşı bakış açılarını değiştirmeleri, aynı zamanda uygulama günlerinin fazla olması, hastalarla temasın fazla olması profesyonelliklerini artırdıkça, empatik eğilim düzeyini de artırdığı tespit edilmiştir.

SONUÇ

Ebelik öğrencilerinin empatik eğilim ve ebelerin profesyonel değerleri arasındaki ilişkiyi karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışma sonucunda; ebelik bölümü öğrencilerinin empati kurma eğilimlerinin ve ebelerin profesyonel değerlerinin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeyleri ile profesyonel değerler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ebelik öğrencilerinin mesleğe olan ilgilerinin artması, son sınıf olmaya yaklaştıkça ve mezuniyet yaklaştıkça kendilerini daha profesyonel hissetmeleri, meslek hayatına karşı bakış açılarını değiştirmeleri, hastalarla daha fazla bir arada olması profesyonelliklerini artırdıkça, empatik eğilim düzeylerini de artırdığı tespit edilmiştir.

Öneriler

- Ebelerin empatik eğilimlerini, mesleki profesyonellik ve profesyonel değerleri geliştirebilmesi için lisans eğitiminde bu konulara yönelik zengin içerikli eğitim verilmesi,
- Ebelik eğitim müfredatlarının empati ve profesyonellik hakkındaki konuların kapsamlı olarak entegre edilmesi,
- Empatik eğilimi geliştirmeye dair yapılan eğitim programlarında ebelerin gebelerle ve hastalarla karşılaşabileceği problemlere yönelik vaka çalışmalarının yapılması,
- Ebelik öğrencilerinin iletişim becerileri ve empati ile ilgili yurt içinde ve yurt dışında yapılan kurs, sempozyum, kongre vb. programlara katılması yönünde teşvik edilmesi,
- Ebelerin yayın ve araştırma yapmaları konusunda teşvik edilmesi,
- Lisans ebelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime devam etmesi konusunda desteklenmesi,
- Ebelerin örgütlenmesi ve dernek üyeliğinin artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aydın Kartal, Y., Aker, S. (2020). Ebelik öğrencilerinin empatik eğilimleri ile özgeciliği düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 97-102.
- Balçık Çolak, M., & İçke, S. (2023). Ebelerin profesyonel değerleri ve mesleki yetkileriyle ilgili algılarının değerlendirilmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5 (1), 10-18.
- Balkan, E., Çalışkan, E., & Şimşek, A. (2023). Ebelik öğrencilerinin bakış açılarından mesleki değerler: Across-kesitsel çalışma. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 30-36.
- Bekmezci, H., Yurttaş, Ç., & Özkan, H. (2015). Ebelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 46-54.
- Btkowska-Korpała, B., Pastuszak-Draxler, A., Olszewska-Turek, K., Sikora-Zych, K., Epa, R., & Starowicz-Filip, A. (2022). Personality characteristics of empathy profiles—practical implications for education of medicine students. *BMC Medical Education*, 22(1), 376.
- Çetin Avcı, S., Işık, G., Egelioglu Cetişli, N., Üşümez, D., Şencandan, B., & Bektaş, C. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ve kariyer planları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 256-265.
- Demirbaş Meydan, Ş., & Kaya, N. (2018). Ebelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geliştirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 129-138.
- Dikmen Demir, Y., Yönder, M., Yorgun, S., Yıldırım Usta, Y., Umur, S., & Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 158-164.
- Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 21(1), 155-190.
- Ersoy, E. G., & Köşger, F. (2016). Empati: Tanımı ve Önemi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 9-17.

- Ertekin Pınar, Ş., & Yıldırım, G. (2020). Öğrenci ebelerde empatik eğilim ve özgeciliğin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10 (3), 263-270.
- Ertekin Pınar, Ş., Cesur, B., Duran, Ö., Güler, E., Üstün, Z., & Abak, G. (2013). Ebelik öğrencilerinin mesleki profesyonellikleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8(23), 9-37.
- Jeon, J., & Choi, S. (2021). Factors influencing patient-centeredness among Korean nursing students: Empathy and communication self-efficacy. *Healthcare*, 9(6), 727.
- Kang, E. S., Di Genova, T., Howick, J., & Gottesman, R. (2022). Adding a dose of empathy to healthcare: What can healthcare systems do?. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(3), 475-482.
- Kaplan Serin, E., & Tülüce, D. (2021). Determining nursing students' attitudes and empathic tendencies regarding aged discrimination. *Perspective in Psychiatric Care*, 57(1), 380-389.
- Karaca, A., Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2013). Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi? Bir sağlık yüksekokulu örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 118-122.
- Khakbazan, Z., Ebadi, A., Geranmayeh, M., & Momenimovahed, Z. (2019). Midwifery professionalism: An integrative review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 13(3), LE01-LE08.
- Korkmaz Doğdu, A., Aktaş, K., Dursun Ergezen, F., Bozkurt, S. A., Ergezen, Y., & Kol, E. (2022). The empathy level and caring behaviors perceptions of nursing students: A cross-sectional and correlational study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2653-2663.
- Korkmaz, F., & Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 1-17.
- Kök Eren, H., & Gürhan, N. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile empatik eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *İnceleyn. Psikiyatrist. Bakım*, 57, 1034-1040.
- Krause, S. A. (2016). Precepting challenge: helping the student attain the affective skills of a good midwife. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(S1), 37-46.
- Lawrence, J., & Wier, J. (2018). The use of drama within midwifery education to facilitate the understanding of professional behaviour and values. *Midwifery*, 59, 59-61.
- Lyneham, J., & Levett-Jones, T. (2016). Insights into Registered Nurses' professional values through the eyes of graduating students. *Nurse Education in Practice*, 17, 86-90.
- Öz, F. (1998). Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri, empatik becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 32-38.
- Poorchangizi, B., Farokhzadian, J., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M., & Borhani, F. (2017). The importance of professional values from clinical nurses' perspective in hospitals of a medical university in Iran. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1-7.
- Shahriari, M., & Baloochestani, E. (2014). Applying professional values: the perspective of nurses of Isfahan hospitals. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7.
- Sökmen, Y., & Taşpınar, A. (2021). Ebelerin mesleki profesyonel tutumları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 156-166.
- Şahin Orak, N., & Ecevit Alpar, Ş. (2012). Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 22-31.
- Treglia, E. (2020). The empathic abilities in nursing students: a longitudinal study. *La Clinica Terapeutica*, 171(6), 549-554.
- Tuna Oran N., & Kurul, Ş. (2019). Ebelik öğrencilerinin empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 42-50.

- Uğurlu, M., & Karahan, N. (2020). Ebelik öğrencilerinin ebelik mesleği hakkındaki görüşleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences*, 15(2), 45-54.
- Ünver, H., Şimşek Küçükkeleş, D., & Ünver, Z. (2022). Ebelerde mesleki aidiyetin profesyonel değer tutumuna etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(1), 8-15.
- Yeganeh, S., Torabizadeh, C., Bahmani, T., Molazem, Z., Doust, H. Y., & Dehnavi, S. D. (2022). Examining the views of operating room nurses and physicians on the relationship between professional values and professional communication. *BMC Nursing*, 21(1), 17.
- Yigitbaş, Ç., Bulut, A. D., & Günseli, S. (2019). Algılanan sosyal destek ile empatik eğilim ve empatik beceri arasındaki ilişki. *Euras J Fam Med*, 8(4), 155-64.
- Yücel, U., Ünal, İ., Özdemir, T., Koyuncu, M., & Çakmak, N. (2018). Ebelik öğrencilerinin profesyonel değer algılarının belirlenmesi. *Medical Sciences*, 13(4), 94-104.

Deprem bölgesine giden sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri

Compassion fatigue, stress, and psychological resilience levels of healthcare workers deployed to the earthquake zone

Duygu Helvacı Özkara¹, Emel Yılmaz²

¹ Uzman Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir /Türkiye, helvaciduygu@hotmail.com, 0000-0001-7059-6450

² Prof. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Manisa/ Türkiye, emelyilmazcbu@gmail.com, 0000-0002-5127-6651

ÖZ

Giriş ve Amaç: Sağlık çalışanları deprem sonrasında bireylerin tedavi ve bakımında önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada amaç 6 Şubat 2023 depreminden sonra deprem bölgesine geçici görevle giden sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, algılanan stres ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin saptanmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmaya Türkiye'nin batı bölgesindeki bir eğitim araştırma hastanesinden deprem bölgesine geçici görevle giden 160 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Çalışmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve tek değişkenli analizler kullanılmıştır. **Bulgular:** Sağlık çalışanlarının yaş ortalamalarının $32,87 \pm 7,89$ yıl, %57,8'inin kadın ve %28,1'inin hekim olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların Merhamet Yorgunluğu Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ortalamasının altında, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanının ortalamasının üzerinde ve Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ortalama düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca merhamet yorgunluğu arttıkça, algılanan stresin arttığı ve psikolojik sağlamlığın azaldığı, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça algılanan stresin de azaldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$). **Sonuç:** Sağlık çalışanlarına yönelik psikososyal müdahalelerin uygulanması, etkin başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi, sosyal destek ve dayanışmanın artırılması önerilmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Aim: Healthcare workers play a critical role in treating and caring for people after an earthquake. The aim of this study is to determine the compassion fatigue, perceived stress and psychological resilience of healthcare workers temporarily deployed in the earthquake zone after the February 6, 2023 earthquake. **Materials and Methods:** The descriptive cross-sectional study involved 160 healthcare workers who were temporarily assigned to the earthquake zone in a training and research hospital in the western of Turkey. The research data were collected using a personal information form, the Compassion Fatigue Scale, the Perceived Stress Scale and the Brief Resilience Scale. Descriptive statistics and univariate analyses were used in the analysis of the data. **Results:** The average age of healthcare workers was found to be 32.87 ± 7.89 years, with 57.8% being female and 28.1% being physicians. As a result of the study, it was found that the participants' partial and total scores on the Compassion Fatigue Scale were below average, the score on the Brief Resilience Scale was above average and the partial and total scores on the Perceived Stress Scale were at an average level. It was determined that as compassion fatigue increased, perceived stress increased and psychological resilience decreased. It was also noticed that as psychological resilience increased, perceived stress decreased ($p < 0.05$). **Conclusion:** Psychosocial interventions for healthcare workers, the development of effective coping methods and the strengthening of social support and solidarity are recommended.

Anahtar Kelimeler:
Deprem, Merhamet Yorgunluğu,
Psikolojik Sağlamlık, Sağlık
Çalışanları, Stres.

Key Words:
Compassion Fatigue,
Earthquake, Healthcare Workers,
Psychological Resilience, Stress

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü, Cerrahi Hastalıklar
Hemşireliği AD, Manisa/ Türkiye,
emelyilmazcbu@gmail.com, 0000-
0002-5127-6651

DOI:
10.52880/sagakaderg.1572430

Gönderme Tarihi/Received Date:
23.11.2024

Kabul Tarihi/Accepted Date:
03.04.2025

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2025

GİRİŞ

Türkiye'nin güney doğusunda 6 Şubat 2023 tarihinde farklı zaman aralıklarında 7,8 ve 7,6 şiddetinde meydana gelen iki deprem çok büyük hasar oluşturmuştur (Aytis, 2023). Bu depremler sonucunda 42.000'den fazla ölüm ve 100.000'den fazla ciddi yaralanma meydana gelmiştir. Türkiye'nin Afet Müdahale Planı devreye sokularak tüm afet müdahale ekipleri hızla harekete geçirilmiştir (Koç ve Yalçın, 2023). Depremler beklenmedik zamanlarda meydana gelen, insanların yaşamında kalıcı fiziksel ve psikolojik hasarlar oluşturan en sık incelenen doğal afetlerden biridir (Alexander ve Klein, 2009).

Sağlık çalışanları hastane dışı alanda travma yönetimi ve çalışması konusunda eğitim almış olsa da afet eğitimi almayan veya daha önce benzer vakalarla karşılaşmamış olanlar, psikolojik zorluklar, hastalar ve ailelerinin kontrol edilemeyen acıları, uzun çalışma saatleri ve uykusuzluk nedeniyle deprem bölgesindeki trajik olaylar ve yaşamı tehdit eden durumlarla karşılaşabilirler (Yılmaz ve ark., 2023). Afet bölgesinde bulunan gönüllü sağlık çalışanları çoğunlukla diğer bireylere yardım ederken kendilerini tehlikeye atmaktadırlar. Afetten etkilenen kişiler ile beraber sağlık çalışanları da hasta olarak sağlık bakımına ihtiyaç duyabilirler. Afetten sonra kurtarma aşaması kaotik olduğundan fiziksel zarar riski yüksektir. Bu aşamada sağlık çalışanlarında psikolojik sorunlar, şiddet, biyolojik, radyolojik, nükleer, kimyasal ve patlayıcı maddelere maruziyet görülebilmekte ve yaralanmalar, bulaşıcı hastalıklar gibi yaşamı tehdit eden problemler ortaya çıkabilmektedir. Bunlara bağlı olarak daha sonraları travma sonrası stres bozukluğu, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklar gelişebilmektedir (Sümen ve Öncel, 2024).

Sağlık ve acil durum profesyonelleri tarafından gösterilen merhamet ve empati bireyi ruhsal, zihinsel ve ekonomik olarak etkileyebilir. Travma, stres yaşayan hastalarla veya danışanlarla karşılaşmak, sağlık çalışanlarının zihinsel ve fiziksel sağlığını, güvenliğini ve refahını ayrıca ailelerinin, bakım verdikleri kişilerin ve çalıştıkları kurumları da olumsuz yönde etkileyebilir. Merhamet yorgunluğu travmatize olmuş birey ile maruziyetten kaynaklanan stres olgusunu tanımlamak için ortaya atılmıştır. Yardım edilen kişilerin duygusal acısı ve/veya fiziksel sıkıntılarıyla ilgili genellikle daha yoğun bir gerginlik ve meşguliyet hali, bakım veren kişi için ikincil bir travmatik stres yaratabilir. Biriken tükenmişlikle birleştiğinde, kişinin günlük çevresiyle başa çıkma yetisinin azalması nedeniyle oluşan zihinsel ve fiziksel tükenmişlik merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır (Cocker ve Joss, 2016).

Ülkemizde çalışma koşullarının uygun olmaması ve uzun çalışma saatleri gibi çalışma ortamındaki zorlu

koşullar sıklıkla sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Afetler, ileri evre hastalıklar, yas, ölüm yaşayan bireylerin ve ailelerin bakımı sırasında sağlık çalışanlarının kendi hassasiyetlerine yönelik farkındalık düzeyleri artarak kaygı ve stres durumları da yükselmektedir. Aynı zamanda stresli ve yoğun çalışma koşulları da bu kişilerin merhamet yorgunluğu yaşayıp hayattan zevk alamamasına yol açabilir. Bu durum da hastalara etkili bakımın sağlanmasını etkileyebileceği gibi hasta memnuniyetini ve iyileşme durumlarını da olumsuz olarak etkileyebilir (Kahve ve ark., 2023; Sehlkogl ve ark., 2023; Sümen ve Öncel, 2024).

Yapılan literatür taramasında deprem gibi doğal afetler sırasında sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve algılanan stres düzeylerinin birlikte değerlendirildiği yeterince çalışma bulunamamıştır. Sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve algılanan stres düzeylerinin belirlenmesi açısından bu araştırmaya gerek duyulmuştur. Çalışmadan elde edilecek bulgular sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu yaşamalarının önlenmesi, stres düzeylerinin azaltılması ve psikolojik sağlamlıklarının artırılmasına yönelik iyileştirici önlemlerin alınabilmesi açısından önemlidir. Böylece hastalara daha etkili bakım verilebilir ve hastaların iyileşme sürelerinin hızlanmasına da katkı sağlanabilir. Araştırma bulgularının literatüre katkı vereceği düşünülmektedir.

Bu çalışma 6 şubat 2023 depreminden sonra Türkiye'nin batı bölgesindeki bir eğitim araştırma hastanesinden bölgeye geçici görevle giden sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, algılanan stres ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Tipi

Araştırma tanımlayıcı kesitsel türdedir.

Araştırma Sorusu

6 Şubat 2023 depreminden sonra bölgeye geçici görevle giden sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, algılanan stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri nedir?

Evren ve Örneklem

Bu çalışmaya 6 şubat 2023 depreminden sonra Türkiye'nin batı bölgesindeki bir eğitim araştırma hastanesinden bölgeye geçici görevle giden sağlık çalışanları dahil edilmiştir (N=168). Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evren örneklem olarak alınmıştır. Dört sağlık çalışanı çalışmaya katılmak istemediği ve dördü de anketleri eksik doldurduğu için

çalışmadan dışlanmıştır. Çalışma 160 sağlık çalışanı ile sonlandırılmıştır. Çalışma Ağustos-Ekim 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya geçici görevle deprem bölgesine giden, en az bir hafta o bölgede kalan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan sağlık çalışanları çalışmaya dahil edilmiştir.

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri; Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarıdır. Bağımsız değişkenleri ise sağlık çalışanlarının eğitim durumu, yaş, cinsiyet vb. değişkenlerdir.

Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme tekniği ile klinikteki uygun bir odada yaklaşık 20-25 dakikada toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, çalıştığı birime ilişkin bilgileri içeren sorular sorular yer almaktadır.

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği: Ölçeği Adams ve arkadaşları (2006) geliştirmiştir (Adams ve ark., 2006). Her bir ölçek maddesinin katılımcıların deneyimlerini ne kadar yansıttığını değerlendiren öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 13 madde, çok sık: 10-nadiren/asla: 1- arasında değişen 10'lu likert türündedir. Mesleki tükenmişlik ve ikincil travma olarak iki boyutu içermektedir. Ölçekten 13-130 arası puan alınmakta olup, yüksek puanlar bireylerin deneyimlediği merhamet yorgunluğunun arttığını göstermektedir. Dinç ve Ekinci (2019) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (Dinç ve Ekinci, 2019). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayıları ikincil travma:0.84, mesleki tükenmişlik: 0,86 ve toplam 0.91 olarak belirlenmiştir.

Algılanan Stres Ölçeği: Cohen ve arkadaşları (1983) tarafından kişilerin yaşamlarında karşılaştığı durumlarda stres düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Cohen ve ark., 1983). Ölçek iki alt boyut (Algılanan öz yeterlilik ve algılanan çaresizlik) içermektedir. Çok sık: 5- hiçbir zaman:0 olarak beşli Likert tipi ölçektir. Ölçekten 0-40 arasında puan elde edilmektedir. Yüksek puanlar bireyin stres algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Eskin ve arkadaşları (2013) yapmıştır (Eskin ve ark., 2013). Bu çalışmada cronbach alfa düzeyi 0.85 olarak belirlenmiştir.

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği: Ölçeği bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyininin saptanması için Smith

ve arkadaşları (2008) geliştirmiştir (Smith ve ark., 2008). Ölçek altı maddeden oluşmaktadır ve beşli Likert tipindedir. Hiç uygun değil: 1 ve tamamen uygun: 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten 6-30 arasında puan alınabilmektedir. Puanların yüksek olması psikolojik sağlamlığın yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Doğan (2015) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0.83 bulunmuştur.

Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS 15.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde dağılımları, ortalama±standart sapma, ortanca, en büyük ve en küçük değerler, çeyreklerarası aralık) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi değerlendirilmiş ve değerler $p<0.05$ ten küçük bulunduğu için verilerin normal dağılıma uymadığı saptanmıştır (Uysal ve Kılıç, 2022). Çözümleyici bulgularda tek değişkenli analizler (Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ve spearman korelasyon analizi) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma öncesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik kurulundan onay alındı (12.07.2023-20.478.486-1918) Araştırma kapsamına alınan tüm sağlık çalışanları veri toplama öncesinde çalışmanın önemi ve amacı konusunda bilgilendirilmiş, yazılı ve sözlü onamları elde edilmiş ve İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na çalışma süresince uyulmuştur.

BULGULAR

Sağlık çalışanlarının yaş ortalamalarının $32,87\pm7,89$ yıl ve %61,2'sinin 32 yaş ve altı olduğu, grubun %57,8'inin kadınlardan oluştuğu, %45,0'inin lisans mezunu, 47,5'inin evli, %75,0'inin ortalama ve üstü gelir düzeyine sahip olduğu, %53,8'inin sigara ve %45,6'sının alkol kullandığı, %8,8'inin kronik hastalığı olduğu ve %13,8'inin sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine bakıldığında; %58,1'inin acil serviste çalıştığı, %28,1'inin hekim, meslekte çalışma yıl ortalamasının $9,12\pm6,85$ yıl, şu an çalıştığı birimde çalışma süresinin $5,61\pm4,80$ yıl olduğu, %15,6'sının işinden memnun olmadığı, %67,5'inin meslekte profesyonel olduğunu düşündüğü, %68,8'inin hizmet içi eğitimlere katıldığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının Merhamet Yorgunluğu Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ortalamasının altında olduğu saptanmıştır. Kısa Psikolojik

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri (N=160)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
Ort±SS	32.87±7.89, (Min:18,00, Maks: 53,00)	
32 yaş ve altı	98	61,2
33 yaş ve üzeri	62	38,8
Cinsiyet		
Erkek	94	58,7
Kadın	66	41,3
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	10	6,2
Lise	31	19,4
Onlisans	47	29,4
Lisans	72	45,0
Medeni durum		
Evli	76	47,5
Bekar	84	52,5
Gelir düzeyi		
Ortalama ve üstü	120	75,0
Ortalamanın altı	40	25,0
Sigara kullanma durumu		
Halen içiyor	86	53,8
İçmiş bırakmış	18	11,2
Hiç içmeyen	56	35,0
Alkol kullanma durumu		
Halen içiyor	73	45,6
İçmiş bırakmış	22	13,8
Hiç içmeyen	65	40,6
Kronik hastalık		
Evet *	14	8,8
Hayır	146	91,2
Sürekli kullanılan ilaç		
Evet **	22	13,8
Hayır	138	86,2

Ort: Aritmetik OrtalamaSS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer,

* Kardiyovasküler hastalık, diyabet, astım

**Antihipertansif, antidiyabetik, bronkodilatör

Güvenlik, temizlik ve bakım personeli,

Temizlik ve bakım personeli

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri

	Sayı	Yüzde
Çalışılan birim		
Servis	26	16,3
Yoğun bakım	11	6,9
Acil	93	58,1
Diğer*	30	18,7
Çalışma pozisyonu		
Hekim	31	19,4
Hemşire	45	28,1
Att/paramedik	23	14,4
Tıbbi sekreter/güvenlik	35	21,9
Diğer* #	26	16,2
Meslekte toplam çalışma süresi 9,12±6,85 (min: 1, maks: 30)		
Şu an çalıştığı birimde çalışma süresi 5,61±4,80(min: 1, maks: 23)		
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	35	21,9
Vardiya	125	78,1
Haftalık çalışma süresi 49,19±9,36(min: 40, maks: 80)		
Nöbet sayısı 2,72±2,24(min: 1, maks: 11)		
İş memnuniyeti		
Memnun değil	25	15,6
Biraz memnun	83	51,9
Memnun	52	32,5
Meslekte profesyonel olduğunu düşünme		
Evet	108	67,5
Hayır	12	7,5
Kısmen	40	25,0
Hizmet içi eğitime katılma durumu		
Evet	110	68,8
Hayır	50	31,2

Ort: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer,

Sağlamlık Ölçeği puanının ise ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ortalama düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Ölçek puanları ile sosyodemografiklerin karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği toplam puanı ile çalışma pozisyonu ve iş memnuniyeti arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hekimlerin ve işinden memnun olmayanların puanları daha yüksektir. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanı ile cinsiyet, eğitim düzeyi ve meslekte profesyonellik arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Erkeklerin,

önlisans mezunu olanların ve meslekte kendini profesyonel olanların puanı daha yüksektir. Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı ile cinsiyet, çalışma pozisyonu ve iş memnuniyeti arasında anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadınların, hekimlerin ve işinden memnun olmayanların puanları daha yüksektir (Tablo 4).

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği alt boyutlarından ikincil travma ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanı arasında negatif yönlü orta, Algılanan Stres Ölçeği algılanan çaresizlik ve toplam puan arasında pozitif yönlü orta, algılanan özyeterlilik arasında pozitif yönde orta düzey ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 3. Ölçek Puanlarının Dağılımı

Kullanılan ölçekler	Ort±SS (min-maks)	Ortanca (ÇAA)	Ölçeklerden Alnabilecek Min -Maks. Puanlar
Merhamet Yorgunluğu Ölçeği			
İkincil travma	19,28±10,44 (5,00-50,00)	18,00(10,00-25,00)	5,00-50,00
Mesleki tükenmişlik	37,38±16,99 (8,00-79,00)	38,00(24,00-48,75)	8,00-80,00
Toplam	56,66±25,10(13,00-120,00)	57,00(37,25-72,00)	13,00-130,00
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği			
	20,83±5,02 (6,00-30,00)	21,00(18,00-24,00)	6,00-30,00
Algılanan Stres Ölçeği			
Algılanan çaresizlik	11,63±5,58(0,00-24,00)	12,00(8,25-15,00)	0,00-24,00
Algılanan özyeterlilik	7,68±3,22(0,00-16,00)	8,00(5,00-9,00)	0,00-16,00
Toplam	19,32±7,27(0,00-38,00)	20,00(15,00-24,00)	0,00-40,00

Ort: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer, ÇAA: Çeyreklerarası aralık

Tablo 4. Ölçek Puanları ile Değişkenlerin Karşılaştırılması

Ölçekler	n	Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Toplam Ortanca (ÇAA)	Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Ortanca (ÇAA)	Algılanan Stres Ölçeği Toplam Ortanca (ÇAA)
Cinsiyet				
Erkek	94	56,50(35,00-71,00)	22,00 (18,00-25,25)	18,00 (14,00-22,00)
Kadın	66	58,50(41,00-77,50)	19,50 (17,00-22,00)	20,00(15,75-25,00)
Test İstatistiği		$z=-0,818$, $p=0,413$	$z=-3,121$, $p=0,002$	$z=-2,128$, $p=0,033$
Eğitim düzeyi				
İlköğretim (a)	10	63,00(27,50-82,50)	18,00(14,75-19,50)	21,00(17,00-23,00)
Lise (b)	31	57,00(36,00-77,00)	19,00(18,00-24,00)	20,00(15,00-24,00)
Önlisans (c)	47	46,00(33,00-66,00)	22,00(20,00-25,00)	18,00(13,00-20,00)
Lisans (d)	72	60,50(41,25-72,00)	20,00(18,00-23,75)	20,00(15,25-25,00)
Test İstatistiği		$\chi^2=4,683$, $p=0,197$	$\chi^2=12,479$, $p=0,006$	$\chi^2=6,840$, $p=0,077$
Post Hoc test			$a=b=d<c$	
Çalışma pozisyonu				
Hekim (a)	31	67,00(41,00-91,00)	20,00(17,00-24,00)	22,00(18,00-28,00)
Hemşire (b)	45	62,00(48,00-73,00)	20,00(18,00-23,50)	20,00(15,50-25,00)
Att/paramedik(c)	23	52,00(24,00-61,00)	23,00(21,00-26,00)	18,00(13,00-20,00)
Tıbbi Sekreter/güvenlik (d)	35	44,00(33,00-62,00)	21,00(19,00-24,00)	18,00(14,00-22,00)
Diğer* (e)	26	58,50(28,00-78,00)	18,00(17,25-25,25)	18,00(14,50-23,00)
Test İstatistiği		$\chi^2=14,319$, $p=0,006$	$\chi^2=6,825$, $p=0,145$	$\chi^2=11,304$, $p=0,023$
Post Hoc test		$a>b>c>d$		$a>b>c>d>e$
İş memnuniyeti				
Memnun değil (a)	25	71,00(58,00-83,00)	20,00(18,00-23,00)	24,00(19,50-25,50)
Biraz memnun (b)	83	61,00(42,00-73,00)	20,00(18,00-24,00)	20,00(15,00-24,00)
Memnun (c)	52	40,50(23,25-57,75)	21,00(18,25-26,00)	17,00(13,00-20,00)
Test İstatistiği		$\chi^2=24,186$, $p<0,001$	$\chi^2=2,750$, $p=0,253$	$\chi^2=17,601$, $p<0,001$
Meslekte profesyonellik		$a=b>c$		$a=b>c$
Evet	108	54,50(36,00-71,50)	21,50(18,25-25,00)	19,00(14,00-23,00)
Hayır	12	65,00(44,50-70,00)	20,50(18,00-21,75)	20,00(18,25-28,75)
Kısmen	40	59,50(35,75-80,75)	18,00(15,00-23,00)	20,50(15,00-26,00)
Test İstatistiği		$\chi^2=2,885$, $p=0,236$	$\chi^2=10,079$, $p=0,006$	$\chi^2=5,767$, $p=0,056$
Post Hoc test			$a=b=c$	

z: Mann Whitney u testi, c2: Kruskal Wallis testi, ÇAA: Çeyreklerarası aralık

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği alt boyutlarından mesleki tükenmişlik ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanı arasında negatif yönlü orta, Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey düzey ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$).

Merhamet yorgunluğu toplam puanı ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanı arasında negatif yönlü orta, Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey düzey ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında negatif yönlü orta düzey ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

6 Şubat 2023 depreminden sonra deprem bölgesine geçici görevle giden sağlık çalışanları depremi yaşayan bireylerin travmalarına tanıklık ederek zor koşullarda çalışmak ve müdahale etmek zorunda kalmışlardır. Sağlık çalışanlarında bu süreç ve sonrasında çeşitli ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Sehlikoğlu ve ark., 2023).

Çalışmada sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu orta düzey bulunmuştur. Topkara ve arkadaşlarının (2024) 6 şubat depremi sonrası sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu düzeylerini inceledikleri çalışmada ölçek puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır (Topkara ve ark., 2024). Sosyal hizmet uzmanları ile yapılan başka bir çalışmada da merhamet yorgunluğu puanları orta düzeyde bulunmuştur (Türk ve Kaya, 2023). Yeni Zelanda'daki Canterbury depremleri sırasında ve sonrasında hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşadığı belirtilmiştir (Chung ve Davies, 2016). Travma bakımında uzman olan Figley, afet gibi trajik durumlarda travması olan bireylere yardım eden çalışanlarda ikincil travma riskine dikkat çekmiştir. Merhamet yorgunluğunu başkalarına yardım etmenin sonucu olarak aşırı fiziksel ve zihinsel yorgunluk ve tükenme olarak tanımlamış ve bu durumun son derece ciddi bir tükenmişliğe yol açtığını belirtmiştir (Figley, 1995). Afet sonrasında iş baskısının yoğun duygusal sıkıntılara neden olduğu ve merhamet yorgunluğunu artırdığı görülmektedir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ortalamasının üzerinde saptanmıştır.

Tablo 5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler	MYÖ -İkincil Travma	MYÖ- Mesleki tükenmişlik	MYÖ Toplam	KPSÖ	ASÖ-Algılanan çaresizlik	ASÖ-Algılanan özyeterlilik	ASÖ
MYÖ-İkincil travma	-						
MYÖ- Mesleki tükenmişlik	$r_s=0,660^{**}$ $p<0,001$	-					
MYÖ toplam	$r_s=0,841^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,956^{**}$ $p<0,001$	-				
KPSÖ	$r_s=-0,408^{**}$ $p<0,001$	$r_s=-0,433^{**}$ $p<0,001$	$r_s=-0,474^{**}$ $p<0,001$	-			
ASÖ-Algılanan çaresizlik	$r_s=0,480^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,543^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,566^{**}$ $p<0,001$	$r_s=-0,548^{**}$ $p<0,001$	-		
ASÖ-Algılanan özyeterlilik	$r_s=0,252^{**}$ $p=0,001$	$r_s=0,342^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,343^{**}$ $p<0,001$	$r_s=-0,370^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,365^{**}$ $p<0,001$	-	
ASÖ	$r_s=0,484^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,554^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,578^{**}$ $p<0,001$	$r_s=-0,589^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,928^{**}$ $p<0,001$	$r_s=0,658^{**}$ $p<0,001$	-

rs: Spearman Korelasyon testi değeri, $**p<0.01$

MYÖ: Merhamet Yorgunluğu Ölçeği KPSÖ: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

Afetlere maruz kalma sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlılığını incelerken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir etkidir (Guo ve ark., 2022). Japonya'da 2011 yılındaki depremden sonra sağlık çalışanlarının %14'ünün depresyon, %15'inin ise psikolojik sıkıntı yaşadığı bildirilmiştir (Sakuma ve ark., 2015). Benzer olarak Huang ve arkadaşları (2023) afet hazırlık aşamasında acil tıp ekiplerindeki hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin orta, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Huang ve ark., 2023). Afetlere eğilimi olan ve afetten etkilenen toplumlarda yaşayan sağlık çalışanları, psikolojik ve zihinsel sağlıkları açısından, kurtarma ekiplerinin üyeleri olarak değil, yaşadıkları afet deneyimlerinden de olumsuz etkilenebilirler (Naushad ve ark., 2019). Guo ve arkadaşları (2022) Wenchuan depremini yaşayan ve yaşamayan sağlık çalışanları arasında psikolojik sağlamlık açısından anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir. Aynı çalışma Wenchuan depremine maruz kalmaktan ziyade, günlük yaşam ve işle ilgili stres faktörlerinin, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve dayanıklılığını etkileyen önemli faktörler olduğunu öne sürmüştür (Guo ve ark., 2022).

Çalışmada sağlık çalışanlarının Algılanan Stres Ölçeği puanları ortalama düzeyde saptandı. Sağlık çalışanlarının hastane dışı alanda travma alanında yönetim ve çalışma konusunda eğitim almış olmalarına rağmen, afet eğitimi almayan veya daha önce benzer vakalarla karşılaşmamış olanlar, uzun çalışma saatleri ve uykusuzluk nedeniyle deprem bölgesinde yaşanan kontrol edilemeyen hasta ve ailelerinin acılarını, trajik olayları ve yaşamı tehdit eden durumlara maruz kalmaktan kaynaklanan psikolojik zorluklar yaşamaktadırlar (Shrestha, 2015). Afet kurtarma çalışmalarına katılan sağlık çalışanları arasında olası travma sonrası stres bozukluğunun göreceli olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (Guo ve ark., 2022; Tyler-Viola, 2019). Önceki çalışmalarda travma sonrası stres bozukluğu bulgularının deprem bölgesindeki sağlık çalışanlarında yaygın olarak ortaya çıktığı gösterilmiştir (Ma ve ark., 2020; Tahernejad ve ark., 2023). Bu belirtiler zamanında teşhis ve tedavi edilmedğinde travma sonrası stres bozukluğuna dönüşebilir ve iş tatmininde düşme, işe gelmeme ve erken emeklilik ile sonuçlanabilir.

Çalışmada hekimlerin merhamet yorgunluğu puanları daha yüksek bulunmuştur. Khan ve arkadaşlarının (2015) sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunu değerlendikleri çalışmada hekimlerin merhamet yorgunluğu hemşirelerden daha yüksek saptanmıştır (Khan ve ark., 2015). Bunlardan farklı olarak acil servis hekim ve hemşirelerinin merhamet yorgunluğunun değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu puanları hekimlerden daha yüksek olarak belirlenmiştir (Şahan ve ark., 2022). Araştırma bulguları

literatürü destekler niteliktedir. Hekimlerin merhamet yorgunluğu puanlarının daha yüksek olması yoğun, kaotik çalışma koşulları ve kritik vakalara müdahale etmeleri ile açıklanabilir.

Çalışmada erkek sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıkları daha yüksek bulunmuştur. Deprem bölgesine ruh sağlığı çalışanlarını değerlendiren bir çalışmada da araştırma sonuçlarını destekleyen bulgular elde edilmiştir (Özbay ve Bülbül, 2024). Erkeklerde psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olmasında cinsiyet rolleri ve beklentileri etkili olabilir. Toplumda erkeklerin genellikle travma ile başa çıkma ve duygusal dayanıklılık konusunda daha fazla baskı altında olduğu algısı bulunduğundan erkek sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılıklarını artırma ve travma ile başa çıkmaya ilişkin daha fazla çaba harcadıkları düşünülmektedir.

Çalışmada merhamet yorgunluğu arttıkça, algılanan stresin arttığı ve psikolojik sağlamlığın azaldığı saptanmıştır. Aynı zamanda psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça algılanan stresin de azaldığı belirlenmiştir. Afet sırasında travmaya müdahale eden çalışanlar ile yapılan çalışmada da merhamet yorgunluğunun psikolojik dayanıklılığı olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Burnett ve Wahl, 2015). Topkara ve arkadaşlarının (2024) deprem bölgesinde görev yapan sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğunu değerlendirdikleri çalışmada merhamet yorgunluğunun ikincil travmatik stresi artırdığı bildirilmiştir (Topkara ve ark., 2024). Türk ve Kaya'nın (2023) depremden sonra psikososyal destek uygulamalarında çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yaptıkları çalışmada da yüksek psikolojik sağlamlığın stres düzeyini azalttığı belirlenmiştir (Türk ve Kaya, 2023). Çalışma bulguları literatüre paralellik göstermektedir. Deprem sonrası sağlık çalışanları deprem yaşayan ve travmalı bireylere yardım etmektedir. Bu süreçte sağlık çalışanları depremedelerin duygusal yükünü taşıyarak, onların acıları ile duygusal yüklenme ve empati kurmalarına yol açarak kişisel olarak etkilenmelerine neden olduğu düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Çalışmada birkaç sınırlılık bulunmaktadır. Araştırmaya sadece bir ildeki eğitim ve araştırma hastanesinden geçici görevle giden sağlık çalışanları dahil edildiğinden sonuçlar tüm sağlık çalışanlarına genellemez. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildiğinden verilerin güvenilirliği katılımcıların verdiği cevaplar ile sınırlıdır. Bu sınırlılıklara rağmen çalışma deprem bölgesine geçici görevle giden farklı meslek gruplarındaki sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, algılanan stres ve psikolojik sağlamlık düzeylerini birlikte değerlendiren

bir çalışma olduğundan çalışma bulgularının gelecekteki araştırmalara ışık tutabileceği ve ilgili literatüre önemli katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının deprem bölgesine farklı zamanlarda gitmiş olmalarına bağlı çalışma sonuçları etkilenmiş olabilir. Bu da çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6 Şubat 2023 depreminden sonra deprem bölgesine geçici görevle giden sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu, algılanan stres ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda katılımcıların Merhamet Yorgunluğu Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ortalamasının altında, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanının ortalamasının üzerinde ve Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ortalama düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca merhamet yorgunluğu arttıkça, algılanan stresin arttığı ve psikolojik sağlamlığın azaldığı saptanmıştır. Aynı zamanda psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça algılanan stresin de azaldığı belirlenmiştir.

Bu bulgular doğrultusunda sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik sağlamlığı geliştiren yapılandırılmış programların (örneğin, stres azaltma kampları, psikolojik sağlamlık atölyeleri) planlanması ve afet sonrası görev öncesi ve sonrasında uygulanması, bölgede görev yapan sağlık çalışanlarının uzun dönem ruhsal etkilerinin izlenebilmesi için travma sonrası stres bozukluğu tarama programları geliştirilmesi, 7/24 ulaşılabilir psikososyal destek hatları ve online psikolojik danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca kurumlar tarafından güçlü sosyal destek ağlarının sağlanması, ekip içi dayanışmanın artırılması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik politikaların geliştirilmesi, hem sağlık çalışanlarının ruh sağlığını koruyacak hem de hizmet kalitesini artıracaktır.

KAYNAKLAR

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>

Alexander, D. A., & Klein, S. (2009). First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(2), 87–94. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006610>

Aytis, S. (2023). Deprem kavramı, etkileri ve 6 Şubat 2023 depremleri bağlamında süreçler üzerinden bütünsel değerlendirmeler. *Journal of Architectural Sciences and Applications*, 8 (Special Issue), 567-584.

Burnett, H.J., & Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(1), 318-326.

Chung, J., & Davies, N. (2016). A review of compassion fatigue of nurses during and after the Canterbury earthquakes. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 20, 69-80.

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Dinç, S., & Ekinci, M. (2019). Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 192-202.

Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilir çalışması *The Journal of Happiness and Well-Being*, 3(1), 93-102

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik analizi. *New Symposium Journal*, 51(3), 132-140.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203777381>

Guo, C., Li, S. & Chan, S.S. (2022). Long-term effects of disaster exposure on health care workers' resilience: a comparison of the Wenchuan earthquake-exposed and unexposed groups. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 67, 102658. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2021.102658>

Huang, W., Li, L., Zhuo, Y. & Zhang, J. (2023). Analysis of resilience, coping style, anxiety, and depression among rescue nurses on EMTs during the disaster preparedness stage in Sichuan, China: a descriptive cross-sectional survey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, e268. <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.225>

Kahve, A.C., Aydın, S., & Er, D.G. (2023). Travmaya maruz kalan bireyler ve sağlık çalışanlarında deprem sonrası ortaya çıkan ruhsal sorunlara yaklaşım. *TOTBİD Dergisi*, 22, 642-651.

Khan, A.A., Khan, M.A., Malik, N.J. (2015). Compassion fatigue amongst health care providers. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 65(2), 286-289.

Koç, M., & Yalçın, S. (2023). Afetlerde krize müdahale: Kahramanmaraş depremi'nde aile ve sosyal hizmetler bakanlığı'nın çalışmaları. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 93-105. <https://doi.org/10.57114/jswrp.1257945>

Ma, I. C., Chang, W. H., Wu, C. L., & Lin, C. H. (2020). Risks of post-traumatic stress disorder among emergency medical technicians who responded to the 2016 Taiwan earthquake. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 119(9), 1360–1371. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.11.02>

Naushad, V. A., Bierens, J. J., Nishan, K. P., Firjeeth, C. P., Mohammad, O. H., Maliyakkal, A. M., ChaliHadani, S., & Schreiber, M. D. (2019). A Systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(6), 632–643. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004874>

Özbay, A., & Bülbül, A. E. (2024). The impact of psychological resilience and gender on the relationship between trauma-coping perception and levels of secondary traumatic stress in mental health workers. *Journal of Community Psychology*, 10.1002/jcop.23150. <https://doi.org/10.1002/jcop.23150>

Şahan, S., Öztürk, A., Çınar, D., & İsmailoğlu, E.G. (2022). Investigating the compassion fatigue in emergency department physicians and nurses. *Progress in Health Sciences*, 12(1), 101-109.

- Sakuma, A., Takahashi, Y., Ueda, I., Sato, H., Katsura, M., Abe, M., Nagao, A., Suzuki, Y., Kakizaki, M., Tsuji, I., Matsuoka, H., & Matsumoto, K. (2015). Post-traumatic stress disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 15, 58. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0440-y>
- Sehlikoglu, S., Yılmaz Karaman, I.G., Yastibas, Kacar, C., Canakci, M.E. (2023). Earthquake and mental health of healthcare workers: A sistematic review. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 26, 309-318.
- Shrestha R. (2015). Post-traumatic stress disorder among medical personnel after Nepal earthquake, 2015. *Journal of Nepal Health Research Council*, 13(30), 144–148.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Sümen, A., & Öncel, S. (2024). Afetlerde sağlık çalışanlarının sağlığı. Karadağ G, editör. *Afetler ve Toplum Sağlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.99-108.
- Tahernejad, S., Ghaffari, S., Ariza-Montes, A., Wesemann, U., Farahmandnia, H., & Sahebi, A. (2023). Post-traumatic stress disorder in medical workers involved in earthquake response: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9(1), e12794. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e12794>
- Topkara, F.M., Aktaş-Reyhan, F., Dağlı, E., & Bakır, E. (2024). Deprem bölgesinde görev yapan sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *TOGU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 152-165. <https://doi.org/10.52369/togusagbilderg.1418440>
- Türk, A., & Kaya, S. (2023). Deprem sonrası psikososyal destek uygulamalarında merhamet yorgunluğunun psikolojik sağlamlığa etkisi: sosyal hizmet uzmanları üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 81-91. <https://doi.org/10.57114/jswrpub.1312507>
- Tyer-Viola L. A. (2019). Grit: The essential trait of nurses during a disaster. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(3), 201–204. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000416>
- Uysal, İ., & Kılıç, A. (2022). Normal dağılım ikilemi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 12(1), 220-248. <https://doi.org/10.18039/ajesi.962653>
- Yılmaz, S., Karakayali, O., Yılmaz, S., Çetin, M., Eroglu, S. E., Dikme, O., Özhasenekler, A., Orak, M., Yavaş, Ö., Karbek Akarca, F., Günel Eneyli, M., Erbil, B., & Akoğlu, H. (2023). Emergency medicine association of turkey disaster committee summary of field observations of February 6th Kahramanmaraş Earthquakes. *Prehospital and disaster Medicine*, 38(3), 415–418. <https://doi.org/10.1017/S1049023X23000523>

Attitudes of pediatric nurses to reporting child abuse

Pediatric hemşirelerinin çocuk istismarını raporlamaya ilişkin tutumları

Selver Güler¹, Melike Yavaş Çelik², Selenay Büşra Berk³

¹Assoc. Prof. Dr. Kilis 7 Aralık University, Yusuf Şerefoğlu Faculty of Health Sciences, Kilis, Turkey, selvergulerr@gmail.com , 0000-0003-2984-4306

²Assoc. Prof. Dr. Gaziantep University, Faculty of Health Sciences, Gaziantep, Turkey, melikedogu71@gmail.com, 0000-0002-1155-1022

³Specialist Nurse İzmir Tepecik Training and Research Hospital, İzmir, Turkey, selen8713@gmail.com, 0000-0002-0166-6811

ABSTRACT

Introduction and aim: This study was conducted to evaluate pediatric nurses' attitudes towards reporting child abuse. **Material and method:** The study was conducted with 119 volunteer nurses working in the pediatric department of a hospital in Turkey on between September 2, 2022 and October 28, 2022. The data of the study were collected with the "Data Collection Form and Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale". **Findings and conclusion:** The age mean of nurses was $39,48 \pm 4,46$. 58% of the nurses who participated in the study stated that they did not receive training on child abuse, 43.7% stated that they encountered child abuse in their professional life, 37.8% stated that they found themselves inadequate in reporting child abuse, 69.7% stated that they did not have information about the child monitoring center, and 84% stated that they needed information about child abuse. When the mean scores of the Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale were compared according to the gender of the nurses participating in the study, a statistically significant relationship was found ($p < 0.05$). It was found that women created the meaning. In addition, it was determined that nurses' attitudes towards reporting child abuse were affected by receiving education about abuse, witnessing abuse, reporting abuse and needing information about abuse. In the study, it has been seen that it is necessary to inform all nurses working in the field of pediatrics about reporting abuse and to give nurses the necessary responsibility for making this report.

ÖZ

Giriş ve amaç: Bu çalışma pediatri hemşirelerinin çocuk istismarını bildirmeye yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve yöntem:** Araştırma, 2 Eylül 2022 ile 28 Ekim 2022 tarihleri arasında Türkiye'de bir hastanenin pediatri bölümünde çalışan 119 gönüllü hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri "Veri Toplama Formu ve Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği" ile toplanmıştır. **Bulgular ve sonuç:** Hemşirelerin yaş ortalaması $39,48 \pm 4,46$ 'dır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %58'i çocuk istismarı konusunda eğitim almadığını, %43.7'si meslek yaşamında çocuk istismarı ile karşılaştığını, %37.8'i çocuk istismarı ile karşılaşınca bu durumu rapor etme konusunda kendisini yetersiz olarak bulduğunu, %69.7'si çocuk izlem merkezi hakkında bilgiye sahip olmadığını, %84'ü çocuk istismarı konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği puan ortalamalarını karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Anlamlılığı kadınların oluşturduğu bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin çocuk istismarını bildirmeye yönelik tutumlarının istismar konusunda eğitim alma, istismar olgusuna tanık olma, istismarı bildirme ve istismar konusunda bilgiye gereksinim duyma durumlarından etkilendiği belirlenmiştir. Çalışmada pediatri alanında çalışan tüm hemşirelerin istismarın bildirilmesi konusunda bilgilendirilmesi ve hemşirelere bu bildirimin yapılması için gerekli sorumluluğun verilmesi gerektiği görülmüştür.

Key Words:
Child Abuse, Nurses, Reporting, Attitude

Anahtar Kelimeler:
Çocuk İstismarı, Hemşireler, Raporlama, Tutum

Corresponding Author/Sorumlu

Yazar:
Assoc. Prof. Dr. Kilis 7
December University, Faculty of
Health Sciences, Kilis, Turkey,
selvergulerr@gmail.com , 0000-
0003-2984-4306

DOI:
10.52880/sagakaderg.1588545

Received Date/Gönderme
Tarihi:
22.11.2024

Accepted Date/Kabul Tarihi:
24.02.2025

Published Online/Yayınlanma
Tarihi:
30.06.2025

INTRODUCTION

The concept of abuse describes relationships that develop in the interaction of two or more people, when one party harbors bad intentions and takes advantage of this intention (Selçuk, 2022). Child abuse is an important worldwide problem with affecting children regardless of race, religion, culture, socioeconomic status (Lee & Kim, 2018), complex causes and tragic consequences, with comprehensive medical, legal, developmental and psycho-social implications. (Cho et al., 2015). Child abuse is defined as all actions and inactions directed at the child by an adult such as a mother, father, caregiver or foreign persons which are considered inappropriate or damaging by social rules and professional people and that prevent or limit the child's development (Lee & Kim, 2018; Selçuk, 2022). The results of these actions against children throughout their lives cause negative effects on physical, mental and sexual aspects and accordingly, it causes deterioration of health (Cho et al., 2015; WHO, 2022). In recent years, while child abuse is expected to decrease worldwide, it is increasing (Lee & Kim, 2018). According to World Health Organization (WHO) data, approximately 3 out of 4 children aged 2-4 -about 300 million children- are regularly exposed to physical abuse and/or psychological violence by their parents and caregivers. In addition, 120 million girls and young women under the age of 20 are forced into sexual intercourse (WHO, 2022).

According to WHO, abuses against children are often not reported and only some of the children who are victims of abuse receive support from healthcare professionals (WHO, 2022). Nurses, who play a crucial role in detecting child abuse cases, are the first professionals to contact patients and their families and maintain close relations with patients (Cho et al., 2015; Lee & Kim, 2018; Maul et al., 2019). Therefore, in many countries, nurses have legal and professional responsibilities such as taking care of the suspected/detected child, reporting the incident to the relevant institution/organization and reporting (Cho et al., 2015; Maul et al., 2019). Unfortunately, it is a well-known fact that in most low- and middle-income countries, reporting of abuse cases is not mandatory and the necessary reports are not submitted (Maul et al., 2019; Stoltenborgh et al., 2013; WHO, 2022). In our country, all public institutions and organizations and those working in these organizations, non-governmental organizations are obliged to notify the victims of abuse to the Provincial Directorates of the Ministry of Family and Social Services (Uğurlu & Gülsen, 2014; Yılmaz & Çalışkan, 2019). Therefore, it is important for nurses to be able to identify this abuse and submit the appropriate report in order to provide appropriate medical, nursing and legal services to victims (Cho et al., 2015). Today,

there are some difficulties in the diagnosis and proof of abuse cases. Most of the cases go undetected or not reported due to some circumstances (fear of the reporter being threatened by the abuser, unwillingness to remove the child from the family) (Aksay & Kar, 2022; İkişik et al., 2022; Turan ve Erdoğan 2019).

When we look at studies on reporting child abuse, it is seen that scale development (Bür Durgun, 2019; Turan & Erdoğan, 2019) and generally nursing students and healthcare professionals are preferred as samples (Acar et al., 2021; Kılıçaslan et al., 2020; Özçevik et al., 2018). Therefore, it is important to study this issue with pediatric service nurses who are in contact with children the most.

Aim of Study

- This study was conducted to evaluate pediatric nurses' attitudes towards reporting child abuse.
- This study aimed to determine the differences in HPAT-CMRS mean scores in terms of demographic data and abuse-related data.
- The aim was to determine how effective the situations that may affect child abuse are in reporting abuse.

MATERIAL AND METHOD

Type, Place, and Time of Research

This descriptive study was conducted in İzmir Training and Research Hospital to evaluate pediatric nurses' attitudes toward reporting child abuse. The data were collected face to face by the researcher between September 2, 2022 and October 28, 2022.

Ethical Aspect of Research

This study was approved by Kilis 7 Aralık University Ethics Committee (Date: 15 June 2022, decision no: 2022/13). The study was conducted in accordance with international Helsinki declarations, guidelines. Necessary permissions were obtained from Izmir Research and Training Hospital.

Population and Sample of the Research

The population of the study consisted of pediatric nurses (N=215) of the hospital where the study was conducted. Sample selection was not made in the study, and 119 nurses, 55,34% of the population who volunteered to participate in the research, formed the sample group. The scale mean and S.D obtained from a sample study (Turan & Erdoğan, 2019) were found to be 0.41. When the power of the test was taken as 0.90 ($\alpha=0.05$, $1-\beta=0.90$), the minimal sample size was calculated as 102 nurses.

Inclusion Criteria: Working as a pediatric nurse and agree to participate in the research.

Data Collection Tools

The data of the study were collected with the "Data Collection Form and Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale".

Data Collection Form: Created by researchers through literature review (Aksay & Kar, 2022; Cho et al., 2015; Maul et al., 2019; Turan & Erdoğan 2019; Yılmaz & Çalışkan, 2019). In form; questions were included such as the sociodemographic characteristics of nurses, their knowledge about their experiences of child abuse, their education and training they received throughout their professional life, their information about the Child Monitoring Center, their need to be informed about child abuse, and what should be done to prevent abuse

Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale (HPAT-CMRS):

In 2014, Singh et al. adapted the original "Teachers' Reporting Attitude Scale for Child Sexual Abuse" and transformed it into the "Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale" by Singh et al. in 2017. In the adaptation of the scale, first of all, health-related discourses were used instead of teaching-related terminologies in all items in the scale. In addition, the term "child abuse/neglect" was preferred instead of "child sexual abuse". The Turkish validity and reliability study of the scale was conducted by Turan and Erdoğan (2019) and consists of 19 items and two sub-dimensions (Reporting Responsibility and Concerns about Reporting). The discourses in the "Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale" are scored as five-point Likert scale. It is stated as "Strongly agree", "Agree", "Undecided", "Disagree", "Strongly disagree". As the total score obtained from the scale increases, it shows that the concerns that may prevent reporting are lower and that healthcare professionals feel more responsible for reporting child abuse (Turan & Erdoğan, 2019). Turan and Erdoğan (2019) found the Cronbach Alpha value of the scale to be 0.89 in their study. The Cronbach alpha value for this study was found to be 0.80.

Application of Research

Before collecting the research data, the researcher introduced himself to the nurses and gave information about the research he would do. Written informed consent was obtained from nurses who volunteered to participate in the study. Each interview took approximately 20-25 minutes to collect the study data.

Statistical Analysis of Data

The data collected from the participants were evaluated by the researcher using the Statistical Package Social Science (SPSS) 25.0 statistical program in computer environment. Histogram graph and Kolmogorov-Smirnov test were used to determine whether the data were distributed to the norm. Normally distributed data were evaluated by using parametric tests Anova and t test. Number, mean and standard deviation were used for descriptive data. Person correlation analysis and regression analysis were performed. Cronbach's alpha coefficient was calculated. Significance (p) was taken as 0.05.

Limitations of the Study

The information obtained from the research is valid for the pediatric nurses of a hospital where the research was conducted. Obtained information is based on pediatric nurses' self-report.

Of the nurses working in the pediatric clinics participating in the study, 43.7% are between the ages of 26-30, 77.3% are women, 37.0% work in the pediatric clinic, 60.5% are single, 55.5% have been working as a nurse for 1-3 years, 64.7% of them work 40-49 hours a week, 75.6% have a bachelor's degree, 58% have not been trained in child abuse, 43.7% have encountered child abuse in their professional life, 37.8% are willing to report this situation when faced with child abuse. They see themselves as inadequate, 69.7% report that they do not have information about the child monitoring center, 84% report that they need to be informed about child abuse (Table 1).

When we compared the HPAT-CMRS score averages of the nurses working in the pediatric clinics participating in the study according to their gender, a statistically significant relationship was found ($p < 0.05$). It was found that the mean HPAT-CMRS score of female nurses was higher than that of male nurses (Table 2).

Nurses working in pediatric clinics participating in the study had a total score of 43.13 ± 7.76 for HPAT-CMRS, 19.65 ± 6.38 for responsibility, a sub-dimension of HPAT-CMRS, and 23.78 ± 4.75 for anxiety, a sub-dimension of HPAT-CMRS. As the score obtained from the scale increases, nurses' attitudes towards reporting abuse increase positively. As the total score obtained from the scale increases, it shows that there are fewer concerns that may prevent reporting and that healthcare professionals feel more responsible in reporting child abuse. The lowest score received from the scale is 21 and the highest score is 105. The low mean score of the total HPAT-CMRS scale and sub-dimensions showed that the nurses' concerns were high and their responsibility to

Table 1. Distribution of Descriptive Data of Nurses

Data	n=119	%
Age, mean: 39,48±4.46	21-25 age	32
	26-30 age	52
	31-46 age	35
Sex	Women	92
	Men	27
Unit of work	Emergency	35
	Newborn unit	40
	Children units	44
Marital status	Married	47
	Single	72
Year of work	1-3 year	66
	4-10 year	27
	11-26 year	26
Working time in a week	40-49 hours	77
	50-60 hours	42
Education status	High school and associate degree	17
	Degree	90
	Postgraduate	12
Education on child abuse	Yes	50
	No	69
Confrontation with child abuse in your professional life	Yes	52
	No	67
Self-efficacy to report child abuse	Self-efficacy	74
	Not Self-efficacy	45
The status of having information about the child follow-up center	Yes	36
	No	83
Needing to be informed about child abuse	Yes	100
	No	19

Table 2. Comparison of Nurses' Demographic Data and HPAT-CMRS Averages

	HPAT-CMRS Mean±S.D	Analyzes
Age	21-25 age	41.00±8.92
	26-30 age	39.63±4.24
	31-46 age	39.28±6.43
Sex	Women	40.56±6.50
	Men	37.62±5.62
Unit of work	Emergency	39.11±9.36
	Newborn unit	40.51±4.77
	Children units	39.76±7.32
Marital status	Married	39.76±7.32
	Single	39.98±5.79
Year of work	1-3 year	40.12±6.81
	4-10 year	40.55±4.94
	11-26 year	38.65±6.77
Working time in a week	40-49 hours	40.07±7.19
	50-60 hours	39.57±4.72
Education status	High school and associate degree	38.58±5.60
	Degree	40.61±6.50
	Postgraduate	36.41±5.74
Education on child abuse	Yes	39.32±6.80
	No	40.31±6.12
Confrontation with child abuse in your professional life	Yes	40.80±7.65
	No	39.19±5.20
Self-efficacy to report child abuse	Self-efficacy	39.91±5.20
	Not Self-efficacy	39.19±5.20
The status of having information about the child follow-up center	Yes	39.55±6.25
	No	40.04±6.51
Needing to be informed about child abuse	Yes	40.23±6.43
	No	38.15±6.18

report was low. As a result, it was found that the nurses were uneasy about reporting abuse and could not report the report (Table 3).

It was determined that the nurses' attitudes towards reporting child abuse was affected by the status of receiving education on child abuse, confrontation with child abuse in your professional life, self-efficacy to report child abuse, and needing to be informed about child abuse. It was found that there was a low negative relationship between nurses' attitudes towards reporting child abuse and their status of receiving education about abuse, reporting abuse and needing information about abuse. In addition, it was found that there was a positive low relationship between nurses' attitudes towards reporting child abuse and witnessing a case of abuse (Table 4).

DISCUSSION

In recent years, the issue of child abuse has begun to be addressed as an increasingly important medical, legal and social problem. Nursing profession, one of the health professionals, has important responsibilities in the prevention of this problem, early diagnosis and treatment, and raising awareness of the society (Cho et al., 2015; WHO, 2022). In this direction, the discussion of the data obtained from the research conducted to evaluate the child abuse reporting attitudes of pediatric nurses is given below. While only 42% of the nurses participating in the study stated that they received training on this subject, 58% stated that they had never received any training on child abuse. Different studies have also shown that nurses do not receive training on this subject or that their training is insufficient (Başdaş

Table 3. Total Mean of Nurses' HPAT-CMRS Total Scores and Sub-Dimensions

HPAT-CMRS score	Mean±S.D	Min-Max
HPAT-CMRS total score	39.89±6.41	38.73-41.06
Reporting Responsibility	19.65±6.38	18.49-20.81
Concerns about Reporting	23.78±4.75	22.92-24.65

Table 4. Factors Affecting Nurses' Attitudes Towards Reporting Child Abuse

Affecting situations	Mean ± S.D	F / p	R	R ²	(r) / p	t / p	Durbin-watson	B	Beta
Education on child abuse	39.32±7.32	3.14/0.04	0.27	0.08	-0.28/0.01	26.18/0.01	1.45	41.30	-0.28
Confrontation with child abuse in your professional life	39.89±6.41	1.86/0.17	0.13	0.02	-0.13/0.01	21.90/0.01	2.05	42.42	-0.13
Self-efficacy to report child abuse	39.89±6.41	3.07/0.08	0.16	0.03	0.16/0.01	4.42/0.01	1.97	28.61	6.46
Needing to be informed about child abuse	39.89±6.41	1.68/0.19	0.12	0.02	-0.12/0.01	21.73/0.01	2.01	42.30	-0.12

& Bozdağ, 2018; Çalışkan & Yılmaz, 2019). In addition, studies have revealed that nurses did not receive adequate training on child abuse during their education life (Borimnejad & Fomani, 2015; Chan et al., 2020). In various studies, it has been determined that 20%, 56%, 58.75%, 60% and 66.3% of nurses have received training in any period of their professional life, respectively (Ben Natan et al., 2012; Feng & Levine, 2005; İkişik et al., 2022; Lavigne et al., 2017; Lee & Kim 2018). Another finding of our study is that 84% of the nurses reported that they needed to be informed about child abuse.

In the studies carried out; Nurses have insufficient nursing education and in-service training on child abuse, nurses have some common misconceptions about child protection, nurses need more training on child abuse, participant nurses want to receive training on child abuse, almost one third of nurses It has been reported that there is a lack of knowledge about child abuse and the relevant legislation of nurses (Başdaş & Bozdağ, 2018; Borimnejad & Fomani, 2015; Chan et al., 2020; Cho et al., 2015; Feng et al., 2005; Foster et al. 2017; Herendeen et al., 2014; Lavigne et al., 2017; Lee et al., 2007;). In line with all these results; In particular, pediatric nurses should be included in a training program to identify child abuse at an early stage. In line with this program, relevant government agencies should be encouraged to take appropriate action on behalf of abused children and to report them to the relevant person/institution/organization.

It was found that 37.8% of the nurses in the study considered themselves inadequate in reporting child abuse when faced with it. In the studies conducted, it was found that 53.5% of them did not know where to report when they encountered a case of child abuse (Cho et al., 2015). In addition, it was reported that 5.5%, 20%, 21% and 20% of the nurses encountered a suspicious situation about child abuse but did not report it (Ben Natan et al., 2012; Chan et al., 2020; Feng & Levine, 2005; Herendeen et al., 2014) Nursing professionalism entails the responsibility to protect abused children and support their families. Reporting child abuse is a professional and systematic effort. However, both the results of our study and the results in the literature have shown us that nurses are inadequate in this regard.

69.7% of the nurses included in the study reported that they did not have information about the child follow-up center. In the study of İkişik et al., 2022, in the study they conducted in it was determined that only 13.4% (n=21) of the nurses had knowledge about the establishment purpose and functioning of the child monitoring centers (İkişik et al., 2022). When we compared the HPAT-CMRS score averages of the nurses working in the pediatric clinics participating in the study according to their gender, a statistically significant relationship

was found. It was found that the mean HPAT-CMRS score of female nurses was higher than that of male nurses. In other words, female nurses are more timid in providing information. Considering that the majority of the participants in our study were women and that most of our workers were in a negative attitude towards reporting, it is normal for us to reach this conclusion. The results in many studies are similar. Nurses do not have sufficient competence to report abuse cases and cannot present their reports (Lee & Kim, 2018; Maul et al., 2019; Zusman & Saporya-Sorozon, 2022).

It was determined that the nurses' attitudes towards reporting child abuse was affected by the status of receiving education on child abuse, confrontation with child abuse in your professional life, self-efficacy to report child abuse, and needing to be informed about child abuse. Similar results were found in studies (Chan et al., 2020; Lavigne et al., 2017; Lee & Kim, 2018; Park et al., 2013). For this reason, it can be said that it is necessary to consider these parameters in the preparation of nurses' education on child abuse. These parameters give us a clue. In fact, nurses cannot report because they are not trained on this subject, do not receive training and do not have enough self-confidence. For this reason, nurses need to be educated about child abuse and gain self-confidence in order to eliminate these problems.

CONCLUSION

As a result, it was found that nurses were some insufficient in reporting child abuse and the factor affecting this situation was that the nurses did not receive adequate training on this issue. It is important to create a collaborative work environment with supportive colleagues and supervisors to increase nurses' disposition to report. Future research examining the roots of these beliefs and strategies to address them is needed to develop culturally appropriate educational materials that can establish consistency among health professionals in identifying and reporting physical abuse.

REFERENCES

- Acar, M.D., & Bulut, E. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(6), 51-57.
- Aksay, E.Y., & Hakan, K.. (2022). Pediatriye adli olgu olarak bildirimi gereken konular. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (Özel Sayı-1) 21. *Mersin Pediatri Günleri Bildiri Kitabı*, 94-100. <https://dergipark.org.tr/en/pub/mersinsbd/issue/69867/1120826>
- Başdaş, Ö., & Bozdağ, F. (2018). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama durumlarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 267-275. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.394749>

- Ben Natan, M., Faour, C., Naamhah, S., Grinberg, K., & Klein Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*, 59(3), 331-337. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x>
- Borimnejad, L., & Fomani, F. K. (2015). Child abuse reporting barriers: Iranian nurses' experiences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(8). <https://doi.org/10.5812/ircmj.22296v2>
- Bür Durgun, S. (2019). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali raporlama öz-yeterlilik ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Chan, A. C. Y., Cheng, W. L., Lin, Y. N., Ma, K. W., Mark, C. Y., Yan, L. C., ... & Ho, G. W. K. (2020). Knowledge and perceptions of child protection and mandatory reporting: a survey of nurses in Hong Kong. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43(1), 48-64. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1561763>
- Cho, O. H., Cha, K. S., & Yoo, Y. S. (2015). Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian nursing research*, 9(3), 213-218. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003>
- Feng, J. Y., & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 783-795. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.006>
- Feng, J. Y., & Wu, Y. W. B. (2005). Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health*, 28(4), 337-347. <https://doi.org/10.1002/nur.20087>
- Foster, R. H., Olson-Dorff, D., Reiland, H. M., & Budzak-Garza, A. (2017). Commitment, confidence, and concerns: Assessing health care professionals' child maltreatment reporting attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 67, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.024>
- Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.06.004>
- İkişik, H., Taşdemir, M., Alpaslan, A., Kırlangıç, M., Tuğçe, Y., Korkut, M., ve Maral, I. (2022). Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yaklaşımları ve Çocuk İzlem Merkezleri Hakkındaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 8(3), 263-269. <https://doi.org/10.53394/akd.1059052>
- Kılıçaslan, F., Güngören, S., Gökçeoğlu, S., & Ayaydın, H. (2020). Şanlıurfa ilinde görev yapan pediatri ve çocuk cerrahi uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 330-334. <https://doi.org/10.35440/hutfd.747815>
- Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., & Huber, L. R. B. (2017). Pediatric inpatient nurses' perceptions of child maltreatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- Lee, I. S., & Kim, K. J. (2018). Factors that influence mandatory child abuse reporting attitudes of pediatric nurses in Korea. *Journal of Forensic Nursing*, 14(1), 31-41. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000186>
- Lee, P. Y., Fraser, J. A., & Chou, F. H. (2007). Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 23(3), 128-137. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70387-0](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70387-0)
- Mathews, B., Lee, X. J., & Norman, R. E. (2016). Impact of a new mandatory reporting law on reporting and identification of child sexual abuse: A seven year time trend analysis. *Child Abuse & Neglect*, 56, 62-79. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.009>
- Maul, K. M., Naeem, R., Khan, U. R., Mian, A. I., Yousafzai, A. K., & Brown, N. (2019). Child abuse in Pakistan: A qualitative study of knowledge, attitudes and practice amongst health professionals. *Child Abuse & Neglect*, 88, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.008>
- Park, H. Y., Choi, E. J., & Lee, E. N. (2013). Intention to report child abuse of emergency room nurse. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 6(2), 1-11. <https://koreascience.kr/article/JAKO201336049119889.pdf>
- Özçevik, D., Güneş, Ö. D., & Ocakçı, A. F. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-kültürel ve demografik özelliklerinin çocuk istismarı ve ihmali farkındalığı ile ilişkisi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 16-27. https://dergipark.org.tr/en/pub/ashd/issue/41958/496968#article_cite
- Selçuk, N. (2022). Çocuk istismarı ve ihmali konusunda geliştirilen modellere sosyolojik bir yaklaşım: istismar edilen sosyalleşme. *R&S-Research Studies Anatolia Journal*, 5(3), 338-362. <https://doi.org/10.33723/rs.1110947>
- Singh, S., Knox, M., & Pelletier H. (2017). Exploratory factor analysis and psychometric evaluation of the healthcare provider attitudes toward child maltreatment reporting scale. *Child Health Care*, 46(4), 356-65. <https://doi.org/10.1080/02739615.2016.1193807>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Alink, L. R. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81-94. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.697165>
- Turan, T., & Erdoğan, Ç. (2019). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarını/ihmalini raporlamaya karşı tutumlarını belirleme ölçeği'nin hemşirelerde geçerlik ve güvenilirliği. *Jaren*, 5(1), 46-52. <https://doi.org/10.5222/Jaren.2019.15807>
- Uğurlu, Z., & Gülsen, İ. (2014). Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmali ve istismardan korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-24. <https://doi.org/10.20860/ijoses.40982>
- World Health Organization (2022). Child Maltreatment. WHO Factsheet. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> Erişim Tarihi: 04.11.2022
- Yılmaz, B., ve Çalışkan, D. (2019). Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 4(2), 78-89. <https://doi.org/10.25279/sak.404187>
- Zusman, N., & Saporta Sorozon, K. (2022). Organizational factors affecting nurses' tendency to report child abuse and neglect. *Public health nursing*, 39(3), 601-608. <https://doi.org/10.1111/phn.13030>

Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi ile ilişkisi

The relationship between preoperative anxiety and postoperative comfort level in patients hospitalized in surgical clinics

Gizem Kubat Bakır¹, Aydan Akkurt Yalçıntürk², Ece Alagöz³

¹ Dr.Öğr.Üyesi Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye. gizemkubatbakir@maltepe.edu.tr, 0000-0003-4294-0669

² Dr.Öğr. Üyesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye, aydan.akkurtyalcinturk@sbu.edu.tr 0000-0002-5386-0624

³ Dr.Öğr.Üyesi Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye. ecealagoz@maltepe.edu.tr, 0000-0002-4913-0944

Anahtar Kelimeler:

Ameliyat Öncesi Dönem,
Ameliyat Sonrası Dönem,
Anksiyete, Kaygı, Konfor

Key Words:

Preoperative Care, Postoperative
Care, Anxiety, Preoperative
Anxiety, Comfort

Sorumlu Yazar/Corresponding

Author:
Dr.Öğr.Üyesi Maltepe Üniversitesi,
Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul,
Türkiye. gizemkubatbakir@
maltepe.edu.tr, 0000-0003-4294-
0669

DOI:

10.52880/sagakaderg.1589082

Gönderme Tarihi/Received

Date:
21.11.2024

Kabul Tarihi/Accepted Date:

18.04.2025

Yayımlanma Tarihi/Published

Online:
30.06.2025

ÖZ

Giriş- Amaç: Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi üzerine etkisi belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışma, Ekim 2022-Mart 2023 tarihleri arasında cerrahi kliniklerde 152 hasta ile gerçekleştirildi. Hastalara ameliyat öncesi dönemde "Tanımlayıcı Bilgi Formu" ve "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" ameliyat sonrası dönemde "Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu" uygulandı. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalamasının 60,79 olduğu, % 26'sının genel cerrahi ameliyatı geçirdiği saptandı. Hastaların "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" toplam puan ortalamasının $43,09 \pm 2,93$ olup kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlendi. Hastaların "Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu" toplam puan ortalamasının $54,55 \pm 5,15$ olup konfor düzeyinin düşük olduğu saptandı. "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" ve "Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu" puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$). **Sonuç:** Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeyinin, ameliyat sonrası konfor düzeyi üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğu belirlenmiş olup, kaygı düzeyi arttıkça konfor düzeyinin azaldığı görülmüştür. Ameliyat öncesi dönemde, hastaların kaygısını azaltmaya yönelik uygulanacak psikolojik destek ve bilgilendirme programlarının, ameliyat sonrası konfor düzeylerinin artırılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Objective: The aim of this study is to determine the effect of preoperative anxiety on postoperative comfort levels in patients hospitalized in surgical clinics. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted with 152 patients in surgical clinics between October 2022 and March 2023. A "Descriptive Information Form" and the "Surgery-Specific Anxiety Scale" were applied in the preoperative period, and the "General Comfort Scale Short Form" was administered in the postoperative period. **Findings:** The average age of the patients was 60.79, and 26% of them had undergone general surgery. The mean total score of the "Surgery-Specific Anxiety Scale" was 43.09 ± 2.93 and the anxiety level was high. The mean total score of the "General Comfort Scale Short Form" was 54.55 ± 5.15 and the comfort level was low. A negative correlation was found between the "Surgery-Specific Anxiety Scale" and "General Comfort Scale Short Form" scores ($p < 0.05$). **Conclusion:** It was determined that preoperative anxiety levels have a negative impact on postoperative comfort levels in patients hospitalized in surgical clinics. As anxiety levels increased, comfort levels decreased. Implementing psychological support and informational programs to reduce anxiety in the preoperative period may effectively enhance postoperative comfort levels.

GİRİŞ

Ameliyat öncesi kaygı, ameliyat bekleyen hastalarda yaygın bir psikolojik tepkidir ve ameliyat sonrası sonuçları önemli ölçüde etkilediği gösterilmiştir. Yaklaşan ameliyat, anestezi veya olası komplikasyonlarla ilgili korku, gerginlik ve endişe olarak kendini gösterir. Çalışmalar, yüksek düzeyde ameliyat öncesi kaygının artan ağrı, uzamış iyileşme süresi ve analjeziklere olan daha yüksek talep dahil olmak üzere çeşitli olumsuz ameliyat sonrası sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Woldegerima ve ark., 2018).

Cerrahi tedavi gereksinimi olan hasta psikolojik olarak birçok stresörle karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçte yaşanan duygusal yoğunluk, belirsizlik, kontrolünü kaybetme hissi, rol değişiklikleri, maliyet, rutinlerin bozulması ve yabancı bir ortam hastada duygusal tepkilere neden olmaktadır (Colon ve Popkin, 1996; Karadakovan ve Eti Aslan, 2010; Gürsoy ve ark., 2016). Hastalar ameliyat sonrası ağrı yaşamaktan, işini kaybetmekten, engelli kalmaktan ve ölmekten korkmaktadırlar. Bu korku nedeniyle irritabilite, ümitsizlik ve yetersizlik hissi yaşamaktadırlar. Buda kaygı düzeyini artırmaktadır (Colon ve Popkin, 1996; Karadakovan ve Eti Aslan, 2010). Literatür incelendiğinde hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur (Prado-Olivares ve Chover-Sierra, 2019; Abate ve ark., 2020; Kayhan Ömeroğlu ve Erceyes, 2020).

Ameliyatın hastaya söylenmesiyle başlayan kaygı ile sağlık sonuçları arasında güçlü bir ilişki olmakla birlikte kaygı ameliyat sonrası dönemi direkt olarak etkilemektedir (Takagi ve ark., 2017). Kaygı ve korku düzeyinin yüksek olması; ameliyattan duyulan memnuniyet düzeyinde azalma, yara iyileşmesinde gecikme, ağrıda artma, bulantı ve kusmada artma, tedavi ve hastanede yatış süresinde artma, hastalık ve tedavi sürecine uyumda zorlanma gibi sorunlara yol açabilmektedir (Visschedijk ve ark., 2015; Dunn ve ark., 2018; Kassahun ve ark., 2022; Cook ve Baxendale, 2022).

Ameliyat öncesinde artan anksiyete seviyelerinin hastanede kalış süresini uzattığı ve tekrarlı yatışlarla bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Kassahun ve ark., 2022). Bu sebeple ameliyat öncesinde hastanın; anestezi uygulaması, hastalığın doğası, ameliyat ve ameliyat sonrası süreçle ilgili bilgilendirilmesinin anksiyetinin azaltılmasında faydalı ve önemli olduğu vurgulanmaktadır (Gedik, 2015). Anksiyetesi yüksek olan hastaların, ameliyat sırasında daha fazla anestezi maddeye, ameliyat sonrasında ise daha yüksek dozda ağrı kesiciye ihtiyaç duyduğu ve bu hastalarda ağrı yönetiminin daha zor olduğu bilinmektedir (Güler, 2013).

Ameliyat olacak hastaya yönelik hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik bakımının amacı; ameliyat öncesi sırası ve sonrasında kişinin psikolojik, fizyolojik ve sosyo-kültürel ihtiyaçlarının giderilmesi, iyilik halinin tekrar sağlanması ve yükseltilmesidir (Şişman ve Arslan, 2020). İnsanlar sağlık sorunları yaşadıklarında, sağlık profesyonellerinden rahatlıklarını sağlamak için yardım beklerler (Apóstolo ve ark., 2013). Ameliyat sonrasında hastanın konforunu en üst düzeye çıkarmak sağlık profesyonelleri tarafından önem verilen bir konudur. Konfor, bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti ile güçlü bir ilişki içerisindedir (Sayedfatemi ve ark., 2014; Karabacak ve Acaroğlu, 2012).

Hemşirelikte konfor kuramı, hastaların fiziksel, duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılama ve onlara rahatlık sağlama üzerine odaklanır. Bu kuram, hastaların iyileşme süreçlerini desteklemek ve yaşadıkları rahatsızlıkları hafifletmek için önemlidir. Ameliyatın doğası gereği, ameliyat sonrası hastaların çoğu tarafından hissedilen ağrı ve rahatsızlık hasta konforunu olumsuz etkiler. Benzer şekilde ameliyat sonrası yara bakımı ve iyileşme süreci, hastalar için rahatsızlık ve endişe kaynağı olabilir. Yara bölgesindeki hassasiyet, yara yeri pansumanı ve bakımı ve diğer tedavi prosedürleri konforu azaltabilir. Ameliyat sonrası hastaların belirli hareketleri kısıtlanabilir. Bu durum, hastaların rahat pozisyon bulmasını zorlaştırabilir ve dolayısıyla konforunu azaltabilir. Ayrıca gürültü, aydınlatma, yatak konforu gibi hastane ortamından kaynaklı faktörler, hastaların konforunu olumsuz etkileyerek iyileşme sürecini uzatabilir.

Ameliyatlar hastaların psikolojik gereksinimlerinin artmasına neden olabilir. Endişe, korku ve belirsizlik duyguları, hastaların konforunu düşürebilir. Bu nedenlerden dolayı, ameliyat sonrası hastaların konfor düzeyini artırmaya yönelik hemşireler ve sağlık profesyonelleri; ağrı yönetimi, yara bakımı, hareket etmeye teşvik, stres azaltma teknikleri ve hastane ortamının iyileştirilmesi konularında çeşitli stratejileri uygulamalıdır. Bu uygulamalar hastaların daha iyi bir iyileşme süreci geçirmesine ve konforlarının artmasına yardımcı olabilir (Eti Aslan, 2015; Colon ve Popkin, 1996; Dunn ve ark., 2018).

Literatürde hastaların konfor düzeylerini belirlemeye yönelik yapılmış çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi ile ilişkisini inceleyen ve ameliyat olan tüm hastaları dahil eden sınırlı çalışmaya rastlanmıştır (Acar ve Aygin, 2016; Farmer ve ark., 2017; Brown ve Whitlow, 2017). Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan

elde edilen sonuçların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırma sonuçları, ameliyat sonrası bakımda hem psikolojik hem de fiziksel iyileşmeyi sağlayacak hedefli müdahalelerin geliştirilmesine bilgi sağlayabilir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Çalışma ameliyat olacak hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde gerçekleştirildi.

Çalışmanın soruları:

1. Ameliyat olacak hastalarda ameliyat öncesi kaygı hangi düzeydedir?
2. Ameliyat olacak hastalarda ameliyat sonrası konfor hangi düzeydedir?
3. Ameliyat olacak hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile ameliyat sonrası konfor düzeyi arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma Ekim 2022-Mart 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kalp damar, göğüs, genel cerrahi, ortopedi, beyin ve sinir, onkoloji cerrahisi kliniklerinde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Ekim 2022-Mart 2023 tarihleri arasında cerrahi girişim geçiren 300 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğü seçiminde güç analizi yapıldı. G Power programında örneklem büyüklüğü, %95 güven ve %80 güç aralığında olup 119 olarak hesaplandı (Kubat ve Yurt, 2017). Ekim 2022-Mart 2023 tarihleri arasında 152 hasta çalışmaya katıldı.

Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzerinde, oryantasyonu tam, Türkçe konuşup anlayabilen hastalar örnekleme dâhil edildi.

Veri Toplama Araçları

Veriler “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği”, “Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu” kullanılarak toplandı.

Tanımlayıcı Bilgi Formu: Hastaların demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim, iş ve gelir durumu, sosyal güvencesi, geçirilen cerrahi girişim) içeren toplam 8 soruyu içermektedir (Farmer ve ark., 2017; Brown ve Whitlow, 2017).

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ): Ameliyat olacak bireylerde ameliyat süreci ve sonrası ile ilgili kaygıyı değerlendirmek amacıyla Karancı ve Dirik (2003) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 10 maddeden oluşan bu ölçek, en yüksek 50 puan alınabilecek şekilde yapılandırılmıştır. Beşli Likert tipi bir ölçek olup (1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Tamamen katılıyorum), puan yükseldikçe kaygı seviyesinin arttığı kabul edilmektedir. Karancı ve Dirik’in çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.79 olarak tespit edilmiştir (Karancı ve Dirik, 2003). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.81 olarak hesaplanmıştır.

Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu: Kolcaba (2006) tarafından hastaların konfor düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Kolcaba ve ark., 2006). Türkçeye uyarlaması ise Çıtlık ve çalışma arkadaşları tarafından yapılmıştır (Çıtlık ve ark., 2018). Ölçek, üç alt boyuttan oluşmaktadır: Ferahlama, rahatlatma ve sorunlarla başa çıkma alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 168, en düşük puan ise 28’dir. Düşük puanlar düşük konforu, yüksek puanlar ise yüksek konforu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması çalışmasında Cronbach’s Alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur (Çıtlık ve ark., 2018). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak tespit edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce Matepe Üniversitesi Etik Kurul’undan onay alındı (No: 2022/23-05). Verileri toplama aşamasında çalışmaya katılımı kabul eden hastalardan yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiş onam alındı. Hastalardan ameliyat öncesi “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “AÖKÖ”ni, ameliyat sonrası “GKÖKF”ni doldurmaları istendi. Bu çalışmada ameliyat öncesindeki veriler, ameliyatın gerçekleştirileceği günün sabahında yüz yüze veri toplama yöntemiyle elde edildi. Ameliyat sonrasındaki veriler ise, ameliyat gününden bir sonraki gün yine yüz yüze veri toplama yöntemiyle elde edildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olmadığı durumlarda non-parametrik testler tercih edilmiştir. İki değişken arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Ayrıca, $p < 0,05$ düzeyinde elde edilen bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1’de hastaların tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $60,79 \pm 15,06$ olarak belirlenmiştir, bu da katılımcı grubunun büyük ölçüde orta yaş ve üzeri bireylerden oluştuğunu göstermektedir. Cinsiyet dağılımı, kadın ve erkek katılımcıların eşit oranda (%50) olduğunu ortaya koymaktadır. Medeni hal dağılımında ise, katılımcıların %69,74’ünün evli olduğu, %30,26’sının ise bekâr olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine baktığımızda, katılımcıların %21,05’inin okuryazar olduğu, %38,82’sinin ilköğretim, %28,29’unun lise mezunu olduğu belirlenmiştir. İş durumu açısından katılımcıların %50,66’sı çalışmadığını, %49,34’ünün ise çalıştığını bildirmiştir. Gelir durumu ise katılımcıların %52,63’ünün gelirinin giderine eşit olduğunu, %40,13’ünün gelirinin giderinden fazla olduğunu ve %7,24’ünün gelirinin giderinden az olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal güvence açısından tüm katılımcıların (%100) sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir. Ameliyatın türüne göre dağılımda

ise en yüksek oran %26,97 ile genel cerrahi hastaları iken, %23,68 ile beyin cerrahisi hastaları ve %20,39 ile kalp damar cerrahisi hastaları dikkat çekmektedir. Bu veriler, farklı cerrahi branşlardaki hastaların çalışmaya katılımını göstermektedir (Tablo 1).

Hastaların “AÖKÖ” toplam puan ortalamasının $43,09 \pm 2,93$ olduğu belirlenmiştir. Hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. “GKÖKF” toplam puan ortalamasının $54,55 \pm 5,15$, ferahlama alt boyutu puan ortalamasının $17,60 \pm 2,62$, rahatlama alt boyutu puan ortalamasının $17,56 \pm 2,76$, üstünlük alt boyutu puan ortalamasının $19,39 \pm 2,70$ olduğu saptanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası konfor düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

“AÖKÖ” toplam puanı ile ferahlama, rahatlama, üstünlük alt boyutları ve genel konfor ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin yüksek olması ameliyat sonrasında konfor düzeyinde azalmaya neden olmaktadır ($r: -0,32$ $r: -0,30$ $r: -0,33$ $r: -0,39$; $p < 0,05$) (Tablo 3).

Tablo 1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular (N=152)

	Grup	n	%
Yaş	$\pm Ss$		$60,79 \pm 15,06$
Cinsiyet	Kadın	76	50,00
	Erkek	76	50,00
Medeni hal	Evli	106	69,74
	Bekar	46	30,26
Eğitim	Okuryazar	32	21,05
	İlköğretim	59	38,82
	Lise	43	28,29
	Fakülte/yüksekokul	18	11,84
İş	Çalışmıyorum	77	50,66
	Çalışıyorum	75	49,34
Gelir	Gelirim giderimden az	11	7,24
	Gelirim giderime eşit	80	52,63
	Gelirim giderimden fazla	61	40,13
Sosyal güvence	Evet	152	100,00
	Hayır	0	0
Cerrahi girişim yapılan birim	Beyin cerrahi	36	23,68
	Gastroenteroloji	10	6,58
	Genel cerrahi	41	26,97
	Kalp damar	31	20,39
	Ortopedi	8	5,26
	Diğer	26	17,11

Tablo 2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” ve “Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu” Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=152)

	n	Min.	Maks.	Ortalama	S.Sapma
Ameliyata özgü kaygı ölçeği	152,00	37,00	50,00	43,09	2,93
Ferahlama	152,00	12,00	26,00	17,60	2,62
Rahatlama	152,00	12,00	27,00	17,56	2,76
Üstünlük	152,00	14,00	27,00	19,39	2,70
Genel konfor ölçeği kısa formu	152,00	44,00	70,00	54,55	5,15

Tablo 3. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu” ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” Arasındaki İlişki (N=152)

		Ameliyata özgü kaygı ölçeği	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük	Genel konfor ölçeği
Ameliyata özgü kaygı	r	1,00	-0,32	-0,30	-0,33	-0,39
	p		0,01	0,01	0,01	0,01
Ferahlama	r		1,00	0,04	0,16	0,61
	p			0,63	0,05	0,00
Rahatlama	r			1,00	0,13	0,62
	p				0,11	0,00
Üstünlük	r				1,00	0,67
	p					0,00
Genel konfor ölçeği	r					1,00
	p					

r: Pearson korelasyon katsayısı p<0,05

TARTIŞMA

Ameliyat durumu büyüklüğüne bakılmaksızın hastaların duyu durumlarını doğrudan etkileyen bir travma olduğundan genel konfor düzeyinin azalmasına sebep olmaktadır. Ameliyatın tipi, anestezi alma, ameliyat sırasında ve sonrasında yaşanacak komplikasyonlar hastalarda ölüm korkusuna, gelecekle ilgili endişelere neden olmaktadır. Deneyimlenen bu olumsuz duygular hastaların konforunu, ferahlık ve rahatlama düzeyini daha da düşürmektedir (Eberhart ve ark., 2020; Friedrich ve ark., 2022). Bu çalışma ameliyat olacak hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası konfor düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Hastaların demografik özellikleri incelendiğinde hastaların yaş ortalamasının 60,79 yıl, %50'sinin kadın, %69'unun evli, %38'inin ilköğretim mezunu olduğu, %50'sinin çalışmadığı, %52'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %100'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %26'sının genel cerrahi ameliyatı geçirdiği saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatür ile paraleldir (Büyükcünal Şahin ve Rızalar, 2018; Aydingüllü ve Arslan, 2021).

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesinde “AÖKÖ” toplam puan ortalamasının $43,09 \pm 2,93$ olup, kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar, literatürdeki bulgularla uyumludur (Yılmaz ve ark., 2012; Çevik Acar ve Yıldız Fındık, 2015; Wetsch ve ark., 2009). Ameliyat öncesindeki kaygının en önemli nedenleri arasında anesteziye bağlı riskler, komplikasyon riski, ağrı ve ölüm korkusu, ameliyat sonrası engelli olma, başkasına bağımlı kalma durumu yer almaktadır. Ameliyat öncesi hastalar genellikle çeşitli nedenlerden dolayı kaygı yaşayabilirler. Ayrıca, hastalar genellikle ameliyat sonucunun ve iyileşme sürecinin ne olacağı konusunda belirsizlik yaşarlar ve bu belirsizlik duygusu kaygıyı artırabilir. Psikolojik olarak, ameliyat öncesi dönemde hastalar hastane ortamında, yabancı kişilerle ve tıbbi cihazlarla sürekli etkileşim halinde olabilirler. Bu durum da hastaların kontrol duygusunu kaybetmelerine ve dolayısıyla kaygı yaşamalarına yol açabilir. Ayrıca, ameliyatın getirdiği fiziksel kısıtlamalar ve sonrasında yaşanabilecek yaşam tarzı değişiklikleri de hastaların kaygı seviyelerini artırabilir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası “GKÖKF” toplam puan ortalamasının $54,55 \pm 5$ olup, konfor

düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Kubat ve Yurt'un (2017) araştırmasında ameliyat olan hastaların konfor düzeylerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Gürcayır ve Karabulut (2017) tarafından kalça protezi operasyonu planlanan hastalarla gerçekleştirilen çalışmada hastaların konfor düzeyi puan ortalamasının $4,93 \pm 0,66$ olduğu bildirilmiştir. Yılmaz ve ark. (2018) yaptığı çalışmada ameliyat sonrası konfor düzeyinin orta derece olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmada hastaların konfor düzeyi puan ortalamasının, daha önce yapılan benzer araştırmalardan düşük olduğu görülmektedir. Hastaların geçirdikleri ameliyatın türü, farklı kliniklerdeki hemşirelik bakımı gibi özellikler konfor durumunda farklılıklara yol açmış olabilir. Ameliyat bölgesindeki doku hasarı ve ameliyatın doğal sonucu olarak ortaya çıkan ağrılar, hastanın rahat hareket etmesini ve günlük aktivitelerini sürdürmesini zorlaştırabilir. Bunun yanı sıra, ameliyat sırasında kullanılan anestezi ve ameliyat sonrası verilen ağrı kesicilerin etkileri, hastaların genellikle uyuşuk hissetmelerine veya mide bulantısı vb yan etkiler yaşamalarına neden olabilir, bu da konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, ameliyat sonrası dönemde hastalar genellikle yatak istirahati ve belirli hareket kısıtlamalarıyla karşı karşıya kalabilirler, bu da vücudun normal işlevlerini yerine getirme yeteneğini ve genel konforu etkileyebilir. Tüm bu faktörlerin uygun şekilde yönetilmesi, hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde destekleyebilir.

Araştırmada "AÖKÖ" ve "GKÖKF" puanları arasında orta düzeyde negatif bir ilişki saptanmıştır. Ameliyat öncesi kaygı düzeyi yükseldikçe, ameliyat sonrası konfor düzeyinde azalma olduğu görülmektedir. Sönmez'in (2013) kalp ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmasında kaygı düzeyleri azalırken konfor düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Ameliyatlara, hastalar arasında yaşam kaygısı ve ameliyat sonrası normal yaşamlarına geri dönememe endişesine yol açabilir. Ameliyatların maliyeti, ciddiyeti, iyileşme süresinin uzunluğu, acıya duyarlılık, ağrı, fiziksel aktivite kısıtlamaları, öz bakım zorlukları, işe geri dönüş zorlukları, ölüm korkusu ve bilgi eksikliği gibi faktörler de kaygı düzeyini artırabilir. Kaygının artması, stres hormonlarının salınımını artırarak vücutta fizyolojik tepkilere neden olur. Bu durum, hastanın ameliyat sonrası ağrı algısını artırabilir, iyileşme sürecindeki rahatlık düzeyini azaltabilir, konfor algısını etkileyebilir. Psikolojik olarak ise, yüksek kaygı düzeyi ameliyat sonrası dönemde hastanın motivasyonunu ve iyimserliğini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, ameliyat öncesi dönemde hastaların kaygı düzeylerinin yönetilmesi ve azaltılması, ameliyat sonrası konfor düzeyini artırmak ve hastanın iyileşme sürecini desteklemek için önemli bir adımdır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verilerinin belirtilen tarihlerde toplanmış olması, bu zaman dilimi ile sınırlı kalması, çalışmanın tek

bir merkezden elde edilmesi ve örneklem büyüklüğünün geniş olmaması, çalışmanın sınırlılıklarıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, hastaların "AÖKÖ" ve "GKÖKF" puanları arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmış, ameliyat öncesi kaygı düzeyi arttıkça ameliyat sonrası konfor seviyelerinin azaldığı sonucuna varılmıştır. Ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi dönemde kaygı seviyelerinin ve bu kaygının nedenlerinin tespit edilmesi, bu nedenlere yönelik uygun hemşirelik müdahalelerinin gerçekleştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ameliyat sonrasında ise hastaların konfor seviyeleri ve konforu azaltan etkenler belirlenmelidir. Hemşireler, kaygı düzeyi yüksek hastaları erken dönemde tanımlayarak, klinik değerlendirme, ameliyat öncesi danışmanlık ve yönetim stratejileri gibi uygun müdahaleleri devreye sokmalıdır. Preoperatif kaygı ile postoperatif konfor arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunsun da, bu ilişkinin arkasındaki mekanizmalar hala tam anlamıyla aydınlatılamamıştır. Ayrıca, ameliyat öncesi kaygıyı yönetmek için pek çok müdahale bulunsun da, farklı hasta grupları için en etkili ve uygulanabilir müdahalelerin belirlenmesi için daha fazla araştırma gerekmektedir. Çalışmanın farklı ve daha geniş örneklem gruplarında tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.05.010>
- Acar, K., & Aygin, D. (2016). Assessment and nursing care of acute chest syndrome due to sickle cell disease according to comfort theory: Case presentation. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 1(1), 36–43.
- Apóstolo, J., Mendes, A., Bath-Hextall, F., Rodrigues, R., Santos, J., & Cardoso, D. (2013). The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: A comprehensive systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(2), 372–388. <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-2013-804>
- Aydingüllü, N., & Arslan, S. (2021). Cerrahi geçiren hastaların erken dönem konfor düzeyleri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 401–406. <https://doi.org/10.17517/ksutfd.811420>
- Brown, S. R., & Whitlow, C. B. (2017). Patient comfort during colonoscopy. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 28, 1–3. <https://doi.org/10.1053/J.SCRS.2016.11.004>
- Büyükcünal Şahin, P., & Rızalar, S. (2018). Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 404–413. <https://doi.org/10.17681/hsp.395018>
- Colon, E. A., & Popkin, M. K. (1996). Anxiety and panic. In J. R. Rundell & W. W. Wise (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation Liaison Psychiatry* (pp. 402–425). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cook, C., & Baxendale, S. (2022). Preoperative predictors of postoperative satisfaction with surgery. *Epilepsy & Behavior*, 129, 108612. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108612>

- Çevik Acar, E., & Yıldız Fındık, Ü. (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 268–273.
- Çitlik Sarıtaş, S., Çevik, S., & Özden, G. (2018). Genel Konfor Ölçeğinin Kısa Formunun Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 10(2), 16–22.
- Dunn, L. K., Durieux, M. E., Fernandez, L. G., Tsang, S., Smith-Straesser, E. E., Jhaveri, H. F., ... Naik, B. I. (2018). Influence of catastrophizing, anxiety, and depression on in-hospital opioid consumption, pain, and quality of recovery after adult spine surgery. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 28(1), 119–126. <https://doi.org/10.3171/2017.5.SPINE1734>
- Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rüsch, D. (2020). Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*, 20(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02552-w>
- Eti Aslan, F. (2015). Cerrahi Bakım-Vaka Analizleri ile Birlikte. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Farmer, L., Winfield, C., Quatrara, B., Letzkus, L., Schenck, P., Finneran, P., ... Conaway, M. (2017). Does site matter? Comparing accuracy and patient comfort of blood glucose samples taken from the finger and palm of the perioperative patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 573–577. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.10.006>
- Friedrich, S., Reis, S., Meybohm, P., & Kranke, P. (2022). Preoperative anxiety. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 35(6), 674–678. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001186>
- Gedik, A. (2015). Nöroşirürji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin belirlenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Güler, Ö. (2013). Selim ve malign tiroid hastalarında tiroidektomi öncesi anksiyetenin değerlendirilmesi: STAI-STATE, APAIS ve SMILEY-VAS skorlarının karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Gürcayır, D., & Karabulut, N. (2017). The effects of the training provided to patients who are scheduled for hip prosthesis surgery on the level of postoperative comfort and daily activities. *International Journal of Caring Sciences*, 10(Ek 1), 403.
- Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., & Yılmaz, S. (2016). Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(6), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.08.011>
- Karabacak, U., & Acaroğlu, R. (2012). Comfort theory. *Maltepe University Journal of Nursing Science and Art*, 4(1), 197–202.
- Karadakovan, A., & Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım. Adana: Nobel Kitapevi.
- Karancı, A., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 363–369.
- Kassahun, W. T., Mehdorn, M., Wagner, T. C., Babel, J., Danker, H., & Gockel, I. (2022). The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Scientific Reports*, 12, 6312. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>
- Kayhan Ömeroğlu, Ş., & Erceyes, H. N. (2020). Elektif plastik ve rekonstrüktif operasyonu geçirecek 18-50 yaş arası hastalardaki anksiyete düzeyinin aynı yaşlarda başka operasyon geçirecek olanları ile karşılaştırılması. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 30(2), 190–196. <https://doi.org/10.5222/terh.2020.86648>
- Kolcaba, K., Schirm, V., & Steiner, R. (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 27(2), 85–91.
- Kubat, G., & Yurt, S. (2017). Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 20(3), 158–165.
- Prado-Olivares, J., & Chover-Sierra, E. (2019). Preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *Diseases*, 7(2), 46. <https://doi.org/10.3390/diseases7020046>
- Sayedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M., & Kolcaba, C. (2014). Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(3), 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.018>
- Sönmez, A. (2013). Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Takagi, H., Ando, T., & Umemoto, T. (2017). Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *Heart and Vessels*, 32(12), 1458–1468. <https://doi.org/10.1007/s00380-017-1022-3>
- Visschedijk, J. H., Caljouw, M. A., Bakkers, E., van Balen, R., & Achterberg, W. P. (2015). Longitudinal follow-up study on fear of falling during and after rehabilitation in skilled nursing facilities. *BMC Geriatrics*, 4(15), 161. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0158-1>
- Wetsch, W. A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Heinz-Erian, P., & Benzer, A. (2009). Preoperative stress and anxiety in daycare patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 103(2), 199–205. <https://doi.org/10.1093/bja/aep136>
- Woldegerima, Y., Fitwi, G., Yimer, H., & Hailekiros, A. (2018). Gondar Üniversitesi Hastanesi'ndeki elektif cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin yaygınlığı ve bununla ilişkili faktörler. *Uluslararası Cerrahi Dergisi Açık*, 10, 21–29. <https://doi.org/10.1016/J.IJSO.2017.11.001>
- Yılmaz, E., Çeçen Çamlı, D., Kızıl Toğaç, H., Mutlu, S., Kara, H., & Aslan Başlı, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3–9.
- Yılmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Beker, M. (2012). Predictors of perioperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 956–964. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x>
- Hamide Şişman, Sevbhan Arslan. Cerrahi Hemşireliğinde Hasta Bakımında Kullanılan Kuram ve Modeller Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . *Archives Medical Review Journal*

Hemşirelerin afet yönetimine ilişkin uygulama becerileri algısı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği çalışması*

Turkish validity and reliability study of the nurses' perception of practice skills regarding disaster management scale

Sezer Avcı¹, Neşe Ataman Bor², Betül Kaplan³, Nuriye Nesrin İpekçi⁴, Tülay Ortabağ⁵

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Afşin Sağlık Yüksekokulu, Kahramanmaraş Türkiye, sezer.2744@gmail.com, 0000-0003-3575-4585

² Dr. Öğr. Üyesi, Hakkari Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hakkari Türkiye, neseatamanbor@hakkari.edu.tr, 0000-0002-4308-9362

³ Dr. Öğr. Üyesi Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep, Türkiye, betul.kaplan@gibtu.edu.tr 0000-0002-7361-6872

⁴ Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kilis Türkiye, ipekcinersin01@gmail.com, 0000-0001-9945-8115

⁵ Prof. Dr, İstanbul Topkapı Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Türkiye, ortabagt@gmail.com, 0000-0003-1466-7343

*Çalışma 01-04 Kasım 2023 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen 5. Uluslararası Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi'nde çevrimiçi sözel bildiri olarak sunulmuştur. Bu kongrede en iyi araştırma ödülünü almıştır.

ÖZ

Giriş ve amaç: Ülkemizde oldukça sık görülen afetlerin yönetiminde hemşireler en büyük paya sahiptir. Bu çalışmada Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği'nin (HAYİÖ) geçerlik ve güvenirliğini yapmak amacıyla yapıldı. **Gereç ve yöntem:** Araştırmanın örneklemini 300 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada, hemşirelere anket formu ile Putra ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen Public Health Nurses' Perceived Ability to Practices Regarding Disaster Management Questionnaire Ölçeği kullanıldı. Ölçeğin güvenirliği çeşitli yöntemlerle değerlendirildi. Madde toplam puan korelasyonu, iç tutarlılık (Cronbach alfa), test tekrar test ve alt-üst %27'lik ayırım yöntemleri uygulandı. Test tekrar test için sınıf içi korelasyon ve pearson korelasyon analizi uygulandı. Yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. HAYİÖ, 15 sorudan oluşmakta olup 5'li likert tipindedir. **Bulgular ve sonuç:** Ölçeğin tamamı için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.95, test-tekrar test güvenirliği ise 0.959 olarak hesaplanmıştır. İlk ve ikinci ölçümler arasındaki ilişki, yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif bir korelasyon ($r=0.769$, $p<0.001$) göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu, Türk hemşirelerin afet yönetimine ilişkin uygulama becerileri algısını ölçmede etkili bir araç olduğunu göstermektedir.

ABSTRACT

Introduction and purpose: Nurses have the biggest share in the management of disasters that are quite common in our country. This study was conducted to determine the validity and reliability of the Nurses' Perception of Practical Skills for Disaster Management Scale. **Materials and methods:** The sample of the research consists of 300 nurses. In the research, a questionnaire form was used for the nurses and the Public Health Nurses' Perceived Ability to Practices Regarding Disaster Management Questionnaire Scale developed by Putra et al. (2011). The reliability of the scale was evaluated by various methods. Item total score correlation, internal consistency (Cronbach alpha), test-retest and lower-upper 27% discrimination methods were applied. Intraclass correlation and Pearson correlation analysis were applied for test-retest. Explanatory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were used for construct validity. HAYİÖ consists of 15 questions and is a 5-point Likert type. **Results and conclusion:** The Cronbach's alpha reliability coefficient for the overall scale was calculated as 0.95, with a retest reliability of 0.959. A strong, positive, and statistically significant correlation was found between the first and second measurements of the scale ($r=0.769$, $p<0.001$). The Turkish version of the scale shows that it is an effective tool in measuring Turkish nurses' perception of practical skills regarding disaster management.

Anahtar Kelimeler:
Afet yönetimi, Beceri,
Hemşireler, Uygulama

Key Words:
Disaster Management, Skill,
Nurses, Practice

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş
Sütçü İmam Üniversitesi,
Afşin Sağlık Yüksekokulu,
Kahramanmaraş Türkiye,
sezer.2744@gmail.com, 0000-
0003-3575-4585

DOI:
10.52880/sagakaderg. 1597592

Gönderme Tarihi/Received Date:
06.12.2024

Kabul Tarihi/Accepted Date:
29.05.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2025

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2021) afetleri, maruz kalma, savunmasızlık ve kapasite faktörlerinin etkileşimi sonucu, tehlikeli olaylar nedeniyle insanların, malzemelerin, çevrenin ve ekonominin kayıplarına yol açarak bir topluluk veya toplumun işleyişinin ciddi şekilde bozulmasına yol açan durumlar olarak tanımlamaktadır.” (World Health Organization [WHO], 2021). Afetler, toplumu ciddi şekilde etkileyen ve insani, ekonomik, maddi ve çevresel kayıplara yol açan tehlikeli olaylar sonucu meydana gelir; bu süreçte maruz kalma, duyarlılık ve kapasite faktörlerinin etkileşimi önemli rol oynar. (Lin ve ark., 2023; Said ve Chiang, 2020).

Afetler, genellikle hızlı bir şekilde ve genellikle önceden uyarıda bulunmadan gerçekleşen olaylardır. Bu tür olaylar, deprem, kasırga, fırtına gibi doğal afetlerin yanı sıra, bölgesel çatışmalar ve savaşlar gibi insanlardan kaynaklanan kriz durumları da olabilir. Hatta bulaşıcı salgın hastalıklarda olabilir (Said ve Chiang, 2020).

Bir afetin acil etkilerini etkili ve hızlı bir şekilde yönetmek, yaşamları korumak ve ek hasarları önlemek amacıyla gerekli kaynaklara, planlara ve kapasitelere sahip olmak gereklidir. Dolayısıyla, afetlere veya halk sağlığıyla ilgili acil durumlara hızlı ve uygun müdahale, ön saflardaki hemşirelerin iyi bir şekilde hazırlıklı olmasına bağlıdır. Bu doğrultuda beklenmeyen sonuçların en aza indirilmesine yönelik çabaların yanı sıra, hayatları kurtarmak, etkilenen nüfusun sağlığındaki olumsuz etkileri en aza indirmek ve olası ek hasarları ve kayıpları önlemek, afet riskinin etkili bir şekilde azaltılmasına yönelik müdahalelerin kullanılmasını içeren tüm girişimler, afet yönetimini kapsamaktadır (Lin ve ark., 2023; Tzeng ve ark., 2016).

Ayrıca afet risk yönetimi afetlerin sağlık alanındaki etkilerini en aza indirme, sağlık hizmetleri kaynaklarının etkin kullanımını destekleme, hazırlık süreçlerini güçlendirme ve zamanında müdahale kabiliyetini artırma ve toplumun iyileşme sürecini güvence altına alma amaçlarını taşımaktadır (Soltani Goki ve ark., 2023). Dolayısıyla, yapılan araştırmalar, afete hazır olmanın, acil durumlar ve afetlerin zararlı etkilerini azaltmada önemli bir faktör olduğunu göstermiştir (Baack ve Alfred, 2013; Naja ve ark., 2019).

Afetler, toplumların sağlık sistemlerini ciddi şekilde etkileyen, ani gelişen ve geniş kitleleri etkileyen olaylardır. Bu süreçlerde hemşireler, özellikle afet hemşireliği alanında görev alan sağlık profesyonelleri, sadece temel bakım hizmetleriyle değil, aynı zamanda ileri düzey uygulama becerileri ve invaziv girişimlerle de ön plana çıkarlar. Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses – ICN) tarafından geliştirilen Afet Hemşireliği Yetkinlik Sınıflandırması,

afet durumlarında hemşirelerin sahip olması gereken bilgi, beceri ve tutumları tanımlayan kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır (ICN, 2019).

ICN sınıflandırması; hazırlık, müdahale, iyileştirme ve risk azaltma aşamalarını kapsarken, hemşirelerin sadece teorik bilgiye değil, aynı zamanda pratikte hızlı karar alma, triage uygulama, acil resüsitasyon, intravenöz girişimlerde bulunma, yara bakımı ve temel yaşam desteği gibi invaziv müdahaleleri uygulayabilme becerisine sahip olmalarını vurgular. ICN, bu becerilerin afet koşullarında etkin bir şekilde uygulanabilmesi için hemşirelerin sürekli eğitim almasını ve tatbikatlara katılmasını önermektedir (ICN, 2009).

Afetlerin sıklığı ve olumsuz etkileri dikkate alındığında, afet yardımında öncü rol oynayan, hemşireler olağanüstü bir öneme sahiptir. Felaket anında bu durumlarla başa çıkmaya hazır olan acil hemşireleri, tehditleri belirleyebilir, hastalara doğrudan hemşirelik bakımı sunabilir, sağlık ekiplerini ve tesislerini yönetebilir, yaralanma ve ölümleri azaltabilir veya ortadan kaldırabilir, sağlık politikalarını geliştirebilir, bireylerin sağlık açısından olumsuz sonuçlarını en aza indirebilir ve diğer kuruluşlarla işbirliği içerisinde çalışabilirler (Lin ve ark., 2023; Zhang ve ark., 2023).

Afet anında hemşireler, mağdurların değerlendirilmesi, hayat kurtarıcı ilaçların uygulanması, devam eden fiziksel ve zihinsel sağlık ihtiyaçlarının izlenmesi, kaynak tahsisi gibi konuları içeren ilk yardım ve ileri klinik bakımı sağlama sorumluluğunu üstlenirler. Aynı zamanda, hemşireler, zayıf durumda olan yaşlı bireylerin bakımını üstlenirler ve felaket durumlarında dâhi doğum süreçlerinde kadınların ve bebeklerin sağlıklı bir şekilde desteklenmesine yardımcı olurlar. Üstelik, hemşireler, organizasyon sistemlerine katılır, kişisel koruyucu ekipmanların yönetimini denetler ve çoğu zaman kendi sağlıklarını riske atarak krizlere müdahale eder ve etkili iletişim sağlar (Lin ve ark., 2023).

Bu bilgiler ışığında afet müdahalesinde, hemşireler sağlık hizmeti sunumu konusunda afet ortamlarında hastalar için ilk temas noktası ve kilit bir rol oynayan en büyük sağlık profesyoneli grubunu temsil etmektedir (Al Harthi ve ark., 2020; Pourvakhshoori ve ark., 2017). Dolayısıyla hemşireler afet risk yönetimi konusundaki yeterliliklerini geliştirmeleri ve afetzedelere etkili hemşirelik bakımını sağlamak için gereken bilgi ve becerileri başarılı bir şekilde kullanabilmeleri gerekmektedir (Said ve Chiang, 2020). Literatürde hemşirelerin afet yönetimine yönelik bilgi, tutum ve hazırlık düzeylerini ölçmeye yönelik çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Örneğin, Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET), hemşirelerin afet hazırlığı konusundaki bilgi, beceri ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve

farklı ülke bağlamlarında kullanılmıştır (Al Khalaileh ve ark., 2012). Emergency Preparedness Information Questionnaire (EPIQ) ise afet ve acil durumlara yönelik bilgi seviyesini ölçen bir başka yaygın ölçektir (Wisniewski ve ark., 2004). Ayrıca, Disaster Nursing Competency Scale (DNCS) gibi ölçekler, afetlerde hemşirelik yetkinliğini kapsamlı şekilde değerlendirme amacını taşımaktadır (Loke ve Fung, 2014). Bu ölçekler, afet müdahalesi bağlamında hemşirelerin yetkinlik düzeylerini değerlendirmede önemli araçlardır. Ancak çoğu ölçek, yalnızca teorik bilgi veya genel hazırlık algısı üzerine odaklanmakta; uygulama becerilerine özgü detaylı değerlendirme sağlamamaktadır. Bu nedenle, Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği'nin (HAYİÖ), hemşirelerin afet ortamlarında doğrudan uygulamaya ilişkin beceri düzeylerini algılayış biçimlerini ölçmeye odaklanarak literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma da Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği'nin (HAYİÖ) Türkçe'ye uyarlamasının yapılması, ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin kanıt aranması amacıyla planlandı. Ayrıca bu çalışma hemşirelerin acil ve afet durumlarının yönetimine hazır olma, acil ve afet sonrası afetzedelerin korunması ve iyileştirilmesi için gerekli çalışmaları yapma konusundaki uygulama ve beceri algı düzeylerini değerlendirme açısından önemlidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Putra ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen "Public Health Nurses' Perceived Ability to Practices Regarding Disaster Management Questionnaire (PHNPP-DMQ)"nin Türkçe geçerlik-güvenirliğini yapmak amacıyla yapılmış metodolojik türde bir çalışmadır. Araştırma, Mart 2022-Aralık 2022 tarihlerinde, ülkemizin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki Gaziantep ili'ndeki bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Belirtilen tarihler arasında bu hastanede çalışan 600 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenilirlik analizleri için literatürde, örneklem büyüklüğünün 100 veya daha azının yetersiz, 200'e kadar olanın orta düzeyde, 300'e kadar olanın iyi, 500'e kadar olanın çok iyi ve 1000 kişiye kadar olanın ise mükemmel olduğu belirtilmiştir (Özdamar, 2016; Şencan, 2005; Şimşek, 2020). Ayrıca metodolojik çalışmalarda örneklem sayısının belirlenmesi için, ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 ya da 10 katı kadar kişiye ulaşılarak örnekleme dâhil olması tavsiye edilmektedir (Saritepeci,

2018). Geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısı ise 300'dür.

Araştırmanın Geçerlik-Güvenirliğine İlişkin Uygulanan Yöntemler

Var olan bir ölçeğin uyarlanması yapılması gereken bazı aşamalar (dil ve içerik geçerliği, pilot uygulama, psikometrik testler) bulunmaktadır (Deniz, 2007; Hambleton ve Patsula, 1999; Karakoç ve Dönmez, 2014). Dil ve içerik geçerliği aşamasında alanında uzman kişilerin görüşlerine başvurulur, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, dil açısından orijinal ölçeğin (varsayılan dil İngilizce) Türkçe çevirisi yapılır. Yapılan Türkçe çeviri, dil konusunda uzman başka kişiler tarafınca tekrar İngilizceye çevrilerek yapılan çeviriler arasındaki uyum gözlenir. Dil analizleri tamamlandıktan sonra kapsam geçerliği analizine geçilir. Kapsam içerik oranı ve indeksi hesaplamalarında iki yöntem sıklıkla kullanılmaktadır. Lawshe ve Davis yöntemlerinden biri seçilerek analize devam edilir. Bu analiz de tamamlandıktan sonra, maddelerin anlaşılabilir ve uygulanabilir olması açısından küçük bir örneklem üzerinde test edilir (Deniz, 2007; Hambleton ve Patsula, 1999; Karakoç ve Dönmez, 2014). Lawshe yöntemi kullanılarak, ölçeğin Türkçe çevirisi alanı halk sağlığı hemşireliği ve afetlerle ilgili çalışmaları olan 3 uzman tarafından ayrı ayrı yapıldı. Ölçek metni tekrar benzer alanda farklı 3 uzman tarafından İngilizceye çevrildi. Çevrilmiş olan ölçek metninin anlam değişikliği olup olmadığı ve kavramsal olarak uyumlu olup olmadığı değerlendirildi ve değerlendirme sonucunda fark saptanmadı. Ayrıca uzman görüşü sonrası kapsam geçerlik indeksi hesaplandı ve 0.80'nin altında kalan maddeler uzmanların önerileri doğrultusunda çeviri ekibi ile yeniden değerlendirildi.

Pilot uygulama, büyük örneklemde önce hataların görülmesi ve düzeltilmesi açısından küçük bir örneklem üzerinde yapılan bağımsız bir uygulama testidir (Deniz, 2007; Hambleton ve Patsula, 1999; Karakoç ve Dönmez, 2014). Türkçe ve İngilizce versiyonlarının uzmanlar tarafından onaylanmasının ardından, 20 hemşire örnekleminde ön araştırma yapılmasına karar verildi. Geçerlik ve güvenilirlik analizlerine pilot uygulamadan elde edilen veriler dâhil edilmedi.

Psikometrik testler, geçerlik ve güvenilirlik analizlerinden oluşmaktadır (Deniz, 2007). Yapı geçerliği için AFA ve DFA analizleri; Güvenirlik hesaplanması için madde toplam korelasyon analizi, iç tutarlılık için ise Cronbach alfa katsayısı, test tekrar test, iki yarıya bölme (Karakoç ve Dönmez, 2014) ve %27 alt ve üst grup madde ayırt edicilik yöntemleri uygulandı. Devamlılık ya da kararlılık sistemleri olarak bilinen bu yöntemde, aynı graplara iki

farklı zamanda aynı ölçekler uygulanmakta ve bu iki uygulama arasındaki ilişki hesaplanmaktadır (Baykul, 2015; Tavşancıl, 2019). Ölçme aracının farklı zaman dilimlerinde aynı bireylere uygulanması ve benzer yanıtların elde edilmesi ölçeğin değişmediğini ve kalıcı olduğunu gösterir. Sürenin ise 2-6 hafta arasında olması gerekir (Şencan, 2005). Çalışmada 100 hemşireye ulaşılıp 4 hafta sonra ölçeğin tekrar uygulanması yapıldı. Test tekrar teste dâhil olan hemşirelerin verileri çalışmanın örneklemini dışında tutuldu.

Çalışmada AFA ile DFA analizleri aynı örneklem üzerinde yani 300 hemşire üzerinde yapıldı. Worthington ve Whittaker (2006) aynı örneklem üzerinde AFA ve DFA yapılmasının sorun teşkil etmeyeceğini ileri sürmüşlerdir. Koyuncu ve Kılıç'ın (2019) Türkiye'de 2006-2016 yılları arasında yayınlanan ölçek geliştirme çalışmalarını AFA ve DFA kullanımı bakımından incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; araştırmaların yarısından çoğunda analizlerin aynı örneklem üzerinde yapıldığını belirtmişlerdir.

Verilerin Toplanması

Araştırmada, hemşirelerin sosyo-demografik verilerini içeren 18 sorudan oluşan "anket formu ile Putra ve arkadaşları (2011)'nın geliştirdiği HAYİÖ kullanıldı". Orjinalinde 30 madde ve üç alt faktörden (hazırlık aşaması, yanıt aşaması, iyileşme aşaması) oluşmakta olup beşli likert tipinde olan "0= Bu ifadedeki uygulamaların hiçbirini yapamam, 1= Yapabilmenin zor olduğunu düşünüyorum, 2= Kararsızım (veya Emin değilim), 3= Verilen talimatları takip ederek yapabilirim, 4= Kendi kendime yapabilirim" şeklinde bir öçektir. Ölçeğin test tekrar test uygulamasından sonra veriler belirtilen hastanedeki hemşirelere Google online platform aracılığıyla uygulandı.

Tablo 1. Kullanılan İstatistik Yöntemler

Özellik	Yöntem
Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	Yüzdelik Dağılım Frekans Dağılımı
Yapı Geçerliği	Geçerlik Analizleri
	Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)
	Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)
	Barlett Testi
	Principal Axis Factoring
	Promax Döndürme Testi
	Özdeğer Katsayısı
	Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)
	Maximum Likelihood Kestirim Yöntemi
	Uyum İndeksleri
Ölçek ve Alt Boyut İç Tutarlılığı	(CMIN/df, RMSEA, NFI, CFI, IFI, RFI)
	Güvenirlik Analizleri
	Cronbach Güvenirlik Katsayısı
	Madde-Toplam Puan Analizi
	Test Tekrar Test
	Alt-Üst %27'lik Yöntem

Araştırmının Etik Yönü

Araştırma verileri toplanmadan önce Helsinki Deklarasyonu ilkeleri doğrultusunda bir üniversitenin girişimsel olmayan etik kurulundan etik onay ile araştırmanın yapıldığı hastaneden yazılı izin alındı. Ölçeğin sahibi, HAYİÖ'nün Türkçeye çevrilmesi için e-posta yoluyla yazılı onay verdi. Araştırmaya katılan hemşirelerin sözlü onamları alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS 25.0 paket programı ile analiz edildi. Çalışma için AMOS 24 yazılımı kullanıldı. Katılımcılara ait verilerin gösteriminde ortalama, standart sapma, yüzde ve frekans dağılımlarından faydalanarak raporlandı.

Ölçeğin güvenilirliği çeşitli yöntemlerle değerlendirildi. Toplam madde puan dağılımı, iç tutarlılık (Cronbach alfa), test-tekrar testi ve alt-üst %27'lik grup grafikleri yöntemleri kullanıldı. Test-tekrar test güvenilirliği için sınıf içi ve Pearson korelasyon analizleri uygulandı. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapı geçerliliği için kullanıldı. AFA'da principal axis faktoring yöntemi ve promax rotasyonu tercih edildi. Faktör sayıları belirlenirken özdeğeri bir ve üzeri olan değişkenler dikkate alındı. DFA modelinin uyum iyiliğini görmek için, ki-kare değeri $p > 0,05$ kullanıldı. NNFI (Non-normed Fit Index), NFI (Normed-Fit Index), CFI (Comparative Fit Index) ve RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) uyum indeksleri hesaplandı. Kabul edilebilirlik açısından NNFI ve CFI için $> 0,95$, NFI için $> 0,90$ ve RMSEA için $< 0,05$ kriterleri esas alındı. Araştırma sonucunun anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılanlar 21-53 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 32.75 ± 7.08 yılıdır. Hemşirelerin %42.3'ünün 30-39 yaşlarında, %74.0'ünün kadın, %53.7'sinin evli, %54.3'ünün çocuğunun olmadığı, %53.3'ünün eğitim durumunun lisans, %91.7'sinin kentte yaşadığı, %43.3'ünün ASM' de, %51.3'ünün bir devlet kurumunda çalıştığı belirlendi (Tablo 2).

Araştırma katılımcılarının %79.7'sinin acil ve afet yönetimi ile ilgili eğitim aldığı, %68.3'ünün afette ile ilgili bazen kitap okuduğu, %69.0'unun internette bazen arama yaptığı, %60.7'sinin bazen seminer ve kurslara katıldığı belirlendi. Katılımcıların sadece %9.7'sinin afette sağlık hizmeti sunumu, arama-

kurtarma yapan bir organizasyona üyeliği bulunduğu saptandı. Çalışma hayatı boyunca (COVID-19 hariç) afet öyküsü yaşayanların oranı %36.0 iken, bir afetzedeye yardımcı olma deneyimine sahip olanların oranı %26.7'dir. Afetten etkilenen bireylere yardım etme konusuna katılan katılımcıların %40.3'ü kendini teorik, %35.7'si kendini uygulama ve beceri, %42.3'ü psikolojik destek ve %39.3'ü süreç yönetimi açısından kendisini yeterli hissettiği saptandı (Tablo 3).

Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi

AFA öncesinde her bir maddenin bu analiz ve sonrasında yapılacak olan testler için gerekli olan varsayımları

Tablo 2. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)

Değişkenler	Ort.±SS	Min. – Maks.
Yaş	32.75±7.08	21-53
Değişkenler ve Alt Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
21-29 yaş	119	39.7
30-39 yaş	127	42.3
40 yaş ve üstü	54	18.0
Cinsiyet		
Kadın	222	74.0
Erkek	78	26.0
Medeni durum		
Evli	161	53.7
Bekâr	139	46.3
Çocuk durumu		
Evet	137	45.7
Hayır	163	54.3
Eğitim durumu		
Lise	19	6.3
Önlisans	34	11.3
Lisans	160	53.3
Yüksek lisans	67	22.3
Doktora	20	6.7
Yaşanılan yer		
Kent	275	91.7
Kır	25	8.3
Çalışılan yer		
Servis	108	36.0
YB	39	13.0
Poliklinik	23	7.7
Diğer*	130	43.3
Çalışılan kurum		
Üniversite	69	23.0
Özel	59	19.7
Devlet	154	51.3
ASM	18	6.0

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Maks.: Maksimum değer

*Aile Sağlığı Merkezi (ASM), İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi.

Tablo 3. Katılımcıların Afet Yönetimi ile İlgili Bilgi, Uygulama ve Becerilerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=300)

Değişkenler	Ort.±SS	Min. – Maks.
Afet yönetimi eğitimine katılma sıklığı (sayı)	1.55±1.29	0-5
Temel yaşam desteği eğitimine katılma sıklığı (sayı)	2.69±1.62	0-5
İleri yaşam desteği eğitimine katılma sıklığı (sayı)	2.40±1.67	0-5
İlk yardım eğitimine katılma sıklığı (sayı)	2.67±1.59	0-5
Değişkenler ve Alt Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Acil ve afet yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	239	79.7
Hayır	61	20.3
Afetle ilgili kitaplar ve diğer materyalleri okumak		
Asla	24	8.0
Bazen	205	68.3
Sıklıkla	52	17.3
Her zaman	19	6.3
İnternette afetle ilgili materyalleri aramak ve okumak		
Asla	20	6.7
Bazen	207	69.0
Sıklıkla	54	18.0
Her Zaman	19	6.3
Afet ile ilgili seminer veya kurslara katılmak		
Asla	51	17.0
Bazen	182	60.7
Sıklıkla	47	15.7
Her Zaman	20	6.6
Afette sağlık hizmeti sunumu, arama-kurtarma yapan bir organizasyona üyelik durumu		
Evet	29	9.7
Hayır	271	90.3
Çalışma hayatınız boyunca (COVID-19 hariç) afet yaşama öyküsü		
Evet	108	36.0
Hayır	192	64.0
Bir afetzedeye yardımcı olma deneyimi		
Evet	80	26.7
Hayır	220	73.3
Afetten etkilenen bireylere yardım etme konusunda teorik açıdan kendini yeterli hissetme durumu		
Kesinlikle katılmıyorum	34	11.3
Katılmıyorum	36	12.0
Kararsızım	62	20.7
Katılıyorum	121	40.3
Kesinlikle katılıyorum	47	15.7
Afetten etkilenen bireylere yardım etme konusunda uygulama becerisi açısından kendini yeterli hissetme durumu		
Kesinlikle katılmıyorum	38	12.7
Katılmıyorum	32	10.7
Kararsızım	73	24.3
Katılıyorum	107	35.7
Kesinlikle katılıyorum	50	16.7
Afetten etkilenen bireylere yardım etme konusunda psikolojik destek açısından kendini yeterli hissetme durumu		
Kesinlikle katılmıyorum	28	9.3
Katılmıyorum	24	8.0
Kararsızım	61	20.3
Katılıyorum	127	42.3
Kesinlikle katılıyorum	60	20.0
Afetten etkilenen bireylere yardım etme konusunda süreç yönetimi açısından kendini yeterli hissetme durumu		
Kesinlikle katılmıyorum	32	10.7
Katılmıyorum	27	9.0
Kararsızım	74	24.7
Katılıyorum	118	39.3
Kesinlikle katılıyorum	49	16.3
Toplam	300	100.0

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Maks.: Maksimum değer

taşıyıp taşımadıklarının tespiti için Bartlett ve KMO testlerinin sonuçlarına bakılır. Bartlett testi, farklı örneklerin alındığı popülasyona ait varyansların eşit olup olmadığını ya da homojenliğini test etmek amacıyla kullanılır (Arsham ve Lovric, 2011; George ve Mallery, 2021).

Yapılan AFA sonucunda, 4'lü faktör yapısının olduğu görüldü. Analizde 6 maddenin binişik özellik gösterdiği saptandı. Değerlendirmede 0.10'dan daha az farkı olan 16-17-19-21-24-26 numaralı maddeler ölçekten çıkarıldı. Son aşamada, ölçeğin orijinalde olduğu gibi 3'lü faktör yapısına sahip olduğu belirlendi. Faktör 1, beş maddeden oluşmakta, maddelerin faktör yükleri 0.660 ile 0.947 arasında değişmekte olup toplam açıklanan varyansa katkısı %53.1'dir. Faktör 2, beş maddeden oluşmakta, maddelerin faktör yükleri 0.557 ile 0.868

arasında değişmekte olup toplam açıklanan varyansa katkısı %11.6'dır. Faktör 3, beş maddeden oluşmakta, maddelerin faktör yükleri 0.318 ile 0.850 arasında değişmekte olup toplam açıklanan varyansa katkısı % 4.8'dir. Toplam açıklanan varyans oranı ise %69.6'dır (Tablo 4).

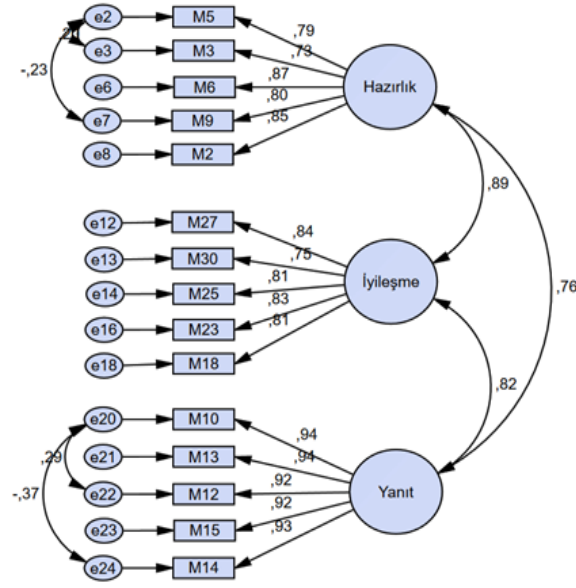
Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği" Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

DFA, araştırmacı tarafından toplanan benzer bir örneklem veri seti üzerinde AFA sonuçlarının doğruluğunu test etmek ve ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için DFA yöntemi sonucunda elde edilen model uyum indeksleri kullanıldı (Şekil 1).

Tablo 4. Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Sonuçları

Madde No	Maddeler	Faktörler ve Faktör Yükleri		
		1	2	3
15	Cilt değerlendirmesi yapmak, özellikle yara, yanık ve döküntü değerlendirmesi	0.947		
13	Yaralanmadan dolayı dış kanamayı önlemek ya da kanamayı kontrol etmek için baştan ayağa kadar yaralanma değerlendirmesi yapmak	0.938		
12	Mental durum değerlendirmesi yapmak (hastanın komutlara uyma yeteneğini değerlendirmek)	0.928		
10	Solunum değerlendirmesi yapmak (havayolu ve nefes alma)	0.912		
14	Yaşam bulguları ve şok belirtilerinin izlenmesini de içeren kardiyovasküler değerlendirme yapmak	0.660		
5	Afetin etkilerine karşı kırılgan olan nüfusun farkında olmak		0.868	
3	Kurumum ve toplum paydaşları arasındaki yıllık toplantı ve tartışmalara öncülük etmek		0.782	
6	Afet oluştuğunda, güvenli yeri tanıma ve bulma		0.742	
2	Afet durumunda harekete geçmekten sorumlu ulusal organizasyon ve kurumları tanımak		0.635	
9	Afet uyarı yöntemlerini uygulamak için toplumla birlikte afet tatbikatlarına katılmak		0.557	
30	Doğru hijyen uygulamaları, güvenli su ve gıda tüketimi, güvenli su kaynağı ve erken tedavi arama davranışını teşvik etmek için bilgilendirme eğitimi vermek			0.850
25	Toplumdaki morbidite ve mortalite oranını değerlendirmek			0.823
23	Nüfusun yaşam koşulları da dâhil olmak üzere (nüfus, büyüklüğü, yeri ve yoğunluğu), toplumda yaygın olarak görülen endemik ve epidemik hastalıkları tanımlama.			0.754
27	Doğal afeti takiben kamp alanında görülebilecek diyare, akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), kızamık ve vektör kaynaklı hastalıklar gibi bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak			0.734
18	Gözlem sonuçlarını diğer kurumlara yaymak			0.318
Öz değerler		8.257	1.997	1.059
Açıklanan toplam varyans (%)		53.132	11.641	4.896
Açıklanan kümülatif varyans (%)		53.132	64.773	69.669
Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett Test Sonuçları				
		KMO	0.815	
		Bartlett test	χ^2	1921.874
			sd	105
			p	<0.001

Extraction method: Principal axis factoring, *Rotation method:* Promax



CMIN/df:1,517; AGFI: .861; GFI: .904; NFI: .946; CFI: .981; IFI: .981; TLI: .976; RMSEA: .059

Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri ve Model Görünümü

Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Güvenirlik Analizi Bulguları

HAYİÖ alt boyut madde korelasyon analizi sonuçları (Corrected Item-Total Correlation) değerlendirildiğinde, Faktör 1 alt boyutunda madde toplam puan korelasyonu 0.834 ile en düşük puan, 0.916 ile de en yüksek puan elde edildi. Faktör 2 alt boyutunda madde toplam puan korelasyonu 0.681 ile en düşük puan, 0.774 ile de en yüksek puan elde edildi. Faktör 3 alt boyutunda madde toplam puan korelasyonu 0.688 ile en düşük puan, 0.803 ile de en yüksek puan elde edildi. HAYİÖ madde toplam puan korelasyon analizi sonuçları değerlendirildiğinde, 0.592 ile en düşük ve 0.804 ile de en yüksek puan elde edildi (Tablo 5).

HAYİÖ, 5'li likert tipinde tasarlandı. Puanlamada "Bu ifadedeki uygulamaların hiçbirini yapamam=0, yapabilmenin zor olduğunu düşünüyorum=1, Kararsızım=2, verilen talimatları takip ederek yapabilirim=3 ve kendi kendime yapabilirim=4" olmak üzere ölçek toplamı ve alt boyutlarına ait dağılımlar incelendiğinde, ölçekten alınacak en düşük değeri 0, en yüksek değeri ise 60 olup bu araştırma için puan ortalama değeri 44.58 ± 11.21 olarak bulundu. Ölçeğin tümünde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değeri 0.95 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutları için alınabilecek en düşük değer 0, en yüksek değer 20 olup, Faktör 1 için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.96, ortalama puan 16.53 ± 4.13 olarak belirlenmiştir. Faktör 2 için Cronbach

alfa güvenilirlik katsayısı 0.88, ortalama puan 13.34 ± 4.12 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından biri olan Faktör 3'e bakıldığında ise ortalama puan 14.71 ± 4.26 'dır. Faktör 3'ün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırmaya katılanların (n=300) ölçekten aldıkları puan ortalaması en üstten en alt sıraya doğru sıralandı. Hesaplama sonucunda alt ve üst %27'lik kısımlarda 81 kişinin olması gerektiği belirlendi. Ölçek toplamı için iki grup arasında yapılan farklı örneklem t testi sonucuna göre en yüksek %27'lik grubun puan ortalamasının, en düşük %27'lik grubun puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=31.014$, $sd=100.255$, $p<0.001$). Faktör 1, 2 ve 3 için de benzer sonuçlar elde edildi (Tablo 7).

Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Zamana Göre Değişmezliği Test Tekrar Test Analiz Bulguları

Çalışmada, ICC (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı-Intraclass Correlation Coefficient) seçiminde, iki yönlü karma model, ortalama hesaplama türüne bağlı olarak güvenilirlik için mutlak uyum tercih edildi (Tablo 8). Ancak çalışmada her iki değer de karşılaştırılması amacıyla pearson korelasyon analiz bulgularına da yer verildi (Tablo 9). Sınıf içi korelasyon katsayısı yapılan analiz sonucunda 0.959 olarak saptandı (Tablo 8).

Tablo 5. Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Madde-Alt Boyut ve Toplam Puan Korelasyonları (n=300)

Tüm Maddeler		Düzeltilmiş Alt Boyut Madde Toplam Puan Korelasyonu r	Madde Toplam Puan Korelasyonu r
Faktör 1: Yanıt Aşaması			
15	Cilt değerlendirmesi yapmak, özellikle yara, yanık ve döküntü değerlendirmesi	0.907	0.785
13	Yaralanmadan dolayı dış kanamayı önlemek ya da kanamayı kontrol etmek için baştan ayağa kadar yaralanma değerlendirmesi yapmak	0.913	0.791
12	Mental durum değerlendirmesi yapmak (hastanın komutlara uyma yeteneğini değerlendirmek)	0.916	0.804
10	Solunum değerlendirmesi yapmak (havayolu ve nefes alma)	0.910	0.801
14	Yaşam bulguları ve şok belirtilerinin izlenmesini de içeren kardiyovasküler değerlendirme yapmak	0.834	0.747
Faktör 2: Hazırlık Aşaması			
5	Afetin etkilerine karşı kırılğan olan nüfusun farkında olmak	0.714	0.648
3	Kurumum ve toplum paydaşları arasındaki yıllık toplantı ve tartışmalara öncülük etmek	0.695	0.592
6	Afet oluştuğunda, güvenli yeri tanıma ve bulma	0.774	0.769
2	Afet durumunda harekete geçmekten sorumlu ulusal organizasyon ve kurumları tanımak	0.736	0.732
9	Afet uyarı yöntemlerini uygulamak için toplumla birlikte afet tatbikatlarına katılmak	0.681	0.719
Faktör 3: İyileşme Aşaması			
30	Doğru hijyen uygulamaları, güvenli su ve gıda tüketimi, güvenli su kaynağı ve erken tedavi arama davranışını teşvik etmek için bilgilendirme eğitimi vermek	0.728	0.735
25	Toplumdaki morbidite ve mortalite oranını değerlendirmek	0.803	0.745
23	Nüfusun yaşam koşulları da dâhil olmak üzere (nüfus, büyüklüğü, yeri ve yoğunluğu), toplumda yaygın olarak görülen endemik ve epidemik hastalıkları tanımlama.	0.782	0.765
27	Doğal afeti takiben kamp alanında görülebilecek diyare, akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), kızamık ve vektör kaynaklı hastalıklar gibi bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak	0.780	0.747
18	Gözlem sonuçlarını diğer kurumlara yaymak	0.688	0.743

Tablo 6. Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı ve Cronbach α Güvenirlilik Katsayıları (n=300)

Ölçek ve Alt Boyutlar	Beklenen Min.-Maks.	Cronbach α	Ort.±SS	Gözlenen Min.-Maks.	Medyan (IQR)
Ölçek Toplamı	0-60	0.952	44.58±11.21	14-60	46 (53-40)
Yanıt Aşaması	0-20	0.963	16.53±4.13	5-20	18 (20-15)
Hazırlık Aşaması	0-20	0.882	13.34±4.12	3-20	14 (16-10)
İyileşme Aşaması	0-20	0.902	14.71±4.26	4-20	15 (18-12)

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Maks.: Maksimum değer

Medyan (IQR): Ortanca (Çeyreklikler arası genişlik/aralık: 75. ve 25. yüzdeler)

Tablo 7. Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Güvenirliliğine İlişkin Alt-Üst %27'lik Yöntem Bulguları (n=162)

Ölçek ve Alt Boyutlar	Alt gruplar	n	Ort.±SS	t	sd	p
Ölçek toplamı	Üst %27	81	56.49±2.67	31.014	100.255	<0.001
	Alt %27	81	29.25±7.44			
Yanıt Aşaması	Üst %27	81	20.00±0.00	24.802	80.000	<0.001
	Alt %27	81	10.98±3.27			
Hazırlık Aşaması	Üst %27	81	18.11±1.67	32.437	147.160	<0.001
	Alt %27	81	7.95±2.27			
İyileşme Aşaması	Üst %27	81	19.46±0.69	39.190	93.725	<0.001
	Alt %27	81	8.80±2.35			

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, sd: serbestlik derecesi, t: Independent samples t test

Tablo 8. Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Güvenirliğine İlişkin Sınıf İçi Korelasyon Katsayısına Dayalı Test Tekrar Test Analiz Bulguları

	Sınıf içi Korelasyon	%95 Güven Aralığı		istatistik değeri	F testi		
		AS	ÜS		sd1	sd2	p
Tek ölçümler	0.278	0.223	0.349	31.822	95	5605	<0.001
Ortalama Ölçümler	0.959	0.945	0.970	31.822	95	5605	<0.001

Sd: Serbestlik derecesi, AS: Alt sınır, ÜS: Üst sınır

Birinci ve ikinci ölçüm arasındaki pozitif yönde yüksek düzeyde güçlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($r=0.769$, $p<0.001$) (Tablo 9).

TARTIŞMA

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemeden önce veri setinin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett testi sonuçları ile incelendi. Literatürde Bartlett küresellik testi değerinin istatistiksel olarak anlamlı olması ve KMO değerinin en az 0.60 olması gerektiği vurgulanmaktadır (George ve Mallery, 2010). **Tablo 9.** Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği Güvenirliğine İlişkin Pearson Korelasyon Katsayısına Dayalı Test Tekrar Test Analiz Bulguları

2021; Harrison ve ark., 2021; Yaşhoğlu, 2017; Yılmaz ve Eskici, 2021). Çalışmanın AFA sonucunda KMO katsayısı=0.815, Bartlett's test χ^2 değeri= 1921.874 ve $p<0.01$ olarak bulunarak faktör analizi için veri tabanının ve örneklem büyüklüğünün uygun olduğu belirlendi (Büyüköztürk, 2011).

Faktör analizinde, alt boyutları belirlemede sadece öz değerleri bir ve birin üzerinde olan faktörler kararlı olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2002; Çokluk ve ark., 2010). Bu çalışmadaki AFA sonucunda ölçeğin üç alt boyuttan oluştuğu saptandı. Çalışma, üç faktörlü ölçek toplam varyansın %53'ünü

Ölçümler	İkinci ölçüm	
	r	p
İlk ölçüm	0.769	<0.001

r: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı

$r=0.1-0.3$ arası zayıf, $r=0.3-0.7$ arası orta, $r=0.7-1.0$ arası yüksek düzeyde ilişkiyi göstermektedir.

Tablo 10. Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği

Eski Madde No.	Yeni Madde No.	Tüm Maddeler
Hazırlık Aşaması		
5	1	Afetin etkilerine karşı kırılgan olan nüfusun farkında olmak
3	2	Kurumum ve toplum paydaşları arasındaki yıllık toplantı ve tartışmalara öncülük etmek
6	3	Afet oluştuğunda, güvenli yeri tanıma ve bulma
2	4	Afet durumunda harekete geçmekten sorumlu ulusal organizasyon ve kurumları tanımak
9	5	Afet uyarı yöntemlerini uygulamak için toplumla birlikte afet tatbikatlarına katılmak
Yanıt Aşaması		
15	6	Cilt değerlendirmesi yapmak, özellikle yara, yanık ve döküntü değerlendirmesi
13	7	Yaralanmadan dolayı dış kanamayı önlemek ya da kanamayı kontrol etmek için baştan ayağa kadar yaralanma değerlendirmesi yapmak
12	8	Mental durum değerlendirmesi yapmak (hastanın komutlara uyma yeteneğini değerlendirmek)
10	9	Solunum değerlendirmesi yapmak (havayolu ve nefes alma)
14	10	Yaşam bulguları ve şok belirtilerinin izlenmesini de içeren kardiyovasküler değerlendirme yapmak
İyileşme Aşaması		
30	11	Doğru hijyen uygulamaları, güvenli su ve gıda tüketimi, güvenli su kaynağı ve erken tedavi arama davranışını teşvik etmek için bilgilendirme eğitimi vermek
25	12	Toplumdaki morbidite ve mortalite oranını değerlendirmek
23	13	Nüfusun yaşam koşulları da dâhil olmak üzere (nüfus, büyüklüğü, yeri ve yoğunluğu), toplumda yaygın olarak görülen endemik ve epidemik hastalıkları tanımlama.
27	14	Doğal afeti takiben kamp alanında görülebilecek diyare, akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), kızamık ve vektör kaynaklı hastalıklar gibi bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak
18	15	Gözlem sonuçlarını diğer kurumlara yaymak

açıklamaktadır. Literatür açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması gerektiğini ve toplam varyans ne kadar yüksekse ölçeğin geçerliğinin o kadar güçlü olduğunu vurgulamaktadır (Çokluk ve ark., 2010). Bu çalışmada elde edilen toplam varyansın %50'nin üzerinde olduğu ve bu nedenle ölçeğin çok yüksek açıklanan varyansa sahip olduğu belirlendi. Bu sonuç, ölçeğin çok güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu ve ölçeğin yapı geçerliliğini desteklediğini göstermektedir. AFA sonucunda üç alt boyutun faktör yükleri 0.318 ile 0.947 arasında değişmektedir. Literatür maddelerin yer alacağı faktörün belirlenmesinde minimum faktör yükünün 0.30 ve üzerinde olması gerektiğini ve 0.30'un altındaki maddelerin ölçekten çıkarılması gerektiğini vurgulamaktadır (Büyüköztürk, 2002). Mevcut çalışmada tüm alt boyutların faktör yükleri >0.30'dur. Bu sonuçlar ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu göstermektedir.

DFA, teorik yapılar ile ölçüm modelleri arasındaki uyumu değerlendirmek ve geçerliliğini test etmek için kullanılan istatistiksel bir tekniktir (Şencan, 2005). Bu çalışmada yapılan DFA sonucunda üç alt boyutun faktör yüklerinin 0.73 ile 0.94 arasında değiştiği belirlendi. DFA sonucuna göre GFI=0.904 (Goodness of Fit Index, Uyum İyiliği İndeksi), CFI=0.981 (Comparative Fit Index, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), IFI=0.981 (Incremental Fit Index, Fazlalık/Artımlı Uyum İndeksi), AGFI=0.861 (Adjusted Goodness of Fit Index, Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi), NFI=0.946 (Normed Fit Index, Normlaştırılmış Uyum İndeksi), NNFI= 0.976 (Non-Normed Fit Index, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi), χ^2 değerinin df'ye bölümü 1.517, RMSEA=0.059 (Root Mean Square Error of Approximation, Ortalama Kareli Yaklaşım Hatalarının Karekökü), (RMSEA<0.85) bulundu. Literatürde, χ^2 / df 'ye bölünmesi <5 ve yaklaşıklığın ortalama karekök hatası<0.08 ise, iyi bir uyum göstergesi olarak kabul edilir (Jonhson ve Christensen, 2014; Karagöz, 2016; Özdamar, 2016). DFA sonuçları literatürde belirtilen kriterler ile uyumluydu. DFA sonuçları, verilerin modelle uyumlu olduğunu, üç faktörlü yapıyı doğruladığını, alt boyutların ölçekle ilişkili olduğunu ve her bir alt ölçekteki maddelerin kendi faktörünü yeterli olarak tanımladığını gösterdi. Ölçeğin yapı geçerliliğini destekleyen bu çalışmada AFA ve DFA sonuçları ölçeğin geçerli bir araç olduğunu göstermektedir.

Araştırmada Cronbach alfa (α) katsayısı maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini ve maddelerin ölçülmek istenen konuyla ilgili olup olmadığını gösterir (George ve Mallery, 2021). Bu değer mümkün olduğunca 1'e yakın olmalıdır. Bu değer 0.60 ile 0.80 arasında ise ölçek güvenilir, 0.80 ile 1.00 arasında ise oldukça güvenilir. Ölçeğin tümünde Cronbach alfa güvenilirlik

katsayısı 0.95 olarak saptandı. Ölçek alt boyutlarındaki Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Faktör 1'de 0.96, Faktör 2'de 0.88, Faktör 3'de 0.91 olarak saptandı (Tablo 6). Putra ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen ölçekteki Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Bir ölçeğin güvenilirlik katsayısının 0.7 ile 0.9 arasında olması, iyi bir güvenilirlik düzeyini, 0.9'dan yüksek olması ise mükemmel bir güvenilirlik düzeyini işaret etmektedir (Kılıç, 2016). Bu durum ölçeğin orijinal yapısına benzer olduğunu ve güçlü bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçek alt boyutlarındaki maddeler arası korelasyon 0.681 ile 0.916 arasında değişim gösterdiği görüldü. Bu sonuçlara göre, ölçeğin tüm maddeleri alt boyut toplam puanı ile yüksek düzeyde korelasyon göstermiştir. Bu sonuçlar, maddelerin ölçülmek istenen kavramı yeterince öğebildiğini ve ölçek ile alt boyutların madde güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Madde-madde puan analizi, ölçekteki maddelerin puanları arasındaki ilişkiyi açıklar. Bu, ölçekteki maddelerin istenilen kavramı ölçüp ölçmediğinin bir göstergesidir. Bu değer >0.20, 1'e mümkün olduğu kadar yakın ve pozitif olmalıdır. Literatürde çoğu araştırmacı da 0.20'nin sınır değer olarak alınması gerektiğini belirtmiştir (Aksoy ve ark., 2019; Büyüköztürk, 2003).

Alt-Üst %27'lik gruplara ilişkin madde toplam puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması madde geçerliliğinin yanı sıra istatistiksel olarak anlamlı çıkması ile ölçeğin iç tutarlılığı hakkında da bilgi vermektedir. Ölçekte alt boyutlar varsa bu alt boyutlarda da güvenilirlik için alt-üst %27'lik karşılaştırmaya bakılmalıdır (Şencan, 2005). Tablo 7'de ölçek toplamına ve alt boyutlara ait alt-üst %27'lik test sonuçlarına yer verildi. Buna göre, ölçek toplamında ve alt faktörlerin tümünde maddelerin ayırt edici özelliklerinin ve iç tutarlık açısından ölçme aracının ölçüm yeteneğinin yüksek olduğu söylenebilir.

Test tekrar test, bir ölçeğin güvenilirlik analiz yöntemlerinden birisidir. Bu test ölçeğin iç tutarlığı hakkında bilgiler verir (Mehta ve ark., 2018; Weir, 2005). Test tekrar test için ölçek çalışmalarında güvenilirlik analizleri açısından iki farklı test sonuçları sıklıkla kullanılmaktadır (Weir, 2005). Bu sonuçlardan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ve Sınıf içi Korelasyon Katsayısından (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) birinin raporlanması yeterli olarak görülmektedir.

Pearson korelasyonu, aynı bireylerin aynı testi farklı zamanlarda tekrarlamaları sonucunda elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi ölçmekte kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. ICC, ölçüm aracının tekrarlayan ölçümler arasındaki kapsamını ve istikrarını değerlendirmek amacıyla araştırma tasarımlarında en

sık tercih edilen, kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (Koo ve Li, 2016; Mehta ve ark., 2018). ICC, ölçüm aracının ölçümleri ne kadar güvenilir bir şekilde tekrarlayabildiğini gösterir. ICC, 0 ile 1 arasında bir değere sahiptir ve 0.70 ve üzeri bir değer ölçüm aracının güvenilir olduğunu ve tekrarlayan ölçümlerde istikrarlı sonuçlar verdiğini gösterir (Liljequist ve ark., 2019). ICC, yalnızca ölçümler arasındaki korelasyonu değil, aynı zamanda mutlak sonuçların uyumunu da göz önünde bulundurduğundan, güvenilirlik analizlerinde Pearson korelasyonundan daha etkili bir yöntem olarak kabul edilir (Koo ve Li, 2016; Ulupinar, 2022). Çalışmada sınıf içi korelasyon katsayısının 0.959 olarak saptanması, ölçeğin güvenilirliğinin mükemmel olduğunun göstergesidir. Araştırmada ölçeğin birinci ve ikinci ölçüm ile güçlü ve yüksek derecede pozitif bir ilişki olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0.769$, $p<0.001$). Bu ilişki, ölçeğin zamana göre değişmezliğinin ve güvenilirliğinin göstergesidir.

Orijinal çalışmada AFA, DFA değerleri, alt-üst %27'lik karşılaştırmalar ve madde-toplam korelasyon verileri yer almadığı için doğrudan bir karşılaştırma yapılamamıştır. Bu yönüyle, mevcut çalışmada söz konusu analizlerin yapılmış olması, Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik açısından daha kapsamlı değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı ülkede halk sağlığı merkezlerinin olması nedeniyle çalışma bu birimlerde çalışan halk sağlığı hemşireleri ile yürütülmüştür. Ülkemizde bu merkezlerin olmaması, hemşirelikte branşların bulunmamasından dolayı farklı birimlerde çalışan hemşireler çalışmaya alınmıştır. Alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının yer aldığı mevzuatta da halk sağlığı hemşirelerinin görev tanımında afete müdahale yetkisi yer almamaktadır. Bu da çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİ

Bu çalışma, Hemşirelerin Afet Yönetimine İlişkin Uygulama Becerileri Algısı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasını kapsamaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, ölçeğin üç faktörlü yapısının istatistiksel açıdan güçlü olduğu, yapı geçerliğinin Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi ile desteklendiği, iç tutarlılığının ise Cronbach alfa ve test-tekrar test sonuçları ile yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Ayrıca, madde-toplam korelasyonları, alt-üst %27'lik grup analizleri ve sınıf içi korelasyon katsayısı sonuçları da ölçüm aracının ayırt edici gücünün ve zamana

karşı tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, geliştirilen ölçeğin hemşirelerin afet yönetimine ilişkin uygulama becerileri algısını değerlendirmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu ortaya koymaktadır. Orijinal çalışmada yer almayan analizlerin mevcut çalışmada yapılmış olması, bu ölçeğin psikometrik açıdan daha derinlemesine değerlendirildiğini ve Türkiye bağlamında kullanılabilirliğinin güçlendirildiğini göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça hemşirelerin afet yönetimine ilişkin uygulama becerileri algısının yüksek olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyutlarında "Hazırlık Aşaması"nda puan arttıkça hemşirelerin afet durumlarının yönetimine hazır olma konusundaki, "Yanıt Aşaması"nda puan arttıkça hemşirelerin afetzedelere yaşamsal müdahalede bulunma ve müdahale sonuçlarını değerlendirme konusundaki ve "İyileşme Aşaması"nda puan arttıkça hemşirelerin afet sonrası afetzedelerin korunması ve iyileştirilmesi için gerekli çalışmaları yapma konusundaki uygulama becerileri algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Ölçek, hemşirelik eğitimi veren kurumlarda afet yönetimi konusundaki eğitimlerin etkililiğini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir. Afet yönetimi alanında çalışan hemşirelerin mesleki gelişim gereksinimlerini belirlemek için düzenli aralıklarla uygulanabilir. Ölçeğin farklı kültürel gruplar, farklı sağlık profesyonelleri ya da afet türleri bağlamında uyarlanarak test edilmesi önerilmektedir. Uzun vadede, bu ölçüm aracının kullanımı ile elde edilecek veriler, afetlere hazırlıkta hemşirelerin rollerinin güçlendirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, hemşirelerin uygulama becerilerinin gelişiminin, afet durumlarına daha etkin müdahale edebilmesini sağlayacağı, ülkemizin konumu gereği afetlerin yaşandığı bir ülke olması nedeniyle bu alanda afet hemşireliği branşlaşmasının yapılmasının gerekliliği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksoy, S. D., Dutucu, N., Özdiş, R., Bektaş, H. A., & Keçeci, A. (2019). Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 11-15.
- Al Harthi, M., Al Thobaity, A., Al Ahmari, W., & Al Malki, M. (2020). Challenges for nurses in disaster management: a scoping review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2627-2634.
- Al Khalailah, M. A., Bond, E., & Alasad, J. A. (2012). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 20(1), 14-23.
- Arsham, H., Lovric, M. (2011). Bartlett's Test. In M. Lovric (Ed.), *International encyclopedia of statistical science* (pp. 87-88). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Baack, S., Alfred, D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281-287.
- Baykul, Y. (2015). Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik test teorisi ve uygulaması. Ankara: Pegem Akademi.

- Büyükoztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 32(32), 470-483.
- Büyükoztürk, Ş. (2003). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Pegem A Yayıncılık, Ankara.
- Büyükoztürk, Ş. (2011). Sosyal bilimler için istatistik. Pegem A Yayıncılık, Ankara.
- Çokluk, Ö., Şekeroğlu, G. & Büyükoztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları, Pegem Akademi, Ayrıntı Matbaası, Ankara.197, 207.
- Deniz, Z. (2007). Psikolojik ölçme aracı uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 40(1), 1-16.
- George, D., Mallery, P. (2021). IBM SPSS statistics 27 step by step: A simple guide and reference (17. bs.). New York: Routledge.
- Hambleton, R., Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. Journal of Applied Testing Technology, 1, 1-12.
- ICN (International Council of Nurses). (2019). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. <https://www.icn.ch>
- ICN (International Council of Nurses). (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. <https://www.icn.ch>
- Jonhson, B. & Christensen, L. (2014). Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches. SAGE Publication, Inc., California.
- Karagöz, Y. (2016). SPSS 23 and AMOS 23 Applied Statistical Analysis. Nobel Akademi Publishing, Ankara.
- Karakoç, F. Y., Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünnyası, 13(40), 39-49.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'in alfa güvenirlik katsayısı. Journal of Mood Disorders, 6(1), 47.
- Koo, T. K., Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. Journal of Chiropractic Medicine, 15(2), 155-163.
- Koyuncu, İ., & Kılıç, A. F. (2019). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanımı: Bir doküman incelemesi. Eğitim ve Bilim, 44(198), 361-388.
- Liljequist, D., Elfving, B., & Skavberg Roaldsen, K. (2019). Intraclass correlation – A discussion and demonstration of basic features. PLOS ONE, 14(7), e0219854.
- Lin, C. H., Tzeng, W. C., Chiang, L. C., Lee, M. S., & Chiang, S. L. (2023). Determinants of nurses' readiness for disaster response: A cross-sectional study. Heliyon, 9(10), e20579.
- Loke, A. Y., Fung, O. W. M. (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: Implications for curriculum development and public health. International Journal of Environmental Research and Public Health, 11(3), 3289-3303.
- Mehta, S., Bastero-Caballero, R. F., Sun, Y., Zhu, R., Murphy, D. K., Hardas, B., & Koch, G. (2018). Performance of intraclass correlation coefficient (ICC) as a reliability index under various distributions in scale reliability studies. Statistics in Medicine, 37(18), 2734-2752.
- Naja, T., Mohammad, J., Haghani, H., & Javadi, N. (2019). Effect of education using the virtual social network on the knowledge and attitude of emergency nurses of disaster preparedness: A quasi-experiment study. Nurse Education Today, 73, 88-93.
- Özdamar, K. (2016). Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. Ankara: Nisan Kitabevi Yayınları.
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. International Emergency Nursing, 31, 58-63.
- Putra, A., Petpichetchian, W., & Maneewat, K. (2011). Perceived ability to practice in disaster management among public health nurses in Aceh, Indonesia. Nurse Media Journal of Nursing, 1(2), 169-186.
- Said, N. B., Chiang, V. C. (2020). The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. International Emergency Nursing, 48, 100806.
- Sarıtepeci, M. (2018). Beklenti-değer teorisini temel alan başarı motivasyonu ölçeğini uyarlama çalışması. Uluslararası Eğitim Bilim ve Teknoloji Dergisi, 4(1), 28-40.
- Soltani Goki, F., Farahmandnia, H., Sabzi, A., Taskiran Eskici, G., & Farokhzadian, J. (2023). Iranian nurses' perceptions of core competencies required for disaster risk management. BMC Emergency Medicine, 23(1), 84.
- Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Şimşek, Ö. F. (2020). Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları.
- Tavşancıl, E. (2019). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tzeng, W. C., Feng, H. P., Cheng, W. T., Lin, C. H., Chiang, L. C., Pai, L., & Lee, C. L. (2016). Readiness of hospital nurses for disaster responses in Taiwan: a cross-sectional study. Nurse Education Today, 47, 37-42.
- Ulupinar, S. (2022). Atletik performans ölçümlerinde test-tekrar Test güvenirliği analizleri. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(2), 738-747.
- Weir, J. P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. The Journal of Strength and Conditioning Research, 19(1), 231.
- WHO (2021). Guidance on Research Methods for Health Emergency and Disaster Risk Management. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345591/9789240032286-eng.pdf>
- Wisniewski, R., Dennik-Champion, G., & Peltier, J. W. (2004). Emergency preparedness competencies: assessing nurses' educational needs. JONA: The Journal of Nursing Administration, 34(10), 475-480.
- Worthington, R. L. & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. The Counseling Psychologist, 34(6), 806-838.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46, 74-85.
- Yılmaz, S. K., Eskici, G. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıkla Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6 (3), 19-25.
- Zhang, J., Yang, L., Cao, X., Ren, Y., Han, X., Zang, S., Cai, F., Xu, L., Qin, L., Zhang, P., & Cheng, Y. (2023). Assessment of disaster preparedness and related impact factors among emergency nurses in tertiary hospitals: descriptive cross-sectional study from Henan Province of China. Frontiers in Public Health, 11, 1093959.

Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları üzerine bir araştırma: Bir şehir hastanesi örneği

A research on the organizational justice perceptions of health workers: An example of a city hospital

Sevgi Güler¹, Ali Özcan², İsmail Özdemir³, Ahmet Erkasap⁴

¹ İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi, 20241512022@std.nisantasi.edu.tr, 0009-0008-2947-1849

² İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, ali.ozcan@nisantasi.edu.tr, 0000-0003-3751-8148

³ İstanbul Gedik Üniversitesi, Gedik MYO, İnsan Kaynakları Yönetimi Programı, iozdemir@gedik.edu.tr, 0009-0007-0438-9518

⁴ İstanbul Gedik Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, ahmet.erkasap@gedik.edu.tr, 0000-0002-6239-1700

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın temel amacı, şehir hastanelerinde çalışan sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarını incelemektir. Örgütsel adalet, çalışanların iş ortamında adil bir şekilde muamele görüp görmediklerine dair algılarını ifade eder. Bu algı, iş tatmini, motivasyon ve örgütsel bağlılık gibi faktörler üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çalışmanın, örgütsel adalet algılarının sağlık hizmetlerinin kalitesine etkilerini anlamayı amaçladığı belirtilmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, İstanbul'da bir şehir hastanesinde görev yapan 294 sağlık çalışanından elde edilen anket verilerine dayanmaktadır. Örgütsel Adalet Ölçeği kullanılarak adaletin üç boyutu (dağıtım, prosedürel ve etkileşimsel adalet) değerlendirilmiştir. SPSS 21 istatistik programı ile yapılan analizlerde tanımlayıcı istatistikler, t-testi ve ANOVA gibi yöntemler uygulanmıştır. **Bulgular ve Sonuç:** Çalışmada, katılımcıların genel örgütsel adalet algılarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Dağıtım adaleti, prosedür adaleti ve etkileşim adaleti ortalamaları düşük bulunmuştur. Demografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum vb.) ile adalet algısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, adalet algısının çalışanlar arasında homojen olduğunu göstermektedir. Araştırmanın, sağlık hizmetlerinde örgütsel adaletin artırılmasının iş tatmini, bağlılık ve motivasyonu olumlu etkileyebileceğine işaret ettiği belirtilmiştir. **Öneriler:** Sağlık yöneticilerinin, özellikle dağıtım ve prosedür adaleti alanlarında daha şeffaf uygulamalar benimsemeleri önerilmektedir. Ayrıca, yöneticiler ile çalışanlar arasında etkili iletişim kanallarının oluşturulması, çalışanların adalet algılarını güçlendirebilir. Bu, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artıracak bir strateji olarak değerlendirilmiştir.

ABSTRACT

Objective: The main purpose of this study is to examine the organizational justice perceptions of healthcare professionals working in city hospitals. Organizational justice refers to employees' perceptions of whether they are treated fairly in the work environment. This perception has a significant impact on factors such as job satisfaction, motivation and organizational commitment. The study aims to understand the effects of organizational justice perceptions on the quality of health services. **Materials and Method:** The study is based on survey data obtained from 294 healthcare professionals working in a city hospital in Istanbul. Three dimensions of justice (distributive, procedural and interactional justice) were evaluated using the Organizational Justice Scale. Descriptive statistics, t-test and ANOVA methods were applied in the analysis with SPSS 21 statistical program. **Results and Conclusion:** In the study, it was found that the participants had low perceptions of general organizational justice. The averages of distributive justice, procedural justice and interactional justice were found to be low. No significant difference was found between demographic factors (age, gender, education level, marital status, etc.) and perception of justice. This shows that the perception of justice is homogeneous among employees. The study indicates that increasing organizational justice in health services can positively affect job satisfaction, commitment and motivation. **Recommendations:** It is recommended that health managers should adopt more transparent practices, especially in the areas of distributive and procedural justice. In addition, establishing effective communication channels between managers and employees can strengthen employees' perceptions of justice. This is considered as a strategy to improve the overall quality of healthcare services.

Anahtar Kelimeler:
Sağlık Çalışanları, Örgütsel
Adalet, Şehir Hastanesi

Key Words:
Healthcare Workers,
Organizational Justice, City
Hospital

**Sorumlu Yazar/Corresponding
Author:**
İstanbul Gedik Üniversitesi, İktisadi,
İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi,
ahmet.erkasap@gedik.edu.tr,
0000-0002-6239-1700

DOI:
10.52880/sagakaderg.1598642

**Gönderme Tarihi/Received
Date:**
09.12.2024

Kabul Tarihi/Accepted Date:
16.05.2025

**Yayınlanma Tarihi/Published
Online:**
30.06.2025

GİRİŞ

Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları, sağlık hizmetlerinin kalitesi, çalışanların memnuniyeti ve genel verimlilik açısından hayati bir öneme sahiptir. Sağlık sektörü, karmaşık ve dinamik yapısıyla yoğun iş yükü, yüksek stres düzeyi ve sık iletişim gerekliliği gibi zorlukları barındıran bir çalışma alanıdır. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının adalet algıları iş tatmini, motivasyon, örgütsel bağlılık ve nihayetinde performans üzerinde doğrudan belirleyici bir rol oynamaktadır (Colquitt, 2001; Greenberg, 1987). Örgütsel adalet, çalışanların örgüt içindeki adalet anlayışını tanımlamakta ve bu kavram, dağıtımsal adalet, süreçsel adalet ve etkileşimsel adalet olmak üzere üç temel boyutta ele alınmaktadır (Cropanzano ve Ambrose, 2015).

Dağıtımsal adalet, sağlık çalışanlarının maaş, terfi, ödül ve kaynak dağılımında eşitlik ve adalet algılarını içerir. Örneğin, yapılan bir çalışmada, adil kaynak dağılımının çalışanların iş tatmini ve motivasyonu üzerinde güçlü bir etkisi olduğu bulunmuştur (Demir ve İnandı, 2023). Süreçsel adalet, karar verme süreçlerinin adil bir şekilde yürütülüp yürütülmediğini değerlendirmekte ve genellikle kuralların tutarlılığı, şeffaflık ve tarafsızlık gibi unsurları kapsar (Leventhal, 1980). Bu boyut, çalışanların örgüte olan güven duygusunu artırırken, sağlık hizmetlerinin etkinliğine de katkıda bulunabilir. Etkileşimsel adalet ise bireylerin yöneticileriyle ve diğer iş arkadaşlarıyla ilişkilerinde adil, saygılı ve nazik bir muamele görüp görmediğine dair algılarını yansıtır (Bies ve Moag, 1986). Özellikle sağlık sektöründe, yöneticilerin çalışanlarla olan iletişimindeki adalet algısı, çalışanların moralini ve örgütsel bağlılığını doğrudan etkileyebilmektedir (Kılıç ve Toker, 2020).

Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarının yüksek olduğu durumlarda, iş tatmini, motivasyon ve örgütsel bağlılık artarken; algılanan adalet eksikliği, iş tatminsizliği, motivasyon kaybı, tükenmişlik ve yüksek işten ayrılma niyeti gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Turhan, Soytürk ve Tuncer, 2020; Elovainio ve d., 2002). Yapılan araştırmalar bu durumu destekler sonuçlar ortaya koymaktadır, örgütsel adalet algılarının hem psikolojik iyilik hali hem de iş performansı ile ilgili olduğunu gösterilmiştir (Elovainio, Kivimäki ve Helkama, 2002).

Sonuç olarak, sağlık sektörü gibi zorlu çalışma ortamlarında örgütsel adaletin sağlanması, hem çalışan memnuniyetini hem de hizmet kalitesini artırmak açısından kritik bir faktördür. Bu nedenle sağlık kuruluşlarının, çalışanlarda örgütsel adalet algısını destekleyecek politikalar ve uygulamalar ortaya koyması, çalışanların örgütsel bağlılığını güçlendirmesi ve

performansı artırması için stratejik bir öncelik olmalıdır (Cropanzano, Bowen ve Gilliland, 2007).

Örgütsel Adalet Kavramı

Adalet kavramı, insanların sosyal bir varlık olarak daha özgür hale gelmelerini, varoluşlarından kaynaklanan haklarının güvence altına alınmasını ve bu hakların temin edilmesini amaçlar (Cesur ve Erol, 2020). Örgütsel adalet, çalışanların yöneticiler tarafından kendilerine ne ölçüde adil davranıldığını algılamalarıyla ilgilidir ve bu algılar, iş tatmini, motivasyon, örgütsel bağlılık ve performansını doğrudan etkileyebilir (Uslu ve Baydaş, 2021). İş görenlerin adalet algıları, örgütün genel başarısını ve çalışanların örgüte olan bağlılıklarını derinden etkileyerek, örgütsel etkililiğin sağlanmasında kritik bir rol oynar. Bu nedenle, örgütlerin adil uygulamalar ve kararları benimsemesi, çalışanların memnuniyetini ve performansını artırmada önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

Örgütsel adalet, çalışanların yönetsel kararları ve uygulamaları nasıl algıladığı ile ilgilidir. Çalışanların, görev dağılımı, mesaiye uyma, yetki devri, ücret düzeyi ve ödül dağıtımı gibi uygulamalara yönelik yönetim kararlar almakta ve bu kararların çalışanlara etkisi örgütsel adalet algısının oluşmasını etkilemektedir (Mıhçı ve Uzun, 2020).

Örgütlerde adalet kavramının çalışanlarda oluşması üzerinde, kişiler arası iletişim ve etkileşimin günümüzde daha önemli bir hale gelmiştir. Bu bağlamda örgüt iklimi, çalışanın örgütsel adalet algısında önemli bir fonksiyona sahiptir (Cohen-Charash ve Spector, 2001).

Örgüt kültürünün etkisinde yöneticilerin çalışanlara yönelik davranışları ve geliştirdikleri ilişkiler örgütsel adalet algısının oluşmasında etkilidir. Bu nedendir ki, adalet kavramı üzerine yapılan ilk araştırmalar sosyal psikoloji alanında yapılmış ve daha sonra felsefe gibi diğer sosyal bilimlerde de görülmeye başlanmıştır. Günümüzde ise bu kavram, örgütsel davranış literatüründe önemli bir yer edinmiştir. Örgütsel davranış bağlamında adalet, çalışanların örgütteki deneyimlerini ve algılarını anlamada kritik bir rol oynamaktadır (Söyük, 2007). Örgütsel adalet algısının olumlu olması, çalışanın genellikle kurum kültürüne, ahlaki ve etik standartlara olan bağlılığını artırır. Literatürde yapılan çalışmalar, kendilerine adaletli davranıldığını düşünen bireylerin örgüt içinde daha olumlu tutumlar sergilediğini ve daha olumlu davranışlar gösterdiğini savunmaktadır. Bu durum, iş birliği, bağlılık, motivasyon ve genel iş performansı gibi faktörlerde olumlu bir etki yaratabilmektedir (Colquitt ve diğ., 2006).

Diğer yandan, örgütsel adalet algısını olumsuz etkileyen bir yaklaşım, örgüt içindeki belirsizlikleri artırabileceği ve çalışanların gelecek beklentilerini olumsuzlaştırdığı bilinmelidir. Bu ise, çalışanların güven duygusunu azaltacak, iş birliğini süreçlerini olumsuz etkileyecek, örgüt içindeki iletişimi zayıflatacak, işe bağlılıklarının azalmasına, iş tatminlerinin düşmesine, iş devamsızlıklarına ve işten ayrılma niyetlerinin oluşmasına yol açacak ve dolayısıyla örgütün istikrarı ve uzun vadeli başarısını olumsuz yönde etkileyecektir (Yıldırım, 2020; İçerli, 2009). Bu olumsuz etkileri nedeniyle, örgütlerin adaleti sağlamaya ve adalet algısını güçlendirmeye yönelik çabalar, yönetimin önemli bir sorumluluğu olarak değerlendirilmelidir (Lambert, 2003).

Örgütsel adaletin uygulaması, örgüt içindeki uygulamaların belirli net ilkelere şekillenmesi ve bu uygulamaların kişiden kişiye değişiklik göstermesi, eğer farklılık varsa bunun açık ve şeffaf bir şekilde nedenlerinin belirtilmesini gerektirir. Yani, örgütsel adalet algısı, çalışanlara yönelik alınan kararlar ve uygulamaların belirli ilke, politika ve kurallara dayandırıldığına inandıkları zaman güçlenir. Bu nedenle, örgütler adaletin sağlanması için, örgüt yapısı içinde süreçlerin prosedürlerinin netleştirme, şeffaflık sağlama ve tutarlılık gösterme konularına önem verilmelidir (Koçel, 2014).

Örgütteki adil çalışma ortamı, örgütsel adaletin önemli belirleyicileri olan eşitlik ve şeffaflık olguları ile yakından ilişkilidir (Söyük, 2007). Eşitlik, örgütte herkesin aynı kurallar ve standartlar altında değerlendirildiği ve muamele gördüğü anlamına gelirken, şeffaflık, örgüt içindeki karar alma süreçlerinin ve uygulamaların, çalışanların da kolaylıkla algılayabileceği şekilde net ve açık bir şekilde olmasını ifade eder (Tutar, 2010)..

Örgütteki adalet algısını, çalışanların öznel değerlendirmeleri ve deneyimleri de etkiler. Bu nedenle, aynı çalışma ortamında bulunan her bir çalışan, örgütteki adaleti farklı şekillerde algılayabilir. Ancak, örgütteki uygulamaların şeffaf ve net bir şekilde belirlenmesi, çalışanların adalet algılarını daha tutarlı hale getirebilir. Bu sayede çalışanlar, örgütün süreçlerinin nasıl işlediğini ve alınan kararların nedenlerini daha iyi anlayabilir, daha fazla güven duyarlar ve bu da adalet algılarını olumlu yönde etkileyebilir (İçerli, 2009).

Örgütsel adaleti açıklamak için Adams (1965) tarafından öne sürülen Eşitlik Teorisi, çalışanların örgüte sağladığı katkılar ile örgütten aldıkları kazanımlar arasındaki dengeye vurgu yapar. Bu dengeyi sağlamayan durumlar, çalışanların adalet algısını olumsuz etkileyebilir ve motivasyonlarını düşürebilir (Vardarlier ve İncesu, 2021).

Çalışanlar, ister istemez kendileri taraf olmasalar bile, örgüt içindeki alınan kararları, kişiler arası ilişkileri, kaynakların nasıl pay edildiğini, örgütsel işlevlerin icrasında uygulanan kuralları ve yöntemleri örgütsel adalet açısından değerlendirilen faktörlerdir (Kılınç, 2018). Bunların yanında özellikle, yöneticilerin çalışanlarla iletişiminde kullandıkları dilin tonu, tarzı ve açıklık derecesi önemli bir rol oynamaktadır. Açık ve şeffaf iletişim, çalışanların örgüt içinde değer görmelerini sağlar ve adalet algılarını güçlendirir. Ayrıca, örgütsel adalet, çalışanlar arasındaki çatışmaların nasıl yönetildiğiyle de ilgilidir. Adaletli bir ortamda, çatışmaların adil bir şekilde çözülmesi ve tarafların haklarının korunması, çalışanların memnuniyetini ve bağlılığını artırır. Kültürel farklılıklara saygı gösterme de örgütsel adaletin önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Küreselleşen iş dünyasında, örgütlerdeki çalışan çeşitliliği artmakta ve bu çeşitlilik, yöneticilerin ve çalışanların farklı bakış açılarına, değerlere ve iş deneyimlerine saygı göstermesini gerektirmektedir (Vardarlier ve İncesu, 2021).

Örgütsel Adalet Boyutları

Literatüründe, örgütsel adalet genellikle dağıtım adaleti, prosedür adaleti ve etkileşim adaleti şeklinde üç temel boyutta ele alınmaktadır. Bu adalet boyutları, çalışanların örgüt içindeki deneyimlerini ve adalet algılarını şekillendiren önemli unsurları temsil etmektedir (Arıkan, 2023). Bazı araştırmalarda, etkileşim adaletinin prosedür adaletini etkilediği ve bu nedenle örgütsel adaletin iki ayrı türde incelenmesi gerektiği vurgulanmasına rağmen (Masterson, Lewis, Goldman ve Taylor, 2000), bu araştırmada örgütsel adalet; dağıtımsal adalet, süreçsel adalet ve etkileşimsel adalet olmak üzere üç boyutta irdelenecektir.

Dağıtımsal Adalet: Dağıtımsal adalet, çalışanların kaynakların ve ödüllerin nasıl dağıtıldığına dair algılarını ifade eder. Bu tür adalet algısı, maaş, terfi ve ödüllerin adil bir şekilde dağıtılıp dağıtılmadığını bağlı olarak ortaya çıkar (Greenberg, 1990). Özellikle, çalışanların kendi katkılarına ve performanslarına göre ödüllerin ve cezaların dağıtıldığına inanmaları, adalet algılarını olumlu yönde etkiler (Skarlicki ve Folger, 2003).

Süreçsel Adalet: Süreçsel adalet, örgüt içindeki karar verme süreçlerinin adil olup olmadığını değerlendirir. Bu örgütsel adalet boyutu, kararların nasıl alındığı, prosedürlerin ne kadar şeffaf olduğu ve süreçlerin ne kadar tarafsız olduğu gibi faktörleri kapsamaktadır. Özellikle karar alma süreçlerinin şeffaflığı, sürece çalışanların dahil edilmesi prosedür adaleti algısını güçlendirir. Prosedür adalet algısının yüksek olması, örgüt içindeki çatışmaların önlenmesinde önemli bir rol oynar ve örgüt içindeki güveni artırarak çalışanların

motivasyonunu, bağlılığını, kararlara katılımını olumlu yönde etkileyebilir (Söyük, 2007; Flint, 1999). Bu durum, iş birliğini artırır ve örgütsel vatandaşlık davranışlarını teşvik eder, çalışanın iş memnuniyetini artırarak örgütün performansına olumlu katkıda bulunabilir (Bos, 2001).

Etkileşimsel Adalet: Etkileşimsel adalet, çalışanların yöneticilerle olan ilişkilerinde adil olunması ve saygı görüp görmediklerine dair algılarını yansıtır (Cropanzano ve Wright, 2003). Yöneticilerin çalışanlarına nasıl davrandığı, iletişim kurma şekli, destekleyici olma ve iş birliği yapma yaklaşımları gibi faktörler, çalışanların etkileşim adaleti algısı üzerinde belirleyicidir (Moorman, 1991). Örgütsel etkileşim adaletin sağlanması, çalışanların yöneticilerine olan güvenini artırır ve işlerine daha fazla bağlılık göstermelerine katkı sağlar. Bu nedenle, etkileşim adaletinin düşük veya yetersiz algılanması, iş tatminsizliği, motivasyon kaybı ve performans düşüşü gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Tunalı ve Peker, 2020).

Örgütsel Adalet Algısını Etkilemeye Yönelik Yaklaşımlar ve Sağlık Sektöründe Örgütsel Adalet Algısı

Örgütsel adalet algısı temel olarak iki farklı yaklaşıma etkisine bağlı olarak ortaya çıkar. Bunlardan birisi reaktif-proaktif yaklaşımlar diğeri ise süreç-içerik yaklaşımıdır. Bu iki yaklaşımın kombinasyonu olarak, dört farklı yaklaşım ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşımlar, örgütlerde adaletin nasıl algılandığının anlaşılmasına ve nasıl sağlanabileceğine yönelik doğru uygulamaların hayata geçirilmesine yardımcı olan bir bakış açısı sunar (Özdemir, 2020; Özücü, Gizlier ve Yılmaz, 2021). Reaktif adalet yaklaşımında, geçmişte ortaya çıkmış olaylar veya durumlardan dolayı adalet algısı ortaya çıkar. Bu yaklaşımda, algının oluşumunda daha çok deneyimler etkilidir. Burada olumlu yönde adalet algısı, haksızlıkların telafi edilmesi ve sorunların düzeltilmesiyle oluşturulabilir. Proaktif adalet yaklaşımında ise gelecekteki olaylara yönelik yapılacak düzenlemelerle adalet algısı yönlendirilebilir. Bunun için, genel önleyici tedbirler alarak adaletsizliğin ortaya çıkmasını engellemeye çalışır (Özücü, Gizlier ve Yılmaz, 2021).

Süreç-İçerik yaklaşımında, süreç Adaleti (Procedural Justice), karar verme süreçlerinin adil olup olmadığını inceler. Örneğin, kararların nasıl alındığı, prosedürlerin ne kadar şeffaf olduğu ve katılımcıların sürece ne kadar dahil olduğu gibi konular bu yaklaşımın değerlendirmesinin kapsamına girer. İçerik Adaleti (Distributive Justice) ise sonuçların veya dağıtılan kaynakların adil olup olmadığını değerlendirir. Örneğin, maaş, terfi, ödüller gibi konular bu boyutta ele alınır (Özdemir, 2020).

Çalışanların, iş yeri tutumları üzerinde önemli etkisi olan adalet algısı, yöneticilerin üzerinde büyük bir duyarlılıkla durması gereken bir konudur. Bu duyarlılık ancak, örgütsel adalet algısının nelerden ve nasıl etkilendiğinin bilinmesi ile anlamlı bir yönetim uygulaması haline gelebilir ve birçok etkene bağlı olarak gelişen ve oldukça karmaşık olan örgütsel adalet algısının, açıklanmasında, anlaşılmasında ve etkin bir yönetim aracına dönüşmesinde önemli katkı sağlar.

Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algısına gelince, çalışanların iş doyumunu, işlerine olan bağlılıklarını, motivasyonlarını, iş performansını, kuruma duydukları güveni ve hizmet kalitesini doğrudan etkileyebilen önemli bir konudur. Sağlık sektörünün aşırı stresli ve yoğun çalışma ortamının çalışanda yarattığı beklenti, sağlık çalışanlarının örgütsel adalet konusunda fazlaca duyarlı olmalarına neden olabilir. Bu nedenle sağlık sektörü yöneticileri, örgütsel adaleti sağlamak ve bu algıları güçlendirmek için kurumsal süreçlerde etkili olan açık, anlaşılır, şeffaf politika, kural ve standartlar tanımlamalı, etkin bir örgütsel iletişim tesis etmek suretiyle adil, şeffaf yönetim uygulamalarını hayata geçirmelidir (Şahin ve Taşkaya, 2010). Bu şekilde sektör çalışanlarının işe olan bağlılıkları, motivasyonları ve genel iş performanslarını yönetebilmek mümkün olabilecektir (Arı, Gülova ve Köse, 2017).

YÖNTEM

Araştırma Modeli

Bu çalışmada, sağlık sektörü çalışanlarının adalet algıları ve demografik farklılıklara bağlı olarak, çalışanların adalet algısındaki farklılaşmanın araştırılmıştır. Bu maksatla İstanbul'da faaliyet gösteren bir şehir hastanesinin çalışanlarından, araştırmada kullanılan ankete kabul edilebilir cevap veren 294 sağlık çalışanından toplanmış ve toplanan bu veriler analiz edilmiştir.

Evren ve Örneklem

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan bir şehir hastanesinin çalışanlarının tamamına araştırmada veri toplamak maksadıyla tasarlanan anket gönderilmiş, kabul edilebilir cevap veren 294 sağlık çalışanı tarafından doldurulan anketler, yapılan istatistiksel analize dahil edilmiştir.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu demografik özelliklerin tespitine yönelik sorulardan ve Örgütsel Adalet Ölçeği sorularından oluşmaktadır. Örgütsel adalet ölçeği olarak, Moorman (1991) tarafından geliştirilen ve

Yıldırım (2003) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan ölçek kullanılmıştır. Ölçek, 3 alt boyuttan ve 5'li likert tipinde cevap verilmesi beklenen 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki sorulardan, 5 soru (1-5) "Dağıtım Adaleti", 6 soru (6- 11) "Prosedür Adaleti", 9 soru (12-20) "Etkileşim Adaleti" boyutunu oluşturmaktadır.

Veri Analizi

Verilerin analiz edilmesinde SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Öncelikle verilerin güvenilirlik ve normallik analizleri yapılmıştır ve ölçek ve alt boyutlara ait Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmıştır.

Güvenilirlik, ölçüm aracının tutarlı, kararlı ve istikrarlı sonuçlar üretebilme yeteneğini ifade eder. Başka bir ifadeyle güvenilirlik, ölçümlerin tekrarlanabilirliğini ve tutarlılığını vurgular. Bu durum araştırmada elde edilen verilerin doğruluğunun tespitinde önemli bir referans yaratır.

Araştırmalarda güvenilirlik düzeyinin tespitinde genellikle Cronbach Alfa (α) katsayısı hesaplanır ve α değeri 0 ile 1 arasında bir değer alır. Bir araştırmada kullanılan ölçekle elde edilen minimum 0,7 ve üzeri α değeri, iç tutarlılığın ve güvenilirliğin yüksek olarak kabul edilmesine neden olur (Nunnally ve Bernstein, 1994: 275-280). Araştırma kapsamında örgütsel adalet ölçeği için hesaplanan güvenilirlik analiz sonuçlarına göre; dağıtım adaleti için 0,849; prosedür adaleti için 0,805; etkileşim adaleti için 0,812; ve bir bütün olarak örgütsel adalet için 0,833 tespit edilmiştir. Bu α değerleri, örgütsel adalet ölçeğinin ve alt boyutlarının yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini tespit etmek üzere, çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) değerleri hesaplanmıştır. Çarpıklık veri dağılımının normalden uzaklaşarak sağa veya sola doğru meyleden yamuk bir şekil almasını ifade eden bir kavramdır. Normallik dağılımı için çarpıklık ve basıklık değerleri +2 ile -2 arasında olması nedeniyle verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna varılarak, parametrik testler uygulanmıştır. Bu kapsamda araştırma sonucunda elde edilen veriler sırayla; tanımlayıcı istatistikler, t testi ve ANOVA testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Hipotezler

Yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının adalet algıları üzerinde etkili olan demografik faktörleri neler olduğu sorusuna cevap aranmış ve bu maksatla şu araştırma sorusu geliştirilmiştir;

Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre örgütsel adalet algıları nasıl farklılaşmaktadır;

Bu araştırma sorusu kapsamında şu hipotezler oluşturulmuştur;

H1: Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H2: Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H3: Sağlık çalışanlarının eğitim durumları göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H4: Sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H5: Sağlık çalışanlarının gelir durumlarına göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H6: Sağlık çalışanlarının görevlerine göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H7: Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H8: Sağlık çalışanlarının bundukları sağlık kurumunda çalışma sürelerine göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H9: Sağlık çalışanlarının çalışma şekillerine göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H10: Sağlık çalışanlarının aylık çalışma süresine göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

H11: Sağlık çalışanlarının günlük ortalama hizmet verdikleri hasta sayısına göre örgütsel adalet algıları farklılaşmaktadır.

BULGULAR

Demografik Değişkenlerin Frekans Analizleri

Tablo 1'e göre, katılımcıların %51'i 30 yaş altında, %61,9'u kadın, %52'si lisans mezunu, %51'i evli ve %33'ünün gelir durumu 50.0001TL ve üzerindedir.

Tabo 2'ye göre, katılımcıların %34'ü hemşire, %43,2'si meslekte 1-5 yıldır çalışmakta, %51,4'ü hastanede 1-5 yıldır çalışmakta, %53,7'si sadece gündüz çalışmakta, %54,1'i ayda 101-180 saat arasında çalışmakta ve %56,1'i günde 50 hastanın altında bakmaktadır.

Tablo 3'te örgütsel adalet algısına yönelik tanımlayıcı istatistikler incelenmiştir. Dağıtım adaleti, prosedür adaleti ve etkileşim adaleti boyutları değerlendirilmiştir. Her bir adalet türü için minimum puan 1, maksimum puan ise 5 olarak belirlenmiştir. Dağıtım adaleti için ortalama 2,31, Prosedür adaleti ortalaması 2,33 ve Etkileşim adaleti boyutunda ise ortalama değer 2,56 olarak hesaplanmıştır. Toplamda ise ortalama 2,40'tır. Buna göre ortalamaların genel olarak 3'ün altında olduğu görülmektedir. Bu değerler, katılımcıların adalet algılarının genel olarak düşük

Tablo 1. Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular

	Frekans	%
Yaş		
30 Yaş ve altı	150	51,0
31-40 Yaş arası	84	28,6
41-50 Yaş arası	48	16,3
51 Yaş ve üzeri	12	4,1
Cinsiyet		
Kadın	182	61,9
Erkek	112	38,1
En Son Bitirdiği Okul		
Lise	27	9,2
Önlisans	59	20,1
Lisans	153	52,0
Lisansüstü	55	18,7
Medeni Durum		
Evli	150	51,0
Bekar	144	49,0
Gelir Durumu		
20.000-30.000 TL arası	35	11,9
30.001-40.000 TL arası	69	23,5
40.001-50.000 TL arası	93	31,6
50.001 TL ve üzeri	97	33,0

Tablo 2. Çalışma Durumuna Yönelik Bulgular

	Frekans	%
Görev		
Doktor	95	32,3
Hemşire	100	34,0
Diğer	99	33,7
Meslekte Çalışma Yılı		
0-1 Yıl	14	4,8
1-5 Yıl	127	43,2
6-10 Yıl	54	18,4
11-15 Yıl	41	13,9
16 Yıl ve üzeri	58	19,7
Hastanede Çalışma Yılı		
0-1 Yıl	19	6,5
1-5 Yıl	151	51,4
6-10 Yıl	51	17,3
11-15 Yıl	35	11,9
16 Yıl ve üzeri	38	12,9
Çalışma Şekli		
Sadece gündüz	158	53,7
Nöbet	86	29,3
Vardiya	50	17,0
Aylık Çalışma Saati		
100 saat ve altı	2	,7
101-180 saat arası	159	54,1
181-260 saat arası	124	42,2
261 saat ve üzeri	9	3,1
Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı		
50 Hasta ve altı	165	56,1
51-200 Hasta arası	103	35,0
201-350 Hasta arası	12	4,1
351 Hasta ve üzeri	14	4,8

Tablo 3. Örgütsel Adalet Algısına Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Min.	Maks.	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Dağıtım Adaleti	294	1,00	5,00	2,3143	,93837	,673	-,063
Prosedür Adaleti	294	1,00	5,00	2,3373	,96265	,454	-,517
Etkileşim Adaleti	294	1,00	5,00	2,5620	,96249	,224	-,636
Toplam	294	1,00	5,00	2,4045	,84318	,418	-,370

düzeyde olduğunu göstermektedir. Dağıtım, prosedür ve etkileşim adaleti boyutlarında elde edilen düşük ortalamalar, katılımcıların iş yerinde adil bir yaklaşım görmediklerini ve bu sebeple genel olarak örgütsel adalet algılarının düşük olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar katılımcıların verdikleri cevapların Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri çalışanların örgütsel adalet algılarını anlamlı şekilde etkilediğine (H1) dair algılarının güçlü olabileceğini göstermektedir.

Tablo 4'te sağlık çalışanlarının yaşlarına göre örgütsel adalet algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve farklı yaş gruplarına göre dağıtım adaleti, prosedür adaleti ve etkileşim adaleti algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından, 41-50 yaş arası katılımcıların ortalaması 2,40 ile en yüksek seviyede, 31-40 yaş arası katılımcılar 2,16 ortalama ile en düşük dağıtım adaleti algısına sahiptir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 1,084$, $p = 0,356$). Prosedür adaleti boyutunda ise 30 yaş ve altındaki katılımcılar 2,46 ortalama ile en yüksek adalet algısına sahipken, 41-50 yaş arası katılımcılar 2,12 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ($F = 1,871$, $p = 0,135$). Etkileşim adaleti açısından ise 30 yaş ve altı katılımcıların ortalaması 2,70 ile en yüksek seviyededir, ancak 51 yaş ve üzeri katılımcılar 2,45 ortalama ile onları takip etmektedir. Burada da yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F = 2,554$, $p = 0,056$), ancak p değeri sınırda olup etkileşim adaleti algısının yaş gruplarına göre farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir. Genel olarak toplam adalet algısına bakıldığında, 41-50 yaş arası katılımcılar en yüksek ortalamaya (2,34) sahipken, 31-40 yaş arası katılımcılar en düşük ortalamaya sahiptir (2,25). Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=1,849$, $p = 0,138$). Buna göre katılımcıların yaşlarına göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 5'te, cinsiyet açısından dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve toplam adalet algılarının karşılaştırılması yapılmış ve cinsiyetler arasındaki ortalama farkları belirlemek için T-Testi kullanılmıştır. Dağıtım adaleti açısından kadınların ortalama puanı 2,33, erkeklerin ise 2,28 olarak bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 0,435$, $p = 0,664$). Prosedür adaleti açısından da kadınlar 2,30

Tablo 4. Yaş Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	P
Dağıtım Adaleti	30 Yaş ve altı	2,37	1,01	1,084	0,356
	31-40 Yaş arası	2,16	0,86		
	41-50 Yaş arası	2,40	0,81		
	51 Yaş ve üzeri	2,28	0,93		
Prosedür Adaleti	30 Yaş ve altı	2,46	0,96	1,871	0,135
	31-40 Yaş arası	2,25	0,98		
	41-50 Yaş arası	2,12	0,87		
	51 Yaş ve üzeri	2,23	1,00		
Etkileşim Adaleti	30 Yaş ve altı	2,70	0,95	2,554	0,056
	31-40 Yaş arası	2,35	0,96		
	41-50 Yaş arası	2,49	0,94		
	51 Yaş ve üzeri	2,45	0,89		
Toplam	30 Yaş ve altı	2,51	0,86	1,849	0,138
	31-40 Yaş arası	2,25	0,83		
	41-50 Yaş arası	2,34	0,75		
	51 Yaş ve üzeri	2,32	0,86		

Tablo 5. Cinsiyete Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	t	p
Dağıtım Adaleti	Kadın	2,33	0,92	0,435	0,664
	Erkek	2,28	0,96		
Prosedür Adaleti	Kadın	2,30	0,96	0,630	0,529
	Erkek	2,38	0,95		
Etkileşim Adaleti	Kadın	2,57	0,94	0,283	0,777
	Erkek	2,54	0,99		
Toplam	Kadın	2,40	0,82	0,029	0,977
	Erkek	2,40	0,87		

ortalama puanına sahipken, erkekler 2,38 ortalama puanına sahiptir ve bu fark da anlamlı değildir ($t = 0,630$, $p = 0,529$). Etkileşim adaleti boyutunda da kadınların ortalaması 2,57, erkeklerin ortalaması 2,54 olarak bulunmuş, bu fark da istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($t = 0,283$, $p = 0,777$). Toplamda, kadın ve erkeklerin adalet algıları neredeyse aynıdır; kadınlar için ortalama 2,40, erkekler için de 2,40 olarak belirlenmiş ve bu fark da anlamlı değildir. ($t = 0,029$, $p = 0,977$). Buna göre ‘Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir’ yani katılımcıların cinsiyetlerine göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği benzer şekilde algılandığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 6’da sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerinin örgütsel adalet algılarında yarattığı farklılığı belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve çalışanların eğitim düzeyine göre

dağıtım adaleti, prosedür adaleti ve etkileşim adaleti algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından lise mezunları 2,51 ortalama puanla en yüksek algıya sahipken, lisans mezunları 2,21 ortalama puanla en düşük algıya sahiptir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 1,293$, $p = 0,277$). Prosedür adaleti açısından ise önlisans mezunları en düşük ortalamaya (2,26) sahipken, lisansüstü mezunlar 2,43 ortalama puanla en yüksek algıya sahiptir. Ancak burada da anlamlı bir fark yoktur ($F = 0,387$, $p = 0,762$). Etkileşim adaleti boyutunda ise lisansüstü mezunları 2,63 ortalama puanla en yüksek algıya sahipken, önlisans mezunları 2,51 ortalama puanla en düşük algıyı ifade etmişlerdir. Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 0,251$, $p = 0,861$). Genel olarak adalet algısına bakıldığında, lisansüstü mezunlarının ortalaması 2,48 ile en yüksek iken, önlisans mezunları 2,40 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak bu fark da anlamlı

Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	P
Dağıtım Adaleti	Lise	2,51	0,78	1,293	0,277
	Önlisans	2,41	1,12		
	Lisans	2,21	0,86		
	Lisansüstü	2,38	0,96		
Prosedür Adaleti	Lise	2,43	0,84	0,387	0,762
	Önlisans	2,26	1,02		
	Lisans	2,31	0,91		
	Lisansüstü	2,43	1,07		
Etkileşim Adaleti	Lise	2,45	0,88	0,251	0,861
	Önlisans	2,51	1,21		
	Lisans	2,57	0,91		
	Lisansüstü	2,63	0,83		
Toplam	Lise	2,46	0,71	0,293	0,830
	Önlisans	2,40	1,04		
	Lisans	2,36	0,77		
	Lisansüstü	2,48	0,85		

çıkamamıştır ($F = 0,293$, $p = 0,830$). Buna göre Sağlık çalışanlarının eğitim durumları örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısına varılmış olup katılımcıların en son bitirdiği okula göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 7'de medeni duruma göre dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmış olup ortalama farkları belirlemek için T-Testi kullanılmıştır. Dağıtım adaleti açısından evli katılımcıların ortalaması 2,34 iken, bekâr katılımcıların ortalaması 2,28'dir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 0,603$, $p = 0,547$). Prosedür adaleti açısından evlilerin ortalaması 2,36, bekârların ortalaması 2,31 olarak hesaplanmış, bu fark da anlamlı çıkamamıştır ($t = 0,473$, $p = 0,637$). Etkileşim adaleti boyutunda evli katılımcılar 2,59 ortalama puanla biraz daha yüksek bir algıya sahipken, bekârlar 2,53 ortalama puanla bunu takip etmektedir. Ancak bu fark da anlamlı değildir ($t = 0,516$, $p = 0,607$). Genel adalet algısına bakıldığında ise evli katılımcılar 2,43 ortalama puana sahipken, bekâr katılımcılar 2,37 ortalama puan almıştır. Fakat bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 0,600$, $p = 0,549$). Buna göre katılımcıların medeni durumlarına göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının medeni durumları örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısına varılmıştır.

Tablo 8'de katılımcıların gelir düzeylerine göre örgütsel adalet algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından 30.001-40.000 TL arası gelire sahip olan katılımcıların ortalaması 2,47 ile en yüksek seviyede iken, 40.001-50.000 TL arası gelir grubundakiler 2,20 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 1,116$, $p = 0,343$). Prosedür adaleti açısından ise 50.001 TL ve üzeri gelire sahip katılımcıların ortalaması 2,35 iken, 40.001-50.000 TL arası gelire sahip olanların ortalaması 2,19 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 1,076$, $p = 0,359$). Etkileşim adaleti boyutunda, 50.001 TL ve üzeri gelire sahip olanların ortalaması 2,62 iken, 40.001-50.000 TL arası gelire sahip olanlar 2,44 ile en düşük ortalamayı göstermektedir. Bu fark da anlamlı çıkamamıştır ($F = 0,767$, $p = 0,513$). Genel adalet algısına bakıldığında ise 50.001 TL ve üzeri gelire sahip katılımcılar 2,42 ortalama puana sahipken, 40.001-50.000 TL arası gelire sahip olanlar 2,28 ortalama ile en düşük adalet algısına sahiptir. Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 1,045$, $p = 0,373$). Buna göre katılımcıların gelir durumlarına göre örgütsel

adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının gelir durumları örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısını doğrular niteliktedir.

Tablo 9'da meslek gruplarına (doktor, hemşire ve diğer) göre sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarını değerlendirmek aradaki farklılığı belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından doktorların ortalaması 2,35, hemşirelerin ortalaması 2,18, diğer meslek grubundakilerin ortalaması ise 2,41 olarak hesaplanmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 1,561$, $p = 0,212$). Prosedür adaleti açısından doktorlar 2,39, hemşireler 2,29, diğer meslek grubundakiler ise 2,32 ortalama puana sahiptir. Fakat bu fark da anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,281$, $p = 0,756$). Etkileşim adaleti boyutunda doktorlar 2,65 ortalama puan ile en yüksek değeri alırken, hemşireler 2,54, diğer meslek grubu ise 2,49 ortalama puana sahiptir. Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 0,655$, $p = 0,520$). Genel adalet algısında doktorlar 2,46, hemşireler 2,34, diğer meslek grubu ise 2,40 ortalama puan almıştır, ancak bu fark da anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,531$, $p = 0,589$). Buna göre katılımcıların görev durumlarına göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının görev durumu örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısına varılabilir.

Tablo 10'da sağlık çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine göre örgütsel adalet algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından 0-1 yıl deneyime sahip katılımcıların ortalaması 2,47 iken, 11-15 yıl deneyime sahip olanların ortalaması 2,10 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 0,812$, $p = 0,518$). Prosedür adaleti boyutunda ise 0-1 yıl deneyime sahip olanlar 2,75 ile en yüksek algıya sahipken, 16 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlar 2,19 ile en düşük algıya sahiptir. Bu fark anlamlı bulunmamıştır, ancak p değeri (0,052) sınırda olup anlamlılık eşiğine oldukça yakındır ($F = 2,377$). Etkileşim adaleti açısından 0-1 yıl deneyime sahip olanlar 2,98 ile en yüksek ortalamaya sahipken, 16 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlar 2,48 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 1,621$, $p = 0,168$). Genel adalet algısına bakıldığında 0-1 yıl deneyime sahip olanlar 2,73 ortalama ile en yüksek algıya sahipken, 16 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlar 2,32 ile en

Tablo 7. Medeni Duruma Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	t	P
Dağıtım Adaleti	Evli	2,34	0,93	0,603	0,547
	Bekar	2,28	0,94		
Prosedür Adaleti	Evli	2,36	0,87	0,473	0,637
	Bekâr	2,31	0,95		
Etkileşim Adaleti	Evli	2,59	0,94	0,516	0,607
	Bekâr	2,53	0,98		
Toplam	Evli	2,43	0,81	0,600	0,549
	Bekâr	2,37	0,87		

Tablo 8. Gelir Durumuna Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	P
Dağıtım Adaleti	20.000-30.000 TL arası	2,36	0,82	1,116	0,343
	30.001-40.000 TL arası	2,47	1,00		
	40.001-50.000 TL arası	2,20	0,93		
	50.001 TL ve üzeri	2,28	0,92		
Prosedür Adaleti	20.000-30.000 TL arası	2,40	0,85	1,076	0,359
	30.001-40.000 TL arası	2,45	0,99		
	40.001-50.000 TL arası	2,19	0,96		
	50.001 TL ve üzeri	2,35	0,97		
Etkileşim Adaleti	20.000-30.000 TL arası	2,67	0,88	0,767	0,513
	30.001-40.000 TL arası	2,56	1,01		
	40.001-50.000 TL arası	2,44	1,02		
	50.001 TL ve üzeri	2,62	0,88		
Toplam	20.000-30.000 TL arası	2,48	0,78	1,045	0,373
	30.001-40.000 TL arası	2,49	0,87		
	40.001-50.000 TL arası	2,28	0,87		
	50.001 TL ve üzeri	2,42	0,80		

Tablo 9. Görev Durumuna Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	p
Dağıtım Adaleti	Doktor	2,35	0,94	1,561	0,212
	Hemşire	2,18	0,84		
	Diğer	2,41	1,01		
Prosedür Adaleti	Doktor	2,39	0,96	0,281	0,756
	Hemşire	2,29	0,95		
	Diğer	2,32	0,97		
Etkileşim Adaleti	Doktor	2,65	0,83	0,655	0,520
	Hemşire	2,54	0,90		
	Diğer	2,49	1,12		
Toplam	Doktor	2,46	0,80	0,531	0,589
	Hemşire	2,34	0,78		
	Diğer	2,40	0,93		

Tablo 10. Meslekte Çalışma Yılına Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	p
Dağıtım Adaleti	0-1 Yıl	2,47	0,85	0,812	0,518
	1-5 Yıl	2,32	1,03		
	6-10 Yıl	2,42	0,91		
	11-15 Yıl	2,10	0,79		
	16 Yıl ve üzeri	2,30	0,84		
Prosedür Adaleti	0-1 Yıl	2,75	0,84	2,377	0,052
	1-5 Yıl	2,40	0,97		
	6-10 Yıl	2,45	1,03		
	11-15 Yıl	2,03	0,76		
	16 Yıl ve üzeri	2,19	0,97		
Etkileşim Adaleti	0-1 Yıl	2,98	0,96	1,621	0,168
	1-5 Yıl	2,60	0,92		
	6-10 Yıl	2,63	1,05		
	11-15 Yıl	2,30	0,91		
	16 Yıl ve üzeri	2,48	0,96		
Toplam	0-1 Yıl	2,73	0,79	1,884	0,113
	1-5 Yıl	2,44	0,85		
	6-10 Yıl	2,50	0,91		
	11-15 Yıl	2,14	0,70		
	16 Yıl ve üzeri	2,32	0,80		

düşük ortalamaya sahiptir. Fakat bu fark da anlamlı değildir ($F = 1,884$, $p = 0,113$). Genel olarak, çalışma süresine göre adalet algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır, ancak prosedür adaleti boyutunda anlamlılığa yakın bir fark gözlenmektedir. Buna göre genel anlamda katılımcıların meslekte çalışma yılına göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılları örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısına ulaşılabilir.

Tablo 11'de sağlık çalışanlarının bulundukları hastanede çalışma sürelerine göre örgütsel adalet algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından 6-10 yıl deneyime sahip olanların ortalaması 2,50 ile en yüksek, 11-15 yıl deneyime sahip olanların ortalaması 2,16 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 0,847$, $p = 0,497$). Prosedür adaleti açısından da 0-1 yıl deneyime sahip olanlar 2,47 ile en yüksek ortalamaya sahipken, 6-10 yıl deneyime sahip olanlar 2,35 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak bu fark da anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,712$, $p = 0,585$). Etkileşim adaleti açısından ise 16 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlar 2,68 ile en yüksek ortalamaya sahipken, 11-15 yıl deneyime sahip olanlar

2,28 ile en düşük ortalamayı göstermektedir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($F = 1,018$, $p = 0,395$). Genel adalet algısına bakıldığında, 6-10 yıl deneyime sahip olanların ortalaması 2,50 ile en yüksek, 11-15 yıl deneyime sahip olanların ortalaması 2,17 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark da anlamlı değildir ($F = 0,906$, $p = 0,461$). Buna göre katılımcıların hastanede çalışma yılına göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının hastanede çalışma yılları örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısına varılabilir.

Tablo 12'de sağlık çalışanlarının çalışma türüne (sadece gündüz, nöbet ve vardiya) göre örgütsel adalet algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından sadece gündüz çalışanların ortalaması 2,38 ile en yüksek, vardiyalı çalışanların ortalaması ise 2,26 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 0,924$, $p = 0,398$). Prosedür adaleti açısından ise nöbet çalışanlarının ortalaması 2,44 ile en yüksek, sadece gündüz çalışanların ortalaması ise 2,26 ile en düşük seviyededir. Fakat bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,991$, $p = 0,373$). Etkileşim adaleti boyutunda nöbet çalışanları 2,63 ortalama ile

Tablo 11. Hastanede Çalışma Yılına Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	p
Dağıtım Adaleti	0-1 Yıl	2,31	0,87	0,847	0,497
	1-5 Yıl	2,27	1,00		
	6-10 Yıl	2,50	0,88		
	11-15 Yıl	2,16	0,75		
	16 Yıl ve üzeri	2,35	0,89		
Prosedür Adaleti	0-1 Yıl	2,47	0,85	0,712	0,585
	1-5 Yıl	2,35	0,98		
	6-10 Yıl	2,35	0,98		
	11-15 Yıl	2,09	0,70		
	16 Yıl ve üzeri	2,37	1,10		
Etkileşim Adaleti	0-1 Yıl	2,65	0,97	1,018	0,395
	1-5 Yıl	2,55	0,94		
	6-10 Yıl	2,64	1,03		
	11-15 Yıl	2,28	0,83		
	16 Yıl ve üzeri	2,68	1,02		
Toplam	0-1 Yıl	2,48	0,82	0,906	0,461
	1-5 Yıl	2,39	0,86		
	6-10 Yıl	2,50	0,85		
	11-15 Yıl	2,17	0,63		
	16 Yıl ve üzeri	2,47	0,90		

Tablo 12. Çalışma Şekline Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	P
Dağıtım Adaleti	Sadece gündüz	2,38	0,96	0,924	0,398
	Nöbet	2,22	0,90		
	Vardiya	2,26	0,89		
Prosedür Adaleti	Sadece gündüz	2,26	0,95	0,991	0,373
	Nöbet	2,44	1,00		
	Vardiya	2,37	0,90		
Etkileşim Adaleti	Sadece gündüz	2,52	1,01	0,364	0,696
	Nöbet	2,63	0,89		
	Vardiya	2,56	0,91		
Toplam	Sadece gündüz	2,39	0,88	0,068	0,934
	Nöbet	2,43	0,81		
	Vardiya	2,40	0,78		

en yüksek algıya sahipken, sadece gündüz çalışanlar 2,52 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak bu fark da anlamlı çıkmamıştır ($F = 0,364$, $p = 0,696$). Genel adalet algısına bakıldığında ise nöbet çalışanlarının ortalaması 2,43 ile en yüksek, sadece gündüz çalışanların ortalaması ise 2,39 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark da anlamlı değildir ($F = 0,068$, $p = 0,934$). Buna göre katılımcıların çalışma şekline göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının hastanede çalışma şekilleri örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir.

Tablo 13'te sağlık çalışanlarının çalışma saatlerine (100 saat ve altı, 101-180 saat arası, 181-260 saat arası, 261 saat ve üzeri) göre örgütsel adalet algılarında farklılığa neden olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından 261 saat ve üzeri çalışanların ortalaması 3,50 ile en yüksek, 181-260 saat arası çalışanların ortalaması ise 2,46 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 0,546$, $p = 0,651$). Prosedür adaleti açısından da 261 saat ve üzeri çalışanlar 3,66 ile en yüksek algıya sahipken, 181-260 saat arası çalışanlar 1,98 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Fakat bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 1,392$, $p = 0,246$). Etkileşim adaleti boyutunda 261 saat ve üzeri çalışanların ortalaması 2,56, 181-260 saat arası çalışanların ortalaması ise 2,35 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark da anlamlı çıkmamıştır

($F = 1,014$, $p = 0,387$). Genel adalet algısına bakıldığında ise 100 saat ve altı çalışanların ortalaması 3,28 ile en yüksek seviyedeysen, 261 saat ve üzeri çalışanların ortalaması 2,26 ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 0,862$, $p = 0,461$). Buna göre katılımcıların aylık çalışma saatine göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının aylık çalışma saatleri örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısını doğrular.

Tablo 14'te günlük ortalama bakılan hasta sayısına (50 hasta ve altı, 51-200 hasta arası, 201-350 hasta arası, 351 hasta ve üzeri) göre örgütsel adalet algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA Testi) yapılmıştır ve dağıtım adaleti, prosedür adaleti, etkileşim adaleti ve genel adalet algıları karşılaştırılmıştır. Dağıtım adaleti açısından, 351 hasta ve üzeri grubu 2,47 ortalama ile en yüksek algıya sahipken, 201-350 hasta arası grubu 1,80 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlılık sınırına yakın olmakla birlikte anlamlı değildir ($F = 2,413$, $p = 0,067$). Prosedür adaleti açısından da 351 hasta ve üzeri grubu 2,57 ile en yüksek algıya sahipken, 201-350 hasta arası grubu 2,06 ile en düşük ortalamaya sahiptir, ancak bu fark da anlamlı çıkmamıştır ($F = 1,718$, $p = 0,163$). Etkileşim adaleti boyutunda ise 50 hasta ve altı grubu 2,66 ile en yüksek ortalamaya sahipken, 201-350 hasta arası grubu 2,55 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Fakat bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F = 1,397$, $p = 0,244$). Genel adalet algısına

Tablo 13. Aylık Çalışma Saatine Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	p
Dağıtım Adaleti	100 saat ve altı	2,70	0,70	0,546	0,651
	101-180 saat arası	2,35	0,97		
	181-260 saat arası	2,46	0,88		
	261 saat ve üzeri	3,50	1,09		
Prosedür Adaleti	100 saat ve altı	2,34	0,70	1,392	0,246
	101-180 saat arası	2,33	0,99		
	181-260 saat arası	1,98	0,91		
	261 saat ve üzeri	3,66	0,83		
Etkileşim Adaleti	100 saat ve altı	2,55	0,47	1,014	0,387
	101-180 saat arası	2,56	1,04		
	181-260 saat arası	2,35	0,85		
	261 saat ve üzeri	2,56	0,71		
Toplam	100 saat ve altı	3,28	0,62	0,862	0,461
	101-180 saat arası	2,41	0,90		
	181-260 saat arası	2,38	0,77		
	261 saat ve üzeri	2,26	0,58		

Tablo 14. Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısına Göre Örgütsel Adalet Algısı

		Ortalama	Std. Sapma	F	p
Dağıtım Adaleti	50 Hasta ve altı	2,40	1,01	2,413	0,067
	51-200 Hasta arası	2,20	0,82		
	201-350 Hasta arası	1,80	0,44		
	351 Hasta ve üzeri	2,47	0,85		
Prosedür Adaleti	50 Hasta ve altı	2,42	0,99	1,718	0,163
	51-200 Hasta arası	2,20	0,89		
	201-350 Hasta arası	2,06	0,84		
	351 Hasta ve üzeri	2,57	1,12		
Etkileşim Adaleti	50 Hasta ve altı	2,66	1,00	1,397	0,244
	51-200 Hasta arası	2,42	0,87		
	201-350 Hasta arası	2,55	0,97		
	351 Hasta ve üzeri	2,38	1,00		
Toplam	50 Hasta ve altı	2,49	0,89	1,890	0,131
	51-200 Hasta arası	2,27	0,76		
	201-350 Hasta arası	2,14	0,57		
	351 Hasta ve üzeri	2,47	0,84		

bakıldığında ise 50 hasta ve altı grubu 2,49 ortalama ile en yüksek, 201-350 hasta arası grubu ise 2,14 ortalama ile en düşük seviyededir. Ancak bu fark da anlamlı değildir ($F = 1,890$, $p = 0,131$). Buna göre katılımcıların günlük ortalama bakılan hasta sayısına göre örgütsel adalet algılarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının günlük ortalama baktıkları hasta sayısı örgütsel adalet algılarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir yargısına varılabilir.

SONUÇ

Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algısı, sağlık hizmetleri alanında oldukça önemli bir konudur. Örgütsel adalet, çalışanların kurum içindeki davranışları ve kararların adil olarak algılanmasıyla ilgilidir. Sağlık çalışanları için bu adalet boyutları, iş tatmini, motivasyon ve örgütsel bağlılık gibi faktörler üzerinde önemli etkilere sahip olabilir (Colquitt, 2001; Greenberg, 1987). Adil olarak algılanan bir örgütsel ortamda, çalışanların karar süreçlerine katılımını artırabilir, iş stresini azaltabilir.

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algısına yönelik tanımlayıcı istatistikler incelenmiştir. Dağıtım adaleti için ortalama 2,31, prosedür adaleti ortalaması 2,33 ve etkileşim adaleti boyutunda ise ortalama değer 2,56 olarak hesaplanmıştır. Toplamda ise ortalama 2,40'tır. Buna göre ortalamaların genel olarak 3'ün altında olduğu görülmektedir. Bu değerler, katılımcıların adalet algılarının genel olarak düşük düzeyde olduğunu ve zaten düşük düzeyde olan bu

algının demografik değişkenlere bağlı olarak farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Ancak örgütsel adalet boyutlarından, etkileşim adaleti algısının ortalamasının üstünde çıkması dikkat çekicidir.

Söyük (2007) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan çalışanların örgütsel adalet algıları arasında en yüksek puanı etkileşim adaleti algısının, en düşük puanı ise dağıtım adaleti algısının aldığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada, Şahin ve Taşkaya (2010), sağlık çalışanlarının örgütsel adalet alt boyutlarından özellikle dağıtım ve prosedür adaleti algılarının düşük düzeyde olduğunu saptamıştır. Kılınç ve Yüceler (2021) ise genel olarak sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlar, literatürle bu manada uyumludur.

Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda, dağıtım adaleti, prosedür adaleti ve etkileşim adaleti algıları çeşitli demografik ve çalışma koşullarına göre incelenmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, meslek, çalışma süresi, çalışma türü, haftalık çalışma saatleri ve hasta sayısı gibi değişkenler arasında yapılan karşılaştırmalarda adalet algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlenmemiştir. Bu sonuçlar, literatürde yer alan bir takım araştırma sonuçları ile uyumludur. Şöyle ki; Arı, Gülova ve Köse (2017) yaptıkları çalışmada, çalışanların yaşa göre prosedür ve etkileşim adaleti algılarının farklılık gösterdiğini bulmuştur. Şahin ve Taşkaya (2010) tarafından yapılan çalışmada ise, sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algısının cinsiyet ve mesleklerine göre

değişmediğini, ancak eğitim düzeyinin örgütsel adalet algısı üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Söyük'ün (2007) çalışmasında araştırma kapsamında yer alan demografik değişkenler içinde eğitim düzeyine göre adalet algılarının farklılaştığı, eğitim düzeyi yüksek olanların örgütsel adalet algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özdemir (2020) ise yaptığı çalışmada, çalışanların sosyo-demografik özelliklerinin adalet algısı üzerine etkisini incelemiş ve kurumlardaki örgütsel adaletin, örgütsel bağlılık açısından ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır.

Sonuç olarak, her örgüt yapısında olduğu gibi, sağlık sektörü örgütlenmesinde de algılanan örgütsel adaletin, sağlık çalışanlarının performansı ile ilişkili olduğu ve sağlık yönetimi açısından büyük bir öneme sahip olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algısını ortaya koymak ve buna bağlı olarak örgütsel adaletin etkili ve doğru uygulanmasına rehberlik etmektir. Elde edilen bulgular, katılımcıların adalet algılarının demografik özellikler veya çalışma koşullarından ziyade daha genel ya da başka faktörler tarafından şekillendirildiğini göstermektedir. Adalet algısındaki farklılıkların daha iyi anlaşılabilmesi için derinlemesine analizler ve nitel araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Araştırma bir bütün olarak, yöneticilere örgütsel adaletin çalışanlar üzerinde etkisini anlaması ve bu kapsamda gerçekleştirecekleri yönetsel uygulamalara ışık tutacak ve elde edilen araştırma sonuçları, örgütsel adalet konusunda çalışma yapmayı düşünen araştırmacıları yönlendirici niteliktedir.

KAYNAKÇA

- Adams, J. S. (1965). Inequity In Social Exchange. L. Berkowitz (Ed.) *Advances In Experimental Social Psychology*, Vol.2, New York Academic Press
- Arı, M., Gülova, A. A., & Köse, S. (2017). Örgütsel Adalet Algısı ile Örgütsel Bağlılık Davranışının İlişkisi: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1), 43-51.
- Arikan, A. N. (2023). Spor Organizasyonlarında Örgütsel Adalet Algısı: Derleme Çalışması. *Düzce Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2), 142-147.
- Bos, K. V. D. (2001). Fundamental Research By Means Of Laboratory Experiments. *Journal Of Vocational Behavior*, 58(2), 254-259.
- Cesur, A., & Erol, E. (2020). Okul Yönetiminde Kayırmacılık ve Örgütsel Adalet Arasındaki İlişki: Afyonkarahisar İli Örneği. *OPUS International Journal Of Society Researches*, 15(25), 3467-3496.
- Cohen-Charash, Y. & Spector, P. E. (2001). The Role Of Justice In Organizations: A Meta-Analysis. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 86(2), 278-321.
- Colquitt, J. A., Scott, B. A., Judge, T. A. & Shaw, J. C. (2006). Justice And Personality: Using Integrative Theories To Derive Moderators Of Justice Effects. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 100(1), 110-127

- Cropanzano, R. & Greenberg, J. (1997). Progress In Organizational Justice: Tunneling Through The Maze. *International Review Of Industrial And Organizational Psychology*, 12, 317-372.
- Cropanzano, R. & Wright, T. A. (2003). Procedural Justice And Organizational Staffing: A Tale Of Two Paradigms. *Human Resource Management Review*, 13(1), 7-39.
- Cropanzano, R., Byrne, Z. S., Bobocel, D. R. & Rupp, D. E. (2001). Moral Virtues, Fairness Heuristics, Social Entities, And Other Denizens Of Organizational Justice. *Journal Of Vocational Behavior*, 58(2), 164-209.
- Demir, N. & Inandi, Y. (2023). Okul Yöneticilerinin Örgütsel Adalet Davranışları ile Öğretmenlerin Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Güven Duyguları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1-29.
- Flint, D. H. (1999). The Role Of Organizational Justice In Multi-Source Performance Appraisal: Theory-Based Applications And Directions For Research. *Human Resource Management Review*, 9(1), 1-20.
- Greenberg, J. (1990). Organizational Justice: Yesterday, Today, And Tomorrow. *Journal Of Management*, 16(2), 399-432.
- İçerli, L. (2009). Örgüt Yapısı ve Örgütsel Adalet Arasındaki İlişkiler. *Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir*
- Kılıç, S. & Toker, K. (2020). Örgütsel Adalet ile Örgütsel Sinizm Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 15(58), 288-303.
- Kılınç, S. & Yüceler, A. (2021). Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Adalet Algısının Duygusal Emek Üzerine Etkisi: Konya İlinde Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 24(1), 260-273.
- Koçel T. (2014). İşletme Yöneticiliği. Beta Yayınevi. İstanbul.
- Kılınç, S. (2018). Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Adalet Algısının Duygusal Emek Üzerine Etkisi: Konya İlinde Bir Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi) Türkiye Cumhuriyeti Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Lambert, E. (2003). The Impact Of Organizational Justice On Correctional Staff. *Journal Of Criminal Justice*, 5(31), 155-168.
- Masterson, S. S., Lewis, K., Goldman, B. M. & Taylor, M. S. (2000). Integrating Justice And Social Exchange: The Differing Effects Of Fair Procedures And Treatment On Work Relationships. *Academy Of Management Journal*, 43(4), 738-748.
- Mıhçı, H. & Uzun, T. (2020). Okullarda Etik Liderlik ile Örgütsel Adalet ve Örgütsel Özdeşleşme Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *International Online Journal Of Educational Sciences*, 12(3), 29-39.
- Moorman, R. H. (1991). Relationship Between Organizational Justice And Organizational Citizenship Behaviors: Do Fairness Perceptions Influence Employee Citizenship?. *Journal Of Applied Psychology*, 76(6), 845-855.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Örücü, E., Gizlier, Ö. & Yılmaz, C. (2021). Örgütsel Adaletin Örgütsel Yabancılaşma Üzerindeki Etkisi: Belediye Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 600-613.
- Özdemir, H. Ö. (2020). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Algılarının Örgütsel Adalet Algıları ile Diğer Faktörlerden Yordanması. *İşletme Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 172-181.
- Skarlicki, D. P. & Folger, R. (2003). HRMR Special Issue: Fairness And Human Resources Management. *Human Resource Management Review*, 1(13), 1-5.
- Söyük, S. (2007). Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma. *Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.
- Şahin, B. & Taşkaya, S. (2010). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılarını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(2), 85-114.

- Tunalı, D. & Peker, A. (2020). Bankacılık Sektöründe Örgütsel Adalet, Örgütsel Güven ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 21(1), 30-51.
- Turhan, E. Soytürk, Ş., & Tuncer, H. (2020). Okul Etkililiğinde Performans Değerlendirme ve Örgütsel Adalet Kavramlarının Alan Yazın Çalışmalarıyla İncelenmesi. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 4(4), 399-410.
- Tutar, H. (2010). İşgören Yabancılaşması ve Örgütsel Sağlık İlişkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi, 65 (1), 175-204.
- Uslu, A. & Baydaş, A. (2021). Algılanan Örgütsel Adaletin Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Sinizm ve İş Tatmini Üzerine Etkisi: Trb1 Bölgesi Örneği. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 20(79), 1556-1573.
- Vardarlier, P. & İncesu, E. (2021). Örgütsel Adalet ve Örgütsel Sinizm ile İlgili Tez Çalışmalarının İncelenmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20(40), 704-727.
- Yıldırım, A. (2020). Örgütsel Adalet Algısının Örgütsel Muhalefet Davranışına Etkisi: Eğitim Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 25(2), 203-219.
- Bies, R. J. & Moag, J. F. (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. In B. Sheppard (Ed.), Research on Negotiation in Organizations (pp. 43-55). JAI Press.
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. Journal of Applied Psychology, 86(3), 386-400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Cropanzano, R., & Ambrose, M. L. (2015). Organizational justice: Where we have been and where we are going. In R. S. Cropanzano & M. L. Ambrose (Eds.), The Oxford Handbook of Justice in the Workplace (pp. 3-14). Oxford University Press.
- Cropanzano, R., Bowen, D. E., & Gilliland, S. W. (2007). The management of organizational justice. Academy of Management Perspectives, 21(4), 34-48. <https://doi.org/10.5465/amp.2007.27895338>
- Elovainio, M., Kivimäki, M., & Helkama, K. (2002). Organizational justice evaluations, job control, and occupational strain. Journal of Applied Psychology, 87(3), 565-573. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.565>
- Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. Academy of Management Review, 12(1), 9-22. <https://doi.org/10.5465/amr.1987.4306437>
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In K. J. Gergen, M. S. Greenberg, & R. H. Willis (Eds.), Social Exchange: Advances in Theory and Research (pp. 27-55). Springer.
- Turhan, M., Soytürk, İ. & Tuncer, B. (2020). Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarının iş tatmini ve tükenmişlik üzerindeki etkisi. Sağlık ve İnsan Bilimleri Dergisi, 5(3), 215-226. <https://doi.org/10.17678/beujshs.766605>

Araştırma / Research Article

Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı eğitimi perspektifinden hasta dosyası: Portfolyo olarak nitel analizi

Patient file from the perspective of medical documentation and secretarial program education: Qualitative analysis as a portfolio

Çağla Özdemir Aydın

Karabük Üniversitesi, Karabük/Türkiye, caglaozdemir@karabuk.edu.tr, 0000-0002-3774-6020

ÖZ

Sağlık hizmeti sonucunda çıktı olarak sunulan hasta dosyaları tıbbi bir dokümandır. Tıbbi dokümanların bilimsel kurallara uygun bir şekilde toplanması, düzenlenmesi, arşivlenmesi ve gerektiğinde hizmete sunulması gibi işlemlerin tümü tıbbi dokümantasyon sürecidir. Bu süreci gerçekleştiren profesyonel sağlık çalışanları da tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programının yetiştirdiği tıbbi sekreterlerdir. **Amaç:** Çalışmada özel bir üniversite hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyasının literatürde belirtilen kurallar çerçevesinde oluşturulup oluşturulmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak çeşitli dokümanların toplanıp gözden geçirilerek sorgulanması ve sonrasında analiz edilmesi olarak tanımlanabilen bilimsel bir araştırma yöntemi olan doküman analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** İncelenen hasta dosyasında, sırasıyla bulunması gereken evrak listesinde belirtilen 57 evraktan dosya içerisinde 15 tanesi mevcuttur. Bu evrakların sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığını vb. göre değişiklik göstermektedir. İncelenen hasta dosyasının içerisinde bulunan evrakların adetleri ve bulundukları sıraya bakıldığında dosyanın içerisinde 21 adet farklı evrak olduğu görülmüştür. Evrakların içerisinde aynı olan formlar da yer almaktadır. Fakat evrakların daraltılmasıyla hasta dosyası içerisinde bulunan evrak listesi içerisinde 15 tane karşılığı denk gelmektedir. Aslında bu listenin hastaneye yetersiz geldiği söylenebilir. Çünkü dosyanın içerisindeki evraklara bakıldığında hasta dosyası içerisinde bulunan evrak listesinde tam karşılığı olmayan evraklar dosyanın içerisinde mevcuttur. Aynı zamanda incelenen hasta dosyasındaki evrakların sırasıyla listede belirtilen arasında dengesizlikler olduğu, sıranın gözden kaçırıldığı, evrakların bulunması gereken sırada olmadığı görülmektedir. **Sonuç:** Çalışma değerlendirildiğinde incelenen hasta dosyasında, sırasıyla bulunması gereken evrak listesi ve hasta dosyasının içerisinde olan evraklar karşılaştırıldığında eksik görünen evraklar bulunmaktadır. Fakat evrak sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığını vb. değişkenlere göre farklılık gösterdiği için her formun her hastada kullanılmadığı anlaşılmıştır. Bazı formların dosyada iki kez kullanıldığı, bazı formların da sırasıyla olması gereken evrak listesi içerisinde başlık olarak yer almadığı görülmüştür. O nedenle hastanenin sırasıyla olması gereken evrak listesinde eksiklik bulunduğu ve güncelleme yapması gerektiği de anlaşılmıştır. Hastanenin hasta dosyalarının mahremiyeti ve aranan bilgiye anında ulaşılabilmesi açısından dosyanın içerisindeki evrakların tam ve eksiksiz doldurulması açısından eksiklik bulunmadığı, evrakların düzgün bir sırada bulunmasına dikkat edilmesi açısından hasta dosyalarına fazlasıyla önem verildiği söylenebilmektedir.

ABSTRACT

Patient files presented as outputs as a result of healthcare services are medical documents. All processes such as collecting, organizing, archiving and providing service when necessary in accordance with scientific rules of medical documents are the medical documentation process. Professional healthcare workers who carry out this process are medical secretaries trained by the medical documentation and secretarial program. **Aim:** The aim of this study is to evaluate whether the patient file of a patient in the Gynecology and Obstetrics Polyclinic of a private university hospital, which includes all the services received during the health care process, was created within the framework of the rules specified in the literature. **Material and Methods:** Document analysis, which is a scientific research method that can be defined as collecting, reviewing, questioning and then analyzing various documents as the main source of research data, was used in the study as a qualitative data analysis method. **Results:** In the patient file examined, there are 15 of the 57 documents specified in the list of documents that should be present in order. The number of these documents varies according to the diagnosis of the disease, the examinations and treatments performed, the number of times the patient has been hospitalized, etc. When the number of documents in the patient file examined and the order in which they are located are examined, it is seen that there are 21 different documents in the file. There are also forms that are the same in the documents. However, when the documents are narrowed down, 15 of them correspond to the list of documents in the patient file. In fact, it can be said that this list is insufficient for the hospital. Because when the documents in the file are examined, there are documents in the file that do not have an exact equivalent in the list of documents in the patient file. At the same time, it is seen that there are imbalances between the order of the documents in the patient file examined and those specified in the list, the order is overlooked, and the documents are not in the order they should be. **Conclusion:** When the study was evaluated, when the list of documents that should be in order and the documents in the patient file were compared, there were missing documents in the examined patient file. However, since the number of documents varied according to the diagnosis of the disease, the examinations and treatments performed, the number of hospitalizations of the patient, etc., it was understood that not every form was used for every patient. It was observed that some forms were used twice in the file, and some forms were not included as a title in the list of documents that should be in order. Therefore, it was understood that there was a deficiency in the list of documents that should be in order of the hospital and that it needed to be updated. It can be said that the hospital attaches great importance to patient files in terms of filling out the documents in the file completely and completely in order to ensure the privacy of the patient files and to access the information sought immediately.

Anahtar Kelimeler:

Tıbbi Doküman, Tıbbi Dokümantasyon, Tıbbi Sekreter, Hasta Dosyası, Portfolyo

Key Words:

Medical Document, Medical Documentation, Medical Secretary, Patient File, Portfolio

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Karabük Üniversitesi, Karabük/Türkiye, caglaozdemir@karabuk.edu.tr, 0000-0002-3774-6020

DOI:

10.52880/sagakaderg.1600008

Gönderme Tarihi/Received Date:

12.12.2024

Kabul Tarihi/Accepted Date:

09.03.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:

30.06.2025

GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektöründe hasta tanı ve tedavi süreçlerinde en çok başvuru kaynağı tıbbi dokümanlardır. Tıbbi doküman hastanın hastaneye girdiği andan çıktığı ana kadar toplanan, düzenlenen, saklanan ve gereğinde hizmete sunulmak için kullanılan belgelerdir (Limon, 2019). Yapılan bu işlemlerin tümüne tıbbi dokümantasyon, işlemlerin istenilen düzgün bir biçimde yapılmasını sağlayan sağlık çalışanına da tıbbi sekreter adı verilmektedir (Gültekin & Özel, 2022). Sağlık çalışanları tarafından birçok farklı ihtiyaçtan dolayı kayıt altında tutulan, sağlık kayıtları arasında önemli bir yer teşkil eden hasta dosyalarının hasta, kurum, tıbbi sekreter, doktor, adli tıp gibi durumlar açısından önemi vardır. O nedenle hasta dosyasının düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde kullanılmak üzere hizmete sunulması tıbbi sekreterlerin başlıca görevleri arasında yer alır. Bu çalışmada hasta dosyasının literatürde belirtilen kurallar çerçevesinde oluşturulup oluşturulmadığının değerlendirilmesi amacıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyası incelenmiştir. Çalışma Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi alan tıbbi bir sekreterin bakış açısıyla Ankara İli 'nde bulunan pek çok poliklinikte sağlık hizmeti sunumu yapan özel bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. İnceleme yapılırken nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak çeşitli dokümanların toplanıp gözden geçirilerek sorgulanması ve sonrasında analiz edilmesi olarak tanımlanabilen bilimsel bir araştırma yöntemi olan doküman analizi kullanılmıştır.

Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Eğitimi

Sağlık ekibinin içerisinde yer alan tıbbi sekreterler hastanın hastaneye girdiği andan çıktığı ana kadar tüm aşamalarda yer alabilmektedirler. Tıbbi sekreterlik kavramının tıbbin ve hasta kayıtlarının gelişimiyle aynı doğrultuda ilerlediği söylenebilmektedir (Ateş & Yüksel, 2024). Bu bağlamda teknolojik ve toplumsal ilerlemeler de tıbbi sekreterlik gelişme sürecini de etkilemektedir (Kaplan & Köksal, 2017).

Hastane, klinik ve laboratuvarlarda yer alan tıp sekreterliği diğer bildiğimiz sekreterliklerden uzmanlık yönüne verilen önem bakımından ayrılmaktadır. Tıbbi sekreter olarak adlandırılan tıp sekreterliklerinin uzmanlık bilgileri büyük önem arz etmektedir (Tutar, 2002).

Tıbbi sekreter kavramı ülkemizde gelişmiş ülkelere bakıldığında tıbbi kayıt görevlisi, sağlık bilgi teknisyeni, tıbbi asistan, tıp sekreteri gibi farklı kavramlarla ifade edilmektedir (Demir, 2008).

Yurt dışında eski bir geçmişe sahip olduğu (1912) söylenebilen tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik mesleğinin Türkiye' deki gelişimi 1974 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu'nun 5 bölümünden birisi olarak açılan Tıbbi Sekreterlik Bölümü ile ilk tıbbi sekreterlik eğitimi verilerek başlamıştır. 1974- 1975 yılları arasında bölüm 34 tıbbi sekreterlik öğrencisi ile eğitim vermiştir. Aynı yıl tıbbi sekreterlik bölümü ve üniversitede olan diğer bölümler kapatılarak bölümün birinci sınıf öğrencisi olan 14 kişi, yine aynı yıl açılan dört yıllık lisans eğitimi veren 'Hastane İdaresi Yüksekokulu'na aktarılmış ve 2. sınıftan başlatılarak bu okulun ilk öğrencileri olmuşlardır. Türkiye'de ilk Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı 2547 sayılı YÖK Kanununun 7. Madde (d) fıkrası uyarınca 7.2.1985 tarih ve 85.12.153 sayılı kararla 7 programlı olarak açılan Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu içerisinde iki yıllık bir program olarak yer almıştır. Prof. Dr. Adil Artukoğlu okula Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programından sorumlu Öğretim Üyesi ve Bölüm Başkanı olarak atanmış, Türkiye'de tıbbi dokümantasyon alanında bilimsel eğitim ve çalışmalar yapan ilk kişi olmuştur. Sağlık bilgi yönetimi ve dokümantasyon hizmetlerinin kaliteli yürütülmesi ve verimliliğin artırılması amacıyla sağlık meslek liselerinin var olan bölümlerine ek olarak, makamın 25.02.1994 tarih ve 1412 sayılı onayı ile "Tıbbi Sekreterlik" bölümü açılmış ve 1994-1995 öğretim yılında 22 okulda eğitim öğretime başlamıştır (Esatoğlu & Artukoğlu, 2000; Tengilimoğlu & Köksal, 2016). Günümüzde (2025 yılı itibarıyla) devlet ve vakıf üniversiteleri olmak üzere toplam 189 üniversitede tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı eğitimi verilmektedir (YÖK, 2025).

Tıbbi Sekreterlik Mesleği

Sağlık hizmetleri alanı verinin bilgiye dönüştürülmesi, bilginin de kullanıma sunulması için hazırlanmasının hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi gereken bir süreci içerir. Bu süreçte bilgi edinme, yazıya dökme ve dosyalama işlemleri için dikkatli ve özenli olunması gerekir. İşlerin daha hızlı ve etkili olabilmesi, çıktının verim sağlayabilmesi için yapılan iş ve işlemlerle ilgili eğitim almış kişilerin süreç içerisinde çalışması işlerin basitleştirilerek düzenli, tam ve pratik olunmasını sağlar. Tıbbi sekreterlik mesleğinin öneminin bilinmediği zamanlarda süreçte gerçekleşen işlerin yapılması kendi görevi olmayan diğer sağlık çalışanları tarafından (doktor, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni vb.) yapılmaktaydı. Bu durum iş ve işlemlerin gerçekleşmesinde aksamalara neden olmaktaydı. Tıp sekreterliği alanında uzmanlaşmanın getirdiği bu meslek grubunun hastanedeki iş ve işlemlerde aktif rol almasıyla işlerin belirli bir düzen ve sıra içerisinde hızlı bir şekilde çözülmesi sağlanmıştır (Ciocco ve ark., 1997).

Tıbbi sekreter; sağlık kuruluşlarında tıbbi bilgi olarak adlandırılabilir her türlü evrak, kayıt, rapor vb. gibi materyalleri bir araya getirerek gerektiğinde sunmak üzere düzenli bir şekilde derleyen ve toplayan nitelikli bir sağlık personeli olan tıp sekreteridir (Qvarfordt ve ark., 2024).

Tıbbi sekreterler, sağlık hizmeti sunan bütün kurumlarda tıbbi sekreter, arşiv memuru ve istatistik görevlisi olarak çalışabilirler. Çalıştıkları süre içerisinde diğer sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim içerisinde bulunurlar. Uluslararası tanınırlıkta olan Türk tıp sistemi içerisinde, yabancı dili aktif olan, tıbbi terminoloji, anatomi, fizyoloji alanlarında okuduğu üniversitede ders almış, bilgisayar programları konusunda donanımlı, içerisinde hastalık ve ameliyat kodlarını barındıran ICD (International Classification Of Diseases) sistemi ile kodlama yapabilen tıp sekreterlerine her zaman ihtiyaç duyulmaktadır (Knudsen, 2024).

Hasta Dosyası ve Önemi

Sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvuran kişilere uygulanan tıbbi işlemlerle ilgili bilgileri düzenli bir biçimde içeren belgelerin, bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesiyle oluşturulan belge topluluğuna hasta dosyası denir. Hasta dosyaları sağlık kurum ve kuruluşlarında hastaların tıbbi, sosyolojik ve mali bilgilerini içeren, hastaya yapılan bakımın kalitesinin en iyi göstergeleri olan dayanaklardır (Tekin, 2023). Hasta dosyaları hasta, kurum, doktor ve adli tıp yönünden önem arz etmektedir;

Hasta Yönünden Önemi: Hastaya ait ayrıntılı bilgilerin (kişisel ve teşhis, tanı ve tedavi) doğru ve eksiksiz olarak doldurulması ve gerektiğinde ilgili kişilere sunulması hem hasta hem de ilgili sağlık çalışanı açısından zaman tasarrufu sağlar. Hastanın gerekli bilgileri elinde tuttuğu dosyanın içerisinde olduğunu bilmesi ona psikolojik olarak da destek sağlar. Daha önce yapılan işlemlerin yer aldığı dosya hastanın yararına kullanılacağı için de gerekli tedavinin en kısa sürede yapılmasını sağlayacaktır (Artukoğlu ve ark., 2002).

Kurum Yönünden Önemi: Hastane yetkilileri tarafından hasta dosyalarının korunması onlara bir anlamda nefes aldırır. Yapılan teşhis ve tedavilerde kurumu koruma altına alır ve kurumun yaptığı yada yapmadığı işlemlerin hasta dosyası incelenerek ortaya konulması açısından önem arz eder. Hastane yöneticilerinin bir sorun anında sorunun kaynağını belirleyerek gerekli önlemleri almasını sağlar. Hastanenin dış denetçiler tarafından değerlendirilmesi durumunda da hastanedeki bakımın kalitesini ortaya koyar.

Tıbbi Sekreterlik Yönünden Önemi: Hasta dosyaları hastaların yatışını sağlamak ve hasta çıkış evraklarını

hazırlama gibi işlemleri yaparken, dosyadaki dokümanların ilgili yerlere kayıt edilmesi, dokümanların onaylanması, kayıt defterine işlenmesi ve ilgililere ulaştırılmasını sağlamak amacıyla kullanılır. Tıbbi sekreterler tarafından dosyada bulunan hastalık tanılarının bilgisayar ortamında kodlanması, tasnif edilmesi ve ilgili yerlere ulaşmasının sağlanması vb. görev ve işlemlerin yerine getirilmesi açısından daha sonra kullanılmak üzere sunumda tıbbi sekretere kolaylık sağlar ve bilgi mahremiyeti yönünden önem arz eder (Ciocco ve ark., 1997).

Doktor Yönünden Önemi: Doktorların hastaya daha önce konan teşhis, yapılan tedavileri kısa sürede değerlendirip en etkin tedaviyi en kısa zamanda uygulaması açısından önem arz eder.

Adli Tıp Yönünden Önemi: Hastane veya hastaya yapılan işlemlerle ilgili hastanın kendini mağdur görmesi durumunda hastaneye açılabilir olan davalarda hasta kayıtları titiz tutulmasının önemi rol oynar (Özkan, 2023). Bundan hareketle hasta kayıtlarının detaylı olarak yer aldığı hasta dosyaları hastaların haklarını ve hastaneyi korumak açısından bir müdafaa aracı olarak değerlendirilebilmektedir (Etgü & Güçlü, 2022).

Hasta Dosyaları Kullanıcı ve Kullanım Alanları

Hasta dosyaları hekim (hastanın tedavi planı, tıbbi karar verme, iletişim), hasta (bilgilenme, ücret kontrolü), hastane yönetimi (kalite yönetimi, hizmet planlaması, kullanım değerlendirme, gelir analizi), eğitim kurumları (eğitim programının gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi, öğrenci ve personele yönelik sağlık programının geliştirilmesi), tıp ve sosyal araştırma kurumları (Rehabilitasyon ve sosyal yardım programları, toplumun hastalık yapısının incelenmesi ve hastalıkların toplumsal hayata etkinliklerinin belirlenmesi), devlet (hasta dosyalarındaki verilere göre sağlık ve eğitim kurumlarına tahsis edilecek), halk sağlığı birimleri (toplumun hastalık dokusunun belirlenmesi), sigorta kurumları (hizmet ücretleri ile ilgili hastalardan gelen şikayetlerin değerlendirilmesi, hizmet maliyetlerinin denetlenmesi, sigortalılara verilen hizmetlerin kalite ve eşitlik yönünden değerlendirilmesi), mahkemeler (hasta dosyalarındaki yapılan tedaviye yönelik bilgilerin incelenerek adli vakalarla ilgili hüküm verilmesi 'yanlış tedavi davaları, kişisel zarar davaları gibi', emniyet soruşturması (hasta dosyalarındaki bilgileri kullanarak adli olayların aydınlatılması), akreditasyon kurumları (kurumun mesleki standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi, hizmet veren personelin mesleki yeterliliğinin belirlenmesi, sağlık kurumlarında verilen eğitim programının değerlendirilmesi), işverenler (işverenler tarafından sağlanan sağlık sigorta planının yönetilmesi, personelin uygun işte çalıştırılmasını

sağlama), kredi kurumları (kurumun kredi talebinin değerlendirilmesi) tarafından çeşitli amaçlar ile kullanılmaktadır (Tengilimoğlu & Köksal, 2021).

ICD 10

Tıbbi kayıtların her türlü araştırma ve istatistiklerde etkin ve verimli olabilmesi için bu kayıtlarda ICD (International Classification Diseases) gibi uluslar arası sınıflama sistemlerine göre doğru olarak verilmiş hastalık ve tıbbi işlem kod numaraları bulunur. Kısaca bahsedecek olursak ICD WHO ‘ nun (Dünya Sağlık Örgütü) temellerini 1938 yılında attığı ‘ Hastalıkların ulusal alanda sınıflandırılması için oluşturulmuş bir sınıflama sistemidir.’ ICD ‘ nin asıl amacı hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslar arası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı vermesidir. Yani ICD’ nin önemli bir fonksiyonu hastalıklara uluslar arası ortak bir dil kazandırmaktır. ICD kodlamalarını hastanenin veya sağlık kuruluşunun arşiv bölümünde bulunan kodlama memurları yapmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Günümüzde ICD 10 kesin tanıları kodlamak için kullanılmaktadır. Cerrahi işlemlerin ve yine ICD tanılarının olduğu eski versiyon olan ICD 9’ dan günümüzde cerrahi işlem kodları için yararlanılmaktadır. Çünkü ICD 10’ da cerrahi işlem kodları yer almamaktadır. Hastalıkların kesin tanıları alfabetik sıraya göre dizin halinde bulunmaktadır ve ICD 10 kullanım açısından ICD 9 ‘a göre son derece pratiktir. Genel olarak ICD farklı ülke ya da bölgelerde farklı zamanlarda toplanan mortalite ve morbidite verilerinin;

- Sistematik olarak kaydedilmesine,
- İncelenmesine,
- Yorumlanmasına ve
- Karşılaştırılmasına olanak sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın Amacı ve İstatistiksel Analizi

Çalışma Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi alan tıbbi bir sekreterin bakış açısıyla Ankara İli ’nde bulunan özel bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği özel hastane bir çok farklı poliklinikte sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir. Bu sebeple bu çalışmada Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyası incelenmiştir. Çalışmada hasta

dosyasının literatürde belirtilen kurallar çerçevesinde oluşturulup oluşturulmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak Çalışmada nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak çeşitli dokümanların toplanıp gözden geçirilerek sorgulanması ve sonrasında analiz edilmesi olarak tanımlanabilen bilimsel bir araştırma yöntemi olan doküman analizi kullanılmıştır. Tek başına yöntem olarak kullanılabilen bu analiz yöntemi çoğu zaman alan yazında var olan diğer araştırma yöntemlerinin eksik kalan yönlerini tamamlamakta kullanılmaktadır (Sak ve ark., 2021).

BULGULAR

Hastanın dosyasını özetlemek amacıyla hastayla ilgili bilgiler kısaca aşağıda belirtilmektedir. Çalışmada, hasta hakları ve hasta mahremiyeti göz önünde bulundurulduğundan hasta dosyasında dosyanın üzerinde bulunan adı / soyadı, protokol no, kimlik numarası, cinsiyeti, doğum yeri / tarihi, tel numarası, adres, giriş-çıkış tarihleri ve doktor bilgisi verilememektedir.

Hastanın epikrizinde

Ad / Soyad, protokol numarası, giriş – çıkış tarihleri, tanı ICD 9 CM kodu, kesin tanı ICD 10, yapılan cerrahi tedavi, şikayet ve yatış nedeni, hikayesi, öz geçmişi, soy geçmişi ve fizik muayenesi açık ve tatmin edici bir şekilde belirtilmiştir.

Burada yer alan ICD 9 CM kodu hastaya yapılan cerrahi işlemlerin ve onların WHO’ ya (Dünya Sağlık Örgütü) göre belirtilen kodlarının yer aldığı bölümdür. Buradaki ‘CM’ ifadesi ‘Clinical Modification’ yani ‘Klinik Yapılandırma’ anlamına gelmektedir. Yani ICD 9’ da hastaya yapılan tüm cerrahi işlemlerin karşılık geldikleri kodlar yer almaktadır. ICD 10’ da ise (1994 yılında uygulamaya geçirilmiş) hastalığın kesin tanısı alfanümerik koduyla beraber yer almaktadır. ICD 10, 21 bölümden oluşmaktadır. Örneğin; bu hastaya ait kod 14. bölüm ‘ Genitoüriner Sistem Hastalıkları’ (N00-N99 arası) başlığının altında yer alan ‘Kadın genital organların enflamatuvar olmayan bozuklukları’ (N80-N98 arası) bölümünde yer alır. Hastanın tanısı olan ‘ Endometriyozis N80.9’ gibi.

ICD 9CM kodunda belirtilen cerrahi işlemler :

Laparoskopi 54.1 (göbekten girilerek yapılan tanısal amaçlı cerrahi)

Total Abdominal Histerektomi 68.4 (tüm rahimin alınması)

Bilateral Salpingo Ooforektomi 65.6 (yumurtalık tüplerinin alınması) işlemlerinin hastaya yapıldığını

Tablo 1. Hasta Dosyası Tanımlayıcı Bilgileri

Hasta Dosyası Tanımlayıcı Bilgiler	
Protokol No	XXXX
Adı Soyadı	XXXX
Doğum Yeri / Tar.	XXXX
T.C. Kimlik No	XXXX
Cinsiyeti	XXXX
Doğum Yeri / Tar.	XXXX
Adres	XXXX
Tel No	XXXX
Giriş Tarihi	XXXX
Çıkış Tarihi	XXXX
Bölüm	Kadın Hast. ve Doğum
Doktor	XXXX
Tanı (ICD 10)	N80.9 Endometriyoz
ICD9 CM Kodu	54.21 Laparoskopi 68.4 Total Abdominal Histerektomi 65.Bilateral Salpingo Ooforektomi
Kesin Tanı	Endometriozis
Cerrahi/ Tedavi	Diagnostik (tanısal amaçlı) L/S + TAH + BSO
Şikayeti	44G4P2Y2
Hikaye	Pelvik ağrı ve düzensiz kanama şikayetleri olan hasta diagnostik L/S amacıyla yatırıldı.
Öz Geçmiş	Apendektomi
Soy Geçmiş	Özellik yok
Fizik Muayene	Doğal

göstermektedir. Burada bize anlatılmak istenen bu hastaya laparoskopiyle girilerek yumurtalık tüpleriyle birlikte tüm rahimin alınmış olduğudur. Yapılan işlemlerin yanlarında yer alan nümerik kodlar bu hastalıkların WHO'ya göre ICD9 ' da yer alan karşılığıdır.

Cerrahi /tedavi bölümünde hastaya yapılan işlemler yer almıştır. Burada kısaltmalar kullanılmıştır. L/S (Laparoskopi)

- TAH (Total Abdominal Histerektomi)
- BSO (Bilateral Salpingo Ooforektomi) gibi.

Hastanın şikayeti kısmındaki '44G4P2Y2' şeklindeki ifade Özel Hastanenin Kadın Doğum Servisine ait kendi aralarında oluşturdukları özel bir kodlama şeklindedir. Buradaki '44'ifadesi hastanın 'yaşını', 'G4' ifadesi '4 kez gebe kaldığını', 'P2' ifadesi '2 kez doğum yapıldığını' ve 'Y2' ifadesi de 'yaşayan 2 çocuğunun bulunduğunu' ifade etmektedir. Özgeçmişinde yer alan 'apendektomi' ifadesi hastanın geçmişte apandistinin alındığını belirtmektedir. Hastanın soy geçmişinde bir özellik yoktur ve muayenesi doğal yolla yapılmıştır.

Hasta dosyaları, hastaların soyadlarına göre alfabetik olarak sıralanır ve hastanın ilk başvurusunda hastaya bir numara verilir. Hasta her gelişinde aynı numara ile işlem yapılır. Hasta dosyasının içerisinde bulunması gereken evraklar belli bir düzen ve sıraya göre yerleştirilir. Her hastanenin dosyasını oluşturan çeşitli formlar vardır. Özel hastanenin hasta dosyası içerisinde olması gereken evraklar listesi Tablo 2' de sunulmuştur.

Hastanenin hasta dosyasında bulunması gereken evrak listesi sırasıyla Tablo 2' de belirtilmektedir. İncelenen dosyada bu evraklardan 15 tanesi mevcuttur. Bu evrakların sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığına vb. göre değişiklik göstermektedir. İncelenen hasta dosyasının içerisinde bulunan evrakların adetleri ve bulundukları sıra Tablo 3' de belirtilmiştir.

Tablo 3' de belirtildiği üzere dosyanın içerisinde 21 adet farklı evrak vardır. Bunların kendi içerisinde aynı olanlarının sayısı yanlarında yazmaktadır. Fakat bu evrakların daraltılmış şekliyle yukarıdaki listenin içerisinde 15 tane karşılığı denk gelmektedir. Aslında bu liste hastaneye yetersiz gelmektedir. Çünkü dosyanın

Tablo 2. Hasta Dosyası İçerisinde Sırasıyla Olması Gereken Evraklar Listesi

Evraklar	1. Yatış	2. Yatış	3. Yatış	4. Yatış	5. Yatış
1. Hasta kabul formu	+				
2. Yatış formu	+				
3. Yatan hastalar bilgilendirme ve rıza formu					
4. Yenidoğan antenatal- natal bilgi formu					
5. Laboratuvar sonuç formları					
6. Doktor gözlem formları	+				
7. Konsültasyon istem formları	+				
8. EKG formu					
9. EKO rapor formu					
10. Kateter anjio rapor formu					
11. Konsey kararı formu					
12. Diyabetik hasta K.Ş izlem formu					
13. Mikrobiyoloji Enfeksiyon Hastalıkları formu					
14. Diyaliz hasta kabul formu					
15. Yatan hasta kilo- boy çizelge formu					
16. Yatan hasta Coumadin dozu formu					
17. Basınç ülseri gelişimin önlenmesi ve bakım formu					
18. Pates Canser yara değerlendirme formu					
19. Çevresel değerlendirme formu					
20. Düşme önlemlerine yönelik hasta ve aileye öğretim rehber formu					
21. Hastane ve ev ortamında düşmelerin önlenmesi formu					
22. Düşme sonrası takip formu					
23. Hasta çalışan güvenliğine yönelik olay bildirim formu					
24. Besin tüketim formu					
25. Kateter sistemi değişim formu	+				
26. Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip formu	+				
27. Anesteziyoloji Yoğun Bakım günlük izlem formu					
28. Kan ve kan bileşenleri istem formu	+				
29. Kan ve kan ürünleri transfüzyon takip formu	+				
30. Ameliyathane dışı anestezi işlem formu	+				
31. Anestezi hizmetleri için bilgilendirme ve rıza formu					
32. Cerrahi işlemler hasta bilgilendirme ve rıza formu					
33. Böbrek alıcısı için bilgilendirme ve rıza formu					
34. Böbrek vericisi için bilgilendirme ve rıza formu					
35. Karaciğer alıcısı için bilgilendirme ve rıza formu					
36. Karaciğer vericisi için bilgilendirme ve rıza formu					
37. Kadavra organ alıcısı için bilgilendirme ve rıza formu					
38. Cerrahi güvenlik formu					
39. Ameliyat notu formu	+				
40. Doğum eylemi izlem formu					
41. Patoloji rapor formu					
42. Sintigrafi, ultrason,mr rapor formu					
43. Endoskopi rapor formu					
44. İstem formu	+				
45. Kokteyl tedavi formu					
46. Plazma pheresiz formu					
47. OKT3 uygulama formu					
48. Hemşirelik girişimleri formu	+				
49. Sıvı denge formu					
50. Hasta eşyaları teslim formu					
51. Tetkik işlem formu	+				
52. Kadın hastalığı ve doğum kliniği hemşirelik anne izlem formu					
53. Hemşire öykü formu	+				
54. Yoğun bakım derecelendirme formu					
55. Hemşirelik exitus kayıt formu					
56. Hasta çıkış özeti					
57. Yatış sıra formu	+				

Tablo 3. Hasta Dosyası İçerisinde Bulunan Evrak Listesi

Evraklar	
1. Hasta Kabul Formları	1 adet
2. Doktor Gözlem Formları	3 adet
3. Laboratuvar Sonuçları	2 adet
4. Hasta Yatış- Bilgilendirme ve Rıza Formu	1 adet
5. Laboratuvar Sonuçları Takip Formu	1 adet
6. Kateter Sistemi Değişim Formu	2 adet
7. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Ameliyat Sonrası Takip Formu	1 adet
8. Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Takip Formu	1 adet
9. Kan ve Kan Bileşenleri İstem Formu	1 adet
10. Laparoskopi için Bilgilendirme ve Rıza Formu	1 adet
11. Anestezi Hizmetleri için Bilgilendirme ve Rıza Formu	1 adet
12. Preoperatif Değerlendirme Formu	1 adet
13. Ameliyat Notu	2 adet
14. Order /İlaç Uygulama Formu	3 adet
15. Hemşirelik Girişimleri Formu	3 adet
16. Tetkik işlem formu	1 adet
17. Hemşirelik Kabulü Tarayıcı Değerlendirme Formu	1 adet
18. Hasta Epikrizi	1 adet
19. Kadın Doğum Biyopsi Raporu	1 adet
20. Smear Raporu	1 adet
21. Hasta Dosyası İçinde olması Gereken Evraklar Listesi	1 adet

içerisinde olan evraklardan da fark edildiği gibi yukarıda tam karşılığı olmayan evraklar dosyanın içerisinde mevcuttur. Ancak çalışmanın yapıldığı süre içerisinde listenin hastane yetkilileri tarafından yeniden check- list edildiği ve yeni bir liste oluşumu için hazırlıkların devam ettiği sorumlu hemşireler tarafından belirtilmiştir.. Aynı zamanda incelenen hasta dosyasındaki evrakların sırasıyla listede belirtilen sıra arasında dengesizlikler olduğu, sıranın gözden kaçırıldığı, evrakların bulunması gereken sırada yanlışlıklar yapıldığı görülmektedir.

1. sırada yer alan hasta kabul formundan sonra 4. sırada yer alan yatış formunun yer alması gerekirken onun yerine 2. sırada yer alan doktor gözlem formları yerleştirilmiştir. 11. sırada yer alan anestezi hizmetleri için bilgilendirme ve rıza formu ile 10. sırada yer alan laparoskopi için bilgilendirme ve rıza formunun yer değiştirmesi gerekirdi. Laparoskopi cerrahi bir işlem olduğu için Tablo 2’ de listede 32. sırada yer alan Cerrahi işlemler hasta bilgilendirme ve rıza formunun da işaretlenmesi gerekirdi. Bununla birlikte Tablo 2’ de olan 57 maddelik listede yer almayan ve dosyanın içerisinde bulunan ek evraklar da var. Örneğin: Preoperatif değerlendirme formu gibi. Epikriz içerik olarak , en başta hastayla ilgili verilen bilgilere ayrıntılı

olarak yer vermektedir. Hastanın epikrizinde ; dosya no, ad/soyad, doğum yeri/tarihi, tel, adres, T.C. kimlik no, cinsiyet, hastaneye giriş ve çıkış tarihi, bölüm, doktor, tanı, ICD9CM kodu, kesin tanı, cerrahi/tedavi, şikayet/yatış nedeni, hikaye, özgeçmiş, soygeçmiş, fizik muayene, ön tanımlar, laboratuvar, klinik izlem ve tedavi, anestezi şekli, patoloji, kan ürünleri, kullanılan tıbbi malzemeler, kullanılan ilaçlar, radyoloji , sonuç- öneriler bölümü yer almaktadır. Bu bölümlerden ön tanımlar, radyoloji, sonuç- öneriler kısmı doldurulmamıştır. Bu bölümlerin doktorlar tarafından önemli olmadığı düşünülse de epikriz bu açıdan eksik görünmektedir. Doktor kaşesi basılmıştır. Yine epikrizin içerisinde; hastaya yapılan ilk tetkik ve sonuçlar yer almaktadır. Yapılan ameliyatlara ve tarihleri belirtilmiştir. 20/03/2010 P620.530 “Histerektomi, Abdominal” ‘buradaki ‘P620.530’ hastalığın ICD kodudur. Hasta için konsültasyon istenmemiştir ve doğal olarak epikrizin içerisinde böyle bir durum belirtilmemiştir. Yapılan özel tetkiklerin gerekçeleri belirtilmiştir. (Laparoskopi sırasında aşırı yapışıklıklar ve endometriozis nedeniyle hastaya TAH+BSO yapıldı.) gibi. Hastalığın kesin tanısı belirtilmiştir (Endometriozis N80.9). Yapılan ameliyatlara ve sonuçları belirtilmiştir (Abdominal Total Histerektomi). Ameliyat notu yazılmıştır. Komplikasyon

olmadığı için belirtilmemiştir (Sut kodu özel hastanede epikrizlerde belirtilen bir kod değildir. Ancak hasta istediği takdirde tahakkuk bölümünden bir liste halinde alınabilir. Bu kodlar hastaya yapılan bütün işlemlerin parasal olarak değerlendirilmesi için yapılan işlemlere verilen kodlardır (Hastanenin SGK ile olan ilişkisinde önemli rol oynamaktadır). Hastaya tekrar yapılan tetkiklerin nedenleri epikrizde belirtilmemiştir. Birden fazla cerrahi işlem yapılmış ve aynı veya ayrı kesiler belirtilmiştir.

Yapılan ameliyat bölümünde ameliyatın adı yazılı 'Total Abdominal Histerektomi', yapılış tarihi belirtilmiş '20/03/2010', operasyon yapılan organın bölgesi belirtilmiştir. 'Sol overde 3cm endometrioma ' gibi. Hastanın yatışı sırasında normalden fazla tetkik veya işlem yapılmamıştır. Anestezi şekli belirtilmiştir, 'Genel' gibi. Kullanılan malzemelerde epikrizinde yer almaktadır. '2 adet Trocar Versapart V2 SMM) gibi. ICD kodları karta doğru bir şekilde kodlanmıştır (Örneğin; N00-N99 Genitoüriner Sistem Hastalıkları. N80.9-Endometriozis).

Formları incelemeye devam edildiğinde; hasta kabul formunda ; dosya no., ad / soyad, anne-baba adı, tel, adres, şehir, kurum, kurum adresi, T.C. kimlik no, cinsiyet, medeni hali, tabiyeti, doğum yeri- tarihi, mesleği, V.I.P kodu yer almaktadır. İncelenen bu formda eksik olarak iş telefonu, medeni hali ve V.I.P kodu eksik olarak doldurulmuştur. Doktor gözlem formunda; ad/soyad, dosya no, tarih, saat bölümleri yer almaktadır. Bu formda saat yeri doldurulmamıştır.

Laboratuvar sonuçları olarak hastanın hastanenin dışında yaptırmış olduğu 2 adet laboratuvar sonucu bulunmaktadır. Hasta yatış bilgilendirme ve rıza formunda ; ad/soyad, doğum tarihi, cinsiyet, baba adı, T.C. kimlik no, medeni durum, adres, tarih, dosya no, adli vaka, sosyal güvenlik kurumu, ön tanı, yatıran doktor ve anabilim dalı, yatacağı servis, yatış memuru, adı/soyadı, imzası, hasta/hasta yakını ad/soyad, imza, yatıran doktor bölümleri yer almaktadır. Bu formda doldurulan yerler hasta adı/soyadı, tarih, yatış memuru ve onun imzasının olduğu bölümdür. Diğer yerler eksiktir ve doldurulmamıştır. Laboratuvar sonuçları takip formunda ; hasta adı/soyadı, protokol no ve tanı kısmı vardır ve hepsi doldurulmuştur. Kateter değişim formunda; protokol no, ad/soyad, cinsiyet, yaş, bölüm adı, tarih bölümleri yer almaktadır ve hepsi eksiksiz olarak doldurulmuştur. Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip formu eksiksiz doldurulmuştur. Kan ve kan ürünleri transfüzyon takip formu eksiksiz doldurulmuştur. Laparoskopi için bilgilendirme ve rıza formunda; hastanın adı/soyadı, imzası yer almaktadır. Eksiksiz olarak doldurulmuştur. Anestezi hizmetleri için bilgilendirme ve rıza formunda; ünite

adı, protokol no, hasta/hasta yakını ad/soyadı, tarih ve saat belirtilmemiştir. Sadece hasta adı/soyadı, imza ve doktor adı/soyadı/imza belirtilmiştir. Preoperatif değerlendirme formu eksiksiz doldurulmuştur.

Diğer bir doktor gözlem formunda ise sadece hastanın adı/soyadı ve doktorun gözlemleri yer almaktadır. Dosyada tarih ve saat belirtilmemiştir. Ameliyat notunda ; ad/ soyad, yaş, dosya no, bölüm, tarih, ameliyatı yapan, notu yazan, başlangıç – bitiş saati, anestezi, yazılma tarihi eksiksiz doldurulmuştur ve kısaltma kullanılmıştır. (K.A.N- Kısa ameliyat notu) gibi. Doktor gözlem formlarının hepsinde çoğunluklu olarak doktorun tarzına göre şekilli anlatımlar seçilmiştir. Buda diğer doktorlar tarafından o gözlem formunun anlaşılmasını zorlaştırabilir. Hemşirelik kabulü tarayıcı değerlendirme formu eksiksiz olarak doldurulmuştur. Kadın doğum biyopsi raporu ve smear raporu tam olarak eksiksiz bir şekilde yazılmıştır. Hasta dosyasının içerisinde bulunması gereken evraklar listesi dosyanın en arkasında belirtilmiştir. Son olarak dosyanın en arkasında pembe renkte dosyaya zımbayla tutturulmuş olan ICD kodlarının yer aldığı bir kağıt vardır ve bu da eksiksiz bir şekilde kodlanmıştır.

TARTIŞMA

Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi almış tıbbi sekreterler sağlık ekibinin önemli bir parçasıdır. Çalışma Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi alan tıbbi bir sekreterin bakış açısıyla Ankara İli 'nde bulunan özel bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği özel hastane bir çok farklı poliklinikte sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir. Bu sebeple bu çalışmada Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyası incelenmiştir.

Hasta Dosyaları; sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvuran kişilere uygulanan tıbbi işlemlerle ilgili bilgileri düzenli bir biçimde içeren belgelerin, bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesiyle oluşturulan belge topluluğudur (Tekin, 2023). Hasta dosyaları sağlık kurum ve kuruluşlarında hastaların tıbbi, sosyolojik ve mali bilgilerini içeren, hastaya yapılan bakımın kalitesinin en iyi göstergeleri olan dayanaklardır. Hasta bakımı, halk sağlığı, sağlık istatistikleri, eğitim, planlama, araştırma- inceleme açısından çok önemli kayıtlardır (Özkan, 2023). Aynı zamanda hasta dosyaları hasta, kurum, tıbbi sekreter, doktor ve adli tıp yönünden önem arz etmektedir (Etgü & Güçlü, 2022). Hasta dosyalarının kullanıcıları hekim, hasta, hastane yönetimi, eğitim kurumları, tıp ve sosyal araştırma kurumları, devlet, halk sağlığı birimleri, sigorta kurumları, mahkemeler, emniyet soruşturması

yapan birimler, akreditasyon kurumları, işverenler ve kredi kurumlarıdır.

Hasta dosyası incelenirken özellikle dikkat edilen konu hasta dosyasının içerisinde yer alan formların içerisinde ayrıntıların dikkatli bir şekilde tam ve eksiksiz olarak doldurulup doldurulmadığıdır. Dosyadaki evraklara bakıldığında evrakların çoğunda ağırlıklı olarak 'saat' bölümünün eksik doldurulduğu görülmüştür. Formlarda 'hastanın adı/soyadı ya da protokol no' hariç diğer bilgilere çok dikkat edilmediği saptanmıştır. Yine hastanın dosyasına bakıldığında hastalığını ilgilendiren ve düzenlenmesi gereken formların çoğunun mevcut olduğu görülmüştür. Dosyada formların yerleştirilme sıralarında hatalar olsa da bilgiler doğru ve genel olarak standartlara uygun kaydedilmiştir. Tanı ve ameliyatlara WHO (Dünya Sağlık Örgütü) 'nun belirlediği kriterlere göre doğru olarak kodlanmıştır. Dosyada hasta hakkında yer alması gereken ve ihtiyaç duyulan gerekli evrakların hepsinin yer aldığı görülmüştür. Dosyaya ilk olarak bakıldığında dosyada bulunan evraklardan ve yazılanlardan hasta hakkında niteliksel olarak bir fikre sahip olunabilmektedir. Ancak dosyadaki doktor gözlemlerinin çoğunun da okunaksız yazıldığı görülmüştür. Daha sonra bu dosyayı araştırma veya başka bir amaçla kullanabilecek olan diğer doktorların yazılanları okuyamama olasılığı yüksektir ve bu düşünülmelidir. Hastanın yalnızca bu hastanede değil başka bir hastanede yaptırdığı bir işlem sonucuna da dosyada yer verilmesi dışardan bilgi alımının da hastanın tedavisinde önemli bir yer tuttuğunu bize göstermektedir. Ayrıca hasta dosyasının içerisindeki her bilginin doğru bir şekilde kodlanmış ve düzenli bir şekilde yerleştirilmiş olması hastanın, doktorun, tıbbi sekreterin ve dosyayı kullanacak olan diğer sağlık çalışanlarının ve diğer ilgili kurumların zaman yükünden de muaf olması açısından da önem arz etmektedir.

SONUÇ

Çalışma bir hasta dosyasının tıbbi kayıtların toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve ihtiyaç duyulduğu zaman ve yerde sunulmasını yansıtmak açısından önemlidir. Çalışma değerlendirildiğinde incelenen hasta dosyasında, sırasıyla bulunması gereken evrak listesi ve hasta dosyasının içerisinde olan evraklar karşılaştırıldığında eksik görünen evraklar bulunmaktadır. Fakat evrak sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığına vb. değişkenlere göre farklılık gösterdiği için her formun her hastada kullanılmadığı anlaşılmıştır. Bazı formların dosyada iki kez kullanıldığı, bazı formların da sırasıyla olması gereken evrak listesi içerisinde başlık olarak yer almadığı görülmüştür. O nedenle hastanenin sırasıyla olması gereken evrak listesinde eksiklik bulunduğu ve güncelleme yapması

gerektiği de anlaşılmıştır. Hastanenin, hasta dosyalarının mahremiyeti ve aranılan bilgiye anında ulaşılabilmesi açısından dosyanın içerisindeki evrakların tam ve eksiksiz doldurulması açısından eksiklik bulunmadığı, evrakların düzgün bir sırada bulunmasına dikkat edilmesi açısından hasta dosyalarına fazlasıyla önem verdiği söylenebilmektedir.

Günümüzde, hasta, kurum, tıbbi sekreter, doktor, adli tıp vb. yönlerden önem verilen tıbbi kayıtların, tutulması, arşivlenmesi ve gerekli görüldüğü anda sunulmak üzere hazırlanması bu alanda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu kişiler aldıkları kaliteli eğitim doğrultusunda hareket ederek yapacağı işte dikkatli ve düzenli olma, detayları fark edebilme, meslek etiğine sahip olma, iş disiplini, rahat iletişim kurma, hızlı ve isabetli karar verme vb. yetilerle hareket ederek aslında en baştan kurumdaki bütün sağlık çalışanlarının işlerini kolaylaştırmaktadır. Tıbbi sekreterler, sergiledikleri bu tavırla sağlık hizmetlerine duyulan fazla ihtiyacın yükünü hafifleterek mesleklerinin önemini daha da artırmaktadır.

Bu çalışmayla tıbbi sekreterlik eğitimi alan tıp sekreterliğinin uzmanlık gerektirmesi açısından diğer sekreterliklerden ayırt edilmesi gerektiği de ortaya konulmuştur. Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi göz önünde bulundurulduğunda hasta dosyalarının bir portfolyo olarak incelenmesinin dosyayı inceleyen kişiye alternatif bir değerlendirme aracı olarak sunulması tavsiye edilmektedir.

Sonuçta, tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik eğitimi almış tıbbi sekreterler hastanın hastaneye girdiği andan çıktığı ana kadar her süreçte yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun çıktısı hastanenin ve sağlık çalışanlarının profesyonel hizmet vermesiyle doğru orantılıdır. Tıbbi sekreterler de bu kaliteli süreci başlatan, süreçte önemli rol oynayan ve sonlandıran en önemli sağlık çalışanlarındandır. Çalışmanın yapıldığı hastanedeki, eğitim almış tıbbi sekreterlerin periyodik olarak hasta dosyalarını inceleyerek dosyayı düzenlediği anlaşılmaktadır. Tıbbi sekreterlerin kaliteli hizmet sunumu neticesinde, incelenen hasta dosyasının içerisindeki evrakların tam ve eksiksiz doldurulmasına dikkat edildiği ve evrakların olması gereken düzgün bir sırada bulunduğu görülmektedir. Bundan hareketle hastanede hasta dosyalarına fazlasıyla önem verildiği söylenebilmektedir.

KAYNAKÇA

- Artukoğlu, A., Kaplan, A., & Yılmaz, A. (2002). Tıbbi dokümantasyon. Ankara: Kum Matbaası.
- Ateş, A., & Yüksel, O. (2024). Bir üniversite hastanesinde tıbbi sekreterlerin işgücü verimliliğine ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 335-344. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13623348>.

- Ciocco, A., Johnson, OG., Knoell, D., & Pfenning, B. (1997). The functions and education of medical record personel. Indiana: Indiana University Bulletin: School of Allied Health Sciences.
- Demir, Ö. (2008). Tıbbi sekreterlik mesleğinin gelişimi ve sağlık hizmetlerindeki rolü. Ankara: Onur Matbaacılık.
- Esatoğlu, E.A., & Artukoğlu, A. (2000). Tıbbi dokümantasyon tarihi ve tıbbi dokümantasyon ile ilgili meslodsylekleşmenin gelişimi. 1.Baskı. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı.
- Etgü, A., & Güçlü, A. (2022). Hastanelerin tıbbi kayıtlardan doğan sorumlulukları. Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi, 13, 127-136. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/akmyosb/issue/71096/1131848>.
- Gültekin, V. & Özel, N. (2022). Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencilerinin öğrenme stratejileri. Bilgi Dünyası Dergisi, 23 (1), 2-22. <https://doi.org/10.15612/bd.2022669>.
- Kaplan, A., & Köksal A. (2017). Türkiye’de tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik eğitiminin incelenmesi mesleki uygulamalar. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 16(2). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ashd/issue/40304/481598>.
- Knudsen, C. (2024). Medical secretaries and the continuous data work of maintaining data quality in hospitals. PhD Thesis 2024. AALBORG University, Denmark, 1-93.
- Limon, S. (2019). Hastanelerdeki tıbbi dokümanların geleneksel ortamdaki elektronik ortama dönüşümü. Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi, 1(1), 30-39. https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/754333559/PHD_CK_ONLINE.pdf.
- Özkan, E. (2023). Tıbbi kayıtların tutulmasından ve saklanmasından doğan hukuki sorumluluk. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Qvarfordt, M., Stefan, S., & Nilsson, L. (2024). Medical secretaries’ fears and opportunities in an increasingly digitalised workplace environment. Journal of Health Organization and Management, 175- 194. <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1477-7266>.
- Sak, R., Sak, İ.T., Şendil, Ç., & Nas, E. (2021). Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi. Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi, 1, 227-250. <https://doi.org/10.33400/kuje.843306>.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2024). Ankara: ICD10. <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>.
- Tekin, Ş.P. (2023). Sağlık bilgi yönetimi perspektifinden tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik: tarihi bir inceleme. Bilgi Yönetimi Dergisi, 6(1), 1-14. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/by>.
- Tengilimoğlu, D., & Köksal, A. (2016). Yönetici ve tıp sekreterliği. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D., & Köksal, A. (2021). Tıp sekreterliği görevleri – tıbbi terimler – tıbbi dokümanlar ve arşivler. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tutar, H. (2002). Yönetici sekreterliği. Ankara: Nobel Dağıtım.
- YÖK (Yükseköğretim Kurulu). 2025. <https://yokatlas.yok.gov.tr/onlisans-program.php?b=30098>.

Research Article / Araştırma

Attitudes towards traditional and complementary medicine in nursing students experiencing COVID-19

COVID-19 geçiren hemşirelik öğrencilerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutumu

Sevim Dolu¹, Kübra Çırak², Nazan Taşan³, Muhammed Canpolat⁴, Medet Korkmaz⁵

¹ Res. Asst. Inonu University, Faculty of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Malatya/Türkiye, sevim_dolu44@hotmail.com, 0000-0002-7513-9774

² Lecturer Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Vocational School of Health Services, Kahramanmaraş/Türkiye, kubracirak@ksu.edu.tr, 0000-0002-2510-7969

³ MSc. Nurse Malatya Battalgazi Mücellî Family Health Center, Malatya/Türkiye, nazar.tasan@gmail.com, 0000-0002-4898-0103

⁴ Lecturer Muş Alparslan University, Vocational School of Health Services, Muş/ Türkiye, m.canpolat@alparslan.edu.tr, 0000-0001-8046-104X

⁵ Prof. Dr. Inonu University, Faculty of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Malatya/Türkiye, medet.korkmaz@inonu.edu.tr, 0000-0002-9894-9331

ABSTRACT

Introduction and Aim: It is essential to know the attitudes and approaches of nursing students, who will be future nurses who will assume a critical role in the health system, towards Traditional and Complementary Medicine (TCM) practices. This study examined the relationship between the TCM attitudes of nursing students who had COVID-19 and how they had COVID-19. **Materials and Methods:** The study was conducted as a descriptive cross-sectional study between October 2022 and May 2023 with nursing students at XXX University, YYY University, and ZZZ University. **Results and Conclusion:** Of the 357 nursing students participating in the study, 71.1% were female, 97.5% were single, and the mean age was 20.95 ± 2.30 years. 79.6% of the students thought COVID-19 was dangerous, and 89.9% had received the COVID-19 vaccine. In addition, 74.2% of the students had COVID-19 at home without treatment. The evaluation using the Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale (CACMAS) determined that students generally had a positive attitude toward TCM. The mean total score of the scale was 113.00 ± 15.83 . It was found that as the age of the students and the duration of COVID-19 increased, their dissatisfaction with modern medicine increased. It was determined that nursing students who had COVID-19 had positive attitudes towards TCM and how COVID-19 affected their attitudes. Knowing the attitudes of nursing students, who are the nurses of the future, towards TCM practices will contribute to future studies on TCM practices.

ÖZ

Giriş ve Amaç: Sağlık sisteminde önemli rol üstlenecek olan geleceğin hemşireleri olacak hemşirelik öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik tutum ve yaklaşımlarının bilinmesi önemlidir. Bu araştırma, COVID-19 geçiren hemşirelik öğrencilerinin GETAT tutumları ile COVID-19'u geçirme şekilleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, XXX Üniversitesi, YYY Üniversitesi ve ZZZ Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencileri ile Ekim 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. **Bulgular ve Sonuç:** Araştırmaya katılan 357 hemşirelik öğrencisinin %71.1'i kadın, %97.5'i bekâr olup, yaş ortalaması 20.95 ± 2.30 'dur. Öğrencilerin %79.6'sı COVID-19'un tehlikeli olduğunu düşünmektedir ve %89.9'u COVID-19 aşısı yaptırmıştır. Ayrıca, öğrencilerin %74.2'si COVID-19'u evde, tedavi almadan geçirmiştir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği (CACMAS) kullanılarak yapılan değerlendirmede, öğrencilerin genel olarak GETAT'a karşı olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Ölçek toplam puan ortalaması 113.00 ± 15.83 'tür. Öğrencilerin yaşı ve COVID-19 hastalığını geçirme süreleri arttıkça modern tıptan memnuniyetsizliklerinin arttığı saptanmıştır. COVID-19 geçiren hemşirelik öğrencilerinin GETAT'a karşı olumlu tutum sergiledikleri ve COVID-19'u geçirme şekillerinin GETAT tutumlarını etkilediği tespit edilmiştir. Geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencilerinin GETAT uygulamalarına yönelik tutumlarının bilinmesinin, GETAT uygulamaları ile ilgili ileriki çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Key Words:

COVID-19, Tamamlayıcı Tıp, Hemşirelik Öğrencileri, Sağlık Tutumu

Anahtar Kelimeler:

COVID-19, Complementary Medicine, Nursing Students, Health Attitude

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Res. Asst. Inonu University, Faculty of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Malatya/Türkiye, sevim_dolu44@hotmail.com, 0000-0002-7513-9774

DOI:

10.52880/sagakaderg.1630681

Received Date/Gönderme Tarihi:

31.01.2025

Accepted Date/Kabul Tarihi:

18.04.2025

Published Online/Yayınlanma Tarihi:

30.06.2025

INTRODUCTION

Throughout history, people have faced various health problems and tried to find solutions and protect their health by using plants, animals, and metals. In this process of finding solutions, they have sometimes used modern medicine and occasionally various practices known as Traditional and Complementary Medicine (TCM) (Aktas, 2017; Isik and Can, 2021). According to the World Health Organization (WHO), TCM is a treatment approach different from modern and scientific treatments. In addition, WHO has defined traditional medicine as “a set of knowledge, skills, and practices that can be explained or not, based on theories, beliefs, and experiences specific to different cultures, which are used in maintaining good health as well as preventing, diagnosing, curing or treating physical and mental illnesses” (WHO, 2019).

COVID-19, rapidly affecting the world and causing respiratory infections, emerged as a new coronavirus strain in 2019 in Wuhan, China. The official name of the virus was determined by WHO as SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2); the term COVID-19 was used to describe the disease caused by the virus and a global pandemic was declared on March 11, 2020 (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). COVID-19 has affected millions of people in many fields, such as education, economy, psychology, sociology, and sociology, especially health, and caused the death of people (Kong et al, 2021; Unver et al. 2022).

The COVID-19 pandemic has also affected social beliefs and health practices. It is thought that the treatment of COVID-19 has not yet been finalized. The discourses of some experts on TCM during the pandemic period, when drug and vaccine studies are on going, have been practical in people's search for and use of alternative ways/methods to protect themselves from the virus and to find healing when they get sick in our country, as in the whole world (Konakci et al. 2020). Due to the increasing frequency of the use of TCM practices and their embedding in the health care system, nurses should know the usage status of TCM practices, their scientific aspects, in which cases they can and cannot be applied, and guide their patients in this regard; it will help to solve the health problem that arises or prevent negative situations. Therefore, it is essential to know the attitudes and approaches of nursing students, who will be future nurses who will assume a critical role in the health system, towards TCM practices (Aktas, 2017; Isik and Can, 2021).

This descriptive cross-sectional study examined the TCM attitude of nursing students who had COVID-19 and the relationship between their COVID-19 experience and their TCM attitude.

MATERIALS AND METHODS

Design

The research was conducted as a descriptive cross-sectional study between October 2022, and May 2023.

Population and sample

The population of the study consisted of nursing students studying at XXX University, YYY University and ZZZ University who experienced COVID-19. The sample consisted of all students (n: 357) who accepted to participate in the study and who had experienced COVID-19. No sample selection was made, the aim was to reach the entire population and it was achieved. Nursing students who did not have a verbal communication barrier (hearing and speech), volunteered to participate, and had at least one COVID-19 experience were included in the study. Those who disagreed to participate in the study, had a verbal communication barrier (hearing and speech) and left the questionnaire form incomplete were excluded.

Data collection

The data of the study were collected by the researchers via a Information Form on Personal COVID-19 Survival Status and the Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale (CACMAS) after obtaining the consent of the students through face-to-face interviews.

Data collection tools

The data collection form had 2 parts. In the first part presented a Information Form on Personal COVID-19 Survival Status that addressed the participants' sociodemographic characteristics and details about COVID-19, while the second part was comprised of the Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale.

A Information Form on Personal COVID-19 Survival Status: The researchers prepared it by reviewing the literature (Aktas, 2017; Isik and Can, 2021; Kong et al, 2021; Unver et al. 2022). The form consisted of questions about sociodemographic characteristics (age, gender, education and marital status, income rate, family type, place of residence, chronic disease status, continuous use of medication, current health perception, sources of advice in case of a complaint) and COVID-19 (the person's opinion about the disease and whether the information given was sufficient, compliance with vaccination and isolation rules, where, how, how many times, how long and with which symptoms the disease was experienced).

Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale(CACMAS): McFadden et al. created the CACMAS, which was previously tested on university graduates in 2010, showing that personal health beliefs change their treatment (McFadden et al 2010). Betthausen et al. tested the validity and reliability of the scale (Betthausen et al. 2014). The scale was adapted to Turkish, and a validity and reliability study was conducted by Köse et al. The scale consists of 27 items and has 3 sub-dimensions: Philosophical congruence with complementary and alternative medicine (items 5, 7, 9, 18, 19, 21, 22, 24), Dissatisfaction with Conventional Medicine (items 1, 4, 8, 11, 14, 16, 17, 20, 26, 27), Holistic Balance (items 2, 3, 6, 10, 12, 13, 15, 23, 25). The scale does not have a cut-off value, and as the score increases, people show positive attitudes towards traditional and complementary medicine. Twenty-two of the scale items are positive (items 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27) and 5 are negative (items 1, 4, 8, 9, 26). Items of negative statements are scored in reverse (7-6-5-4-3-2-1) when analyzed (Kose et al. 2018).

Data analysis

The data were analyzed with SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences). In the representation of the distribution of the data obtained as a result of the research, numbers, and percentages, in the representation of continuous variables, mean ($\pm$ standard deviation) in cases where the data are normally distributed, Kolmogorov Smirnov and Shapiro-Wilk tests in the evaluation of the normal distribution of the data, independent sample t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) in cases where the data are normally distributed in the evaluation of the relationship between the students' sociodemographic and COVID-19 related variables and scale scores; In cases where the data were not normally distributed, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used, Bonferroni test was used to evaluate pairwise comparisons in multiple groups, and Pearson Correlation Analysis was used to assess the relationship between students' continuous variables (age, duration of COVID-19) and scale total scores. The level of statistical significance was accepted as $P < 0.05$.

RESULTS

The mean age of the nursing students included in the study was 20.95 ± 2.30 ; 71.1% were female, 31.4% were in the 2nd grade, and 97.5% were single. 81.8% of the students had a nuclear family structure, 35.9% of their mothers were primary school graduates, and 44.3% of their fathers were secondary school graduates. It was found that 55.5% of the students lived in dormitories,

57.7% lived in the city center, 66.9% of the students' income was equivalent to their expenses, 79.6% had health insurance, 93.6% did not have chronic diseases, 91.3% did not use any continuous medication, 54.9% had a good perception of current health, 79.0% did not smoke and 70.9% of the students used the internet in case of a complaint (Table 1).

When the responses of the nursing students to the questions about COVID-19 were examined, 79.6% of the students thought that COVID-19 was dangerous, and 63.3% believed that the information given about COVID-19 was insufficient. It was reported that the students had COVID-19 for an average of 10.78 ± 6.37 days, frequently experienced the symptom of weakness (80.1%) during the disease process, 89.9% had COVID-19 vaccination, 85.9% of those vaccinated had BioNTech vaccine and 72.5% had 2 doses of vaccine, 61.6% followed the mask and social distancing rules, 91.6% had people in their family and circle who had COVID-19 before. It was found that 74.2% of the students had COVID-19 without receiving treatment at home, 49.6% had a moderate course, 3 students were hospitalized in intensive care, and 72.0% had COVID-19 1 time (Table 2).

When the total score and sub-dimension mean scores of the students from the CACMAS were examined, it was found that the mean total score of the scale was 113.00 ± 15.83 , the mean score of the sub-dimension of Philosophical congruence with complementary and alternative medicine was 33.59 ± 7.82 , the mean score of the sub-dimension of Dissatisfaction with Conventional Medicine was 33.25 ± 10.26 , and the mean score of the sub-dimension of Holistic Balance was 46.14 ± 8.95 (Table 3).

A statistically significant difference was found between the mean scores of the Holistic Balance subscale according to gender and family type, and it was determined that the scores of women and those with nuclear family structure were higher (Table 4).

It was found that the mean scores of the Dissatisfaction with Conventional Medicine sub-dimension were significantly higher in those with extended family structure than in single-parent and nuclear families, in those whose mothers were illiterate than in those with better education, in those who lived in dormitories than in those who lived with their families, and in those who lived with friends at home than in those who lived with their families. It was also found that the mean score of those with moderate health perception was higher than those with good health perception in this sub-dimension. The scores of those who did not comply with mask and social distancing rules were also significantly higher (Table 4).

Table 1. Socio-Demographic Characteristics of Students (n=357)

Socio-Demographic Characteristics		n	%
Age ($\bar{x} \pm SD$)	20.95 $\pm$ 2.30		
Gender	Male	103	28.9
	Female	254	71.1
Year of study	First	87	24.4
	Second	112	31.4
	Third	75	21
	Fourth	83	23.2
Marital status	Married	9	2.5
	Single	348	97.5
Family type	Nuclear family	292	81.8
	Extended family	61	17.1
	Single parent family	4	1.1
Mother's education level	Illiterate	84	23.5
	Literate	38	10.6
	Primary education	128	35.9
	Secondary education	82	23.0
	University	25	7.0
Father's education level	Illiterate	9	2.5
	Literate	22	6.2
	Primary education	96	26.9
	Secondary education	158	44.3
	University	72	20.2
Place of residence	Dormitory	198	55.5
	With family	150	42.0
	At home with friends	6	1.7
	Alone at home	3	0.8
Longest inhabited settlement	Province	206	57.7
	District	91	25.5
	Village	60	16.8
Income rate	Income more than expenses	44	12.3
	Income equals expenses	239	66.9
	Income less than expenses	74	20.7
Social security	Yes	284	79.6
	No	73	20.4
Chronic disease status	Yes	23	6.4
	No	334	93.6
Continuous use of medication	Yes	31	8.7
	No	326	91.3
Current perception of health	Good	196	54.9
	Middle	154	43.1
	Bad	7	2.0
Smoking	Yes	66	18.5
	No.	282	79.0
	Dropped out	9	2.5
What sources of advice do you turn to when you have a condition?*	Internet	253	70.9
	Health personnel	157	44.0
	Environment (friends, relatives, spouses, buddies)	101	28.3
	Newspapers, magazines, and books	43	12.0
	Radio, television	24	6.7

*More than one option is selected.

Table 2. Distribution of Data on COVID-19 (n=357)

Questions	Answers	n	%
Do you think COVID-19 is dangerous?	Yes	284	79.6
	No	73	20.4
Do you think the information provided about COVID-19 is sufficient?	Yes	131	36.7
	No	226	63.3
Have you been vaccinated against COVID-19?	Yes	321	89.9
	No	36	10.1
Which COVID-19 vaccine did you get?	BioNTech	275	85.9
	Sinovac	45	14.1
How many doses of vaccine did you receive?	1	42	13.1
	2	232	72.5
	3	46	14.4
Do you follow mask and social distancing rules?	Yes	220	61.6
	Occasional	123	34.5
	No	14	3.9
Has anyone in your family or community ever had COVID-19?	Yes	327	91.6
	No	30	8.4
Where did you have COVID-19?	With home treatment	84	23.5
	Without home treatment	265	74.2
	In hospital ward	5	1.4
	In intensive care	3	0.8
How did you overcome Covid-19?	Asymptomatic	12	3.4
	Mild course	115	32.2
	Moderate course	177	49.6
	Severe course	53	14.8
How many times have you had COVID-19?	1	257	72.0
	2	83	23.2
	3 and above	17	4.7
What symptoms have you experienced during the COVID-19 process? *	Weakness	286	80.1
	Fatigue	280	78.4
	Joint-muscle pain	254	71.1
	Decreased sense of taste and smell	227	63.6
	Fever	223	62.5
	Cough	216	60.5
	Shortness of breath	113	31.7
	Change in body weight	78	21.8
	Diarrhea	57	16.0
	Forgetfulness	3	0.8
	Dizziness	2	0.6
	Sweating	1	0.3
Duration of COVID-19(day) ($\bar{x} \pm SD$)		10.78 $\pm$ 6.37	

*More than one option is selected.

Table 3. Distribution of Total and Subscale Scores of Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale

Scale Total and Sub-dimensions	Mean $\pm$ Standard Deviation
Scale Total Score	113.00 $\pm$ 15.83
Philosophical congruence with complementary and alternative medicine	33.59 $\pm$ 7.82
Dissatisfaction with Conventional Medicine	33.25 $\pm$ 10.26
Holistic Balance	46.14 $\pm$ 8.95

Table 4. Comparison of Total and Subscale Scores of Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale of Students According to Sociodemographic Characteristics

Socio-Demographic Characteristics		Scale Total Score	Philosophical congruence with complementary and alternative medicine	Dissatisfaction with Conventional Medicine	Holistic Balance
Gender	Male (n=103)	112.52 $\pm$ 15.88	33.47 $\pm$ 8.18	34.47 $\pm$ 9.82	44.58 $\pm$ 9.12
	Female (n=254)	113.19 $\pm$ 15.85	33.65 $\pm$ 7.69	32.75 $\pm$ 10.41	46.78 $\pm$ 8.82
	Test value	t= -0.361	t= -0.201	U=11577.500	U=11104.500
Year of study	Significance	p= 0.819	p= 0.771	p= 0.089	p= 0.025
	First (n=87)	113.95 $\pm$ 14.89	33.37 $\pm$ 8.73	33.43 $\pm$ 10.76	47.13 $\pm$ 9.12
	Second (n=112)	111.51 $\pm$ 16.09	33.38 $\pm$ 7.58	32.22 $\pm$ 9.74	45.91 $\pm$ 8.54
Marital status	Third (n=75)	112.85 $\pm$ 17.01	33.96 $\pm$ 7.98	32.04 $\pm$ 11.13	46.85 $\pm$ 7.82
	Fourth (n=83)	114.13 $\pm$ 15.45	33.78 $\pm$ 7.06	35.55 $\pm$ 9.34	44.79 $\pm$ 10.15
	Test value	F= 0.574	F= 0.119	KW= 7.307	KW= 3.549
Family type	Significance	p= 0.633	p= 0.949	p= 0.063	p= 0.314
	Married (n=9)	111.44 $\pm$ 18.92	34.00 $\pm$ 6.89	34.11 $\pm$ 10.24	43.33 $\pm$ 10.04
	Single (n=348)	113.04 $\pm$ 15.77	33.58 $\pm$ 7.85	32.23 $\pm$ 10.27	46.22 $\pm$ 8.92
Mother's education level	Test value	t= -0.298	t= 0.156	U=1390.000	U=1231.000
	Significance	p= 0.823	p= 0.652	p= 0.565	p= 0.273
	Nuclear family (n=292) -(1)	113.29 $\pm$ 15.83	33.52 $\pm$ 7.85	32.85 $\pm$ 10.11	46.92 $\pm$ 8.58
Father's education level	Extended family (n=61) -(2)	111.93 $\pm$ 16.37	33.75 $\pm$ 7.87	35.78 $\pm$ 10.61	42.39 $\pm$ 9.91
	Single parent family (n=4) -(3)	107.75 $\pm$ 2.06	36.75 $\pm$ 4.03	24.00 $\pm$ 8.28	47.00 $\pm$ 6.97
	Test value	F= 0.407	F= 0.350	KW=8.350	KW=12.955
Place of residence	Significance	p= 0.666	p= 0.705	p= 0.015	p= 0.002
	Illiterate (n=84)	115.23 $\pm$ 14.88	33.48 $\pm$ 6.16	35.41 $\pm$ 8.57	46.33 $\pm$ 9.02
	Literate (n=38)	112.63 $\pm$ 14.15	33.63 $\pm$ 8.02	35.34 $\pm$ 11.58	43.65 $\pm$ 8.77
Longest inhabited settlement	Primary education (n=128)	113.28 $\pm$ 15.76	34.20 $\pm$ 8.43	31.99 $\pm$ 9.85	47.09 $\pm$ 8.74
	Secondary education (n=82)	110.35 $\pm$ 16.84	32.13 $\pm$ 7.86	32.07 $\pm$ 11.59	46.14 $\pm$ 8.48
	University (n=25)	113.24 $\pm$ 18.17	35.60 $\pm$ 8.85	33.16 $\pm$ 9.88	44.48 $\pm$ 11.09
Income rate	Test value	F= 1.009	F= 1.328	KW=9.806	KW=5.778
	Significance	p= 0.403	p= 0.259	p= 0.044	p= 0.216
	Illiterate (n=9)	111.77 $\pm$ 14.64	31.55 $\pm$ 6.16	37.11 $\pm$ 9.03	43.11 $\pm$ 7.67
Current perception of health	Literate (n=22)	111.81 $\pm$ 14.78	34.22 $\pm$ 7.31	35.54 $\pm$ 10.01	42.04 $\pm$ 12.88
	Primary education (n=96)	111.02 $\pm$ 14.32	32.44 $\pm$ 6.80	33.39 $\pm$ 9.07	45.17 $\pm$ 8.74
	Secondary education (n=158)	113.20 $\pm$ 16.80	33.36 $\pm$ 8.00	33.21 $\pm$ 10.29	46.63 $\pm$ 8.26
Smoking	University (n=72)	115.69 $\pm$ 16.01	35.70 $\pm$ 8.72	31.97 $\pm$ 11.81	48.01 $\pm$ 9.00
	Test value	F= 0.946	F= 2.079	KW= 8.109	KW= 8.734
	Significance	p= 0.437	p= 0.083	p= 0.391	p= 0.068
Place of residence	Dormitory (n=198) -(1)	114.55 $\pm$ 15.88	34.00 $\pm$ 7.91	34.29 $\pm$ 10.26	46.24 $\pm$ 8.78
	With family (n=150) -(2)	110.23 $\pm$ 15.22	32.96 $\pm$ 7.69	31.32 $\pm$ 9.65	45.95 $\pm$ 9.16
	At home with friends (n=6) -(3)	123.00 $\pm$ 16.00	33.16 $\pm$ 7.85	43.16 $\pm$ 9.45	46.66 $\pm$ 9.30
Longest inhabited settlement	Alone at home (n=3) -(4)	129.00 $\pm$ 19.69	39.33 $\pm$ 8.08	41.33 $\pm$ 20.81	48.33 $\pm$ 13.61
	Test value	F= 4.080	F= 1.055	KW= 13.807	KW= 0.454
	Significance	p= 0.007	p= 0.368	p= 0.003	p= 0.929
Income rate	Province (n=206)	113.40 $\pm$ 15.76	33.66 $\pm$ 7.82	32.93 $\pm$ 10.45	46.80 $\pm$ 9.43
	District (n=91)	113.50 $\pm$ 17.23	34.02 $\pm$ 7.85	34.09 $\pm$ 10.01	45.38 $\pm$ 7.69
	Village (n=60)	110.85 $\pm$ 13.82	32.70 $\pm$ 7.81	33.08 $\pm$ 10.09	45.06 $\pm$ 8.96
Social security	Test value	F= 0.665	F= 0.536	KW= 1.204	KW= 4.169
	Significance	p= 0.515	p= 0.585	p= 0.548	p= 0.124
	Income more than expenses (n=44)	111.97 $\pm$ 16.64	33.20 $\pm$ 8.89	31.50 $\pm$ 12.18	47.27 $\pm$ 9.44
Chronic disease status	Income equals expenses (n=239)	112.68 $\pm$ 15.95	33.65 $\pm$ 7.52	33.02 $\pm$ 9.25	46.00 $\pm$ 8.82
	Income less than expenses (n=74)	114.63 $\pm$ 15.05	33.64 $\pm$ 8.18	35.05 $\pm$ 11.91	45.93 $\pm$ 9.13
	Test value	F= 0.533	F= 0.063	KW= 2.822	KW= 1.192
Continuous use of medication	Significance	p= 0.587	p= 0.939	p= 0.224	p= 0.551
	Yes (n=284)	113.15 $\pm$ 15.54	33.83 $\pm$ 7.77	33.00 $\pm$ 10.55	46.32 $\pm$ 9.13
	No (n=73)	112.39 $\pm$ 17.02	32.67 $\pm$ 7.98	34.24 $\pm$ 9.03	45.47 $\pm$ 8.25
Current perception of health	Test value	t= 0.364	t= 1.134	U=9323.500	U=9432.000
	Significance	p= 0.223	p= 0.995	p= 0.185	p= 0.235
	Yes (n=23)	117.39 $\pm$ 17.13	33.86 $\pm$ 7.92	36.56 $\pm$ 10.27	46.95 $\pm$ 9.54
Smoking	No (n=334)	112.69 $\pm$ 15.72	33.57 $\pm$ 7.82	33.02 $\pm$ 10.24	46.09 $\pm$ 8.92
	Test value	t= 1.377	t= 0.173	U=3140.000	U=3634.500
	Significance	p= 0.335	p= 0.102	p= 0.143	p= 0.666
Current perception of health	Yes (n=31)	115.58 $\pm$ 16.52	33.80 $\pm$ 7.98	33.87 $\pm$ 13.21	47.90 $\pm$ 8.78
	No (n=326)	112.75 $\pm$ 15.77	33.57 $\pm$ 7.82	33.19 $\pm$ 9.96	45.98 $\pm$ 8.96
	Test value	t= 0.949	t= 0.156	U=4953.500	U=4412.500
Current perception of health	Significance	p= 0.845	p= 0.550	p= 0.856	p= 0.243
	Good (n=196) -(1)	111.10 $\pm$ 15.30	33.22 $\pm$ 8.08	31.41 $\pm$ 10.03	46.45 $\pm$ 8.57
	Middle (n=154) -(2)	115.03 $\pm$ 16.21	33.93 $\pm$ 7.45	35.55 $\pm$ 10.17	45.54 $\pm$ 9.40
Smoking	Bad (n=7) -(3)	121.28 $\pm$ 16.18	36.42 $\pm$ 8.69	34.14 $\pm$ 9.45	50.71 $\pm$ 8.53
	Test value	F= 3.697	F= 0.818	KW= 16.328	KW= 3.656
	Significance	p= 0.026	p= 0.442	p= 0.000	p= 0.161
Smoking	Bonferroni			2>1	
	Yes (n=66)	112.42 $\pm$ 19.07	33.18 $\pm$ 8.66	34.25 $\pm$ 10.20	44.98 $\pm$ 9.59
	No (n=282)	112.87 $\pm$ 15.08	33.58 $\pm$ 7.54	32.94 $\pm$ 10.23	46.34 $\pm$ 8.85
Smoking	Dropped out (n=9)	121.22 $\pm$ 11.37	37.11 $\pm$ 10.08	35.55 $\pm$ 12.01	48.55 $\pm$ 6.72
	Test value	F= 1.268	F= 1.001	KW= 1.191	KW= 1.850
	Significance	p= 0.283	p= 0.368	p= 0.551	p= 0.397

It was found that the mean total score of the scale was higher in those living alone at home compared to other groups, and the mean score of those with poor health perception was higher than that of those with moderate and good health perception (Table 4).

There was no statistically significant difference between the total and subscale mean scores of the CACMAS according to the year of study, marital status, father's education level, longest inhabited settlement, income rate, social security, chronic disease status, continuous use of medication and smoking status (Table 4).

It was determined that the mean scores of the Philosophical congruence with complementary and alternative medicine sub-dimension of those who did not have anyone in their family and environment who had COVID-19 before were higher than those who did (Table 5).

There was no statistically significant difference between the distributions of the total and subscale mean scores of the CACMAS according to other conditions related to COVID-19 (Table 5).

There was a weak positive correlation between the student's age, the duration of COVID-19, and the sub-dimension of Dissatisfaction with Conventional Medicine. However, no relationship was found between age and duration of COVID-19 and other sub-dimensions and total scale scores (Table 6).

A positive moderate relationship was found between the sub-dimensions of the CACMAS and the scale's total score. There was a moderate positive correlation between the sub-dimensions of Holistic Balance and Philosophical congruence with complementary and alternative medicine. At the same time, there was a weak negative correlation between the sub-dimensions of

Table 5. Comparison of Total and Subscale Scores of Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale of Students According to COVID-19 Data

Questions	Answers	Scale Total Score	Philosophical congruence with complementary and alternative medicine	Dissatisfaction with Conventional Medicine	Holistic Balance
Do you think COVID-19 is dangerous?	Yes (n=284) No (n=73) Test value Significance	113.32±15.51 111.73±17.06 t= 0.762 p= 0.551	33.88±7.59 32.47±8.60 t= 1.370 p= 0.175	33.04±10.31 34.08±10.08 U=9805.500 p= 0.476	46.39±8.95 45.17±8.93 U=9487.000 p= 0.263
Do you think the information provided about COVID-19 is sufficient?	Yes (n=131) No (n=226) Test value Significance	111.72±15.41 113.73±16.06 t= -1.159 p= 0.839	34.01±7.63 33.35±7.93 t= 0.769 p= 0.566	32.29±10.62 33.81±10.02 U=13440.000 p= 0.147	45.41±9.55 46.57±8.57 U=13542.000 p= 0.179
Have you been vaccinated against COVID-19?	Yes (n=321) No (n=36) Test value Significance	112.53±15.75 117.16±16.14 t= -1.669 p= 0.865	33.82±7.77 31.55±8.07 t= 1.655 p= 0.694	32.85±10.19 36.80±10.33 U=4659.500 p= 0.057	45.85±9.20 48.80±5.75 U=4809.000 p= 0.099
Which COVID-19 vaccine did you get?	BioNTech (n=275) Sinovac (n=45) Test value Significance	112.48±15.80 113.22±15.58 t= -0.291 p= 0.586	33.91±7.75 33.51±7.89 t= 0.324 p= 0.497	32.50±10.06 34.86±10.90 U=5471.000 p= 0.213	46.06±8.90 44.84±10.81 U=6051.000 p= 0.812
How many doses of vaccine did you receive?	1 (n=42) 2 (n=132) 3 (n=46) Test value Significance	114.09±13.41 111.71±16.64 115.10±12.86 F= 1.134 p= 0.323	33.92±6.19 33.46±7.93 35.47±8.24 F= 1.285 p= 0.278	35.80±8.00 32.52±9.96 31.63±12.60 KW= 4.983 p= 0.083	44.35±8.60 45.71±9.29 48.00±9.11 KW= 3.794 p= 0.150
Do you follow mask and social distancing rules?	Yes (n=220) Occasional (n=123) No (n=14) Test value Significance	112.79±16.65 113.26±14.00 113.85±18.78 F= 0.056 p= 0.945	33.82±8.03 33.38±7.44 31.85±8.04 F= 0.487 p= 0.615	32.20±10.74 34.49±9.00 38.92±10.57 KW= 7.727 p= 0.021	46.76±9.24 45.39±8.36 43.07±8.79 KW= 4.637 p= 0.098
Has anyone in your family or community ever had COVID-19?	Yes (n=327) No (n=30) Test value Significance	112.72±15.55 116.00±18.63 t= -1.084 p= 0.263	33.56±7.64 33.90±9.69 t= -0.222 p= 0.038	33.13±10.17 34.56±11.25 U=4392.000 p= 0.343	46.02±9.03 47.53±7.98 U=4384.500 p= 0.336
Where did you have COVID-19?	With home treatment (n=84) Without home treatment (n=265) In hospital ward (n=5) In intensive care (n=3) Test value Significance	112.75±16.83 112.96±15.66 111.60±9.37 125.00±10.14 F= 0.592 p= 0.620	33.00±8.26 33.83±7.73 34.60±6.06 28.00±3.60 F= 0.779 p= 0.506	32.94±10.37 33.26±10.19 31.40±11.63 44.66±9.86 KW= 3.122 p= 0.373	46.80±8.77 45.87±9.08 45.60±6.80 52.33±2.30 KW= 2.450 p= 0.484
How did you overcome COVID-19?	Asymptomatic (n=12) Mild course (n=115) Moderate course (n=177) Severe course (n=53) Test value Significance	117.41±12.87 112.95±14.27 112.50±15.71 113.75±19.83 F= 0.408 p= 0.748	35.50±7.06 34.20±7.99 33.50±7.72 32.15±7.92 F= 1.076 p= 0.359	37.08±12.25 32.40±10.76 32.80±9.43 35.75±11.04 KW= 6.191 p= 0.103	44.83±8.86 46.35±9.22 46.19±8.70 45.84±9.43 KW= 0.501 p= 0.919
How many times have you had COVID-19?	1 (n=257) 2 (n=83) 3 (n=17) Test value Significance	112.44±15.88 113.49±15.36 118.94±17.01 F= 1.396 p= 0.249	33.45±7.97 33.84±7.10 34.52±9.17 F= 0.203 p= 0.816	32.76±10.05 33.93±11.05 37.29±8.83 KW= 4.022 p= 0.134	46.22±9.03 45.71±9.10 47.11±7.03 KW= 0.163 p= 0.922

Table 6. The Relationship Between Age, Duration of COVID-19 Illness and Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale Total Score and Subscale Score Averages

Characteristics	p-r	Scale Total Score	Philosophical congruence with complementary and alternative medicine	Dissatisfaction with Conventional Medicine	Holistic Balance
Age	p	0.566	0.245	0.022	0.158
	r	-0.030	-0.062	0.122	-0.075
Duration of COVID-19	p	0.262	0.928	0.004	0.180
	r	0.059	-0.005	0.151	-0.071
Scale Total Score	p		0.000	0.000	0.000
	r		0.693	0.527	0.559
Philosophical congruence with complementary and alternative medicine	p	0.000		0.495	0.000
	r	0.693		0.036	0.311
Dissatisfaction with Conventional Medicine	p	0.000	0.495		0.000
	r	0.527	0.036		-0.204
Holistic Balance	p	0.000	0.000	0.000	
	r	0.559	0.311	-0.204	

Holistic Balance and Dissatisfaction with Conventional Medicine (Table 6).

DISCUSSION

In this study, which aimed to examine the TCM attitudes of nursing students who had COVID-19 and the relationship between how they had COVID-19 and their TCM attitudes, the mean score of the CACMAS was 113.00 ± 15.83 . It was determined that the attitudes of the students were positive and moderate. In a study conducted by Özer et al.(2020) with patients who had COVID-19, the mean score of the CACMAS was 115.78 ± 18.81 . In another study conducted by Köse et al.(2018) with medical faculty students, the mean score on the scale was 104.72 ± 16.46 . In a survey by Kahraman and Kırkan (2020) with pediatric nurses, the mean score of the CACMAS was 112.01 ± 20.07 . Our study is similar to the literature in this respect.

The scale's total score was higher in students living alone than in those not living alone. Altay and Keles (2024) found that using complementary medicine was higher in students living alone. It is thought that individuals living alone turn to complementary medicine practices to avoid getting sick and to have a mild course when the disease develops due to the fear of not finding support from their environment in case of illness.

Our study observed that students with poor health perception had higher mean scores on the CACMAS. In the study by Dursun et al.(2019), no relationship was found between health perception and attitude towards TCM. Yıldırım et al.(2018) found that students who perceived their mental health as poor had higher mean

TCM attitude scores. In this respect, the study shows that nursing students have confidence in complementary medicine practices and think they are a preferable alternative for their health needs.

This study found that the mean score of the Holistic Balance subscale was higher in women than in men. In the study of Köse et al. (2018) and Özmen et al. (2023), it was also stated that the mean score of the sub-dimension of Holistic Balance was higher in women than in men. Women have benefited from traditional and complementary medicine in cosmetics since ancient times. Again, when the effect of traditional medicine was at the forefront, women tried to treat diseases as healers. For these reasons, women are expected to have a more holistic approach to health than men.

In our study, the sub-dimension of Dissatisfaction with Conventional Medicine was higher in individuals with moderate health perception than those with good health perception. Kol and Mete's (2022) study reported that individuals with moderate health perception were more dissatisfied with modern medicine than those with excellent health perception. In Daştan's (2021) study, no relationship was found between health perception and the CACMAS and its sub-dimensions. Individuals who rate themselves as healthier may be considered to benefit sufficiently from modern medical diagnosis and treatment methods. Individuals whose expectations and needs are not adequately met may perceive that their health is not good and, therefore, modern medicine is inadequate. This may create a feeling of dissatisfaction with modern medicine. In addition, the newness of the disease and the lack of a specific form of treatment in the

early stages of the pandemic may have caused a feeling of distrust towards modern medicine in individuals who do not consider themselves healthy enough.

In our study, it is seen that as the age of the students increases, their dissatisfaction with modern medicine increases. This supports the directly proportional relationship between age and TCM use. Many studies show that TCM use is more common in middle-aged and elderly groups (Onturk Akyuz and Alkan, 2023; Solmaz and Altay, 2019) In Kıskaç's (2024) study, in contrast to our finding, it was determined that the participants' dissatisfaction decreased as their age increased. In parallel with the increase in nursing students' age, the education level increases. Students with an increasing level of education may have higher expectations from modern medicine. When these expectations are not met at the desired level, students may develop distrust towards modern medicine. In Daştan's (2021) study, it was suggested that as the educational level of individuals increases, their expectations from modern medicine and unmet expectations increase dissatisfaction.

In our study, the duration of COVID-19 was found to be 10.78 ± 6.37 , and as the duration of the disease increased, their dissatisfaction with modern medicine also increased. There are no similar studies in the literature to support our findings. However, it is thought that the prolonged duration of COVID-19 disease and the uncertainty of the course and treatment of the disease may have directed nursing students to traditional and complementary medicine methods.

Our study concluded that the subscale score of Dissatisfaction with Conventional Medicine was higher in dormitories and those living at home with friends than in those living with their families. The study of Köse et al.(2018) determined that the place where students lived did not affect their dissatisfaction with modern medicine. Students who do not live with their families receive less social support than those who live with their families. Having social support in addition to modern medical treatments positively affects the general condition of people in case of illness. Students who cannot benefit from this effect may have increased dissatisfaction because they cannot regain their health effectively and quickly only with the help of modern medicine.

According to family type, the Dissatisfaction with Conventional Medicine sub-dimension score was higher in students with extended families than in students with nuclear families and single parents. Ergin et al. (2011) found that family type did not affect TCM attitude. Reasons such as the extended family's more traditional structure and the presence of elderly family members

may indicate that TCM practices are preferred and the importance attributed to modern medicine has decreased.

A difference was found in the sub-dimension of Dissatisfaction with Conventional Medicine according to the mother's educational level. Our study observed that the scores of students whose mothers were illiterate were higher than those of students whose mothers had a higher level of education. In contrast to our finding, Özmen et al.(2023) study found that the Dissatisfaction with Conventional Medicine sub-dimension score of students whose mothers were university graduates was significantly higher than that of students whose mothers were primary school graduates. It can be expected that illiterate mothers prefer complementary interventions in a more traditional form rather than modern medical interventions. This is due to easier access to complementary therapies and the idea that what is natural is harmless. Considering factors such as the fact that basic and first education is given in the family and that children spend more time with their mothers in our country, it is thought that nursing students adopt their mothers' preferences.

Those who did not comply with the mask use-social distancing rules were found to be more dissatisfied with modern medicine. No study related to this finding was found in the literature. Dissatisfaction with modern medicine may increase the tendency not to follow its rules.

Our study determined that the mean scores of those who had not had COVID-19 in their family and environment were higher than those who had. In Daştan's (2021) study, it was reported that the mean scores of those who had COVID-19 patients in their immediate environment were significantly higher than those who did not. The rapid pandemic may explain this spread and aggressive symptoms. Individuals with the disease and their relatives expect it to be taken under control quickly and recover. The effect of complementary medical treatments may not occur soon at the level patients desire. For this reason, individuals may think that traditional and complementary therapies do not work. Instead of using complementary medical practices, they may turn to modern medical treatments that have a faster effect.

CONCLUSION

Knowing the knowledge and attitudes of nursing students about TCM practices can contribute to their effective and safe use of health services. In this context, it is essential to increase knowledge about TCM in nursing education programs and guide the practices correctly.

In conclusion, global health crises such as COVID-19 once again reveal the importance of TCM practices.

Nursing students' attitudes in this field may pave the way for a more widespread and effective use of TCM in health services in the future. Therefore, it is of great importance to give more attention to TCM in nursing education and to raise students' awareness of this issue.

REFERENCES

- Aktas, B. (2017). Attitudes of nursing students toward holistic complementary and alternative medicine. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 55-9. doi: 10.5222/jaren.2017.055
- Altay, B., Keleş, E. (2024). Knowledge, attitudes and behaviors of nursing students regarding complementary and alternative treatment methods in the COVID-19 process. *The Journal of Academic Social Science*, 150 (150), 302-14. doi: http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.75408
- Bethhauser, L., M., Brenner, L., A., Forster, J., E., Hostetter, T., A., Schneider, A., L., Hernández, T., D. (2014). A factor analysis and exploration of attitudes and beliefs toward complementary and conventional medicine in veterans. *Medical Care*, 52(12), 50-6. doi:10.1097/MLR.0000000000000219
- Dastan, N. (2021). Attitude analysis against traditional and complementary medicine: An application specific to COVID-19, *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 15(9), 3063-8. doi: https://doi.org/10.53350/pjmhs2115102922
- Dursun, S., I., Vural, B., Keskin, B., Kacar, H., K., Beyhan, A., Kadioglu, H. (2019). The relationship between traditional/complementary medical attitude and health literacy and health perception in adults. *Journal of Public Health Nursing*, 1(1), 1-10.
- Ergin, A., Hatipoglu, C., Bozkurt, A., İ., Mirza, E., Kunak, D., Karan, C., Ozcelik, G., Tegin, C., Pazri, Y., Pirtı, I. (2011). Knowledge and attitudes of residents and medical students on complementary-alternative medicine. *Pamukkale Medical Journal*, 4(3), 136-43.
- Isik, M., T., Can, R. (2021). Preventive, traditional and complementary medicine practices for a group of nursing students for COVID-19 risk. *Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine and Folk Medicine*, 11(1), 94-103. Doi:10.31020/mutftd.790805
- Kahraman, A., Kırkan, Ç. (2020). Investigation of knowledge and attitudes of pediatric nurses toward traditional and complementary medicine practices. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3 (1), 32-9. doi: 10.5336/jtracom.2019-72348
- Kiskac, N., Kiskac, M., Zorlu, M., Karatoprak, C., Çakırca, M. (2024). Evaluation of traditional and complementary medicine attitudes of adults, *MAS Journal of Applied Sciences*, 9(1): 127-34. doi: http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10682614
- Kol, S., Mete, M. (2022). Evaluation of patients attitudes to traditional and complementary medicine a case of a medical center in Istanbul. *Eurasian Academy of Sciences Eurasian Econometrics, Statistics & Empirical Economics Journal*, 22(22), 34-52. doi: 10.17740/eas.stat.2022-V22-03
- Konakci, G., Ozgursoy Uran, B., N., Erkin, O. (2020). In the Turkish news: Coronavirus and "Alternative & complementary" medicine methods. *Complementary Therapies in Medicine*, 53, 1-8. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102545
- Kong, Y., Shaver, L., G., Shi, F., Yang, L., Zhang, W., Wei, X., Zhu, Y., Wang, Y., Wang, P., P. (2021). Attitudes of Chinese immigrants in Canada towards the use of Traditional Chinese Medicine for prevention and management of COVID-19: A cross-sectional survey during the early stages of the pandemic. *BMJ Open*, 11(9), 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2021-051499
- Kose, E., Ekerbicer, H., Ç., Erkorkmaz, U. (2018). Complementary, alternative and conventional medicine attitude scale: Turkish validity reliability study. *Sakarya Medicine Journal*, 8(4), 726-36. Doi: https://doi.org/10.31832/smj.478148
- McFadden, K., L., Hernández, T., D., Ito, T., A. (2010). Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use. *Explore*, 6(6): 380-8. doi: 10.1016/j.explore.2010.08.004
- Onturk Akyuz, H., Alkan, S. (2023). The complementary and alternative medicine use of health services vocational school students during COVID-19. *Akdeniz Medical Journal*, 9(3), 284-9. Doi: https://doi.org/10.53394/akd.1051378
- Ozer, Z., Turan, G., B., Bakır, E. (2020). Attitude of patients admitted to internal diseases polyclinic towards conventional and complementary medicine and the affecting factors. *Journal of Health Professionals Research*, 2(3), 102-12.
- Özmen, T., Contarlı, N., Şimşek, A., Güneş, M., Yana, M. (2023). Attitudes of physiotherapy and rehabilitation students toward traditional and complementary medicine: A descriptive study. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 6(3), 229-36. doi: 10.5336/jtracom.2023-96714
- Solmaz, T., Altay, B. (2019). The status of college students about using complementary and alternative treatment methods. *Pamukkale Medical Journal*, 12(3), 387-93. doi:https://dx.doi.org/10.31362/patd.526867
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- Unver, H., Isik, K., Unver, Z. (2022). The relationship between women's attitudes towards complementary alternative therapy and fear of COVID-19. *Journal of Samsun Health Sciences*, 7(1), 183-92. Doi: https://doi.org/10.47115/jshs.1030234
- World Health Organization-WHO. (2019). WHO Global Report On Traditional and Complementary Medicine 2019. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1
- Yıldırım, T., A., Dalcı, B., K., Nabel, E., B. (2018). Investigation of the university students' opinions about complementary and alternative medicine methods used by them for coping stress perception levels. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 592-600. doi: 10.17098/amj.497294

Research Article / Araştırma

The last decade of addiction research in Türkiye: A thesis-based analysis*

Türkiye bağımlılık araştırmalarında son on yıl: Tez bazlı bir analiz

Belgin Varol¹, İkbâl Gedik²¹Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, belgin.varol@sbu.edu.tr, 0000-0001-7138-9007²Hemşire, Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, gedik.ikball@gmail.com, 0009-0003-4040-6056

* Makale daha önce 2024 Lisbon Addiction Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Addiction is a critical global health issue affecting individuals, families and communities. It is linked to higher rates of HIV, Hepatitis C and mortality. The number of addiction specialists in Türkiye is increasing but insufficient to meet the demand. This study examines doctoral and medical specialty dissertations conducted in the last decade to bridge the gap between research and practice aiming to improve addiction management and public health. Medical specialty and doctoral theses were preferred because they have higher academic standards than master's theses in terms of research scope, methodological depth and original contribution. **Materials and Methods:** Theses registered in the National Thesis Center between 2013 and 2023 were screened using the keywords "addiction, substance use disorder". Inclusion criteria focused on doctoral and medical specialty dissertations addressing addiction, substance use disorders, behavioral addictions and related factors. **Results and Conclusion:** In total, 519 theses were identified, of which 448 met the inclusion criteria. Of these, 66.7% were medical specialty theses and 32.8% were on behavioral addictions. Theses covered alcohol (6.6%), cannabis (3.1%), tobacco (11.1%) and opioids (8.4%), and 27% included children and adolescents. In 2023, the number of medical specialty theses on addiction increased to 49 from 7 in 2013. This review highlights the progress made in addiction research in Türkiye and identifies areas for improvement. Strengthening interdisciplinary collaboration, investing in addiction education and advocating for evidence-based policies are crucial for a healthier, addiction-aware society.

ÖZ

Giriş ve Amaç: Bağımlılık bireyleri, aileleri ve toplumları etkileyen kritik bir küresel sağlık sorunudur. Daha yüksek HIV, Hepatit C ve ölüm oranları ile bağlantılıdır. Türkiye'de bağımlılık uzmanlarının sayısı artmakta ancak talebi karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Bu çalışma, bağımlılık yönetimi ve halk sağlığını geliştirmeyi amaçlayan araştırma ve uygulama arasında köprü kurmak için son on yılda yapılan doktora ve tıpta uzmanlık tezlerini incelemektedir. Araştırma kapsamı, metodolojik derinlik ve orijinal katkı açısından yüksek lisans tezlerine göre daha ileri düzeyde akademik standartlar taşıması sebebiyle tıpta uzmanlık ve doktora tezleri tercih edilmiştir. **Gereç ve Yöntem:** 2013-2023 yılları arasında Ulusal Tez Merkezi'ne kayıtlı tezler "bağımlılık, madde kullanım bozukluğu" anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. Dâhil edilme kriterleri bağımlılık, madde kullanım bozuklukları, davranışsal bağımlılıklar ve ilişkili faktörleri ele alan doktora ve tıpta uzmanlık tezlerine odaklanmıştır. **Bulgular ve Sonuç:** Toplamda 519 tez belirlenmiş ve bunların 448'i dâhil edilme kriterlerini karşılamıştır. Bu tezlerin %66,7'si tıpta uzmanlık tezi olup, %32,8'i davranışsal bağımlılıklar üzerinedir. Tezler alkol (%6,6), esrar (%3,1), tütün (%11,1) ve opioidleri (%8,4) kapsamakta olup %27'si çocuk ve ergenleri içermektedir. 2013 yılında 7 olan bağımlılık konulu tıpta uzmanlık tezi sayısı 2023 yılında 49'a çıkmıştır. Bu derleme, Türkiye'de bağımlılık araştırmalarında kaydedilen ilerlemeyi vurgulamakta ve geliştirilmesi gereken alanları tanımlamaktadır. Disiplinler arası iş birliğinin güçlendirilmesi, bağımlılık eğitime yatırım yapılması ve kanıta dayalı politikaların savunulması daha sağlıklı, bağımlılık konusunda bilinçli bir toplum için çok önemlidir.

Key Words:
Addiction, Thesis, Behavioral Addictions, Substance addictions, Addiction Professionals

Anahtar Kelimeler:
Bağımlılık, Tez, Davranışsal Bağımlılıklar, Madde Bağımlılıkları, Bağımlılık Profesyonelleri

Corresponding Author/Sorumlu

Yazar:
Hemşire, Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, gedik.ikball@gmail.com, 0009-0003-4040-6056

DOI:
10.52880/sagakaderg.1634923.

Received Date/Gönderme Tarihi:
08.02.2025

Accepted Date/Kabul Tarihi:
03.05.2025

Published Online/Yayınlanma Tarihi:
30.06.2025

INTRODUCTION

Addiction can be defined as an irresistible desire for an object, individual, or entity even though it is known to be physically or psychologically harmful to the person (Karakuş et al., 2021). In more detailed terms, addiction is a brain disease characterized by the effects of a substance or behavior on the brain, the desire to use the substance or behavior continuously or intermittently in order to feel the pleasurable effects of this substance or behavior or to avoid withdrawal symptoms, and some disorders that occur accordingly. This condition is defined by the relevant disciplines as a “medical and chronic disease” of the brain, with the possibility of lifelong relapses. Addictions are classified into two categories: substance-related addictions and behavioral addictions (WHO, 2025; APA, 2023). The term “substance” within the scope of substance-related addictions includes substances such as alcohol, tobacco, various stimulants (amphetamine, cocaine, etc.), opiates (morphine, heroin, etc.), hallucinogens (Lysergic acid diethylamide (LSD), mescaline, etc.), substances that suppress the central nervous system (barbiturates, benzodiazepines, etc.), cannabis, and volatile substances (thinner, etc.) (Bahar & Söyler, 2021). Almost everything with psychoactive properties has the potential to be used as a drug. This means that everyone is likely to be affected, directly or indirectly, by illicit drug use and related problems (European Union Drugs Agency (EUDA, 2024).

Substance abuse, which is a common problem today, can reach life-threatening dimensions and cause a number of complications. One of the most important complications is infectious diseases (Ceylan et al., 2022). In intravenous drug users, viruses such as Hepatitis B, Hepatitis C, and Human Immunodeficiency Virus (HIV) can be transmitted from contaminated injection materials, leading to morbidity and mortality (Degenhardt, L. et al., 2017). The World Health Organization (2024) reported that 254 million people were living with chronic hepatitis B infection in 2022, with 1.2 million new cases of infection each year, and that hepatitis B caused approximately 1.1 million deaths in the same year. In addition, globally, about 50 million people worldwide are known to have chronic hepatitis C virus infection, and it is estimated that about 1 million new infections occur each year (WHO, 2024). In Türkiye, while the total number of outpatient treatment applications to treatment centers alone was 247,390 in 2021, this number reached 302,911 in 2022 (Türkiye Drug Report, 2024).

In addition to the consumption of psychoactive substances, some behaviors may also offer short-term rewards and become persistent despite their negative

consequences, leading to reduced control over these behaviors. In this case, behavioral addictions are referred to (Grant et al., 2010). Although examples of behavioral addictions include gambling, video games, shopping, eating, technology use, and sexual behaviors, behavioral addictions are not limited to these. Every behavior and habit that can be stimulating for the individual has the potential to be addictive (Karahan Sayan, 2023). Video games are a very common hobby today, especially among young people. However, if the individual is so busy playing games that he/she can no longer fulfill his/her daily functions, then it is possible to talk about gaming addiction, which is a behavioral disorder. In many countries, gambling and betting are considered a form of entertainment characterized by money-making features. Like gaming, repetitive gambling can lead to gambling disorders associated with behavioral disorder. In recent years, with the significant increase in internet use, the transition from gaming to gambling on various platforms may lead to the co-occurrence of the two disorders (WHO, 2025). As with substance use disorders, economic and social problems are common in behavioral addictions. Individuals with behavioral addictions, like individuals with substance use disorders, often engage in illegal activities such as theft, embezzlement, and writing bad checks to finance or cope with the consequences of their behavior (Grant et al., 2010). According to a meta-analysis of 3,692 reports from 68 countries and regions, an average of 46.2 percent of adults and 17.9 percent of adolescents worldwide have gambled in the last year, and gambling addiction has reached a global level (Tran et al., 2024).

Addictions, which are among the public health problems that can be combated and prevented, need to be evaluated comprehensively due to their increasing variety, affecting more and more people and causing not only health consequences but also social and economic problems (Bahar & Sait, 2021). Encouraging individuals' participation in mental health planning and service delivery is fundamental to modern mental health policy and clinical guidelines (Stomski & Morrison, 2017). Engaging patients in treatment has a positive impact by improving their quality of life and enabling them to better manage their symptoms. It also improves treatment processes and provides economic benefits (Jørgensen & Rendtorff, 2017). Especially in the field of addiction, many mental health professionals such as psychiatrists, family physicians, psychological counselors, social workers, psychologists, and psychiatric nurses have important duties. The Ministry of Health has given psychiatric nurses the responsibility of raising public awareness with mental health education programs under the name of preventive mental health services in the development of community mental health (Republic

of Türkiye Ministry of Health, 2011). Mental health nurses positively affect patient outcomes from the management of mental health symptoms to improving quality of life (International Council of Nurses, 2024). The number of addiction specialists in Türkiye is increasing but remains insufficient to meet the demand. Although there are studies examining theses conducted in the field of addiction, there is no study evaluating all addictions in general. This study aims to fill this gap in literature. The study examines doctoral dissertations conducted in the last decade to bridge the gap between research and practice aimed at improving addiction management and public health. This study is considered important in terms of both assessing the situation and identifying current research trends through a thematic and methodological analysis of recent dissertations. At the same time, it is thought that the study may be useful in terms of understanding the research in the field of addiction and guiding future studies in the field.

MATERIAL AND METHOD

The aim of this study is to examine the thematic and methodological aspects of doctoral and medical specialty theses in the field of addiction between 2013 and 2023. In the data collection process for the research, the thesis database of the official website of the National Thesis Center of the Council of Higher Education was taken as basis (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>). In this database, searches were made with the keywords “addiction, use disorder” from the advanced search page. In this context, a total of 448 theses, including 299 medical specialty theses and 149 doctoral theses, were reached between 2013 and 2023.

Research questions: In the theses conducted in the field of addiction in Türkiye, answers to the following questions were sought within the scope of the study:

What is the distribution of the years in which thesis studies were conducted?

Which research methods were used in the thesis studies?

How were the types of addiction examined in the thesis studies distributed?

What type of sampling was used in the thesis studies? Who/what materials do the sample groups consist of?

How are the fields of science in which thesis studies are conducted distributed?

What is the distribution of the institutes/faculties where thesis studies are conducted?

This descriptive study evaluates the doctoral and medical specialty theses conducted in the last 10 years in Türkiye. This study, which aims to examine the thematic and

methodological aspects of postgraduate theses in the field of addiction between 2013-2023, was designed using the case study model, one of the qualitative research models. Qualitative research is defined as research in which qualitative information collection methods such as observation, interview, and document analysis are used, and a qualitative process is followed to reveal perceptions and events in a realistic and holistic manner in a natural environment (Yıldırım, 1999). A case study is a research model in which it is aimed at collecting in-depth information about the research topic and understanding the event in all aspects (Merriam, 1998). According to Yıldırım and Şimşek (2008), a case study provides a holistic analysis of one or more situations within their own boundaries (environment, time, etc.) (Yıldırım & Şimşek, 2008). In this study, the case study design was used since it aimed to examine thematically and methodologically the postgraduate theses on a specific topic in a certain period.

Data Collection Form

The thesis studies included in the research were formed by the researchers by using the form developed by Sözbilir, Kutu, and Yaşar (2012) and revising the Thesis Classification Form used by Küçükoğlu and Ozan (2013). The purpose of creating this form is to strengthen the validity and reliability of the research and to establish standards in the examination of articles. The data collection form includes the variables of the year of the study, thesis type, dependency type, university, institute/faculty, major discipline, study model, and sample age group. It consists of 8 questions in total:

- What year was the research conducted?
- What is the type of thesis (doctoral, medical specialty)?
- What is the type of addiction studied in the research?
- In which university was the thesis conducted?
- In which institute/faculty was the thesis conducted?
- What is the main discipline of the thesis?
- What is the model of the thesis study?
- What is the age group of the sample?

Population And Sample of The Research

In this study, medical specialty and doctoral dissertations on addiction in Türkiye were examined. Master's theses were excluded to ensure a focus on more comprehensive and in-depth research studies, such as doctoral dissertations or medical specialization theses. The population of the study consisted of theses published

in the database of the Council of Higher Education and published between 2013 and 2023. In the data collection process for the research, the thesis database of the official website of the National Thesis Center of the Council of Higher Education was taken as basis (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>).

Inclusion Criteria

- The thesis must have been completed between 2013 and 2023.
- The subject of the thesis must be related to addiction.
- The full text of the thesis must be accessible.
- The thesis must be a doctoral dissertation or a medical specialization thesis.

Exclusion Criteria

- The thesis was completed before 2013 and after 2023.
- The study cannot be classified into any type of dependency.
- Unavailability of full texts of the study.
- The thesis being a master's thesis.

Limitations of The Research

The sample of this study was limited to medical specialty and doctoral theses that were open to access

and were between 2013 and 2023. Access-restricted or unavailable master's theses were not included in the study. In addition, this study is limited to theses only, excluding other types of studies conducted in Türkiye, such as articles, reports, and projects, which also provide valuable insights into addiction.

RESULTS

In this study, which aims to examine the thematic and methodological aspects of postgraduate theses in the field of addiction between 2013 and 2023, the data collected through the thesis review form were analyzed. In this section, the findings of the study are presented in tables. Findings on the type of theses (doctoral, medical specialty) according to the years of medical specialty and doctoral thesis studies on addictions in Türkiye in the last decade are presented in Chart 1.

The findings regarding the distribution of thesis studies by year show that 77 of the 448 were conducted in 2023. In addition, there is a general increase in the number of theses from 2013 to the present.

While examining the published articles according to the number of samples, they were classified into three different groups. The sample group of 317 (70.7%) of the graduate theses examined in this study consisted of adults, 121 (27%) of the sample group consisted of children and adolescents, and 10 (2.2%) of the sample group consisted of other (mice, rats, etc.) groups (Table 1).

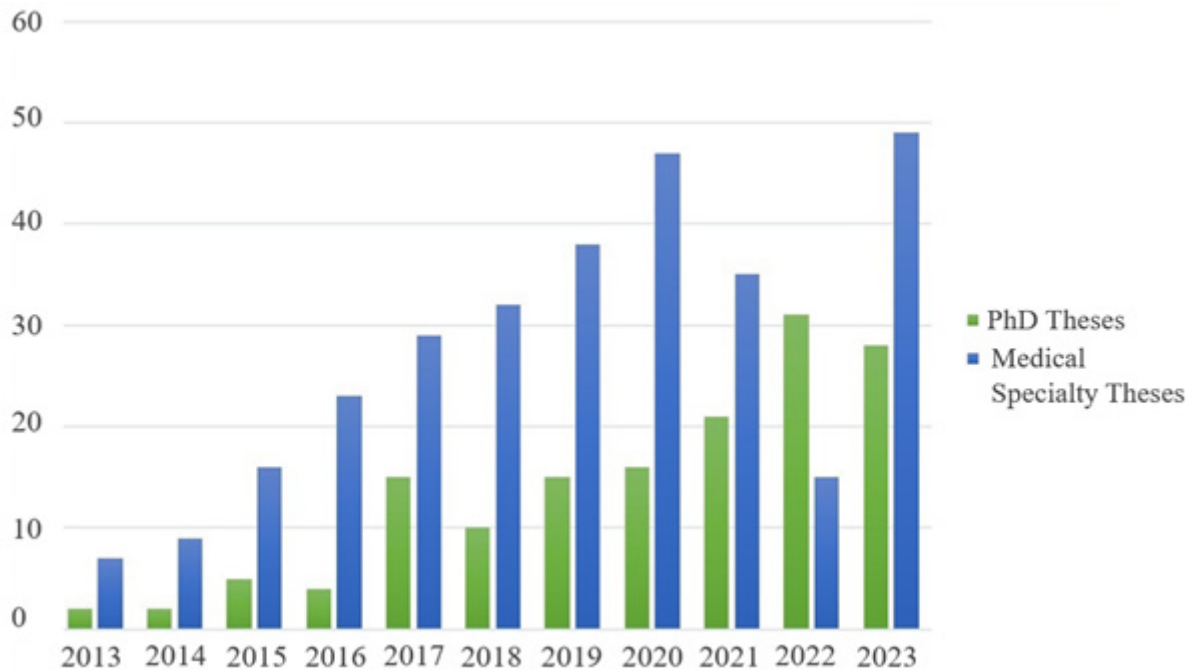


Chart 1: Thesis Types According to The Years of Publication

While examining the published articles according to research models, they were classified into four groups. It was determined that 342 (76.3%) of the postgraduate thesis studies examined within the scope of this study were written in the qualitative method, 89 (19.8%) in the quantitative method, 15 (3.3%) in the mixed method, and 2 (0.4%) as scale development studies (Table 1).

While examining the published articles according to addiction types, they were classified into eleven different groups. Of the postgraduate thesis studies examined within the scope of this study, 183 (40.8%) covered technology and social media addiction, 72 (16%) covered substance addiction in general, 50 (11.1%) covered tobacco addiction, 38 (8.4%) covered opiate addiction,

30 (6.6%) covered alcohol addiction, 24 (5.3%) covered gaming addiction, 20 (4.4%) covered other behavioral addictions such as shopping and eating, 14 (3.1%) covered cannabis addiction, 10 (2.2%) covered other group addictions, 4 (0.8%) covered methamphetamine addiction, and finally 3 (0.6%) covered gambling addiction, as shown in Chart 2.

When the published articles were analyzed according to the departments, it was found that the department with the highest number of theses written in the field of addiction was the department of psychiatry (33.2%), followed by the department of family medicine (22.3%), the department of public health (8.2%), and the department of nursing (5.1%), respectively, as shown in Table 2.

Table 1. Sample Groups According to Research Methods

Sample Groups According to Research Models	Qualitative Research	Quantitative Research	Mixed Methods	Scale Development	Sample Group Total
Adults	236 (52,6%)	72 (16%)	7 (1,5%)	2 (0,4%)	317 (70,7%)
Child/ Adolescents	96 (21,4%)	17 (3,7%)	8 (1,7%)	0	121 (27%)
Others	10 (2,2%)	0	0	0	10 (2,2%)
Research Methods Total	342 (76,3%)	89 (19,8%)	15 (3,3%)	2 (0,4%)	448 (100%)

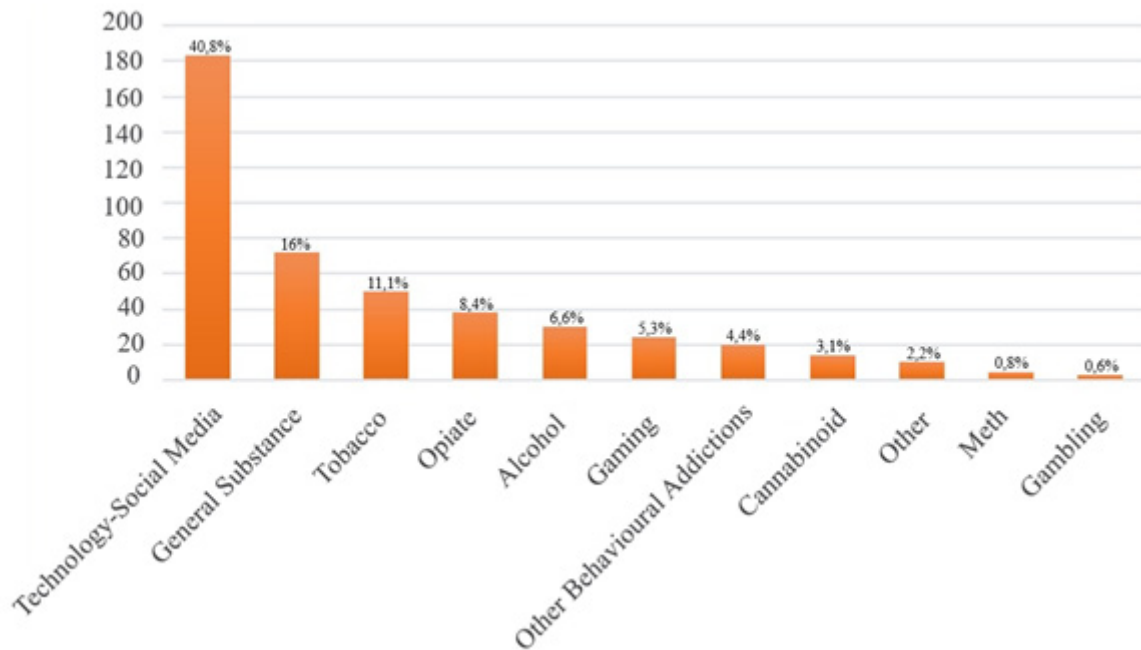


Chart 2. Number of Theses According to Addiction Types

Table 2. Number of Theses According to Main Disciplines

Main Departments	Number of Thesis
Department of Psychiatry	149 (33,2%)
Department of Family Medicine	100 (22,3%)
Department of Public Health	37 (8,2%)
Department of Nursing	23 (5,1%)
Department of Educational Sciences	20 (4,4%)
Department of Physical Education and Sports	13 (2,9%)
Department of Psychology	10 (2,2%)
Department of Pediatrics	10 (2,2%)
Department of Substance Abuse	9 (2%)
Department of Business Administration	8 (1,7%)
Department of Sociology	5 (1,1%)
Department of Public Relations	5 (1,1%)
Department of Journalism	5 (1,1%)
Department of Forensic Sciences	4 (0,8%)
Department of Social Work	4 (0,8%)
Department of Child Development	4 (0,8%)
Department of Medical Pharmacology	3 (0,6%)
Department of Computer Education and Instructional Technology	3 (0,6%)
Department of Health Management	2 (0,4%)
Department of Nutrition and Dietetics	2 (0,4%)
Department of Pharmaceutical Toxicology	2 (0,4%)
Department of Chest Diseases	2 (0,4%)
Department of Guidance and Psychological Counseling	2 (0,4%)
Department of Internal Medicine	2 (0,4%)
Department of Biochemistry	1 (0,2%)
Department of Philosophy and Religious Sciences	1 (0,2%)
Department of Midwifery	1 (0,2%)
Department of Molecular Medicine	1 (0,2%)
Department of Ophthalmology	1 (0,2%)
Department of Business Administration	1 (0,2%)
Department of Family Health/ Adolescent Health	1 (0,2%)
Department of Biotechnology	1 (0,2%)
Department of Anesthesiology and Reanimation	1 (0,2%)
Department of General Surgery	1 (0,2%)
Department of Sport Management	1 (0,2%)
Department of Biostatistics and Medical Informatics	1 (0,2%)
Department of Social Sciences	1 (0,2%)
Department of Radio Television and Cinema	1 (0,2%)
Department of Statistics	1 (0,2%)
Department of Recreation	1 (0,2%)
Department of Services of Education	1 (0,2%)
Department of Philosophy and Religious Sciences	1 (0,2%)
Department of Cardiology/ Physiotherapy and Rehabilitation	1 (0,2%)
Department of Basic Communication Sciences	1 (0,2%)
Department of Environmental and Technical Investigation of Accidents	1 (0,2%)
Department of History of Medicine and Ethics	1 (0,2%)
Department of Clinical Psychologist	1 (0,2%)
Department of Disability Studies	1 (0,2%)
Total	448

CONCLUSION

In this study, which aims to examine the thematic and methodological aspects of postgraduate theses in the field of addiction in Türkiye between 2013-2023, a general situation assessment and evaluation was made. The findings on the distribution of thesis studies by years show that while the number of theses conducted in 2013 was 9, this number reached 77 in 2023 (Chart 1). In the study conducted by Kadan et al. (2019), it was concluded that theses in the field of addiction started to increase after 2015 (Kadan et al., 2019), which suggests that the interest in the field of addiction has increased over the years. According to the Türkiye Statistical Institute (2022), while the proportion of individuals aged 15 years and over who used tobacco products every day was 28.0% in 2019, it increased to 28.3% in 2022 (Türkiye Statistical Institute, 2022). Outpatient programs for drug addiction treatment are becoming more prevalent worldwide (Türkiye Drug Report, 2023). Therefore, it is essential to expand the scope and frequency of these studies to ensure comprehensive data collection and to address the growing need for effective solutions. Efforts to prevent the use of addictive substances in society and the spread of behavioral addictions that cause impairment in the person's functioning and relationships with the environment are of great importance. In this way, individual and social problems caused by these substances and behaviors can be minimized (Türkiye Addiction Risk Profile and Mental Health Mapping Project Final Report, 2019). However, this number is not sufficient, and new studies are needed in the field.

In the distribution of thesis studies by type (doctoral, medical specialty), it was determined that the number of medical specialty theses was higher (50%) than the number of doctoral theses (Chart 1). This finding can be explained by the fact that addiction is related to the branch of medicine, especially related to mental illnesses due to its structure formed by the combination of many factors. In the study conducted by Kurtoğlu and Pekşen Süslü (2024) in which postgraduate theses on internet addiction in Türkiye were examined, it was found that the number of doctoral theses was less than the number of master's theses. Considering the importance of doctoral theses in the field of addiction, it can be considered that the low number of theses is a deficiency (Kurtoğlu & Pekşen Süslü, 2024).

Green Crescent Counseling Centers provide free psychological and social support to people who have problems with tobacco, alcohol, drugs, internet, and gambling, and help them to regain their lives, and ensure that clients are placed in jobs (Green Crescent, 2023). In the National Strategy Document and Action Plan for Combating Drugs (2024), it is aimed to ensure

that those who have completed the addiction treatment and rehabilitation process acquire a profession that will enable them to sustain their own lives and that those who are eligible can work in treatment units in the position of former users (National Strategy Document and Action Plan for Combating Drugs, 2024).

During the categorization by age group, it was determined that 317 of the studies had adult participants and 121 had child/adolescent participants (Table 1). When the sample groups of the theses examined in the study conducted by Kuş and Küçükkaraca (2024) were examined, it was determined that mostly adults with addiction problems were studied and the second group of sample group was composed of adolescent individuals with addiction problems (Kuş & Küçükkaraca, 2024). This can be explained by the fact that addiction is especially common in the adult population. According to the "2020 Global Digital" report published by We Are Social, when we look at the age distribution of social media use in Türkiye, it is seen that the highest usage rate is in the 25-34 age range (We Are Social, 2020). Additionally, conducting studies with children and adolescents presents unique challenges, such as ethical considerations, the need for parental consent, and difficulties in establishing trust and maintaining engagement with younger participants. These factors may contribute to the lower representation of this age group in addiction-related research.

When the thesis studies were analyzed according to the research models, it was seen that most studies were conducted using the quantitative method with 342 theses. This is followed by qualitative, mixed, and scale development studies (Table 1). When the research methods used in the theses examined in the study conducted by Kaçmaz and Cumurcu (2020) were examined, it was revealed that researchers generally preferred to conduct descriptive studies by using quantitative research methods in postgraduate studies on internet addiction (Kaçmaz & Cumurcu, 2020). In the study conducted by Acar and Şaşmaz (2021), it was seen that the majority of the studies on tobacco, alcohol, and substance addiction were conducted with quantitative methods (Acar & Şaşmaz, 2021). This situation can be explained by various difficulties related to the publication of qualitative research data in journals and the lack of sufficient academic support for the study (Kuş, 2007). In our study, it is seen that the number of qualitative studies is quite low compared to quantitative studies. However, when the detailed and numerous information to be obtained as a result of qualitative research is explained and interpreted correctly and systematically, perhaps it will be possible to obtain new data on the complex structure of the addiction phenomenon (Acar & Şaşmaz, 2021).

When thesis studies were analyzed in terms of addiction types, it was found that the most studied addiction type was technology and social media with 183 studies, followed by general substance addiction with 72 studies, tobacco addiction with 50 studies, and opiate addiction with 38 studies (Chart 2). This finding suggests the seriousness of the increasing addiction to technology and social media, which has been covered in more than half of the theses in the field of addiction in the last decade. At the same time, it can be said that the fact that social media addiction is a topic that is frequently on the agenda and discussed is also effective in the high number of theses on this field (Kurtoğlu & Pekşen Süslü, 2024). In a study conducted to comprehensively and holistically examine the methodological trends and findings of the studies on digital game addiction in Türkiye between 2010 and 2018 and to determine the factors associated with digital game addiction, it is seen that the studies on game addiction were intensified especially in 2017 and 2018 and the number of participants in the studies varied between 150 and 1000. Considering that primary, secondary, and high school students were mainly selected as the sample in the studies, it was concluded that data were collected from schools in most of the studies (Şimşek & Karakuş Yılmaz, 2020). It is observed that the number of studies on general substance addiction is considerable. This situation shows us that the number of consumers is increasing every year. Apart from this, it is striking that there are only 4 studies on methamphetamine addiction. Methamphetamine is one of the substances that have been reported to increase in frequency of use in recent years (Frost et al., 2021; Türkiye Drug Report, 2023). Since opiate addiction is monitored with relapses and remission periods and the course of the disease varies considerably according to the individual, it is thought to be a more difficult addiction type to study compared to other addiction types.

In the distribution of the departments in which thesis studies were conducted, it was determined that the department of psychiatry ranked first with 149 (50%) studies, followed by the department of family medicine with 100 studies, the department of public health with 37 studies, and the department of nursing with 23 studies (Table 2). According to these findings, considering the structure of addiction that causes mental disorders, it is quite understandable that half of the theses were conducted in the department of psychiatry. However, it is also seen that non-health disciplines also show interest in addiction and conduct studies on this subject. This may be due to the multifactorial nature of addiction. In order to understand the biochemical, psychological, and social dimensions of addiction, it is frequently emphasized in literature that experts working in disciplines such as

sociology, social work, psychology, history, politics, and journalism should collaborate to combine theoretical and therapeutic models (Koch & Blanco, 2001).

This study aims to emphasize the progress made in addiction research in Türkiye and identify improvement areas. For this purpose, 448 thesis studies published in Türkiye between 2013 and 2023 were categorized and examined in various groups such as thesis type, sample age group, type of addiction covered in the thesis, research design, and primary discipline. The high number of theses in the child and adolescent age group emphasizes the importance of starting preventive guidance and counseling studies at an early age. In addition, thesis studies on substance abuse, which has been increasing rapidly in recent years, emphasize the seriousness of the issue. Considering the importance of qualitative research in literature, encouraging such research through more training should be considered a great necessity. In addition, given the increase in the number of users, it is important to conduct more studies on methamphetamine. Given the multidimensional nature of addiction, fields other than medicine should be encouraged to conduct comprehensive studies on addiction. This approach will enable new and effective solutions in the fight against addiction. Strengthening interdisciplinary cooperation, investing in addiction education, and advocating for evidence-based policies are crucial for a healthier, addiction-aware society.

REFERENCES

- Acar, S. & Şaşman Kaylı, D. (2021). An Analysis about Studies Conducted on Addiction Field with Methods of Qualitative and Mixed Patterns in Türkiye. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 3(1), 37-47. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.21.1.01>
- American Psychological Association (2023). Dictionary of Psychology: Addiction. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/addiction> Retrieved on 12.01.2025
- Bahar, E. & Söyler, S. (2021). Evaluation of the Frequency of Addictive Substance Use and Related Factors in University Students: A Cross-Sectional Study. *Mersin University Journal of Health Sciences*, 14(3), 570-584. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.1004060>
- Bayzan, Ş., Yaman, F., Elkonca, F. & Gün, A. (2024). Report on Digital Gaming Habits of Secondary and High School Students (Report No.3), Information and Communication Technologies Authority, Ankara. Retrieved from <https://www.guvenliweb.org.tr/dosya/msSgS.pdf> Retrieved on 12.01.2025
- Ceylan, M. R., Çelik, M., Esmer, F., Levent, E. & Örer Beğinoğlu, Ö. (2022). Substance use disorders and hepatitis C: A public health issue. *Klinik Derg.* 35(4), 258-62. <https://doi.org/10.36519/kd.2022.4290>
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J. Grebely, J., Vickerman, P., ...Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*, 5(12). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)

- European Union Drugs Agency (2024). Understanding Europe's drug situation in 2024 key developments (European Drug Report 2024) Retrieved from https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/31882_en.pdf?932417 Retrieved on 07.11.2024
- Frost, M. C., Lampert, H., Tsui, J. I., Iles-Shih, M. D. & Williams, E. C. (2021). The impact of methamphetamine/amphetamine use on receipt and outcomes of medications for opioid use disorder: a systematic review. *Addiction Science & Clinical Practice*, 16(1), 1-25. <https://doi.org/10.1186/s13722-021-00266-2>
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Green Crescent Annual Report (2023). Retrieved from <https://www.yesilay.org.tr/assets/uploads/pdf/2023-Faaliyet-Raporu.pdf> Retrieved on 21.01.2025
- International Council of Nurses (2024). Mental Health Nursing Guide. Geneva, Switzerland. Retrieved from https://phdernetgi.org/wp-content/uploads/2024/09/TUR_ICN_MentalHealthNursingGuidelines.pdf Retrieved on 12.01.2025
- Jørgensen, K. & Rendtorff, J. D. (2017). Patient Participation in Mental Health Care - Perspectives of Healthcare Professionals: An Integrative Review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 1-12. <https://doi.org/10.1111/scs.12531>
- Kaçmaz, C. & Cumurcu, H. B. (2020). Examination of Postgraduate Theses on Internet Addiction in Türkiye. *Anatolian Journal of Health Research*, 1(1), 7-13. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3441632> Retrieved on 12.11.2024
- Kadan, G., Aysu, B., & Aral, N. (2019). Examination of Postgraduate Theses on Substance Addiction. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 21(Special Issue 1), 65-68. <https://doi.org/10.5455/apd.302644861>
- Karahan Sayan, A. (2023). A Review on Interventions for Behavioral Addictions. *AYNA Journal of Clinical Psychology*, 10(3), 356-375. <https://doi.org/10.31682/ayna.1152083>
- Karakuş, B. N., Özdengül, F., Solak Görmüş, Z. I. & Şen, A. (2021). Overview of Addiction Physiopathology. *KTO Karatay University Journal of Health Sciences*, 2(3), 158-166. Retrieved from <https://sbd.karatay.edu.tr/images/nesneler/20211221035509-bagimlilik-fizyopatolojisine-genel-bakis-pdf.pdf> Retrieved on 24.12.2024
- Koch, J. R., & Blanco, J. D. (2001). Studying 'Alcohol, Drugs, and Society' from a Sociological Perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19(4), 81-90. https://doi.org/10.1300/J020v19n04_05
- Kurtoğlu, E. & Pekşen Süslü, D. (2024). Investigation of Postgraduate Theses on Internet Addiction in Türkiye. *Journal of Addiction*, 25(1), 10-22. <https://doi.org/10.51982/bagimli.1246529>
- Kuş, E. (2007). Paradigm Transformation in Social Science Methodology and Qualitative Research in Psychology. *Turkish Psychological Writings*, 10(20), 19-41. Retrieved from <https://www.tpd.com.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpy1301996120070000m000159.pdf> Retrieved on 24.12.2024
- Kuş, S. & Küçükcaraca, N. (2024). A content analysis of postgraduate theses conducted in AMATEMs on alcohol and substance addiction in social work discipline. *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 24(4), 1563-1588. <https://doi.org/10.18037/ausbd.1487007>
- Küşkoğlu, A. & Ozan, C. (2013). Content analysis of graduate theses in the field of classroom teaching. *International Journal of Eurasian Social Sciences*, 4(12), 27-47. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/90049> Retrieved on: 21.11.2024
- Merriam, S. B. (1988). Case study research in education: A qualitative approach. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- National Strategy Document and Action Plan for Combating Drugs (2024-2028). Retrieved from https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49633/0/2024-2028-uyusturucu-ile-mucadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-eylem-planipdf.pdf?_tag1=EC336FBA8771FFCD2A918171D64B9BFF8155888A Retrieved on 21.01.2025
- Sözbilir, M., Kutu, H., & Yaşar, M. D. (2012). Science education research in Türkiye: A content analysis of selected features of papers published. In J. Dillon & D. Jorde (Eds.). *The World of Science Education: Handbook of Research in Europe* (pp. 1-35). Rotterdam: Sense publishers.
- Stomski, N. J. & Morrison, P. (2017). Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(67), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0174-y>
- Şimşek, E. & Karakuş Yılmaz, T. (2020). Systematic Review of Methods and Results in Digital Game Addiction Studies Conducted in Türkiye. *Kastamonu Education Journal*, 28(4), 1851-1866. <https://doi.org/10.24106/kefdergi.3920>
- Republic of Türkiye Ministry of Interior General Directorate of Security, Department of Combating Narcotic Crimes (2023). Türkiye Drug Report: Trainings and Developments. Retrieved from https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023_TÜRKİYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf Retrieved on 10.11.2024
- Republic of Türkiye Ministry of Health (2011). National Mental Health Action Plan (2011-2023). Ankara, Ministry of Health. Retrieved from https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf Retrieved on 10.11.2024
- Tran, L. T., Wardle, H., Colledge-Frisby, S., Taylor, S., Lynch, M., Rehm, J.,...Degenhardt, L. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 9, 594-613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9)
- Türkiye Statistical Institute (2022). Türkiye Health Survey, 2022. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> Retrieved on 21.01.2025
- Ünübol, H. & Hızlı Sayar, G. (2019). Türkiye Addiction Risk Profile And Mental Health Mapping Project Final Report. Üsküdar University Publications, 21. Retrieved from file:///D:/%C4%B0ndirilenler/turbahar-turkiye-bagimlilik-risk-profil-ve-ruh-sagligi-haritasi-proje-sonuc-raporu-2019-47.pdf Retrieved on 21.01.2025
- We Are Social and Hootsuite, (2020), Digital 2020 January Retrieved from https://www.slideshare.net/DataReportal/digital-2020-turkey-january-2020-v01?from_action=save Retrieved on 13.01.2024
- World Health Organization (2024). Hepatitis B. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> Retrieved on 07.11.2024
- World Health Organization (2024). Hepatitis C. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> Retrieved on 07.11.2024
- World Health Organization (2025). Addictive behavior. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour> Retrieved on 12.01.2025
- World Health Organization (2025). Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours. Retrieved from <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology> Retrieved on 12.01.2025
- Yıldırım, A. (1999). Basic features of qualitative research methods and their place and importance in educational research. *Education and Science*, 23(112), 7-17. Retrieved from <http://213.14.10.181/index.php/EB/article/view/5326> Retrieved on: 23.12.2024
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). Qualitative research methods in social sciences (6th edition). Ankara: Seçkin Publishing.

Tıbbi cihaz sektöründe çalışanların mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerindeki etkisi

The effect of humor styles of employees in the medical device sector on crisis management

Merve Akbaş¹, Hatice Nilay Gemlik²

¹ Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi, İstanbul/Türkiye, mrv.akbas_@hotmail.com, 0000-0001-8341-7271

² Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul/Türkiye, ngemlik@marmara.edu.tr, 0000-0001-5319-4070

Anahtar Kelimeler:
Mizah Tarzları, Kriz Yönetimi,
Tıbbi Cihaz Sektörü

Key Words:
Humor Styles, Crisis
Management, Medical Device
Sector

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık
Yönetimi, İstanbul/Türkiye, mrv.
akbas_@hotmail.com, 0000-0001-
8341-7271

DOI:
10.52880/sagakaderng1651687

Gönderme Tarihi/Received Date:
05.03.2025

Kabul Tarihi/Accepted Date:
07.05.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2025

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, tıbbi cihaz sektöründe çalışanların kriz yönetim algıları üzerinde mizah tarzlarının etkisini ölçmek ve demografik değişkenlere göre farklılıkları incelemektir. **Gereç ve Yöntem:** İlişki arayıcı ve açıklayıcı türde tasarlanan bu araştırma verileri, Ocak 2024- Temmuz 2024 tarihleri arasında yüz yüze anket yoluyla elde edilmiştir. Anket, Kişisel Bilgi Formu, İşyerinde Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Kriz Yönetimi ölçeği olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın evrenini, İstanbul Anadolu yakasında faaliyet gösteren 2 tıbbi cihaz firmasında çalışanlar oluşturmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda "gelişigüzel örnekleme" yöntemi kullanılmış ve araştırmanın örneklemi 175 çalışan olarak belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki ikili ilişki derecelerini belirlemek amacıyla korelasyon analizi ve etkiyi ölçmek için regresyon analizi kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılıklar, bağımsız örneklem t-testi ve ANOVA ile analiz edilmiştir. **Bulgular:** Mizah tarzları kriz yönetimini pozitif yönde ve anlamlı etkilerken; mizahın alt boyutlarından öncel odaklı, araçsal sosyalleştirici ve tepki odaklı mizah, kriz öncesi alt boyutunu pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir. Saldırgan/manipülatif mizah ise, kriz yönetimi üzerinde etkiye sahip değildir. 29 yaş ve altındaki çalışanların kriz yönetim algısı daha yüksek olup, mizah alt boyutları ile öğrenim düzeyi değişkeninde farklılıklar belirlenmiştir. **Sonuç:** Analizin genel sonuçları, mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerinde farklı düzeylerde etkiler yarattığını ve mizah tarzlarının kriz öncesi ve kriz esnasını pozitif yönde etkilediğini, kriz sonrası boyutta ise anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to measure the effect of humour styles on the crisis management perceptions of employees in the medical device industry and to examine the differences according to demographic variables. **Materials and Method:** The data of this research, which was designed in a relationship-seeking and explanatory type, were obtained through a face-to-face survey between January 2024 and July 2024. The questionnaire consists of 3 parts: Personal Information Form, Coping with Humour at Workplace and Crisis Management Scale. The population of the study consisted of employees working in 2 medical device companies operating on the Anatolian side of Istanbul. In line with the purpose of the study, "random sampling" method used and the sample of the research was determined as 175 employees. Correlation analysis used to determine the degree of pairwise relationship between variables and regression analysis used to measure the effect. Differences according to the demographic characteristics of the participants were analysed with independent sample t-test and ANOVA. **Results:** While humour styles positively significantly affect crisis management; antecedent-focused, instrumental affiliative and response-focused humour, which are sub-dimensions of humour, positively and significantly affect pre-crisis sub-dimension. Aggressive/manipulative humour has no effect on crisis management. Employees aged 29 years and below have a higher perception of crisis management, and differences were determined in humour sub-dimensions and education level variable. **Conclusion:** The general results of the analysis show that humour styles have different levels of impact on crisis management and that humour styles positively affect the pre-crisis and during the crisis, but have no significant effect on the post-crisis dimension.

GİRİŞ

Tıbbi cihaz sektörü, hastalığın önlenmesi, tanısı, izlenmesi ve tedavisinde kullanılmak üzere alet, aparat, implant, düzenek ve reaktif makinelerden oluşan ve ülkelere teknolojik üstünlük sağlayan bir sektördür (Fizzanty ve ark., 2020). Özellikle Covid-19 pandemisiyle birlikte modern cihazlara ihtiyacın artması tıbbi cihaz sektörüne verilen önemi güçlendirmiştir (Avcı, 2022).

Türkiye’de tıbbi cihaz sektörü krizlere açık bir alandır. Sektörde yaşanan içsel krizlerin nedenlerini yönetsel sorunlar, kaynak kıtlığı, endüstriyel kazalar, üretim sorunları, sektörün %15 oranında yerli cihaz üretimi ile yabancı ülkelere bağlı olması, banka faizlerindeki artış ve kurdaki dalgalanmalar oluşturmaktadır (Arik ve ark., 2016; Dinçsoy, 2020; Duğan, 2018; Terzi-Köroğlu, 2018). Örgütsel krizin en belirgin karakteristiği strestir (Guidice ve ark., 2023; Schönfeldt ve Miznikova, 2010). Bu süreçte önemli olan, krizi işletme açısından başarıya dönüştürmektir. Çağdaş yönetim anlayışının temel özelliklerinden biri de çeşitli sebeplerle ortaya çıkan krizleri zamanında ve rasyonel kararlar alarak önlemektir.

Bu bağlamda kriz yönetimi, en az hasar, yüksek düzeyde performans ile gerekli önlemlerin alınmasını ve faaliyete geçirilmesini gerektiren bir kavramdır (Cesta ve ark., 2024). Literatürde kriz yönetim sürecinin “Kriz Öncesi, Kriz Esnası ve Kriz Sonrası” olmak üzere üç aşamadan oluştuğu görülmektedir (Jamal ve Abu Bakar, 2015). Dolayısıyla kriz yönetim süreci, işletmenin normal çalışma koşullarının etkilendiği, belirsizliğin yüksek olduğu ve çalışanlar üzerinde stres, kaygı ve korku gibi olumsuz duyguların ortaya çıkabileceği bir dönemdir.

Kriz yönetimine ilişkin en iyi uygulamaların odak noktası iletişimin güçlendirilmesine dayanmaktadır (Park ve ark., 2022; McGraw ve ark., 2015). Mizah bu noktada, bir iletişim unsuru olmasının yanı sıra “duygu odaklı baş etme aracı, sosyal yetenek, savunma mekanizması, sosyalleşme aracı, bilişsel güç” gibi kavramlarla ifade edilmektedir (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2023; Folkman ve ark., 1986). Dolayısıyla mizahın duygusal bir kaynak olarak krizin yarattığı olumsuz duygularla baş etmede etkili bir araç olabileceğini destekleyen birçok araştırma bulunmaktadır (Boydston ve ark., 2023; Martin ve Lefcourt, 1983; Peng ve ark., 2020).

Literatür incelendiğinde mizah tarzları ile ilgili farklı sınıflandırmalar yapıldığı görülmektedir. Mizah tarzları, alay etme ve üstün hissetmeye dayanan Üstünlük Kuramından, farklı zıtlıklardan kaynaklı şaşkınlığın yarattığı gülmeye dayanan Uyuşmazlık Kuramından ve gerginlik sonrası sinir boşalmasının yaşandığı Rahatlama Kuramından beslenmektedir. Mizah tarzları bireylerin

mizahı başa çıkma aracı ve bakış açılarını değiştirme stratejisi olarak kullanma biçimlerini temsil etmektedir (Dozois ve ark., 2009). Mizah tarzları ile ilgili ilk çalışma Martin ve arkadaşlarının 2X2 modeli sınıflandırmasıdır. Modelde mizah tarzları olumlu ve olumsuz düzlemde değerlendirilmektedir. Bu çerçevede işyerinde stresli durumlara karşı geliştirilen mizah tarzları Öncel Odaklı Mizah, Tepki Odaklı Mizah, Araçsal Sosyalleştirici ve Araçsal Saldırgan/Manipülatif Mizah olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır (Doosje ve ark., 2010).

Bu bağlamda Öncel Odaklı Mizah, stres yaratan ve işyerinde krize sebep olan olayları bilişsel şekilde yeniden yorumlamayı gerektiren, komik olayları vurgulayarak stres azaltan, olumlu bir mizah tarzı ve baş etme aracıdır (Doosje ve ark., 2010; Diana ve ark., 2023). Tepki Odaklı Mizah, işyerinde stresli bir durum karşısında olumsuz duyguların etkisini azaltmak veya o duyguyu tamamen bastırmak amacıyla kullanılan mizah tarzıdır (Oktuğ ve ark., 2018). Bastırılan duygular nedeni ile depresiflik artabilir ve olumsuz bir mizah tarzı olarak değerlendirilmektedir. Araçsal Saldırgan/Manipülatif Mizah, kişinin kişisel hedeflere ulaşırken iş arkadaşını manipüle etmesine ve stratejik bir yaklaşım sergilemesine dayanmaktadır (Diana ve ark., 2023). Bu mizah tarzı, işletmede iş tatminsizliğine, bağlılığın ve yaratıcılığın azalmasına, ekip anlayışının zayıflamasına ve çalışanların tükenmiş hissetmelerine neden olabilir (Can ve Eke, 2023). Araçsal Sosyalleştirici Mizah, diğer insanları eğlendirmek ve ilişkileri geliştirmek esasına dayanmaktadır. Bu mizah tarzını kullanma eğiliminde olan çalışanlar kişisel gerilimi azaltmak için komik şeyler söyler ve şaka yaparlar (Scheel ve Gockel, 2017). Ancak mizah her birey/çalışan için komik bir etki yaratmayabilir. Mizahın olumsuz olarak algılanması işlevsel olmayan bir örgütsel davranış biçimi olarak görülmektedir.

Literatür incelendiğinde 1980 yılı itibariyle örgütsel mizah araştırmalarının başladığı; çoğunlukla iş verimliliği, örgüt kültürü, yaşam memnuniyeti, kaygı, depresyon ve stres ile ilişkisi üzerine çalışmaların olduğu görülmektedir (Aaker ve Bagdonas, 2021; Rosenberg ve ark., 2021). Mevcut çalışmalar çoğunlukla hastanede, hekim ve hemşire örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Mizahın kriz yönetimi literatürüne dahil edilmesi oldukça yeni bir durumdur (Taylor ve ark., 2022). Mizahın Covid-19 salgın krizi ile baş etmede bir araç olarak kullanıldığı çalışmalar oldukça fazladır (Canestrari ve ark., 2021; Çiftçi, 2021; Elshaer ve ark., 2022; Güldal ve ark., 2022). Bununla birlikte birçok çalışmada mizahın, kriz anlarını daha yönetilebilir kılan bir başa çıkma aracı olduğu belirlenmiştir (Blanchard ve ark., 2014; Kuiper ve Martin, 1998; Lefcourt ve Martin, 1986; Wilkins, 2014). Dolayısıyla organizasyonda mizah

eğiliminin hakim olması sosyal destek sağlayan bir umut ışığı olarak görülmektedir (Neves, 2018). Sağlık sektöründe mizahın önemi üzerine yapılan çalışmaların ise hala yetersiz olduğu bilinmektedir (Canestrari ve ark., 2021; Çiftçi, 2021; Raecke ve Proyer, 2022). Daha önceki çalışmalarda mizahın tıbbi cihaz sektöründe ve kriz yönetimi üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmanın olmaması bu araştırmanın genel amacını ortaya çıkarmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırmanın amacı, tıbbi cihaz sektöründe çalışanların mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerindeki etkisini ölçmek ve yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi gibi demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir. Bu araştırma tıbbi cihaz sektöründe çalışanların öncel odaklı, tepki odaklı, araçsal sosyalleştirici ve araçsal saldırgan/manipülatif olmak üzere dört boyutta incelenen mizah tarzlarının; kriz öncesi kriz esnası ve kriz sonrası faaliyetlerinin başarısındaki etkisini incelemesi açısından önem arz etmektedir.

Bu araştırma kesitsel, ilişki arayıcı ve açıklayıcı türde nicel bir çalışmadır.

Araştırmanın Kavramsal Modeli ve Araştırma Soruları

Günümüz dünyasında her organizasyon çeşitli krizlerle karşılaşmakta ve kurumsal varlığını sürdürmek istemektedir (Khan, 2020). Özellikle 2019 yılında ortaya çıkan Covid-19 salgını ile sağlık sektörü ve paydaşları küresel ölçekte kritik bir sektör haline gelmiş ve bu durum yönetsel krizlerin de artmasına neden olmuştur. Dolayısıyla tıbbi malzeme ihtiyacının sağlanmasında önemli bir rol üstlenen tıbbi cihaz sektörü krizlere karşı oldukça hassas bir yapıya bürünmüş (Avcı, 2022) ve krizleri yönetmeye ilişkin araştırmalar ivme kazanmıştır (Cowling ve ark., 2020). Kriz yönetiminde iletişim planının oluşturulması, kurumun zayıf yönlerinin

belirlenmesi ve çalışanların bu belirsizlik ortamında stres düzeylerinin hafifletilmesinin önemi fark edilmiştir.

Örgütsel krizin neden olduğu olumsuz etkiler özellikle hizmet sektörü çalışanları için büyük belirsizlikler ve benzersiz stres unsurları yaratmaktadır. Kurumlar iş taleplerini karşılamaya çalışırken kriz dönemleriyle başa çıkmanın yeni yollarını bulmaya mecbur kalmaktadır (Guidice ve ark., 2023).

Yakın zamanda gerçekleştirilen araştırmalarda işyerinde mizahın pozitif duyguları harekete geçiren istenilen bir kişilik özelliği olduğu belirlenmiştir (Aslan, 2017; Ergözen ve Uğurlu, 2019). Bununla birlikte mizahın çalışanlar tarafından olumlu algılanmasının, kriz yönetiminde iletişimi güçlendiren temel bir unsur ve stratejik bir yönetim aracı olabileceği ileri sürülmektedir (Ridanpää, 2019; Martin, 2022; Boydstun ve ark., 2023). Mizah, kriz yönetiminde yaratıcılığın artması, sosyal bağların güçlenmesi, sorunların çözülmesi, bilgi paylaşımı ve iş performansının artması konusunda olumlu bir etkiye sahiptir (Barut ve Onay, 2017; Martin, 2019). Bireylerin kriz sürecinde olumsuz durumlarla karşı karşıya kaldıklarında gerginlik ve stres düzeylerini azalttığı ve dayanıklılıklarını artırdığı bilinmektedir (Tan ve ark., 2020; Shellenbarger, 2017; Peng ve ark., 2020 ; McGraw ve ark., 2015).

Bu teorik çerçeve bağlamında araştırmada bağımlı değişken “kriz yönetimi” bağımsız değişken “mizah tarzları” olarak tasarlanmış ve genel amaç doğrultusunda aşağıdaki model ve araştırma soruları oluşturulmuştur.

- Çalışanların mizah tarzlarının kriz yönetimi düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
- Çalışanların mizah tarzları alt boyutlarının, kriz yönetimi alt boyutları üzerindeki etkisi anlamlı mıdır?
- Mizah tarzları çalışanların demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- Kriz yönetimi düzeyi çalışanların demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?



Şekil 1. Araştırma Modeli

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Anadolu yakasında çalışmaya katılmayı kabul eden 2 tıbbi cihaz firmasında görev yapan toplam 225 çalışan oluşturmaktadır. Örneklem seçimi aşamasında tıbbi cihaz sektöründe çalışan herkese ayırım gözetmeksizin anket uygulanması nedeniyle “gelişigüzel örnekleme” yöntemi kullanılmıştır. Aşağıda evreni bilinen örneklem formülü paylaşılmıştır.

225 kişiye karşılık en az 142 çalışana anket uygulanması gerektiği tespit edilmiştir (Coşkun ve ark., 2017). İzinde olanlar, çalışmaya katılmak istemeyenler, eksik doldurduğu için güvenilirliğinden şüphe edilenler olmak üzere toplam 50 adet anket araştırmaya dahil edilmemiştir.

Bu araştırmada 175 tıbbi cihaz sektörü çalışanın cevapları, çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Veri Toplama Aracı

Metodolojik özellikteki bu çalışmada verilerin elde edilmesinde anket yönteminden faydalanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Ocak 2024-Temmuz 2024 tarihleri arasında tıbbi cihaz firmasında çalışanların tamamına mesai saatleri içerisinde yapılmış olup, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Gönüllülük esasına bağlı olarak araştırmaya dahil olmayı kabul eden çalışanlara veri toplama araçları tanıtılmıştır.

Veri toplama araçları; Kişisel Bilgi Formu, İşyerinde Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği ve Kriz Yönetimi Ölçeği olmak üzere toplam 3 bölümden oluşmaktadır. Ölçeklere ilişkin detaylı bilgiler aşağıda paylaşılmaktadır.

Kişisel Bilgi Formu

Bu bölüm, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi olmak üzere araştırmacı tarafından hazırlanan toplam 4 sorudan oluşmaktadır.

İş Yerinde Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (İMYBÇ)

Bu araştırmada Doosje ve arkadaşları (2010) tarafından sağlık çalışanı örnekleminde yapılan ölçek kullanılmıştır. Ölçek 23 madde 4 alt boyuttan oluşmakta ve ölçeğin güvenilirlik katsayısının .71 olduğu bilinmektedir.

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Oktuğ ve ark. (2018) tarafından yapılmıştır. Araştırmada kullanılan bu ölçek, öncel odaklı mizah, tepki odaklı mizah, araçsal saldırgan/manipülatif mizah ve araçsal sosyalleştirici mizah olmak üzere 4 alt boyut ve 23 maddeden oluşmakta ve 5’li likert olarak puanlanmaktadır. Buna göre, ölçekten yüksek puan alınması işyerinde stresli durumlar karşısında mizah yoluyla başa çıkmanın yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .96 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığının güçlü olduğunu göstermektedir.

Kriz Yönetimi Ölçeği (KY)

Araştırmada Çalışkan (2020) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Ölçek, kriz öncesi, kriz esnası ve kriz sonrası faaliyetler olmak üzere 3 alt boyut ve 23 maddeden oluşmakta ve 5’li likert olarak puanlanmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması, kriz yönetimi konusundaki faaliyetlerin başarısının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .92 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığının güçlü olduğunu göstermektedir.

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}^1$$

¹ Formülde;

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilenilen özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilenilen özelliğin görülmemesi sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

$$n = \frac{225 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(225 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{216}{1,52} = 142,10 \cong 142$$

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediği çarpıklık basıklık katsayıları dikkate alınarak incelenmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılıklar, bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. Birbirinden bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında varyansların homojenlik durumu Levene testi ile kontrol edilmiştir. Testin sonucunda varyansların homojen olması durumunda ANOVA (tek yönlü varyans analizi) ve Bonferroni testi kullanılmıştır. Varyansların homojenliği sağlamadığı durumlarda Welch testi ve gruplar arası farkın kaynağının belirlenmesi için Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Tamhane's T2 testi, varyansların homojen olmadığı durumlarda tercih edilen bir post-hoc testidir. Varyanslar eşit olmadığı zaman, Tamhane's T2 testi, gruplar arasındaki farkların daha güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlamaktadır. Bu nedenle bu araştırma verilerinde, ANOVA testi sonrasında varyansların heterojen olduğu gruplar için Tamhane's T2 testi tercih edilmiştir. Bu test, özellikle varyansların eşit olmadığı durumlarda gruplar arası farkları doğru bir şekilde analiz etmeye olanak tanımaktadır (Shingala ve Rajyaguru, 2015). Ayrıca mizah tarzları ile kriz yönetimi arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon katsayısının hesaplanmasından yararlanılmıştır. Bununla birlikte, mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerindeki etkisi regresyon analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ ve $p < 0,001$ anlamlılık düzeyleri kabul edilmiştir.

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler (n=175)

Cinsiyet	N	%
Erkek	106	60,6
Kadın	69	39,4
Medeni Durum		
Bekar	70	40
Evli	105	60
Yaş		
29 yaş ve altı	45	25,7
30-39 yaş arası	51	29,1
40-49 yaş arası	45	25,7
50 yaş ve üzeri	34	19,4
Öğrenim Düzeyi		
Lise ve öncesi	37	21,1
Ön lisans	29	16,6
Lisans	83	47,4
Lisansüstü	26	14,9
Toplam	175	100

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Xxxx Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 20 Aralık 2022 tarih ve 114 protokol numaralı yazı onayı ile etik açıdan uygunluk izni alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında İstanbul Anadolu Yakası'nda yer alan tıbbi cihaz firmalarından araştırmanın yapılması için gerekli izinler sağlanmış ve çalışma gönüllülük esası ile yürütülmüştür. Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan tıbbi cihaz sektörü çalışanlarına ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de verilmiştir. 175 kişiden oluşan katılımcıların cinsiyet dağılımları incelendiğinde 106'sının (%60,6) erkek, 69'unun (%39,4) kadın olduğu görülmüştür. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, 70'inin (%40,0) bekar, 105'inin (%60,0) evli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, 29 yaş ve altındaki katılımcıların 45 kişi (%25,7), 30-39 yaş aralığındaki katılımcıların 51 kişi (%29,1), 40-49 yaş aralığındaki katılımcıların 45 kişi (%25,7) ve 50 yaş ve üzeri katılımcıların 34 kişi (%19,4) olduğu belirlenmiştir. Öğrenim düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların 37'sinin (%21,1) lise ve altı, 29'unun (%16,6) ön lisans, 83'ünün (%47,4) lisans ve 26'sının (%14,9) lisansüstü öğrenim düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Ölçeklerin Ortalama Standart Sapma Değerleri ve Normallik Analizi Sonuçları

Çalışmada, mizah tarzları ve kriz yönetimi ölçeği için normallik analizleri, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları incelenmiştir. Literatürde, bir dağılımın normal kabul edilebilmesi için bu değerlerinin sırasıyla -1,5 ile +1,5 arasında olması gerektiği ifade edilmektedir (Tabachnick ve ark., 2013).

İlgili analiz sonuçlarına göre, kriz yönetimi ölçeği ve mizah tarzları ölçeğinin her ikisinde de çarpıklık ve basıklık katsayıları, normallik varsayımını sağladığı görülmüştür. Kriz yönetimi ölçeği için çarpıklık değeri -0.491 ve basıklık değeri 0.108; Mizah tarzları ölçeği için ise çarpıklık değeri -0.387 ve basıklık değeri 0.298 olarak hesaplanmıştır. İfade edilen bu değerler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları

Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların cinsiyetleri (kadın/erkek) ve medeni durumları (evli/bekâr) ile mizah tarzları ölçeği ve kriz yönetimi ölçeği algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Bununla birlikte, ANOVA testi sonuçları, 29 yaş ve altındaki katılımcıların, 30-39 yaş arasındaki katılımcılara kıyasla kriz öncesi algılarında anlamlı bir farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu farklılıkta, 29 yaş ve altındaki katılımcıların daha yüksek bir algıya sahip oldukları belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca, katılımcıların öğrenim düzeyleriyle ilgili yapılan analizlerde, kriz yönetimi ve alt boyutları açısından bir farklılık gözlemlenmemiştir. Ancak, mizah tarzları ölçeği genel puanı ve alt boyutları (öncel odaklı, araçsal sosyalleştirici ve tepki odaklı) arasında anlamlı

Tablo 2. Ölçek İfadelerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ile Normallik Analizi Bulguları

KYÖ	Ort.	Std.Sap.	Çarpıklık	Basıklık	İMYBÇ	Ort.	Std.Sap.	Çarpıklık	Basıklık
1	3,874	1,187	-,921	,096	1	2,411	1,357	,545	-,852
2	3,549	1,388	-,493	-1,034	2	3,160	1,308	-,144	-1,043
3	3,840	1,240	-,899	-,108	3	3,057	1,368	-,050	-1,194
4	3,640	1,361	-,721	-,658	4	2,983	1,275	,100	-,900
5	3,349	1,493	-,353	-1,288	5	2,760	1,394	,283	-1,126
6	3,509	1,497	-,521	-1,177	6	2,869	1,381	,107	-1,186
7	2,971	1,522	,039	-1,446	7	2,983	1,284	,065	-,900
8	3,743	1,421	-,800	-,730	8	2,909	1,366	,153	-1,147
9	3,994	1,324	-1,162	,166	9	3,177	1,272	-,134	-1,026
10	3,869	1,381	-,860	-,602	10	2,463	1,433	,484	-1,106
11	3,611	1,430	-,675	-,886	11	2,966	1,402	,112	-1,223
12	3,554	1,404	-,515	-1,046	12	3,251	1,337	-,120	-1,151
13	3,423	1,395	-,366	-1,109	13	3,177	1,342	-,112	-1,087
14	3,606	1,351	-,552	-,893	14	2,851	1,365	,162	-1,134
15	3,560	1,384	-,541	-,917	15	2,571	1,375	,406	-1,027
16	3,754	1,296	-,749	-,491	16	3,029	1,279	,096	-,967
17	3,714	1,343	-,732	-,606	17	3,234	1,263	-,243	-,894
18	3,800	1,352	-,873	-,445	18	2,857	1,303	,126	-,992
19	3,977	1,255	-1,140	,313	19	2,886	1,397	,065	-1,209
20	3,766	1,338	-,786	-,581	20	2,554	1,376	,375	-1,079
21	3,669	1,323	-,724	-,535	21	2,994	1,358	,080	-1,211
22	3,731	1,374	-,729	-,679	22	3,206	1,319	-,173	-1,068
23	3,760	1,402	-,792	-,679	23	2,903	1,329	,076	-1,078
KÖ Alt Boyutu	3,608	1,135	-,648	-,686	ÖOBÇ_Alt Boyutu	2,923	1,113	,103	-1,042
KE Alt Boyutu	3,687	1,199	-,700	-,668	TOBÇ_Alt Boyutu	2,893	1,202	,138	-1,054
KS Alt Boyutu	3,731	1,273	-,723	-,645	ASMBÇ_Alt Boyutu	2,907	1,174	,044	-1,160
KY Ölçeği Geneli	3,664	1,144	-,690	-,667	ASBÇ_Alt Boyutu	2,948	1,102	,159	-1,076
					İMYBÇ Ölçeği Geneli	2,924	1,068	,098	-1,070

KYÖ=Kriz Yönetimi; KÖ=Kriz Öncesi; KE=Kriz Esnası; KS=Kriz Sonrası;

İMYBÇ=İşyerinde Mizah Yoluyla Başa Çıkma; ÖOBÇ=Öncel Odaklı Başa Çıkma; TOBÇ=Tepki Odaklı Başa Çıkma Başa Çıkma; ASMBÇ=Araçsal Saldırgan/Manipülatif Başa Çıkma; ASBÇ=araçsal sosyalleştirici başa çıkma

farklar tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu farklılık, lisans eğitimine sahip katılımcıların, lisansüstü eğitimine sahip katılımcılara göre daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğunu göstermektedir. Öte yandan, araçsal saldırgan/manipülatif alt boyutu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Elde edilen bulgular Tablo 3'te gösterilmektedir.

Korelasyon Analizi

Mizah tarzları (İMYBÇ) ile kriz yönetimi (KY) ve alt boyutları arasındaki ilişkiler, Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tablo 4'te verilen korelasyon sonuçlarına göre mizah tarzları ölçeğinin öncel odaklı alt boyutu ile kriz yönetiminin kriz öncesi, kriz esnası ve kriz sonrası algıları alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (kriz öncesi ile öncel odaklı: $r=0,188$; $p<0,05$; kriz esnası ile öncel odaklı: $r=0,161$; $p<0,05$).

Ayrıca mizah tarzlarının araçsal sosyalleştirici boyutu ile kriz öncesi ve kriz esnası arasında anlamlı ve pozitif

yönde bir ilişki mevcuttur (kriz öncesi ile araçsal sosyalleştirici: $r=0,223$; $p<0,01$; kriz esnası ile araçsal sosyalleştirici: $r=0,176$; $p<0,05$). Ayrıca, tepki odaklı mizah boyutu ile kriz öncesi arasında da anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,182$; $p<0,05$).

Regresyon Analizi

Araştırmada mizah tarzları ve alt boyutlarının kriz yönetimi ve alt boyutları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla regresyon analizi yapılmış ve sonuçları Tablo 5'te verilmiştir. Mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerindeki etkisini ölçen modelin sonuçları, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($F=5,187$; $p=0,024$).

Regresyon analizi sonuçlarına göre, mizah tarzlarının alt boyutlarından olan öncel odaklı mizah boyutunun kriz öncesi algılar üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,188$, $p=0,013$). Kriz esnası

Tablo 3. Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Fark Analiz Sonuçları

Değişkenler	N	I	II	III	KY	IV	V	VI	VII	İMYBÇ
Cinsiyet										
Erkek	106	3,637	3,736	3,750	3,700	2,979	2,764	2,880	3,067	2,961
Kadın	69	3,562	3,612	3,703	3,608	2,837	3,092	2,949	2,764	2,868
		t: ,428	t: ,669	t: 0,239	t: ,517	t: ,822	t: -1,773	t: -,382	t: 1,791	t: ,561
		p = ,669	p = ,505	p = ,812	p = ,606	p = ,412	p = ,078	p = ,703	p = ,075	p = ,575
Medeni Durum										
Bekar	70	3,624	3,710	3,661	3,668	2,911	3,019	2,971	2,920	2,939
Evli	105	3,597	3,671	3,779	3,661	2,931	2,810	2,864	2,966	2,914
		t: ,154	t: ,208	t: -,599	t: -,117	t: 1,131	t: ,590	t: -,267	t: ,039	t: ,147
		p = ,878	p = ,836	p = ,550	p = ,907	p = ,260	p = ,556	p = ,790	p = ,969	p = ,884
Yaş										
29 Yaş ve altı	45	3,916	3,947	3,956	3,936	2,879	3,067	3,039	2,841	2,920
30-39 yaş arası	51	3,248	3,418	3,480	3,362	2,854	2,614	2,750	2,983	2,844
40-49 yaş arası	45	3,642	3,684	3,711	3,672	3,017	3,030	2,972	2,937	2,986
50 yaş ve üzeri	34	3,693	3,750	3,838	3,743	2,961	2,902	2,882	3,050	2,967
		F: 2,990	F: 1,609	F: 1,215	F: 2,126	F: ,207	F: 1,432	F:,540	F: ,254	F: ,163
		p = ,033	p = ,189	p = ,306	p = ,099	p = ,892	p = ,235	p = ,655	p = ,858	p = ,921
Post Hoc		I>2								
Öğrenim Düzeyi										
Lise ve altı	37	3,790	3,957	3,899	3,881	3,120	3,000	2,959	3,120	3,076
Ön lisans	29	3,797	3,928	4,017	3,892	2,674	2,862	2,578	2,631	2,669
Lisans	83	3,624	3,596	3,639	3,614	3,070	3,056	3,139	3,095	3,087
Lisansüstü	26	3,085	3,323	3,471	3,256	2,453	2,256	2,462	2,588	2,470
		F: 2,491	F: 2,003	F: 1,215	F: 2,018	F: 2,995	F:3,159	F:3,230	F: 2,585	F: 3,127
		p = ,062	p = ,115	p = ,306	p = ,113	p = ,032	p = ,026	p = ,024	p = ,055	p = ,027
Post Hoc						3>4	3>4	3>4	3>4	

I: Kriz Öncesi, II: Kriz Esnası, III: Kriz Sonrası, IV: Öncel Odaklı, V: Araçsal Sosyalleştirici, VI: Tepki Odaklı, VII: Araçsal Saldırgan/Manipülatif

Tablo 4. Mizah Tazrları ile Kriz Yönetimi Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kriz Öncesinde (1)	1								
Kriz Esnasında (2)	,912**	1							
Kriz Sonrasında (3)	,833**	,889**	1						
Kriz Yönetimi (4)	,965**	,982**	,922**	1					
Öncel Odaklı (5)	,188*	,161*	,114	,169*	1				
Araçsal Sosyalleştirici (6)	,223**	,176*	,075	,182*	,767**	1			
Tepki Odaklı (7)	,182*	,119	,057	,136	,888**	,834**	1		
Araçsal Saldırgan (8)	,188*	,149*	,084	,157*	,916**	,701**	,845**	1	
Mizah Tazrları (9)	,203**	,161*	,095	,171*	,977**	,839**	,941**	,952**	1

**. Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Çift kuyruklu test).

*. Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Çift kuyruklu test).

Tablo 5. Mizah Tazrları ve Alt Boyutlarının Kriz Yönetimi ve Alt Boyutlarına Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar	Standardize Edilmiş Katsayılar	T	p	R	R ²	F	P
		B	Std. Hata						
Mizah Tazrları	Sabit Değişken	3,129	0,250		12,534	0,000			
	Kriz Yönetimi	0,183	0,080	0,171	2,278	0,024	0,171	0,029	5,187
Öncel Odaklı	Sabit Değişken	3,046	0,238		12,799	0,000			
	Kriz Öncesi	0,192	0,076	0,188	2,524	0,013	0,188	0,036	6,369
	Sabit Değişken	3,179	0,253		12,577	0,000			
	Kriz Esnası	0,174	0,081	0,161	2,148	0,033	0,161	0,060	4,615
	Sabit Değişken	3,350	0,270		12,403	0,000			
	Kriz Sonrası	0,131	0,086	0,114	1,511	0,133	0,114	0,013	2,284
Araçsal Sosyalleştirici	Sabit Değişken	2,997	0,219		13,681	0,000			
	Kriz Öncesi	0,211	0,070	0,223	3,015	0,003	0,223	0,050	9,088
	Sabit Değişken	3,179	0,234		13,592	0,000			
	Kriz Esnası	0,176	0,075	0,176	2,353	0,020	0,176	0,031	5,535
	Sabit Değişken	3,500	0,251		13,922	0,000			
	Kriz Sonrası	0,080	0,080	0,075	0,995	0,321	0,075	0,006	0,989
Tepki Odaklı	Sabit Değişken	3,096	0,226		13,671	0,000			
	Kriz Öncesi	0,176	0,072	0,182	2,438	0,016	0,182	0,033	5,942
	Sabit Değişken	3,332	0,242		13,789	0,000			
	Kriz Esnası	0,122	0,077	0,119	1,583	0,115	0,119	0,014	2,504
	Sabit Değişken	3,552	0,258		13,771	0,000			
	Kriz Sonrası	0,062	0,082	0,057	0,751	0,454	0,057	0,003	0,564
Araçsal Saldırgan	Sabit Değişken	3,038	0,242		12,564	0,000			
	Kriz Öncesi	0,193	0,077	0,188	2,512	0,013	0,188	0,035	6,311
	Sabit Değişken	3,210	0,257		12,473	0,000			
	Kriz Esnası	0,162	0,082	0,149	1,979	0,049	0,149	0,022	3,917
	Sabit Değişken	3,447	0,275		12,524	0,000			
	Kriz Sonrası	0,097	0,087	0,084	1,103	0,272	0,084	0,007	1,217

algıları üzerinde de benzer şekilde anlamlı bir etki tespit edilmiştir ($\beta=0,161$, $p=0,033$). Ancak, bu etki kriz öncesine göre daha düşük bir düzeyde kalmıştır. Bununla birlikte, kriz sonrası algılar üzerinde öncel odaklılık boyutunun anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir ($\beta=0,114$, $p=0,133$).

Mizahın alt boyutlarından olan araçsal sosyalleştirici boyutunun kriz öncesi algılar üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($\beta=0,223$, $p=0,003$). Bu bulgu, kriz öncesi dönemde, çalışanların araçsal sosyalleştirici mizahı kullanarak kriz yönetimi konusunda daha yüksek bir algıya sahip olduklarını göstermektedir. Kriz esnasında da anlamlı bir etki gözlemlenmiş olup, regresyon katsayısı ($\beta=0,176$, $p=0,020$) daha düşük bir düzeyde olsa da araçsal sosyalleştirici mizahın kriz esnasında da etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak kriz sonrası algılar üzerinde araçsal sosyalleştiricinin etkisi anlamlı olmamıştır ($\beta=0,075$, $p=0,321$).

Mizah tarzlarının alt boyutlarından olan tepki odaklı mizahın kriz yönetimi üzerindeki etkisi regresyon analizi sonuçlarına göre kriz öncesi algılar üzerinde tepki odaklı boyutun anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,182$, $p=0,016$). Bu bulgu, tepki odaklı mizahın kriz öncesi dönemde kriz yönetimi algısını güçlendirdiğini göstermektedir. Kriz esnasında ise, tepki odaklı mizahın etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\beta=0,119$, $p=0,115$). Bu durum kriz esnasında bu mizah tarzının etkisinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Kriz sonrası dönemde de tepki odaklı mizahın kriz yönetimi algıları üzerinde anlamlı bir etki göstermediği saptanmıştır ($\beta=0,057$, $p=0,454$).

Son olarak mizah tarzlarının alt boyutlarından olan araçsal saldırgan boyutunun kriz yönetimi üzerindeki etkisine dair regresyon analizi sonuçlarına göre ise kriz öncesi algılar üzerinde araçsal saldırgan mizahın anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,188$, $p=0,013$). Bu bulgu, araçsal saldırgan mizahın kriz öncesinde kriz yönetimini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Kriz esnası algıları üzerinde de araçsal saldırgan mizahın anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta=0,149$, $p=0,049$). Bu durum, araçsal saldırgan mizahın kriz anında da kriz yönetimi algısını etkileyebileceğini, ancak etki düzeyinin daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Kriz sonrası algılar üzerinde ise araçsal saldırgan mizahın etkisi anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0,084$, $p=0,272$).

TARTIŞMA

Araştırmada mizahın kriz yönetim başarısını pozitif yönde etkilediği belirlenmiş (Tablo 5) ve ana hipotez kabul edilmiştir. Literatürde de benzer sonuçlar

olduğu görülmüştür. Canestrari ve arkadaşlarının (2021) sağlık çalışanı örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmada, mizahı başa çıkma stratejisi olarak kullanan çalışanların Covid-19 krizinden kaynaklanan stresi daha düşük düzeyde algıladıkları belirlenmiştir. Bulgular, salgın krizinin yarattığı olumsuz duyguları azaltma konusunda mizahın önemli bir kaynak olduğunu ileri sürmektedir. Çiftçi (2021) tarafından sağlık çalışanları örnekleminde yapılan çalışmada, kriz dönemlerinde sosyal medyada mizahi paylaşımlar yapmanın krizde iletişimi güçlendirdiği ve krizin neden olduğu olumsuz etkileri azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Schneider (2024) tarafından tüketici örnekleminde gerçekleştirilen çalışmada, kriz iletişiminde mizah kullanma eğilimine özel bir vurgu yapılarak kriz yönetimi ile ilişkisi ortaya çıkarılmıştır.

Bu araştırmada regresyon analizi sonuçlarına göre, öncel odaklı mizahın kriz öncesi boyut üzerinde pozitif bir etki yarattığı tespit edilmiştir (Tablo 5). Bu sonuç, kriz öncesi dönemde, çalışanların uyumlu ve olumlu bir mizah türü olarak değerlendirilen öncel odaklı mizahı benimsemelerinin, kriz yönetimi konusunda daha güçlü bir algı geliştirmelerine yardımcı olduğunu göstermektedir. Araştırmada öncel odaklı mizahın kriz esnası boyutu düşük düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı şekilde etkilediği sonucuna ulaşılrken, öncel odaklı mizahın kriz sonrası üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla öncel odaklı mizahın kriz sürecinin erken aşamalarında etkili olduğunu, kriz sonrasında etkisini yitirdiğini ve farklı stratejilerin daha etkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde Elshaer ve arkadaşları (2022) tarafından otel çalışanları örnekleminde gerçekleştirilen çalışmada, olumlu mizah tarzı kullanımının krizin yarattığı stresle başa çıkma düzeyini artırması bu araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Kuiper ve arkadaşları (1993), olumlu mizahın bilişsel değerlendirme yoluyla stresin etkisini azaltabileceğini ve stres seviyesinin mizahi başa çıkma ile negatif ilişkili olduğu sonucuna ulaşırlar. Bu durum, olumlu algılanan mizahın stresli durumları, olumlu şekilde yeniden değerlendirmesini sağlamakta ve araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada araçsal sosyalleştirici mizah ile kriz öncesi ve kriz esnası boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur (Tablo 4). Regresyon analizi sonuçlarında araçsal sosyalleştirici mizah, kriz öncesi ve kriz esnasını etkilerken; kriz sonrası dönemde etkisiz kalmıştır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre tepki odaklı mizah sadece kriz öncesi üzerinde pozitif ve anlamlı bir etki yaratmıştır (Tablo 5). Bu bulgu, olumsuz mizah tarzı olarak değerlendirilen tepki odaklı mizahın kriz esnası ve sonrasında yetersiz kaldığını göstermektedir. Bu

çerçevede literatürden elde edilen sonuçlar mizahın olumlu ve olumsuz kullanımları arasındaki ayrımın önemli etkileri olduğunu göstermektedir (Dozois ve ark., 2009).

Araştırmada araçsal saldırgan mizahın kriz öncesi ve kriz esnası döneminde anlamlı ve pozitif bir etki yarattığı tespit edilmiştir (Tablo 5). Dolayısıyla olumsuz olarak algılanan bu mizah tarzı artarsa kriz yönetim başarısı da artmaktadır. Elde edilen bu bulgu, önceki araştırmalarla birlikte, saldırgan mizahın bazen olumlu bazen de olumsuz sonuçları olan bir yapı olduğuna işaret etmektedir (Schneider, 2024). Üstünlük kuramına dayanan araçsal saldırgan mizah, kişinin kendi üstünlük duygusunu ve iyi olma hissiyatını kısa vadede artırsa da bazı araştırmalarda kişilerarası ilişkilerin daha çok bozulmasına, empatinin azalmasına ve sağlık alanındaki çalışmalarda özellikle hekimlerin tükenmiş hissetmesine neden olmaktadır (Oktuğ ve ark., 2018). Saldırgan bir mizaha maruz kalmak bilişsel olarak yeniden değerlendirme yapmak yerine kaygı ve yetersizlik duygusunu bastırması nedeniyle yanıltıcı bir etkiye sahip olmaktadır (Huo ve ark., 2021).

Bu araştırmada kriz yönetimi ölçeği ile cinsiyet ve medeni durum değişkenleri arasında fark gözlemlenmemiştir. Ancak 29 yaş ve altındaki çalışanların kriz yönetim algısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde ise hem benzer hem de uyumsuz sonuçların olduğu görülmektedir (Tablo 3). Atabay'ın (2019) sağlık çalışanları örnekleminde gerçekleştirdiği çalışmada kriz yönetiminde cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi ve yaş değişkenine göre anlamlı farklılık görülmemiştir. Özarslan ve Diker (2020)'in çalışmasında ise kriz yönetiminde sadece cinsiyete göre farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmada mizah alt boyutlarından araçsal saldırgan mizah ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 3). Literatür incelendiğinde ise bazı araştırmalarda genç bireylerin daha çok agresif mizah tarzı kullandığını (Martin ve ark., 2003; Menéndez-Aller ve ark., 2020; Torres-Marín ve ark., 2018) göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Sonuçlar değerlendirilirken, araştırmanın bazı sınırlılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırma bütçe ve zaman kısıtı nedeniyle sadece İstanbul ilinde yer alan tıbbi cihaz firması çalışanlarından oluştuğu için sonuçlar belirli bir yerle sınırlandırılmıştır.

Bu araştırma tıbbi cihaz sektöründe 175 çalışanın görüşleri ile sınırlı olduğu için evreni bütünüyle temsil etmeyebilir, ancak bulgular mevcut katılımcılar açısından anlamlıdır.

Araştırma daha büyük örnekleme ve küçük, orta ve büyük ölçekli tıbbi cihaz firmaları kapsamında yapılabilir.

Araştırmanın yalnızca tıbbi cihaz sektöründe yürütülmesi sağlık sektörü içi çeşitliliğinin tam olarak yansıtılmasını sınırlandırmıştır. Bununla birlikte çalışmanın sonuçları finans, eğitim, bilişim gibi farklı sektörlerle kıyaslanmamalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, tıbbi cihaz sektöründe çalışanların mizah algılarının kriz yönetimi üzerindeki etkisini belirlemede katkılar sunmaktadır. Tıbbi cihaz sektörü, özellikle Covid-19 salgını gibi dışsal krizlere, kaynak yetersizliği ve yönetsel kriz gibi içsel krizlere maruz kalmış bir alandır. Kriz zamanlarında çalışma düzeninde yaşanan belirsizlikler çalışanların psikolojilerine etki etmekte ve maruz kalınan birtakım olumsuz durumlar işletmeye zarar verecek davranışlara neden olabilmektedir. Bu davranışların önlenmesi ve çalışanların zorlukların üstesinden gelebilecekleri tutumlara yönelebilmesini sağlayacak bir stratejiye ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu araştırmanın genel sonuçları mizah tarzlarının kriz yönetimi üzerinde farklı düzeylerde etkiler yarattığını ortaya çıkarmıştır. Özellikle mizah tarzlarının kriz öncesi ve kriz esnası dönemi pozitif yönde etkilediği, kriz sonrası dönemde ise anlamlı bir etki olmadığı dolayısıyla farklı stratejiler geliştirilmesini düşündürmektedir. Bununla birlikte kriz öncesi dönemde, öncel odaklı, araçsal sosyalleştirici ve araçsal saldırgan/manipülatif mizahın belirgin etkiler yaratması, kriz yönetimi başarısını şekillendirme gücünü göstermektedir. Kriz esnası döneminde ise, araçsal sosyalleştirici ve tepki odaklı mizahın etkisi öne çıkmış, ancak kriz sonrası dönemde bu etkilerin anlamlılığını yitirdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte manipülasyonu ve alayı kullanarak başkalarında olumsuz duyguyu artıran araçsal saldırgan/manipülatif mizahın kriz sonrası dönemde etkisinin olmaması gelecek araştırmalarda başka değişkenler dahilinde incelenmesini gerektirebilir.

Sonuç olarak kriz yönetiminde çalışanları desteklemenin önemini fark eden işletmeler, kriz esnasında, krizin yönetilmesinde ve krizin neden olduğu stres duygusunun azaltılmasında mizahın baş etme gücünden faydalanabilir.

Bu araştırmada sadece nicel yöntemden faydalanılmıştır. Bu nedenle gelecek araştırmalarda çalışanların mizah ve kriz yönetimi algılarının daha derin şekilde irdelendiği nitel bir araştırma tasarlanabilir. Literatür incelendiğinde mizah, pozitif psikoloji bağlamında potansiyel bir boyut olarak görülmektedir. Pozitif kavramlar dahil edilerek aracılık rolü test edilebilir. Bununla birlikte

işyerinde mizahın, uzun vadeli psikolojik etkileri üzerine yapılacak çalışmalarla kriz yönetimi literatürüne faydası artırılabilir. Mizah kültürden kültüre farklılık gösteren bir kavram olduğu için, farklı kültürlerde yapılan karşılaştırmalar çalışmanın geleceği adına oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

- Aaker, J., & Bagdonas, N. (2021). Humor, seriously: Why humor is a secret weapon in business and life (And how anyone can harness it. Even you.). New York: Crown Currency.
- Arik, Ö., İleri, Y.Y., & Kaya, B. (2016). Sağlık hizmetlerinde tıbbi cihaz sektörü. Hacettepe sağlık idaresi dergisi, 19(2): 187-202.
- Aslan, N. (2017). Hemşirelerin mizah tarzları ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Atabay, B. (2019). Sağlık kurumlarında kriz yönetimi ve örnek bir uygulama [Yüksek Lisans Tezi]. Kırklareli Üniversitesi. <http://acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.11857/1120/547337.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Avacı, A. (2022). Medikal sektör Türkiye incelemesi: Kriz yönetimi ve sektörel yenilikler. International Academic Social Resources Journal, 7(36): 531-539. <http://dx.doi.org/10.29228/ASRJOURNAL.62096>.
- Barut, Y. ve Onay, M. (2017). Yöneticilerin kullandığı mizah tarzının araştırılması ve mizah kullanımının örgüt üzerindeki negatif ve pozitif etkileri: Türkiye’de örnek bir çalışma. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi, 416-425.
- Blanchard, A. L., Stewart, O. J., Cann, A., & Follman, L. (2014). Making sense of humor at work. The Psychologist-Manager Journal, 17(1), 49-70. <https://doi.org/10.1037/mgr0000011>.
- Boydston, A.E., Wallach, H., Young, D.G., & Allen, J.A. (2023). The role of humor in work group dynamics in times of crisis. Small Group Research, 54(6): 792-833. <https://doi.org/10.1177/10464964231173335>.
- Can, S., & Eke, E. (2023). Kurumlarda mizahın kullanımına yönelik kavramsal bir çalışma. Süleyman Demirel Üniversitesi İfade Dergisi, 5(1): 36-53.
- Canestrari, C., Bongell, R., Fermani, A., Riccioni, I., Bertolazzi, A., Muzi, M., et al. (2021). Coronavirus disease stress among Italian healthcare workers: The role of coping humor. Frontiers in psychology, 11, 601574. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.667821>.
- Cesta, A., Cortellessa, G., & De Benedictis, R. (2024). Training for crisis decision making—an approach based on plan adaptation. Knowledge-Based Systems, 58: 98-112. <https://doi.org/10.1016/j.knosys.2013.11.011>.
- Cowling, M., Brown, R., & Rocha, A. (2020). Did you save some cash for a rainy COVID-19 day? The crisis and SMEs. International Small Business Journal, 38(7), 593-604. <https://doi.org/10.1177/0266242620945102>.
- Coşkun, R., Altunışık, R., & Yıldırım, E. (2017). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Çalışkan, A. (2020). Kriz yönetimi: bir ölçek geliştirme çalışması. Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 5(2), 108-123.
- Çiftçi, D. (2021). Kriz dönemlerinde yaratıcı bir iletişim olarak troll ve capsler: Covid-19 örneği [Troll and caps as a creative communication during crisis periods: the example of covid-19]. Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(2): 848-876. <https://doi.org/10.19145/e-gifder.918565>.
- Diana, A., Elena, B., & Mihaela, R. (2023). The relationship between stress and the use of humour as a coping mechanism in nurses. Blacksea Journal Of Psychology, 14(4): 1-8. <https://doi.org/10.47577/bspsychology.bsjop.v14i4.260>.
- Dinçsoy, D.B. 79 ülkeye ihracat yapıyoruz. İKMİB, Chemist, 2020. <https://www.ikmib.org.tr/files/images/muhtelif/chemist-62d.pdf>.
- Doosje, S., De Goede, M., Van Doornen, L., & Golstein, J. (2010). Measurement of occupational humorous coping. Humor, 23(3): 275-305. <https://doi.org/10.1515/humr.2010.013>.
- Dozois, D.J., Martin, R.A., & Bieling, P.J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. Cognitive Therapy And Research, 33: 585-596. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9223-9>.
- Duğan, Ö. (2018). Sosyal medya kaynaklı krizlerin imaj restorasyon teorisi açısından örnek olaylar üzerinden incelenmesi. Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 29: 293-313. <https://doi.org/10.31123/akil.396418>.
- Elshaer, I.A., Azazz, A.M. & Fayyad S. (2022). Positive humor and work withdrawal behaviors: the role of stress coping styles in the hotel industry amid COVID-19 pandemic. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 19(10): 6233. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106233>.
- Ergözen, Ö., & Uğurlu, Z. (2019). Hemşirelerin mizah tarzlarının iş doyumları üzerine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 11(3).
- Fizzanty, T., Kusnandar, K., Setiawan, S., Manalu, R., & Oktaviyanti, D. (2020). The international research collaboration, learning and promoting innovation capability in Indonesia medical sectors. STI Policy And Management Journal, 5(2): 161-178. <http://dx.doi.org/10.14203/STIPM.2020.189>.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal Of Personality And Social Psychology, 50(3): 571-579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>.
- Guidice, R.M., Mesmer-Magnus, J., Barnes, D.C., & Scribner, L.L. (2023). Service amid crisis: The role of supervisor humor and discretionary organizational support. Journal Of Services Marketing, 37(2): 168-183. <https://doi.org/10.1108/JSM-07-2021-0260>.
- Güldal, Ş., Kılıçoğlu, N. A., & Kasapoğlu, F. (2022). Psychological flexibility, coronavirus anxiety, humor and social media addiction during COVID-19 pandemic in Turkey. International Journal for the Advancement of Counselling, 44(2), 220-242.
- Huo, L., Zhou, Y., Li, S., Ning, Y., Zeng, L., Liu, Z., et al. (2021). Burnout and its relationship with depressive symptoms in medical staff during the Covid-19 epidemic in China, Frontiers Psychology, 12, 1-9: doi: 10.3389/fpsyg.2021.616369.
- Jamal, J., & Abu Bakar, H. (2015). The mediating role of charismatic leadership communication in a crisis: A Malaysian example. International Journal Of Business Communication, 20(1): 26-44. <https://doi.org/10.1177/2329488415572782>.
- Khan, I. (2020). Crisis management: role of psychological capital in business organization. New Paradigms In Business Management Practices, 2, 143.
- Kuiper, N.A., Martin, R.A., & Olinger, L.J. (1993). Coping humour, stress, and cognitive appraisals. Canadian Journal Of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 25(1):81-96. <https://doi.org/10.1037/h0078791>.
- Kuiper, N. A., & Martin, R. A. (1998). Is sense of humor a positive personality characteristic? In W. Ruch (Ed.), The sense of humor: Explorations of a personality characteristic (pp. 159-178). Walter de Gruyter & Co. <https://doi.org/10.1515/9783110804607.159>.
- Lefcourt, H. M., & Martin, R. A. (1986). Humor and life stress: Antidote to adversity. Springer- Verlag.
- Martin, R. A. (2019). Humor. In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.), Positive psychological assessment: A handbook of models and measures (2nd ed., pp. 305-316). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000138-019>

- Martin, L. S. (2022). Laughing off ebola in sierra leone: humor in times of crisis. *Journal of African Cultural Studies*, 34(2), 143-156. <https://doi.org/10.1080/13696815.2022.2045476>
- Martin, R.A., & Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality And Social Psychology*, 45(6): 1313. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.6.1313>.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2).
- McGraw, A.P., Warren, C., & Kan, C. (2015). Humorous complaining. *Journal Of Consumer Research*, 41(5): 1153-1171. <https://doi.org/10.1086/678904>.
- Menéndez-Aller, Á., Postigo, Á., Montes-Álvarez, P., González-Primo, F. J., & García-Cueto, E. (2020). Humor as a protective factor against anxiety and depression. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 20(1), 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.12.002>.
- Neves, P. (2018). Exploring a model of workplace ostracism: The value of coworker humor. *International Journal of Stress Management*, 25(4), 330.
- Oktuğ, Z., Turgut, T., & Ünal, Z.M. (2018). İşyerinde mizah yoluyla başa çıkma ölçeği: Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(26): 782-797. <https://doi.org/10.20875/makusobed.428079>.
- Özarlan, C., & Diker, E. (2020). Kamu kurumlarının kriz yönetimi becerileri: Samsun Büyükşehir Belediyesi çalışanlarına yönelik bir araştırma. *Erciyes İletişim Dergisi*, 7(1): 653-678. <https://doi.org/10.17680/erciyesiletisim.648215>.
- Park, S., Graham, M., & Foster, E.A. (2022). Improving local government resilience: highlighting the role of internal resources in crisis management. *Sustainability*, 14(6): 3214. <https://doi.org/10.3390/su14063214>.
- Peng, L., Lei, S., Guo, Y., & Qiu, F. (2020). How can leader humor enhance subordinates' service creativity? The moderator of subordinates' SFIT and the mediator of role modeling. *Leadership & Organization Development Journal*, 41(6): 865-882. <https://doi.org/10.1108/LODJ-03-2020-0087>.
- Raecke, J., & Proyer, R. T. (2022). Humor as a multifaceted resource in healthcare: an initial qualitative analysis of Perceived functions and conditions of medical assistants' use of humor in their Everyday Work and Education. *International journal of applied positive psychology*, 7(3), 397-418. <https://doi.org/10.1007/s41042-022-00074-2>
- Ridanpää, J. (2019). Crisis events and the inter-scalar politics of humor. *Geo Journal*, 84(4), 901-915. <https://doi.org/10.1007/s10708-018-9900-5>
- Rosenberg, C., Walker, A., Leiter, M., & Graffam, J. (2021). Humor in workplace leadership: A systematic search scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.610795>.
- Scheel, T., & Gockel, C. (2017). *Humor at work in teams, leadership, negotiations, learning and health*. 1st edition. Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-65691-5.
- Shingala, M. C., & Rajyaguru, A. (2015). Comparison of post hoc tests for unequal variance. *International Journal of New Technologies in Science and Engineering*, 2(5), 22-33.
- Schneider, V. (2024). Laughing through the crisis: Consumer perceptions of humor in social media crisis communication [Master Thesis]. Holland: Erasmus University Rotterdam [<https://thesis.eur.nl/pub/75009/>].
- Schönfeldt, S., & Miznikova, J. (2010). The serious business of humor: A qualitative study of humor as a management tool [Master thesis]. Swedish: Umeå School of Business [22.09.2022]. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:349736/FULLTEXT01.pdf>.
- Shellenbarger, S. (2017, January, 24). The joke that makes or breaks you at work. *The Wall Street Journal*. www.wsj.com/articles/the-joke-that-makes-or-breaks-you-at-work-1485273069.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. Philosophy of humor [22.01.2023]. <https://plato.stanford.edu/entries/humor/>.
- Tabachnick, B.G, Fidell, L.S., & Ullman, J.B. (2013). *Using multivariate statistics*. Sevent edition. Boston, MA Pearson.
- Tan, L., Wang, Y., Qian, W. and Lu, H. (2020). Leader humor and employee job crafting: the role of employee-perceived organizational support and work engagement. *Frontiers in Psychology*, 11, 2592. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.499849>.
- Taylor, S., Simpson, J., & Hardy, C. (2022). The use of humor in employee-to-employee workplace communication: a systematic review with thematic synthesis. *International Journal Of Business Communication*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/23294884211069966>.
- Terzi-Köroğlu, G. (2018). Kriz iletişiminde kurumsal savunca kuramı: Türkiye'deki krizlerin özür metinlerinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Kadir Has Üniversitesi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=WjEd5F2OVZ1uXjZ9cQ_pSw&no=SF0e21D7IYf932QWoa1Ag.
- Torres-Marín, J., Navarro-Carrillo, G., & Carretero-Dios, H. (2018). Is the use of humor associated with anger management? The assessment of individual differences in humor styles in Spain. *Personality and Individual Differences*, 120, 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.040>.
- Wilkins J. (2014). The use of cognitive reappraisal and humour as coping strategies for bullied nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 283-92. doi: 10.1111/ijn.12146.

Araştırma / Research Article

Sağlık kurumlarında ekip kaynak yönetimi yaklaşımına yönelik bir araştırma

A practice for team resource management approach in health institution

Tuba Aralan¹, Ümit Naldöken²¹ Şırnak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Şırnak; tuba.aralan@sirnak.edu.tr, 0000-0002-1739-921X² Doç. Dr. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sivas, umutnaldoken@hotmail.com, 0000-0003-1295-8358

* Bu çalışma, danışmanlığını Doç. Dr. Ümit Naldöken'in yürüttüğü ve 2024 yılında tamamladığımız "Sağlık Kurumlarında Ekip Kaynak Yönetimi Yaklaşımına Yönelik Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezine dayanılarak hazırlanmıştır (Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye, 2024).

ÖZ

Amaç: Araştırmanın temel amacı, ameliyathane birimlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının ekip kaynak yönetimine (EKY) yönelik tutumlarını belirlemektir. Ayrıca, sosyo-demografik ve bireysel değişkenlerin bu tutumlar üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın evrenini, bir kamu hastanesinden 180 ve bir üniversite hastanesinden 200 olmak üzere toplam 380 ameliyathane çalışanı oluşturmuştur. Örneklem yapılımsız evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş; bu doğrultuda 283 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir. Veriler, SPSS 23.0 programı aracılığıyla analiz edilmiş; tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra verilerin normal dağılıma uygunluğu doğrultusunda parametrik testler uygulanmıştır. İki grup karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmış; anlamlı fark saptanan değişkenlerde farkın yönünü belirlemek amacıyla Tukey HSD testi yapılmıştır. **Bulgular:** Elde edilen bulgular, üniversite hastanesi çalışanlarının güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik ile hata-prosedürler alt boyutlarında kamu hastanesi çalışanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha olumlu tutumlara sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, kadınların kurumsal ortam; hemşirelerin güven ve hata-prosedürler; ön lisans mezunlarının hata-prosedürler ve 16 yıl ve üzeri kıdeme sahip çalışanların ise ekip çalışması boyutlarında daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Sonuç olarak, EKY odaklı eğitim programlarının sağlık çalışanlarının tutumlarını olumlu yönde etkileyerek, insan kaynaklı tıbbi hata riskini azaltılabileceği düşünülmektedir.

ABSTRACT

Aim: The primary objective of this study was to examine the attitudes of operating theatre staff towards Crew Resource Management (CRM). A secondary aim was to explore how socio-demographic and individual characteristics influence these attitudes. **Method:** The study population consisted of 380 operating theatre professionals, including 180 from a public hospital and 200 from a university hospital. Without employing a sampling method, an attempt was made to reach the entire population, and 283 participants were included. Data were analysed using SPSS 23.0 software. Alongside descriptive statistics, parametric tests were applied in line with the normality assumptions. Independent samples t-tests were used for comparisons between two groups, and one-way analysis of variance (ANOVA) was employed for comparisons among more than two groups. When significant differences were identified, Tukey's HSD test was conducted to determine the source of variation. **Results:** The findings revealed that university hospital staff exhibited significantly more positive attitudes than public hospital staff in the sub-dimensions of trust, information sharing, stress and burnout, and error-procedures. Furthermore, women scored higher in the institutional environment dimension; nurses demonstrated higher scores in trust and error-procedures; associate degree holders scored higher in error-procedures; and staff with 16 or more years of seniority had higher scores in teamwork. **Conclusion:** In conclusion, it is thought that EKM-focused training programmes may reduce the risk of human-induced medical errors by positively affecting the attitudes of healthcare professionals.

Anahtar Kelimeler:

Ekip Kaynak Yönetimi, Tıbbi Hatalar, Hasta Güvenliği, Ameliyathane Personeli

Key Words:

Crew Resource Management, Medical Errors, Patient Safety, Operating Room Personnel

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Şırnak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Şırnak; Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Doktora Programı, Ankara, tuba.aralan@sirnak.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1739-921X

DOI:

10.52880/sagakaderg.1666003

Gönderme Tarihi/Received Date:

16.03.2025

Kabul Tarihi/Accepted Date:

01.06.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:

30.06.2025

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin yapısında giderek artan karmaşıklık, değişen toplumsal sağlık ihtiyaçları ve sağlık teknolojilerindeki hızlı ilerlemeler, hem hizmet sunucular hem de hizmetten yararlanan bireyler açısından çeşitli riskleri beraberinde getirmektedir (Frush, 2008). Sağlık profesyonellerinin yoğun iş yükü altında verdikleri kararlar, zaman baskısı altında gerçekleştirdikleri uygulamalar ve ekip içi iletişimde yaşanan aksaklıklar; klinik karar alma süreçlerinde hatalara neden olabilmekte ve bu durum hasta güvenliği açısından ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (Karaoğlu ve diğerleri, 2008; Thomas ve diğerleri, 2000). Tıbbi hatalar, hastaların maruz kaldığı zararların temel nedenlerinden biri olarak ön plana çıkmakta; bu hatalar sonucunda hastanede kalış sürelerinin uzaması, kalıcı fonksiyon kayıpları ve hatta ölüm gibi geri dönüşü olmayan durumlar yaşanabilmektedir. Bu bağlamda, sağlık sistemlerinde insan kaynaklı hataların önlenmesine yönelik yaklaşımların ve özellikle hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine dair çabaların önemi giderek daha fazla vurgulanmaktadır (Karaoğlu ve diğerleri, 2008; Thomas ve diğerleri, 2000).

Hasta güvenliği; önlenabilir tıbbi hataların engellenmesi ve kaçınılmaz hataların hastaya olan etkisinin en aza indirilmesini amaçlayan sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2023). Sağlık kurumlarında güçlü bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için tüm çalışanların bu süreçte aktif olarak katılımı, şeffaf bir iletişim ortamının tesisi, yönetsel destek mekanizmalarının işletilmesi ve sürekli eğitim programlarının kurumsallaştırılması gerekmektedir (Barsbay vd., 2018; Akalın, 2005). Ayrıca, hata bildirimini teşvik eden cezalandırıcı olmayan bir sistem anlayışı ile hataların analiz edilmesine imkân tanıyan yapılar, güvenlik kültürünün sürdürülebilirliğini destekleyen temel bileşenler arasında yer almaktadır (IOM, 2000; Ovalı, 2010).

Bu noktada, insan faktörleri disiplini; bireysel özelliklerin yanı sıra çevresel, örgütsel ve mesleki koşulları da içeren bir çerçevede profesyonel performansı ve güvenliği etkileyen çok boyutlu bir alan olarak önem kazanmaktadır (Dempsey vd., 2006). Temel hedefi, bireylerin ve ekiplerin etkinliğini artırmak ve hata olasılığını azaltmak olan bu alan; sağlık hizmetleri gibi yüksek riskli ortamlarda güvenliğin tesis edilmesi açısından stratejik bir araç olarak değerlendirilmektedir.

İnsan faktörlerinin güvenlik üzerindeki etkisini en erken fark eden ve bu alanda sistematik çözümler geliştiren sektörlerin başında havacılık gelmektedir. Uçuş güvenliğine yönelik olayların büyük oranda insan hatasından kaynaklandığının anlaşılmasının ardından,

1979 yılından itibaren Ekip Kaynak Yönetimi (EKY) programları geliştirilmiş ve tüm uçuş ekibine insan faktörleri eğitimi zorunlu hale getirilmiştir (Cooper vd., 1980). Zamanla uluslararası havacılık otoriteleri tarafından operasyonel standart hâline gelen EKY uygulamaları, bireysel hatalardan çok sistemsel kusurlara odaklanan ve ekip içi iletişim, iş birliği, liderlik, karar verme gibi yetkinlikleri geliştirmeyi hedefleyen bir güvenlik kültürü modeli sunmaktadır (European Commission, 2012; Federal Aviation Administration, n.d.). Bu model, “adil kültür” yaklaşımıyla, çalışanların hata bildiriminde bulunmasını engelleyen cezalandırıcı tutumları ortadan kaldırarak sistem odaklı iyileştirme süreçlerini desteklemektedir (Flin & Maran, 2004; Leonard, Graham & Bonacum, 2004).

Havacılık alanında elde edilen bu başarı, EKY’nin diğer yüksek riskli sektörlerde de uygulanabilirliğini gündeme getirmiştir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde insan faktörlerinin ekip performansı ve hasta güvenliği üzerindeki rolü daha fazla önem kazanmış; özellikle cerrahi alanlar, acil servisler ve yoğun bakım üniteleri gibi zaman baskısının yüksek olduğu birimlerde EKY uygulamalarının önemi sıkça vurgulanmıştır (Brindley, 2010; Garrouste-Orgeas, 2010; Hickey vd., 2015). Bu alanlarda iletişim eksiklikleri, görev dağılımında yetersizlikler ve karar alma süreçlerindeki aksaklıklar, doğrudan hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar arasında yer almaktadır (Timmons vd., 2015).

Nitekim, Kılıç ve Bostan’ın (2025) yürüttüğü güncel saha araştırmasında da, acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin malpraktis riskine ilişkin algılarında çevresel ve örgütsel etkenlerin belirleyici olduğu ortaya konmuştur. Söz konusu bulgular, sağlık sisteminde ekip performansını önceleyen yapıların ne denli kritik olduğuna işaret etmekte ve yüksek riskli birimler olan ameliyathanelerde EKY temelli uygulamaların önemini pekiştirmektedir (Ricci & Brumsted, 2012; Aydemir & Yıldırım, 2018). Bu kapsamda, ameliyathane ortamında güvenli ve etkili sağlık hizmeti sunumunun sağlanabilmesi için ekip üyeleri arasında güçlü bir iletişim, görev bilinci ve karşılıklı güven ortamının oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Zira çok disiplinli bir yapıya sahip olan ameliyathaneler; kapalı ve stresli çalışma ortamı, zaman baskısı ve görevlerin yüksek düzeyde koordinasyon gerektirmesi nedeniyle hata riskinin yoğun olduğu birimler arasında yer almaktadır.

Tüm bu kuramsal ve ampirik bilgiler doğrultusunda, ameliyathane çalışanlarının EKY’ye yönelik tutumlarının belirlenmesi, hasta güvenliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca, bu tutumların sosyo-demografik ve bireysel değişkenlere göre nasıl farklılaştığını incelemek, müdahale programlarının hedeflendirilmesi açısından

da yol gösterici olacaktır. Bu doğrultuda yapılan bu çalışmada, ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine ilişkin tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların bazı bireysel ve mesleki değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine yönelik tutumlarını belirlemektir. Buna ek olarak, çalışmanın alt amacı, ameliyathane çalışanlarının sosyo-demografik ve bireysel özellikleri ile ekip kaynak yönetimine ilişkin tutumları arasındaki farklılıkları incelemektir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir kamu hastanesinden 180 ve bir üniversite hastanesinden 200 olmak üzere toplam 380 ameliyathane çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem yöntemi kullanılmaksızın, evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır; bu doğrultuda 128'i kamu hastanesinden, 155'i üniversite hastanesinden olmak üzere toplam 283 cerrahi ekip üyesi (cerrah, hemşire, anesteziist ve ebe) çalışmaya dâhil edilmiştir. Veriler, araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara yüz yüze anket uygulanması yoluyla toplanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu, 5'li Likert tipi ölçek formatında yapılandırılmış olup; 1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Tamamen Katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir. Araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik ve bazı tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen yedi sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" ile ameliyathane çalışanlarının EKY alt boyutlarına ilişkin tutumlarını değerlendirmek üzere kullanılan "Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği", Yalçınkaya (2010) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, Helmreich ve Schaefer'in havacılık alanında geliştirdiği "Kokpit Yönetimi Tutum Ölçeği" temel alınarak sağlık hizmetleri bağlamına uyarlanmış ve geçerlik-güvenirlik analizleri sonucunda bilimsel araştırmalarda kullanılabilir hâle getirilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamında katılımcıların demografik ve mesleki niteliklerini belirlemeye yönelik olarak yapılandırılmış bir kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

Formda; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek grubu, toplam mesleki deneyim süresi ve mevcut kurumda çalışma süresi gibi değişkenleri içeren yedi madde yer almaktadır. Bu veriler, çalışmanın analiz aşamasında tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiş ve ilgili değişkenler bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır.

Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği (AYTÖ)

Ameliyathane çalışanlarının tutumlarını çok boyutlu olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan bu ölçüm aracı, Yalçınkaya (2010) tarafından geliştirilmiş ve özgün yapısını Helmreich ve Schaefer'in "Cockpit Management Attitudes Questionnaire" adlı ölçeğinden almıştır. Sağlık hizmetlerinin dinamik yapısına uyarlanarak Türkçeye kazandırılan ölçek; ameliyathane yönetimi, ekip çalışması, liderlik, hata yönetimi ve kurumsal yapı gibi başlıklarda çalışanların tutumlarını ölçmeyi hedeflemektedir. Toplam 78 maddeden oluşan ölçek, sekiz alt boyutta yapılandırılmıştır: liderlik (5 madde), güven (7 madde), bilgi paylaşımı (4 madde), stres ve tükenmişlik (12 madde), ekip çalışması (9 madde), iş değeri (11 madde), hata-prosedürler (6 madde) ve kurumsal ortam (6 madde). Ölçek, geçerlilik ve güvenirlik analizlerinden geçirilmiş, sağlık hizmetleri bağlamında kullanılabilirliği doğrulanmıştır.

Verilerin Analizi

Elde edilen nicel veriler, SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı aracılığıyla analiz edilmiştir. Öncelikle veriler üzerinde betimleyici istatistikler (frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma) uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiği varsayımı doğrultusunda parametrik testler tercih edilmiştir. İkili grup karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklem T Testi, üç ve daha fazla grup içeren karşılaştırmalarda ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA sonucunda anlamlı fark saptanan alt boyutlarda farklılığın kaynaklandığı grupların belirlenmesi amacıyla Tukey HSD post-hoc testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm analizlerde $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1'de araştırmaya katılan bireylerin meslek dağılımı incelendiğinde, en büyük grubu hemşireler (%44,5) oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş dağılımında en yaygın aralık %37,8 ile 40-49 yaş grubu olup, bunu %35,3 ile 29-39 yaş aralığındaki bireyler takip etmektedir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, katılımcıların %56,9'unun erkek, %43,1'inin ise kadın olduğu belirlenmiştir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %78,4'ünün evli olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi bakımından en yüksek orana sahip grup %66,1 ile lisans mezunlarından oluşurken, bunu %21,9 ile lisansüstü

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler	Gruplar	n	%
Meslek	Cerrah	66	23,3
	Hemşire	126	44,5
	Anestezi	78	27,6
	Ebe	13	4,6
Cinsiyet	Kadın	122	43,1
	Erkek	161	56,9
Yaş	18-28 yaş	33	11,7
	29-39 yaş	100	35,3
	40-49 yaş	107	37,8
	50 yaş ve üzeri	43	15,2
Medeni Durum	Evli	222	78,4
	Bekar	61	21,6
Öğrenim Durumu	Ön Lisans	34	12,0
	Lisans	187	66,1
	Lisansüstü	62	21,9
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	0-5 yıl	37	13,1
	6-10 yıl	76	26,9
	11-15 yıl	102	36,0
	16 yıl ve üzeri	68	24,0
Çalışılan Kurumdaki Hizmet Süresi	0-5 yıl	86	30,4
	6-10 yıl	99	35,0
	11-15 yıl	64	22,6
	16 yıl ve üzeri	34	12,0
	Toplam	283	100,0

egitim almış bireyler takip etmektedir. Katılımcıların meslekteki toplam hizmet süreleri incelendiğinde, en fazla oranın %36,0 ile 11-15 yıl aralığında olduğu belirlenmiştir. Kurumdaki çalışma süresi açısından değerlendirildiğinde ise katılımcıların %35,0'ının 6-10 yıl arasında aynı kurumda görev yaptığı saptanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü kurumların ölçek alt boyutlarına ilişkin dağılımı incelendiğinde, Tablo 2'de sunulduğu üzere, hastane türü ile güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri, hata-prosedürler ve kurumsal ortam alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca, ölçek toplam puanı açısından da hastane türüne göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde, katılımcıların meslek gruplarına göre Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği alt boyutlarına ilişkin tutum puanlarının farklılaştığı görülmektedir. İstatistiksel analizler sonucunda, güven, hata-prosedürler ve ölçek toplam puanı alt boyutlarında meslek grupları arasında anlamlı düzeyde farklılıklar saptanmıştır ($p < .05$). Bu bağlamda, hemşire grubunun, güven ($\bar{x} = 3,66$; $SS = 0,57$), hata-prosedürler ($\bar{x} = 3,44$; $SS = 0,57$) ve ölçek toplam puanı ($\bar{x} = 3,69$; $SS = 0,37$) açısından diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek ortalamalara sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan, bilgi paylaşımı,

stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri ve kurumsal ortam alt boyutları açısından meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuç, söz konusu boyutlara ilişkin tutumların meslek grupları arasında benzer düzeylerde olduğunu göstermektedir.

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların cinsiyet değişkenine göre ölçek alt boyutları incelendiğinde, stres ve tükenmişlik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadın katılımcıların stres ve tükenmişlik puan ortalaması ($3,80\pm0,33$), erkek katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Medeni durum değişkeni açısından değerlendirildiğinde, ekip çalışması ve kurumsal ortam alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiştir ($p<0,05$). Bekar katılımcılar, ekip çalışması ($3,59\pm0,86$) ve kurumsal ortam ($3,75\pm0,81$) alt boyutlarında evli katılımcılara kıyasla daha yüksek puan ortalamalarına sahiptir.

Tablo 5'te yer alan bulgulara göre, katılımcıların eğitim düzeyleri ile güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, ekip çalışması, iş değeri ve kurumsal ortam alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak, hata-prosedürler alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuş ($p=0,013$) ve ön lisans mezunlarının bu boyutta diğer gruplara

Tablo 2. Kurum Türlerine Göre Ölçek Alt Boyutlarının Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Kurum	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Güven	Kamu Hastanesi	128	3,46	0,60	1,378	0,241
	Üniversite Hastanesi	155	3,65	0,53		
Bilgi Paylaşımı	Kamu Hastanesi	128	3,98	0,64	1,490	0,223
	Üniversite Hastanesi	155	4,28	0,53		
Stres ve Tükenmişlik	Kamu Hastanesi	128	3,70	0,43	0,119	0,729
	Üniversite Hastanesi	155	3,84	0,40		
Ekip Çalışması	Kamu Hastanesi	128	3,52	0,67	3,836	0,051
	Üniversite Hastanesi	155	3,45	0,38		
İş Değeri	Kamu Hastanesi	128	3,69	0,50	0,396	0,529
	Üniversite Hastanesi	155	3,74	0,47		
Hata-Prosedürler	Kamu Hastanesi	128	3,26	0,49	3,426	0,065
	Üniversite Hastanesi	155	3,42	0,57		
Kurumsal Ortam	Kamu Hastanesi	128	3,70	0,67	0,047	0,827
	Üniversite Hastanesi	155	3,75	0,67		
Ölçek Toplam Puan	Kamu Hastanesi	128	3,57	0,39	2,168	0,141
	Üniversite Hastanesi	155	3,65	0,33		

Tablo 3. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Ölçek Alt Boyutları Tutum Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Meslek	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Güven	Cerrah	66	3,52	0,56	2,652	0,049
	Hemşire	126	3,66	0,57		
	Anestezist	78	3,49	0,57		
	Ebe	13	3,30	0,63		
Bilgi Paylaşımı	Cerrah	66	4,08	0,47	1,621	0,184
	Hemşire	126	4,23	0,59		
	Anestezist	78	4,06	0,72		
	Ebe	13	4,21	0,41		
Stres ve Tükenmişlik	Cerrah	66	3,71	0,42	1,380	0,248
	Hemşire	126	3,83	0,44		
	Anestezist	78	3,75	0,42		
	Ebe	13	3,80	0,25		
Ekip Çalışması	Cerrah	66	3,46	0,80	1,639	0,180
	Hemşire	126	3,56	0,36		
	Anestezist	78	3,41	0,49		
	Ebe	13	3,36	0,41		
İş Değeri	Cerrah	66	3,62	0,46	2,399	0,068
	Hemşire	126	3,80	0,52		
	Anestezist	78	3,66	0,44		
	Ebe	13	3,74	0,32		
Hata-Prosedürler	Cerrah	66	3,20	0,46	2,825	0,039
	Hemşire	126	3,44	0,57		
	Anestezist	78	3,32	0,54		
	Ebe	13	3,37	0,48		
Kurumsal Ortam	Cerrah	66	3,64	0,73	2,363	0,071
	Hemşire	126	3,84	0,64		
	Anestezist	78	3,61	0,67		
	Ebe	13	3,75	0,55		
Ölçek Toplam Puan	Cerrah	66	3,54	0,33	3,658	0,013
	Hemşire	126	3,69	0,37		
	Anestezist	78	3,56	0,35		
	Ebe	13	3,59	0,33		

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet, Medeni Durum ve Yaş Gruplarına Göre Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Tutum Dağılımı

AYTÖ Alt Boyutları	Değişken	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	F	P	
Güven	Cinsiyet	Kadın	122	3,54	0,59	0,052	0,820	
		Erkek	161	3,58	0,56			
	Medeni Durum	Evli	222	3,56	0,57	0,423	0,515	
		Bekar	61	3,57	0,59			
	Yaş	18-28	33	3,50	0,58	1,066	0,363	
		29-39	100	3,50	0,61			
		40-49	107	3,63	0,55			
		50+	43	3,57	0,51			
	Bilgi Paylaşımı	Cinsiyet	Kadın	122	4,17	0,58	0,377	0,540
			Erkek	161	4,13	0,62		
Medeni Durum		Evli	222	4,15	0,59	0,792	0,374	
		Bekar	61	4,11	0,66			
Yaş		18-28	33	4,25	0,49	0,456	0,712	
		29-39	100	4,11	0,70			
		40-49	107	4,14	0,56			
		50+	43	4,15	0,55			
Stres ve Tükenmişlik		Cinsiyet	Kadın	122	3,80	0,33	5,003	0,026
			Erkek	161	3,77	0,48		
	Medeni Durum	Evli	222	3,79	0,42	0,056	0,811	
		Bekar	61	3,75	0,44			
	Yaş	18-28	33	3,84	0,34	0,311	0,817	
		29-39	100	3,76	0,43			
		40-49	107	3,77	0,43			
		50+	43	3,79	0,45			
	Ekip Çalışması	Cinsiyet	Kadın	122	3,51	0,40	1,365	0,244
			Erkek	161	3,46	0,61		
Medeni Durum		Evli	222	3,45	0,40	4,051	0,045	
		Bekar	61	3,59	0,86			
Yaş		18-28	33	3,43	0,50	0,707	0,548	
		29-39	100	3,46	0,46			
		40-49	107	3,54	0,63			
		50+	43	3,43	0,42			
İş Değeri		Cinsiyet	Kadın	122	3,68	0,44	1,189	0,276
			Erkek	161	3,74	0,51		
	Medeni Durum	Evli	222	3,73	0,47	0,210	0,646	
		Bekar	61	3,67	0,51			
	Yaş	18-28	33	3,72	0,43	0,188	0,903	
		29-39	100	3,70	0,53			
		40-49	107	3,74	0,46			
		50+	43	3,69	0,46			
	Ölçek Toplam Puan	Cinsiyet	Kadın	122	3,63	0,32	2,036	0,155
			Erkek	161	3,61	0,39		
Medeni Durum		Evli	222	3,62	0,35	0,735	0,391	
		Bekar	61	3,62	0,40			
Yaş		18-28	33	3,62	0,34	0,665	0,573	
		29-39	100	3,58	0,39			
		40-49	107	3,65	0,34			
		50+	43	3,60	0,34			

kıyasla daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Toplam mesleki hizmet süresi açısından değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlar ve ölçek toplam puanı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Benzer şekilde, mevcut kurumda çalışma süresi ile güven, bilgi paylaşımı, stres ve tükenmişlik, iş değeri, hata-prosedürler ve kurumsal ortam boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, ekip çalışması alt boyutunda 16 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip katılımcıların puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,038$).

TARTIŞMA

Araştırmada, ameliyathane çalışanlarının ekip yönetimine yönelik tutumları değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Bulgular, ekip içi iletişim, liderlik, güven ve hata yönetimi gibi temel alanlarda yapılan değerlendirmeler ışığında ele alınmıştır.

Araştırma neticesinde, ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine ilişkin tutumlarının, alt boyutlar bazında farklılaştığı belirlenmiştir. Ölçek genelinde en yüksek puan ortalaması “Bilgi Paylaşma” alt boyutuna aitken, en düşük puan ortalaması “Liderlik” alt boyutuna ait bulunmuştur. Bu durum, katılımcıların ekip içi iletişim ve bilgi aktarımına daha fazla önem verdiğini, ancak liderlik davranışlarını daha düşük düzeyde değerlendirdiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Yalçınkaya’nın (2010) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da bilgi paylaşımına yönelik tutumların yüksek olduğu, liderlik puanlarının ise göreceli olarak düşük kaldığı rapor edilmiştir. Ricci ve Brumsted (2012) ise EKY uygulamalarının iletişim ve bilgi paylaşımını güçlendirdiğini, ancak liderlik davranışlarında kalıcı değişim sağlanabilmesi için sürekli eğitime ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.

Araştırmada, hastane türü ile ölçek alt boyutları ve toplam puan arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu, kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan ameliyathane personelinin ekip kaynak yönetimine ilişkin benzer tutumlara sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde, hastane türüne göre EKY algısında farklılık olabileceği belirtilse de, Suva ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, profesyonel branşa göre etkilenmenin daha belirgin olduğu ifade edilmiştir.

Meslek değişkeni açısından incelendiğinde, hemşirelerin “Güven”, “Hata-Prosedürler” ve ölçek toplam puanı açısından diğer meslek gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, hemşirelerin ekip içi güven ortamına, hataların yönetimine ve genel olarak ekip

kaynak yönetimi yaklaşımına daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Kömeağaç (2022) tarafından yapılan çalışmada, pediatri hemşirelerinin EKY eğitimi sonrası hasta güvenliği ve öz-yeterlilik puanlarının anlamlı düzeyde yükseldiği bildirilmiştir. Benzer şekilde, Anol Kılıç (2024) da hemşirelerin EKY temelli simülasyon eğitimlerine olumlu tutum geliştirdiklerini ve bilgi-performans düzeylerinin arttığını ortaya koymuştur.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizde, “Stres ve Tükenmişlik” alt boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmış; kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Bu bulgu, kadın çalışanların stres ve tükenmişlik faktörlerine karşı daha fazla farkındalık gösterdiğini düşündürmektedir. Chan ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, EKY eğitiminin stres yönetimi üzerindeki etkisinin meslek ve cinsiyete göre değişebileceği belirtilmiş, özellikle kadın sağlık çalışanlarının duygusal yükleri daha fazla hissettikleri vurgulanmıştır. Ayrıca, Bacon ve arkadaşları (2020), EKY eğitimlerinin tükenmişlik hissini azaltmada etkili olabileceğini ortaya koymuştur.

Medeni durum değişkeni açısından, “Ekip Çalışması” ve “Kurumsal Ortam” alt boyutlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiş, bekar katılımcıların bu boyutlarda evli katılımcılara kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum, bekar bireylerin ekip içi iş birliği ve kurumsal ortama adaptasyon konusunda daha esnek ve açık tutumlara sahip olabileceğini göstermektedir. Verbeek-van Noord ve arkadaşlarının (2014) EKY eğitime dair sistematik derlemesinde, kişisel yaşam koşullarının ekip dinamiklerine yansıdığı ve özellikle örgütsel bağlılığın medeni durumla ilişkili olabileceği belirtilmiştir.

Eğitim durumu açısından, sadece “Hata ve Prosedürler” alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmış, ön lisans mezunlarının diğer gruplara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgu, mesleki eğitim düzeyinin hata yönetimi konusunda algıyı etkileyebileceğini düşündürmektedir. Brammen ve arkadaşları (2018), kavramsal farkındalık ve dil uyumunun, EKY’nin etkili uygulanmasında kritik rol oynadığını ve özellikle eğitim düzeyi farklılıklarının anlam değişikliklerine yol açabileceğini vurgulamıştır.

Toplam hizmet süresi değişkeni açısından, ölçek alt boyutları ve toplam puan açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu, çalışanların mesleki deneyim sürelerine bakılmaksızın EKY’ye ilişkin benzer tutumlara sahip olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde, Ricci ve Brumsted (2012), EKY eğitimlerinin etkisinin deneyim düzeyinden ziyade, uygulama sıklığı ve kurumsal kültürle ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Kurumdaki hizmet süresi değişkenine göre sadece “Ekip Çalışması” alt boyutunda anlamlı bir farklılık gözlenmiştir; 16 yıl ve üzeri çalışanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum, uzun süreli kurumsal deneyimin ekip çalışmasına olan tutumu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Sofuoğlu ve arkadaşları (2020), ekip uyumu ve ekip olma bilincinin zamanla geliştiğini, özellikle uzun süre aynı kurumda çalışan bireylerin ekip kültürüne daha kolay adapte olduğunu ifade etmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, araştırma bulguları, ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine yönelik olumlu bir tutum geliştirdiklerini göstermektedir. Ancak bazı demografik ve mesleki değişkenlerin, belirli alt boyutlarda anlamlı farklılıklar oluşturduğu da dikkate değer bir bulgudur. Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında, elde edilen sonuçların büyük oranda örtüştüğü ve ekip kaynak yönetiminin kurumsal yapıya entegrasyonu açısından çalışan tutumlarının önemli bir belirleyici olduğu görülmektedir (Verbeek-van Noord et al., 2014; Ricci & Brumsted, 2012; Bacon et al., 2020; Kömeağaç, 2022; Anol Kılıç, 2024).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, ameliyathane çalışanlarının ekip kaynak yönetimine (EKY) yönelik tutumlarının genel olarak olumlu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların EKY’nin temel bileşenleri olan iletişim, ekip çalışması, bilgi paylaşımı ve kurumsal uyuma ilişkin farkındalıklarının yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bazı sosyo-demografik değişkenlerin tutumlar üzerinde anlamlı etkiler oluşturduğu saptanmıştır.

Bu bağlamda, ameliyathane gibi yüksek riskli klinik ortamlarda etkin bir ekip dinamiği oluşturmak ve hasta güvenliğini artırmak amacıyla EKY yaklaşımının kurumsal bir kültüre dönüştürülmesi önem arz etmektedir. EKY’ye ilişkin tutumların mesleki deneyim, rol tanımı ve bireysel faktörlerden etkilenebileceği dikkate alınarak, bu farklılıkları gözeten ve tüm meslek gruplarını kapsayan eğitim programları planlanmalıdır.

Ayrıca, kurum içi iletişimi güçlendiren, stres ve tükenmişlik gibi risk faktörlerini azaltmaya yönelik stratejilere öncelik verilmelidir. Ameliyathane ekipleri arasında ortak bir güven kültürü inşa edebilmek için hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrarlanması ve ekip üyeleri arasında açık iletişimi teşvik eden liderlik modellerinin desteklenmesi önerilmektedir. EKY’nin etkin uygulanmasına yönelik bu tür yapısal ve eğitimsel müdahalelerin, hem çalışan memnuniyetine hem de hasta bakım kalitesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akalın, H. E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141–146.
- Anol Kılıç, S. (2024). Ekip kaynak yönetimine temellendirilen simülasyon destekli pediatrik kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminin bilgi, tutum ve performansa etkisi [Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Aydemir, E., & Yıldırım, G. (2018). Ekip kaynak yönetimi ve sağlık alanındaki uygulamaları. *Sağlık ve Toplum*, 28(1), 46–51.
- Bacon, C. T., McCoy, T. P., & Henshaw, D. S. (2020). Failure to rescue and 30 day in hospital mortality in hospitals with and without crew resource management safety training. *Research in Nursing & Health*, 43(2), 155–167. <https://doi.org/10.1002/nur.21998>
- Barsbay, S., Parilti, N., & Çakmak Barsbay, M. (2018). Healthcare professionals’ attitudes regarding patient safety in clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 67–78.
- Brammen, D., Greiner, F., Dormann, H., Mach, C., Wrede, C., Ballaschk, A., ... & Kulla, M. (2018). Lessons learned in applying the international society for pharmacoeconomics and outcomes research methodology to translating Canadian emergency department information system presenting complaints list into German. *European Journal of Emergency Medicine*, 25(4), 295–299.
- Brindley, P. G. (2010). Patient safety and acute care medicine: Lessons for the future, insights from the past. *Critical Care*, 14, 1–5.
- Chan, C. K., So, H. K., Ng, W. Y., Chan, P. K., Ma, W. L., Chan, K. L., & Ho, L. Y. (2016). Does classroom-based crew resource management training have an effect on attitudes between doctors and nurses? *International Journal of Medical Education*, 7, 109–114. <https://doi.org/10.5116/ijme.56e5.e0c4>
- Cooper, G. E., White, M. D., & Lauber, J. K. (1980, March). Resource management on the flight deck. In NASA/Industry Workshop (No. NASA-CP-2120).
- Dempsey, P. G., Wogalter, M. S., & Hancock, P. A. (2006). Defining ergonomics/human factors. In W. Karwowski (Ed.), *International encyclopedia of ergonomics and human factors* (2nd ed., pp. 32–35). Taylor & Francis.
- European Commission. (2012). Commission Regulation (EU) No 965/2012: Chapters ORO.FC.115: Crew resource management (EKY) training, and ORO.FC.215: Initial operator’s crew resource management (EKY) training. Official Journal of the European Union.
- Federal Aviation Administration. (n.d.). CFR Title 14, Chapter I, Subchapter G, Part 121, Subpart N §121.404: Compliance dates: Crew and dispatcher resource management training. U.S. Department of Transportation. <https://www.ecfr.gov>
- Flin, R., & Maran, N. (2004). Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Quality & Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), i80–i84.
- Frush, K. S. (2008). Fundamentals of a patient safety program. *Pediatric Radiology*, 38(7), 685–689.
- Garrouste-Orgeas, M., Timsit, J. F., Vesin, A., Schwebel, C., Arnodo, P., Lefrant, J. Y., & Soufir, L. (2010). Selected medical errors in the intensive care unit: Results of the IATROREF study: Parts I and II. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 181(2), 134–142.
- Hickey, E. J., Nosikova, Y., Pham-Hung, E., Gritti, M., Schwartz, S., & Caldaron, C. A. (2015). National Aeronautics and Space Administration ‘threat and error’ model applied to pediatric cardiac surgery: Error cycles precede approximately 85% of patient deaths. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 149(3), 496–505.
- Institute of Medicine (IOM). (2000). To err is human: Building a safer health system (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>

- Karaoğlu, N., Şeker, M., Kara, F., & Okka, B. (2008). Knowledge of entrant medical students about medical errors in Selçuk University: An educational perspective. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(5), 663–671.
- Kılıç, V., & Bostan, S. (2025). Malpractice risk assessment in emergency medical services: A field study. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, in press. <https://doi.org/10.4274/eajem.galenos.2025.34654>
- Kömeağaç, A. (2022). Online hemşirelik ekip kaynak yönetimi eğitiminin pediatri hemşireliği intörnlerinin hasta güvenliği öz yeterliliklerine etkisi [Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), i85–i90.
- Ovalı, F. (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ocak, 40–42.
- Ricci, M. A., & Brumsted, J. R. (2012). Crew resource management: Using aviation techniques to improve operating room safety. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 83(4), 441–444. <https://doi.org/10.3357/ASEM.3183.2012>
- Sofuoğlu, Z., Sofuoğlu, T., & Başer, A. (2020). Sağlık alanında “ekip kaynak yönetimi” uygulaması. *Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi*, İzmir Demokrasi Üniversitesi, 338–342.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R., et al. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 261–271.
- Timmons, S., Baxendale, B., Buttery, A., Miles, G., Roe, B., & Browes, S. (2015). Implementing human factors in clinical practice. *Emergency Medicine Journal*, 32(5), 368–372.
- Verbeek-van Noord, I., de Bruijne, M. C., Zwijnenberg, N. C., Jansma, E. P., van Dyck, C., & Wagner, C. (2014). Does classroom-based crew resource management training improve patient safety culture? A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 2, 2050312114529561. <https://doi.org/10.1177/2050312114529561>
- World Health Organization (WHO). (2023). Patient safety. Retrieved January 23, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Yalçınkaya, A. (2010). Ameliyathane yönetimi tutum ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması [Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Research Article / Araştırma

Expectations and needs of family of mechanically ventilated patients at an emergency department: A pilot study

Acil serviste mekanik ventilasyon uygulanan hastaların ailelerinin beklentileri ve ihtiyaçları: Pilot çalışma

Emre Bülbül¹, Çağdaş Can², Aybüke Yürekli³, Ali Kaplan⁴, Burak Şahin⁵, Burak Çelik⁶, İbrahim Toker⁷

¹ Erciyes University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Kayseri, Türkiye, emreb@erciyes.edu.tr, 0000-0003-2574-376X

² Merkez Efendi State Hospital, Emergency Medicine Clinic, Manisa, Türkiye, drcagdascan@yahoo.com, 0000-0003-4920-3637

³ Erciyes University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Kayseri, Türkiye, yurekliaybuke@gmail.com, 0000-0003-1491-0059

⁴ Kayseri University, İncesu Ayşe, and Saffet Arslan Vocational School of Health Services, Kayseri, Türkiye, alikaplan@kayseri.edu.tr; 0000-0001-8242-0110,

⁵ Kırşehir Training and Research Hospital, Emergency Medicine Clinic, Kırşehir, Türkiye, drburaksahin40@gmail.com, 0000-0003-3990-7374

⁶ Fatih Sultan Mehmet Health Application and Research Center, Emergency Medicine Clinic, İstanbul, Türkiye, burakcelik57@hotmail.com, 0000-0002-6746-4083

⁷ Kayseri City Hospital, Department of Emergency Medicine, Kayseri, Türkiye, ibrahimtoker9@gmail.com, 0000-0002-5346-2116

ABSTRACT

Aim: Emergency services are healthcare areas that treat people urgent health problems. Emergency health services have developed almost throughout human history. It has become increasingly important in recent years. **Method:** Our study investigated the family members of critically ill patients with mechanical ventilation at an emergency department (ED) of a university hospital in Türkiye. We used a derived scale with 13 items and the face-to-face technique to determine the family's expectations and needs while waiting in the ED. **Results:** The mean age of the 70 participants in the study was 46.6 ± 12.5 , and 67.1% (n= 47) were male. 38.6% of the patient's relatives were the patient's children, and 32.9% were the patient's siblings. 31.4% (n= 22) of the participants were high school graduates. The reliability of the mini scale we derived was good (Cronbach's alpha value = 0.871). The most important expectations of patient family members were: 1. providing information about the patient at any time, 2. informing about the patient's status by the doctor, and 3. being with the patient throughout the entire treatment (91.4%, 81.4%, and 75.7% of the participants, respectively). Additionally, having space to sleep in the waiting room was considered very important by 41% of the patient's relatives. **Conclusion:** We believe that meeting the expectations and needs of the relatives of critically ill patients, who experience poor outcomes more frequently, will create a positive environment in the ED based on trust and thus increase satisfaction with both the ED and the hospital.

ÖZ

Amaç: Acil servisler, insanların acil sağlık sorunlarını tedavi eden sağlık alanlarıdır. Acil sağlık hizmetleri neredeyse insanlık tarihi boyunca gelişmiştir. Son yıllarda giderek daha da önemli hale gelmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda Türkiye'deki bir üniversite hastanesinin acil servisinde (AS) mekanik ventilasyon uygulanan kritik hastaların aile üyelerini inceledik. Ailenin AS'de beklerken beklenti ve ihtiyaçlarını belirlemek için 13 maddeden oluşan türetilmiş bir ölçek ve yüz yüze teknik kullandık. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 70 katılımcının yaş ortalaması $46,6 \pm 12,5$ olup %67,1'i (n=47) erkekti. Hastanın yakınlarının %38,6'sı hastanın çocukları ve %32,9'u hastaların kardeşleriydi. Katılımcıların %31,4'ü (n=22) lise mezunuydu. Türettiğimiz mini ölçeğin güvenilirliği iyiydi (Cronbach'ın alfa değeri = 0,871). Hasta yakınlarının en önemli beklentileri: 1. hasta hakkında her an bilgi verilmesi, 2. doktor tarafından hastanın durumu hakkında bilgi verilmesi ve 3. tedavi boyunca hastanın yanında olunması idi (sırasıyla katılımcıların %91,4, %81,4 ve %75,7). Ayrıca, bekleme odasında uyumak için alan olması, hasta yakınlarının %41'i tarafından çok önemli olarak değerlendirildi. **Sonuç:** Sık kötü sonuçlar yaşayan kritik hasta yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasının, acil serviste güvene dayalı olumlu bir ortam yaratacağına ve böylece hem acil servisten hem de hastaneden duyulan memnuniyeti artıracacağına inanıyoruz.

Key Words:

Emergency Department,
Expectation Level, Family,
Critically Ill Patients

Anahtar Kelimeler:

Acil Servis, Beklenti Düzeyi, Aile,
Kritik Hastalar

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Erciyes University, Faculty
of Medicine, Department of
Emergency Medicine, Kayseri,
Türkiye, emreb@erciyes.edu.tr,
0000-0003-2574-376X

DOI:

10.52880/sagakaderg. 1709258

Received Date/Gönderme Tarihi:

01.06.2025

Accepted Date/Kabul Tarihi:

26.06.2025

Published Online/Yayınlanma Tarihi:

30.06.2025

INTRODUCTION

Emergency services are healthcare services that treat people urgent health problems. Orr et al. defined emergency services as places where medical procedures are carried out promptly for people exposed to life-threatening situations such as accidents and where these people are monitored (Orr et al., 1991). The word 'emergency' literally means medical intervention that needs to be done immediately in cases where a person's health deteriorates, and ever since humanity has existed on Earth, it has always been possible to encounter accidents or situations requiring emergency interventions. As a result, emergency healthcare services have always existed and have become increasingly important (Kyriacou et al., 1999).

The treatment of critically ill patients is essential for them; it is vital for their families to see that the patient is treated well and correctly and to be adequately informed of the rights and satisfaction of the patients. If the patients' relatives' expectations and needs are not considered, problems may arise in the emergency department (ED) operation and the safety of physicians and nurses. There are many incidents of violence in healthcare. When the incidents are explored, it is revealed that some of them are due to relatives of the patients not being adequately informed (Ocak & Aşaroğulları, 2019). Also, a critical evaluation criterion of healthcare services is patient and family satisfaction. Hospitals are among the leading institutions that provide 24-hour EDs in our country, as in the rest of the world. Among the satisfaction criteria for those receiving healthcare services in EDs, welcoming and guiding the patient, informing the patient and their relatives, complying with the rules of courtesy, empathy, psycho-social support, and service speed are essential (Dolek et al., 2005).

Studies and scales to determine the expectations and needs of patient relatives have been conducted for intensive care patient relatives. However, no such scale has yet been developed specifically for use in ED settings. This study was conducted to determine the needs of family members of critically ill patients who were mechanically ventilated in the ED.

METHOD

Study setting and population

This research was conducted at Erciyes University Faculty of Medicine Hospital's ED between September 15, 2023 and December 30, 2023. The principal investigator recorded demographic data and 13-item survey questions to determine the expectations and needs of family members of critically ill patients through

face-to-face interviews. All volunteer participants gave written informed consent. Inclusion criteria for the study included: 1. being a first-degree relative of a critically ill patient being followed up with mechanical ventilation for non-traumatic reasons, 2. being eighteen or older. Patients who died in the ED and relatives of critically ill patients who were followed up for less than 6 hours were not included in the study. During the study period, 178 patients were followed up with mechanical ventilation in the ED for reasons other than trauma, and 70 family members of patients who met the criteria were included.

The Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) scale is a 45-item Likert-type questionnaire developed to evaluate the relatives of intensive care patients (Molter, 1979). In our study, a 13-item mini-scale was derived from this scale. The evaluation was made with four-point Likert-type questions. Accordingly, the answers were arranged as "1=not important", "2=somewhat important", "3=important", and "4=quite important".

Ethics Committee Approval

Approval was received for this study from the Erciyes University Ethics Committee (Date: 11.09.2023 Issue: 58/2023).

Statistical analysis

The reliability of the mini-scale was analyzed using Cronbach's alpha correlation coefficient, with values between 0.7 and 0.9 considered very good. The Kolmogorov-Smirnov test was used to determine that the distribution of the age variable was normal. Categorical data were given as numbers and percentages.

RESULTS

The mean age of the 70 participants in the study was 46.6 ± 12.5 , and 67.1% (n=47) were male. 38.6% of the patient's relatives were the patient's children, and 32.9% were the patient's siblings. Of the participants in the study, 1 (1.4%) was literate, 5 (7.1%) were elementary school graduates, 11 (15.7%) were middle school graduates, and 22 (31.4%) were high school graduates, 9 (12.9%) had an associate degree, 17 (24.3%) had a bachelor's degree, and 5 (7.1%) had a master's degree (Table 1).

The reliability of the mini scale we derived was good (Cronbach's alpha value = 0.871). The results of the mini-scale are given in Table 2. It was essential for 64 (91.4%) patients' relatives to be informed about their patients whenever they wanted. Being present with the patient throughout the treatment was considered very important for 53 (75.7%) of the patient's relatives. The presence of a religious official at all times during the patient's treatment

Table 1. Socio-Demographic Characteristics of The Individuals Included in The Study

Features	n	%
Gender		
Male	47	67.1
Female	23	32.9
Age		
18-44	30	42.9
45-59	28	40.0
60-74	12	17.1
Education status		
None	0	0.0
Literate	1	1.4
Elementary school	5	7.1
Middle school	11	15.7
High school	22	31.4
Associate degree	9	12.9
Bachelor's degree	17	24.3
Master's degree	5	7.1
Closeness to the patient		
Partner	9	12.9
Sibling	23	32.9
Child/Children	27	38.6
Parents	11	15.7

Table 2. Expectations of The Patient's Relatives

Expectations	Insignificant n (%)	Minimally important n (%)	Important n (%)	Very important n (%)
How important is it for you to be informed about your patient whenever you want?	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (8.6)	64 (91.4)
How important is it for you to be with the patient throughout the entire treatment?	0 (0.0)	3 (4.3)	14 (20.0)	53 (75.7)
How important is it for you to have a religious official with the patient?	22 (31.4)	18 (25.7)	21 (30.0)	9 (12.9)
How important is it for you that the information is provided by the doctor?	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (18.6)	57 (81.4)
How important is it for you to have a system where patient results are automatically shared?	1 (1.4)	8 (11.4)	16 (22.9)	45 (64.3)
How important is it for you to be able to monitor your patient remotely with a video camera?	2 (2.9)	7 (10.0)	20 (28.6)	41 (58.6)
How important is it for you that the waiting room is comfortable?	5 (7.1)	9 (12.9)	22 (31.4)	34 (48.6)
How important is it to you to be offered free internet access while you wait?	9 (12.9)	20 (28.6)	22 (31.4)	19 (27.1)
How important is it for you to have a place to be alone in the waiting room?	12 (17.1)	18 (25.7)	20 (28.6)	20 (28.6)
How important is it for you to have a place to sleep while you wait?	9 (12.9)	16 (22.9)	16 (22.9)	29 (41.4)
How important is it for you to have a psychologist provide charge-free support while you wait?	8 (11.4)	18 (25.7)	19 (27.1)	25 (35.7)
How important is it for you to have access to a free restroom?	2 (2.9)	5 (7.1)	24 (34.3)	39 (55.7)
How important is it for you to have free food and drinks available?	6 (8.6)	21 (30.0)	20 (28.6)	23 (32.9)

was considered very important for only 9 (12.9%) of the patient's relatives. Providing information about the patient by the doctor was considered very important for 57 (81.4%) of the patient's relatives. A screen where the patient's test results are automatically shared was considered very important for 45 (64.3%) of the patient's relatives. Monitoring the patient remotely with a video camera was very important for 41 (58.6%) of the patient's relatives. The comfort of the waiting room was evaluated as very important for 34 (48.6%) patients' relatives. Free internet availability while waiting was necessary for 19 (27.1%) of the patient's relatives. Being alone in the waiting room was very important for 20 (28.6%) of the patients' relatives. Having space to sleep in the waiting room was considered very important by 29 (41.4%) of the patient's relatives. 25 (35.7%) of the patient's relatives considered free psychologist support very important. Accessible restroom availability was evaluated as very important by 39 (55.7%) of the patient's relatives. 23 (32.9) of the patients assessed relatives' free food and beverage availability as very important. This study emphasizes the critical importance of family-centered approaches in emergency care settings, particularly for relatives of mechanically ventilated patients.

DISCUSSION

EDs ensure public safety, security, and health by handling and resolving emergencies. At the same time, EDs have serious responsibilities toward patients' families. In the study by Taylor et al., informing patients' relatives and waiting times were considered the most critical factors in a systematic evaluation of satisfaction in the ED (Taylor et al. (2004). In the study by Tokur et al. in 2016, informing the patients' relatives was determined to be the criterion that provided the highest satisfaction to the patient's relatives, with 88% satisfaction reported (Tokur et al. 2016). In our study, consistent with these studies, relatives obtaining information about their patients was considered very important and was evaluated as the most essential expectation and need. In fact, among all survey items, information obtainment received the highest rate of expectation.

In a study conducted by Kosko et al., relatives of 45 critically ill patients were interviewed, and the most critical expectations were the careful and compassionate attitude of nurses providing treatment services to their patients, the ability to see their patients at least once a day and to receive constant information via phone or pager (Kosko and Warren 2000). In a study conducted by Erol et al., the desire of healthcare professionals to inform patients' relatives and to be with the patients was emphasized (Erol et al. 2022). In our study, consistent

with this study, approximately three-fourths of the patient's relatives evaluated it as essential to be with the patient constantly throughout the treatment. However, it does not seem possible for patient relatives to be with critically ill patients throughout their treatment, mainly due to the risk of infection. For this purpose, particular cabins that can be monitored from outside can be built, but we believe that not all emergency services are economically suitable.

It is known that the relatives of critically ill patients have more needs. Studies have shown that healthcare professionals serving critically ill patients are exposed to more violence than healthcare professionals serving ward patients (Ağaçkiran et al., 2023). A survey by Redley et al. showed that information given by a physician, providing chaplain support, the availability of an environment to be alone while waiting, the comfort of the waiting room, food and beverage availability, and restroom availability were brought to the attention of relatives of critically ill patients in Australia (Redley and Beanland (2004). In our study, although the relatives of the patients wanted to be able to monitor their patients remotely, this is inappropriate regarding patient privacy. Also, in our research, the relatives of the patients wanted to follow the examination results automatically, and this request has increasingly started to be met by many institutions today. In addition, in our study, the comfort of the waiting room was considered necessary by the relatives of the patients, and many of them requested free internet support. Free psychologist support was also a service requested by the relatives of the patients to a large extent. Although food and beverage support while waiting was not considered very important, the need for restrooms was significant.

Limitations

Our research's limitations are due to a relatively small study group, and prospective studies with more people are needed to support it.

CONCLUSION

The expectations and needs of critically ill patients' families are significant issues for the EDs. Meeting these expectations and requirements is also essential regarding patient relative satisfaction and increasing emergency department quality. In our study, providing information about the patient's status at any time by the doctors and being with the patient throughout the entire treatment by family members was critical. Additionally, having space to sleep in the waiting room was considered very important by the patient's relatives.

REFERENCES

- Ağaçkiran, M., Avşaroğulları, L., & Şenol, V. (2023). Factors associated with reasons, characteristics and frequency of workplace violence towards emergency department staff. *Turkish Journal of Health Science and Life*, 6(3), 161–167. <https://doi.org/10.56150/tjhsl.1361872>.
- Dolek, M., Turaba, F., & Akbınar, C. (2005). The satisfaction levels of patients staying in the emergency department of Ege University Medical Faculty Hospital. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 5, 122–127.
- Erol, Ö., Yanık, Y. T., & Yacan, L. (2022). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11–20.
- Kosco, M., & Warren, N. A. (2000). Critical care nurses' perceptions of family needs as met. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 60–72. <https://doi.org/10.1097/00002727-200008000-00008>
- Kyriacou, D. N., Ricketts, V., Dyne, P. L., McCollough, M. D., & Talan, D. A. (1999). A 5-year time study analysis of emergency department patient care efficiency. *Annals of Emergency Medicine*, 34(3), 326–335. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(99\)70244-5](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(99)70244-5)
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2), 332–339.
- Ocak, U., & Avşaroğulları, L. (2019). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 328–335. <https://doi.org/10.1177/1024907918783463>.
- Orr, S. T., Charney, E., Straus, J., & Bloom, B. (1991). Emergency room use by low income children with a regular source of health care. *Medical Care*, 29(3), 283–286. <https://doi.org/10.1097/00005650-199103000-00008>.
- Redley, B., & Beanland, C. (2004). Revising the critical care family needs inventory for the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 95–104. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02860.x>
- Taylor, C., & Benger, J. R. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21(5), 528–532. <https://doi.org/10.1136/emj.2002.003723>.
- Tokur, M. E., Aydın, K., Çalışkan, T., Savran, Y., Cömert, B., & Ergen, B. (2016). Hasta yakınlarında yoğun bakım algısı ve memnuniyeti [Perception of and satisfaction from intensive care in patients' relatives]. *Yoğun Bakım Dergisi*, 57–61.

*Derleme / Review Article***Personality traits and their relationship with the prenatal period*****Kişilik Özellikleri ve prenatal dönemle olan ilişkisi**Esmâ Güneş¹, Cansu Işık²¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul/Türkiye, esmagunes.sbu@gmail.com, 0000-0002-9752-4286² Dr. Öğr. Üyesi Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Giresun/Türkiye, 0000-0002-3789-9051

*This study was prepared based on the master's thesis titled 'The relationship between the personal characteristics of pregnant and the levels of prenatal stress and pregnancy comfort (Master's Degree, Health Sciences University, Hamidiye Health Sciences Institute)

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the relationship between personality traits and the prenatal period in terms of prenatal distress and prenatal comfort. Domestic and foreign literature related to personality traits in pregnant women and prenatal distress and comfort was reviewed, and parameters known to be associated were included in our study. The prenatal period is a complex period in which physical and psychological changes occur. It is reported that the changes and some factors can cause prenatal distress in pregnant women. A concept that affects maternal-fetal health during pregnancy is pregnancy comfort. Pregnancy comfort is the state of being stress-free and comfortable for the pregnant woman physically, psychologically, and socially. Prenatal distress and pregnancy comfort focus on the anxiety and stress of the pregnant woman. It is thought that providing midwifery care during the prenatal period by paying attention to individual personality traits, considering that each woman is unique and different in terms of personality traits, may have a positive contribution to maternal-fetal health. As a result; although the physical and psychological changes experienced during the prenatal period may seem similar as a process, each pregnant woman perceives these changes according to her own personality traits. Therefore, it is extremely important for health professionals providing care and counseling services to pregnant women to plan prenatal care and psychosocial support strategies in line with the personality traits of pregnant women for the maintenance of maternal and fetal health.

ÖZ

Bu derleme çalışmasının amacı, kişilik özellikleri ile prenatal dönem arasındaki ilişkiyi prenatal sıkıntı ve prenatal rahatlık açısından incelemektir. Bu çalışmada, gebe kadınlarda kişilik özellikleri ile prenatal sıkıntı ve rahatlık ile ilgili yerli ve yabancı literatür gözden geçirilmiş ve ilişkili olduğu bilinen parametreler çalışmamıza dahil edilmiştir. Prenatal dönem, fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı karmaşık bir dönemdir. Bu değişimlerin ve bazı faktörlerin gebe kadınlarda prenatal sıkıntıya neden olabileceği bildirilmektedir. Prenatal sıkıntı, gebe kadının bedeninde, rollerinde, yaşam tarzında, sorumluluklarında ve ilişkilerinde meydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkan kaygıdır ve anne-fetüs sağlığının üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Gebelik sırasında anne-fetal sağlığını etkileyen bir kavram da gebelik rahatlığıdır. Gebelik rahatlığı, gebe kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak stressiz ve rahat olma durumudur. Prenatal sıkıntı ve gebelik rahatlığı, gebe kadının kaygı ve stresine odaklanır. Kaygı ve strese yatkın kişilik özelliklerine sahip gebe kadınların prenatal sıkıntı ve rahatlık açısından etkilendiklerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Her kadının kişilik özellikleri açısından benzersiz ve farklı olduğu göz önüne alınarak, prenatal dönemde bireysel kişilik özelliklerine dikkat edilerek ebe bakımı sağlanmasının, anne-fetal sağlığına olumlu katkı yapabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak, prenatal dönemde yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimler süreç olarak benzer gibi görünse de her gebe kadın bu değişimleri kendi kişilik özelliklerine göre algılar. Bu nedenle, gebe kadınlara bakım ve danışmanlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin, anne ve fetal sağlığın korunması için prenatal bakımı ve psikososyal destek stratejilerini gebe kadınların kişilik özelliklerine göre planlamaları son derece önemlidir. Bu, özde anne-çocuk sağlığının, genelde ise halk sağlığının iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Key Words:

Personality Traits, Pregnancy, Prenatal Comfort, Prenatal Distress, Prenatal Period

Anahtar Kelimeler:

Gebelik, Kişilik Özellikleri, Prenatal Dönem, Prenatal Konfor, Prenatal Sıkıntı

Corresponding Author/Sorumlu**Yazar:**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul/Türkiye, esmagunes.sbu@gmail.com, 0000-0002-9752-4286

DOI:

10.52880/sagakaderng.1516160

Received Date/Gönderme**Tarihi:**

14.07.2024

Accepted Date/Kabul Tarihi:

02.05.2025

Published Online/Yayınlanma**Tarihi:**

30.06.2025

INTRODUCTION

Personality; refers to the patterns in an individual's mind, morals, physical, and social characteristics that contain the characteristic forms of emotion, thought, and behavior (Zengin & ark., 2021). Personality; can be influenced by genetic and physical, socio-cultural, familial, geographical, and physical factors (Sözcan, 2019). Various personality theories and models have been created as a result of studies that help individuals recognize their characteristics (Turhan, 2019). One of these models is the "Five-Factor Personality Model" called "The Big Five Theory." The "Five-Factor Personality Model" consists of five sub-dimensions: extraversion - introversion, agreeableness / amiability - hostility, conscientiousness - irresponsibility, emotional instability / balance / neuroticism, and openness to experience / openness to experience.

It is reported that personality traits may be associated with various psychosocial characteristics. The characteristics of a happy personality are reported to be low neuroticism, high extraversion, self-esteem, autonomy, self-sufficiency, and being in control of one's own life (Rzayeva, 2021). Individuals who do not show stability in emotional matters may be more prone to anxiety (Anglim & ark., 2020), and it has been reported that extraversion, agreeableness, and openness personality traits are effective in being ready for marriage (Husain & ark., 2023). In a study investigating the relationship between personality traits and loneliness, it was found that the dimensions of extraversion, conscientiousness, agreeableness, and openness were inversely related to loneliness, and the dimension of neuroticism was directly related to loneliness (Kerevik & ark., 2023). According to the results of a meta-analysis study including 26 studies, a high level of neuroticism is associated with low quality of life. Also, a higher level of extraversion has been found to be associated with more internal motivation and higher self-esteem (Scholte-Stalenhoeef & ark., 2023). Neuroticism negatively affects seeking help for poor mental health and productivity (D'Antoine & ark., 2023). When the literature is examined, it is concluded that personality traits affect individuals' lives. Based on this result, this review was planned to examine the relationship between personality traits and the prenatal period.

Prenatal Period, Prenatal Distress and Pregnancy Comfort

The prenatal period is a period in which physiological, social, and psychological changes occur in a woman's life, and it is a period in which special experiences are experienced for the individual where motherhood is gained. From the beginning of the prenatal period,

the pregnant woman experiences sensitivity to the hormonal, metabolic, and physical changes brought about by pregnancy, the responsibilities that the newborn will bring, and the psychological problems (Ture & ark., 2022). The woman first adapts to pregnancy and then to motherhood (Coşkun & ark., 2020). While adapting, she may experience various physical and psychological changes. While experiencing psychological changes, she may face prenatal distress influenced by different parameters. Prenatal distress is defined as the anxiety that occurs as a result of changes in the pregnant woman's body, roles, lifestyle, responsibilities, and relationships with other people (Atasever & Sis Çelik, 2018).

The relationship between the mother and the fetus is very special for both of them (Kömürçü, 2020). Distress experienced during this process can lead to some negative outcomes for both maternal and fetal health. The distress experienced during pregnancy can lead to the development of unhealthy health behaviors such as irregular and insufficient prenatal care, inadequate and unbalanced nutrition, and tobacco and alcohol use (Kışlak, 2019). Unrecognized distress during pregnancy can predispose to postpartum depression. It is important to identify risky pregnancies for the maintenance of maternal and fetal well-being (Atasever & Sis Çelik, 2018). Increased levels of prenatal distress can lead to problems such as preterm birth, fetal growth retardation, and low birth weight newborns (Nie & ark., 2017). It is reported that fetuses exposed to distress during pregnancy have decreases in their cognitive abilities in childhood. In a study conducted in America, it was found that the incidence of preterm birth was 13% higher in pregnant women with depression than in those without depression, and the incidence of giving birth to a Low Birth Weight (LBW) newborn was 15%. (Diego & ark., 2009). Increased distress stimulates the hypothalamic-pituitary axis in the mother and causes the release of Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) from the hypothalamus. CRH triggers the release of AdrenoCorticoTropic Hormone (ACTH) from the pituitary gland. ACTH stimulates the adrenal gland, increasing the levels of cortisol and norepinephrine. The increase in cortisol levels causes vasoconstriction and decreases uterine oxygenation. In addition, increased cortisol stimulates the release of placental CRH and oxytocin, leading to cervical ripening and uterine contractions. As a result, fetal oxygenation decreases, the risk of preterm birth increases, and the number of low birth weight newborns increases (Kramer & ark., 2013). As a result of the increase in distress levels during pregnancy, placental blood flow is disrupted, and there is a decrease in placental blood glucose levels. As a result of the disruption of blood flow to the fetus, conditions such as IntraUterine Growth Retardation (IUGR) and

low birth weight newborns can occur. These ultimately lead to a low Activity - Pulse - Grimace - Appearance - Respiration (APGAR) score, polycythemia, meconium aspiration, respiratory distress syndrome, and in the long term, respiratory, urinary, and gastrointestinal system problems (Dole & ark., 2003). Progesterone is a hormone that maintains pregnancy and is negatively affected by the increase in stress hormones. Therefore, prenatal stress can lead to preterm birth (Coşar & Yeşilçiçek, 2018). It is estimated that the effects of stress in the long term increase the susceptibility of children to mood disorders at an early age, obesity, attention deficit, and cognitive and behavioral disorders (Gonzalez Ochoa & ark., 2018) .

Like prenatal stress, the concept of prenatal comfort is a concept that should be evaluated during pregnancy and reflects the well-being of the pregnant woman. In this review, Kolcaba's comfort theory was used to express the concept of comfort. Comfort; is a state of being comfortable and stress-free in physical, psychological, and social aspects (Kolcaba & Dimarco, 2005). Pregnancy is a period in which psychological and physiological changes occur and problems caused by these changes are experienced, ultimately affecting the comfort of the pregnant woman (Stojanowa & ark., 2017). Kolcaba defines the concept of comfort as "an individual's needs-related assistance, coping with problems, and providing peace within the framework of physical, social, environmental, and psychospiritual integrity, which is result predicted to have a complex structure". Kolcaba emphasizes that the concept of comfort is holistic, multidimensional, positive, theoretical, and life-facilitating comfort (Kolcaba, 2003).

The concept of comfort has four sub-dimensions: physical, psychospiritual, environmental, and sociocultural.

Physical Comfort: Defines the state of physical comfort perceived by the body. It includes hemodynamic effects, responses to illness, nutrition, and excretion. Any abnormal condition that occurs in physiological variables will also affect comfort. Especially, pain is one of the most important factors that decrease physical comfort. Therefore, developing changes in physiological conditions should be treated and controlled (Kolcaba, 1992).

Psychospiritual Comfort: Self-esteem, self awareness , sexuality, and the feelings related to these aspects of life, which give meaning to a person's life (Kolcaba, 1992). Practices that relax individuals, such as massage, touch, answering their questions, allowing them to meet their relatives, supporting communication, and similar practices contribute positively to the psychospiritual comfort of individuals (Kolcaba, 2003).

Environmental Comfort: Environmental comfort includes external factors, events, and the effects of these events on individuals. These include external environmental conditions such as light level, temperature, color, noise, image, odor, scenery, and furniture (Kolcaba, 1992; Kolcaba, 2003).

Sociocultural Comfort: It involves the relationship of the individual and his family with other social institutions. Laws and religious characteristics regulate individuals' social relationships through mutual interaction and are included in the concept of tradition (Kolcaba, 1992).

Apart from pregnancy symptoms, some other conditions that affect the comfort of the pregnant woman are; having a low level of education and low socio-economic status, communication problems between spouses, unemployment, lack of social support and anxiety (Özkan & ark., 2020). In a study, it was reported that if a woman has a comfortable pregnancy, her self-confidence develops, her quality of life increases, her adaptation to the maternal role increases, her marital relationship is positively affected, and additionally, the bonding between mother and newborn is facilitated in the postpartum period (Nakamura & ark., 2015).

The Relationship Between Personality Traits and the Prenatal Period

There are research results indicating that personality traits may have effects on prenatal distress and pregnancy comfort in pregnant women. Neuroticism is a personality trait that determines individuals' ability to cope with stress and influences emotional reactions. Huizink and colleagues (2019) reported in their study that pregnant women with neurotic personality traits experienced high prenatal distress and anxiety (Huizink & ark., 2019). Extraversion is a personality trait that determines individuals' tendency to enjoy activities and social relationships. Brown and colleagues (2020) found in their study with pregnant women that those with extraverted personality traits had higher pregnancy comfort (Brown & ark., 2020). Conscientiousness and agreeableness personality traits determine individuals' capacity to fulfill their duties and social relationship behaviors. Madigan and colleagues (2021) found in their study with pregnant women that those with high levels of conscientiousness and agreeableness had high pregnancy comfort (Madigan & ark., 2021). It is reported that personality traits are effective in coping with stress. O'Donnell and colleagues (2022) concluded that coping mechanisms for stress during pregnancy affect pregnancy comfort. It has been reported that women with high emotional stability can cope with stress more effectively (O'Donnell & ark., 2022).

CONCLUSION

There are studies that identify the relationship between personality traits and prenatal distress and pregnancy comfort during the prenatal period. However, more studies are needed that examine the relationship between personality traits and the prenatal period in the direction of different factors. Every woman is unique and different. Although the changes experienced during the prenatal period seem similar as a process, each pregnant woman experiences these changes in her own way. Therefore, it is extremely important for health professionals providing care and counseling to pregnant women to plan prenatal care and psychosocial support strategies based on the personality traits of pregnant women for the maintenance of maternal and fetal health. While this affects maternal-child health in particular, it will contribute to the maintenance of public health in general.

REFERENCES

- Anglim, J., Horwood, S., Smillie, L. D., Marrero, R. J., & Wood, J. (2020). Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(4), 279–323. <https://doi.org/10.1037/bul0000226>
- Atasever, İ., & Sis Çelik, A. (2018). Effect of prenatal stress on maternal-child health. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 21(1), 60–68.
- Brown, A. J., Harris, S. K., Woods, E. R., Buman, M., & Borrelli, B. (2020). The impact of social support and personality on prenatal wellbeing. *Journal of Health Psychology*, 25(2), 187–198. <https://doi.org/10.1177/1359105318782970>
- Coşar, Ç. F., & Yeşilçiçek, Ç. K. (2018). Doğum Öncesi Dönem (1. baskı). İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık. 42-188.
- Coşkun, A. M., Arslan, S., & Okçu, G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 17(1), 1–8.
- D'Antoine, E., Jansz, J., Barifcani, A., Shaw-Mills, S., & Harris, M. (2023). COVID-19 and offshore oil and gas workers: The role of personality. *Social Sciences & Humanities*, 7(1), 7.
- Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Quintero, V. H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85(1), 65–70.
- Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 14–24. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf176>
- Gonzalez Ochoa, R., Sanchez Rodriguez, E. N., Chavvaria, A., Gutierrez Ospina, G., & Romo Gonzalez, T. (2018). Evaluating stress during pregnancy: Do we have the right conceptions and the correct tools to assess it? *Journal of Pregnancy*, 1–20.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2019). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 301–310.
- Husain, W., Majeed, P., Ijaz, F., & Husain, M. A. (2023). The predictive role of big 5 personality traits and psychosocial health in marital readiness. *Journal of Internal Medicine: Science & Art*, 4, 11–18.
- Kerevik, E. K., Vedaa, Ø., Pallasen, S., Hysing, M., & Sivertsen, B. (2023). The five-factor model's personality traits and social and emotional loneliness: Two large-scale studies among Norwegian students. *Personality and Individual Differences*, 207, 9. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.111002>
- Kışlak, D. (2019). Gebelerdeki distresin sağlık uygulamaları üzerine etkisi [Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi. 2.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1–10.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic care and research* (2nd ed.). Springer Publishing Company. 19-58.
- Kolcaba, K., & Dimarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194.
- Kömürçü, B. (2020). Erken doğan bebek annelerinde travma sonrası stres: İlişkili etmenler ve müdahale çalışmaları üzerine bir derleme. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 8(16), 158–170.
- Kramer, M. S., Lydon, J., Goulet, L., Kahn, S., Dahhou, M., Platt, R. W., Sharma, S., Meaney, M. J., & Séguin, L. (2013). Maternal stress/distress, hormonal pathways and spontaneous preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27(3), 237–246.
- Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A., Vaillancourt, K., Jenkins, J. M., & Benoit, D. (2021). The role of maternal personality traits in prenatal stress and child outcomes. *Developmental Psychology*, 57(3), 342–352.
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2015). Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(1), 53–55.
- Nie, C., Dai, Q., Zhao, R., Dong, Y., Chen, Y., & Ren, H. (2017). The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: A cross-sectional study in Southwest China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 26. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0597-2>
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Barker, E. D., & O'Connor, T. G. (2022). Personality and prenatal stress: Impacts on fetal and child development. *Psychological Medicine*, 52(4), 583–590. <https://doi.org/10.1017/S003329171900067X>
- Özkan, S. A., Şenol, D. K., & Aslan, E. (2020). Üçüncü trimester gebelerde konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(2), 92-99.
- Rzayeva, G. (2021). Üniversite öğrencilerinin internet bağımlılığı ve kişilik özelliklerinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, Sabahattin Zaim Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Scholte-Stalenhoef, A. N., Maria Pijnenborg, G. H., Hasson-Ohayon, I., & Boyette, L. L. (2023). Personality traits in psychotic illness and their clinical correlates: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 252, 348–406. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.03.009>
- Sözcan, Z. (2019). Kişilik özelliklerinin geçimlilik eğilimi üzerine etkisi: Sakarya Üniversitesi örneği [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi. 7-10.
- Ture, P., Dambhar, D. G., Mundra, A., Raut, A. V., Maliye, C. H., Deshmukh, P. R., Gupta, S. S., Bharambe, M. S., & Garg, B. S. (2022). Magnitude and determinants of psychological morbidities among pregnant women: Results from a pregnancy cohort in rural central India. *Medical Journal Armed Forces India*, 11, 1–7.
- Turhan, A. A. (2019). Turizm öğrencilerinin kişilik özellikleri ile sosyal medya bağımlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi. 40-43
- Zengin, H., Tiryaki, Ö., Bostancı, M. S., & Çınar, N. (2021). Gebelerin kişilik özellikleri ile doğum sonrası bebeklerinin hijyenik bakımlarına hazır oluştukları arasındaki ilişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(6), 377–385.

*Derleme / Review Article***Narsisizme dair bir inceleme: Peter Sellers'ın hayatı ve ölümü****A review on narcissism: The life and death of Peter Sellers**

Ayşenur Güngör

Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Doktora Programı, İstanbul, tunalipsikoloji@gmail.com, 0000-0001-6672-769X**Anahtar Kelimeler:**
Psikoloji, Narsisizm,
Psikopatoloji, Film Analizi**Key Words:**
Psychology, Narcissism,
Psychopathology, Movie analysis**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**
Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim
Enstitüsü, Klinik Psikoloji Doktora
Programı, İstanbul, tunalipsikoloji@gmail.com, 0000-0001-6672-769X**DOI:**
10.52880/sagakaderg.1622979**Gönderme Tarihi/Received Date:**
19.01.2025**Kabul Tarihi/Accepted Date:**
29.04.2025**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**
30.06.2025**ÖZ**

Bu makalede, 20. yüzyılın ilk çeyreğinde dünyaya gözlerini açmış ünlü İngiliz komedyen Peter Sellers'ın hayatı, kariyeri ve hayat verdiği karakterleri anlatan 2004 yapımı "Peter Sellers'in Doğumu ve Ölümü" filmi, narsisizme dair çağının öncüsü kuramlar çerçevesinden ele alınmıştır. Tiyatro kökenli bir aileden gelen Peter Sellers'ın kariyeri BBC radyosunda, Britanya'nın politik tutumunu, diplomasiyi ve ekonomiyi gerçek üstü bir mizah ekseninde ele alan bir tür komedi-varyete programıyla başlamış, ardından sinemayla ve adından çokça bahsettiren filmlerle devam etmiştir. Ünlü Pembe Panter (Pink Panther) filminde sakarlıklarına rağmen olayları bir şekilde tesadüfen çözme yeteneğiyle Müfettiş Clouseau karakteriyle büyük bir şöhret yakalayan Sellers; bu başarısının ardından daha pek çok meşhur filmde rol almıştır. Bu makale temelde iki bölümden oluşmaktadır. Peter Sellers'ın kısa hayat hikayesi ardından, Freud sonrası Kohut, Kernberg, Winnicott ve Lacan gibi çağdaş kuramcılarının narsisizme dair teorik perspektifine yer verilmiştir. Bu çalışmanın amacı Freud sonrası çağdaş kuramcılarının narsisizm kuramlarından yola çıkarak betimleyici bir içerik analizi oluşturmaktır.

ABSTRACT

In this article, the 2004 film "The Birth and Death of Peter Sellers", which tells the life, career, characters of the famous British comedian Peter Sellers, who opened his eyes to the world in the first quarter of the 20th century, is discussed within the framework of narcissistic theories. Coming from a family of theatre actors, Peter Sellers' career started with a comedy-variety program on BBC radio, which deals with British politics with surreal humor, and then continued with cinema. Sellers, who achieved great fame with the character of Inspector Clouseau, who managed to solve the events by chance despite his clumsiness in the famous Pink Panther movie. After giving the brief life story of Peter Sellers, narcissism is explained through different perspectives on the mental state and relations of the infantile that have developed and transformed since Freud; followed by the theoretical perspective of contemporary theorists such as Kohut, Kernberg, Winnicott and Lacan on narcissism. Then, the life and movies of Peter Sellers are analyzed through theoretical perspectives that explain narcissism within the scope of the movie "Life and Death of Peter Sellers". The aim of this study is to create a descriptive content analysis based on the theories of narcissism by post-Freud contemporary theorists.

GİRİŞ

Peter Sellers'in Hayatı ve Ölümü

Roger Lewis'in 1997 yılında yayınladığı "The Life and Death of Peter Sellers" kitabından uyarlanan, yönetmenliğini Stephen Hopkins'in yaptığı 2004 yapımı "Peter Sellers'in Hayatı ve Ölümü" filmi, ünlü İngiliz komedyenin aile öyküsünü, ilişkilerini, oynadığı filmlerdeki karakterlerini konu almaktadır. 8 Eylül 1925 tarihinde, annesinin karşılıksız ve onu tüketircesine yoğun bir aşkla (agape) dünyaya getirdiği Peter, bir zaman sonra annesini "Peg" olarak çağıracaktı (Sellers, 1981, Sikov, 2003). Filmde babası ise annesinin yanında oldukça sakin, eşinin boyunduruğunda silik biri olarak resmedilmektedir. Annesi Peg, varyete temsilleri yazıp oynayan bir sanatçıdır, eşi ve oğlu üzerindeyse oldukça baskın bir karakterdir (Sikov, 2003). Pek çalışkan olmasa da doğuştan yeteneği sayesinde meşhur olan Peter'in en büyük dilemmasının annesinin arzusunu yerine getirmek ve onunla tamamlanmak olduğu anlaşılmaktadır.

Film, Peter'in BBC radyosunda seslendirdiği "The Goon Show" performansıyla açılır. Tüm izleyiciler kahkahalar içinde Peter ve arkadaşlarının seslendirmelerini takip eder. Bir komedi-varyete programı olan gösteri, Britanya'nın politik tutumunu, diplomasiyi, ekonomiyi gerçek üstü bir mizah ekseninde, bir dizi slogan ve ses efektiyle ele alır, 1950'den 60'lara kadar devam eder ve pek çok ödül alır.

Farklı aksanları kullanabilme becerisi, çok yönlü bir oyunculuğunun olması sayesinde sayısız karaktere hayat veren ünlü İngiliz aktör, pek çok filmde zıtlıkları barındıran rolleri canlandırır. Kara mizah ve hicvi ustalıkla kullanır. Altın Küre ve BAFTA kazanır. Pek çok röportajında oynadığı karakterler dışında "bir kimliği olmadığını" ifade eden Peter (Sikov, 2003) bir kimlik oluşturmamanın yarattığı yetersizlik duygusu, depresyon ve güvensizlikle ömrünü sürdürmüştür. Ünlü İngiliz Film yapımcısı Boulting Kardeşler, Peter Sellers'ı "Britanya'nın Chaplin'den bu yana yaşayan en büyük mizah oyuncusu" olarak anmaktadır (Sikov, 2003). Peter, radyo kariyerinin ardından ilk büyük rolünde, Müfettiş Clouseau karakterine hayat verir. Clouseau, Pembe Panter'in peşinde onu yakalamak için dolanan, sakar, beceriksiz, sürekli kaza yaşayan, olay yerine geldiğinde değerli eşyaları kırıp döken, Fransız aksanıyla konuşması pek anlaşılmayan bir dedektiftir. Yalnızca Britanyada değil Pembe Panter serisinin şöhreti tüm dünyada yayılır. Bu başarıda muhakkak Peter Sellers'in rolü çok büyüktür. Peter, zaman içinde ünlenir. Onun hayatına giren en önemli isimlerden biri Stanley Kubrick'tir. Birlikte 'Lolita', 'Dr. StrangeLove' gibi kültleşmiş filmler yaparlar. Kubrick, Peter'a duyduğu güvenle film sırasında

pek çok sahneyi doğaçlama şekilde oynamasına müsaade etmiştir (Sikov, 2003). Büründüğü rolleri sanki gerçekten "yaşıyormuşçasına" canlandıran aktör, kendi deyimiyle "bir kimliğe sahip olmadığı için" (Sikov, 2003) ona her türlü verilen kimliği/rolü tüm varlığı ile canlandırmış ve kendine hayran bırakmıştır.

Peter'in aile hayatı, ne yazık ki kariyeri kadar yolunda gitmez. Sophia Loren ile başrol oynayacağı bir yapımda, Sophia'ya duyduğu "tuhaf" aşk nedeniyle karısı ve çocuklarını terk eder fakat sonunda Sophia Loren tarafından da reddedilir. Bu ayrılığın ardından hayatı büyük bir savrulma evresine girer. Hala kariyerinde çok başarılıdır ancak günü birlik ilişkiler kurar; paranın ve gücün hazzını tecrübe eder. Sonunda kendinden yaşça epey küçük bir kadınla yeniden evlenir. Genç karısına hayranlık uyandıracak şekilde evlenme teklifinde bulunur, fakat evliliğin devamında bu hayranlığı uzun sürmez. Bir süre sonra karısından da ayrılır. Aile yapısı içinde her zaman baskın konumda olan annesi Peg'le ilişkisi hep çok iyi olur. Peter, annesinin biricik oğlu, onun bu dünyada yarım kalmış arzularını gerçekleştirecek yegâne varisidir. Annesi, oğluyla o kadar yakındır ki babanın bu süreçteki varlığına tahammül edemez, onu sürekli bastırır, Peter'in hayatı üzerinde asıl söz sahibi sadece annesi olur, aynı zamanda en büyük destekçisidir. Yaratıcılığı, olağanüstü zengin hayal gücü ve drama kabiliyetiyle Peter'in üstesinden gelemeyeceği rol yok gibidir.

Annesinin "oğlunu kendine saklaması" ve ilişkisinin bu denli yakın olması, bir zaman sonra paradoksal şekilde oğlunun ondan uzaklaşmasıyla sonuçlanır. Annesi, babasının ölüm döşeginde olduğunu oğlundan saklar ve Peter, ancak babası son nefesini verirken yanında olur. Annesi, "dikkatin dağılması" diye söylemedi der. Annesi için eşinin varlığı "önemsiz ve dikkat dağıtıcı" bir detaydır. Peter'in bunun üzerine annesiyle arası açılır. Sonrasında araları düzelse de hiçbir zaman eskisi gibi olmaz. Öyle ki Peter, annesinin hastalık sürecinde ve son zamanlarında yanında değildir. Hayatının son döneminde Kosinski'nin "Orada Bir Yerde (Being There)" filmini çekmeyi çok arzu eder. Hayatı, televizyonda izlediklerinden ibaret zanneden, bugüne kadar topluma hiç karışmamış Chance karakterini başarıyla canlandırır. Film, 1979 yılında yayınlanır. Canlandığı her karakteri sonuna dek "yaşatan", pek çok ödül sahibi, yetenekli, annesinin biricik oğlu Peter ise, hayatı boyunca nereye ait olduğunu bilemeden "orada bir yerde" var olmanın "dayanılmaz hafifliğiyle" 1980 yılında dünyaya gözlerini kapar.

Narsisizme Kuramsal Bakış: Freud'un Bebeğinden Modern Bebeğe

İnsanın varoluşundan bu yana her bebek, ebeveyni tarafından görünür olabilmek için ya mükemmel ve sıra

dışı olmalı ya da bu ihtiyacı giderebilmek için ebeveyni mükemmel ve sıra dışı şekilde algılamalıdır; bu bakış açısıyla bebek, değer görmenin bir yolu olarak kendisine bakım verene tapınmakla yükümlüdür ve ona tapacak birilerine ihtiyaç duyar (Mitchell, 1988). Narsisizmi anlayabilmenin başlangıç noktası bebeği anlamaktan geçmektedir.

Freud'un yaklaşımına göre bebek, biyolojik gerilimlerle kendini gösteren saldırgan ve cinsel dürtüleri için bir boşaltım nesnesi ve doyum arayan bir varlıktır. Psikanalitik kuramda, Freud'dan bugüne kadar, bebeğin ele alınışı değişkenlik gösterir. Freud'un bebeği, dış dünyadan gelen uyaranları kaydedip bunlar yüzünden acı çeken, görece saldırgan itki ve dürtülere sahip, türlü korku ve fanteziler tarafından yönetilen, haz ve doyum arayan, çatışma içinde bir varlıktır (Freud, 1964; akt. Mitchell, 1988). Bebek dürtülerden kaynaklı gerilimini yatıştırabilmek için bir nesne arayışına girer. Bu nesne aracılığıyla dürtülerin yarattığı gerilimi boşaltır. Dolayısıyla dışarıdan bir doyum nesnesine ihtiyaç vardır. Bu arayış esnasında, gerçeğin devreye girmesiyle acı çekmeye başlaması bir olur. Çevreden gereksinimlerini karşılayamadığı takdirde büyüme durur, var kalımı sürdürürebilmek için bebek bu ihtiyaçlarını çevreden zorla almaya ve saldırgan itkilere yönelmeye çalışır. Bu da çatışmayı beraberinde getirir. Freud'un bebeğinin aksine çağdaş psikodinamik yaklaşımların ortaya koyduğu 'modern bebek' (Mitchell, 1988) görece bu çatışmadan uzak ve masumdur. Başlangıçta etkileşim üzerinden ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan bebek, bu ihtiyaçlar karşılanmadığı takdirde o döneme dair eksik kalan parçaları yetişkin ilişkilerinde benzer örüntüler şeklinde yansıtabilir (Mitchell, 1988; Mitchell ve Black, 2016).

YÖNTEM

Roger Lewis'in aynı adlı kitabından uyarlanmış; McFeely ve Christopher Markus'un senaryosunu yazdığı; Stephen Hopkins'in yönetmenliğini yaptığı film, Freud sonrası çağdaş kuramcılarının narsisizm kuramlarından yola çıkarak betimleyici bir içerik analiziyle incelenmiştir. Bu kapsamda, filme dair sahneler ve içerikler üzerinden çıkarımlar yapılarak film sahneleri betimlenmiş, narsisizmi açıklayan kuramlarla açıklanmıştır.

Kernberg ve Narsisizm

Kernberg'in (1971) kuramsal çalışmalarına ilham olan Klein (1993), narsistik yanılsamayı idealizasyon ve büyülenmecilik ekseninde ele alır. Klein'a göre dünyaya büyük bir dehşet ve korku içinde gelen bebek iyi ve kötüyü birbirinden ayırdığı paranoid-şizoid konumdadır. Zaman için bu ayrıştırma azalır ve bütünleştirmeye doğru bir süreç başlar. Ancak bu süreç zarfında yaşanan yoğun anksiyete, erken dönemdeki

narsistik yanılsamalara karşı bir tür başa çıkma işlevi görür. Kişi kötü nesneye karşı kendini savunabilmek için ya idealizasyonu kullanacak ya da büyülenmeci bir üslupla karşı tarafın güç ve otoritesine meydan okuyacaktır.

Kernberg'e göre (1971), sağlıklı narsisizm, kendini üstün ve iltimaslı görerek büyülenen ya da idealizasyon üzerinden başa çıkma mekanizmasını ifade eden patolojik narsisizmden farklıdır: Bu noktada kendilik temsili ve kendilik saygısına dayalı süreçler devrededir. Narsistik yanılsamalar ise gerçek kendilik/benlik ile ideal olan kendilik ve nesnesinin bir tür iç içe geçmesi sonucudur (Mitchell, 1988). Erken gelişim döneminde yoğun saldırgan itkilerle dünyaya gelen ve çeşitli engellenmelere maruz kalmış bebek, bu yok edici dürtülerle etrafındaki bireyleri onu yok edecek şekilde algılar. Umutsuzluk içindeki bebek, zaman içinde çevreden hiçbir şey beklememeyi, sonrasında yaşayacağı hayal kırıklığına tercih eder (Mitchell, 1988). Aynı zamanda bir şey talep etmemenin ve ona sunulanı da reddetmenin kendiliğini daha az riske atacak bir şey olduğu inancını pekiştirir. Kendini tümgüçlü (omnipotent) ve tam olarak görüp kendinde her şeyin var olduğuna ve karşı taraftan hiçbir şey alamayacağına inanır. Asla güvende ve emniyette hissetmeyen bebek, oral saldırgan itkilerin de bir yansıması olarak kendiliğini büyülenmeci bir ekseninde geliştirir. İşte narsisizmin çatısı da bu şekilde kurulmuş olur. Kernberg (1975) idealizasyonu, ötekilere karşı hissedilen yoğun öfke ve nefretin örtük bir savunma yolu olarak ifade eder. Bu da erken gelişim dönemlerinden itibaren deneyimlenen engellenmeye dair çaresizlik ve nefret duygularından kişiyi korur. Bu sayede kimseye bağlı ya da bağımlı olmayacak; dolayısıyla hayatın ilk dönemlerinde tecrübe ettiği gibi incinme riskini de elimine etmiş olacaktır. Etrafındaki kimsenin bu ihtiyacı karşılayamayacağına dair kuvvetli inanç, tümgüçlü olma halini sürdürdüğü gibi değersizleştirmeyi de beraberinde getirir. Narsisizmin çekirdeği Kernberg'e göre bu zeminde kendini var eder. Kernberg'e göre narsisizm bir tür kendiliğe yatırımken, nesne ilişkileri de nesneye yatırımdır (1971, 1975). Nesneye duyulan "iyi sevmeye" ve "iyi nefret etmeye" bir aradadır. Kişinin bu bir aradalığa tahammülü patolojik narsisizmin de belirleyicisidir (Mitchell, 1988). Narsist, özünde bu tutarlılığa ihtiyaç duyarken ilişkiye girmekten ve yakınlaşmaktan uzak durarak derin duygusal bağlar kurmaktan kaçınır.

Kohut ve Narsisizm

Kohut (1971) kendilik (self) psikolojisinde çevreyle kurulan etkileşimin kendilik oluşumundaki etkisinin önemine dikkat çeker. Birey kendiliğini oluşturabilmesi ve bir bütün olarak koruyabilmesi için Winnicott'ın (1991) bahsettiği gibi kucaklayıcı bir çevreye ihtiyaç

kaynakları değişmiştir. Winnicott (1991, 2014), Freud'un dürtü kuramında bahsettiği vahşi, saldırgan itkilerin ve çocuksu arzuların açığa çıkarılarak bunlardan vazgeçilmesine dair yaptığı vurgu yerine kucaklayıcı bir çevrenin varlığında bu ihtiyaçların yeniden canlandırılmasına dikkat çeker. Narsisizmdeyse gerçek kendilik, bebeği adeta yutan bir annenin gölgesinde hapsolmuş, yok olmuş, sınırlar kaybolmuştur; dolayısıyla gerçeğe olan bağ da kopmuştur.

Lacan Bakış Açısı

Lacan'ın bebeğe bakış açısı da tıpkı Freud'un ve sonrasında Klein'in tanımladığı gibi (Mitchell, 1988) dehşet içindeki bebekle benzerlik gösterir, ancak Lacan'ın bebeği Klein'in bebeğinden farklıdır. Ötekinin varlığını ana rahmine düştüğü andan itibaren sezen, 4. ayda sesleri hissedebilen Lacan'ın bebeği, ötekinden muaf değildir (Lacan ve Miller, 2013). Doğduktan sonra ise bebek korkunç bir gerçeğe yüzleşir, "eksik" olduğunu bilir ama neyin eksik olduğunu anlamlandıramaz. Parçalanmış ve eksik olan bebek, bu eksikliği gidermek için ötekine yönelir. Bu aslında eksikliği tamamlamaya dair bir illüzyonu içinde barındırır. Arzuyu dış dünyadaki bir nesneye yöneltir ve ikame etmeye çalışır. Ötekine yönelemezse arzu, kendine dışarıda bir nesne bulamaz. Bu da derin ve komplike bir yas sürecini beraberinde getirir. Eksikliği doldurmaya yönelik ilgi ve illüzyon, zaman içinde ötekinin de (anne) eksik olduğunun idrakiyle sonlanır. Yoğun bir engellenme hissinin ardından birey, tekrar bu eksikliği ikame edebilecek bir nesne arayışına başlar (Lacan ve Miller, 2013).

6. aydan 18. aya kadar uzanan ayna evresinde bebek, birtakım zihinsel temsiller oluşturur, nesne devamlılığı geliştirir ve anneyi zihninde tutmaya başlar. 18 ay sonrasında ise dile ve kültüre, Lacan'ın deyimiyle üçlü diyalektiğe geçiş başlar. Bu defa anne ve bebek ikili sisteminden dışarı çıkılıp üçüncülerle tanışılan evreye adım atılır. Bu evrede bu defa kişi, üçüncüyü fantezilemeye başlar. Artık birlikte tamamlanması gereken bir üçüncü vardır.

Lacan'a göre "arzu, ötekinindir; kişinin arzusu, aslında ötekinin onu arzulamasıdır". Biyolojik ihtiyaçlarla başlayan bu süreç, ötekinin arzusunu gerçekleştirmek şeklinde devam eder; tamamlanmak için birey, ötekine yönelir. Bu noktada Lacan'ın gereksinim (need), talep (demand) ve arzu (desire) kavramları karşımıza çıkmaktadır. Gereksinim, ötekine olan biyolojik yönelimi ifade eder (Lacan, 1997). Bebek bedenindeki düzensizliklerle tek başına başa çıkamaz, bu gereksinimleri giderecek birine ihtiyaç duyar ve bu noktada talep etmeye başlar. Fizyolojik gereksinimler doyurulduktan sonra bebeğin bu fizyolojik ihtiyaçlarla özdeşleştirdiği ve ihtiyacı doysa bile devamını istediği

davranışlar söz konusudur. Arzu ne doyuma duyulan iştah ne de aşka duyulan istektir.

Lacan imajiner (imgesel, hayali), sembolik ve gerçek olmak üzere üç evreden bahseder. İmajiner, görüntülerin ve hayal gücünün alanıdır. Bu düzenin temel yapıtaşları sentez, özerklik, ikilik ve benzerliktir (Lacan, 1997). Lacan, ego ile yansıyan görüntü arasındaki ayna evresinde yaratılan ilişkinin, egonun ve imgesel düzenin kendisinin radikal yabancılaşma yerleri olduğunu vurgular. Yabancılaşmayı, imgesel düzenin kurucusu ve bu ilişkiyi narsistik olarak tanımlar (Lacan, Miller ve Grigg, 1993). Sembolik düzen ise, imgeselin görsel alanını yapılandırır ve dilsel bir boyut içerir. Gösteren (signifier) simgeselin temeliyse, gösterilen ve anlam da imgesel düzenin bir parçasıdır. Bu yönüyle de üçüncüye yani anne ve bebek ilişkisindeki ikili sistemin ötesine, yani kültüre ve dile girişi ifade eder. Dilin hem sembolik hem de imgesel çağrışımları vardır. İmgesel yönüyle dil, ötekinin söylemini tersine çeviren ve çarpıtan 'dil bariyeri' anlamına gelir. Bir diğer deyişle kültür, yasa, kurallar devreye girer. Bu noktada Lacan küçük öteki (little other) ve büyük öteki (big other) kavramlarından bahseder: Küçük öteki, gerçekte öteki olmayandır, yalnızca egonun bir yansıması ve projeksiyonudur. Aynı anda hem karşıt hem de aynasal bir görüntüyü içerir. Dünyaya gözlerini açan bir bebek için küçük öteki annesidir. Annenin isteklerini tatmin etmek üzerine kurulu bir arzu içindedir. Küçük ötekiyle hemhal olursa tam anlamıyla doyuma ulaşacağına dair bir algı içerisinde. Küçük öteki tamamen imgeselde kayıtlıdır. Büyük öteki, özdeşleşme yoluyla asimile edilemediği için hayali olanın yanıltıcı ötekiliğini aşan bir ötekilik olan radikal başkalağa işaret eder (Lacan, Miller ve Grigg, 1993).

Lacan'ın kavramsallaştırmasında fallus, annenin arzusunu tamamlayan şey olarak tanımlanır. Güç, otorite ve arzusun kendisiyle özdeşleştirilir. İmgeselde annenin fallusu çocukken; sembolik evrende çocuk, annenin onu da aşan bir arzusu olduğunu fark eder arzu doyumu için fallusu artık dışarıda aramaya başlar. Üçlü diyalektiğe, kültüre geçiş de tam bu evrede olur. Lacan buradaki üçüncüye "baba" adını verir, sonrasında bu tanımı "babanın adı" şeklinde günceller. Üçüncü, annenin gözündeki babanın varlığıdır. Birey, üçüncüyü ve onun gücünü idealize etme eğilimindedir.

TARTIŞMA

Peter Sellers'ın Rol Aldığı Filmlere Dair Kuramsal Bakış Açısı

Peter Sellers'ın canlandırdığı, insanları izlerken sürekli güldüren Müfettiş Clouseau karakteri aslında Peter'in insanların yüzünde (aynada) gördüğü kendisiyle ilgili

iyi nesne olduğuna dair temsili barındırır. İnsanları güldürmek ve sevmek onun iyi nesne olma haline denktir, çünkü ya iyi ya da tamamen kötü olacaktır (Klein, 1933). Freud'a göre (1914) narsistik deneyim ömür boyu kişiyle beraberdir. Narsistik libido, nesne libidosuna dönüşerek kendine bir doyum kanalı oluşturur. Birincil narsisizmin bir kısmı olduğu gibi varlığını sürdürürken zaman içinde libido kendine doyum arayacak farklı nesneler arar. Çocuk, ebeveyni tarafından koşulsuz ve aşırı -narsistik- derecede sevildiğinde kendiliğe dair duyulan aşk idealize edilir. Çocuğun bu aşamada artık gerçek anlamda sahip olduğu özellikler bakımından sevilmesi olası değildir. Bunu sağlamanın yolu çevredeki yetişkinlerin beklentilerini karşılamaktan geçer. Bu sayede tekrar tam ve kusursuz olabilir. En büyük korku, bu denli sevilen ve aşırı değer biçilen çocuğun gerçek dünyayla bağlantısını tamamen yitirmesidir. Buradaki yitim aynı zamanda kendiliğin de yok oluşu anlamına gelir. Bu sebeple birey, etrafında sürekli değer atfedeceği ya da ona değer atfedecek nesne arayışı içindedir. Bu arayışın olumlu sonuçlanmaması derin bir dağlmayı da beraberinde getirmektedir.

Peter Sellers, 1964 yapımı Dr. StrangeLove filminde üç ayrı karakteri, üç farklı tipoloji ve sesle canlandırır. Film, üst rütbeli bir komutanın Amerika'yı hiç istemediği halde savaşa sokmasını anlatan bir kara mizahdır. Kubrick, dördüncü bir karakteri daha Peter'in seslendirmesini ister (Russell, 1964, 1985). Peter, bu karakterin sesini bir türlü bulamaz ve diğer üç karakteri baştan inşa edip seslerini yaratmış olmasına rağmen kendini "işe yaramaz" olarak addeder. Kendilik algısı o kadar olumsuz ve zayıftır ki başarısızlığa hiçbir şekilde tolerans gösteremez.

Peter'in yaşadığı bu yoğun kaçınma, esasen yetersizlik ve engellenme hissini hiçbir şekilde tolere edememesi ile yakından ilişkilidir. Freud'un narsist ebeveyni (1914) çocuğunun kusurlarını örtbas eden, herhangi bir acizyeti asla çocuğa yansıtmayan, tüm kusurları gizleyen bir yapıdadır. Kendi yarım kalan narsisizmlerinin bir tür yeniden sahnelenişini ortaya koyan bu ebeveynler, çocukları üzerinden doyurulmamış arzularını ve düşlerini tatmin etme fırsatı bulur. Bu da ebeveynin kendine ait çözülmemiş bebeksi narsisizmin, yeteri kadar karşılanmamış oral gereksinimlerin yarattığı öfke ve nefretle birlikte kendini tekrar var etme çabasıdır. Tıpkı annesi Peg'in oğluna türlü desteği sunup oğlunun tümgüçlülüğünü ve kusursuzluğunu sarsacak her türlü durum ve koşulu reddetmesi gibi.

Diğerleri tarafından sevilip arzulanmaya, onay ve takdire yoğun şekilde ihtiyaç duyan Peter, büyülenmeci fantezilerin ardında doyum arayışını sürekli yenileyecek kanalların peşinde koşar, ilgi beklediği şekilde geldiğinde onu idealize ederken; aksi durumda aldığı haz azalır;

eskiden doyum sağlayan nesne ve ilişkiyi değersizleştirir, küçümser, sıkılır, huzursuz hisseder (Kernberg, 1975). Bu küçümseme nedeniyle de bir kişiye asla bağlı kalmaz. Oysa içten içe bu ihtiyacın eksikliği duyumsar.

Annesini ölüm döşeginde ziyarete gitmeyi reddeden Peter, bu defa annesinin rolüne girerek duymak istediklerini annesine söyler: "Oğlumun ne kadar güçlü olduğunu görüyor musunuz, ölümümü bir şampiyon gibi karşıladı... Başarı basamaklarında güçsüzlere yer yoktur ve benim Peter'im güçlü bir tırmanıcıdır". Çünkü "gerçek yıldızların göz yaşı dökmek için vakti yoktur". Bu sahneyi oynarken seremoni için hazırlanmış annesinin açık tabutuna girer ve artık uğruna yaşanacak biri yoktur. Annenin sahip olduğu fallusla birlikte bu hayata dair parçasını kaybetmenin yarattığı yoğun suçluluk ve öfkesiyle birlikte hiçliğe yönelir. "Kişiliği olmayan bir adam" olmak ister. Bu evrede çekmek için yanıp tutuştuğu Kosinski'nin "Being There" (1970) romanı onun hayatını yansıtan bir film olacaktır. Narsistik kişilerin kurtulmak zorunda oldukları ve nihayet yüzleşecekleri en büyük korkuları, sevgisiz ve insanla etkileşimi içermeyen bir evrende, tatmin eden nesnelerin artık yeteri kadar doyum sağlamadığı bir konumla baş başa kalmaktır (Kohut, 1971). Narsist, artık doyum sağlamadığı nesneyi değersizleştirmekte, kendine yeni nesneler aramaktadır.

Bir röportaj sırasında gazetecinin "karakterlerini nasıl bu kadar iyi canlandırabiliyorsun" sorusuna "benim kendime ait bir kişiliğim yok" diyerek cevap verir: "Maskenin arkasında biri yok, aldıldım..." (Boulting, 1980, s.11). Kendini hiçbir zaman beğenmez, aynadaki halinden hoşlanmaz. Çünkü onu onayan ve pekiştiren biri olmadıktan sonra tek başına bir anlamı, kıymeti, benliği yoktur.

Son Dönemleri: Hayat Aslında Bir Tür Algılama Halidir

Onca başarı ve ödülün ardından "Being There" filmini çekmek ise Peter'in hala aklındadır. Hayatının son dönemlerine yaklaştığından habersiz, kendi içinde geçmişin bir muhasebesini yapar. Çocukları ve ailesiyle bir aradayken yaptığı kayıtları, kendi çocukluğuna dair eski videoları seyrederek. Babasını, onun uzandığı koltuğu, onunla birlikte yaptığı şeyleri hatırlar. Hayatının son döneminde, ancak annesi öldükten sonra babayı (yasayı) anımsar ve "varlığını" kabul eder. Artık tüm karakterlerini ve alter egolarını, yeni bir ego için öldürür. Yeni karakteri ise Peter'in tam da bu gayesiyle paradoksal şekilde bir benliği olmayan, tüm hayatı televizyonda gördüğü kişileri ve şeyleri taklit etmek olan Kosinski romanından uyarlama "Chance"tir.

Romanın kahramanı Chance, doğduğu günden bu yana dışarı adımını atmamış, hayatı radyodan

duyduklarından öğrenmeye çalışan, yanında yaşadığı zengin yaşlı adamın bir süre sonra ona televizyon almasıyla tüm dünyayı televizyon ekranından seyreden ve uzaktan kumandayla istediği an kanalı çevirme “gücüne” sahip zihinsel kapasitesi sınırlı, bildiği tek şey bahçıvanlık ve çiçekler olan safca bir adamdır. Zengin ev sahibinin ölümüyle bir gün dışarı çıkar ve tesadüf eseri bir kazaya karışır. Arabayla Chance’e çarpan kişi başka bir zengin iş adamının karısı Eve’dir. Chance’in iyi giyimli ve terbiyeli olduğunu düşünerek onun varlıklı ve soylu bir ticaret adamı olduğunu düşünür. Chance’i aileye tanıtır, Chance ise bugüne kadar bildiği tek şey olan bitkilerden, bitkilerin yetiştirme koşullarından bahseder. Daha önce televizyonda seyrettiği şeyleri gündelik hayatına uyarlamaya çalışır. Etrafındaki insanlar Chance’in söylediklerini birer “metafor” olarak algılar. Onun aslında çok zeki, sessiz ve az konuşan biri olduğuna inanırlar. Eve, Chance’ten etkilenir ve zaman içinde Chance’e aşık olur. Eve’in kocası, Chance’i milyarder iş ortaklarıyla, nüfuzlu insanlarla, hatta Amerikan başkanıyla tanıştıtır. Tüm Amerika Chance’in ağzından çıkacak lafları merak eder hale gelir. Film “yaşam, bir tür algılama halidir” sözleriyle; Chance’in bir şeylerden haberdar olmamanın ve hiçbir şey bilmemenin dayanılmaz hafifliğiyle suyun üzerinde yürüdüğü sahneyle son bulur.

Peter’in Chance ile arasında kurduğu analogi yine dikkat çekicidir. Peter da gençliğinden bu yana hoşuna gitmeyen bir durum olduğunda regrese olarak zorluktan kaçınmakta; tıpkı Chance gibi uzaktan kumandanın düğmesine basarak kanalı çevirmekte ve yaşamını bir tür algılama hali içerisinde geçirmektedir. “The Life and Death of Peter Sellers” filminin sonunda Peter, kendisini Chance karakteri olarak seyreder. Film, 1979 yılında yayınlanır, annesinin biricik oğlu Peter ise 1980 yılında hayata gözlerini yumar.

SONUÇ

Yunan mitolojisinde Zeus’un oğullarından Apollo, güneşi, mantığı, akılcılığı ve sağduyuyu sembolize eder; Dionysos ise duyguların, eğlencenin, içgüdülerin, şarap ve dansın tanrısıdır. Apollo akı, Dionysos ise kaosu temsil eder. İki tanrı da doğadaki düzenin birbirine eşlik eden tamamlayıcıları olarak görülür (Graf, 1996; Morford ve Lenardon, 1999). Nietzsche, the Birth of Tragedy (1996) adlı eserinde bu ikili diyalektik bir üçüncüsünü daha dahil eder ve “trajik adamdan” bahseder. Bu kişi, gerçekliğin rasyonelliği ve hazzın doyuma ulaşmak istemesi arasındaki dengeyi temsil eder. Nietzsche burada kendini sürekli yenileyen ve var eden bir oluşu vurgular. Trajik adam gücünü, yanılsama ve gerçekliğin ikili etkileşiminden alır (Mitchell, 1988, s.197).

Bu üçlü diyalektik içinde Peter, Dionysos’la özdeşleşmektedir. Çünkü trajik adamın engellenmeye hayal kırıklığına dayanabilecek gücü varken Dionysos’un yoktur. Nietzsche’nin (1999) ilkel birlik olarak adlandırdığı ve Dionysos’çu eyleme atıfta bulunan bu ünite, çılgınlık ve bolluğu temsil eder; sanatçının var etmesindeki yaratıcılığın zemininde bu birliğin olduğunu vurgular. Sanatçı, bu bolluk içerisinde kendi yaratısını ve mükemmelliği dönüştürerek tıpkı Peter gibi sanatını ortaya koymaktadır. Film boyu, Peter Sellers’in doğumundan ölümüne hayat verdiği karakterlerin kendi yaşam öyküsüyle ne denli iç içe geçmiş ve metaforik olarak örtüştüğüne dair pek çok sembol makalede özetlenmeye çalışılmıştır. Film, finalde, Peter’in ölümünü de bir kurgu ve bir filminden alıntılanan bir sahneymişçesine seyirciye izletir.

Bu makalede farklı kuramsal perspektifler, filmin sahnelerini farklı bir bakış açısıyla ele almayı sağlamaktadır. Kuramcının bakış açısına göre içerik ve yorum da değişecektir. Tıpkı filmin en çarpıcı sahnelerinden birinde vurgulandığı gibi; çünkü “hayat aslında bir tür algılama halidir”.

KAYNAKÇA

- Boulting, J. (1980). Peter the great”. The Guardian. London.
- Freud, S. (1914). On narcissism: an introduction (s. 3-32).
- Freud, S. (1964). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. (J. Strachey, Ed.). Macmillan.
- Graf, F. (1996). Greek mythology: An introduction. JHU Press.
- Kernberg, O. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson, Inc.
- Kernberg, P. F. (1971). The course of the analysis of a narcissistic personality with hysterical and compulsive features. Journal of the American Psychoanalytic Association, 19(3), 451-471.
- Klein, M. (1933). The psycho-analysis of children. The Sociological Review, 25(3), 296-298.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. Journal of the American Psychoanalytic association, 14(2), 243-272.
- Kohut, H. (1971). The Analysis of Self. International Universities Press, Inc.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. The Psychoanalytic Study of the Child, 27(1), 360-400.
- Kohut, H. (1977). The Restoration of the Self. International Universities Press, Inc.
- Kosinski, J. (1970). Being There. Harcourt Brace.
- Lacan, J. (1997). The seminar of Jacques Lacan: The four fundamental concepts of psychoanalysis (Vol. Book XI) (The seminar of Jacques Lacan). New York: WW Norton & Company.
- Lacan, J. ve Miller, J. A. (2013). The psychoses: the seminar of Jacques Lacan. Routledge.
- Lacan, J., Miller, J. A. E., ve Grigg, R. T. (1993). The seminar of Jacques Lacan, Book 3: The psychoses 1955–1956. In Translation of the seminar that Lacan delivered to the Société Française de Psychoanalyse over the course of the academic year 1955–1956. WW Norton & Company.
- Lewis, R. (1997). The life and death of Peter Sellers. Hal Leonard Corporation.
- Mitchell, S. A. (1988). Relational Concepts in Psychoanalysis an Integration. The President and Fellows of Harvard College.

- Mitchell, S. A. ve Black, M. J. (2016). Freud and beyond: A History of modern psychoanalytic thought. Hachette.
- Morford, M. P. ve Lenardon, R. J. (1999). Classical mythology. Oxford University Press.
- Nietzsche, F. (1999). Nietzsche: The birth of tragedy and other writings. Cambridge University Press.
- Russell, G. A. (1985). Narcissism and the narcissistic personality disorder: a comparison of the theories of Kernberg and Kohut. *British Journal of Medical Psychology*, 58(2), 137-148.
- Russell, L. (1964). Stanley Kubrick. *New Left Review*.
- Sellers, M. (1981). P.S. I Love Your An Intimate Portrait of Peter Sellers. E.P. Dutton. New York.
- Sikov, E. (2003). Mr. StrangeLove: A Biography of Peter Sellers. Hachette Books.
- Winnicott, D. W. (1991). Playing and reality. Psychology Press.
- Winnicott, D. W. (2014). Through pediatrics to psychoanalysis: Collected papers. Routledge.
- Winnicott, D. W. (2018). Ego distortion in terms of true and false self. In *The Person Who Is Me* (s. 7-22). Routledge.

Derleme / Review Article

Dijital sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejisinin (omnichannel strategy) rolü ve etkileri

The role and effects of the holistic channel strategy (omnichannel strategy) in digital health services

Pınar Nur Dalgıç

Arş.Gör. Yozgat Bozok Üniversitesi, Ankara/Türkiye, p.nur.dalgic@yobu.edu.tr, 0009-0002-0534-6767

Anahtar Kelimeler:
Bütüncül Kanal Stratejisi, Dijital Sağlık Teknolojileri, Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme, Hasta Deneyimi.

Key Words:
Omnichannel Strategy, Digital Health Technologies, Healthcare and Digitalization, Patient Experience

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Arş.Gör. Yozgat Bozok Üniversitesi, Ankara/Türkiye, p.nur.dalgic@yobu.edu.tr, 0009-0002-0534-6767

DOI:
10.52880/sagakaderg.1645394

Gönderme Tarihi/Received Date:
13.02.2025

Kabul Tarihi/Accepted Date:
05.05.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2025

ÖZ

Teknolojik gelişmeler dijital araçların kullanımı yaygınlaştırmış ve bu durum, sermayelerin artmasına sebep olmuştur. Cep telefonları, tabletler ve akıllı telefonlar gibi araçlar, tüketicilerin internet kullanımını artırmış ve bilgiye erişimi hızlandırmıştır. Bu ortamda, tüketici deneyimini optimize etmek amacıyla bütüncül kanal stratejisi (omnichannel strategy) adı verilen bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bu strateji, çeşitli iletişim kanallarını entegre ederek tutarlı ve verimli bir tüketici etkileşimi sağlamayı hedeflemektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinde, dijital sağlık teknolojilerinin artışı ile birlikte bu entegrasyon, hasta deneyimini ve sağlık sisteminin genel etkinliğini olumlu yönde etkilemiştir. Mobil sağlık uygulamaları, tele-sağlık hizmetleri ve çevrimiçi randevu sistemleri gibi dijital kanallar, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve verimliliğini artırmaktadır. Bu dijital çeşitliliği yönetmek ve sağlık hizmetleri arasındaki veri ve iletişim akışını optimize etmek için bütüncül kanal stratejisi kullanılmaktadır. Bu durum sağlık hizmeti sağlayıcılarının hizmet kalitesini ve verimliliğini artırmaktadır. Bu çalışma, dijital sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejisinin (omnichannel strategy) rolünü ve etkilerini analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın yöntemi literatür taramasına dayalı olup, mevcut araştırmalardaki bilgi boşlukları tespit edilmiş ve bu stratejinin sağlık hizmetlerine entegrasyonunda karşılaşılan zorluklar ile fırsatlar kapsamlı şekilde ele alınmıştır. Elde edilen bulgular, sağlık sektöründe dijital dönüşümün sürdürülebilirliği açısından bütüncül kanal stratejisinin kritik bir rol üstlendiğini göstermektedir.

ABSTRACT

Technological advancements have increased the use of digital tools, contributing to the growth of capital. Devices such as smartphones and tablets have enhanced internet usage and sped up access to information. In this context, the omnichannel strategy has emerged to optimize consumer experiences by integrating multiple communication channels, ensuring a consistent and efficient interaction. In healthcare, the rise of digital health technologies has improved patient experience and the overall efficiency of the system. Digital channels like mobile health apps, telehealth services, and online appointment systems have boosted the accessibility and effectiveness of healthcare. The omnichannel strategy helps manage this diversity, optimizing data and communication flows between services to enhance service quality and provider efficiency. This article reviews how the omnichannel strategy can be implemented to improve the effectiveness of digital healthcare services. This study aims to analyze the role and effects of the omnichannel strategy in digital health services. The research is based on a comprehensive literature review, identifying existing gaps in the current body of knowledge and examining the challenges and opportunities associated with the integration of this strategy into healthcare services. The findings reveal that the omnichannel strategy plays a critical role in ensuring the sustainability of digital transformation within the healthcare sector.

GİRİŞ

Yaşanan teknolojik gelişmeler, dijital araçların ön plana çıkmasına sebep olmuş ve buna bağlı olarak gerçekleştirilen sermayeleri de artırmıştır. Özellikle cep telefonları, tabletler, akıllı telefonlar tüketicilerin internet kullanımını artırarak bilgiye erişimi hızlandırmıştır. Bu bilgiler ışığında günümüzün dinamik pazar ortamlarında tüketici deneyimini optimize etmek amacıyla bütüncül kanal stratejisi adı verilen yeni bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bu strateji, birden fazla iletişim kanalını entegre ederek, tutarlı ve verimli bir tüketici etkileşimi sağlamayı hedeflemektedir. Günümüzde dijital dönüşüm etkisiyle, tüketici beklentileri sadece ürün ya da hizmetlerin kalitesiyle sınırlı kalmayıp aynı zamanda bu ürün ve hizmetlerin sunulma şekliyle de doğrudan ilişkilidir (Verhoef vd., 2017; Berman ve Thelen, 2018; Asmare ve Zewdie, 2022; Ishfaq vd., 2024). Bu bağlamda bütüncül kanal stratejisi tüketici yolculuğunun tüm aşamalarında tutarlılık ve bütünlük sağlamak amacıyla tasarlanmış bir çerçeve sunmaktadır ve fiziksel mağazalar, çevrimiçi platformlar, mobil uygulamalar ve sosyal medya gibi çeşitli kanalların entegrasyonunu sağlayarak tüketiciye kesintisiz bir deneyim sunmayı hedeflemektedir (Hagberg vd., 2016; Aleshnikova vd., 2019).

Dijital dönüşümün sağlık sektöründe hızla ilerlemesi hem hasta hem de sağlık profesyonelleri için önemli fırsatlar yaratmaktadır. Bu dönüşüm, yalnızca teknolojik gelişmelerle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunulma biçiminde de köklü değişikliklere yol açmaktadır. Bütüncül kanal stratejileri, dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerine entegrasyonunda kritik bir rol oynamaktadır. Bu stratejiler, sağlık hizmetlerine yönelik her bir kanalın (mobil uygulamalar, tele-sağlık, çevrimiçi platformlar vb.) uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlayarak daha etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumu yaratmaktadır (Susilo vd., 2021; Yao vd., 2022; Abadie vd., 2023; Borges do Nascimento vd., 2023; Wick vd., 2024).

Bütüncül kanal stratejisinin sağlık sektöründeki önemi, yalnızca hasta memnuniyetini artırmakla kalmayıp, aynı zamanda operasyonel verimliliği de artırmaktadır. Dijital sağlık kanallarının entegrasyonu sayesinde, hastalar sağlık hizmetlerine daha hızlı erişebilirken, sağlık hizmeti sağlayıcıları da kaynaklarını daha verimli kullanabilmektedir. Örneğin, mobil sağlık uygulamaları hastaların sağlık verilerini anlık olarak izleyebilmelerini ve bu verileri sağlık profesyonelleriyle kolayca paylaşabilmelerini sağlarken; tele-sağlık hizmetleri uzak bölgelerden sağlık danışmanlık hizmetlerine erişimi mümkün kılmaktadır. Bu uygulamalar, dijital kanal stratejisinin somut faydalarıdır (Connolly vd., 2021; Zakerabasali vd., 2022; Liu vd., 2023).

Bütüncül kanal stratejilerinin sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde uygulanabilmesi için, sağlık profesyonellerinin dijital araçlar konusunda bilgi ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca, dijital platformların doğru entegrasyonu ve hasta verilerinin güvenliğini sağlayan güçlü bir altyapı kurulması bu stratejilerin başarısı için kritik öneme sahiptir. Dijitalleşme süreci sırasında karşılaşılan en büyük zorluklardan biri, sağlık hizmetleri sağlayıcılarının teknolojik altyapılarını ve iş süreçlerini dijitalleşmeye adapte etmeleridir. Bunun yanı sıra, hastaların dijital sağlık hizmetlerine adapte olabilmesi için dijital okuryazarlığının artırılması ve hasta gizliliği ile ilgili güvenlik endişelerinin giderilmesi gerekmektedir (Paola vd., 2023; Wick vd., 2024).

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinde dijital dönüşümün hızla ilerlemesiyle birlikte bütüncül kanal stratejilerinin etkinliğini incelemeyi amaçlamaktadır. Literatür taraması, sağlık hizmetleri sektörüyle ilgili dijital dönüşüm üzerine yapılan çalışmalarda genellikle teknolojik yeniliklerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini incelediğini, ancak bütüncül kanal stratejilerinin doğrudan analiz edildiği özgün bir çalışmanın eksik olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırma, literatürdeki bu boşluğu doldurmayı ve dijital sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejilerinin etkinliğini ele alarak dijitalleşmenin getirdiği fırsatlar ve zorlukları kapsamlı bir şekilde incelemeyi hedeflemektedir. Derleme türünde kurgulanan bu çalışma, mevcut bilgi birikimini derleyerek, bu alandaki kuramsal ve uygulamalı eksiklikleri belirlemeye yönelik katkı sunmaktadır. Elde edilen bulguların, dijital dönüşüm sürecinin sağlık sektörü üzerindeki etkilerine dair stratejik perspektifler geliştirilmesine ve sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesine yön verecek politika ve uygulamalara zemin hazırlaması beklenmektedir.

DİJİTAL SAĞLIK HİZMETLERİNDE BÜTÜNCÜL KANAL STRATEJİSİ

Bütüncül Kanal Stratejisi

Günümüzde işletmeler, tüketicilere erişim kapasitesini artırmak ve mevcut hizmet yapılarını iyileştirmek amacıyla çeşitli dijital kanalları kullanarak hem fiziksel hem de dijital müşteri hizmetleri ortamlarını geliştirmeye ve yaygınlaştırmaya büyük önem vermektedir. Dijital kanalların kullanımı, müşterilerle olan etkileşimlerin çeşitlendirilmesini ve bu etkileşimlerin daha etkin bir şekilde yönetilmesini sağlar. Bu bağlamda, işletmelerin kanal stratejileri, tüketicilere daha kapsamlı ve entegre bir hizmet sunmak için temel bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanal, işletmelerin müşterilere mal, hizmet veya bilgi sunmak için kullandıkları yolları ve rotaları ifade etmektedir. Bu kanallar fiziksel mağazalardan,

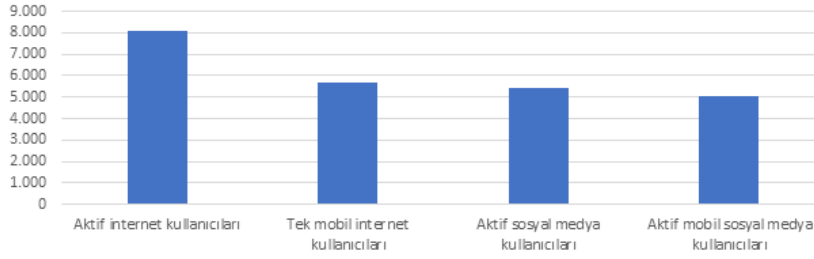
e-ticaret sitelerine, sosyal medya platformlarından mobil uygulamalara kadar geniş bir yelpazeyi kapsamakta ve her kanal, müşteri deneyimini ve işletmenin pazarlama stratejilerini farklı şekillerde etkilemektedir. Kanal stratejisi ise, işletmelerin dağıtım amaçlarına ulaşmak için benimsedikleri bir dizi ilkeyi ifade etmektedir. Bu strateji, hangi kanalların kullanılacağı, bu kanalların nasıl entegre edileceği ve müşteri deneyiminin nasıl optimize edileceği gibi unsurları içermektedir. Ayrıca etkili bir kanal stratejisi, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamak için doğru kanalları seçmeyi, bu kanallar arasında tutarlılığı sağlamayı ve her kanalın güçlü yönlerinden yararlanmayı hedeflemektedir (Verhoef vd., 2017; Berman ve Thelen, 2018; Asmare ve Zewdie, 2022; Moreira vd., 2023). Ishfaq vd., 2024).

Latince kökenli ‘omni’ öneki, “bütün” veya “genel” anlamlarına gelmektedir. Bu kavram, özellikle iş dünyasında çok kanallı yaklaşım ile karıştırılan bir kavramdır. Bütüncül kanal stratejisi, müşteri deneyimini merkeze alarak tüm kanalları entegre bir biçimde sunmayı amaçlamaktadır. Bu strateji, tüketicilere fiziksel ve çevrimiçi mağazalar arasında kesintisiz bir geçiş imkânı tanıırken, çoklu kanal stratejisi, tüketicinin bu iki mağaza türü arasında kesintilere neden olabilecek bir geçiş yaşamasına yol açabilmektedir. Bütüncül kanal stratejisinde, tüm dağıtım noktaları tek bir tasarım altında bütünleşik bir şekilde sunulmakta olup, bu durum tüketicilere çeşitli avantajlar sağlamaktadır. Bu avantajlar arasında, müşterilerin belirli bir kanala bağlı kalmadan ürünlere daha kolay erişim sağlaması, alışveriş sürecinde kontrolü elinde tutabilmesi, tüm kanallarda indirimlerden eşit şekilde faydalanabilmesi ve mal/hizmet çeşitliliği ile fiyatlarda tutarlılığın sağlanması yer almaktadır (Juaneda-Ayensa vd., 2016; Lazaris & Vrechopoulos, 2014). Bütüncül kanal stratejisinde, müşteriler bilgi aramak için tüm mevcut yolları kullanabildiği için bu strateji kapsamında, müşteriler alışveriş ve hizmet işlemlerini her zaman, her yerde ve her cihazdan gerçekleştirebilmektedir. Bu durum işletmelerin karşısına tüm dağıtım kanallarını etkin bir şekilde kullanabilen ve iyi bilgilendirilmiş müşteriler çıkarmaktadır. Sonuç olarak, tüketicilere 7/24 ürün arama, fiyat karşılaştırması yapma, kişiselleştirilmiş teklifler alma, sadakat puanlarını yönetme, çevrimiçi ödeme yapma, rezervasyon yapma ve mal/hizmet siparişi verme gibi birçok imkân sunulmaktadır (Belu & Marinoiu, 2014; Aydın & Kazançoğlu, 2017). Bu bağlamda, bütüncül kanal stratejisi, müşteri deneyimini optimize etmek ve geliştirmek amacıyla geniş bir yelpazede olanaklar sunmaktadır. Özellikle perakendecilik sektöründe, dağıtım kanallarının sunduğu farklı avantajlar, bu stratejinin önemli bir kullanım nedeni olarak öne çıkmaktadır (Mirsch vd., 2016).

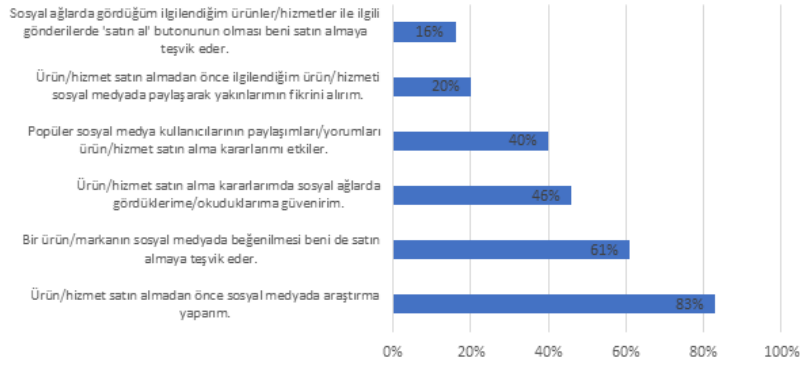
Dijital dünyada, teknolojinin hızla gelişmesi ve genişlemesiyle birlikte, dijitalleşme hayatın her alanında önemli bir rol oynamaktadır. Günümüzde, her yaştan insanın dijital teknolojileri kullanma oranı artmış ve bu teknolojiler, günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. İnternet erişimi, mobil cihazlar, sosyal medya ve diğer dijital araçlar, tüketicilerin alışveriş alışkanlıklarını köklü bir şekilde değiştirmiştir. Bu dönüşüm, işletmelerin müşteri deneyimlerini optimize etmek ve rekabet avantajı elde etmek için dijital stratejilere yatırım yapmalarını zorunlu kılmaktadır. Dijitalleşmenin sağladığı bu geniş erişim ve bilgi akışı, bütüncül kanal stratejisinin önemini daha da artırmakta ve neredeyse tüm sektörlerde değer zincirinde büyük bir avantaj ve değişim yaratmaktadır (Menvielle vd., 2017; Lapão, 2018; Gjellebæk vd., 2020; Glauner vd., 2021). Bu değerlerin bir uzantısı olan sosyal ticaret kavramı en basit adıyla e-ticaret işlemleri sosyal ağların kullanımını ifade etmektedir.

Şekil 1’de görüldüğü üzere Nisan 2024 tarihi itibarıyla yaklaşık 8 milyon insan aktif olarak sosyal medya platformlarını kullanmaktadır. Şekilde sunulan bu veriler, ilgili kaynaktan alınarak yorumlanmıştır ve dijital iletişim stratejilerinin kritik önemini ortaya koymaktadır. Bütüncül kanallı strateji, çeşitli iletişim ve satış kanallarını entegre ederek tutarlı ve kişiselleştirilmiş bir kullanıcı deneyimi sağladığı için sosyal medya, bu stratejilerin başarısını destekleyerek, markaların kullanıcılarla etkili bir etkileşim kurmasına ve müşteri deneyimini geliştirmesine olanak tanımaktadır. Dolayısıyla, sosyal medya platformları, müşteri geri bildirimlerinin hızlı ve etkili bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır (Grewal vd., 2020; Grewal ve Roggeveen, 2020; Dhruv vd., 2020; Grewal vd., 2021).

Şekil 2’de sunulan bu veriler, ilgili kaynaktan alınarak yorumlanmıştır. Satın alma kararları üzerinde etkili olan kullanıcı paylaşımları ve yorumları, sosyal medyada ürün veya hizmet satın almak isteyen kişilerin %40’ını etkilemektedir. Katılımcıların %20’si bir ürün veya hizmet satın almadan önce bunu sosyal ağlarda paylaşarak diğer kullanıcıların görüşlerini almakta, ancak bu eğilim yaygın olarak görülmemektedir. Tüketicilerin %16’sı ise, sosyal ağlarda beğendikleri ürün veya hizmetler için ‘satın al’ butonunun bulunmasının, kendilerini satın alma eylemine teşvik ettiğini ifade etmektedir. Bu veriler, sosyal medyanın tüketici davranışları üzerindeki etkisini ve çevrimiçi kullanıcı etkileşimlerinin satın alma süreçlerindeki rolünü açıkça ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, bütüncül kanal stratejisi (omni-kanal stratejisi) ile bu verilerin birleşimi, işletmeler için önemli fırsatlar sunmaktadır. Bütüncül kanal stratejisi, işletmelerin müşterilere tutarlı ve kesintisiz bir deneyim sunmak amacıyla hem fiziksel



Şekil 1. Küresel Dijital Nüfus – Nisan 2024 (milyon adet);
Kaynak: Statista, Worldwide Digital Population as of April 2024



Şekil 2. Sosyal Medyanın Satın Alma Kararlarına Etkisi;
Kaynak: KPMG Türkiye Sosyal Ticaret Eğilimleri Araştırması, Aralık 2017

hem de dijital kanalları entegre etmeyi hedeflemektedir (Türkiye Sosyal Ticaret Eğilimleri Araştırması, 2017).

Sosyal medyanın tüketici davranışları üzerindeki güçlü etkisi göz önüne alındığında, işletmelerin sosyal medya platformlarını etkin bir şekilde kullanarak müşteri etkileşimlerini ve satış süreçlerini optimize etmeleri gerekmektedir. Sosyal medyada yer alan 'satın al' butonları gibi doğrudan satışa yönelik özellikler, omni-kanal stratejisinin dijital ayağında önemli bir rol oynamaktadır (Piotrowicz & Cuthbertson, 2014). Bu sayede, tüketiciler hem sosyal medya üzerinden ürün ve hizmetler hakkında bilgi edinmekte hem de bu platformlar aracılığıyla hızlı ve kolay bir şekilde satın alma işlemi gerçekleştirebilmektedirler (Neslin vd., 2006).

Dijital Sağlık Hizmetleri

Amerikan Tabipler Birliği'ne (2018) göre, dijital sağlık, klinik verilerin toplanması, düzenlenmesi, yorumlanması ve kullanılması süreçlerini kapsayan, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve diğer performans göstergelerini yöneten geniş kapsamlı bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Dijital sağlık araçları, sağlık hizmetlerinin dijital dönüşümünde kritik bir rol oynamaktadır ve bu araçlar, hasta bakımını iyileştirmek, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak ve sağlık

sistemlerinin genel etkinliğini yükseltmek amacıyla çeşitli teknolojiler sunmaktadır (Swan vd., 2019). Dijital sağlık araçları arasında, elektronik tıbbi kayıt sistemleri (EMR), hasta portalları, dijital sağlık bilgisi arama motorları, tele-tıp uygulamaları, mobil sağlık uygulamaları ve giyilebilir cihazlar gibi birçok örnek bulunmaktadır. Elektronik tıbbi kayıtlar, hastaların sağlık bilgilerini dijital ortamda güvenli bir şekilde saklayarak, sağlık profesyonellerinin bu bilgilere hızlı ve doğru bir şekilde erişimini sağlamaktadır. Hasta portalları, hastaların kendi sağlık verilerine erişimlerini kolaylaştırarak, sağlık durumlarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olmaktadır. Tele-tıp uygulamaları, uzaktan sağlık hizmeti alımını mümkün kılarak, coğrafi engelleri aşmaya yardımcı olmakta ve hasta ile sağlık profesyoneli arasında etkin bir iletişim kanalı sağlamaktadır (Butcher ve Hussain, 2022; Yeung vd., 2023). Mobil sağlık uygulamaları ve giyilebilir cihazlar ise, bireylerin sağlık verilerini sürekli olarak izleyerek, kişiselleştirilmiş sağlık yönetimi ve erken teşhis imkânları sunmaktadır. Dijital sağlık kanalları, sağlık kurumlarına yapılan fiziksel ziyaretleri zenginleştirerek, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hem kendileri hem de hastaları için bütüncül bir hasta yolculuğu deneyimi sunmalarına olanak tanımaktadır. (Swan vd., 2019; Ma vd., 2020; Naik vd., 2022).

Dalgıç: Dijital sağlıkta bütüncül kanal stratejisinin rolü ve etkileri

Dijital teknolojilerin sağlık üzerindeki etkileri, bireylerin sağlıklarını iyileştirmelerine ve daha bilinçli sağlık kararları almalarına büyük ölçüde yardımcı olmaktadır. Bu teknolojiler, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakla kalmayıp, aynı zamanda sağlık hizmetleri arasında maliyet ve kalite karşılaştırmalarını da mümkün kılar (Moreira vd., 2023). Ayrıca, sağlık profesyonellerinin etkinlik ve verimliliklerini artıran bu teknolojiler, sağlık sistemlerinin genel performansını yükseltir (Uysal & Ulusinan, 2020). Sonuç olarak, dijital sağlık teknolojileri hem bireylerin sağlık yönetimini hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini önemli ölçüde geliştirmektedir (Vhatkar vd., 2024).

Dijital Sağlık Hizmetlerinde Bütüncül Kanal Stratejisi

Dijital sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejisi (omnichannel strategy), hastaların sağlık hizmetlerine farklı iletişim kanalları aracılığıyla kesintisiz, entegre ve kişiselleştirilmiş bir biçimde erişimini sağlayan bir yaklaşımdır (Dahl vd., 2021). Bu strateji, hastaların dijital sağlık ekosistemi içinde deneyimlerinin bütüncül bir şekilde yönetilmesini ve sağlık hizmetlerinin farklı kanallar arasında tutarlı olmasını amaçlamaktadır (Grewal vd., 2017).

Bütüncül kanal stratejisinin kuramsal temelleri, hizmet pazarlaması, hasta merkezli bakım ve dijital dönüşüm teorileri gibi çeşitli disiplinlere dayanmaktadır. Bu stratejinin sağlık sektöründeki uygulanabilirliği, hastaların karar alma süreçlerini anlamaya yönelik davranışsal teoriler ve teknolojinin sağlık sistemlerine entegrasyonunu inceleyen teorik çerçeveler ile desteklenmektedir (Abadie vd., 2023). Sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejisinin uygulanması hem kurum içindeki hem de daha geniş bir ekosistem içerisindeki bağımsız iş birimleri arasında bağlantıların tesis edilmesini gerektirmektedir. Sağlık sektörü, en parçalı sektörlerden biri olduğundan, hasta deneyimi birçok farklı birim ve sistem arasında dağılmaktadır. Bu sebeple, entegre bir sağlık hizmetleri

pazarlama sistemi; veri, teknoloji, iletişim, yetkinlikler ve iş modelleri arasında bir yakınsama sağlamayı zorunlu kılmaktadır (Gupta, 2015).

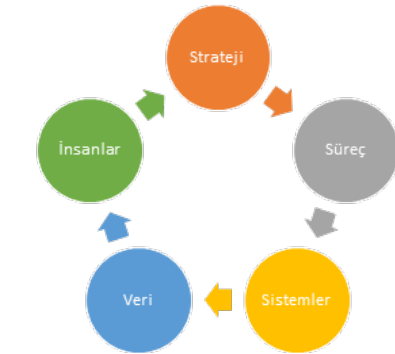
Sağlık kurumlarında, her bir boyuttaki boşluklar ve zayıflıklar dikkatlice değerlendirilip ele alınarak daha etkili ve sağlam çok kanallı strateji geliştirilebilir. Çok kanallı stratejinin bileşenleri, yalnızca tek tek ele alınmamalı, aynı zamanda birleşik ve sorunsuz bir hasta deneyimi yaratmak için nasıl etkileşime girdikleri de dikkate alınmalıdır. Bu, çok kanallı yaklaşımın sadece etkili değil, aynı zamanda uzun ömürlü olmasını da sağlamaktadır (Moreira vd., 2023). Aşağıda, beş temel boyut detaylı olarak açıklanmıştır.

Strateji

Sağlık kurumlarında çok kanallı stratejinin benimsenmesi, öncelikle kapsamlı ve uyumlu bir stratejik planlama gerektirmektedir. Bu stratejik planlama, çeşitli kanallar arasında tutarlılığı sağlamayı, hasta merkezli hizmet sunumunu optimize etmeyi ve kurumsal hedeflere ulaşmayı amaçlar ve strateji, kaynakların etkin kullanımı ve sürdürülebilirliğin sağlanması açısından da büyük önem taşır. Stratejik boşluklar ve zayıflıkların belirlenmesi, kurumların rekabet avantajını artırmasına ve hasta memnuniyetini iyileştirmesine de katkıda bulunabilmektedir (Biçer, 2018).

Süreç

Çok kanallı stratejinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için mevcut süreçlerin yeniden yapılandırılması ve optimize edilmesi gerekmektedir. Süreç yönetimi, hizmet sunumundaki verimliliği artırarak, süreçlerin standartlaşmasını ve hasta deneyimini iyileştirmeyi hedefler ve süreçlerdeki zayıflıkların tespiti ve giderilmesi, çeşitli kanallar arasında kesintisiz entegrasyon sağlanmasını kolaylaştırır. Bu da hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini artırmaktadır (Gerea & Herskovic, 2022).



Şekil 3. Bütüncül Kanal Stratejisi Boyutları
Kaynak: Moreira vd., 2023

Sistemler

Çok kanallı stratejinin başarısı için uygun bilgi teknolojisi altyapısının oluşturulması zorunludur. Bu, elektronik sağlık kayıtları, tele sağlık platformları ve veri analiz araçları gibi dijital sistemlerin entegrasyonunu içermektedir. Gelişmiş teknoloji sistemleri, sağlık hizmetlerinin her kanalda tutarlı ve etkili bir şekilde sunulmasına olanak tanımaktadır. Sistemlerdeki eksikliklerin ve zayıflıkların giderilmesi daha sağlam ve güvenilir bir dijital altyapının kurulmasını sağlayabilmektedir (Moreira vd., 2023).

Veri

Veri yönetimi, çok kanallı stratejinin temel taşlarından biridir. Güvenilir ve doğru veri toplama, depolama, analiz etme ve paylaşma süreçleri, hasta bakımının kalitesini artırmak ve stratejik kararları desteklemek için kritik öneme sahiptir. Veri güvenliği ve gizliliği, bu süreçlerin vazgeçilmez unsurlarıdır. Verideki boşlukların ve zayıflıkların tespit edilip düzeltilmesi, veri yönetiminin etkinliğini artırır ve stratejik hedeflere ulaşmada önemli bir rol oynamaktadır (Moreira vd., 2023).

İnsanlar

Çok kanallı stratejinin başarılı bir şekilde uygulanması, sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin bu yeni yaklaşıma adaptasyonunu gerektirir. Eğitim programları, değişim yönetimi ve liderlik gelişimi gibi insan odaklı girişimler, stratejinin benimsenmesi ve sürdürülebilirliği için hayati önem taşır. Sağlık çalışanlarının yetkinliklerinin artırılması, hasta memnuniyetinin ve hizmet kalitesinin artmasına doğrudan katkıda bulunur. İnsan faktöründeki eksikliklerin ve zayıflıkların giderilmesi, çok kanallı stratejinin etkinliğini ve kalıcılığını artırır (Moreira, 2024).

Dijital Sağlık Hizmetlerine Bütüncül Kanal Stratejisinin Entegrasyonu

Dijital sağlık hizmetleri alanında bütüncül kanal stratejisi (omnichannel strategy), hasta odaklı sağlık hizmeti sunumunun merkezinde yer almakta ve hasta deneyiminin sürekliliğini sağlamaktadır. Bütüncül kanal yaklaşımı, farklı dijital ve fiziksel temas noktalarının entegre edilerek hastaların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmeyi ve sağlık süreçlerini daha verimli hale getirmeyi amaçlamaktadır (Dahl, Milne & Peltier, 2021). Özellikle hasta yolculuğunun her aşamasında çok kanallı temas noktalarının oluşturulması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırırken sağlık hizmeti sağlayıcılarının da daha etkin ve verimli bir şekilde hizmet sunmasına olanak tanımaktadır (Kwon & Yoon, 2022).

Bütüncül kanal entegrasyonu, sağlık tüketicilerinin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde aktif roller üstlenmelerini destekleyen bir yapı sunmaktadır. Hastalar, tele-sağlık platformları, mobil uygulamalar, yapay zeka destekli hasta rehberleri, elektronik sağlık kayıt sistemleri (EHR) ve giyilebilir sağlık teknolojileri gibi farklı dijital araçlar aracılığıyla sağlık hizmetleriyle etkileşim kurma ihtiyacı duymaktadır (Webinar, 2023). Bu bağlamda, hizmet sağlayıcılarının tutarlı mesajlaşma, veri paylaşımı ve kişiselleştirilmiş hizmet deneyimleri sunabilmeleri, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada kritik bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Gopal vd., 2023). Bütüncül kanal stratejisi kapsamında sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde kullanılan dijital uygulamalar aşağıdaki başlıklar altında ele alınabilmektedir.

Tele-tıp

Dijital sağlık alanındaki en önemli ilerlemelerden biri, tele-tıp alanında olmuştur. Tele-tıp, hastaların akıllı telefon, tablet veya ses ve görüntü özellikli bilgisayarlar kullanarak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından herhangi bir yerden görülebilmesini sağlayan bir platform olarak tanımlanmaktadır (Swan vd., 2019). Bu teknoloji, sağlık hizmetlerine erişimin kritik olduğu durumlarda bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması olarak da ifade edilmektedir (European Commission, 2018). Bütüncül kanal stratejisi ise, tele-tıp gibi dijital kanalları fiziksel sağlık kanalları ile entegre ederek hastalara daha tutarlı ve kesintisiz bir hizmet sunmayı hedeflemektedir. Bu strateji sayesinde hastaların ihtiyaçlarına göre en uygun kanal seçilmekte ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta etkileşimini daha etkili yönetmelerini sağlamaktadır (Swan vd., 2019). Sonuç olarak tele-tıp ve bütüncül kanal stratejisi birlikte kullanıldığında, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi artmakta, hasta memnuniyeti ve sağlık sonuçları da iyileşme göstermektedir (Haimi ve Sergienko, 2024; Moreira & Santos, 2024; Petretto vd., 2024).

Tele-tıp ve bütüncül kanal stratejisinin güçlü yönleri arasında, özellikle erişilebilirlik, zaman ve maliyet tasarrufu, hasta memnuniyeti ve verimlilik yer almaktadır. Tele-tıp, uzak bölgelerde yaşayan ya da fiziksel olarak hastaneye gitme imkânı olmayan bireyler için büyük bir erişim kolaylığı sunar. Ayrıca, dijital kanallar sayesinde hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri zaman ve maliyet tasarrufu sağlamakta, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır. Bu durum hasta memnuniyetini artırırken, hizmetlerin verimli bir şekilde sunulmasına da olanak tanır. Ancak, bu stratejilerin zayıf yönleri de bulunmaktadır (Azoev vd., 2019). Teknolojik erişim engelleri, özellikle internet erişimi olmayan veya teknolojiye aşina olmayan

bireyler için bir sorun teşkil edebilir. Ayrıca, dijital sağlık hizmetlerinin veri güvenliği ve gizlilik açısından riskler taşıması, hasta bilgileri üzerinde güvenlik açıkları yaratabilir. Sağlık profesyonellerinin dijital platformlara adapte olması da zaman alabilir ve belirli bir eğitim gerektirebilir. Son olarak, bazı bölgelerde tele-tıp hizmetlerine yönelik yasal engeller ve düzenleyici eksiklikler, hizmetin yaygınlaşmasını zorlaştırabilir. Bu nedenle, dijital sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için bu zorlukların aşılması gerekmektedir (Kuğu vd., 2019; Dilbaz vd., 2020; Oborn vd., 2021; Mensah, 2024).

Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

Elektronik sağlık kaydı, bireylerin geçmişte, günümüzde veya gelecekte hastalıklarla ilgili olan tüm bilgilerini elektronik sistemler aracılığıyla kayıt altına alan, saklayan ve işleyen bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2014). Bu kayıtlar, tıbbi geçmiş, teşhisler, tedavi planları, laboratuvar sonuçları, görüntüleme raporları ve ilaç reçeteleri gibi kapsamlı ve detaylı verileri içermektedir. Elektronik sağlık kayıtları, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak, hastaların sağlık bilgilerine daha hızlı ve güvenli bir şekilde erişimini sağlamak ve sağlık personelinin karar verme süreçlerini desteklemek amacıyla kullanılmaktadır (SB, 2014). Elektronik sağlık kayıtları, bütüncül kanal stratejisini destekleyen önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır. ESK'lar farklı kanallardan toplanan verilerin entegre edilmesine ve bu verilerin sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından anlık olarak kullanılabilmesini ifade etmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin kalitesi artmakta ve hastaların her türlü sağlık hizmetine erişimi kolaylaşmaktadır (Hoerbst & Ammenwerth, 2010; Adeniyi vd., 2024; Ghosheh vd., 2024; Nowrozy vd., 2024).

Mobil Uygulamalar ve Hasta Portalları

Bütüncül kanal stratejisi, farklı dijital platformların (mobil uygulamalar, hasta portalları, tele-sağlık vb.) entegre şekilde çalışmasını sağlayarak hastaların sağlık bilgilerine, randevularına, sağlık hizmeti sunucularıyla olan iletişimlerine her yerden erişim sağlamalarına olanak tanımaktadır. Mobil sağlık uygulamaları, cep telefonları, tabletler ve diğer cihazlar aracılığıyla sağlık bilgisine ve hizmetlerine erişim sağlayan yazılım uygulamalarıdır (Boulos & Al-Shorbaji, 2014). Benzer olarak hasta portalları da hastaların sağlık bilgisine, test-sonuçlarına, randevu bilgilerine ve tıbbi notlara çevrimiçi erişim sağlayan güvenli web tabanlı platformlardır (Griffin vd, 2016). Mobil uygulamalar ve hasta portalları, sağlık hizmetlerinin dijital dönüşümünde kritik bir rol oynamakta ve bütüncül kanal stratejisi ile bu araçların

entegre edilmesi hasta deneyimini iyileştirmektedir. Gelecekte de bu entegrasyonun daha da gelişmesi ve sağlık sistemlerine entegrasyonunun artması beklenmektedir (Moreira & Santos, 2024).

Nesnelerin İnterneti (IoT)

Nesnelerin interneti (IoT), fiziksel nesnelerin internet aracılığıyla birbirleriyle ve diğer sistemlerle etkileşimde bulunmasını sağlayan bir teknolojidir. Bu teknoloji, çeşitli sensörler, aktüatörler ve yazılımlar içeren fiziksel nesnelerin, veri toplama ve iletim yetenekleri sayesinde internet üzerinden birbirleriyle bağlantını içererek sağlık hizmetleri, akıllı şehirler ve endüstriyel uygulamalar gibi birçok alanda önemli etkileri barındırmaktadır (Boulos & Al-Shorbaji, 2014). Bütüncül kanal stratejisi kapsamında, hastaların toplanan sağlık verileri ile bu verilerin diğer sağlık hizmeti kanallarıyla entegre edilmesi sağlanmaktadır. Örneğin, IoT tabanlı bir monitör, hasta portalı aracılığıyla doktorlara veri gönderebilmekte ve mobil uygulamalar üzerinden hastayı bilgilendirebilmektedir. Ayrıca IoT teknolojileri, sağlık verilerinin toplanması, analiz edilmesi ve hasta bakımının kişiselleştirilmesi süreçlerinde önemli rol oynamaktadır. Bütüncül kanal stratejisi ise bu teknolojilerin etkili bir şekilde koordine edilmesini ve hasta deneyiminin iyileştirilmesini sağlamaktadır (Lee, Kao & Yang, 2014).

Giyilebilir Sağlık Teknolojileri (Webinar)

Giyilebilir sağlık teknolojileri, sağlık izleme ve yönetimini kişisel ve sürekli bir düzeyde mümkün kılan cihazlardır. Bu cihazlar, sağlık verilerini toplamak, analiz etmek ve iletmek için çeşitli sensörler ve yazılımlar kullanmaktadır. Bireylerin vücuduna takılan veya giysilere entegre edilen bu cihazlar, sağlık verilerini izlemek için çeşitli sensörler kullanmakta ve bu verileri internet aracılığıyla analiz etmektedir (Kılıç & Tosun, 2021). Örneğin, giyilebilir kalp monitörü, kalp verilerini mobil uygulamaya ve hasta portalına aktarabilir, bu da sağlık sunucularının anlık olarak veri almasını ve hasta bakımını daha etkili yönetmesini sağlar. Bu teknolojinin bütüncül kanal stratejisi ile entegrasyonu, sağlık hizmetlerinde önemli iyileştirmeler sağlaması beklenmektedir (Dinh-Le, Chuang, Chokshi & Mann, 2019).

TÜRKİYE'DE DİJİTAL SAĞLIK HİZMETLERİNİN BÜTÜNCÜL KANAL STRATEJİSİ İLE ENTEGRASYONU

Bütüncül kanallı sağlık yaklaşımı sağlık hizmetlerinin çeşitli kanallar aracılığıyla entegre edilmesini ifade etmekte ve hasta merkezli hizmet sunmayı

hedeflemektedir. Bütüncül kanal stratejisi, sağlık hizmet sunumunda farklı dijital ve geleneksel kanalların entegrasyonunu sağlayarak hasta merkezli bir sistem oluşturmayı hedeflemektedir (Baird & Nowak, 2021). Bu strateji, sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmiş ve kesintisiz bir şekilde sunulmasına olanak tanımakta, böylece hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini artırmaktadır. Özellikle Covid-19 pandemisi, sağlık sektöründe dijitalleşme sürecini hızlandırarak uzaktan sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını teşvik etmiştir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Dijital Türkiye Programı”, sağlık hizmetlerinde dijitalleşme süreçlerini destekleyen çeşitli projeleri içermektedir. Bu projeler, elektronik sağlık kayıtları (EHR), tele-sağlık uygulamaları ve yapay zeka destekli karar destek sistemleri gibi yenilikçi yaklaşımlar içermektedir. Örneğin, e-Nabız ve Teletıp sistemleri, hastaların sağlık kayıtlarına uzaktan erişimini sağlayarak bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca Türkiye’de gelişen teknolojiye dayalı sağlık hizmetleri, 2019-2023 yıllarını kapsayan 11. Kalkınma Planı’nda sağlık alanında öncelik verilen hedeflerden biridir (On Birinci Kalkınma Planı, 2019).

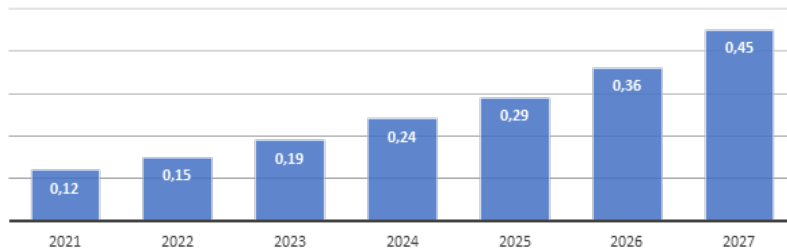
Karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde, gelişmiş ülkelerde uygulanan dijital sağlık stratejileri Türkiye için önemli bir referans noktası oluşturmaktadır. Örneğin, İngiltere’deki Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) Dijital Dönüşüm Programı, hasta kayıtlarının merkezi bir sistemde tutulmasını ve uzaktan hasta izleme hizmetlerinin genişletilmesini hedeflemektedir (Topol, 2019). Benzer şekilde, ABD’deki Medicare ve Medicaid programları, uzaktan sağlık hizmetlerinin geri ödeme sistemine entegre edilmesiyle tele-sağlığın yaygınlaşmasını teşvik etmiştir. Türkiye’de de benzer bir yönelim görülmekte olup, 2023-2027 yıllarını kapsayan Sağlıkta Dönüşüm Stratejileri ile uzaktan sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması planlanmaktadır (SB, 2023).

Türkiye’de yapılan araştırmalar, 2027 yılına kadar uzaktan sağlık hizmetleri pazarının belirgin bir büyüme göstereceğini ortaya koymaktadır. Şekil 5’te görüldüğü üzere, uzaktan sağlık hizmetleri pazar cirosunda yıllık

bazda sürekli bir artış gözlemlenmektedir. Bu artış, sağlık sektöründeki altyapı yatırımları ve teknolojik gelişmelerin doğrudan bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Türkiye’de dijital sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu anlamak için Teletıp sistemi önemli bir örnek teşkil etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen e-Nabız platformu, hastaların sağlık kayıtlarını dijital ortamda takip edebilmelerine, randevu alabilmelerine ve sağlık hizmetlerine uzaktan erişebilmelerine olanak tanımaktadır. 2020 yılında Covid-19 pandemisiyle birlikte Teletıp hizmetleri daha da yaygınlaşmış, doktorlar uzaktan hasta muayenesi yaparak hastalara teşhis ve tedavi önerebilir hale gelmiştir (Dilbaz vd., 2020; Oborn vd., 2021; Kayserili & Tefiroğlu, 2023; Mensah, 2024).

Örneğin, Ankara Şehir Hastanesi, 2021’de kronik hastaların uzaktan izlenmesi için teletıp sistemini başlatmış ve diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkları olan bireyler, hastaneye gitmeden doktorlarıyla çevrimiçi görüşmeler yapabilmüş, reçeteleri dijital ortamda düzenlenmiş ve sağlık durumları anlık olarak takip edilmiştir. Bu sistem sayesinde hasta memnuniyeti %85 artarken, hastaneye başvurular %30 azalmıştır (SB, 2023). Benzer bir dijital sağlık örneği ise ABD’deki Mayo Clinic’te görülmektedir. 2019’dan itibaren uzaktan kardiyoloji ve diyabet yönetimi gibi programlarla, özellikle kırsal alanlarda yaşayan bireyler için sağlık hizmetlerine erişim artmıştır. Bu dijital uygulamalar, hasta memnuniyetini iyileştirirken, sağlık sistemlerinin verimliliğini artırmış ve operasyonel yükü azaltmıştır (Demaerschalk vd., 2022; Qamar vd., 2024).

Türkiye bağlamında ise e-Nabız ve Teletıp sistemlerinin yaygınlaştırılması, özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi artırabilir ve coğrafi eşitsizlikleri azaltabilir. Sağlık profesyonellerinin dijital uygulamalara adaptasyonu, altyapı yatırımları ve hasta eğitimi gibi unsurlar güçlendirilerek Türkiye’deki dijital sağlık dönüşümünün başarısı artırılabilir. Uluslararası iyi uygulamalar, Türkiye’nin sağlık sistemine entegre edilerek hasta odaklı, sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağlayacaktır (Arık, 2023).



Şekil 5. Türkiye Uzaktan Sağlık Hizmetleri Pazar Cirosu (milyar dolar);
Kaynak: EMIS, 2022.

SONUÇ

Bütüncül kanal stratejisi, dijital dönüşüm sürecinin sağlık hizmetlerine entegrasyonu ile sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmayı ve hasta odaklı sistemler oluşturarak hizmet verimliliğini iyileştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Bu strateji, dijital sağlık teknolojilerinin sunduğu imkanlarla, hastaların sağlıklarını daha etkin takip edebilmesini sağlamakta ve uzaktan tedavi gibi olanaklardan yararlanmalarını kolaylaştırmaktadır. Mobil sağlık uygulamaları, teletıp, yapay zeka destekli danışmanlık hizmetleri ve IoT tabanlı izleme sistemleri, hastaların sağlık durumlarını sürekli izleyebilmelerine ve tedavi süreçlerini daha verimli bir şekilde yönetebilmelerine olanak tanımaktadır. Bu dijital entegrasyon, sağlık sistemlerinin daha verimli, erişilebilir, hızlı ve hasta odaklı hale gelmesini sağlamakta, aynı zamanda hasta memnuniyetini artırmakta ve hizmet sunumunu optimize etmektedir. Ancak, başarılı bir entegrasyon için sağlık sisteminin tüm paydaşları arasında güçlü bir iş birliği, politika ve regülasyonların güçlendirilmesi, veri güvenliği ve etik konularına dair sağlam bir çerçeve oluşturulması kritik öneme sahiptir. Dijital sağlık hizmetlerinde bütüncül kanal stratejisinin etkili ve sürdürülebilir bir şekilde uygulanabilmesi için, öncelikle sağlık sisteminin tüm paydaşları arasında güçlü ve yapılandırılmış bir iş birliği mekanizması oluşturulmalıdır. Kamu, özel sektör, üniversiteler ve teknoloji sağlayıcıları ortak projeler geliştirmeli; bu iş birlikleri pilot uygulamalarla test edilerek ulusal ölçekte yaygınlaştırılmalıdır. Örneğin, kronik hastalık yönetimi, yaşlı sağlığı ya da kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerine erişim konularında yerel düzeyde başlatılacak dijital sağlık projeleri hem uygulama başarısını test etmek hem de toplum tabanlı dönüşümleri başlatmak için etkili olabilir. Ayrıca, dijital sağlık altyapısının güçlü, güvenilir ve kapsayıcı bir şekilde kurulması, veri güvenliği ve hasta mahremiyeti çerçevesinde düzenleyici bir sistemle desteklenmelidir. Bu kapsamda, ulusal düzeyde bir sağlık verisi güvenlik politikası geliştirilmeli; hasta bilgilerinin bütün dijital platformlarda güvenle işlenmesini sağlayacak yasal ve teknik düzenlemeler hayata geçirilmelidir. Bunun yanında, sağlık çalışanlarının dijital sağlık teknolojilerine uyumu için kapsamlı eğitim programları planlanmalı, sağlık profesyonellerine yönelik sürekli hizmet içi eğitimler ve dijital okuryazarlık artırıcı sertifikasyon süreçleri yaygınlaştırılmalıdır.

Gelecek araştırmalar, dijital sağlık hizmetlerinde veri güvenliği, etik sorunlar, hasta memnuniyeti ve sağlık profesyonellerinin dijital adaptasyonu gibi konuları derinlemesine inceleyerek daha sürdürülebilir, verimli ve güvenli sağlık sistemlerinin oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca, farklı ülkelerde dijital

sağlık uygulamalarının etkinliği ve maliyet-etkinlik analizleri gibi alanlarda çalışmalar yapılabilir. Bu araştırmalar, dijital sağlık dönüşümünü yönlendirecek yeni politikaların geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abadie, A., Roux, M., Chowdhury, S., & Dey, P. (2023). Interlinking organisational resources, AI adoption and omnichannel integration quality in Ghana's healthcare supply chain. *Journal of Business Research*, 162, 113866.
- Adeniyi, A. O., Arowoogun, J. O., Chidi, R., Okolo, C. A., & Babawarun, O. (2024). The impact of electronic health records on patient care and outcomes: A comprehensive review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(2), 1446-1455.
- Aleshnikova, V. I., Beregovskaya, T. A., & Sumarokova, E. V. (2019). Omnichannel marketing strategy. *Vestnik universiteta*, (2), 39-45.
- Altuntaş, E. Y. (2019). Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Dijital Dönüşüm. Konya: Eğitim Yayınevi.
- Arık, Y. (2023). Tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri pazarlaması kapsamında değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2): 511-534
- Asmare, A., & Zewdie, S. (2022). Omnichannel retailing strategy: a systematic review. *The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research*, 32(1), 59-79.
- Aydın, H., & Kazançoğlu, İ. (2017). Çoklu kanal stratejisinden omni-kanal stratejisine geçişin tüketiciler tarafından kabulü. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(39), 57-77.
- Azoev, G., Sumarokova, E., & Butkovskaya, G. (2019, Aralık). Sağlık sektöründe pazarlama iletişimi entegrasyonu: dijitalleşme ve çok kanallı teknolojiler. *Dijital Ekonomi Uluslararası Bilimsel ve Pratik Konferansı (ISCDE 2019)* (s. 635-640). Atlantis Basın.
- Belu, M.G., & Marinoiu, A.M. (2014). A New distribution strategy: The omnichannel strategy. *The Romanian Economic Journal*, 17(52), 117-133.
- Berman, B., & Thelen, S. (2018). Planning and implementing an effective omnichannel marketing program. *International Journal of Retail, Distribution Management*, 46(7), 598-614.
- Biçer, E. B. (2018). Sağlık kurumları yöneticilerinin stratejik yönetim tekniklerine bakış açılarının ve yaklaşım tarzlarının belirlenmesi: Sivas ili örneği. *Journal Of Management and Economics Research*, 16(4), 405-427.
- Borges do Nascimento, I. J., Abdulazeem, H., Vasanthan, L. T., Martinez, E. Z., Zucoloto, M. L., Østengaard, L., ... & Novillo-Ortiz, D. (2023). Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals. *NPJ digital medicine*, 6(1), 161.
- Boulos, M. N. K., & Al-Shorbaji, N. M. (2014). On the internet of things, smart cities and the WHO Healthy cities. *International Journal of Health Geographics*, 13(10).
- Butcher, C. J., & Hussain, W. (2022). Digital healthcare: the future. *Future healthcare journal*, 9(2), 113-117.
- Connolly, S. L., Kuhn, E., Possemato, K., & Torous, J. (2021). Digital clinics and mobile technology implementation for mental health care. *Current psychiatry reports*, 23(7), 38.
- Dahl, A. J., Milne, G. R., & Peltier, J. W. (2021). Digital health information seeking in an omni-channel environment: A shared decision-making and service-dominant logic perspective. *Journal of Business Research*, 125, 840-850.
- Demaerschalk, B. M., Pines, A., Butterfield, R., Haglin, J. M., Haddad, T. C., Yiannias, J., ... & Wu, S. (2022). Assessment of clinician diagnostic concordance with video telemedicine in the integrated multispecialty practice at Mayo Clinic during the beginning of COVID-19 pandemic from March to June 2020. *JAMA Network Open*, 5(9), e2229958-e2229958.

- Dhruv, G., Noble, S. M., Roggeveen, A. L., & Jens, N. (2020). The future of in-store technology. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 48(1), 96-113.
- Dilbaz, B., Kaplanoğlu, M., & Kaya, D. (2020). Teletıp ve tele-sağlık: Geçmiş, bugün ve gelecek. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 4(1), 40-56.
- Dinh-Le, C., Chuang, R., Chokshi, S., & Mann, D. (2019). Wearable health technology and electronic health record integration: Scoping review and future directions. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(9), e12861.
- EMIS. (2022). Global Virtual Visits Market - Global Outlook Forecast 2022-2027 Arizton.
- European Commission. (2018). Digital health: New technologies and the future of healthcare. Publications Office of the European Union. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/adresinden> 20 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- Gerea, C., & Herskovic, V. (2022). Transitioning from multichannel to omnichannel customer experience in service-based companies: Challenges and Coping Strategies. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, 17(2), 394-413.
- Ghosheh, G. O., Li, J., & Zhu, T. (2024). A survey of generative adversarial networks for synthesizing structured electronic health records. *ACM Computing Surveys*, 56(6), 1-34.
- Gjellebæk, C., Svensson, A., Bjørkquist, C., Fladeby, N., & Grundén, K. (2020). Management challenges for future digitalization of healthcare services. *Futures*, 124, 102636.
- Glauner, P., Plugmann, P., & Lerzynski, G. (2021). Digitalization in healthcare. Springer International Publishing.
- Grewal, D., & Roggeveen, A. L. (2020). Understanding retail experiences and customer journey management. *Journal of retailing*, 96(1), 3-8.
- Grewal, D., Gauri, D. K., Roggeveen, A. L., & Sethuraman, R. (2021). Strategizing retailing in the new technology era. *Journal of Retailing*, 97(1), 6-12.
- Grewal, D., Noble, S. M., Roggeveen, A. L., & Nordfalt, J. (2020). The future of in-store technology. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 48, 96-113.
- Griffin, A., Skinner, A., Thornhill, J., & Weinberger, M. (2016). Patient portals. *Applied Clinical Informatics*, 7(2), 489-501.
- Gupta, P. (2015) Comparative Study of Online and Offline Shopping. M.Sc. Thesis, National Institute of Technology Rourkela, Odisha.
- Hagberg, J., Sundström, M., & Egels-Zandén, N. (2016). The digitalization of retailing: An exploratory framework. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 44(7), 694-712.
- Haimi, M., & Sergienko, R. (2024). Adoption and use of telemedicine and digital health services among older adults in light of the COVID-19 pandemic: repeated cross-sectional analysis. *JMIR aging*, 7, e52317.
- Hoerbst, A., & Ammenwerth, E. (2010). Electronic health records. *Methods of Information in Medicine*, 49(04), 320-336.
- Ishfaq, R., Darby, J., & Gibson, B. (2024). Adapting the retail business model to omnichannel strategy: A supply chain management perspective. *Journal of Business Logistics*, 45(1), e12352.
- Juaneda-Ayensa, E., Mosquera, A., & Sierra Murillo, Y. (2016). Omnichannel customer behavior: Key drivers of technology acceptance and use and their effects on purchase intention. *Frontiers in Psychology*, 28(7), 1117.
- Kayserili, A., & Tefiroğlu, E. Ç. (2023). Dijital sağlık hizmetlerinin hastane idarecileri tarafından değerlendirilmesi. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 3(2), 26-38.
- Kılıç, T., & Tosun, N. (2021). Akıllı sağlık ekosistemi ve güncel uygulama örnekleri. *İşletme Bilimi Dergisi*, 9(3), 543-564.
- KPMG Türkiye. (2017). Sosyal ticaret eğilimleri araştırması. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/tr/pdf/2018/04/sosyal-ticaret-egilimleri-arastirmasi.pdf> adresinden 8 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
- Kuşu, E. L., Dahl, A. J. ve Peltier, J. W. (2019) Çok kanallı bir ortamda sağlık pazarlaması: Teletıp ve diğer dijital temas noktalarını keşfetmek. *İnteraktif Pazarlamada Araştırma Dergisi*, 13(4), 602-618.
- Lapão, L. V. (2018). The future of healthcare: the impact of digitalization on healthcare services performance. In *The internet and health in Brazil: Challenges and trends* (pp. 435-449). Cham: Springer International Publishing.
- Lazaris, C., & Vrechopoulos, A. (2014). From multichannel to "Omnichannel" retailing: Review of the literature and calls for research. 2nd International Conference on Contemporary Marketing Issues, (ICCM), 18-20 June, October.
- Lee, J., Kao, H.A. & Yang, S. (2014) Service Innovation and smart analytics for industry 4.0 and big data environment. *Procedia CIRP*, 16, 3-8.
- Liu, H., Perera, S. C., Wang, J. J., & Leonhardt, J. M. (2023). Physician engagement in online medical teams: a multilevel investigation. *Journal of Business Research*, 157, 113588.
- Ma, Y., Zhang, Y., Cai, S., Han, Z., Liu, X., Wang, F., ... & Feng, X. (2020). Flexible hybrid electronics for digital healthcare. *Advanced Materials*, 32(15), 1902062.
- Mensah, G. B. (2024). Regulating Malpractice in Telemedicine and Digital Health. *Africa Journal For Regulatory Affairs (AJFRA)*, 1, 1-16.
- Menvielle, L., Audrain-Pontevia, A. F., & Menvielle, W. (Eds.). (2017). The digitization of healthcare: new challenges and opportunities.
- Mirsch, T., Lehrer, C., & Jung, R. (2016). Channel integration towards omnichannel management: a literature review. 20th Pacific Asia Conference on Information Systems (PACIS), 1-16.
- Moreira, A. (2024). Multichannel mobile companion for personalized healthcare services.
- Moreira, A., & Santos, M. F. (2024). An open data-based omnichannel approach for personalized healthcare. *Information*, 15(7), 415.
- Moreira, A., Alves, C., Machado, J., & Santos, M.F. (2023). Sağlık hizmetlerinde çok kanallı etkileşime genel bakış. *Mayo Clinic Bildirileri: Dijital Sağlık*, 1 (2), 77-93.
- Naik, N., Hameed, B. Z., Sooriyaperakasam, N., Vinayahalingam, S., Patil, V., Smriti, K., ... & Soman, B. K. (2022). Transforming healthcare through a digital revolution: a review of digital healthcare technologies and solutions. *Frontiers in digital health*, 4, 919985.
- Neslin, S., Grewal, D., Leghorn, R., Shankar, V., Teerling, M., Thomas, J., & Verhoef, P. (2006). Challenges and opportunities in multichannel customer management. *Journal of Service Research*, 9(2):95-112.,
- Nowrozy, R., Ahmed, K., Kayes, A. S. M., Wang, H., & McIntosh, T. R. (2024). Privacy preservation of electronic health records in the modern era: A systematic survey. *ACM Computing Surveys*, 56(8), 1-37.
- Oborn, E., Pilosof, N. P., Hinings, B., & Zimlichman, E. (2021). Institutional logics and innovation in times of crisis: Telemedicine as digital 'PPE'. *Information and Organization*, 31(1), 100340.
- On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023). (2019). T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf.
- Paiola, M., Khvatova, T., Schiavone, F. ve Ferraris, A. (2023). Çok kanallı stratejiler değere dayalı sağlık hizmetlerine nasıl katkıda bulunur? Orkestra tabanlı bir analiz. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 167, 114175.
- Petretto, D. R., Carrogu, G. P., Gaviano, L., Berti, R., Pinna, M., Petretto, A. D., & Pili, R. (2024). Telemedicine, e-health, and digital health equity: a scoping review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 20, e17450179279732.

- Piotrowicz, W. and Cuthbertson, R. (2014) Introduction to the special issue information technology in retail: Toward omnichannel retailing. *International Journal of Electronic Commerce*, 18(4), 5-16.
- Qamar, R., Anjum, F., & Din, R. U. (2024). Assessing the Impact of Digital Health Technologies on Chronic Disease Management. *Multidisciplinary Journal of Healthcare (MJH)*, 1(1), 53-61.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Elektronik sağlık kaydı. <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4874/ehr-electronic-health-record---esk-elektronik-saglik-kaydi.html>. Accessed adresinden 12 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Dijital Sağlıkta Dünya ve Türkiye Perspektifi. https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/tr_tr/pdf/2023/dijital-saglikta-dunya-ve-turkiye-perspektifi-raporu.pdf adresinden 16 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- Statista Market Insights. (2024). Worldwide digital population. <https://www.statista.com/> adresinden 20 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- Susilo, C. B., Jayanto, I., & Kusumawaty, I. (2021). Understanding digital technology trends in healthcare and preventive strategy. *International Journal of Health and Medical Sciences*, 4(3), 347-354.
- Swan, E. L., Dahl, A. J., & Peltier, J. W. (2019). Health-care marketing in an omni-channel environment: Exploring telemedicine and other digital touchpoints. *Journal of Research in Interactive Marketing*, 13(4), 602-618.
- Topol E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44–56.
- Uysal, B., & Ulusinan, E. (2020). Güncel dijital sağlık uygulamalarının incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 46-60.
- Verhoef, P.C., Kannan, P.K. & Inman, J.J. (2015) From multi-channel retailing to omni-channel retailing: Introduction to the special issue on multi-channel retailing. *Journal of Retailing*, 91(2), 174-181.
- Vhatkar, M. S., Raut, R. D., Gokhale, R., Cheikhrouhou, N., & Akarte, M. (2024). A glimpse of the future sustainable digital omnichannel retailing emerges-A systematic literature review. *Journal of Cleaner Production*, 442, 1
- Wick, A., Koczian, B., & Králiková, K. (2024). Optimizing retail pharmacy success: The role of multichannel marketing strategies. *Administrative Sciences*, 14(9), 210.
- Yao, R., Zhang, W., Evans, R., Cao, G., Rui, T., & Shen, L. (2022). Inequities in health care services caused by the adoption of digital health technologies: scoping review. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e34144.
- Yeung, A. W. K., Torkamani, A., Butte, A. J., Glicksberg, B. S., Schuller, B., Rodriguez, B., ... & Atanasov, A. G. (2023). The promise of digital healthcare technologies. *Frontiers in Public Health*, 11, 1196596.
- Zakerabasali, S., Ayyoubzadeh, S. M., Baniasadi, T., Yazdani, A., & Abhari, S. (2021). Mobile health technology and healthcare providers: systemic barriers to adoption. *Healthcare Informatics Research*, 27(4), 267-278.