



Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi

Journal of Life Long Nursing

Yıl/Year:6 Sayı/Issue:3 Aralık/ December 2025

Baş Editör
Dr. Makbule Tokur Kesgin

Editörler
Dr. Songül Çağlar, Dr. Duygu Öztaş , Dr. Melike Ertem



YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Baş Editör

Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Editörler

Dr. Songül ÇAĞLAR, Dr. Duygu Öztaş, Dr. Melike Ertem

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi (Journal of Life Long Nursing) hakemli bir dergi olup yılda üç (3) kez yayınlanır. Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi (Journal of Life Long Nursing), hemşireliği ilgilendiren, hemşirelik araştırmalarının, eğitiminin, uygulamalarının, felsefesinin kısaca hemşirelik mesleğinin gelişimine katkıda bulunacak her konuda yazı yayınlayan bir dergidir. Bu çerçevede özgün bilimsel makaleler, araştırma protokolleri, derlemeler, olgu sunumları yayınlar. Kongre, sempozyum gibi toplantılarda sunulmuş olan bildiriler, bildirinin tam metin olarak yayınlanmamış olması ve bildiriye ilişkin toplantı bilgilerinin verilmesi koşulu ile yayınlanabilir ancak bu yayın etkinliğinden kaynaklanabilecek olası bir sorunun sorumluluğu yazara aittir. Yayınlanması için Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi'ne (Journal of Life Long Nursing) gönderilen yazıların basım ve yayın hakları dergiye devredilmiş olur. Bu yazılar dergi yönetiminden izin alınmaksızın bir başka yayın organında yayınlanamaz, çoğaltılamaz ve kaynak gösterilmeden kullanılamaz. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

www.llnursing.com / editor@llnursing.com

YIL: 6 / SAYI: 3

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi (Journal of Life Long Nursing)

DERGİ YÖNETİMİ

Baş Editör

Makbule TOKUR KESGİN

Editörler

Songül ÇAĞLAR

Duygu ÖZTAŞ

Melike ERTEM

Ulusal Alan Editörleri

Bedriye Ak

Birgül Cerit

Ebru Öztürk Çopur

Esra Uğur

Gülbahar Korkmaz Aslan

Meral Yıldırım Çetinkaya

Nevin Çıtak Bilgin

Sevecen Çelik İnce

Şefika Tuğba Yangöz

Uluslararası Alan Editörleri

Antoniya Yanakieva

Cláudia Chaves

Graça Aparício

Mariola Mendrycka

Maria Prodromu



İstatistik Editörler

Ali Zafer Dalar

Başaran Gençdoğan

Naci Murat

Oya Kalaycıoğlu

İngilizce Dil Editörü

Ceyda Zerenay

Elif İğrek İlhan

Türkçe Dil Editörü

İlhan Yıldız

Mizanpaj/ Dizgi Editörü

Eda Çeker

Gül Ulay

Mervenur Böyük

Saadet Erdem

Sekreteryä

Hacer Alpteker

Mervenur Böyük

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi olarak, dergimizin 2025;6(3) sayısında makale incelemesi yapan aşağıda isimleri yer alan tüm hakemlerimize sonsuz şükranlarımızı sunarız.

Dr. Öğr. Üyesi Sevinç Akkoyun	Selçuk Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Didem Polat Külcü	Toros Üniversitesi
Öğr. Gör. Dr. Sümeyye Kaya Kocagil	Mersin Üniversitesi
Doç. Dr. Aslı Sis Çelik	Atatürk Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aslı Er Korucu	Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sezer Avcı	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu	Erzurum Teknik Üniversitesi
Doç. Dr. Ebru Özen Bekar	Düzce Üniversitesi
Doç. Dr. Selma Atay	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Atiye Erbaş	Düzce Üniversitesi
Öğr. Gör. Dr. Nilgün Kahraman	Ankara Üniversitesi
Öğr. Gör. Dr. Serap Tuna	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Doç. Dr. Saadet Can Çiçek	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Dr. Gülден Basit	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Bedriye Ak	Bolu Abant İzzet baysal Üniversitesi
Doç. Dr. Adeviye Aydın	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Prof. Dr. Gülay Altun Uğraş	Mersin Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Gamze Bozkul	Tarsus Üniversitesi
Doç. Dr. Zeynep Temiz	Artvin Çoruh Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Gürkan	İstanbul Galata Üniversitesi
Öğretim Görevlisi Canan Arslan	İstanbul Ayvansaray Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

EDİTÖRDEN

1. Sağlıklı Bir Gelecek İçin Hemşirelik / Nursing for a Healthy Future

Makbule TOKUR KESGİN.....i-iii

Araştırma Makalesi/Research Article

2. Ebeveyn Perspektifinden Hemşirelik Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi / Assessment of Satisfaction Levels with Nursing Care from a Parent Perspective

Derya AKDENİZ UYSAL, Özlem GÜZEL POLAT, Rana YİĞİT.....1-15

Araştırma Makalesi/Research Article

3. Kadınların Jinekolojik Kansere Farkındalıkların Belirlenmesi: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Çalışma / Determining Women's Gynecological Cancer Awareness: Descriptive and Correlational Research

Müberra ALTUN, İlgün ÖZEN ÇINAR, Fadime Hatice İNCİ16- 32

Araştırma Makalesi/Research Article

4. The Relationship Between Perceived Social Support, Mental Well-Being, and Health Perception in Obese Individuals Receiving Home Care Services / Evde Bakım Hizmeti Alan Obez Bireylerin Sosyal Destek Algısı ile Mental İyi Oluş Durumları ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki

Aynur GEYİK, Fatma ERSİN33-44

Araştırma Makalesi/Research Article

5. The Effect of Patient Education and in the Operating Room Family Interview Practices on Patient Outcomes Using Virtual Reality Glasses in Cholecystectomy Patients: A Randomized Controlled Trial Protocol / Kolesistektomi Hastalarında Sanal Gerçeklik Gözlüğü Kullanılarak Hasta Eğitimi ve Ameliyathanede Aile Görüşmesi Uygulamalarının Hasta Sonuçlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Protokolü

Çağla ISLATTI MUTLU, Yasemin ERGÜN.....45-59

Araştırma Makalesi/Research Article

6. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerinin ve Başa Çıkma Tutumlarının Belirlenmesi / Determination of Depression, Anxiety, Stress Levels and Coping Attitudes of Relatives of Patients in the Intensive Care Unit

Hüsna CEYLAN, Adeviye AYDIN..... 60-75

Araştırma Makalesi/Research Article

7. Hemşirelik Öğrencilerinin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma / Determination of Nursing Students' Infectious Diseases Risk Awareness and Protection Levels: Descriptive Study

Esranur DEMİROĞLU, Melisa GÜÇLÜ, Filiz ÖZEL ÇAKIR.....76-91

Araştırma Makalesi/Research Article

8. Hemşirelik Süreci Dersi ve Öğrencilerin Klinik Performansa İlişkin Öz-Yeterlilik Düzeyleri / Nursing Process Course and Students' Self-Efficacy Levels Regarding Clinical Performance

Emine KORKMAZ, Ayla ÜNSAL.....92-108

Araştırma Makalesi/Research Article

9. Care Plans Created by ChatGPT, Bard, and New Bing / ChatGPT, Bard ve New Bing Tarafından Oluşturulan Bakım Planları

Bahanur MALAK AKGÜN.....109-126

Derleme Makale/ Review Article

10. Cerrahi Girişim Öncesi Anksiyete Kontrolünde Akupresürün Etkisi: Geleneksel Derleme / The Effect of Acupressure on Preoperative Anxiety Control in Surgical Interventions: A Traditional Review

Mahsum KORKUTAN, Gülsüm ÖZCAN ÇETİNER, Serpil YÜKSEL.....127-137

Derleme Makale/ Review Article

11. Yaşlılara Yönelik Evde Bakımda Buurtzorg Modeli: Hemşirelikte Endikasyon Özerkliği ve Türkiye'ye Uyarlanabilirliği: Literatür Derleme / The Buurtzorg Model in Home Care for the Elderly: Indication Autonomy in Nursing and Its Adaptability to Türkiye: A Literature Review

Nurcan TEKİNALP, Saadet CAN ÇİÇEK.....138-151



Editörden

Sağlıklı Bir Gelecek İçin Hemşirelik Nursing for a Healthy Future

Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN



Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bolu,
TÜRKİYE

E-posta: mtkesgin1@gmail.com

Değerli Okurlarımız,

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi'nin 6. yıl 3. sayısında sizlerle yeniden buluşmanın heyecanını ve mutluluğunu yaşıyoruz. Ülkemizin bir köşesinde kar yağışının getirdiği beyazlık hüküm sürerken (Bkz. Fotoğraf 1), diğer yanında baharı aratmayan bir iklimin yaşandığı bu eşsiz coğrafyada; sağlıklı bir toplum olabilmenin temel taşı kuşkusuz sağlıklı yaşam alışkanlıkları oluşturmaktadır. Ancak bu yolda karşımıza çıkan en büyük engellerden biri, tütün kullanımının endişe verici düzeyde artış göstermesidir. Özellikle kadınlar arasındaki tütün tüketim oranlarının erkeklerle aradaki farkı hızla kapatması, toplum sağlığı açısından üzerinde hassasiyetle durmamız gereken bir tabloyu önümüze koymaktadır. Aynı zamanda gençlerimizin de bu bağımlılık girdabına yakalandığını görmek endişe vericidir.

Bu noktada biz hemşirelere hayati görevler düşmektedir. Tütünle mücadele; bir sağlık politikası olduğu kadar, aynı zamanda bir hemşirelik sorumluluğudur. Bu süreçte rolümüzü üç temel saçı ayağı üzerine kurabiliriz:

- Önleme: Bireylerin tütüne hiç başlamamasını sağlamak,
- Müdahale: Başlamış olanları bırakma konusunda profesyonel yöntemlerle desteklemek,
- Sürdürülebilirlik: Bırakan bireylerin bu kararlılıklarını sürdürebilmeleri için yanlarında olmak.

Günümüzde tehlike sadece geleneksel sigaralarla sınırlı değildir. Elektronik sigaralar (e-sigara), ısıtılmış tütün ürünleri (IQOS vb.) ve nikotin keseleri gibi yeni nesil tehditler ile eskilerden kalma bir alışkanlık olan nargile, özellikle gençler arasında hızla yaygınlaşmaktadır. Bizler, bu ürünlerin de en az geleneksel tütün kadar riskli olduğu konusunda toplumu bilinçlendirmekle yükümlüyük. Ayrıca toplumun sağlığını korurken hemşire olarak sergileyeceğimiz en güçlü duruş, tütün kullanmayarak kendi yaşam tarzımızla rol model olmaktır.

Bu mücadelede önemli bir eksiklik nitelikli eğitimidir. Hemşirelerin lisans düzeyinden itibaren tütün bağımlılığıyla mücadele ve danışmanlık alanında yeterli bilgi ve beceri kazanmalarını sağlayacak eğitimlerin müfredatta yer alması; mezuniyet sonrası sertifika programlarıyla desteklenerek danışmanlık uygulamalarında etkililiğin artırılması hedeflenmelidir. Bu nedenle, tütün bağımlılığının önlenmesi ve tütünle mücadeleye yönelik eğitimlerin hemşirelik müfredatında güçlendirilmesi ve ilgili sertifika programlarının yaygınlaştırılması önemli bir adım olacaktır. Sağlıklı nesillerin inşasında mesleki gelişimizin büyük katkısı olacağına inancımız tamdır.

Yeni sayımızda, mesleki gelişiminize katkı sunacak, birbirinden değerli makaleleri sizlerle buluşturuyoruz. Bilginin paylaşıldıkça çoğaldığı bir sayı olması dileğiyle...

Keyifli okumalar dileriz.



Fotoğraf 1: 27-28 Aralık 2025 /Bolu



Geliş Tarihi (Received): 10.10.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 04.12.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Ebeveyn Perspektifinden Hemşirelik Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Assessment of Satisfaction Levels with Nursing Care from a Parent Perspective

Derya AKDENİZ UYSAL¹



Özlem GÜZEL POLAT²



Rana YİĞİT³



¹Mersin Üniversitesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Mersin, Türkiye

³Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Emekli Öğretim Üyesi

Sorumlu yazar: Özlem GÜZEL POLAT, ozlemgzl@mersin.edu.tr

*Bu çalışma 29 Kasım-02 Aralık 2017 tarihleri arasında 6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Özet:

Amaç: Ebeveyn memnuniyeti, hemşirelik bakım kalitesinin en önemli göstergesi aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinin bir sonucudur. Bu araştırma, çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Türkiye’de Doğu Akdeniz’de bir üniversite hastanesinin pediatri kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında çocuğu hastanede yatan 287 ebeveyn oluşturmuştur. Veri toplamada, Kişisel Bilgi Formu ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır. Veriler yüzdelik dağılım, ortalama, standart sapma, t testi, ANOVA testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ebeveynlerin %90.20’sinin kadın, %90.90’ının evli, %70.70’inin ev hanımı olduğu ve %42.20’sinin ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir. Ayrıca ebeveynlerin %54.70’inin hastalığın kendilerine maddi yük getirdiğini ifade etmiştir. Peds-QL toplam ve bilgilendirme, aile katılımı, iletişim, teknik beceri ve genel memnuniyet alt boyut puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu, ancak en düşük puan ortalamasının duygusal gereksinim alt boyutundan elde edildiği bulunmuştur. Ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin, hastalığın maddi yük oluşturup oluşturumamasından ve hastalığın akut ya da kronik olmasından etkilendiği belirlenmiştir.

Sonuç: Ebeveynlerin, hemşirelerin duygusal desteğine gereksinim duydukları belirlenmiştir. Hemşirelere; ebeveynlerin duygusal gereksinimlerini destekleme, bilgilendirme ve ailenin bakıma katılımı konularında hizmet içi eğitim programları planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı; ebeveyn memnuniyeti; pediatri hemşireliği.

Abstract:

Aim: An important indicator of the quality of nursing care for patients in pediatric clinics is parental satisfaction. It was conducted to examine the satisfaction levels of parents whose children are hospitalized in pediatric clinics in terms of nursing care.

Methods: The study was conducted in the pediatric clinics of a university hospital in the Eastern Mediterranean region of Turkey. The sample consisted of 287 parents whose children were hospitalized between June and August 2017. The Personal Information Form and the PedsQL Health Care Satisfaction Scale were used for data collection. The data were evaluated using percentage distribution, mean, standard deviation, t-test, and ANOVA test.

Results: Parents 90.20% were female, 90.90% were married, 70.70% were housewives, and 42.20% had a primary school education. In addition, 54.70% of parents stated that the disease caused them a financial burden. Peds-QL total and information, family involvement, communication, technical skills, and overall satisfaction subscale mean scores were found to be at a good level, but the lowest mean score was obtained from the emotional needs subscale. It was determined that parents' satisfaction levels were affected by whether the disease imposed a financial burden and whether the disease was acute or chronic.

Conclusion: Parents were satisfied with nursing care and needed emotional support from nurses. In-service training programs should be planned for nurses on emotional needs, information, and family participation.

Key Words: Nursing care; parent satisfaction; pediatric nursing.

Giriş

Çocuk kliniklerinde sunulan sağlık hizmetlerinin temel odağını, kuşkusuz, çocuklar ve onların birincil bakım vericileri olan ebeveynler oluşturmaktadır. Çocuk hastaların memnuniyetini doğrudan değerlendirmek çoğu zaman güç olduğundan, ebeveyn memnuniyeti pediatrik bakım kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.⁽¹⁾ Ebeveynlerin hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyi; verilen bakımın niteliğini, sağlık hizmeti sunumundaki başarıyı ve aile merkezli bakım anlayışının etkinliğini yansıtan kritik bir ölçüttür.⁽¹⁻³⁾

Çocuğun hastaneye yatışı, ebeveynler için yalnızca tıbbi bir süreç değil; aynı zamanda yoğun stres, anksiyete, suçluluk hissi ve belirsizlikle başa çıkmayı gerektiren duygusal açıdan zorlayıcı bir deneyimdir. Bu süreçte ebeveynler, hemşirelerden profesyonel bilgi paylaşımı, güven veren iletişim ve destekleyici bir yaklaşım beklemektedir.⁽⁴⁾ Hemşirelerin aileyi bilgilendirme, yönlendirme ve bakım sürecine dahil etme becerileri, ebeveynlerin yaşadığı kaygının azaltılmasında ve memnuniyet düzeylerinin artırılmasında belirleyici rol oynamaktadır.^(2,4)

Sağlık hizmetlerinde memnuniyetin değerlendirilmesi, sadece bakım kalitesinin bir yansıması olmakla kalmayıp aynı zamanda çocuk ve ebeveynin bakıma aktif katılımını destekleyen, hastalık sürecine uyumu kolaylaştıran ve iyileşmeyi olumlu yönde etkileyen önemli bir geri bildirim mekanizmasıdır.^(2,5-10) Elde edilen memnuniyet verileri; tedaviye bağlılığın güçlenmesi, bakım planlarının iyileştirilmesi, bakımın sürekliliğinin sağlanması ve sağlık hizmet sunumunda geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesi açısından yol gösterici niteliktedir.^(10,11)

Bu nedenle pediatri kliniklerinde ebeveyn memnuniyetinin ve bu memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kaliteli ve aile merkezli hemşirelik bakımının geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Ebeveyn beklentilerinin belirlenmesi ve bakım süreçlerine yansıtılması, hemşirelik hizmetlerinin niteliğini artırmak ve ailelerin bakım deneyimini iyileştirmek açısından gereklidir.

Bu çalışma, pediatri kliniklerinde yatan çocukların ebeveynlerinin hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeylerini belirlemek ve bu bağlamda geliştirilebilecek bakım alanlarına ışık tutmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Soruları

1. Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri farklılık göstermekte midir?
2. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri farklılık göstermekte midir?

Yöntem

Araştırmanın Türü, Yapıldığı Yer ve Örneklem

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tasarıma sahiptir. Araştırmanın evrenini Doğu Akdeniz Bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin Ocak-Nisan 2017 tarihleri arasında pediatri kliniklerinde (yenidoğan ve çocuk yoğun bakım ünitesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk enfeksiyon, çocuk hematoloji ve onkoloji, çocuk cerrahisi servisleri) çocuğu yatan 360 ebeveyn oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma evrenin %80.00'ını temsil eden 287 ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Dahil Edilme ve Çıkarılma Kriterleri

Araştırmanın dahil edilme kriterleri a) araştırmanın yapıldığı tarihler arasında çocuğu hastanede yatması, b) çocuğa bakım veren kişi olması, c) en az altı gün hastanede yatıyor olması d) araştırmaya katılmayı kabul etmesidir. Araştırmadan çıkarılma kriterleri ise a) araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak istemesidir.

Veri Toplama Araçları

Veriler “Ebeveyn ve Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “PedsQL-Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Ebeveyn ve çocuğa ilişkin tanıtıcı bilgi formu, literatür doğrultusunda hazırlanmış olup ebeveynin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, çocukla yakınlık derecesi ve hastalığın maddi yük oluşturma durumu gibi değişkenleri içermektedir.⁽¹⁻⁵⁾ Ayrıca çocuğun cinsiyeti, hastanede yatış süresi, yatış nedeni, yatış sayısı ve bakım aldığı klinik gibi bilgiler de forma dâhil edilmiştir. Toplam 11 sorudan oluşan bu form, anket yöntemiyle uygulanmıştır.

PedsQL-Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği

Ulus ve Kublay (2012) tarafından Türkçeye uyarlanan ve geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçek, ebeveynlerin sağlık bakım hizmetinden memnuniyet düzeyini ölçmektedir. PedsQL-Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği, bilgilendirme (maddeler=1,2,3,4,5), ailenin katılımı (maddeler=6,7,8,9), iletişim (maddeler 10,11,12,13,14,), teknik beceri (maddeler=15,16,17,18), duygusal gereksinimler (maddeler=19,20,21,22) ve genel

memnuniyet (maddeler=23,24,25) olmak üzere toplam 6 alt boyut ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler; “0=Asla hoşnut değil, 0 puan; 1=Bazen hoşnut, 25 puan; 2=Çoğu zaman hoşnut, 50 puan; 3=Hemen her zaman hoşnut, 75 puan; 4=Her zaman hoşnut, 100 puan; U/Y=Uygulama yok (çocuğun yaşına bağlı olarak alınamayan hizmetler) şeklinde puanlanmakta ve ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Toplam ölçek ve alt boyut puanları artıkça, sağlık bakımı memnuniyetleri artmaktadır. Ulus ve Kublay’ın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı, 0.95 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri bir üniversite hastanesinin çocuk kliniklerinde bakım ve tedavisi sürdürülen çocuk hastaların ebeveynleriyle toplanmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma hakkında ebeveynlere bilgi verilmiş, soruları yanıtlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programından yararlanılmıştır. Normal dağılımı belirlemede Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Sonuçlar ölçek puanlarının normal dağıldığını göstermiştir ($p>0.05$). Veriler, yüzdelik dağılım, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler ile bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Scheffe post hoc testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapıldığı üniversitenin klinik araştırmalar etik kurulundan 21.10.2016 tarihli ve 2016/327 sayılı yazılı etik onay ve kurum izin yazısı alınmıştır. Aynı merkezin, çocuk kliniklerinde çocuğu yatan ebeveynlere çalışma hakkında bilgi verilmiş, sorular yanıtlanmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular

Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri Tablo-1’de verilmektedir. Ebeveynlerin %90.20’sinin kadın, %90.90’sinin evli, %70.70’inin ev hanımı, %42.20’si ilköğretim düzeyinde olduğu, %54.70’inin hastalığın maddi yük getirdiği belirlenmiştir. Hastanede yatan çocukların; %54.70’inin erkek, %63.10’unun akut bir hastalık nedeni, %70.00’inin 13 günden daha az sürede hastanede yattığı ve %50.00’sinin hastaneye ilk yatışının olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Ebeveyn ve Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

Değişken		n*	%
Ebeveyn cinsiyeti	Kadın	259	90.20
	Erkek	28	9.80
Medeni durum	Evli	261	90.90
	Bekar	26	9.10
	Okur yazar	22	7.70
	İlköğretim	121	42.20
Eğitim durumu	Lise	76	26.50
	Önlisans	23	8.00
	Lisans ve üstü	45	15.70
	Ev hanımı	203	70.70
Meslek	Devlet memuru	24	8.40
	İşçi	43	15.00
	Serbest meslek	17	5.90
	Anne	241	84.00
Yakınlık durumu	Baba	27	9.40
	Diğer (abla, teyze, hala vb.)	19	6.60
	Evet	130	45.30
Hastalığın maddi yük getirme durumu	Hayır	157	54.70
	Kız	130	45.30
Çocuğun cinsiyeti	Erkek	157	54.70
	7-12 gün	201	70.00
Hastanede yatış süresi	13-18 gün	35	12.20
	19-24 gün	12	4.20
	25-30 gün	6	2.10
	31 ve üzeri	33	11.50
Yatış nedeni	Akut	181	63.10
	Kronik	106	39.90
	İlk	144	50.20
Yatış sayısı	İki	39	13.60
	Üç ve üzeri	104	36.20
Bakım aldığı klinik	Çocuk hastalıkları servisi	38	13.20
	Çocuk hematoloji servisi	41	14.30
	Çocuk enfeksiyon servisi	110	38.30
	Çocuk cerrahisi servisi	35	12.20
	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi	63	22.00
Toplam		287	100.00

*n: Örneklem sayısı, %: Yüzdelik oran

PedsQL-Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 2.'de verilmektedir. Toplam ölçek ve bilgilendirme, aile katılımı, iletişim, teknik beceri ve genel memnuniyet alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 2. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Ölçek	n	X ±SS	Min- Max
Bilgilendirme	287	75.03±27.58	0.00-100
Aile katılımı	287	80.29±25.31	0.00-100
İletişim	287	79.02±26.01	0.00-100
Teknik beceri	287	81.66±24.75	0.00-100
Duygusal gereksinim	287	66.21±36.14	0.00-100
Genel memnuniyet	287	87.58±19.68	0.00-100
Toplam ölçek puanı	287	78.96±23.15	0.00-100

n: Örneklem sayısı, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma

Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri ile PedsQL toplam ve alt boyut puan ortalamalarına yönelik karşılaştırma Tablo-3'te verilmektedir. Çalışmamızda ebeveynlerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği ve yakınlık durumu ile PedsQL-Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak çocuğun hastaneye yatışının maddi yük getirme durumu ile ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$).

PedsQL-Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği-aile katılımı alt boyutu ile ebeveyn cinsiyeti, teknik beceri alt boyutu ile medeni durum, duygusal gereksinim alt boyutu ile eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek ebeveynlerin ailenin katılımı alt boyut puan ortalaması, kadınlara göre daha yüksek olduğu; evli ebeveynlerin teknik beceri alt boyut puan ortalaması, bekar ebeveynlere göre daha yüksek olduğu; duygusal gereksinim alt boyut puan ortalamalarının ise önlisans mezunu ebeveynlerin ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda çocuğun hastaneye yatışının maddi yük getirme durumu ile ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 3. Sosyo-demografik Özellikler ile PedsQL-Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		PedsQL- Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları						
Değişkenler		Bilgilendirme	Aile katılımı	İletişim	Teknik beceri	Duygusal gereksinim	Genel memnuniyet	Toplam ölçek
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Ebeveyn cinsiyeti	Kadın	74.42±28.07	79.34±25.65	78.27±26.50	81.32±24.89	65.82±36.05	87.33±20.01	78.43±23.43
	Erkek	80.71±22.22	89.06±20.31	85.92±20.02	84.82±23.59	69.79±37.42	89.88±16.41	83.89±20.15
	p* / t	0.252/2.736	0.025/3.425	0.071/3.154	0.473/0.249	0.582/0.138	0.517/0.684	0.236/0.925
Medeni durum	Evli	75.42±27.40	80.96±24.98	79.32±25.79	82.87±23.51	66.91±35.91	88.07±19.07	79.64±22.55
	Bekar	71.15±29.67	73.55±28.13	75.96±28.42	69.51±33.02	59.13±38.33	82.69±24.93	72.17±28.09
	p* / t	0.452/0.752	0.155/0.236	0.530/0.320	0.008/2.652	0.296/1.047	0.184/1.331	0.117/1.572
Eğitim durumu	Okur-yazar	65.45±36.77	71.59±31.61	72.27±27.76	73.35±27.96	59.65±36.78	83.33±21.20	72.04±26.18
	İlköğretim	76.45±27.92	83.21±24.54	74.40±25.26	84.96±22.91	72.71±34.26	89.39±18.50	82.35±22.74
	Lise	72.96±26.57	76.23±26.39	74.91±28.16	77.56±28.15	57.19±38.36	85.69±22.60	74.32±24.88
	Önlisans	81.08±28.95	83.69±25.12	82.28±29.74	85.65±23.24	75.54±35.19	89.13±20.47	83.26±23.36
	Lisans ve üzeri	76.33±21.72	81.80±21.10	81.20±20.44	81.75±21.30	62.41±34.30	87.22±16.24	78.87±17.79
	p** / F	0.331/1.155	0.150/1.701	0.282/1.271	0.119/1.851	0.021/2.926	0.576/0.724	0.076/2.136
Meslek	Ev hanımı	73.74±29.35	79.43±26.04	77.77±27.53	80.91±25.76	65.39±36.41	87.45±20.53	78.20±24.03
	Devlet memuru	76.45±19.53	80.98±19.71	81.25±18.25	82.60±19.11	69.18±30.55	86.45±16.99	80.09±16.71
	İşçi	78.02±25.14	80.81±26.49	80.92±23.96	84.15±23.15	65.80±38.03	88.37±17.73	80.01±22.80
	Serbest meslek	80.88±20.70	88.23±20.35	85.94±21.25	83.08±26.78	72.79±37.49	88.72±18.85	83.75±22.02
	p* / t	0.623/0.589	0.586/0.688	0.560/0.236	0.871/0.236	0.843/0.276	0.976/0.07	0.781/0.361
Yakınlık durumu	Anne	74.52±28.25	79.74±25.31	78.60±26.40	82.18±24.16	66.36±35.74	87.67±22.95	78.92±22.95
	Baba	82.40±18.67	88.88±21.32	86.51±19.07	84.95±21.24	66.58±40.61	90.74±13.73	83.53±19.68
	Diğer	71.05±28.99	75.00±29.01	73.68±28.47	70.46±33.87	63.81±36.47	82.01±26.96	72.99±29.42
	p** / F	0.301/1.205	0.132/2.042	0.212/1.558	0.107/2.257	0.956/0.045	0.331/1.110	0.315/1.159
Maddi yük getirme durumu	Evet	69.92±29.61	77.06±27.16	74.55±27.62	78.38±36.86	58.63±36.04	83.82±22.37	74.51±24.80
	Hayır	79.27±25.10	82.96±23.43	82.72±24.05	84.38±22.58	72.48±35.12	90.70±16.58	82.65±21.07
	p* / t	0.004/-2.895	0.049/-1.946	0.008/-2.679	0.041/-2.023	0.001/-3.278	0.003/-2.903	0.003±-0.007

n: Örneklem sayısı, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma, *: Bağımsız örneklem t-testi **: Tek yönlü ANOVA testi

Çocukların tanıtıcı özellikleri ile PedsQL-Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’de verilmektedir. Çocuğun cinsiyeti ve süresi ile ebeveynlerin toplam ölçek ve alt boyutlar puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çocukların hastane yatış sayısı ile duygusal gereksinim alt boyutu ile anlamlı fark belirlenmiştir (<0.05). Çocukların yatış nedeni, bakım aldığı klinik ile toplam ölçek ve tüm alt boyutlar puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Özellikle akut bir hastalık nedeni ile yatan çocukların ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin kronik hastalık nedeni ile yatan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Çocukların bakım aldığı klinikler ile ebeveynlerin memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ve çocuk enfeksiyon servisinde bakım alan ebeveynlerin diğer kliniklere göre toplam memnuniyet puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4. Çocuğun Yatış Özellikleri ile PedsQL-Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		PedsQL- Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları						
		Bilgilendirme	Aile katılımı	İletişim	Teknik beceri	Duygusal gereksinim	Genel memnuniyet	Toplam ölçek
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çocuğun cinsiyeti	Kız	76.85±27.31	81.34±23.85	79.54±25.96	82.09±24.74	67.27±35.09	87.85±19.36	79.68±22.23
	Erkek	73.53±27.80	79.41±26.50	78.59±26.12	81.31±24.83	65.09±37.06	87.36±20.00	78.37±23.94
	p* / t	0.311/1.015	0.522/0.641	0.759/0.306	0.790/0.266	0.564/0.578	0.835/0.202	0.634/0.598
Yatış sayısı	İlk	75.47±26.69	81.52±24.46	80.37±22.23	82.45±22.33	64.39±35.99	89.47±17.58	78.94±21.17
	İkinci	70.36±30.80	74.84±30.18	73.74±32.08	74.23±30.56	66.20±37.98	88.76±18.39	74.69±25.99
	Üç ve üzeri	75.82±27.09	79.45±24.53	78.73±25.38	82.45±24.45	65.54±34.79	87.08±21.07	78.18±23.17
	p* / F	0.553/0.594	0.213/1.557	0.258/1.360	0.148/1.926	0.015/4.238	0.619/0.481	0.423/0.862
Yatış nedeni	Akut hastalık	77.32±26.47	82.70±23.80	82.35±23.29	84.08±23.32	70.65±34.94	89.20±19.21	81.87±20.05
	Kronik hastalık	71.13±29.10	76.17±27.33	73.33±29.34	77.53±26.62	58.63±37.04	84.31±20.14	73.99±24.23
	p** / t	0.046/1.843	0.035/2.119	0.042/2.044	0.030/2.179	0.007/2.709	0.031/2.167	0.005/2.813
Yatış süresi	7-12 gün	73.78±28.05	78.42±26.33	78.14±27.08	80.57±25.72	66.41±36.26	86.56±22.95	78.09±24.14
	13-18 gün	72.00±30.53	81.60±24.81	76.88±24.75	83.57±22.28	62.67±40.61	88.72±21.35	78.69±19.68
	19-24 gün	81.66±22.19	83.33±21.37	83.75±18.10	79.16±22.50	63.81±36.07	87.50±16.25	79.45±19.23
	25-30 gün	71.66±18.34	84.37±21.19	67.50±21.62	79.16±22.50	59.37±30.55	86.11±13.60	75.09±17.56
	31 gün üzeri	84.04±23.36	88.44±20.37	87.03±22.71	78.12±21.56	70.95±38.14	92.92±15.46	85.45±21.80
	p** / F	0.271/1.299	0.294/1.241	0.271/1.299	0.573/0.728	0.881/0.295	0.540/0.779	0.545/0.770
Bakım aldığı klinik	Çocuk hastalıkları servisi	64.60±29.69	73.35±26.34	70.02±28.69	67.26±30.32	51.15±37.66	80.62±24.20	68.54±25.56
	Çocuk hematoloji servisi	72.68±30.27	70.73±31.72	72.37±34.61	75.94±29.97	62.85±38.28	83.94±21.68	73.16±28.57
	Çocuk enfeksiyon servisi	79.00±25.61	87.15±18.44	89.09±17.28	89.80±16.12	78.58±29.66	93.63±12.51	87.45±15.79
	Çocuk cerrahisi servisi	67.85±30.54	65.71±30.67	65.57±30.52	71.25±30.88	55.29±37.45	79.49±27.35	67.46±28.76
	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi	79.92±24.02	86.80±30.67	80.42±22.17	85.65±19.34	61.94±37.59	88.09±17.56	80.58±19.23
	p* / F	0.014/3.184	0.000/9.058	0.000/8.303	0.000/9.758	0.000/6.434	0.000/6.020	0.000/9.508

n: Örneklem sayısı, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma, *: Bağımsız örneklem t-testi **: Tek yönlü ANOVA testi

Tartışma

Hemşireler, hastane ortamında bakımı sağlamada ve sürdürmede kritik rol oynamaktadır.⁽¹²⁾ Hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirilmede önemli bir gösterge ebeveyn memnuniyeti olup, bireysel ya da kurumsal olarak birçok faktörden etkilenmektedir.⁽¹⁾ Çalışmamızda ebeveynlerin memnuniyet toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve ebeveynlerin hemşirelik bakımından memnun oldukları bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerin, hemşirelerin aile katılımı, teknik beceri, iletişim ve genel memnuniyet alanlarındaki performanslarını da yüksek düzeyde değerlendirdikleri belirlenmiştir. Ancak ebeveynlerin duygusal gereksinim alt boyut puan ortalamasının düşük olması dikkati çekmektedir. Ebeveyn memnuniyetini inceleyen çalışmalar, ebeveynlerin özellikle duygusal desteğe ve yeterli bilgiye daha fazla gereksinim duyduklarını ve bu gereksinimlerin sağlık personeli tarafından karşılanmasının önemini vurgulamaktadır.^(4,13-16) Çalışmamızda bilgilendirme alt boyut puan ortalamasında düşük olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmaya göre, çocuğu hastaneye yatan annelerin ilk beklentilerinin hemşirelerin kendilerini tanıtmaları olduğu belirlenmiştir.¹⁵ Dur ve arkadaşları (2016) çalışmasında hemşirelerin, ebeveynlere çocuğun durumuna ilişkin olumlu ya da olumsuz gelişmeler konusunda bilgi verilmesi gerektiği görüşünü desteklediklerini belirtmiştir. Literatür incelendiğinde, hemşirelerin ebeveynlere çocuğunun bakımına ilişkin bilgi ve yetki vermesinin, ailenin memnuniyet düzeyini arttırdığı belirtilmektedir.^(8,11,13,16-19) Hemşirenin ebeveyni desteklediği durumlarda ebeveynlerin stres düzeyinin de düştüğü belirlenmiştir.^(16,18) Boztepe'nin (2019) çalışmasında, araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğun bakımı konusunda hemşirelerin yeterince bilgi alamadığı, bilgi verildiği durumda ise, verilen bilginin anlaşılmadığı belirtilmiştir. Hemşirelerin, ebeveynlere çocuğun hastalığı, uygulanan tedavi, bakım ve sağlık durumu ile ilgili bilgi vermesi ve verilen bilginin anlaşılır olması memnuniyeti arttıran önemli bir faktördür.

Çalışmamızda ebeveyn cinsiyetinin memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde araştırma bulguları çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.^(7,10,17,20) Ancak aile katılımı alt boyutu puan ortalaması ile cinsiyet değişkeni arasında farklılık olduğu, erkek ebeveynlerin bakıma katılım puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn memnuniyetini değerlendiren çoğu çalışmada belirtildiği üzere, hastanede yatan çocuğa refakat eden ve tüm bakım gereksinimlerini karşılayan ebeveynin sıklıkla anne olduğu görülmektedir.^(3,15,20) Çalışmamız literatürle uyumlu olup katılan ebeveynlerin tamamına yakını annelerden oluşmaktadır. Bu bulgu, ebeveynlerinin

cinsiyetlerine göre, çocuğun bakımı ve tedavisi hakkında hemşirelerden beklentilerin değiştiğini göstermiştir.

Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilediği bulunmuştur. Lise mezunu ebeveynlerin duygusal gereksiniminin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde, araştırma sonucumuzu destekleyen birçok çalışma mevcut olup, ebeveynlerin eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilediği bildirilmektedir.^(2,4-6,10,13,20-22) Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça, hemşirelerden daha fazla duygusal destek ve çocuklarının durumu hakkında daha kapsamlı bilgi talep ettikleri görülmektedir. Çalışmalar, ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik bakımından beklentilerin arttığı, bu durumun memnuniyet düzeyini düşürdüğü bildirmektedir.^(4,10,11,13,22)

Çocuğun cinsiyeti ebeveynlerin memnuniyetini etkilemediği bulunmuştur. Yılmaz'ın (2016) çalışması, bulgumuzu desteklemektedir. Çalışmamızda çocuğun akut ya da kronik bir hastalık nedeniyle hastanede yatma durumunun ebeveynlerin memnuniyet düzeyini etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Akut bir hastalık nedeni ile yatışı yapılan çocukların ebeveynlerinin bilgilendirme, iletişim, ailenin katılımı, teknik beceri ve genel memnuniyet puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuş ve araştırmalar bulgumuzu desteklemiştir.^(10,20,22,23) Ancak diğer araştırma sonuçlarında, kronik hastalığın memnuniyet düzeyini arttıran bir değişken olduğu belirtilmektedir.^(2,4) Karaaslan ve arkadaşları (2020), Hoodbhoy ve arkadaşlarının (2020) çalışmalarına göre, hastalığın akut ya da kronik olması ile memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ancak, akut hastalık nedeni ile yatışı yapılan çocukların ebeveynlerinin daha yüksek memnuniyet puan ortalamasına sahip olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda hastalığın maddi yük getirme durumu ile bilgilendirme, iletişim, duygusal gereksinim ve genel memnuniyet alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Gereksinimini karşılayamayan ebeveynlerin, bilgilendirme, aile katılımı, iletişim, teknik beceri, duygusal gereksinim ve genel memnuniyet alt boyut puan ortalamalarını daha düşük olduğu belirlenmiştir, bu bulgu literatürdeki çalışmalarla da uyumludur.^(2,16) Hastaneye yatış nedeni ile ekonomik sorun yaşayan ve gereksinimleri karşılayamayan ebeveynler; hemşirelerden bilgilendirme, iletişim, teknik beceri ve duygusal destek konularında daha fazla desteğe gereksinim duymaktadırlar. Ebeveynlerin maddi kaygısı hemşirelik bakımından memnuniyeti olumsuz etkilemektedir.

Ebeveynin medeni durumunun, mesleğinin, çocuğa yakınlık durumunun, hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Ayrıca çocuğun cinsiyetinin ve hastanede yatış süresinin ebeveyn memnuniyetini etkilemediği bulunmuştur.

Sonuç

Ebeveynlerin hemşirelik bakımından genel memnuniyetleri orta seviyenin üzerinde belirlenmiştir. Duygusal destek, bilgilendirme alt boyut puan ortalaması orta düzeyin üstünde diğer alt boyutlara göre daha düşük bulunmuştur. Hastanede ebeveynlerin beklentilerini belirlemek için araştırmalar yapılmalıdır. Hemşirelerin, ebeveynlere duygusal destek sağlama, bilgilendirme ve aile katılımını artırma konusundaki bilgi ve becerilerini geliştirmek için düzenli hizmet içi eğitim programları planlanması önerilmektedir. Ayrıca, ebeveynlerin hastanede yaşadığı maddi sorunların erkenden tespit edilip uygun sosyal destek mekanizmalarına yönlendirilmesi hem bakım deneyimini iyileştirecek hem de memnuniyet düzeylerini artıracaktır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir hastanede gerçekleştirilmesi, memnuniyeti etkileyen faktörlere belirlenmesi amacıyla nitel araştırma yapılmaması ve araştırma sonuçlarının yalnızca örneklem grubu ile sınırlı olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Yazar Katkıları

Fikir ve Kavram: DAU, ÖGP, RY.; Tasarım: DAU, ÖGP; Danışmanlık: RY; Veri Toplama: DAU, ÖGP; Analiz ve Yorum: DAU, ÖGP; Kaynak Taraması: DAU, ÖGP; Makalenin Yazımı: DAU, ÖGP; Eleştirel İnceleme: RY.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, çalışma kapsamında herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Mali Destek

Çalışmanın yapılması ve makalenin yazımı süresince herhangi bir kişi veya kuruluştan, mali veya maddi destek alınmamıştır.

Teşekkür

Araştırmamıza katılmaya gönüllü olan, pediatri kliniklerinde çocuğu yatan tüm ebeveynlere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Ergezen Y, Efe E. Çocuk acil biriminde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(3):302-307. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/48952/427611>
2. Top FÜ, Çam HH, İlyas N. Hastanede yatan çocuklarda görülen psikososyal semptomlar, ebeveynlerin sağlık hizmet sunumu memnuniyet durumları ve ilişkili faktörler. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(1):34-41.
3. Karaarslan D, Celasin NŞ, Demirbağ S, Ergin D. Akut ve kronik hastalık nedeniyle çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2020;13(2):82-91.
4. Ulus K, Kublay G. PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;3(1):44-50.
5. Toktaş İ, Güzel A, Varsak S, Yalçın G. (2021). Çocuk hastalıkları hastanesinde yatan hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021;11(2):183-187.
6. Tural Büyük E, Baydın N, Ünver G. Annelerin bakım verme yükü ile sağlık bakım memnuniyetleri arasındaki ilişki. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2021;13(2):204-11
7. Mersinlioğlu G, Öztürk H. Acil servise başvuran hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2015;2(2):70-79. doi:10.5222/SHYD.2015.070
8. Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. Güncel Pediatri. 2016;1-9. <https://doi.org/10.4274/jcp.67699>
9. Boztepe H, Kerimoğlu Yıldız G, Çınar S, Ay A. Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin aile merkezli bakım alma durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;4:748-755. Erişim Adresi: <http://journal.acibadem.edu.tr/en/pub/issue/61326/914733>
10. Oztas G, Akca SO. Levels of nursing support and satisfaction of parents with children having pediatric inpatient care. Journal of Pediatric Nursing. 2024;77:e24-e30. DOI: 10.1016/j.pedn.2024.03.004
11. Menekşe D, Arıkan C. (2024). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelerin memnuniyetleri ile hastaneden eve geçişte yaşadıkları sorunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi: kesitsel bir çalışma. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2024;17(1):59-73.
12. Yoo SY, Cho H. Exploring the influences of nurses' partnership with parents, attitude to families' importance in nursing care, and professional self-efficacy on quality of pediatric nursing care: A path model. International journal of environmental research and public health. 2020;17(15):5452. doi:10.3390/ijerph17155452
13. Yılmaz F, Atay S, Arıkan D, Tekeli T. Evaluation of the effect of sociodemographic characteristics on the satisfaction of the mothers in neonatal intensive care units in Turkey. Iranian Journal of Neonatology. 2016;7(1):1-8. Doi:10.22038 / IJN.2016.6657
14. Çamur Z. Hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveyn katılımının ebeveyn memnuniyetine, ebeveyn ve çocuk anksiyetesine etkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
15. Yılmaz H, Doğan AK. Pediatri ünitelerinde aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arasındaki ilişki. The Medical Journal of Mustafa Kemal University. 2021;12(43):119-130.

16. Beattie EB, Ibrahim M, Kelly A, Ibrahim N. A scoping review of satisfaction of parents of babies in NICU units. *Journal of Neonatal Nursing*. 2025;31(1):68-81. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.10.005>
17. Kruszecka-Krówka A, Smoleń E, Cepuch G, Piskorz-Ogórek K, Perek M, Gniadek A. Determinants of parental satisfaction with nursing care in paediatric wards—a preliminary report. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(10):1774. doi:10.3390/ijerph16101774
18. Gerçeker GÖ, Özdemir EZ, Dicle A, Bektaş İ, Bektaş M. Hemşire-ebeveyn desteğinin çocuk kliniğinde yatan çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;12(2):458-463. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.849578>
19. Haile TG, Gebremeskel GG, Mariye T, Mebrahtom G, Aberhe W, Hailay A. et al. Parental satisfaction towards care given at neonatal intensive care unit in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*. 2024;19(12):e0313451.
20. Güngör A, Karagöl C. Üçüncü basamak çocuk hastanesine başvuran ebeveynlerin memnuniyet, bağlılık ve güven düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2020;12(1):40-44. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.621189>
21. Cerit B, (2016). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 2016;3(1);27-36. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7843/103287>
22. Kürtüncü Tanır M, Kuşuoğlu S. Pediatrik yaşam kalitesi envanteri (PedsQL) sağlık bakım memnuniyeti hematoloji/onkoloji modülü ebeveyn formu geçerlik-güvenirliliği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2012;11(2);14-21. https://doi.org/10.1501/Ashd_00000000079
23. Hoodbhoy Z, Rasheed MA, Sherali F, Hussain S, Hassan R, Hameed A. et al. A framework for improving parent satisfaction with the inpatient pediatric admission process: experience from a low-resource setting. *Journal of Patient Experience*. 2020;1-7. DOI: 10.1177/2374373520916325



Geliş Tarihi (Received): 09.10.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 22.11.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Kadınların Jinekolojik Kansere Farkındalıklarının Belirlenmesi: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Çalışma

Determining Women's Gynecological Cancer Awareness: Descriptive and Correlational Research

Müberra ALTUN¹ 

İlgün ÖZEN ÇINAR² 

Fadime Hatice İNCİ³ 

¹Doktora Öğrencisi Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli, Türkiye

²Doç.Dr. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli, Türkiye

³Doç.Dr. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Müberra ALTUN; muberraaltun@gmail.com

*Bu çalışma 17. Uluslararası İstanbul Bilimsel Araştırmalar Kongresi'nde özet metin olarak sunulmuştur.

Özet:

Amaç: Dünyada ve ülkemizde kadın kanserleri içinde jinekolojik kanserler, insidans ve mortalite oranları açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma ile kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma 30-65 yaş arasındaki Kanser Erken Tanı ve Eğitim Merkezi'ne başvuran, toplam 248 kadın ile yapılmıştır. Çalışmanın verileri, Kadınları Tanıtıcı Bilgi Formu ve Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması 48.79 ± 8.94 olup, Jinekolojik Kanserler Farkındalık puan ortalaması 161.93 ± 20.85 'dir. Kadınların çalışma durumu, aile tipi, yaşadığı yer, sosyal güvence durumu, sağlık algısı, jinekolojik kanser bilgi kaynağı ile ölçeğin toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca kadınların yaşı ile risk farkındalığı arasında pozitif zayıf, erken tanı farkındalığı arasında negatif zayıf, beden kitle indeksi ile risk farkındalığı arasında pozitif zayıf ilişki belirlenmiştir.

Sonuç: Kadınların jinekolojik kanserler farkındalığı orta düzey üzerinde olmasına karşın, farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Farkındalık artışı bilgi ve davranışların artmasına, jinekolojik kanserlerin morbidite ve mortalitesinin azaltılmasına katkı sağlamada önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı; kadın genital tümörleri; farkındalık.

Abstract:

Purpose: Gynecological cancers are a significant public health problem worldwide and in our country due to their incidence and mortality among women's cancers. This study aimed to determine women's gynecological cancer awareness and associated factors.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 248 women aged 30–65 who applied to the Cancer Early Diagnosis and Education Center. The data were collected using a questionnaire with demographic information and the Gynecological Cancers Awareness Scale.

Results: The women's mean age was 48.79 ± 8.94 years, and their average Gynecological Cancers Awareness score was 161.93 ± 20.85 . There were statistically significant differences between the scale's total score and the women's employment status, family type, place of residence, social security status, health perception, and source of information about gynecological cancer ($p < 0.05$). Additionally, a weak positive relationship was found between age and risk awareness, a weak negative relationship between age and early-diagnosis awareness, and a weak positive relationship between body mass index and risk awareness.

Conclusion: Although women's awareness of gynecological cancers is above moderate, it should be increased. Enhancing awareness is important for increasing knowledge and behaviors and contributing to reduced morbidity and mortality from gynecological cancers.

Key Words: Early diagnosis; genital neoplasms, female; awareness.

Giriş

Jinekolojik kanserler, kadın üreme sisteminde bulunan organlarda başlar ve her biri başladığı anatomik bölüme göre, serviks, over, korpus uteri, vajina, vulva ve fallop tüpü (çok nadir) kanseri olarak adlandırılır.⁽¹⁾ Bu kanserler, küresel çaptaki kadın kanserleri içinde %30.3 insidans ve %13.20 mortalite hızı ile ciddi bir yükü oluşturmaktadır.⁽²⁾ Türkiye’de ise jinekolojik kanserler tüm yaş gruplarında kadın kanserlerinin %12.80’ini oluşturmaktadır.⁽³⁾ Jinekolojik kanserlerden kaynaklanan yeni vaka ve ölüm sayılarının gelecek yirmi yılda artacağı beklenmektedir. Jinekolojik kanserlerden kaynaklanan yeni vaka ve ölümlerin kadınların yaşam kalitesini düşürebileceği ve sağlık kuruluşlarının hizmet yükünü artırabileceği öngörülmektedir. Bu nedenlerle etkili önlemlere gereksinim olduğu vurgulanmaktadır.⁽²⁾ Tüm kadınlar jinekolojik kanserler için risk altındadır.⁽¹⁾ En sık görülen serviks, over ve korpus uteri kanserlerinin ülke ve bölgelere göre yaygınlığı farklılık göstermektedir. Dünya genelinde insidans ve mortalite hızı en yüksek olan jinekolojik kanser serviks kanseridir.⁽³⁾ Jinekolojik kanserler tanısı alan 1.473.427 kadının %44.95’i serviks kanseri tanısı aldığı, toplam 680.372 jinekolojik kanser nedeni ile meydana gelen ölümlerin %51.28’inin serviks kanserine bağlı olduğu görülmektedir.⁽²⁾

Jinekolojik kanserlerde tedavi için, erken tanı en etkili yoldur.⁽¹⁾ Jinekolojik kanserden etkilenen kadınların incelendiği bir çalışmada, çoğu hastanın tanı için başvurduğunda ileri evrede ve tanı ile ilk tedavi arasındaki sürenin uzun olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, erken mortalite oranları yüksektir.⁽⁴⁾ Obezite, tütün kontrolü, erken tanı ve bulguları içeren farkındalık programları, ulusal toplum tabanlı yapılan tarama programları ile etkili erken tanı ve tedavi sağlanabilir. ⁽⁵⁾ Toplum tarafından kabul edilip kullanılan, ulaşılabilir ve etkili önlemlerin uygulanması, ülkelerin kanser mortalite oranlarını azaltmıştır.⁽⁶⁾ Jinekolojik kanser farkındalığı, kadınların jinekolojik kanserlerden korunması için önemli bir faktördür. Bu farkındalık kadınların, kanser risklerinin nasıl azaltılacağı konusunda eğitilmesini ve tanı ve tedaviye en erken süreçte başlamalarını içerir. Kadınların jinekolojik kanser farkındalık düzeylerinin artması, hastalığın erken dönemde tanımlanması, tedavisinin sağlanması ve ölüm oranlarının azaltılması açısından olumlu bir etki sağlar.⁽⁷⁾ Jinekolojik kanserler için tarama yöntemleri önem taşımaktadır. Serviks kanseri erken tanı ve tarama açısından uygundur. Ülkemizde toplum tabanlı serviks kanseri taramaları birinci basamak sağlık kurumları olan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) yürütülmektedir. 30-65 yaş kadınlarda, HPV-DNA testi ve vajinal smear

testi önemli tarama testleridir. Ancak ülkemizde uzun süredir yapılan bu tarama, hedeflenen kapsama oranı olan %70.00 oranına ulaşamamıştır. Tarama programı kapsamında taranması planlanan kadın nüfusunun %20.00'si taranabilmiştir.⁽⁸⁾ Jinekolojik kanserler arasında serviks kanserine ait bir tarama testi olması erken tanı ve tedavide farkındalık geliştirilmesini sağlamaktadır. Diğer jinekolojik kanserler için özel bir tarama testi bulunmamakla birlikte düzenli tıbbi izlem ve farkındalık erken teşhis ve müdahaleyi mümkün kılarak önleme çabalarını artırmaktadır.⁽²⁾ Son yıllarda serviks kanseri eliminasyonu için WHO'nun küresel strateji kararı bulunmaktadır. Ülkelerin 2030 yılına kadar ulaşması gereken, 90-70-90 (aşılama, tarama, tedavi) hedefleri, bu halk sağlığı sorununun ortadan kaldırılmasını içeren stratejilerdir.⁽⁶⁾ Bu hedeflerden en çok düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kadınlar yararlanacaktır.⁽¹⁰⁾ Bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde kadınların jinekolojik farkındalıkların belirlenmesi ve farkındalığın artırılması önemli katkı sağlayacaktır.

Literatürde genel olarak serviks kanserine yönelik çalışmalar daha fazla iken, tüm jinekolojik kanserleri içeren çalışmalar son yıllarda artmaya başlamıştır.^(4,11) Yapılan çalışmalarda; kanser semptomları ve risk faktörleri konusunda düşük düzeyde bir farkındalık olduğunu,⁽⁹⁾ HPV ve serviks kanser farkındalığının ve bilgisinin düşük olduğu,⁽¹²⁾ kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir.^(13,14) Kadınlara jinekolojik kanser semptomları ve risk faktörleri hakkında yapılan eğitim, farkındalıklarını, davranışsal niyeti, güveni ve bilgiyi arttırmaktadır.⁽¹⁵⁾ Jinekolojik kanser farkındalığının değerlendirilmesi ve yetersiz olan konuya yaklaşımın sağlanması önemlidir.

Bu çalışma ile kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları ve ilişkili faktörlerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bir il merkezinde bulunan KETEM'e ilk kez başvuran 30-65 yaş arası kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. KETEM'e aile hekimi yönlendirmesiyle veya bireysel olarak başvuru yapılabilmektedir. İl içindeki ilçe ve köylerden tüm kadınlar gelmektedir. KETEM, tarama

programları, korunma yöntemleri ve danışmanlık ile toplumda kanser konusunda farkındalık oluşturur.

Örnekleme alınması gereken kadınların sayısının belirlenmesinde güç analizi yapılmış, G power 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Bu çalışmada, bağımsız gruplarda t testi ile hesaplama yapılmıştır. Analizde %80 güç (1-β), %5 (α) yanılma düzeyi ve 0.20 (d) etki büyüklüğü kullanılarak yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğünün en az 227 olması gerektiği bulunmuştur. Örneklemden kayıplar olabileceği göz önüne alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğünün %20 fazlasının⁽¹⁶⁾ alınarak 273 kadına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma sonunda kayıp veri nedeniyle 25 kadının verileri analizlere dahil edilememiş olup çalışma 248 birey ile tamamlanmıştır. Kadınlara olasılıksız (kolayda) örnekleme yöntemi ile ulaşılmış,⁽¹⁷⁾ veriler 24 Mayıs-24 Temmuz 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri içinde; (1) 30-65 yaşları arasında olmak (2) evli olmak, (3) jinekolojik kanser tanısı almamış olmak, (4) iletişim problemine sahip olmamak, (5) KETEM'e ilk kez başvuru yapmış olmak, yer almaktadır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri “Kadınlara ilişkin Tanıtıcı Soru Formu” ile “Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Soru Formu

Bu form ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. ^(14,15,18) Formda sosyodemografik özellikler ile ilgili 10 soru (yaş, beden kitle indeksi, öğrenim durumu, sosyal güvencesi, çalışma durumu, aile tipi, yaşadığı yer, gelir durumu, sigara kullanma durumu) ve hastalığa ilişkin 7 soru (sağlık algısı, kronik hastalık, jinekolojik muayene, menopoz durumu, ailede kanser varlığı, kanser tanısı alan aile bireyi ile yakınlığı, daha önce kanser bilgisi alma, kanser bilgisini kimden aldığı) olmak üzere toplam 17 soru yer almaktadır.

Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ)

Ölçek, kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek üzere Dal ve Ertem tarafından (2017) geliştirilmiş olup 20-65 yaş arası evli kadınlar için kullanılır. JİKFÖ, 41 madde ve dört alt boyuttan oluşur ve Cronbach alpha değeri 0.94'tür. Alt boyutlar; jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı (20-41 maddeler), jinekolojik kanser riskleri farkındalığı (3-11. maddeler), jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı (14-19. maddeler) ve jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı (1-2, 12-13. maddeler)

şeklinde. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilir (min. 41- max. 205 puan). Kadınların ölçekten alacakları puan arttıkça farkındalıkları artmaktadır.⁽¹⁹⁾ Bu çalışmanın Cronbach alfa değeri 0.83'tür.

Verileri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, KETEM birimine başvuran, dahil edilme kriterlerini sağlayan kadınlardan yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. KETEM'e başvuran tüm bireylere yapılan rutin eğitim ve taramalardan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllü katılımları için sözlü onam alınmıştır. Veri toplama aracının geçerlilik kontrolü amacıyla, "24 kadına" ön uygulama yapılarak anketin anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen veriler analize dahil edilmemiştir. Verilerin toplanma süresi ortalama 15-20 dakikadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 22.0 paket programı (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca değer, minimum, maksimum olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile test edilerek, $p < 0.05$ ve $z \pm 1.96$ aralığı kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk sağlanmadığından iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arasında anlamlılığı değerlendirmede Dunn-Bonferroni testi yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmada kullanılan ölçek için geliştiricilerden yazılı izin alınmıştır. Bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Etik Araştırmalar Kurulu'ndan etik izin (23.05.2022 tarih ve 208264 sayılı yazı) alınmıştır. Son olarak araştırmanın yürütüleceği kurum için İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Helsinki Deklarasyonu'nun etik ilkelerine uygun olarak bu çalışma tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam alınarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Kadınların JİKFÖ puan ortalaması 161.93 ± 20.85 'dir. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise; jinekolojik kanser riskleri farkındalığı 30.4 ± 5.85 , jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı 16.52 ± 2.71 , jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı 22.42 ± 3.59 , jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı 92.55 ± 13.40 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği ve Alt Boyut Puanları

	X ± SS	Median	Min-Max
Ölçek ve alt boyutları			
Jinekolojik kanser riskleri farkındalığı	30.44 ± 5.85	29.00	13-45
Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı	16.52 ± 2.71	16.00	4 -20
Jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı	22.42 ± 3.59	22.00	6-30
Jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı	92.55 ± 13.40	88.00	22-110
JİKFÖ*	161.93 ± 20.85	158.50	82-205

*JİKFÖ: Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği; X ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Kadınların yaş ortalaması 48.79 ± 8.94 bulunmuştur. Tablo 2 ve Tablo 3'de kadınların sosyo-demografik özellikleri ile diğer değişkenlere ilişkin özelliklerine göre toplam JİKFÖ ve alt boyutların karşılaştırması yer almaktadır. Üç ve daha fazla gruplarda belirlenen anlamlılığı belirlemede Dunn-Benferoni post hoc testi yapılmış ve tablolarda gösterilmiştir. JİKFÖ ile kadınların çalışma durumu ($p=0.006$), aile tipi ($p=0.000$), yaşadığı yer ($p=0.000$), sosyal güvence durumu ($p=0.005$), sağlık algısı ($p=0.042$), jinekolojik kanser bilgi kaynağı ($p=0.025$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Ölçeğin risk farkındalığı alt boyutu ile çalışma durumu ($p=0.002$), aile tipi ($p=0.006$), sosyal güvence ($p=0.002$), düzenli jinekolojik muayene ($p=0.005$) ve menopoz durumu ($p=0.005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Jinekolojik kanserlerin erken tanı farkındalığı alt boyutu ile kadınların eğitim durumu ($p=0.002$), aile tipi ($p=0.000$), yaşadığı yer ($p=0.000$), sağlık algısı ($p=0.014$), kronik hastalık varlığı ($p=0.039$), ailede kanser öyküsü ($p=0.005$), jinekolojik kanser bilgi kaynağı ($p=0.025$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kadınların aile tipi ($p=0.000$), sigara içme durumu ($p=0.011$), jinekolojik kanser bilgi kaynağı ($p=0.025$) ile ölçeğin jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Son olarak ölçeğin rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı alt boyutu ile kadınların çalışma durumu ($p=0.006$), aile tipi ($p=0.000$), yaşadığı yer ($p=0.000$), sağlık güvencesi

(p=0.005), sağlık algısı (p=0.042), jinekolojik kanser bilgi kaynağı (p=0.025) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Karşılaştırması

Değişkenler	N(%)	Risk farkındalığı Median (Min-Max)	Erken tanı ve bilgi farkındalığı Median (Min-Max)	Korunma farkındalığı Median (Min-Max)	Rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı Median (Min-Max)	JİKFÖ Median (Min-Max)
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı	175(70.6)	29.0(13-45)	16.0 (4-20)	22.0(6-30)	88.0(22-110)	158.0(82-205)
Ortaokul ve üstü	73(29.4)	29.0(19-45)	18.0(12-20)	22.0(17-30)	88.0(54-110)	159.0(114-201)
Test değeri		U=5824.500 p=0.272	U= 4807.500 p<0.01**	U= 6199.000 p=0.713	U= 6163.000 p=0.660	U= 6336.500 p=0.921
Çalışma durumu						
Evet	72(29.0)	28.0(19-45)	16.0 (11-20)	22.0(12-30)	88.0(22-110)	154.5(92-199)
Hayır	176(71.0)	30.0(13-45)	16.0 (4-20)	23.0(6-30)	88.0(44-110)	160.0(82-205)
Test değeri		U=4783.500 p<0.01**	U=6284.000 p=0.917	U= 5318.500 p=0.056	U= 4932.000 p<0.01**	U= 4923.500 p<0.01**
Aile tipi						
Geniş aile ^a	85(34.3)	28.0(20-36)	16.0(10-20)	21.0(16-30)	88.0(69-110)	152.0(128-185)
Çekirdek aile ^b	150(60.5)	30.5(13-45)	18.0(4-20)	23.0(6-30)	96.0(22-110)	167.5(89-205)
Parçalanmış aile ^b	13(5.2)	31.0(18-45)	18.0(8-20)	23.0(12-30)	97.0(44-110)	171.0(82-201)
Test değeri		KW: 10.090 p<0.001***	KW: 46.638 p<0.001***	KW: 15.796 p<0.001***	KW: 22.590 p<0.001***	KW: 31.842 p<0.001***
Yaşadığı yer						
İl ^a	150(60.5)	29.0 (19-45)	17.0(12-20)	22.0(12-30)	94.0(44-110)	163.0(92-205)
İlçe ^b	38(15.3)	30.5 (21-41)	16.0(12-20)	23.0(14-30)	88.0(67-110)	159.0(130-195)
Köy ^b	60(24.2)	29.0 (13-39)	16.0(4-20)	22.0(6-30)	87.0(22-110)	150.5(82-195)
Test değeri		KW: 0.861 p=0.650	KW: 21.773 p<0.001***	KW: 4.874 p=0.087	KW: 20.714 p<0.001***	KW: 18.400 p<0.001***
Sosyal güvence						
Var	170(68.5)	29.0(18-45)	16.0(4-20)	22.0(10-30)	88(22-110)	156.0(82-203)
Yok	78(31.5)	32.0(13-45)	16.5(4-20)	23.0(6-30)	94(66-110)	164.0(89-205)
Test değeri		U=4707.500 p<0.01**	U=5971.000 p=0.199	U=6165.000 p=0.373	U=5181.500 p<0.01**	U=5173.000 p<0.01**
Gelir durumu						
Geliri çok	25(10.1)	30.0(19-44)	16.0(10-20)	21.0(14-29)	88(69-110)	155.0(128-199)
Gelir gidere eşit	166(66.9)	30.0(13-45)	16.0(4-20)	23.0(6-30)	88(22-110)	159.0(82-205)
Geliri az	57(23.0)	29.0(19-45)	17.0(12-20)	22.0(16-30)	87(54-110)	157.0(114-205)
Test değeri		KW: 3.950 p=0.139	KW 1.599 p=0.450	KW: 2.438 p=0.295	KW: 0.235 p=0.889	KW: 0.940 p=0.625
Sigara içme						
İçiyor	22(8.9)	28.0(19-45)	16.0 (12-20)	21.0(15-26)	88.0(74-110)	154.0(38-198)
İçmiyor	226(91.1)	30.0(13-45)	16.5(4-20)	22.5(6-30)	94.0(22-110)	159.0(82-205)
Test değeri		U=1980.000 p=0.114	U=2388.000 p=0.755	U=1674.500 p<0.05	U=2308.500 p=0.578	U=2063.500 p=0.188

U= Man Withney U testi; KW= Kruskal Wallis testi; p: Anlamlılık, *p<0.05; **p<0.01, ***p<0.001 Kruskal Wallis sonrası post-hoc Dunn Bonferroni testine göre ^a diğerlerine göre anlamlılığı oluşturan grup

Tablo 3. Kadınların Hastalık Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Karşılaştırması

Değişkenler		Risk farkındalığı	Erken tanı ve bilgi farkındalığı	Korunma farkındalığı	Rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı	JİKFÖ
	N(%)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Sağlık durumu						
İyi ^b	154(62.1)	29.0(18-45)	16.0(8-20)	22.0(12-30)	88.0(44-110)	158.0(82-205)
Orta ^b	73(29.4)	30.0(13-45)	17.0(4-20)	23.0(6-30)	88.0(22-110)	156.5(89-205)
Kötü ^a	21(8.5)	32.0(20-45)	18.0(4-20)	23.0(10-28)	105.0(74-110)	175.0(121-201)
Test değeri		KW: 2.302 p=0.316	KW: 8.574 p<0.05*	KW: 2.413 p=0.299	KW: 10.958 p<0.01**	KW: 6.359 p<0.05*
Kronik hastalık						
Var	83(33.5)	30.0 (13-45)	16.0 (4-20)	23.0 (6-30)	88.0 (22-110)	158.0(82-203)
Yok	165(66.5)	29.0 (19-45)	16.0 (10-20)	22.0 (14-30)	88.0 (54-110)	159.0 (114-205)
Test değeri		U=6071.500 p=0.144	U=1980.000 p<0.05*	U=6474.500 p=0.482	U=6789.500 p=0.913	-U=6797.500 p=0.925
Düzenli jinekolojik muayene						
Gitmeyen	184(74.2)	29.0(18-45)	16.0 (8-20)	22.0(12-30)	88.0(22-110)	157.0(82-205)
Giden	64(25.8)	31.0(13-45)	16.0 (4-20)	23.0(6-30)	88.0(66-110)	162.0(89-203)
Test değeri		U=4969.500 p<0.01**	U=5743.500 p=0.764	U=5640.500 p=0.615	U=5067.500 p=0.094	U=5857.000 p=0.950
Menapoz durumu						
Evet	134(54.0)	30.0 (13-45)	16.0 (4-20)	23.0(6-30)	88.0(44-110)	159.5(82-205)
Hayır	114(46.0)	29.0 (19-45)	16.0(11-20)	22.0 (12-30)	88.0(22-110)	157.5(92-205)
Test değeri		U=6064.000 p<0.01**	U=6971.500 p=0.226	U=7057.500 p=0.300	U=6994.500 p=0.250	U=6829.500 p=0.151
Ailede jinekolojik kanser						
Var	36(14.5)	29.0 (19-45)	18.0 (12-20)	23.0 (15-30)	88.0(22-110)	160.0(93-203)
Yok	212(85.5)	29.0 (13-45)	16.0 (4-20)	22.0 (6-30)	88.0(44-110)	158.5(82-205)
Test değeri		U=3610.000 p=0.603	U=2722.500 p<0.01**	U=3610.500 p=0.604	U=3693.500 p=0.756	U=3671.000 p=0.716
Kanserle ilgili bilgi alma						
Evet	81(32.7)	30.0(13-45)	16.0 (4-20)	23.0 (6-30)	88.0(44-110)	159.0 (89-203)
Hayır	167(67.3)	29.0(18-45)	16.0 (8-20)	22.0 (12-30)	94.0(22-110)	158.0 (82-205)
Test değeri		U=6726.500 p=0.881	U=5899.000 p=0.081	U=6006.500 p=0.130	U=6608.500 p=0.708	U=6264.500 p=0.308
Bilgi kaynağı^x						
Aile, arkadaş, sosyalmedya	16(19.8)	29.0(19-44)	18.0(4-20)	21.0(12-29)	87.5(44-110)	152.0(92-187)
Sağlık personeli	65(80.2)	30.0(13-45)	16.5(4-20)	23.0(6-30)	92.0(66-110)	160.0(89-203)
Test değeri		U=463.000 p=0.498	U=363.000 p=0.055	U=332.000 p<0.05*	U=341.000 p=0.033	U=331.500 p<0.05*

U= Man Withney U testi; KW= Kruskal Wallis testi. p: Anlamlılık, *p<0.05; **p<0.01, ***p<0.001

Kruskal Wallis sonrası post-hoc Dunn Bonferroni testine göre ^a diğerlerine göre anlamlılığı oluşturan grup

^x Bilgi alan grup analiz edilmiştir.

JİKFÖ toplam puan ve alt boyutları ile kadınların yaşı ve BKİ arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların yaşının risk farkındalığı ile pozitif zayıf ($r=0.232$; $p= 0.000$), erken tanı farkındalığı ile negatif zayıf ilişkili olduğu ($r=-0.158$; $p= 0.013$), bulunmuştur. Kadınların yaşı arttıkça ile risk farkındalığı artarken, erken tanı farkındalığı azalmaktadır. BKİ ile risk farkındalığı

Ahntı (Cite): Altun M., Özen Çınar İ., İnci F.H., Kadınların Jinekolojik Kanser Farkındalıklarının Belirlenmesi: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Çalışma. YBH Dergisi. 2025; 6(3): 16-32.

arasında pozitif zayıf ilişki ($r=0.134$; $p=0.035$), belirlenmiş olup BKİ artıkc risk farkındalığı artmaktadır (Tablo 4). Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanı ile yaş veya BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4. Kadınların Yaş, Beden Kitle İndeksi ile Jinekolojik Kanseler Farkındalığı arasındaki ilişki

Değişkenler		Risk farkındalığı	Erken tanı ve bilgi farkındalığı	Korunma farkındalığı	Rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı	JİKFÖ
Yaş	r	.232**	-.158*	.074	.087	.113
	p	.000	.013	.247	.173	.076
BKİ	r	.134*	-.073	-.009	.079	.078
	p	.035	.250	.887	.213	.224

r=korelasyon katsayısı,

Tartışma

Jinekolojik kanser morbidite ve mortalitesini azaltmada hastalığın erken belirtilerini ve semptomlarını tanımaya yönelik farkındalığın artırılması ve ulusal düzeyde yürütölen tarama programlarının yürütölmesi önemlidir.⁽²⁰⁾ Bu çalışmada kadınların jinekolojik kanserler farkındalığı ve ilişkili olan faktörler gösterilmiştir. Bulguların, ulusal düzeyde geliştirilecek farkındalık ve tarama stratejilerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları orta düzeyin üzerinde bulundu. Ülkemizde son yıllarda farklı örneklemlerde yapılan çalışmalarda, jinekolojik kanser farkındalığı puan ortalamaları en düşük 144.9 ± 22.93 , en yüksek 160.31 ± 22.42 arasında olduğu görönmektedir.^(13,14,18,21-24) Yapılan çalışmalarda ölkemizde kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının %70.0-78.0 arasında ve orta seviyenin üzerinde olduğu söylenebilir. Nagorska ve arkadaşlarının (2022) Polanya'da yaptıkları çalışmada JİKFO puan ortalaması ölkemizde yapılan çalışmalar ile benzerdir (154.79 ± 17.85).⁽²⁵⁾ Jinekolojik kanser farkındalığının daha iyi düzeye yükseltilmesi ve davranışa dönüştürölmesi önemlidir. Çalışmamızda kadınların orta düzeyin üzerinde farkındalığa sahip olmalarına karşın düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranlarının düşük olduğu dikkati çekmektedir. Jinekolojik kanserler farkındalığının yükseltilmesinin Jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik davranışları da artıracığı düşünülmektedir. Ayrıca kadınların yaklaşık dörtte birinin jinekolojik kanser farkındalığının olmaması da gözden kaçırılmamalıdır.

Çalışmamızda Jinekolojik kanserler farkındalığını etkileyen çeşitli faktörler olduğu belirlendi. Bu faktörlerin bilinmesinin kadınlara yönelik programların planlanması ve

farkındalıkların artırılmasında önemli olduğunu düşünüyoruz. Etkili olan faktörlerden biri kadınların eğitimidir. Eğitimin etkisinin gösterilmediği çalışmalar olmakla birlikte ^(18,22,24) eğitim düzeyinin artması ile birlikte kadınların jinekolojik kanser ile ilgili farkındalığının arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. ^(13,21,23,26) Bu durum yapılan çalışmalarda örnekleme alınan kadınların eğitim düzeyleri ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda ölçek toplam puanı ile eğitimin etkisini gösteremedik ancak kadınlarının eğitim düzeyinin artmasının erken tanı ve bilgi farkındalığını etkilediğini saptadık. Bir diğer etkili olan faktör de çalışmayan kadınların jinekolojik kanserler farkındalığının daha yüksek olmasıdır. Çalışmamızın aksine literatürde çalışan kadınların ev hanımlarına göre jinekolojik farkındalıklarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. ^(18,23) Bulgularımız çalışmayan kadınların risk algısı ile rutin kontrol ve ciddi hastalık algısının yüksek olduğunu gösterdi. Kadınların eğitim durumu ile ters gibi görünen bu durumun çalışmayan kadınların rutin tarama programı ve eğitimlere katılmak için daha fazla zaman ayırabilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Özen ve Kara (2020) çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınların serviks kanseri ve pap smear testi farkındalıklarının yeterli olmadığını bildirmişlerdir. ⁽²⁷⁾ Ayrıca ASM'lerinin desteği ile KETEM tarafından kadınların araçlarla tarama çalışmalarına katılımlarının yapılması da bu sonucu destekleyebilir. Bu durumun, çalışmayan kadınların KETEM tarafından yürütülen tarama programlarına zaman ayırabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Köyde yaşayan ve geniş aileye sahip kadınların jinekolojik kanser farkındalıkları daha düşük saptandı. Kentte yaşayanların ise erken tanı ve bilgi ile rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada şehirde yaşayanların erken tanı ve bilgi farkındalığı, köyde yaşayanların ise risk farkındalığı daha yüksek belirlenmiştir. ⁽²⁸⁾ Kırsal alandaki Endonezyalı kadınlar arasında serviks kanseri tarama oranları düşük iken taramaya yönelik niyetlerinin yüksek olduğu belirtildi. ⁽²⁹⁾ Bir çalışmada köy ve kırsal kesimden kadınlar arasında, serviks kanseri taramasının önündeki “sağlık sistemi engelleri”, nitelikli hizmetlere ulaşma ve bunları kullanma konusunda güçlükler olarak bildirilmiştir. ⁽³⁰⁾ İlçe ve köylerdeki kadınların tarama ve eğitim çalışmalarına ulaşmaları ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin artırılması önemlidir. Birinci basamak hemşirelik hizmetleri aracılığıyla kırsal bölgelere yönelik eğitim ve tarama etkinliklerinin artırılması gereklidir

Çalışmamızda sağlığını kötü algılayanların erken tanı ve bilgi, rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı ile JİKFÖ puanı daha yüksek saptandı. Sağlık durumunu kötü algılayan kadınlar

şikayetlerinde sağlık kurumlarına daha sık başvurabilirler. Bu başvuruları sırasında daha fazla eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanmış olabilirler. Bu durum farkındalıklarını artırabilir. Çalışmamızın aksine Ersin ve arkadaşları (2024) sağlığını iyi algılayanların JİKFO puanını yüksek bulmuştur. Bu durumda kadınlar sağlık algılarına göre farklı yaklaşım gösterebilirler. Sağlık durumu algısı sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmelidir. Özellikle birinci basamak hemşirelerinin bu kadınlarda risk algısını olumlu yönde geliştirecek danışmanlık programları yürütmesi önerilmektedir.

Kanserle ilgili bilgi alan ve almayan kadınlar arasında farkındalık açısından farklılık bulunmamaktadır. Öztürk ve arkadaşları kadınların farkındalıkları kadar jinekolojik kanser bilgilerinin yüksek olmadığını vurgulamaktadır.⁽¹³⁾ Jinekolojik kanserler konusunda bilgi alan kadınlar içinde bu bilgiyi sağlık personelinde alanların jinekolojik kanserler farkındalığı daha fazladır. Fonnes ve arkadaşlarının (2021) Norveçte yaptığı çalışmada, kanserler hakkında bilgi alınan kaynaklar arasında öncelikle kanser hastası olan aile ve arkadaşlar, daha sonra da farklı medya türleri rapor edilmiştir.⁽³¹⁾ Kadınların tarama programlarına katılımını sağlamak ve farkındalıklarını artırmak sağlık çalışanlarının temel sorumluluklarındandır. Özellikle hemşireler, kadınların motivasyonunu artırmada kilit role sahiptir.⁽³⁰⁾

Çalışmamızda menopozda olan ve düzenli jinekolojik muayeneye giden kadınların risk farkındalıkları yüksek iken ailede kanser öyküsü olanların erken tanı ve bilgi farkındalığı yüksektir. Yapılan çalışmalar ailede kanser öyküsü olan kadınların, servikal kanser hakkındaki bilgi seviyelerinin daha yüksek,⁽³²⁾ servikal kanser duyarlılık algıları üzerinde ise etkili olduğunu göstermektedir.⁽²⁷⁾ Ailede kanser öyküsü, kadınların duyarlılığını ve bilgi seviyelerini etkilemesi olumlu bir durumdur ancak yüksek risk grubunda olan bu kadınların eğitim ve izlemleri daha dikkatli yapılması önerilmektedir.⁽²⁷⁾ Toptaş ve arkadaşları (2022) düzenli jinekolojik muayeneye gitmeyenlerin farkındalıklarını çalışmamıza benzer şekilde düşük belirledi.⁽²¹⁾ Literatürde yapılan çalışmamıza benzer şekilde postmenopozal dönemde kadınların kanser farkındalığının yüksek olduğu vurgulanmaktadır.^(18,24) Kadınların risklerinin arttığı dönemlerde farkındalıklarında arttığını düşünebiliriz. Bu nedenle, premenopozal dönemde farkındalığı artırmaya yönelik eğitimlerin önceliklendirilmesi önemlidir.

Jinekolojik kanserler tüm kadınlar için risk oluştururken, bu risk yaşla birlikte artmaktadır.⁽¹⁾ Çalışmamızda jinekolojik kanserler risk farkındalığı kadınların yaşı ile artış gösterirken erken tanı ve bilgi farkındalığı yaş ile ters ilişkilidir. Jinekolojik kanser riskinin yaşla

artması ile birlikte farkındalık düzeylerinin arttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.^(13,14,21) Yaş grupları arasında jinekolojik kanserlerin insidansı, tipi ve prognozunda klinik farklılıklar mevcuttur ve tarama, önleme ve tedavi stratejileri farklı yaş gruplarının gereksinimlerine göre uyarlanmalıdır.⁽²⁾ Bu doğrultuda okul temelli sağlık eğitimleri ve genç kadınlara yönelik farkındalık kampanyaları planlanmalıdır.

Riskli davranışlar ve sigara içmek, aşırı vücut ağırlığına sahip olmak, alkol almak ve sağlıksız bir diyet gibi değiştirilebilir faktörler kanser gelişmesinde riski artırabilir.⁽³³⁾ Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları (sigara, BKİ) ile kadınların jinekolojik kanser farkındalığı arasında ilişki saptadık. Jinekolojik kanserler risk farkındalığı ile BKİ arasında zayıf düzeyde doğru orantılı bir ilişki belirledik. Amerikan Kanser Derneği araştırmasına göre, uterine corpus kanserinin tahmini %70.00'i aşırı vücut ağırlığına ve yetersiz fiziksel aktivite ile ilgilidir ve bu önlenabilir bir nedendir.⁽³³⁾ Gökşin ve arkadaşları (2025) kadınların BKİ ne göre jinekolojik kanser farkındalığının benzer olduğunu belirlemekle birlikte obezitenin önemli bir etiyolojik faktör olduğunu, farkındalığın artırılması gerekliliğini vurgulamıştır.⁽²³⁾ Jinekolojik kanserler için risk faktörü olan sigara kullanımı konusunda çalışmamızda içmeyen kadınların korunma farkındalığının yüksek olduğu belirlendi. Okamoto ve ark. tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada sigara kullananlarda serviks, endometrium ve over kanseri görülme sıklığı daha fazladır. Sigara içmeyen kadınlar sağlıklarını korumaya yönelik daha bilinçlidir.⁽³⁴⁾ Genel olarak, kanser insidansı ve ölüm oranlarında son 20 yılda görülen azalma, daha az kişinin sigara içmesine, HPV aşılama ve erken tanı ve tedavinin gelişmesine atfedilmektedir.⁽³⁵⁾ Çalışmamızda düşük düzeyde de olsa sağlıklı yaşam biçim davranışlarına ilişkin farkındalık belirlenmesi sevindiricidir. Ancak daha yüksek farkındalık olması gerektiği düşünülmektedir. Farklı olarak Öztürk ve arkadaşları (2021) sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları (diyet, sigara, egzersiz) ile jinekolojik kanser farkındalığı arasında bir ilişki bulamamıştır. Başka bir çalışmada ise BKİ yüksek olanların farkındalıkları düşük saptanmıştır.⁽²⁶⁾ Bu durum araştırma verilerinin farklı alanlarda elde edilmesinden kaynaklanabilir. Bu bulgular, hemşirelerin toplum düzeyinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını destekleyerek jinekolojik kanser farkındalığını artırmada kilit bir rol üstlenmeleri gerektiğini göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının orta düzeyin üzerinde olduğu, ancak yaklaşık dörtte birinin jinekolojik kanser farkındalığına sahip olmadığı belirlenmiştir. Kadınların

farkındalık düzeyleri, düzenli jinekolojik muayeneye gitme durumlarının düşük olmasına rağmen bilgi düzeylerinin görece iyi olduğunu göstermektedir. Çalışan, geniş aile yapısına sahip, kırsal alanda yaşayan, sosyal güvencesi olmayan kadınların kanser risk farkındalıkları düşüktür. Düzenli jinekolojik muayeneye gitme, yaş, BKİ, menopoz, eğitim, aile tipi, yaşadığı yer, sağlık algısı, sosyal güvence, sigara içme, ailede kanser öyküsü, kanser bilgisini edindiği kaynak, alt boyut farkındalıklarını etkileyen değişkenlerdir. Çalışmamızın ortaya koyduğu etkili olan faktörler sağlık çalışanları tarafından kadınlara verilen eğitimlerde dikkate alınmalıdır.

Jinekolojik kanser farkındalığının yüksek olması kadınların bilgilerini ve davranışlarını değiştirebilir. Bu nedenle sağlık personeli tarafından her fırsatta, her ortamda, tarama, muayene, kontrol vb için geldiğinde kadınlara eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Taramaların önemi ve gerekliliği konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir. Ayrıca eğitimlerde teknolojik uygulamalardan yararlanılmalıdır. Jinekolojik kanser farkındalığına yönelik eğitim programlarının sürekliliği sağlanmalı ve bu programlar, toplumun tüm sosyoekonomik düzeylerini kapsayacak biçimde eşit erişim ilkesiyle yapılandırılmalıdır.

Dijital sağlık okuryazarlığı kapsamında geliştirilecek mobil uygulamalar ve çevrim içi eğitim materyalleri, farkındalık artırıcı girişimlere entegre edilmelidir. Ulusal sağlık politikalarında, kırsal bölgelerde ve dezavantajlı gruplarda yaşayan kadınların tarama ve erken tanı hizmetlerine erişimini artıracak altyapısal ve finansal düzenlemelere öncelik verilmelidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma kesitsel tasarımı ve tek merkezden, gönüllü katılımcılardan oluşan örnekleme nedeniyle nedensel çıkarımlara ve geniş genellenebilirliğe olanak vermemektedir. Verilerin öz-bildirime dayanması hatırlama riski taşır. Ayrıca inceleme dönemi sınırlılığı, araştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar çalışmayla ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Yazar Katkıları/Author contributions

Bu çalışma ile ilgili olarak tüm yazarların katkı ve sorumlulukları eşittir.

Teşekkür

Gönüllü katılımcılara ve veri toplamada destek veren kurum çalışanlarına teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- 1- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Gynecologic cancers [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/index.htm>.
- 2- Zhu B, Gu H, Mao Z, et al. Global burden of gynaecological cancers in 2022 and projections to 2050. *J Glob Health*. 2024;14:04155. doi: 10.7189/jogh.14.04155.
- 3- Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global cancer observatory: cancer today [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>.
- 4- Paulino E, de Melo AC, Silva-Filho AL, et al. Panorama of gynecologic cancer in Brazil. *JCO Glob Oncol*. 2020;6:GO.20.00099.
- 5- Gültekin M, Turan SH, Boztas G, et al. Passion for saving lives: Turkey between 2012 and 2017. *Int J Gynecol Cancer*. 2020 May;30(5):709–10. doi:10.1136/ijgc-2019-001046.
- 6- World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2020 [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.
- 7- Alp DN, Akkuzu G, Çetinkaya ŞY. Ufuk Üniversitesi kadın çalışanlarının jinekolojik kanser farkındalığının incelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;3(2):91–99.
- 8- Yashlı G. Türkiye’de Servikal Kanser Tarama Programı Saha Değerlendirmesi Sağlık ve Toplum 2022;32 (3) 14-22.
- 9- Al Qadire M. Awareness of cancer signs and barriers to help seeking: a national survey. *J Cancer Educ*. 2018 Dec;33(6):1206-12. doi:10.1007/s13187-017-1232-5. PMID: 28526939.
- 10- Ullrich A, Gültekin M, Teguate I, Trimble EL, Sehouli J. Gynecologic oncology on the global health agenda: a wake-up call. *Gynecol Oncol*. 2021 May;161(2):336–8. doi:10.1016/j.ygyno.2021.02.033. Epub 2021 Mar 6. PMID:33685666.
- 11- Haydaroğlu A, Özşaran Z, Şanlı UA, et al. Ege Üniversitesi Hastanesi’nde jinekolojik kanserlerin epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*. 2019;26–32.
- 12- Husain RSA, Ramya D, Pradeep MA, Govindaraju S, Ramakrishnan V. Knowledge on human papillomavirus and cervical cancer awareness among women in South India. *Saudi J Health Sci*. 2019;8(2):81–7.
- 13- Öztürk R, Bakir S, Kazankaya F, Paker S, Ertem G. Awareness about gynecologic cancers and related factors among healthy women: a cross-sectional study. *Soc Work Public Health*. 2021 Nov 17;36(7-8):847-856. doi:10.1080/19371918.2021.1965936. Epub 2021 Aug 25. PMID:34433370.
- 14- Teskereci G, Arslan ÜÖ, Öncel S. The awareness levels of women for gynecologic cancer in Turkey: a cross-sectional study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;156(1):1–2. doi:10.1002/ijgo.14013.
- 15- Novinson D, Puckett M, Townsend J, et al. Increasing awareness of gynecologic cancer risks and symptoms among Asian, Native Hawaiian and Pacific Islander women in the US-associated Pacific Island jurisdictions. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(8):2127–33. doi:10.22034/APJCP.2017.18.8.2127.
- 16- Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. Philadelphia (PA): Elsevier Health Sciences; 2013. 351 p.

- 17- Nahcivan N. Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. 237 p.
- 18- Atlas B, Er Güneri S. Kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı ve farkındalığı etkileyen faktörler. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022;7(1):77–85.
- 19- Alp Dal N, Ertem G. Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2017;6(5):2351–67. doi:10.15869/itobiad.314332.
- 20- Zaki S, Sibi G. Gynecologic cancer: types, causes and therapeutic approaches. Annals of Gynecologic Cancer. 2021;4(1):1007.
- 21- Toptaş Acar B, Gerçek Öter E, Şanlı Çolakoğlu H. Awareness of gynaecological cancer and factors affecting in women: a cross-sectional study. J Obstet Gynaecol. 2022 Oct;42(7):3193–8. doi:10.1080/01443615.2022.2109140. Epub 2022 Aug 10. PMID:35947044.
- 22- Ersin F, Kahraman S, Havlioğlu S. Women's awareness of gynecological cancers and affecting. Europeanatolia Health Sciences Journal. 2024;2(2): 28–34. doi:10.5281/zenodo.13149326.
- 23- Gökşin İ, Ertuğrul Y, Sedakathı Ü. Kadınların jinekolojik kanser farkındalık düzeyleri ve ilişkili faktörler. Journal of Nursing Effect. 2024;17(4):591–602. <https://doi.org/10.46483/jnef.1566691>
- 24- Kaya Şenol D, Polat F, Doğan M. Jinekolojik kanser farkındalığı: üreme çağı ve postmenopozal dönem kadınlar. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;15(1):56–62. doi:10.21763/tjfmpe.805231.
- 25- Nagorska M, Alp Dal N, Ejder Apay S, Lesinska-Sawicka M, Capik C. Psychometric properties and cultural adaptation of Polish version of gynecological cancers awareness scale(GCAS). Ginekol Pol. 2022;93(9):695–704. doi:10.5603/GP.a2021.0191. Epub 2022 Feb 2. PMID:35106745.
- 26- Özcan H, Demir Doğan M. Gynecological cancer awareness among women. Indian J Gynecol Oncolog. 2021; 19:13. doi:10.1007/s40944-020-00481-w.
- 27- Özen Çınar İ, Kara E. Evaluation of awareness of cervical cancer and Pap smear test of working women by health belief model. Bezmialem Science. 2020;8(2):113–19.
- 28- Burucu R, Kıyak S. Üniversite öğrencilerinin jinekolojik kanser farkındalıkları ve ilişkili faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2022;31(3):172–82. doi:10.17942/sted.883678.
- 29- Sumarmi S, Hsu YY, Cheng YM, Lee SH. Factors associated with the intention to undergo Pap smear testing in the rural areas of Indonesia: a health belief model. Reprod Health. 2021 Jun 30;18(1):138. doi:10.1186/s12978-021-01188-7.
- 30- Koç Z, Kurtoğlu Özdeş E, Topatan S, Çınarlı T, Şener A, Danacı E, Palazoğlu CA. The impact of education about cervical cancer and human papillomavirus on women's healthy lifestyle behaviors and beliefs: using the PRECEDE educational model. Cancer Nurs. 2019 Mar/Apr;42(2):106–18. doi:10.1097/NCC.0000000000000570.
- 31- Fonnes T, Telle IO, Forsse D, Falck R, Trovik J, Haldorsen IS, Krakstad C. Cancer awareness in the general population varies with sex, age and media coverage: a population-based survey with focus on gynecologic cancers. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Jan; 256:25–31. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.10.051. Epub 2020 Nov 1. PMID:33161211.

- 32- Jia Y, Li S, Yang R, et al. Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in Wufeng County, a high-incidence region of cervical cancer in China. PLoS One. 2013;8:1–7.
- 33- American Cancer Society. Cancer facts & figures 2023 [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2023 [cited 2023 Mar 3]. Available from: <https://www.cancer.org/>.
- 34- Okamoto K, Nakamura K, Matsuoka H, et al. The presence of chronic diseases contributes to the occurrence risk factors for gynecological cancers in Japan. Mol Clin Oncol. 2020;12(4):336–342.
- 35- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA Cancer J Clin. 2020;70:7–30.



YAŞAM BOYU
HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received): 11.08.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 08.10.2025

Original Research/ Araştırma Makalesi

The Relationship Between Perceived Social Support, Mental Well-Being, and Health Perception in Obese Individuals Receiving Home Care Services

Evde Bakım Hizmeti Alan Obez Bireylerin Sosyal Destek Algısı ile Mental İyi Oluş Durumları ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki

Aynur GEYİK¹ 

Fatma ERSİN² 

¹ Health Sciences University Diyarbakir Gazi Yasargil Training and Research Hospital, Diyarbakir, Türkiye

² Harran University, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health Nursing, Şanlıurfa, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Fatma Ersin; fatmaersin1@gmail.com

Abstract:

Aim: The study is descriptive in nature and was conducted to examine the relationship between obese individuals' perceived social support, mental well-being, and health perception.

Methods: Data were collected between March 2023 and May 2024. The universe of the study consisted of 103 obese individuals. No sampling method was used in the study and the entire universe was reached. Descriptive statistics, the Mann Whitney U Test, Kruskal-Wallis Analysis, and Spearman Correlation Analysis were used to analyze the data. Ethical approval was obtained for the study.

Results: The average total scores of the obese individuals participating in the study were Multidimensional Perceived Social Support Scale: 47.91 ± 18.91 Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale: 37.95 ± 14.17 Health Perception Scale: 45.18 ± 3.25 . A moderately positive significant relationship was found between social support levels and mental well-being ($r = .630$, $p = .000$) and a weakly positive significant relationship was found between perceived social support and health perception ($r = .399$, $p = .000$).

Conclusions: Obese individuals would be beneficial to implement interventions aimed at enhancing individuals' perception of social support.

Key Words: Obesity; social support; mental well-being; health perception; nursing.

Özet:

Amaç: Çalışma tanımlayıcı tipte olup obez bireylerin sosyal destek algısı ile mental iyi oluş durumları ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metod: Veriler Mart 2023 ve Mayıs 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın evrenini 103 obez birey oluşturmuştur. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılmıştır. Çalışma için etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan obez bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması 47.91 ± 18.91 , Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalaması 37.95 ± 14.17 , Sağlık Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması 45.18 ± 3.25 'tir. Sosyal destek düzeyleri ve mental iyi oluş durumları arasında orta düzeyde pozitif yönde ($r = .630$, $p = .000$), sosyal destek düzeyleri ve sağlık algısı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = .399$, $p = .000$).

Sonuç: Obez bireylerin sosyal destek algısının yükseltilmesine yönelik müdahalelerin yapılması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Obezite; sosyal destek; mental iyi oluş; sağlık algısı; hemşirelik.

Introduction

Obesity is a chronic condition and a significant public health issue, affecting a large proportion of the population. In 2021, it is estimated that higher-than-optimal body mass index caused an estimated 3.7 million deaths from non-communicable diseases (NCDs), such as cardiovascular diseases, diabetes and cancers.⁽¹⁾ According to the World Health Atlas 2024, by 2035 more than 750 million children (aged 5-19) will be overweight and obese (two in five children globally), and most of these children will live in middle-income countries.⁽²⁾ According to the Turkish Statistical Institute's (TÜİK) 2022 Health Research, the proportion of obese individuals aged 15 and over was 21.10% in 2019 but decreased to 20.20% in 2022.⁽³⁾

Obesity can lead to self exclusion in many areas of life.⁽⁴⁾ Social support for obese individuals is crucial at this stage. Social support directly aids recovery and acts as a safeguard in mitigating the effects of negative events.⁽⁵⁾ Study indicate that obese individuals have a greater need for high levels of social support, as they are more prone to avoiding social interactions, experiencing isolation, and facing insecurity compared to their non-obese counterparts.⁽⁶⁾ Literature also highlights the growing attention toward the psychosocial aspects of obesity, with findings suggesting that individuals seeking obesity treatment often require significant psychosocial support.⁽⁷⁾

Obesity can also influence individuals' mental well-being. The literature reveals that those with higher mental well-being are physically and emotionally healthier and enjoy a higher quality of life.^(8,9) Obesity is frequently associated with mental health issues, with studies indicating that obese women report worse mental health than their non-obese peers.⁽¹⁰⁾ Stigmatization and discrimination experienced by obese individuals can also negatively impact their psychological and physical health.⁽⁴⁾

Perception of health plays a critical role in health preservation and promotion.⁽¹¹⁾ Awareness of one's health condition is essential for healthy aging and avoiding chronic diseases, especially among young and adult populations. Such awareness is vital for fostering healthy societies.⁽¹²⁾

Considering that obesity is a significant public health concern, it is evident that understanding the social support systems, mental well-being, and health perceptions of obese individuals is essential. Preventing obesity is a long-term public health goal, with nurses playing a pivotal role in this endeavor.⁽¹³⁾ Nurses should effectively utilize their roles to enhance the social support levels, mental well-being, and positive health perceptions of obese individuals.⁽¹⁴⁾ A review of the literature reveals no prior studies examining the relationship

between social support, mental well-being, and health perceptions among obese individuals receiving home care services. Thus, this study is anticipated to contribute significantly to the literature. People's perception of their health also affects their lifestyles (eating habits, physical activity levels, etc.), and accordingly, their awareness of obesity may also change.⁽¹⁵⁾ Only one study that could be accessed studied health perception and obesity awareness, and it was stated that there was a relationship between obesity awareness and health perception.⁽¹⁵⁾

This research was conducted to examine the relationship between social support, mental well-being, and health perceptions of obese individuals receiving home care services.

Materials and Methods

Article Type

This is a descriptive study.

Universe and Sample of the Research

Data were collected between March 2023 and May 2024. The study population consisted of 103 obese individuals aged 18-64, registered with the Home Health Services Units of two hospitals. No sampling method was applied, and the study was carried out with all 103 individuals who agreed to participate. Only one accessible study examined the relationship between health perception and obesity awareness. This study noted a relationship between the two. For the purposes of the study, individuals with a body mass index (BMI) of 30 kg/m² or higher were considered obese. The study included individuals aged 18–64 with a BMI of 30 kg/m² or higher.

Data Collection Tools

Tools measuring social support, mental well-being and health perception were used to collect data.

Introductory Information Form: This form consisted of 18 questions created based on a literature review.^(16,17)

Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS): Developed by Zimet et al. in 1988, this scale's Turkish validity and reliability study was conducted by Eker et al. in 1995 and replicated in 2001. It comprises 12 items across three sub-dimensions. Scores range from 12 to 84. Higher scores indicating higher perceived social support. Its reliability score is 0.89⁽¹⁸⁾, in this study was 0.96.

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Developed by Tennant et al. in 2007, its Turkish adaptation was conducted by Keldal in 2015. The scale includes 14 items

measuring psychological and subjective well-being, scored on a 5-point Likert scale. Total scores ranging from 14 to 70. Cronbach's Alpha was reported as 0.89 ^(19,20), and in this study, it was 0.98.

Health Perception Scale (HPS): Developed by Diamond et al. in 2007 and adapted into Turkish by Kadioğlu and Yıldız in 2012. This scale has 15 items. This scale has four sub-dimensions. Scores range from 15 to 75. Higher scores indicate higher health perception. Its reliability score is 0.77 ⁽²¹⁾, and in this study was 0.76.

Data Collection

Data were collected face-to-face at the participants' homes. The researchers carried out the data collection. Each interview lasting approximately 20-25 minutes. During the interviews, the researcher first introduced themselves.

Data Analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences 20.0. The significance level was set at $p < 0.05$. Descriptive statistics (numbers, percentages, and mean values) were used for data collected with the introductory information form. Shapiro-Wilk test was applied to evaluate the normal distribution of data. Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Analysis, and Spearman Correlation Analysis were also performed.

Ethical Considerations

Permissions were obtained from the relevant institution (Document dated 03.04.2023, No. E-90410089-799-212480242), ethics committee (Document dated 03.03.2023, No. 330) and participants.

Results

Among the obese individuals participating in the study, 83.50% were women. It was determined that 54.40% of the participants were within the height range of 140–160 cm, 75.70% were aged between 51–64 years, and 64.10% had a body weight ranging from 101–130 kg. It was observed that 72.80% of the participants were illiterate, 61.20% were single, 92.20% were unemployed, and 80.60% were living in nuclear families (Table 1).

Table 1. Distribution of Sociodemographic Characteristics of Obese Individuals (n=103)

Variable	Frequency (n)	Percentage (%)
Gender		
Female	86	83.50
Male	17	16.50
Age		
18-35 old	11	10.70
36-50 old	14	13.60
51-64 old	78	75.70
Educational status		
Literate	75	72.80
Primary education	16	15.60
Secondary education	6	5.80
Undergraduate and postgraduate	6	5.80
Marital status		
Married	40	38.80
Single	63	61.20
Employment status		
Employed	8	7.80
Unemployed	95	92.20
Family type		
Nuclear family	83	80.60
Extended family	20	19.40
Body mass index		
30-45 kg/m ²	52	50.50
46-65 kg/m ²	51	49.50
Total	103	100.00

Among the obese individuals, 47.60% did not adhere to a regular diet, and 60.20% reported not engaging in exercise. Additionally, 91.30% stated that they did not smoke, while 97.10% indicated that they did not consume alcohol. The percentage of participants with chronic illnesses other than obesity was found to be 90.30%, while the proportion of those using medication regularly was 89.30%. It was also revealed that 67.00% of the participants did not follow a dietary regimen. Among the participants, 49.50% had been receiving home care services for more than six years, and the rate of satisfaction with these services was identified as 93.20%. The average height of obese individuals is 170 centimeters and their average weight is 90 kilograms.

The total mean score of the participants on the MPSSS was 47.91 ± 18.91 , the WEMWBS was 37.95 ± 14.17 , and HPS was 45.18 ± 3.25 (Table 2).

Table 2. Presents The Distribution Of Participants' Total Score Averages From The Multidimensional Perceived Social Support Scale, The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale, and The Health Perception Scale.

Scales	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max Scores
Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS)	47.91±18.91	16-81
Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)	37.95±14.17	14-68
Health Perception Scale (HPS)	45.18±3.25	37-53

$\bar{X}$ = Mean, SD = Standard Deviation, Min = Minimum Score, Max = Maximum Score

A moderately positive and significant relationship was found between the total mean scores of the MPSSS and the WEMWBS ($r = .630$, $p = 0.000$). Additionally, a weakly positive and significant relationship was observed between the total mean scores of the MPSSS and the HPS ($r = .399$, $p = 0.000$) (Table 3).

Table 3. Correlation Between the Total Mean Scores of the Multidimensional Perceived Social Support Scale, Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale, and Health Perception Scale

Scales	Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)		Health Perception Scale (HPS)	
	Total Mean Score		Total Mean Score	
	r	p	r	p
Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS) Total Mean Score	.630	0.000	.399	0.000

r = Correlation Coefficient, p = Significance Level

Discussion

Limited research has been accessed regarding perceived social support, mental well-being, and health perception among obese individuals. For this reason, results from studies conducted with different sample groups were also included in the discussion.

In this study, it was found that the mean score of the MPSSS among obese individuals receiving home care services was 47.91±18.91. Considering that the maximum possible score on the MPSSS is 81 and that higher scores indicate a higher level of perceived social support, it can be stated that the level of social support perceived by obese individuals receiving home care services is not at the desired level. Social support has a protective effect against obesity.⁽²²⁾ Therefore, the results of this study emphasize the need to increase participants' awareness of social support. Additionally, individuals may have limited communication with others due to obesity, which could hinder the desired level of perceived social support.

The mean score of the WEMWBS for obese individuals receiving home care services was found to be 37.95±14.17. Considering that the maximum possible score on the scale is 68, it

can be stated that the score obtained by obese individuals is not adequate. Individuals with high levels of mental well-being are known to exhibit optimal levels of physical, emotional, mental, and psychological well-being.⁽²³⁾ The insufficient level of mental well-being may be attributed to the level of social support, as a lack of social support can lead to psychological disorders.⁽²⁴⁾ The literature states that social support plays an important role in achieving and maintaining good mental health, as well as in preventing and overcoming mental health problems.⁽²⁵⁾ Therefore, the finding that the level of mental well-being among obese individuals receiving home care services is not at the desired level is an expected result.

In this study, the mean score for the HPS among obese individuals receiving home care services was found to be 45.18 ± 3.25 . Considering that the highest possible score on the scale is 75, it can be stated that the participants' health perception is good. Similar results were found in a study that reported higher health perceptions among obese individuals compared to non-obese individuals.⁽²⁶⁾ In a different study conducted among students, the mean score of the Health Perception Scale was reported to be 53.77 ± 7.40 , indicating a good level of health perception.⁽²⁷⁾ Another study on women reported a mean score of 50.18 ± 9.86 .⁽²⁸⁾ The finding that health perception is at a good level in this study suggests that the home care services provided to obese individuals are effective.

The study found a positive relationship between the mean scores of the MPSSS and the WEMWBS among obese individuals. It was observed that as the perceived level of social support increases, the level of mental well-being also rises positively. Research conducted among caregivers of palliative care patients indicated a positive, and significant relationship between mental well-being and perceived social support ($r=.620$, $p<0.001$).⁽²⁹⁾ A study conducted among nurses found a weak positive and significant relationship between their mental well-being and perceived social support.⁽³⁰⁾ Another study among students revealed that as their perceived social support scores increased, their mental well-being scores also improved.⁽³¹⁾ Rani (2016), in her study investigating the relationship between perceived social support and psychological well-being among working young adults, similarly found a significant positive relationship between perceived social support and psychological well-being.⁽³²⁾ Emadpoor et al. (2016) also reported a positive relationship between psychological well-being and perceived social support.⁽³³⁾ A study conducted among offenders in Malaysian rehabilitation centers revealed a significant relationship between perceived social support and psychological well-being.⁽³⁴⁾ These findings highlight the importance of social support for mental well-being, which is an expected result.

This study also found that as the perceived level of social support among obese individuals increases, their health perception also rises positively. Health perception is known to play an influential role in engaging in health-promoting behaviors.⁽³⁵⁾ Considering the positive impact of social interaction and support on health promotion, a significant positive relationship between social support and health perception is expected.

Results and Recommendations

In the study, it was observed that as the level of social support increases, mental well-being and health perception also increase.

Based on these results:

It would be beneficial to plan health education programs to increase obese individuals' perception of social support, mental well-being, and health perception. Referring obese individuals to primary healthcare institutions for social and psychological follow-up alongside home care services would be beneficial.

Interventional nursing practices aimed at strengthening social support networks and increasing perceived social support among obese individuals should be implemented.

Qualitative nursing studies should be conducted to identify factors that hinder social relationships, negatively affect mental well-being, and impair health perception among obese individuals.

Limitation

The study results are limited to obese individuals registered in home care units affiliated with the hospitals where the study was conducted.

Conflict of Interests

No conflict of interest.

Source of Institutional and Financial Support

The study did not receive any financial support.

Author contributions

Design: AG, FE, Data Collection or Processing: AG, Analysis or Interpretation: AG, FE, Literature Search: AG, FE, Writing: AG, FE.

References

- 1- GBD 2021 Risk Factor Collaborators. “Global burden of 88 risk factors in 204 countries and territories and 811 subnational locations,1990–2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021”. *Lancet*. 2024; 403:2162-2203. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00933-4
- 2- World Obesity Atlas 2024. Acces Date: 30.10.2025. Access Adress: <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf>
- 3- Turkish Statistical Institute. Türkiye health survey 2022, Acces Date: 30.10.2025. Access Address: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
- 4- Thedinga HK, Zehl R, Theil A. Weight stigma experiences and selfexclusion from sport and exercise settings among people with obesity. *BMC Public Health*. 2021;21:565. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10565-7>
- 5- Torrente-Sánchez MJ, Ferrer-Márquez M, Estébanez-Ferrero B, Jiménez-Lasserrotte MdM, Ruiz-Muelle A, Ventura-Miranda MI, et al. Social support for people with morbid obesity in a bariatric surgery programme: a qualitative descriptive study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18,6530. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126530>
- 6- Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*. 2006;13 (4):138-142.
- 7- Jane M, Foster J, Hagger M, Ho S, Kane R, Pal S. Psychological effects of belonging to a Facebook weight management group in overweight and obese adults: Results of a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2018;26(5),714 –72. doi: 10.1111/hsc.12584.
- 8- Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43:207–222.
- 9- Keyes CL, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*. 2010;100 (12):2366– 2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- 10- Magallares A, Pais-Ribeiro JL. Mental health and obesity: A meta-analysis. *Appl. Res. Qual. Life*. 2014; 9:295–308. doi:10.1007/s11482-013-9226-x
- 11- Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N. Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018;14(3): 275- 282. doi:10.5350/btdmjb.20170310015347
- 12- Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker ER, Armstrong DG. A qualitative study to examine older adults perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*. 2017;38(6):486-495.
- 13- Hindle L, Mills S. Obesity: self-care and illness prevention. *Practice Nursing*. 2012;23(3): 130-134. <https://doi.org/10.12968/pnur.2012.23.3.130>
- 14- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;9(2):68-75.
- 15- İzgüden D, Gökkaya D. Bireylerin sağlık algıları ile obezite farkındalıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*. 2022;3(3):205 – 220.
- 16- Kulakçı H, Ayyıldız TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz-yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu E Dergisi*. 2012;5(2):53-64.
- 17- Tambağ H. Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2013;4(16):23-31.

- 18- Eker D, Arkar H, Yaldiz H. Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1): 17-25
- 19- Keldal G. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe formu: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2015;3(1):103-115.
- 20- Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, Parkinson J, Secker J, Stewart-Brown S. The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007;5(1):50-63.
- 21- Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenirliği/validity and reliability of turkish version of perception of health scale. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012;32(1):47-53. doi: 10.5336/medsci.2010-21761
- 22- Serlachius A, Marko E, Markus J, Steven S, Matthew S, Terho L, et al. High perceived social support protects against the intergenerational transmission of obesity: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Prev Med*. 2016; 90:79-85. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.004>
- 23- Shank J, Coyle C. Therapeutic recreation in health promotion rehabilitation; John Shank and Catherine Coyle, State College, PA: Venture Pub. c2002, Library Catalog, United States.
- 24- Gümüş H. Evli bireylerin sosyal destek düzeyleri ile yaşam doyumları ve problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2015;(4) 3:150-162.
- 25- Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1): 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- 26- Bolluk AÇ. Obez Bireylerde duygusal zekâ, yaşam kalitesi ve sağlık algısı. *Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 2017.
- 27- Kuloğlu Y, Uslu K. Geleceğin sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 2022;23(1):255-277. doi: 10.31671/doujournal.955317
- 28- Şen SK, Öztürk YK. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türk Aile Hek Derg*. 2020;24(4):175-183.
- 29- Ersin F, Havlioğlu S, Gür, SC. Mental well-being and social support perceptions of nurses working in a Covid-19 pandemic hospital. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58 (1): 124-131. doi: 10.1111/ppc.12833
- 30- Ersin F, Çadircı D, Dedeoğlu GK. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireylerin mental iyi oluş durumları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2022b;61(3):379-386. doi: 10.19161/etd.1168082
- 31- Iraz R, Arıbaş AN, Özşahin F. Algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş ilişkisi: üniversite öğrencileri örneği. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2021;5(2):363-376. doi: 10.30692/sisad.930302
- 32- Rani E K. Perceived social support and psychological well-being: testing the unique association and gender differences among young working adults. *Int J Ind Psychol*. 2016;3(2):98-113. doi: 10.25215/0302.065
- 33- Emadpoor L, Lavasani MG, Shahcheraghi SM. Relationship between perceived social support and psychological well-being among students based on mediating role of academic motivation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2016;14 (3):284-290. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9608-4>

- 34- Mariani M, Asnarulkhadi AS, Nashua ZAF. Social support and psychological well-being among delinquents in rehabilitation centers in Malaysia, international journal of academic research in business and social sciences. Human Resource Management Academic Research Society. 2017;7(8):694-701.
- 35- Wang KY, Chien CM, Lee HF, Yobelina Y. The mediation of health-promoting lifestyle on self-perceived health status and quality of life among nurses: a cross-sectional study. BMC Nursing. 2023;22:447 <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01608-y>



Geliş Tarihi (Received): 21.07.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 06.10.2025

Study Protocol / Araştırma Protokolü

The Effect of Patient Education and in the Operating Room Family Interview Practices on Patient Outcomes Using Virtual Reality Glasses in Cholecystectomy Patients: A Randomized Controlled Trial Protocol

Kolesistektomi Hastalarında Sanal Gerçeklik Gözlüğü Kullanılarak Hasta Eğitimi ve Ameliyathanede Aile Görüşmesi Uygulamalarının Hasta Sonuçlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Protokolü

Çağla ISLATTI MUTLU¹



Yasemin ERGÜN²



¹Arş. Gör., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

²Dr. Öğr. Üyesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Yazışmadan sorumlu yazar: Çağla Islattı Mutlu; caglaislatti@gmail.com

***This study is derived from ÇİM's doctoral thesis conducted under the supervision of YE at the Marmara University Health Sciences Institute, Department of Nursing.**

Alıntı (Cite): Islattı Mutlu Ç. & Ergün Y. The Effect of Patient Education and in the Operating Room Family Interview Practices on Patient Outcomes Using Virtual Reality in Cholecystectomy Patients: A Randomized Controlled Trial Protocol. YBH dergisi. 2025;6(3): 45-59.

Abstract:

Aim: This study aims to determine the effect of patient education and in the operating room family interview practices using virtual reality glasses on patient outcomes related to stress, anxiety and information need, sleep quality and satisfaction with the preparation for surgery in cholecystectomy patients.

Methods: The study was designed as a randomized controlled experimental study. There are three groups with equal numbers of participants randomly assigned. The sample of the study will consist of 60 patients scheduled for laparoscopic cholecystectomy in the general surgery ward of a training and research hospital in Turkey. The first group will receive patient education with virtual reality(VR) glasses in the ward before surgery(n=20), the second group will receive patient education with VR glasses in the ward and family interview with VR glasses in the operating room before surgery(n=20), and the third group will receive no intervention(n=20). Stress and satisfaction of the patients will be assessed by visual analog scale, anxiety and information need by Amsterdam preoperative anxiety and information scale(APAIS), sleep quality by Richard-Campbell sleep scale(RCSS).

Results: Data collection started in January 2025. The researcher continues to collect data.

Conclusion: This trial will provide valuable evidence that offers technological approaches to clinical practice by evaluating the effects of interventions.

Trial registration: This trial was registered in October, 2024(NCT06634615).

Key Words: Virtual reality; anxiety; sleep; satisfaction; cholecystectomy.

Özet:

Giriş: Bu çalışma, kolesistektomi hastalarında sanal gerçeklik gözlüğü kullanılarak hasta eğitimi ve ameliyathanede aile görüşmesi uygulamalarının stres, anksiyete ve bilgi ihtiyacı, uyku kalitesi ve ameliyata hazırlık sürecinden memnuniyete yönelik hasta sonuçları üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırma, randomize kontrollü deneysel çalışma türünde tasarlanmıştır. Rastgele atanmış eşit sayıda katılımcının olduğu üç grup bulunmaktadır. Çalışmanın örneklemini Türkiye'deki bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde laparoskopik kolesistektomi planlanan 60 hasta oluşturacaktır. İlk gruba ameliyat öncesi serviste sanal gerçeklik gözlüğüyle (VR) hasta eğitimi(n=20), ikinci gruba ameliyat öncesi serviste VR hasta eğitimiyle birlikte ameliyathanede VR aile görüşmesi(n=20) uygulanacak ve üçüncü gruba herhangi bir müdahale yapılmayacaktır(n=20). Hastaların stres ve memnuniyeti görsel analog skala, anksiyete ve bilgi ihtiyacı Amsterdam preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği, uyku kalitesi Richard-Campbell uyku ölçeği ile değerlendirilecektir.

Bulgular: Veri toplama Ocak 2025'te başlamıştır. Araştırmacı veri toplamaya devam etmektedir.

Sonuç: Bu çalışma, müdahalelerin etkilerini değerlendirerek klinik uygulamaya teknolojik yaklaşımlar sunan değerli kanıtlar sağlayacaktır.

Deneysel çalışma kayıt: Bu deneme Ekim 2024'te kaydedildi (NCT06634615).

Anahtar Kelimeler: Sanal gerçeklik; anksiyete; uyku; memnuniyet; kolesistektomi.

Introduction

Laparoscopic cholecystectomy is recognized as the first treatment of choice for surgical removal of the gallbladder.⁽¹⁾ According to the National Healthcare Associated Infections Surveillance Network report, 85.727 gallbladder surgeries were performed in Türkiye in 2023 and this is one of the most frequently performed operations.⁽²⁾ Surgeries are one of the medical procedures that cause patients to perceive under a physical constraint, are life-threatening, and can cause anxiety and stress.⁽³⁾ It is known that the patient's sleep quality deteriorates in the postoperative period.⁽⁴⁾

Between 25.00% and 80.00% of patients experience preoperative anxiety, which peaks on the way to the operating room.⁽⁵⁾ A meta-analysis shows that approximately one in two patients undergoing surgery in low- and middle-income countries experience preoperative anxiety.⁽³⁾ In addition, perioperative anxiety causes stress in patients and is closely associated with postoperative complications.^(5,6) These include increased analgesic drug consumption and acute pain intensity, changes in vital signs and arrhythmias, increased morbidity, prolonged recovery and hospitalization, and poor sleep quality.^(3,5,7-9) There are studies showing that patients with preoperative anxiety have worse perioperative sleep quality than patients without anxiety, and even 2.53 times more likely to have poor sleep quality after surgery.^(10,11) In addition, postoperative sleep deprivation decreases patients' satisfaction. Accordingly, controlling preoperative stress and anxiety is a critical factor in improving postoperative sleep quality.⁽¹²⁾

The ERAS protocol requires the patient to be informed in the preoperative period. The patient will experience less anxiety by taking an active role in care.^(13,14) When information is provided in written, visual or short videos, it is thought to be more effective on surgical anxiety.⁽¹⁵⁾ In addition, in the study describing the perioperative experiences of patients, themes such as the feeling of not being treated as an individual while waiting for surgery and the benefit of having a caregiver/relative with them in the preoperative waiting area were identified.⁽¹⁶⁾ It also shows that most of them feel lonely in the pre-operative phase and that emotional support is very important.⁽¹⁷⁾ Patients complain about the preoperative waiting environment and lack of information and ask for extra calming agents.⁽¹⁸⁾ Since all these will affect the patient's anxiety, stress, sleep and satisfaction levels, supportive practices are necessary. More research is needed to address the effective use of non-drug therapies in the preoperative period.⁽¹²⁾ In this context, easy-to-use, inexpensive, effective, non-pharmacologic and technological virtual reality applications come to the fore.

Virtual reality (VR) enables people to experience the sensation of entering a virtual and digital world by producing interactive three-dimensional sensory experiences such as sight, touch and hearing.⁽¹⁹⁾ It is a state of exposure that allows the individual to feel the virtual environment as real.⁽²⁰⁾ Although the foundations of virtual reality technologies date back to the 1960s, they have entered daily use with the significant developments in technology in recent years. It has become popular and widespread with various applications ranging from entertainment to education, health to defense.^(21,22) VR technology is a feasible and acceptable intervention method that plays an important role in alleviating health problems.⁽¹⁹⁾ It shows that patients move away from the hospital environment by experiencing a strong sense of being there.⁽²³⁾ With VR applications, patients reported lower anxiety and fear, better procedure understanding, and high satisfaction.^(5,23) In addition, there are almost no studies in the literature involving VR family interviewing. Well-designed studies are needed to evaluate a new intervention that supports the clinical field. In this direction, this study is important as it is the first study that includes VR patient education and VR family interview intervention in the operating room together and it forms the basis for future studies.

Aim

The study aims to determine the effect of patient education and in the operating room family interview practices using virtual reality glasses on patient outcomes related to stress, anxiety and information need, sleep quality and satisfaction with the preparation for surgery in cholecystectomy patients.

Hypotheses

The research hypotheses are as follows:

H1: There is a significant difference in the levels of stress, anxiety, and information need between patients who received virtual reality patient education in the ward before cholecystectomy surgery and those who did not.

H2: There is a significant difference in stress and anxiety levels between patients who did and did not have a virtual reality video family interview in the preoperative waiting area before cholecystectomy surgery.

H3: There is a significant difference in the levels of stress, anxiety and sleep quality at discharge in the groups that received different virtual reality interventions.

H4: Patients who underwent virtual reality have a high level of satisfaction with the preparation process for surgery.

Materials and Methods

Trial Design

This study was designed as a randomized controlled experimental study. There are three groups with equal numbers of participants randomly assigned.

CONSORT(2010) and SPIRIT(2013) checklists followed to ensure comprehensive reporting throughout the study.

Study Setting

It is performed in the 20-bed general surgery service and operating room (OR) preoperative waiting room of a training and research hospital, Istanbul, Türkiye. Patients are admitted to the ward one day before surgery. Patients are hospitalized one day before the operation. After the operation is completed, they return to the ward and are discharged the next day.

Eligibility Criteria

Inclusion criteria were that the patient was 18 years of age or older, planned to elective laparoscopic cholecystectomy, had no visual, hearing or communication problems, accepted voluntary participation in the study, had a smartphone and internet connection, and had a stress intensity higher than 3 points (between 1-10 points). Exclusion criteria were that the patient had complaints of dizziness, psychiatric disorders, persistent sleep problems, and any allergy to the eyeglass material. Exclusion criteria included patients leaving the study voluntarily, interrupting the family video call with VR, feeling uncomfortable during VR, and incomplete and/or incorrect completion of the data collection forms.

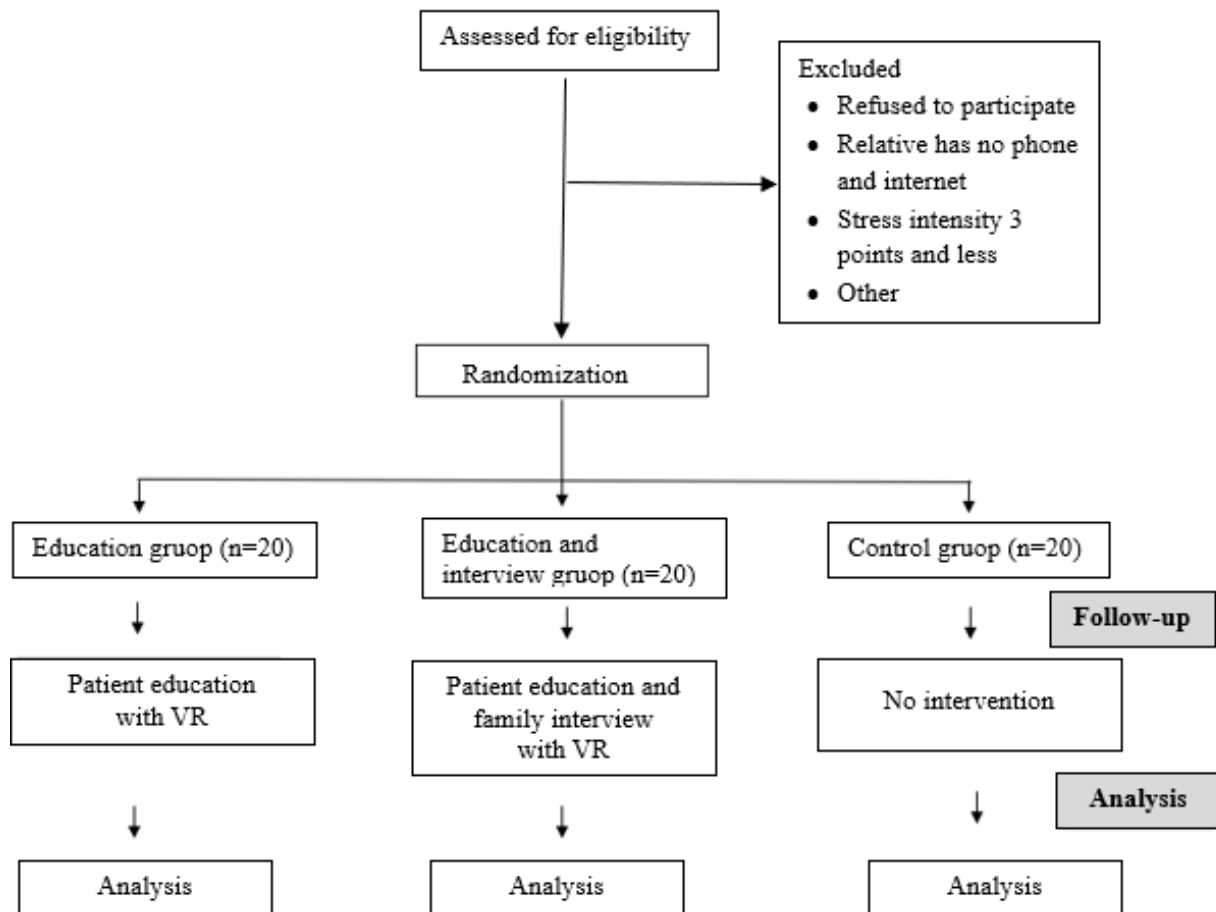


Figure 1. Study Flowchart According to CONSORT.

Interventions

Patients are sorted according to the time of hospitalization. They are assigned to education, education and interview, and control groups according to the randomization list. Patients are invited to the study and their informed consent is obtained. Face-to-face communication is established with each patient in the ward on the day of hospitalization, in the preoperative waiting area when they come to the operating room and in the ward on the day of discharge. After hospitalization, participants assigned to the education and, education and interview groups are shown a 5-minute animated training video with visual and auditory elements in the patient room using virtual reality glasses. In addition, participants in the education and interview group are provided with a 5-minute video family interview with virtual reality glasses in the preoperative waiting area of the OR. The service routine continues for the control group and no intervention is made (Figure 1).

The content of the training video includes the concept of cholecystectomy, the reasons for removal of the gallbladder, how laparoscopic cholecystectomy is performed, the advantages of laparoscopic surgery compared to open surgery, the preoperative and day of surgery

preparation process, the conditions to be followed after surgery, the importance of nutrition and fluid intake, defecation, the importance of early mobilization and discharge.^(1,4,24-29)

The virtual family interview is conducted using Oculus Quest 2(Meta Technologies LLC, USA) virtual reality glasses. The interview starts through the meeting link shared with the patient's relatives, and the BigScreen computer application provides VR glasses and computer connection. Patients have a video call with their family in a 360° designed home environment.

Outcomes

The primary outcomes are stress, anxiety, sleep quality and satisfaction with the preparation for surgery. Secondary outcomes are level of information needs and virtual reality assessment.

Tablo 1. Participant Timeline

Time Instruments	Hospitalization/ admission	After admission or education	Preoperative waiting area	Before going to surgery	Before discharge
Informed consent form	X-Y-Z				
Descriptive information form	X-Y-Z				
Visual analog scale for stress	X-Y-Z	X-Y-Z	X-Y-Z	X-Y-Z	X-Y-Z
APAIS	X-Y-Z	X-Y-Z	X-Y-Z	X-Y-Z	X-Y-Z
RCSS	X-Y-Z				X-Y-Z
Visual analog scale for satisfaction					X-Y-Z
Virtual reality assessment form					X-Y

Groups; Education: X, Education and Interview: Y, Control: Z

Participant Timeline

The use of virtual reality glasses is explained to the intervention groups. Contact information of the relatives of the patients who will have a VR family interview is obtained. Relatives are contacted and informed about participation in the virtual reality video family interview. During the research process, participants are evaluated with the following measurements (Table 1):

1. Groups, in the ward on the day of hospitalization;
 - a. Descriptive information form, visual analog scale (VAS) for stress, APAIS and RCSS
 - b. Education and, education and interview groups watch VR education video and the control is not intervened.
 - c. After 30 minutes⁽³⁰⁾, the VAS for stress and APAIS
2. When the OR is taken to the preoperative waiting area;

- a. VAS for stress and APAIS
 - b. Conducts a 5-minute⁽³¹⁾ VR family interview for the education and interview group. The education and control groups are not intervened.
 - c. At the end of the waiting period, the VAS for stress and APAIS
3. Pre-discharge in the ward;
- a. VAS for stress, APAIS, RCSS and VAS for satisfaction
 - b. VR assessment form in addition to the intervention groups.

Sample Size

The sample size in the study was calculated with G*Power(v3.1.9.7) power analysis program. Based on the preoperative post-test mean anxiety scores(VR distraction: 34.97 ± 11.37 ; VR training: 32.61 ± 9.88 Control: 55.21 ± 20.01)⁽³⁰⁾, it was determined that the effect size $d=0.71$ in the calculation made with three groups to obtain 95.00% power at $\alpha=0.05$ level and at least 12 patients in each group and 36 patients in total should be included in the study. Considering the possible losses, it was decided to include a total of 60 patients, 20 patients in each group.

Recruitment and Allocation

In the study, a randomization list prepared with a random sequence generator(www.random.org) will be used to determine the groups in which patients will be included. Patients are sorted according to the time of hospitalization and the randomization list is used to determine which group they are in.

Blinding

Due to the nature of the application method to be used, the researcher and patients will not be blinded. The statistician will be blinded in the analysis of the study.

Data Collection

Data collection started in January 2025. The researcher continues to collect data.

Instruments

In the study, data will be collected with an descriptive information form, VAS for stress, APAIS, RCSS, VAS for satisfaction and VR assessment form. Oculus Quest 2 VR glasses will be used as a virtual reality application tool in the study.

Descriptive information form

The descriptive information form was created by reviewing the literature^(23,32-34) consists of two parts. In the first part, there are four questions about individual characteristics including age, gender, educational status and marital status, and in the second part, there are 11 questions about the presence of chronic diseases, hospitalization, anesthesia and surgery experience, sleep

problems and medication use, number of surgeries, change of surgery day, discomfort, cholecystectomy knowledge, and a total of 15 questions.

Visual analog scale (VAS) for stress

It is a scale ranging from 0-not at all stressed to 10-very stressed on a 10 cm ruler to assess the stress intensity of the patients. As the scale goes from 0 to 10, the stress level increases. This scale is a valid and reliable tool for measuring stress level.^(35,36)

Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)

The APAIS was developed by Moerman et al.(1996) and adapted into Turkish by Çetinkaya et al.(2019).^(37,38) The scale, which was developed to assess preoperative anxiety and information needs of adult patients, consists of 2 subscales and 6 items. There are 4 items representing the fear of anesthesia and surgical procedure in the anxiety subscale and 2 items in the information need subscale. The scale is a 5-point Likert scale and is scored from 1-“Not at all” to 5-“Extremely”. The score ranges of the anxiety subscale and information need subscale are 4-20 and 2-10, respectively. Total scale score is min. 6 and max. 30. High scores are associated with high anxiety level and need for information. There are no reverse items in the scales. In the original version, the Cronbach's alpha coefficient of the anxiety scale was 0.86 and the information need scale was 0.72. In the Turkish version, the scale showed a high level of validity and reliability with anxiety $\alpha=0.89$, information need $\alpha=0.78$ and total $\alpha=0.87$.

Richard-Campbell sleep scale (RCSS)

The RCSS was developed by Richards(1987) and adapted into Turkish by Karaman Özlü and Özer(2015). This scale consists of six items. Each item is answered on a scale from 0 to 100. A score between “0-25” indicates very poor sleep and a score between “76-100” indicates very good sleep. The item evaluating the noise level in the environment is not included in the total score calculation and is calculated over five items. As the score obtained from the scale increases, sleep quality also increases. While the Cronbach's α value of the original scale was 0.82, the Turkish version was 0.91.⁽³⁹⁾

Virtual reality assessment form

This form consists of six questions about the features related to the VR application, including past VR experience, comfort of using VR glasses, feeling discomfort in the application, wanting to use the VR application again, recommending the VR application to others, and thoughts about the VR application experience.^(23,32-34)

Visual analog scale for satisfaction

It is a scale ranging from 0-not at all satisfied to 10-very satisfied on a 10 cm ruler to assess patients' satisfaction with the preparation for surgery.^(36,40) As the scale goes from 0 to 10, the satisfaction level increases. The individual determines his/her satisfaction level by considering all the components of the preparation for surgery in the hospital and marks the corresponding score on the line. This scale is a valid and reliable tool for measuring satisfaction level.

Data Management

The principal researcher will ensure that all data are coded and entered into the statistical analysis program accurately and completely. Informed consent forms and the original printed versions of the data collection tools will be kept confidential and stored by the researchers. Researchers will have access to the data.

Statistical Methods

IBM Statistical Package for Social Science (SPSS, version 22) statistical software will be used for statistical analyses. While evaluating the study data, descriptive statistical methods(mean, standard deviation, frequency), Student T test and ANOVA test will be used for the comparison of quantitative data in parameters with normal distribution. Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test will be used in comparisons of non-normally distributed parameters. Dependent T test, Paired Sample T test and Wilcoxon Signed Rank test will be used for intra-group comparisons. Correlation analyses will be used to examine the relationships between the parameters. Cronbach's alpha coefficient will be calculated for scale reliability. Significance will be evaluated at $p < 0.05$ level.

Data Monitoring

For the applicability of the data collection process, comprehensibility and usability of the forms, a total of six patients, two from the education group, two from the education and interview group and two from the control group, will be included in the pilot study. These patients will not be included in the trial. All data to be obtained during the study will be monitored.

Harms

Unintended and unexpected effects reported or observed by participants will be recorded. Relevance to intervention applied will be monitored by the researchers.

Auditing

Each stage of the trial will be supervised by the researchers. Participants' adaptation with the research will be ensured. Oculus Quest 2 (Meta Technologies LLC, USA) virtual reality glasses and computer were provided by the principal researcher. Experts in the field were consulted for the transformation of educational information into a video form with visual and auditory elements in animation style.

Ethics

The study was approved by Marmara University Faculty of Medicine, Pharmaceutical and Non-Medical Device Research Ethics Committee (date: 14.06.2024, decision no: 09.2024.646). Research permission was obtained from the Istanbul Provincial Health Directorate (date: 13.11.2024, decision no: 2024/17). Written informed consent was obtained from the participants who voluntarily agreed to participate in the research. In this trial, permission for the use of the APAIS and RCSS were obtained from the authors who adapted it into Turkish. During the study, the principles of the Declaration of Helsinki and the Good Clinical Practice Guidelines were followed. This trial registration was established at ClinicalTrials.gov (NCT06634615).

Dissemination Policy

Research results will be disseminated through presentations at national or international academic congresses/symposia and/or publications in international refereed scientific journals.

Discussion

Surgical procedures are frightening medical procedures for patients, accompanied by physical and psychological elements, uncertainty and unknown. Anxiety and stress are the most common factors and negatively affect sleep status in the postop period, which reduces the quality of life and comfort of patients.^(4,9) It also causes postoperative complications, prolonged recovery and hospitalization, loss of labor and increased workload of healthcare professionals.^(6,41) Keeping these at a moderate level is one of the goals of primary periop nursing care and supportive practices are needed in the preoperative period.⁽⁴²⁾ Patient education with virtual reality glasses, one of the interventions to be implemented in this study, will enable the patient to understand and apply the process more easily in the preoperative period with animated video. The other intervention of the study, family interview with virtual reality glasses, will enable the patient to feel safe in the preop waiting area of the OR thanks to family communication and to find himself in a different area and experience by moving away from his environment. It is thought that all of these will reduce the level of anxiety and stress experienced

by the patient in the preoperative process, improve sleep quality and ensure satisfaction with the preparation process for surgery. It will also provide a different example of providing education and family togetherness, which are among the basic roles and responsibilities of health professionals. The inclusion of technological developments in clinical practice may contribute to non-pharmacologic applications and future scientific studies.

Results and Recommendations

This study will evaluate the effect of patient education and family interview with virtual reality glasses on patient outcomes in preparation for laparoscopic cholecystectomy surgery. It will make valuable contributions to the literature by providing patient follow-up in different environments such as the ward and operating room and in both preoperative and postoperative processes.

Limitation

The limitations of the study include the necessity of internet connection in VR family interview and the fact that the data collection forms were based on patients' self-reports.

Conflict of Interests

The authors report no conflicts of interest.

Source of Institutional and Financial Support

No institutional or financial support was received.

Author Contributions

Concept (ÇİM,YE), Study Design (ÇİM,YE), Auditing/Consultancy (YE), Data Collection (ÇİM), Data Analysis and Interpretation (ÇİM), Literature Review (ÇİM), Manuscript Writing (ÇİM), Final Review Before Submission (ÇİM,YE).

Acknowledgments

The researchers thank the patients who participated in the study.

References

1. Urcanoglu OB, Yildiz T. Effects of gum chewing on early postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy surgery: A randomized controlled trial. *Indian J Surg.* 2021;83:1203-1209. doi: 10.1007/s12262-020-02628-7
2. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2024, Haziran). Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar surveyans ağı (USHİESA) özet raporu 2023. T.C. Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. Erişim Tarihi: 15.09.2024 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Raporlar/USHIESA_OZET_RAPOR_2023_03.07.2024.pdf
3. Bedaso A, Mekonnen N, Duko B. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2022;12: e058187. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058187
4. Acar K, Aygin D. Efficacy of guided imagery for postoperative symptoms, sleep quality, anxiety, and satisfaction regarding nursing care: A randomized controlled study. *J Perianesth Nurs.* 2019;34(6):1241-1249. doi: 10.1016/j.jopan.2019.05.006
5. Yu Y, Zhou X, Zeng G, Hou Y. Impact of virtual operating room tours on relieving perioperative anxiety in adult patients: A systematic review. *J Perianesth Nurs.* 2023;38(4):657-663. doi: 10.1016/j.jopan.2022.11.013
6. Yu J, Lin X, Chen H. Study on the application effect of fast track surgery care combined with continuous care after discharge in patients with laparoscopic cholecystectomy. *Frontiers in Surgery.* 2022;9:848234. doi: 10.3389/fsurg.2022.848234
7. Chen YK, Soens MA, Kovacheva VP. Less stress, better success: A scoping review on the effects of anxiety on anesthetic and analgesic consumption. *J Anesth.* 2022;36(4):532-553. doi: 10.1007/s00540-022-03081-4
8. Kashif M, Hamid M, Raza A. Influence of preoperative anxiety level on postoperative pain after cardiac surgery. *Cureus.* 2022;14(2):e22170. doi: 10.7759/cureus.22170
9. Li XR, Zhang WH, Williams JP, Li T, Yuan JH, Du Y, et al. A multicenter survey of perioperative anxiety in china: Pre- and postoperative associations. *J Psychosom Res.* 2021;147:110528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110528
10. Gu X, Zhang Y, Wei W, Zhu J. Effects of preoperative anxiety on postoperative outcomes and sleep quality in patients undergoing laparoscopic gynecological surgery. *J Clin Med.* 2023;12(5):1835. doi: 10.3390/jcm12051835
11. Tegegne SS, Alemnew EF. Postoperative poor sleep quality and its associated factors among adult patients: A multicenter cross-sectional study. *Ann Med Surg.* 2022;74:103273. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103273
12. Ni K, Zhu J, Ma Z. Preoperative anxiety and postoperative adverse events: A narrative overview. *Anesthesiol Perioper Sci.* 2023;1(23):1-8. doi: 10.1007/s44254-023-00019-1
13. ERAS Türkiye Derneği. (2024, Ocak). ERAS protokollerinin temel öğeleri. ERAS Türkiye. Erişim Tarihi:02.05.2024 Erişim Adresi: <https://eras.org.tr/>
14. Birlikbaş S, Bölükbaş N. ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi.* 2019;2(3):194-205. Erişim Adresi : <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/914060>
15. Arslanoğlu A, Ulutaş P, Durmayüksel E. Laparoskopik kolesistektomilerde preoperatif bilgilendirmenin cerrahi kaygı ve postoperatif ağrı üzerine etkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2023;3(3):416-425. doi: 10.56061/fbujohs.1191383

16. Costa MJ. The lived peri-operative experience of ambulatory surgery patients. *AORN Journal*. 2021;76:874-881. doi: 10.1016/s0001-2092(06)61505-6
17. Gilmartin J, Wright K. Day surgery: Patients' felt abandoned during the preoperative wait. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2418-2425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x
18. Dziadzko M, Mazard T, Bonhomme M, Raffin M, Pradat P, Forcione JM, et al. Preoperative anxiety in the surgical transfer and waiting area: A cross-sectional mixed method study. *J Clin Med*. 2022;11(9):2668. doi: 10.3390/jcm11092668
19. Zou J, Chen Q, Wang J, Gu M, Jiang X, Mao M. Effects of virtual reality for psychological health of ICU patients: A study protocol for systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2023;13(7):e073660. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073660
20. Çevik Aktura S, Çıtlık Sarıtaş S, Sarıtaş S. Ağrı ve anksiyete yönetiminde sanal gerçeklik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;7(2):301-312. doi: 10.47115/jsbs.1100557
21. Çelikan U. Eğitimde ve tıpta sanal gerçeklik uygulamaları: Geçmişten geleceğe uzanan bir inceleme. *Dicle University Journal of Engineering*. 2022;13(2):235-251. doi: 10.24012/dumf.1097748
22. Öztürk EO, Sondaş A. Sanal sağlık: Sağlıkta sanal gerçekliğe genel bakış. *Kocaeli Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*. 2020;3(2):164-169. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1217212>
23. Flores A, Hoffman HG, Navarro-Haro MV, Garcia-Palacios A, Atzori B, Le May S, et al. Using immersive virtual reality distraction to reduce fear and anxiety before surgery. *Healthcare*. 2023;11(19):2697. doi: /10.3390/healthcare11192697
24. Aksoy G, Kanan N. Metabolik ve endokrin sistemin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, editors. *Cerrahi hemşireliği II*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2017. p.280-294.
25. Akgün M. Laparoskopik cerrahide hasta hazırlığı ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011;8(2):11-17. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_8_2_11_17.pdf
26. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations: 2018. *World J Surg*. 2019;43(3):659-695. doi: 10.1007/s00268-018-4844-y
27. Hayashi K, Tsunoda A, Shiraishi A, Kusanagi H. Quantification of the effects of coffee on postoperative ileus after laparoscopic ventral rectopexy: A randomized controlled trial. *European Surgery*. 2019;51(6):325-332. doi: 10.1007/s10353-019-0605-x
28. Irmak B, Bulut H. Abdominal cerrahi sonrasında bağırsak fonksiyonlarını artırmada farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı: Kanıtlar ne diyor? *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;14:336-350. doi: 10.38079/igusabder.957817
29. Sürme Y. Gününbirlik laparoskopik kolesistektomide bakım. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;29(3):217-221. doi: 10.34108/eujhs.714573
30. Abbasnia F, Aghebati N, Miri HH, Etezaadpour, M. (2023). Effects of patient education and distraction approaches using virtual reality on pre-operative anxiety and post-operative pain in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Pain Management Nursing*. 2023;24(3):280-288. doi: 10.1016/j.pmn.2022.12.006
31. Amiri A, Jalali R, Salari N. The effect of using virtual reality technology on anxiety and vital signs before surgery in patients undergoing open heart surgery. *Perioperative Medicine*. 2023;12:62. doi: 10.1186/s13741-023-00354-8
32. He M, Li X, Zhang T, Jin X, Hu C. The fifth generation mobile communication technology plus virtual reality system for intensive care unit visits during covid-19

- pandemic: Keep the delirium away. *J Nurs Manag.* 2022; 30(8):3885-3887. doi: 10.1111/jonm.13450
33. Chiu PL, Li H, Yap KY, Lam KC, Yip PR, Wong CL. Virtual reality-based intervention to reduce preoperative anxiety in adults undergoing elective surgery: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2023;6(10):e2340588. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.40588
34. Baytar AD, Bolcuoglu K. Effect of virtual reality on preoperative anxiety in patients undergoing septorhinoplasty. *Braz J Anesthesiol.* 2023;73(2),159-164. doi: 10.1016/j.bjane.2021.08.014
35. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal.* 2007;85(3):589-604. doi: 10.1016/S0001-2092(07)60130-6
36. Yılmaz Koçak M, Kaya H. Kan alma işlemi sırasında uygulanan dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin ağrı, anksiyete ve memnuniyet üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi.* 2022;36(2):84-91. Erişim Adresi: http://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_1608.pdf
37. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg.* 1996;82(3):445-451. doi: 10.1097/00000539-199603000-00002
38. Çetinkaya F, Kavuran E, Ünal Aslan KS. Validity and reliability of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale in the Turkish population. *Turk J Med Sci.* 2019;9(1):178-183. doi: 10.3906/sag-1806-84
39. Karaman Özlü Z, Özer N. Richard-Campbell Uyku Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi.* 2015;2:29-32. doi: 10.4274/jtsm.02.008
40. Voutilainen A, Pitkääho T, Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K. How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale. *J Adv Nurs.* 2016;72(4):946-957. doi: 10.1111/jan.12875
41. Xu Y, Wang H, Yang M. Preoperative nursing visit reduces preoperative anxiety and postoperative complications in patients with laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial protocol. *Medicine (United States).* 2020;99(38):E22314. doi: 10.1097/MD.00000000000022314
42. Altun Ugras G, Kanat C, Yaman Z, Yilmaz M, Turkmenoglu MO. The effects of virtual reality on preoperative anxiety in patients undergoing colorectal and abdominal wall surgery: A randomized controlled trial. *J Perianesth Nurs.* 2023;38(2):277-283. doi: 10.1016/j.jopan.2022.07.005



Geliş Tarihi (Received): 24.06.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 30.08.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerinin ve Başa Çıkma Tutumlarının Belirlenmesi

Determination of Depression, Anxiety, Stress Levels and Coping Attitudes of Relatives of Patients in the Intensive Care Unit

Hüsna CEYLAN¹



Adeviye AYDIN²



¹ Hemşire, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya, Türkiye

² Doç. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Adeviye Aydın, adeviye86@gmail.com

Alıntı(Cite): Ceylan H & Aydın A. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerinin ve Başa Çıkma Tutumlarının Belirlenmesi. YBH dergisi. 2025 (3): 60-75

Özet

Amaç: Bu araştırma yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Türkiye’de bir üniversite hastanesinde yoğun bakımda yakını olan bireylerle gerçekleştirilmiştir. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 217 hasta yakınına ulaşılmıştır. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Depresyon, Anksiyete, Stres (DASS-21) Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Hasta yakınlarının depresyon puan ortalamalarının 12.13 ± 2.90 , stres puan ortalamalarının 9.94 ± 2.69 ve anksiyete puan ortalamalarının ise 7.60 ± 3.46 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların başa çıkma toplam puanı 77.62 ± 7.83 ’tür. Bekar hasta yakınlarının ve yakınlık derecesine göre eşlerin anksiyete puanının, hastayla birlikte yaşayan hasta yakınlarının sakınma-kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Depresyon puanı arttıkça kendine ceza, sakınma-kaçınma ve başa çıkma tutumları puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Hasta yakınlarının ruhsal semptomlarının artması, başa çıkma tutumlarını da etkilediği görülmektedir. Bu nedenle yoğun bakım sürecinde hasta yakınlarının ruhsal yönden değerlendirilmesi müdahale yöntemlerinin uygulanması başa çıkmada etkili yöntemler belirlemeleri açısından gereklidir.

Anahtar kelimeler: Yoğun bakım; hasta yakını; depresyon, anksiyete; stres; başa çıkma.

Abstract

Aim: This study aimed to determine the depression, anxiety and stress levels and coping attitudes of the relatives of patients hospitalized in the intensive care unit.

Methods: The study was conducted in a university hospital in Türkiye with individuals with relatives in intensive care unit. 217 patient relatives who met the inclusion criteria were contacted. The data were collected the Introductory Information Form, Depression, Anxiety, Stress (DASS-21) Scale and Coping Attitudes Scale. Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman correlation analysis were used to analyze the data.

Results: It was determined that the mean depression score of the patient relatives was 12.13 ± 2.90 , the mean stress score was 9.94 ± 2.69 , and the mean anxiety score was 7.60 ± 3.46 . The total coping score of the participants was 77.62 ± 7.83 . It was found that single patient relatives and spouses had higher anxiety scores and relatives living with the patient had higher avoidance-avoidance scores. As depression score increased, self-punishment, avoidance-avoidance and coping attitudes scores increased.

Conclusion: It was determined that the increase in mental symptoms of patients' relatives also affected their coping attitudes. Therefore, mental evaluation of the relatives of patients in the intensive care process, is necessary in terms of determining effective coping methods.

Key Words: Intensive care; patient relatives; depression; anxiety; stress; coping.

Giriş

Yoğun bakım ünitelerinde hastalar kadar hastaların yakınları için de süreç yıpratıcı olarak değerlendirilmekte ve yakınların psikososyal destek gereksinimleri bu dönemde artmaktadır.⁽¹⁾ Hasta yakınlarının bu süreçte bütüncül yönden değerlendirilmesi, psikososyal tepkilerin anlaşılması, gereksinimlerinin ve etkili müdahale yöntemlerinin belirlenmesi için gerekmektedir.⁽²⁾ Yoğun bakım ünitelerine hastaların beklenmedik bir şekilde alınması ya da bu birimlerde hastaların sağlıklarındaki ani değişimler aile üyelerinin çeşitli duygular yaşamasına neden olabilmektedir.⁽³⁾ Yoğun bakımda hastası bulunan bireylerde sıklıkla öfke, korku, çaresizlik, yalnızlık, umutsuzluk, kaygı ve endişe gibi farklı duygular ve çeşitli ruhsal semptomlar deneyimlenebilmektedir.^(4,5)

Yoğun bakım yatışlarında ailenin de etkilenim düzeyini ortaya koymak için sürecin hasta yakınları üzerindeki psikolojik yönleri dikkate alınması gerekmektedir.⁽⁶⁾ Literatür incelemesinde hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Souza ve arkadaşlarının⁽⁷⁾ çalışmasında hasta yakınlarının depresyon oranının %43.50 Midega ve arkadaşlarının⁽⁸⁾ çalışmasında ise anksiyete düzeylerinin %60.00 ve depresyon oranının %54.30 olduğu belirlenmiştir. Barth ve arkadaşları⁽⁹⁾ hasta yakınlarının karşılaştığı stresörler üzerine gerçekleştirdiği çalışmada ise hasta yakınları en çok stres oluşturan durumun yakınlarının komada olmasından dolayı onlarla konuşamamak olduğu belirlenmiştir. Benzer biçimde Matt ve arkadaşlarının çalışmasında⁽⁵⁾ ise en çok stres oluşturan durumun çaresizlik ve belirsizlik duyguları olduğu saptanmıştır. Bu noktada hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine izin verilmeli, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda gerekli eğitimler planlanmalı, tüm bunların hasta birey ve yakınına merkeze alacak şekilde bütüncül olarak ve terapötik iletişim teknikleri kullanılarak yapılması gerekmektedir. ^(5, 10-12)

Yoğun bakıma yatış süreci beklenmedik ve belirsizlik içeren bir süreç olduğundan dolayı bu durum hasta yakınlarının stres mekanizmasını da harekete geçirmektedir. Bu stresli durum benzer fizyolojik tepkiler ortaya çıkarsa da her birey bu süreci farklı psikolojik tepkilerle yaşamaktadır. Hasta yakınları yaşamış oldukları üzüntü, öfke, korku, güçsüzlük, çaresizlik, yalnızlık ve umutsuzluk^(13,14) gibi duyguları uzaklaştırmaya çabalamaları ve buna yönelik davranışlar geliştirmelerinde baş etme yöntemlerini kullanmaktadırlar.⁽¹⁵⁾ Rahnama ve arkadaşları⁽¹⁶⁾ hasta yakınlarının duygularını paylaşma ve yaşamış olduğu süreci kabul etme gibi duygu odaklı baş etme stratejilerini daha yaygın kullandıklarını belirtmişlerdir. Yoğun bakım sürecinin sessiz tanıklarından olan ve ruhsal yönden etkilenen hasta yakınlarının bakımın sürekliliği açısından hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve baş etme tarzlarının incelenmesi sorunların tespit edilmesi ve çözümlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada araştırmacılar verilen sorulara yanıt aramıştır: Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri nedir? Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının başa çıkma tutumları nasıldır? Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres puanları ve başa çıkma tutumları arasında ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’de bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarının yakınları oluşturmaktadır. Araştırma öncesinde G*Power 3.1,9.7 programında Olabisi ve arkadaşları⁽¹⁷⁾ çalışmasındaki değerler dikkate alınarak gerçekleştirilen örneklem hesaplamasında 0.56 etki gücü 0.99 güven aralığı ile $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi değerlendirildiğinde çalışmaya 183 bireyin katılımı hesaplanmış kayıplarda dikkate alınarak 217 hasta yakınına ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, yoğun bakım ünitesinde en az 48 saat yatan hastası olan, 18 yaş üstü olan ve birinci derece hasta yakını olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Yabancı uyruklu ve dil sorunu olan, duyma, görme, anlama, algılama ve iletişim sorunu olan, zihinsel engeli bulunan, psikiyatrik hastalık tanısı olan ve birinci derece hasta yakını olmayanlar araştırmanın dışlanma kriterleri olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan hasta yakınlarına yüz yüze ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASS-21) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği COPE-R” kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form hasta ve hasta yakınına ait bilgilerin bulunduğu literatür doğrultusunda hazırlanmış^(17,18,19) olup iki bölümü bulunmakta ve toplam 22 sorudan oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik bilgilerden, diğer bölüm ise hasta yakının ruhsal ifadelerinden oluşmaktadır.

Depresyon-Anksiyete-Stres (DASS-21) Ölçeği: Bireylerin ruhsal durumlarını ölçmek için sıklıkla kullanılan ölçüm aracı Lovibond ve Lovibond⁽²⁰⁾ tarafından geliştirilmiştir. İlk oluşturulduğunda 42 maddeden oluşan bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Sarıçam⁽¹⁸⁾ tarafından yapılmış ve madde sayısı 21 olarak güncellenmiştir. Ölçek 4 ‘lü likert tipinde “Hiçbir zaman (0)”, “Bazen ve arasıra (1)”, “Oldukça sık (2)”, ve “Her zaman (3)” şeklinde

derecelendirme sağlamaktadır. Ölçeğin puanlamasında depresyon puanı için (normal:0-4; hafif: 5-6; orta: 7-10; ileri: 11-13; çok ileri: 14 ve üzeri), anksiyete puanı için (normal:0-3; hafif: 4-5; orta: 6-7; ileri: 8-9; çok ileri: 10 ve üzeri), stres puanı için (normal:0-7; hafif: 8-9; orta: 10-12; ileri: 13-16; çok ileri: 17 ve üzeri) değerlendirme sağlanmaktadır. Uyarlama çalışmasının Cronbach alfa katsayıları depresyon alt ölçeği için 0,85, anksiyete alt ölçeği için 0,80 ve stres alt ölçeği için 0,77 olarak bulunmuştur. ⁽²¹⁾ Bu çalışmanın Cronbach alfa katsayısı geneli için 0,82 olarak bulunmuştur.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R): Ölçek Carver, Scheier ve Weintraub ⁽²²⁾ tarafından geliştirilmiştir. Geliştirildiğinde 15 alt boyut 60 maddeden oluşmaktadır. Zuckerman ve Gagne ⁽²³⁾ tarafından ölçek yenilenmiş ve 40 maddeye indirilmiştir. Kendine yardım, yaklaşım, uyum sağlama, sakınma-kaçınma ve kendine cezadan oluşan beş alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 128, en düşük puan 40'tır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını Dicle ve Ersanlı ⁽²⁴⁾ tarafından yapılmıştır. Ölçek "Asla Böyle Yapmam" (1), "Çok Az Böyle Yaparım" (2), "Böyle Yaparım" (3), "Çoğunlukla Böyle Yaparım" (4) değerlendirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Türkçe uyarlama çalışmasında 32 madde ve 5 alt boyut bulunmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde yer almamaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça bireylerin başa çıkma tutumları da artmaktadır. Türkçe uyarlama çalışmasının Cronbach alfa katsayısı 0.98 olduğu belirlenmiştir. ⁽²⁴⁾ Bu çalışmanın Cronbach alfa katsayısı geneli için 0,67 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma bir üniversite hastanesinde yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yakınlarıyla bu ünitelerin bekleme salonlarında yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler veri toplama formunu yaklaşık 15 dakikada doldurmuştur. Veriler Mayıs 2024-Şubat-2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Science) programında yapılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, minimum-maksimum değerlerinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kurtosis, skewness değerleri incelenmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Sonuçları test etmek için $p < 0.05$ anlamlılık değeri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan gereken etik onam alınmıştır (Karar No: 2024/686, Tarih: 06.03.2024). Etik onay alındıktan sonra X Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden gerekli izin alınmıştır. Katılımcı bireylere araştırma ile ilgili bilgi verilerek aydınlatılmış onam formu ile onam alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada yoğun bakımda yatışı olan hastaların yaş ortalaması $53,92 \pm 14,2$ ve yoğun bakımda kalma süresi $3,93 \pm 2,09$ gündür (min:2 gün, mak:14 gün). Yoğun bakımda yatmakta olan hastaların %64,1'i erkek olup %99,5'inin sosyal güvencesi ve %94,9'unun düzenli geliri bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalaması $45,81 \pm 13,98$ 'dir. Hasta yakınlarının %66,8'i kadın, %85,7'si evli, %35'i lise mezunu, %48,4'ü halen çalışmakta, %46,5'i hastanın eşi olduğu ve %64,1'i hasta ile yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %53,5'inin daha önce başka bir yakını yoğun bakımda yatışının olduğu, %94,9'unun hastayı yoğun bakımda her ziyaret saatinde ziyaret ettiği, %91,7'sinin ziyaretçi saatlerini yeterli bulmadığı, %97,2'sinin hasta bakımına katılım göstermediği, %96,8'inin hasta ile ilgili bilgi aldığı ve %73,3'ünün bu bilgiyi hekimden aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Verileri (n=217)

Değişkenler	n	%
Hastanın yaşı	$53,92 \pm 14,24$ Min-Mak. (21-84)	
Hasta yakını yaşı	$45,81 \pm 13,98$ Min-Mak. (18-76)	
Hasta yoğun bakımda kalma süresi (gün)	$3,93 \pm 2,09$ Min-Mak. (2-14 gün)	
Hasta cinsiyeti		
Erkek	139	64.1
Kadın	78	35.9
Hastanın sosyal güvencesinin varlığı		
Evet	216	99.5
Hayır	1	0.5
Hastanın düzenli gelirinin bulunma durumu		
Evet	206	94.9
Hayır	11	5.1
Hasta yakını cinsiyet		
Erkek	72	33.2
Kadın	145	66.8
Hasta yakını medeni durum		
Bekar	31	14.3
Evli	186	85.7

Tablo 1. (devamı...)

Hasta yakını eğitim durumu		
Okuryazar-İlkokul mezunu	30	13.9
Ortaokul mezunu	69	31.8
Lise mezunu	76	35.0
Önlisans mezunu	21	9.7
Lisans mezunu- Lisans üstü mezun	21	9.7
Hasta yakını çalışma durumu		
Evet	105	48.4
Hayır	112	51.6
Hasta yakınlık derecesi		
Anne, baba, kardeş	25	11.5
Eş	101	46.5
Çocukları	91	42.0
Hasta ile birlikte yaşama durumu		
Evet	139	64.1
Hayır	78	35.9
Değişkenler	n	%
Daha önce başka bir yakını yoğun bakımda Yatış durumu		
Evet	116	53.5
Hayır	101	46.5
Hastayı yoğun bakımda ziyaret etme sıklığı		
Her ziyaret saatinde	206	94.9
Haftada1-2	5	2.3
Arasıra	6	2.8
Ziyaretçi saatlerinin yeterlilik durumu		
Evet	18	8.3
Hayır	199	91.7
Hasta bakımına katılma durumu		
Evet	6	2.8
Hayır	211	97.2
Hasta ile ilgili bilgi alma durumu		
Evet	210	96.8
Hayır	7	3.2
Hasta ile ilgili bilgiyi kimden alıyor		
Hekim	159	73.3
Hemşire	57	26.3
Diğer Personel	1	0.5

Katılımcıların depresyon puan ortalamalarının $12,13 \pm 2,90$, stres puan ortalamalarının $9,94 \pm 2,69$ ve anksiyete puan ortalamalarının ise $7,60 \pm 3,46$ olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının başa çıkma toplam puanı $77,62 \pm 7,83$, kendine yardım $16,94 \pm 2,73$, yaklaşım $19,54 \pm 3,09$, uyum sağlama $18,18 \pm 2,41$, sakınma-kaçınma $9,71 \pm 2,93$ ve kendine ceza $13,25 \pm 3,52$ olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. DASS-21 ve Başa Çıkma Tutumları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alt Boyutlar	χ	SS	Ortanca	Min-Mak.
DASS-21 ölçeği	Depresyon	12.13	2.90	12	1-21
	Anksiyete	7.60	3.46	7	0-21
	Stres	9.94	2.69	10	2-21
	Kendine yardım	16.94	2.73	17	7-24
Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği	Yaklaşım	19.54	3.09	20	9-28
	Uyum sağlama	18.18	2.41	18	10-28
	Sakinma-kaçınma	9.71	2.93	9	6-20
	Kendine ceza	13.25	3.52	13	6-24
	Toplam puan	77.62	7.83	78	53-103

Hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki dağılım incelendiğinde %53.5 ileri düzey, %25.8'i ise çok ileri düzey, %37.8'i orta düzey anksiyeteye ve %41'i orta düzey strese sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri

	Depresyon		Anksiyete		Stres	
	n	%	n	%	n	%
Normal	3	1.4	8	3.7	27	12.4
Hafif	8	3.7	43	19.8	76	35.0
Orta	34	15.7	82	37.8	89	41.0
İleri	116	53.5	41	18.9	18	8.3
Çok ileri	56	25.8	43	19.8	7	3.2

Yoğun bakımdaki hastaların düzenli geliri olmayan hasta yakınlarının anksiyete ve stres puanlarının daha yüksek, başa çıkma tutumlarında ise kendine yardım ve uyum sağlama puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bekar olan hasta yakınlarının, evli olanlara göre anksiyete puan ortalaması daha yüksektir. Hasta ile yaşayan hasta yakınları ise başa çıkma tutumlarından sakınma-kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının eşlerinin anksiyete puanlarının diğer yakınlık türlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta Yakınlarının DASS-21 ve Başa Çıkma Tutumları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		DASS 21 Ölçeği			Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği					
		Depresyon	Anksiyete	Stres	Kendine Yardım	Yaklaşım	Uyum sağlama	Sakinma-Kaçınma	Kendine Ceza	Toplam Puan
		Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank
Hastanın düzenli gelir durumu	Evet	109,06	104,79	106,96	111,62	107,71	111,39	107,92	107,75	108,82
	hayır	107,91	187,82	147,14	60,00	133,14	64,27	129,18	132,45	112,41
	istatistiksel analiz	MU=1121,000 p=,952	MU=266,000 p=,000	MU=713,500 p=,036	MU=594,000 p=,007	MU=867,500 p=,186	MU=641,000 p=,014	MU=911,000 p=,270	MU=87,000 p=,201	MU=109,500 p=,853
Hasta yakını medeni durum	Evli	108,56	105,53	109,19	107,39	107,62	108,79	105,64	106,38	106,12
	Bekar	111,65	129,81	107,87	118,65	117,27	110,26	129,15	124,74	126,29
	İstatistiksel Analiz	MU=2801,000 p=,798	MU=2238,000 p=,044	MU=2848,000 p=,913	MU=2584,000 p=,351	MU=2626,500 p=,424	MU=2844,000 p=,903	MU=2258,500 p=,052	MU=239,000 p=,130	MU=234,000 p=,097
Hasta ile birlikte yaşama durumu	Evet	109,94	108,76	109,29	113,76	111,27	109,24	116,08	114,78	115,12
	hayır	107,33	109,44	108,48	100,52	104,96	108,56	96,38	98,71	98,09
	istatistiksel analiz	MU=5290,500 p=,766	MU=5387,000 p=,938	MU=5380,500 p=,926	MU=4759,500 p=,132	MU=5105,500 p=,473	MU=5387,000 p=,938	MU=4437,000 p=,025	MU=461,000 p=,069	MU=457,000 p=,055
Hastanın yakınlık derecesi	Ebeveyn,	118,92	89,54	97,30	114,62	121,84	130,20	112,68	114,48	128,68
	kardeş	107,64	100,75	106,05	114,30	111,65	103,11	110,34	109,87	109,16
	eş,	107,78	123,51	115,49	101,57	102,53	109,71	106,50	106,53	103,41
	çocukları istatistiksel analiz	KW=,723 p=,697	KW=9,192 p=,010	KW=2,114 p=,347	KW=2,240 p=,326	KW=2,233 p=,327	KW=3,824 p=,148	KW=,281 p=,869	KW=,353 p=,838	KW=3,184 p=,203

Hasta yakınlarının depresyon puanı ile başa çıkma tutumları toplam puanı ($r=,307$), sakinma-kaçınma ($r=,302$) ve kendini ceza ($r=,392$) puanları arasında pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Anksiyete puanı ile kendine yardım ($r=-,191$), yaklaşım ($r=-,170$) ve başa çıkma tutumları toplam puanı ($r=-,179$) arasında negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Stres puanı ile kendine yardım ($r=-,164$), yaklaşım ($r=-,135$) ve başa çıkma tutumları toplam puanı ($r=-,137$) arasında negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta Yakınlarının DASS-21 ve Başa Çıkma Tutumları Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	Depresyon	Anksiyete	Stres
Kendine Yardım	r=,105 p=,124	r=,191** p=,005	r=,164* p=,016
Yaklaşım	r=,074 p=,277	r=,170* p=,012	r=,135* p=,047
Uyum Sağlama	r=,039 p=,563	r=,101 p=,139	r=,074 p=,281
Sakınma-Kaçınma	r=,302** p=,000	r= -,098 p=,149	r= -,080 p=,238
Kendine Ceza	r=,392** p=,000	r= -,003 p=,963	r=,040 p=,555
Toplam Puan	r=,307** p=,000	r=,179** p=,008	r=,137* p=,044

*p<0.05 **p<0.01

Tartışma

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların yakınları tedavi sürecinin belirsizliği ve hissedilen çaresizlik duyguları nedeniyle ruhsal yönden olumsuz etkilenmektedir.⁽⁵⁾ Hasta yakınları sürecin oluşturduğu ruhsal etkilerden dolayı da çeşitli başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadırlar.⁽¹⁶⁾ Bu doğrultuda araştırmada yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının depresyon düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde yoğun bakımda hastası bulunan aile üyelerinin en yüksek stres puanlarının (8,7±4,4); en düşük ise depresyon puanlarının (1,3±1,9) olduğu saptanmıştır.⁽¹⁷⁾ Gürbüz ve Demir⁽²⁵⁾'in çalışmasında yoğun bakımdaki hastaların aile üyelerinin %67.9'unun depresyon semptomlarının bulunduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım hastalarının birinci derece yakınlarıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise bireylerin %56.3'ünde depresif semptomlar, %46.9'unda ise anksiyete semptomları olduğu bulunmuştur.⁽²⁶⁾ Rusinova ve arkadaşlarının⁽²⁷⁾ çalışmasında hasta yakınlarında yüksek yaygınlıkta (%78.0) anksiyete ve %54.0 düzeyinde depresyon semptomları olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada aile üyelerinin anksiyete ve depresyon yaygınlığı sırasıyla %34 ve %17 olduğu saptanmıştır.⁽²⁸⁾ Literatürde elde edilen sonuçlar çalışmamızla örtüşmekte olup depresyon puanının yüksek olmasının nedeni pek çok faktörden kaynaklanabilir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde yeterli iletişimin sağlanmaması ve bilgilendirme yapılmamasının⁽⁹⁾ hasta yakınlarında birtakım olumsuz duygulanıma bu doğrultuda da ruhsal semptomların da artmasına neden olabilir. Hasta yakınlarının ruhsal semptomlardan depresyon ve anksiyete yatkınlığının yüksek olması nedeniyle, aile üyelerinin mümkün olduğunca hasta bakımına katılımının sağlanması, hekim ve hemşire tarafından gerekli bilgilerin hasta yakınına

aktarılması gerekmektedir.⁽²⁹⁾ Bireylerin yaşamış oldukları yoğun bakım deneyimleri boyunca fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçları belirlenmeli buna yönelik gerekli eğitimler ya da programlar düzenlenmelidir. Bu noktada hemşirelerin hasta ve yakınlarına holistik bakış açısı ile yaklaşması, bu bireylerin ruhsal yönden sağlık düzeylerini yükseltmeyi hedefe alması gerekmektedir.

Çalışmadaki anksiyete puanları incelendiğinde, yoğun bakımda yatan hasta bireylerin eşlerinin anksiyete puanlarının diğer yakınlık türlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer biçimde gerçekleştirilen bir araştırmada hastaların eşi veya partnerlerin anksiyete ve depresyon semptomlarının diğer yakınlık türlerine göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.⁽³⁰⁾ Başka bir çalışmada ise tedavi gören hastanın eşi olmanın, anksiyete ve depresyon semptomlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁽³¹⁾ Rusinova ve arkadaşları⁽²⁷⁾ yoğun bakım deneyimi süresince aynı evde yaşayan aile üyelerinde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunların gelişebileceğini ifade etmiştir. Literatürdeki sonuçların çalışmamızı desteklediği görülmektedir. Bir arada yaşama yoğun paylaşımları da beraberinde getirmekte ve aile üyeleri arasında karşılıklı etkileşime neden olmaktadır. Bu nedenle aile üyesinden birinin hastalığı aile sistemlerinin diğer üyelerini de olumsuz etkilemektedir.⁽³²⁾ Eşlerin anksiyete puanlarının yüksek olmasının ise eşlerin birbirleri ile daha fazla zaman geçirmesinden, etkileşimlerin yoğun olmasından ve hasta için yapılacak herhangi bir müdahale için karar verici rolünde olmasından⁽³³⁾ kaynaklandığı düşünülmektedir.

Medeni duruma göre ruhsal semptomlar incelendiğinde bekar hasta yakınlarının anksiyete puanlarının, evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da bekar aile üyelerinin yoğun bakım ünitesinde yakınlarının olduğu dönemlerde daha fazla psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları görülmüştür.⁽³⁴⁾ Hasta yakınlarının anksiyete ve umutsuzluk duygularının incelendiği bir başka çalışmada da bekar bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.⁽²⁶⁾ Bu noktada bekar aile fertlerinin stres yaratan durumlarda evli bireylerden daha çok etkilenmesini sosyal destek ağları ile ilişkilendirilebilir. Evli bireyin eşi ve çocukları bu travmatik süreçte bireyi destekleyebilirken, bekar bireyin yeterince sosyal desteğinin olmaması daha fazla kaygı yaşamasına neden olabilir. Nitekim Davidson ve arkadaşları⁽³⁵⁾ etkili aile desteğinin kaygı belirtilerini azaltabileceğini belirtmişlerdir. Bu nedenle yoğun bakım süreci boyunca yakınlarla aile desteğinin sağlanması önerilebilir.

Çalışmada düzenli geliri olanların anksiyete ve stres puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada düşük gelire sahip olma aile üyelerinin anksiyete düzeylerinde artışa neden olduğu saptanmıştır.⁽³⁶⁾ Nitekim mevcut çalışmada başa çıkmada

düzenli geliri olan hasta yakınlarının kendine yardım ve uyum sağlama puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Frota ve arkadaşları⁽³⁷⁾ çalışmasında düşük gelire sahip hasta yakınlarının uygun olmayan başa çıkma yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Ailede gelirin devamlılığı bakım alan hastanın işine gitmesi ve kazancını sağlaması ile ilişkili olduğundan aile hastalık ve tedavi sürecinden doğrudan etkilenebilmektedir. Tedavi masraflarının yanı sıra geçimin sürekliliğinin sağlanması gibi durumlar hasta yakınlarında stres oluşturabilmektedir. ⁽³⁸⁾ Varolan bu finansal stresörler karşısında bireyler psikososyal uyum sağlama ve baş etmede zorluklar yaşayabilirler.

Hasta yakınlarının yaşamış olduğu ruhsal semptomlara yönelik kullandıkları başetme yöntemlerinin ele alınması oldukça önemlidir. Aile üyelerinin yoğun bakım sürecinde problem çözmeden, bilgi aramaya, kaçınmaya, destek aramaya farklı başa çıkma yöntemlerini kullandıkları görülmektedir. ⁽¹⁴⁾ Araştırmada başa çıkma tutumları toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu kendine yardım ve yaklaşım puanının ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hasta ile yaşayan hasta yakınlarının ise sakınma-kaçınma yöntemini daha fazla kullandığı saptanmıştır. Rückholdt ve arkadaşlarına ⁽³⁹⁾ göre kaçınma ve inkâr gibi başa çıkma yöntemlerinin bireylerdeki psikolojik sıkıntıyı arttırdığı ifade edilmiştir. Bu nedenle sağlık çalışanları hasta ve yakınlarını bütüncül yönden ele alarak kullanılan etkisiz başetme tekniklerini belirleyebilir ve hasta yakınlarının etkili yöntemleri kullanması konusunda destek sağlayabilir.

Hasta yakınlarında depresyon, anksiyete ve stres puanları ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde hasta yakınlarının depresyon puanı arttıkça başa çıkma tutumları toplam puanı, sakınma-kaçınma ve kendini ceza puanlarının arttığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularıyla benzer biçimde hasta yakınlarının en çok kaçış-kaçınma stratejisine yöneldikleri görülmektedir.⁽³⁷⁾ Yüksek depresif düzeyin ortaya çıkardığı olumsuz duygulanım bireylerin başa çıkmada kendilerini ceza, kaçınma gibi yöntemlere yönelmesine yol açtığı görülmektedir.

Hasta yakınlarında anksiyete ve stres puanı arttıkça kendine yardım, yaklaşım ve başa çıkma tutumları toplam puanının azaldığı saptanmıştır. Yaşanılan bu süreçte stres oluşturan durumun azaltılması ya da ortadan kaldırılması için bireye özel daha somut yaklaşımların belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu yaklaşımlardan aile desteğinin gerekliliği ve önemi vurgulanmaktadır. Koukouli ve arkadaşlarının⁽⁴⁰⁾ yapmış oldukları çalışmada aile desteği, iyimserlik ve maneviyatın en çok kullanılan başa çıkma stratejileri olduğunu gözlemlemişlerdir. Bireysel özelliklerde dikkate alındığında kullanılan başa çıkma yöntemleri farklılaşabilmektedir. Bu süreçte hasta yakınlarının yaşı, cinsiyetleri, hasta ile ilişkileri, aile içerisindeki karar verici rolleri ve önceden yaşamış olduğu yoğun bakım deneyimleri gibi faktörler tüm süreci etkileyecek, bu bireylerin baş etme süreçlerini şekillendirecektir.⁽³⁹⁾

Hasta yakınları ile sağlık profesyonelleri arasında etkili bir iletişim oluşturulması noktasında ve yoğun bakım sürecinin belirsizliği ile baş etmede ilk basamak gerekli bilginin verilmesidir. Bu çalışmada yüksek oranda yeterince bilginin verildiği ve bilgilendirmenin de büyük çoğunluğunun hemşireler tarafından yapıldığı görülmüştür. Literatür incelemesinde yoğun bakımda hastası bulunan hasta yakınlarının en önemli gereksiniminin güven ve bilgi alma olduğu⁽¹⁹⁾ yarısından fazlasının hastası hakkında günlük bilgi aldıklarını⁽¹⁸⁾, yoğun bakımda eksiksiz bilginin alınması ve doktora erişimin sağlanması ailedeki memnuniyeti artırdığı⁽⁸⁾ belirlenmiştir. Hasta yakınlarının en önemli gereksinimlerinden olan bilgi verilmesi ruhsal semptomların da yönetilmesine katkı sağlayacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmaya katılan yoğun bakım hastası olan yakınların depresyon düzeylerinin oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Medeni durum ve yakınlık derecesi ruhsal belirtilerden anksiyeteyi etkilediği saptanmıştır. Düzenli gelir durumunun varlığı kendine yardım ve uyum sağlamaya yönelik tutumlarının ve hasta ile yaşama durumunda ise sakınma-kaçınma başa çıkma tutumlarının daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarındaki depresyon,

anksiyete ve stres düzeyi başa çıkma tutumlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin hasta bireyi holistik bir açıdan değerlendirmesi, gerekli bilginin verilmesi ve ailesini de bakıma dahil etmesi bu bireylerin yaşamış olduğu ruhsal etkiyi hafifletecektir. Bu çalışma ileri çalışmalar için uygun programların oluşturulması ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesine basamak oluşturacağı düşünülmektedir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimleriyle iş birliği içinde hemşirelerin hasta yakınlarına etkili başa çıkma stratejileri kazandırması ve hasta yakınlarına danışmanlık sağlanması önerilmektedir. İleri çalışmalarda hasta yakınların duygularını yansıtacak, başa çıkma tutumlarını ortaya koyacak hasta yakınlarına özgü bir ölçüm aracının geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca ruhsal belirtilerin düzeyi yüksek olan hasta yakınlarına yönelik müdahale çalışmalarının yapılması da önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklem grubu bir hastanenin yoğun bakım ünitesindeki hasta yakınlarıyla sınırlıdır. Veriler öz bildirim dayalı ölçüm araçları ile toplandığından bireylerde algı farklılıklarının oluşma riski bulunabilmektedir. Hasta yakınlarına yoğun bakım ünitesinde sıklıkla ziyaret saatlerinin bulunduğu zaman aralığında ulaşıldığından hasta yakınlarının bu zamanlarda duygu yoğunluğunun artmış olabileceği bir diğer sınırlılıktır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kurumsal ve Finansal Destek Kaynağı

Herhangi bir kurumsal ve finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkıları

Fikir –HC,AA; Tasarım- HC,AA; Denetim- HC,AA; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- HC,AA; Analiz ve/veya Yorum- HC,AA; Literatür Taraması- HC,AA; Yazan- HC,AA; Eleştirel İnceleme– HC,AA.

Teşekkür

Araştırma izni veren kuruma ve katılım gösteren hasta yakınlarına teşekkür ederiz

Kaynaklar

- 1- Torun, N. Uzun süreli yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin deneyimleri: nitel bir çalışma. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019; 9(3): 127-133. doi: 10.33631/duzcesbed.540190
- 2- Al Ghabeesh SH, Abu-Snieneh H, Abu-Shahror L, Abu-Sneineh F, Alhawamdeh M. Exploring the self-perceived needs for family members having adult critically ill loved person: descriptive study. Health. 2014; 6(21): 3005-3012. doi: 10.4236/health.2014.621338
- 3- Gündoğan R, Neşe A. Yoğun bakım hastası olan hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2022; 26(1): 9-17. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2215394>
- 4- Özgürsoy BN, Akyol AD. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2008; 12(1): 33-38. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/260104>
- 5- Matt B, Schwarzkopf D, Reinhart K, König C, Hartog CS. Relatives' perception of stressors and psychological outcomes—Results from a survey study. Journal of Critical Care. 2017; 39: 172-177. doi: 10.1016/j.jcrc.2017.02.036
- 6- Turner-Cobb JM, Smith PC, Ramchandani P, Begen FM, Padkin A. The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. Psychology, Health & Medicine. 2016; 21(1): 20-26. doi:10.1080/13548506.2014.997763
- 7- Souza LMD, Freitas KS, Silva Filho AMD, Teixeira JRB, Souza GSS, Fontoura EG, et al. Prevalence and factors associated with symptoms of depression in family members of people hospitalized in the intensive care unit. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2023; 34: 499-506. doi: 10.5935/0103-507X.20220080-en
- 8- Midega TD, Oliveira HSB, Fumis RRL. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(2):147-155. doi: 10.5935/0103-507X.2019002
- 9- Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisott TM. Stressors in the relatives of patients admitted to an intensive care unit. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016; 28: 323-329. doi:10.5935/0103-507X.20160055
- 10- Aktaş Y, Arabacı LB. Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016;1(3): 39-43. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/767663>
- 11- Ören B. Yoğun bakımda hastası olan aile üyelerinin hemşirelerinden beklentileri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(2):217-226. doi: 10.17681/hsp.401525
- 12- Kars Fertelli T, Kaygusuz G. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri ve psikolojik sıkıntı düzeyleri. Institute of Health Sciences Journal. 2024; 9(2): 133-140. doi:10.51754/cusbed.1337195
- 13- Chui WYY, Chan SWC. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. Journal of Clinical Nursing. 2007; 16(2): 372-381. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01461.
- 14- Harlan EA, Miller J, Costa DK, Fagerlin A, Iwashyna TJ, Chen EP, et al. Emotional experiences and coping strategies of family members of critically ill patients. Chest 2020;158(4):1464-1472. doi:10.5455/JCBPR.274847
- 15- Erol D. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının ruhsal sağlık durumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Doğu Akdeniz Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. 2019. Erişim Adresi: <https://i-rep.emu.edu.tr/xmlui/handle/11129/5134>
- 16- Rahnama, M, Shahdadi H, Bagheri S, Moghadam MP, Absalan A. The relationship between anxiety and coping strategies in family caregivers of patients with trauma. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017; 11(4): IC06-IC09. doi:10.7860/JCDR/2017/25951.9673
- 17- Olabisi OI, Olorunfemi O, Bolaji A, Azeez FO, Olabisi TE, Azeez O. Depression, anxiety, stress and coping strategies among family members of patients admitted in intensive care unit in Nigeria. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2020; 13: 100223. doi: 10.1016/j.ijans.2020.100223
- 18- İmre A, Özer Z. Yoğun bakım ünitelerinde hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri ve stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi. Kocaeli Med J. 2021;10(3): 242251 doi:10.5505/ktd.2021.65481
- 19- Kara N, Onan N. Reanimasyon yoğun bakımda hastası bulunan aile üyelerinde psikolojik iyi oluş ile gereksinimler arasındaki ilişki. OTSBD. 2022;7(4):567-573. doi:10.26453/otjhs.1087199
- 20- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995; 33: 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u.

- 21- Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of depression anxiety stress scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2018; 7(1): 19- 30. doi:10.5455/JCBPR.274847
- 22- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):267-83. doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267.
- 23- Zuckerman M, Gagne M. The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*. 2003; 37(3): 169-204. doi: 10.1016/S0092-6566(02)00563-9
- 24- Dicle AN, Ersanlı K. Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Academic Social Science*. 2019; 16(16): 111-126. Erişim Adresi: https://asosjournal.com/?mod=tammetin&makaleadi=&makaleurl=333628799_783%20Abdullah%20Nuri%20D%C4%B0CLE.pdf&key=33318
- 25- Gürbüz H, Demir N. Anxiety and depression symptoms of family members of intensive care unit patients: a prospective observational study and the lived experiences of the family members. *Avicenna J Med*. 2023;13(2):89-96. doi: 10.1055/s-0043-1769933.
- 26- Yanmaz BM, Yüce AM, Erdoğan A, Çakin Ö. Depression, anxiety, hopelessness, and suicide in first-degree relatives of patients hospitalized in intensive care units in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2025; 60(2):119-130. doi:10.1177/00912174241244812.
- 27- Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives – the DEPRESS study. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(1):21. doi:10.1186/1471-244X-14-21
- 28- Fumis RRL, Ranzani OT, Faria PP, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care*. 2015; 30(2): 440.e1-440.e6. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.11.022
- 29- Fonseca GM, Freitas KS, Filho AM da S, Portela PP, Fontoura EG, Oliveira MAN. Anxiety and depression in family members of people hospitalized in an intensive care unit. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2019; 21(1): 328-343. doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v21n1p328-343
- 30- Białek K, Sadowski M. Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units – preliminary report. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2021; 53(2): 134-140. doi:10.5114/ait.2021.105728
- 31- Köse I, Zincircioğlu Ç, Öztürk YK, Çakmak M, Göldoğan EA, Demir HF, ve ark. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2016; 31(9), 611-617. doi:10.1177/0885066615595791
- 32- Haefner J. An application of Bowen family systems theory. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014; 35(11): 835-841. doi:10.3109/01612840.2014.921257
- 33- Petrinc AB, Daly BJ. Post-traumatic stress symptoms in post-icu family members: review and methodological challenges. *Western Journal of Nursing Research*. 2016;38(1): 57-78. doi:10.1177/019394591454417
- 34- Erol Ö, Yanık YT, Yacan L. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Balkan Sağlık Bil Derg*. 2022;1(1):11-20. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2451683>
- 35- Davidson JE, Daly BJ, Agan D, Brady NR, Higgins PA. Facilitated sensemaking: A feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010; 33(2): 177. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d91369
- 36- Avcı M, Ayaz-Alkaya S. Anxiety, social support and satisfaction of patients' families in intensive care units: A descriptive-correlational study. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;31(19-20): 2765-2773. doi:10.1111/jocn.16094
- 37- Frota OP, de Sene AG, Ferreira-Júnior MA, Giacon-Arruda BCC, Teston ÉF, Pompeo D. A, et al. Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021; 63: 102980. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102980
- 38- King BC, Mowitz ME, Zupancic JA. The financial burden on families of infants requiring neonatal intensive care. In *Seminars in Perinatology*. 2021; 45(3): 151394. doi: 10.1016/j.semperi.2021.151394.
- 39- Rückholdt M, Tofler GH, Randall S, Buckley T. Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 2019; 97: 40-54. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.04.016
- 40- Koukouli S, Lambraki M, Sigala E, Alevizaki A, Stavropoulou A. The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2018; 45: 44-51. doi: 10.1016/j.iccn.2017.12.001



Geliş Tarihi (Received): 13.06.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 28.10.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Hemşirelik Öğrencilerinin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma

Determination of Nursing Students' Infectious Diseases Risk Awareness and Protection Levels: Descriptive Study

Esranur DEMİROĞLU¹



Melisa GÜÇLÜ²



Filiz ÖZEL ÇAKIR³



¹ Hemşirelik Bölümü Öğrencisi, Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kastamonu, Türkiye

² Hemşirelik Bölümü Öğrencisi, Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kastamonu, Türkiye

³ Doç.Dr., Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kastamonu, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Filiz ÖZEL ÇAKIR; email: filiz.ozel@kastamonu.edu.tr

* Bu çalışma TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı 2023 yılı 2. dönem kapsamında desteklenmiştir.

Alıntı (Cite): Demiroğlu E., Güçlü M., Özel Çakır F. Hemşirelik Öğrencilerinin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. YBH dergisi. 2025;6(3):76-91.

Özet:

Amaç: Bu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunma düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın verileri 23 Mayıs-30 Haziran 2024 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinde öğrenim gören 279 hemşirelik bölümü öğrencisinden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Birey Tanıtım Formu ile Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 21.47 ± 2.50 ; %73.80'inin kadın; %98.20'sinin bekar ve %26.9'unun 4. sınıf olduğu belirlenmiştir. Araştırmada Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği toplam puanı 144.97 ± 17.98 olarak saptanmıştır. Ayrıca, ölçek alt boyutlarından Ortak Yaşam Risk Farkındalığı alt boyut puanı 32.89 ± 6.28 , Kişisel Koruma Farkındalığı alt boyut puanı 33.24 ± 4.40 , Korunma Davranışları alt boyut puanı 32.42 ± 4.98 ve El Yıkama Davranışları alt boyut puanı 12.91 ± 1.88 , Toplumsal Korunma Farkındalığı alt boyut puanı 16.13 ± 2.62 ve Kişisel Temas Farkındalığı alt boyut puanı 17.39 ± 2.52 olarak belirlenmiştir. Araştırmada ölçek toplam ve alt boyut puanları ile yaş, medeni durum ve sınıf değişkenleri arasında anlamlı farklılık olmadığı; fakat "Toplumsal korunma farkındalığı" alt boyut puanı dışında diğer alt boyutlarda puan düzeylerinin kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmada, bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunma ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür. Hemşirelere yönelik bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitimlerin artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; öğrenciler; bulaşıcı hastalıklar; farkındalık.

Abstract:

Aim: The aim of this study was to determine infectious diseases risk awareness and protection levels in nursing students.

Methods: The data of this descriptive study were collected from 279 nursing students studying at a state university between May 23 and June 30, 2024. Individual Introduction Form and Communicable Diseases Risk Awareness and Protection Scale were used to collect the data.

Results: In the study, it was determined that the mean age of nursing students was 21.47 ± 2.50 , 73.80% were female, 98.20% were single and 26.90% were in the 4th grade. The total score of the Infectious Diseases Risk Awareness and Protection Scale was 144.97 ± 17.98 . Additionally, the subscale score for Common Life Risk Awareness was 32.89 ± 6.28 , the Self-Protection Awareness sub-dimension score was 33.24 ± 4.40 , the Protective Behaviours sub-dimension score was 32.42 ± 4.98 , and the Handwashing Behaviours sub-dimension score was 12.91 ± 1.88 . Social Protection Awareness sub-dimension score was 16.13 ± 2.62 , and Personal Contagion Awareness sub-dimension score was 17.39 ± 2.52 . The study found no significant differences between the scale total and subscale scores and the variables of age, marital status, and class; however, it was determined that the scores in all subscales except for the 'Social Protection Awareness' subscale were significantly higher in women.

Conclusion: The study found that infectious disease risk awareness and protection scale and sub-dimension scores were above average. As a result, it may be recommended to increase trainings on infectious diseases for nurses.

Key Words: Nursing; students; communicable diseases; awareness.

Giriş

Bulaşıcı nitelikte olmayan hastalık salgınlarının yanı sıra, tarihte pek çok bulaşıcı hastalık pandemilere yol açarak, tarih boyunca insanlık için sorun oluşturmıştır.^(1,2) Bulaşıcı hastalıklar, bir konaktan başka bir konağa geçebilen ve toplum sağlığını tehdit eden önemli sağlık sorunlarıdır.⁽³⁾ Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında mikroorganizmaya bağlı faktörler, çevre, bireysel ve sosyal risk faktörlerinin rol oynadıkları bilinmektedir.⁽⁴⁾ Bu risk faktörlerinin farkında olmak yanında bulaşıcı hastalıkların hızlı yayılma potansiyeline karşı korunma ve kontrol önlemlerinin bilinmesi önemlidir.^(5,6) Risk farkındalığı, sağlık hizmeti ortamında meydana gelen ve hastaya zarar veren tehlike, risk ve olay potansiyelinin farkına varılmasıdır.⁽⁷⁾ Sağlık hizmeti sunumunda aktif rol üstlenecek olan hemşirelik öğrencileri, klinik uygulamalarda bulaşıcı hastalık riskiyle sık karşılaşmaktadır. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin bulaşıcı hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve korunma düzeylerinin belirlenmesi, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük önem taşımaktadır. Bulaşıcı hastalıklar, bakteri, virüs, parazit ve mantar gibi mikroorganizmaların neden olduğu farklı enfeksiyon türlerine (solunum yolu enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) gibi) neden olabilmektedirler.⁽⁸⁾ Literatür incelendiğinde, bulaşıcı hastalıklardan CYBH'a yönelik araştırmaların yoğun olduğu görülmüştür. Ancak, genel bulaşıcı hastalık risk farkındalığı üzerine çalışmaların ise yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmalardan, Sayar ve Yazar (2021)'in üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada, üniversite öğrencilerinin CYBH'dan korunmaya ilişkin daha fazla bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir.⁽⁹⁾ Yıldırım ve Erbil (2021)'in üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmanın sonucuna göre, öğrencilerin çoğunluğunun CYBH ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür.⁽¹⁰⁾ Müderris ve ark. (2022)'nin üniversite öğrencilerinde insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV)/AIDS, gonore ve genital herpes konularında yaptığı araştırmada, öğrencilerin CYBH konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları saptanmıştır.⁽¹¹⁾ Yalnız ve Verimer (2024)'in yüksek öğrenime başlayan öğrenciler ile yaptıkları araştırmada ise, öğrencilerin çoğunluğunun CYBH arasında en fazla AIDS/HIV hastalığını bildiği; CYBH korunmanın mümkün olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.⁽¹²⁾ Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerine yönelik farklı bulaşıcı hastalıkları da içeren araştırmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Bu nedenle, hemşirelik öğrencilerinde bulaşıcı hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve korunma düzeylerinin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmüş ve bu araştırma planlanmıştır.

Araştırma sorusu

Hemşirelik öğrencilerinin bulaşıcı hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve korunma düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, klinik deneyim vb.) göre farklılık göstermekte midir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2023–2024 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde bir devlet üniversitesinin Hemşirelik Bölümü’nde öğrenim gören tüm hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, 23 Mayıs–30 Haziran 2024 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden öğrencilerden toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü, evreni bilinen tanımlayıcı araştırmalarda örneklem sayısı hesaplama formülüne göre hesaplanmıştır. ⁽¹³⁾ İlgili dönemde hemşirelik bölümünde yaklaşık 500 öğrenci (her sınıfta ortalama 120–125 kişi) öğrenim görmekte olup, hesaplanan örneklem büyüklüğü 218 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmada, olası veri kaybı ve çalışmadan ayrılma durumlarını olabileceği için örneklem büyüklüğüne %10 kayıp oranı eklenerek örneklem büyüklüğü 240 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya 2023-2024 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde hemşirelik bölümünde aktif olarak öğrenim görüyor olan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve veri toplama formunu eksiksiz dolduran hemşirelik öğrencileri dahil edilmiştir. Veri toplama formunu eksik veya hatalı dolduran öğrenciler, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen veya verilerini geri çekmek isteyen öğrenciler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında birey tanıtım formu ve Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği kullanılmıştır.

Birey Tanıtım Formu

Bu kısımda öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 5 ifade (yaş, cinsiyet, medeni durum, sınıf, mezun olunca çalışmak istenilen klinik) yer almıştır.

Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği

Ener, Seyfeli ve Çetinkaya (2022) tarafından geliştirilen *Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği* altı alt boyut ve 36 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar ‘Ortak Yaşam Risk Farkındalığı’, ‘Kişisel Korunma Farkındalığı’, ‘Korunma Davranışları’, ‘El Yıkama Davranışları’, ‘Toplumsal Korunma Farkındalığı’ ve ‘Kişisel Temas Farkındalığı’ olarak adlandırılmıştır. Ölçekten alınan puanlar 36 ila 180 arasında değişmektedir ve kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması bireylerin bulaşıcı hastalıklara yönelik genel risk farkındalığı ve korunma düzeylerinin arttığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Ener, Seyfeli ve Çetinkaya (2022) yaptıkları araştırmada, ölçeğin Cronbach alfa değerini 0.91; alt boyutlar için ise 0.60-0.78 arasında olduğunu belirlemişlerdir.⁽¹⁴⁾ Yaptığımız araştırmada ise, ölçek toplam Cronbach alfa değeri 0.93 olarak saptanmıştır.

Verileri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veriler, sınıf ortamında araştırmaya yönelik bilgiler verildikten sonra yüz yüze anket tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, ders aralarında araştırmacılar kendini tanıtarak veriler toplanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması ortalama 10-15 dakikada sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS 22 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişkenler için normal dağılım varsayımları Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık/kurtosis değerleri ile incelenmiştir. Yaş değişkeni için normal dağılımdan sapma saptandığından (K-S $p < 0.001$; çarpıklık=+2.30, kurtosis=1.20), grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan yöntemler uygulanmamıştır. Parametrik olmayan testlerin düzenlenmemiş uç değerlerden etkilenimi sınırlı olduğundan, sonuçların sağlamlığı bu yaklaşımla güvence altına alınmıştır. Verilerin normal dağılmamasından dolayı gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye Spearman sıra sayıları korelasyonu ile bakılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için etik Kastamonu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu (Tarih: 03.04.2024-Toplantı Sayısı:4-Karar Sayısı:6)'ndan alınmıştır. Araştırmada kullanım için mail yolu ile ölçek izni alınmıştır. Aynı zamanda X Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden kurum izni ve araştırmaya katılan tüm öğrencilerden araştırmaya yönelik bilgilendirme sonrası onam alınmıştır. Helsinki bildirgesi ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Çalışmaya 279 hemşirelik öğrencisi katılmış olup, öngörülen örneklem büyüklüğü %16 oranında aşılmıştır.

Hemşirelik Öğrencilerinin Özellikleri

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 21.47 ± 2.50 ; %73.80'inin kadın; %98.20'sinin bekar ve %26.90'unun dördüncü sınıf olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=279)

Sosyo-demografik özellikler			
Yaş	21.47±2.50 (Minimum:18.00-Maximum: 45.00)		
		n*	%
Cinsiyet	Erkek	73	26.20
	Kadın	206	73.80
Medeni durum	Evli	5	1.80
	Bekar	274	98.20
Sınıf	1.Sınıf	68	24.40
	2.Sınıf	72	25.80
	3.Sınıf	64	22.90
	4.Sınıf	75	26.90
Toplam		279	100.0

*n= Örneklem Sayısı, %=Yüzde

Hemşirelik Öğrencilerinin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeyleri

Araştırmada Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği'nin alt boyutları incelendiğinde; Ortak Yaşam Risk Farkındalığı alt boyut puanı 32.89 ± 6.28 , Kişisel Koruma Farkındalığı alt boyut puanı 33.24 ± 4.40 , Korunma Davranışları alt boyut puanı 32.42 ± 4.98 ve El Yıkama Davranışları alt boyut puanı 12.91 ± 1.88 , Toplumsal Korunma Farkındalığı alt boyut puanı 16.13 ± 2.62 , Kişisel Temas Farkındalığı alt boyut puanı 17.39 ± 2.52 ve Bulaşıcı

Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği toplam puanı 144.97 ± 17.98 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Dağılımları (n=279)

	Mean	Minimum	Maximum	SS
Ortak yaşam risk farkındalığı	32.89	9.00	45.00	6.28
Kişisel koruma farkındalığı	33.24	14.00	40.00	4.40
Korunma davranışları	32.42	15.00	40.00	4.98
El yıkama davranışları	12.91	5.00	15.00	1.88
Toplumsal korunma farkındalığı	16.13	5.00	20.00	2.62
Kişisel temas farkındalığı	17.39	7.00	20.00	2.52
Bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunma ölçeği toplam puanı	144.97	64.00	180.00	17.98

*SS=Standart sapma

Hemşirelik Öğrencilerinin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeyleri ve İlişkili Faktörler

Araştırmada, yaş ile Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği ve alt boyutları açısından anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Yaş Değişkenine İlişkin Korelasyon Sonuçları (n=279)

		Ortak yaşam risk farkındalığı	Kişisel koruma farkındalığı	Korunma davranışları	El yıkama davranışları	Toplumsal korunma farkındalığı	Kişisel temas farkındalığı	Bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunma ölçeği toplam puanı
Yaş	r	0.027	-0.004	0.068	0.005	0.017	-0.003	0.030
	p	0.651	0.944	0.257	0.927	0.780	0.964	0.618

**r= Korelasyon Katsayısı, p=Anlamlılık Düzeyi*

Araştırmada, “Toplumsal Korunma Farkındalığı” alt boyut puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Diğer ölçek ve ölçek alt boyut puan düzeylerinin ise kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyet Değişkeninin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeylerine Etkisi (n=279)

		Cinsiyet					Mann-Whitney U testi		
		n	Mean	Minimum	Maximum	SS	Sıra Ortalama	z	p
Ortak yaşam risk farkındalığı	Erkek	73	31.04	9.00	45.00	7.02	118.34	-2.673	0.008
	Kadın	206	33.55	14.00	45.00	5.88	147.67		
	Toplam	279	32.89	9.00	45.00	6.28			
Kişisel koruma farkındalığı	Erkek	73	31.77	15.00	40.00	4.85	112.09	-3.45	0.001
	Kadın	206	33.76	14.00	40.00	4.12	149.89		
	Toplam	279	33.24	14.00	40.00	4.40			
Korunma davranışları	Erkek	73	30.97	16.00	40.00	5.56	118.07	-2.71	0.007
	Kadın	206	32.93	15.00	40.00	4.66	147.77		
	Toplam	279	32.42	15.00	40.00	4.98			
El yıkama davranışları	Erkek	73	12.38	6.00	15.00	2.21	123.18	-2.11	0.034
	Kadın	206	13.09	5.00	15.00	1.72	145.96		
	Toplam	279	12.91	5.00	15.00	1.88			
Toplumsal korunma farkındalığı	Erkek	73	15.85	5.00	20.00	2.66	129.90	-1.25	0.208
	Kadın	206	16.23	8.00	20.00	2.61	143.58		
	Toplam	279	16.13	5.00	20.00	2.62			
Kişisel temas farkındalığı	Erkek	73	16.51	7.00	20.00	2.93	114.85	-3.15	0.002
	Kadın	206	17.70	8.00	20.00	2.28	148.91		
	Toplam	279	17.39	7.00	20.00	2.52			
Bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunma ölçeği toplam puanı	Erkek	73	138.52	64.00	180.00	20.01	109.49	-3.76	0.001
	Kadın	206	147.26	70.00	180.00	16.66	150.81		
	Toplam	279	144.97	64.00	180.00	17.98			

*SS: Standart Sapma, z=Mann-Whitney U testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Araştırmada medeni durum değişkeni ile ölçek ve ölçek alt boyutları arasında puanlar açısından anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Medeni Durum Değişkeninin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeylerine Etkisi (n=279)

		Medeni durum				Mann-Whitney U testi			
		n	Mean	Minimum	Maximum	SS	Sıra ortalama	U	p
Ortak yaşam risk farkındalığı	Evli	5	37.00	28.00	45.00	6.12	194.30	413.5	0.128
	Bekar	274	32.82	9.00	45.00	6.27	139.01		
	Toplam	279	32.89	9.00	45.00	6.28			
Kişisel koruma farkındalığı	Evli	5	34.60	26.00	40.00	5.73	170.80	531.0	0.387
	Bekar	274	33.21	14.00	40.00	4.38	139.44		
	Toplam	279	33.24	14.00	40.00	4.40			
Korunma davranışları	Evli	5	36.20	29.00	40.00	5.31	197.20	399.0	0.109
	Bekar	274	32.35	15.00	40.00	4.95	138.96		
	Toplam	279	32.42	15.00	40.00	4.98			
El yıkama davranışları	Evli	5	13.60	11.00	15.00	1.95	169.10	539.5	0.406
	Bekar	274	12.89	5.00	15.00	1.88	139.47		
	Toplam	279	12.91	5.00	15.00	1.88			
Toplumsal korunma farkındalığı	Evli	5	16.60	15.00	20.00	1.95	146.10	654.5	0.863
	Bekar	274	16.12	5.00	20.00	2.64	139.89		
	Toplam	279	16.13	5.00	20.00	2.62			
Kişisel temas farkındalığı	Evli	5	18.00	14.00	20.00	2.83	166.20	554.0	0.457
	Bekar	274	17.38	7.00	20.00	2.52	139.52		
	Toplam	279	17.39	7.00	20.00	2.52			
Bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunma ölçeği toplam puanı	Evli	5	156.00	123.00	180.00	22.59	188.20	444.0	0.178
	Bekar	274	144.77	64.00	180.00	17.87	139.12		
	Toplam	279	144.97	64.00	180.00	17.98			

*SS=Standart Sapma, U=MannWhitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Araştırmada sınıf değişkeni ile ölçek ve alt boyut ölçek puan düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Sınıf Değişkeninin Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Düzeylerine Etkisi (n=279)

		Sınıf				Kruskall-Wallis H testi			
		n	Mean	Minimum	Maximum	SS	Sıra ortalama	H	p
Ortak yaşam risk farkındalığı	1.sınıf	68	32.79	9.00	45.00	7.10	142.26	0.429	0.934
	2. sınıf	72	32.40	11.00	45.00	6.25	134.83		
	3. sınıf	64	33.16	18.00	45.00	5.20	140.38		
	4. sınıf	75	33.23	14.00	45.00	6.45	142.59		
	Toplam	279	32.89	9.00	45.00	6.28			
Kişisel koruma farkındalığı	1.sınıf	68	33.13	14.00	40.00	4.82	140.49	0.654	0.884
	2.sınıf	72	33.04	15.00	40.00	4.23	133.95		
	3.sınıf	64	33.38	21.00	40.00	3.94	141.02		
	4.sınıf	75	33.40	20.00	40.00	4.61	144.49		
	Toplam	279	33.24	14.00	40.00	4.40			
Korunma davranışları	1.sınıf	68	32.29	15.00	40.00	5.46	138.12	7.1	0.069
	2.sınıf	72	31.39	16.00	40.00	5.06	124.06		
	3.sınıf	64	32.34	16.00	40.00	4.49	137.67		
	4.sınıf	75	33.59	21.00	40.00	4.67	158.99		
	Toplam	279	32.42	15.00	40.00	4.98			
El yıkama davranışları	1.sınıf	68	13.15	5.00	15.00	1.93	151.44	3.67	0.299
	2.sınıf	72	12.60	7.00	15.00	1.87	126.30		
	3.sınıf	64	12.97	6.00	15.00	1.91	142.92		
	4.sınıf	75	12.93	7.00	15.00	1.83	140.29		
	Toplam	279	12.91	5.00	15.00	1.88			
Toplumsal korunma farkındalığı	1.sınıf	68	15.93	8.00	20.00	2.66	133.19	6.2	0.102
	2.sınıf	72	15.81	8.00	20.00	2.54	129.96		
	3.sınıf	64	15.97	5.00	20.00	2.70	135.86		
	4.sınıf	75	16.77	9.00	20.00	2.54	159.35		
	Toplam	279	16.13	5.00	20.00	2.62			
Kişisel temas farkındalığı	1.sınıf	68	17.32	8.00	20.00	2.68	139.61	0.016	0.999
	2.sınıf	72	17.33	7.00	20.00	2.65	139.38		
	3.sınıf	64	17.50	11.00	20.00	2.22	140.06		
	4.sınıf	75	17.40	10.00	20.00	2.53	140.89		
	Toplam	279	17.39	7.00	20.00	2.52			
Bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunma ölçeği toplam puanı	1.sınıf	68	144.62	70.00	180.00	20.43	140.82	1.9	0.583
	2.sınıf	72	142.57	64.00	176.00	18.51	130.11		
	3.sınıf	64	145.31	85.00	173.00	15.04	140.15		
	4.sınıf	75	147.32	102.00	180.00	17.43	148.63		
	Toplam	279	144.97	64.00	180.00	17.98			

*SS=Standart Sapma, H=Kruskall-Wallis H testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tartışma

Sağlık çalışanları çalışma ortamında hastalardan bulaşabilecek enfeksiyon hastalıkları açısından risk altındadır.⁽¹⁵⁾ Bu nedenle sağlık çalışanı adayları olan hemşirelik öğrencilerinin bulaşıcı hastalıklara yönelik farkındalıkları önem taşımaktadır. Araştırmamızda Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği'nin toplam ve alt boyutları incelendiğinde puanların ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak COVID-19 pandemisi sonrası toplumda bulaşıcı hastalıklara ilişkin oluşan duyarlılık olduğu düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde, aynı ölçek ile yapılan araştırmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Aynı ölçek ile yapılan bir araştırma; Özbudak Arıca ve ark. (2024)'nin COVID-19 pandemisi döneminde sağlıklı bireylerle yaptıkları araştırmada, Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği'nden alınan puanlar sonucunda, bireylerin bulaşıcı hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve korunma düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.⁽¹⁶⁾ Benzer şekilde, Bat Tonkuş ve ark. (2024)'nin yaptıkları araştırmada ise, hemşirelik öğrencilerinin %77.20'sinin bulaşıcı hastalıklar ile ilgili eğitim aldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.⁽¹⁷⁾ Sonuçlarımızla tutarlı olarak, Ketten ve Yörük (2025)'ün aynı ölçek ile sağlık bilimleri fakültesinde eğitim gören öğrencilerle yaptıkları araştırmada, katılımcıların "Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği"nden aldıkları puanların yüksek ve bulaşıcı hastalıklar hakkında risk farkındalıkları ve korunma ilgili tutumlarının yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir.⁽¹⁸⁾

Literatür incelendiğinde, farklı bulaşıcı hastalık türlerine yönelik yapılan araştırmalardan Ünsar ve ark. (2019)'nin İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/ Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (HIV/AIDS), Hepatit C, Hepatit B enfeksiyon hastalıklarına ilişkin yaptıkları araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin bu hastalıklar hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁽¹⁹⁾ Dönmez ve ark. (2024)'nin üniversite öğrencileri ile Human Papilloma Virus (HPV)'ye ilişkin yaptıkları araştırmada, öğrencilerin beklenen düzeyden az HPV bilgisi olduğu ve damgalama eğilimi belirlenmiştir.⁽²⁰⁾ Arslan ve ark. (2024)'nin sağlıkla ilgili bölüm öğrencilerinde paraziter hastalıklara ilişkin yaptıkları araştırmada, öğrencilerin yaklaşık üçte birinin paraziter hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını belirlemişlerdir.⁽²¹⁾ Yıldırım ve Erbil (2021)'in üniversite öğrencilerinde CYBH'a ilişkin yaptıkları araştırmada, öğrencilerin çoğunluğunun CYBH konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.⁽¹⁰⁾ Gündüzalp ve Temiz (2021)'in vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmada, öğrencilerin bilgisinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir.⁽²²⁾ Park ve Yeom (2023)'ün

Kore'deki hemşirelik öğrencileri arasında Yeni Ortaya Çıkan Solunum Yolu Enfeksiyon Hastalıkları ile ilgili enfeksiyon yönetimi davranışını etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladıkları araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin Yeni Ortaya Çıkan Solunum Yolu Enfeksiyon Hastalıkları ile ilgili yüksek düzeyde bilgi ve tutumlara sahip olduğunu göstermiştir.⁽²³⁾ Akutay ve ark. (2024)'nın hemşirelik öğrencilerinde izolasyon önlemleri ve bulaş/bulaştırmaya ilişkin yaptıkları araştırmada, öğrencilerin izolasyon önlemlerine uyum düzeylerinin iyi, bulaşma korkusu düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir.⁽²⁴⁾

Araştırmada Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği'nin toplam ve alt boyutları ile yaş, medeni durum ve sınıf değişkenleri arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği'nin "Toplumsal korunma farkındalığı" alt boyut puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık görülmezken; diğer alt boyutlarda puan düzeylerinin kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak, kadınlarda bulaşıcı hastalıklara yönelik hassasiyet olabileceği düşünülmüştür. Özbudak Arıca ve ark. (2024)'nın sağlıklı bireylerle yaptıkları araştırmada, benzer şekilde kadınların bulaşıcı hastalıklardan yeterince korunduğu ve COVID-19'dan korunmaya yönelik yeterince önlem aldığını düşünenlerin risk farkındalığı ve korunma düzeylerinin yüksek olduğu da bulunmuştur.⁽¹⁶⁾ Araştırma sonuçlarımızla tutarlı olarak, Ketten ve Yörük (2025)'ün sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, erkeklerin ve kırsal kesimde yaşayan öğrencilerin bulaşıcı hastalıklar hakkında risk farkındalığı ve korunmayla ilgili algı düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.⁽¹⁸⁾ Uluslararası araştırmalar incelendiğinde; Dyett ve ark. (2025)'nin bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bu durumları ele almak için hem geleneksel hem de yaşam tarzı sağlık bakım yaklaşımlarının kullanımı hakkında bir anketle Amerika'daki hemşirelik ve diyetetik öğrencilerini değerlendirmeyi amaçladıkları araştırmada, öğrencilerin belirli sağlık disiplinleri, etnik kökenleri, yaşam tarzını kapsayan lisansüstü veya lisansüstü müfredatlarının mevcudiyeti, lisans eğitim programlarının gücü ve belirli coğrafi konumlardaki kampüslere kayıt olma gibi demografik faktörler yanıt sonuçlarını önemli ölçüde etkilemiştir.⁽²⁵⁾ Farklı bir araştırma olan, Almarwani ve ark. (2023)'nin bulaşıcı hastalık korkusu ile öğrencilerin hemşirelik mesleğine yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladıkları araştırmada, hemşireliğe karşı olumlu bir tutum ve bulaşıcı hastalıklardan minimum düzeyde korku olduğunu ortaya koymuştur. Aynı araştırmada, ayrıca bulaşıcı hastalık korkusu ile öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etmesi arasında önemli ölçüde negatif bir korelasyon olduğu da ortaya koyulmuştur.⁽²⁶⁾

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinde bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığı ve korunmaya ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olduğu söylenebilir. Araştırmamızda ölçek toplam ve alt boyutları ile yaş, medeni durum ve sınıf değişkenleri arasında anlamlı farklılık görülmezken; ölçeğin bazı alt boyutlarının kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Ancak, sağlık profesyonellerinin bulaşıcı hastalıklara yönelik farkındalık ve bilgi düzeyleri hem kendileri için hem de bulaşıcı hastalığa sahip bireylerin hemşirelik bakımı için önemlidir. Bu nedenle, hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinde korunma ve farkındalık eğitiminin, uygulamalı eğitimlerle desteklenerek haftalık ders planına entegre edilmesi önerilmektedir. Ayrıca, hastanelerde bulaşıcı hastalıklar konusunda verilen hizmet içi eğitimlerle bu konuda hemşirelerin desteklenmesi önemlidir. Ayrıca, araştırmanın daha büyük bir evrende (farklı üniversiteler, bölgeler) tekrarlanması da önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri, yalnızca tek bir kurumda öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinden elde edildiğinden, çalışma bulgularının farklı kurumlardaki öğrencilere veya daha geniş popülasyonlara genellenebilirliği sınırlıdır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kurumsal ve Finansal Destek Kaynağı

Araştırma 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı 2023 yılı 2. dönem kapsamında desteklenmiştir.

Teşekkür

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelik öğrencilerine teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- 1- Yurdakul ES. Tarihte önemli bulaşıcı hastalık salgınları. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2015;1(3): 1-6.
- 2- Parıldar H. Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi. 2020;30(Ek sayı):19-26. doi:10.5222/terh.2020.93764.
- 3- İlçe A, Alpteker H, Koçoğlu E. Enfeksiyon hastalıklarının genel özellikleri. Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemine göre bulaşıcı hastalıklar. Amasya: Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım; 2013; p. 5-26.
- 4- Tezcan SG. Temel epidemiyoloji. Ankara: Hipokrat Kitabevi; 2017. p.179-198.
- 5- Aytaç N. Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi. Yoldaşcan E. Enfeksiyon Hastalıkları Hemşireliği ve Epidemiyoloji. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p.19-26.
- 6- Erdoğan EG, Duru P. Communicable Disease Risk Awareness and Prevention: A Study on University Students in the Context of Social Support and Disaster Risk. Public Health Nurs. 2025;42(2):857-868. doi: 10.1111/phn.13498.
- 7- Woodward S. Risk awareness. An Introduction to Clinical Governance and Patient Safety. Editor: Haxby E, Hunter D, Jaggar S. 1 st edition; Publisher: Oxford University Press; 2010. p.11-18. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199558612.003.0002.
- 8- World Health Organisation (WHO). Communicable Diseases. Access: 29.11.2025. Available from: <https://www.afro.who.int/health-topics/communicable-diseases>.
- 9- Sayar S, Yazar S. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2021;9(2):732-745. doi: 10.33715/inonusaglik.831799.
- 10- Yıldırım F, Erbil N. Türkiye’de üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyi: Sistemik derleme. Androl Bul. 2021;23:179–186. doi: 10.24898/tandro.2021.70893.
- 11- Müderris T, Altıok M, Hızlı K. Evaluation of university students’ knowledge, attitudes and behaviors about HIV/AIDS, gonorrhea and genital herpes. Forbes J Med. 2022;3(1):39-45. doi: 10.4274/forbes.galenos.2021.35220.
- 12- Yalnız Z, Verimer T. İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’nda öğrenime başlayan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki farkındalıkları. Aydın Sağlık Dergisi. 2024;10(1):69-85. doi: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v010i1004.
- 13- Esin MN. Örneklem. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021. p.167-192.
- 14- Ener D, Seyfeli Y, Çetinkaya F. A Scale Development and validation study: communicable diseases risk awareness and protection scale. İst Tıp Fak Derg. 2022; 85(2):258-269. doi: 10.26650/IUITFD.973903.
- 15- Ketin D. Sağlık Çalışanlarından hastalara bulaşan enfeksiyonlar ve korunma. Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics. 2015;8(1):69-80.
- 16- Özbudak Arıca E, Kuş B, İnci C, Söğüt MC. Pandemi sürecinde bireylerin bulaşıcı hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve korunma düzeylerinin belirlenmesi: Türk toplumu örneği. Sağlık ve Toplum. 2024;34(3):74-82.
- 17- Bat Tonkuş M, Kalın Z, Bilgin A. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi düzeyleri ve tutumlarının incelenmesi. Journal of Medical Sciences. 2024;5(3):111-123. doi: 10.46629/JMS.2024.159.
- 18- Ketin S, Yörük G. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin bulaşıcı hastalıklarla ilgili risk farkındalığı, korunmayla ilgili davranış ve tutumları: tanımlayıcı kesitsel çalışma.

- Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2025;10(3):784-91. doi: 10.5336/healthsci.2024-107360.
- 19- Ünsar S, Yacan L, Yücel İ. Üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS, Hepatit C, Hepatit B enfeksiyon hastalıkları hakkındaki farkındalık düzeyleri. GÜSBD. 2019;8(3):250-255.
- 20- Dönmez E, Temiz G, Dülger Z, Üngör S, Kenan B, Ahmadi N. Üniversite öğrencilerinin HPV bilgi düzeyi, algı ve tutumlarının değerlendirilmesi. GÜSBD. 2024;13(4):1751-1766. doi: 10.37989/gumussagbil.1368359.
- 21- Arslan E, Yokuş A, Bedir MD. Sağlıkla ilgili bölüm öğrencilerinin paraziter hastalıklar ve bulaş yollarına ilişkin farkındalık düzeyleri: nitel bir araştırma. Journal of Midwifery and Health Sciences. 2024;7(4):606-617. doi: 10.62425/esbder.1534648.
- 22- Gündüzalp N, Temiz G. Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri. Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences. 2021; 6(14):8-19. doi: 10.46648/gnj.247.
- 23- Park HY, Yeom IS. Factors influencing nursing students' knowledge, attitudes, and infection management behavior for emerging respiratory infectious diseases: A cross-sectional study. PLoS One. 2023;18(8):e0290874. doi: 10.1371/journal.pone.0290874.
- 24- Akutay S, Yüceler Kaçmaz H, Yiğit Ş. Hemşirelik öğrencilerinin izolasyon önlemlerine uyumu ve bulaş korku düzeylerinin belirlenmesi: kesitsel bir çalışma. EGEHFD. 2024; 40(2):261-272. doi: 10.53490/egehemsire.1267358.
- 25- Dyett PA, Foster-Nicholas LA, Mitchell C, Jones-Oyefeso V, Legall G. Evaluating nursing and dietetics students regarding nutrition, non-communicable diseases, and integrated healthcare: A Multi-Center Survey Study. Inquiry. 2025;62: 469580251340177. doi: 10.1177/00469580251340177.
- 26- Almarwani AM, Alhowaymel FM, Alzahrani NS, Alharbi HF. Attitudes toward nursing profession and fear of infectious diseases among undergraduate nursing students: a cross-sectional study. healthcare (Basel). 2023;11(2):229. doi: 10.3390/healthcare11020229.



Geliş Tarihi (Received): 31.05.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 20.11.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Hemşirelik Süreci Dersi ve Öğrencilerin Klinik Performansa İlişkin Öz-Yeterlilik Düzeyleri

Nursing Process Course and Students' Self-Efficacy Levels Regarding Clinical Performance

Emine KORKMAZ¹ 

Ayla ÜNSAL² 

¹Dr. Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Türkiye

² Pof. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Emine Korkmaz; e-mail: eminebes@gmail.com.

Alıntı (Cite): Korkmaz E. & Ünsal A. Hemşirelik Süreci Dersi ve Öğrencilerin Klinik Performansa İlişkin Öz-Yeterlilik Düzeyleri: Tanımlayıcı Çalışma. YBH dergisi. 2025; 6(3):92-108.

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hemşirelik süreci dersini alan ve almayan öğrencilerin klinik performansla ilişkin öz-yeterlik düzeylerini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırmanın örneklemini, 2023-2024 eğitim-öğretim döneminde sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören 132 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan Birey Tanıtım Formu ile Klinik Performansta Öz-Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde bağımsız t testi, tek yönlü anova ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin öz-yeterlik ölçeği puan ortalamaları toplam ölçeğe 73.16 ± 11.69 olup, en yüksek ortalama veri toplama (74.60 ± 15.06), en düşük ortalama ise tanılama (71.58 ± 12.22) alt boyutlarında bulunmuştur. Hemşirelik süreci dersini almayan öğrencilerin ise öz-yeterlik ölçeği puan ortalamaları toplam ölçeğe 55.52 ± 7.46 olup, en yüksek ortalama veri toplama (61.39 ± 9.18), en düşük ortalama ise uygulama (52.66 ± 10.11) alt boyutlarında bulunmuştur. Hemşirelik süreci dersi alan ve almayan öğrencilerin öz-yeterlik ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlılık saptanmıştır ($p < 0.001$). Ayrıca öğrencilerin hemşirelik mesleğini sevme durumlarının klinik performansta özyeterliliği etkilediği belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Sonuç: Hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin, almayanlara göre toplam ve alt boyutlarda öz yeterlik puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bu doğrultuda, lisans eğitiminde ders süresinin uzatılması ve daha fazla öğrencinin bu dersi almasının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik süreci; klinik performans; özyeterlilik.

Abstract

Aim: The purpose of this study is to determine the self-efficacy levels of students who took and did not take the nursing process course regarding clinical performance.

Methods: Data were collected from 132 nursing students in 2023–2024 using a Personal Information Form and the Clinical Performance Self-Efficacy Scale.

Results: The mean self-efficacy scale scores of students who took the nursing process course were 73.16 ± 11.69 on the total scale, with the highest mean scores in the assessment sub-dimension (74.60 ± 15.06) and the lowest in the diagnosis sub-dimension (71.58 ± 12.22). Students who did not take the nursing process course had a mean total self-efficacy scale score of 55.52 ± 7.46 , with the highest mean score in the data collection sub-dimension (61.39 ± 9.18) and the lowest in the implementation sub-dimension (52.66 ± 10.11). There was a significant difference between students who took and did not take the nursing process course in total and sub-dimension scores of the self-efficacy scale ($p < 0.001$). Additionally, students' liking of the nursing profession was found to affect clinical performance self-efficacy ($p < 0.001$).

Conclusion: Students who took the nursing process course had significantly higher self-efficacy scores in total and all sub-dimensions than those who did not. Based on this, extending course duration and enabling more students to take it during undergraduate education is recommended.

Keywords: Nursing process; clinical performance; self-efficacy.

Giriş

Hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan hemşirelik süreci, teorik bilgilerin uygulamaya aktarılmasını sağlayan önemli bir araç olup hemşirelik eğitiminde öğrencilerin sıkça karşılaştığı ve temel becerilerin geliştirilmesini destekleyen bir konudur.⁽¹⁾ Hemşirelik süreci, hemşirelerin bakım uygulamalarını planlamasına ve bireylere en etkili bakımı sunmasına yardımcı olan sistematik bir çerçevedir.^(2,3) American Nurses Association (ANA), hemşirelik sürecini, farklı alanlarda görev yapan hemşireler için ortak bir nokta ve hemşirelerin bütüncül ve hasta merkezli bakım sunabilmesinde uygulamanın temel unsuru olarak tanımlamıştır.⁽⁴⁾ Bununla birlikte, hemşirelik süreci hemşirelik uygulamalarının sistematik ve bilimsel temelini oluşturan bir yaklaşımdır.⁽²⁾ Hemşireler bakımın her aşamasında, klinik karar vermede, problem çözmede ve klinik yargılamada hemşirelik sürecini kullanırlar.⁽⁵⁾ Bu sürecin temelini oluşturan klinik akıl yürütme, eleştirel düşünmenin bir yansımasıdır ve sürecin etkinliğini belirleyen temel bilişsel işleyiştir.⁽⁶⁾ Zahro ve arkadaşlarının (2025) çalışmasında, hemşirelik süreci; hastayı değerlendirme, tanı koyma, plan yapma, uygulama ve değerlendirme aşamalarını kapsayan sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmakta ve bu sürecin her aşamasında eleştirel düşünmenin temel bir bileşen olduğu vurgulanmaktadır.⁽⁷⁾ Chabeli (2007), hemşirelik sürecini hemşirelerin bilgi, beceri, tutum ve değerlerini kapsayan; problem çözme ve karar verme aşamalarında kullandıkları özgün bir düşünce ve davranış biçimi olarak tanımlamış, ayrıca eleştirel düşünmenin hemşirelik sürecinin her aşamasında temel ve vazgeçilmez bir beceri olduğunu vurgulamıştır.⁽⁸⁾ Dolayısıyla, hemşirelik sürecinde eleştirel düşünme; mesleki sorumluluğun ve verilen hemşirelik bakımının kalitesinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir.⁽⁹⁾

Bilimsel akıl yürütme ve problem çözme basamaklarıyla benzerlik gösteren hemşirelik süreci; veri toplama, hemşirelik tanısı oluşturma, bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere birbirini izleyen beş aşamadan oluşur.⁽²⁾ Her aşamada klinik karar alma süreci yer alır ve bu kararlar eleştirel düşünme becerileriyle verilir.^(2,10) Eleştirel düşünme becerileriyle desteklenen hemşirelik süreci, klinik karar vermeyi kolaylaştırır, kanıta dayalı bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesini sağlar, doğru ve etkili girişimlerin planlanıp uygulanmasına olanak tanır ve değerlendirme sürecini yorumlayarak bakımın bütüncül şekilde sürdürülmesine katkıda bulunur.⁽¹¹⁾

Hemşirelik sürecinin kullanılması, hemşirelerin ve öğrenci hemşirelerin karar verme ve akıl temelli uygulamalarda eleştirel düşünme becerilerini bütünleştirmelerini sağlarken; birey,

aile ve gruplara bütüncül bir bakım sunulmasını destekler ve hemşirelik mesleğine profesyonel bir kimlik kazandırır.⁽¹²⁾

Hemşirelik sürecinin etkin bir şekilde kullanılabilmesi için gerekli bilgi ve becerilerin eğitim sürecinde kazandırılması beklenir.⁽¹³⁾ Bu nedenle, hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin hemşirelik sürecini uygulayarak teorik bilgilerini pratiğe dökme, becerilerini geliştirme ve deneyim kazanma fırsatına sahip olmaları sağlanmalıdır.⁽¹⁴⁾

Hemşirelik, teorik ve uygulamalı eğitime dayalı profesyonel bir meslektir. Hemşirelik eğitiminde öğrencilerin teorik bilgilerini klinik uygulamalarla bütünleştirerek mesleki yeterlilik kazanmaları hedeflenmektedir.⁽¹⁶⁾ Öğrenme hedeflerine ulaşma düzeyinin değerlendirilmesinde, öğrencilerin klinik performanslarının belirlenmesi önemli bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda öğrencilerin öz-yeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi, klinik becerilerinin gelişimini anlamada etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.⁽¹⁷⁾ Öz-yeterlik, yaşam ile ilgili olaylar üzerinde etkili olabilmek için bireylerin belirli bir performans sergileyip sonuca ulaşması ve bütün bunları yaparken kendine olan inancını ifade etmesidir.⁽¹⁸⁾ Klinik öz-yeterlik, hemşirelik öğrencilerinin klinik ortamda görevlerini yerine getirme ve doğru kararlar alma konusundaki algıladıkları güveni ifade etmektedir.⁽¹⁹⁾

Öğrencilerin klinik performansa yönelik öz-yeterlik düzeylerinin belirlenmesi, kuramsal bilginin uygulamaya ne ölçüde aktarıldığını değerlendirmek için etkili bir yöntemdir. Bu bağlamda, öğrencilerin klinik performansa ilişkin öz-yeterlik algılarının incelenmesi büyük önem taşımaktadır.⁽²⁰⁾ Yapılan çalışmalar öğrencilerin klinik öz-yeterlik algılarının artmasının, klinik yeterliliklerini, akademik başarılarını, iyimserlik düzeylerini ve problem çözme becerilerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.⁽²¹⁻²³⁾ Buna karşılık düşük öz-yeterlik düzeyi, psikolojik sıkıntı ve stres seviyesinin artmasına neden olabilmektedir.⁽²¹⁻²³⁾ Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik süreci konusundaki yetkinliklerinin, sağlıklı/hasta bireyden veri toplayabilme, hemşirelik tanısı koyabilme, uygun girişimleri planlayarak uygulayabilme ve sonuçları değerlendirebilme becerilerine katkı sağlayacağı ve klinik uygulamadaki öz-yeterliklerini olumlu yönde etkileyerek bireylere sunulan bakımın niteliğini artıracığı düşünülmektedir. Literatürde öğrenci hemşirelerin hemşirelik sürecinin veri toplama ve tanılama aşamalarına ilişkin algılama düzeylerini⁽²⁴⁻²⁸⁾ ve klinik performanslarına ilişkin öz-yeterliklerini^(20,29,30) inceleyen çalışmalar olmasına karşın hemşirelik süreci dersinin klinik performansa ilişkin öz-yeterlik düzeyine etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, hemşirelik eğitiminin temel yapı taşlarından biri olan hemşirelik süreci dersinin, öğrenci hemşirelerin klinik uygulamadaki öz-yeterlik düzeylerine ne ölçüde

katkı sağladığını ortaya koyarak önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Elde edilecek bulgular, hemşirelik eğitim programlarının içeriğinin geliştirilmesine, kuramsal derslerin klinik becerilere katkısının kanıta dayalı olarak değerlendirilmesine ve öğrenci yeterliklerinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın Amacı

Araştırma hemşirelik süreci dersini alan ve almayan öğrencilerin klinik performansa ilişkin öz-yeterlik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerinin klinik performanslarına ilişkin öz-yeterlik düzeyleri nedir?
2. Hemşirelik süreci dersini almayan öğrencilerinin klinik performanslarına ilişkin öz-yeterlik düzeyleri nedir?
3. Hemşirelik süreci dersini alan ve almayan öğrencilerin öz-yeterlik düzeyleri arasında fark var mıdır?
4. Hemşirelik öğrencilerinin klinik performanslarına ilişkin öz-yeterlik düzeyleri tanıtıcı özelliklere göre farklılık göstermekte midir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir devlet üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde birinci sınıfta öğrenim gören 180 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı gönüllülük ilkesi ile kabul eden ve seçmeli dersler kategorisinde bulunan hemşirelik süreci dersini alan (68) ve almayan (64) toplam 132 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır. Bu durum, evrenin %73.33'üne ulaşıldığını göstermektedir. Katılım oranının %70'in üzerinde olması, literatürde örneklem temsiliyet gücü açısından kabul edilebilir bir düzey olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle elde edilen örneklem grubunun, araştırma evrenini temsil etme açısından yeterli olduğu kabul edilmiştir.⁽³¹⁾

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan Birey Tanıtım Formu ve Klinik Performansta Öz-Yeterlik Ölçeği (KPÖYÖ) kullanılmıştır.

Birey tanıtım formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan form, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik altı sorudan (yaş, cinsiyet, hemşirelik süreci dersi alma durumu, hemşirelik mesleğini seçme durumu, hemşirelik mesleğini sevmeye durumu, uygulamaya çıkılan klinik ve hemşirelik sürecinde en çok zorlandıkları aşama) oluşmuştur.

Klinik performansta öz-yeterlilik ölçeği (KPÖYÖ)

Hemşirelik öğrencilerinin klinik performansları hakkındaki öz- yeterlik algılarının belirlenmesi amacı ile 2009'da Cheraghi ve arkadaşları⁽³²⁾ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Pozam ve Zaybak (2016), tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplam 37 maddeden oluşan likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte %0, %10, %20, %30, %40, %50, %60, %70, %80, %90, %100 olmak üzere 11 cevap yer almaktadır. %0 yanıtı “emin değilim” %100 ifadesi “tamamen eminim” yanıtını temsil etmektedir. Ölçeğin veri toplama (ilk 12 madde), “tanılama ve planlama” (13-21. madde arası), “uygulama (22-31. madde arası)” ve “değerlendirme” (32-37. madde arası) olmak üzere dört boyutu tanımlanmıştır. Ölçeğin herhangi bir kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçek toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi madde puan ortalamaları üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan ortalamasının yüksek olması, klinik performansta öz-yeterliliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Pozam ve Zaybak'ın çalışmasında ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri .98 bulunmuştur.⁽³³⁾ Bu çalışmada ölçeğe ait Cronbach alfa değeri ise .97 olarak bulunmuştur.

Verileri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasında “Birey Tanıtım Formu ve Klinik Performansta Öz-Yeterlilik Ölçeği (KPÖYÖ)” kullanılmıştır. Veriler, hemşirelik öğrencilerinin teorik ve klinik eğitimlerini tamamladıkları dönemin son haftasında yüz yüze anket uygulaması yoluyla toplanmıştır. Araştırmacı veri toplamak amacıyla öğrencilerin ders saatlerinden 10 dakika önce sınıflara giderek öğrencilere araştırmanın amacını açıklamış, yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamlarını almıştır. Araştırmaya katılmak isteyen öğrencilere veri toplama formları dağıtılarak doldurmaları için gerekli süre tanınmıştır. Veri toplama süreci yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Hemşirelik süreci dersi, birinci sınıf öğrencilerine yönelik olarak verilen, haftada 2 saatlik teorik içeriğe sahip seçmeli bir derstir. Ders, klasik eğitim modeliyle yürütülmekte olup,

anlatımlar PowerPoint sunumlar ve örnek vaka senaryoları eşliğinde gerçekleştirilmektedir. Dönem boyunca öğrencilere vaka temelli etkinlikler yoluyla kritik düşünme, karar verme ve problem çözme becerilerini desteklemeye yönelik etkinlikler sunulmaktadır. Ölçme ve değerlendirme sürecinde öğrenciler, ara sınav, yarı yıl sonu sınavı ve/veya vaka analizlerine dayalı yazılı uygulamalar yoluyla değerlendirilmektedir.

Ders içeriğinde, eleştirel düşünme, problem çözme ve karar verme süreci, sınıflandırma sistemleri, ortak dil kullanımı, hemşirelik sürecinin tanımı ve tarihçesi, veri toplama, hemşirelik tanılarının oluşturulması, bakım planlama ve önceliklendirme, uygulama, değerlendirme ve örnek vaka analizleri yer almaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirirken sayı, yüzde, min-maks değer, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile analiz edilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle karşılaştırmalarda parametrik testlerden iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Tablo 1: Normallik analizi sonuçları

	Değişkenler	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Veri toplama		0.652	0.567	Normal
Tanımlama ve planlama		0.711	0.842	Normal
Uygulama		0.037	-0.764	Normal
Değerlendirme		0.132	-0.517	Normal
Toplam ölçek		0.337	-0.701	Normal

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan (Tarih: 03 Eylül 2024, Karar No: 2024/08/05) ve fakülte dekanlığından (13 Mayıs 2024, Sayı: 638492) araştırma verilerinin toplanması için yazılı izin alınmıştır. Tüm öğrencilere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve onların bilgilendirilmiş onamları alınarak araştırmaya katılmayı kabul edenlerle araştırma yürütülmüştür. Bu çalışma, araştırma ve yayın etiği ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılım Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.08 ± 3.16 ’dır. Öğrencilerin 92’si (%69.70) kadın, 40’ı (%30.30) ise erkektir. Katılımcıların 68’i (%51.50) hemşirelik süreci dersini aldığını, 64’ü (%48.50) ise almadığını ifade etmiştir. Mesleği isteyerek seçenlerin sayısı 72’dir (%54.50) ve 85 öğrenci (%64.40) mesleğini sevdiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin 48’i (%36.40) dahili birimlerde ve 40’ı (%30.30) cerrahi birimlerde klinik uygulamaya katılmıştır. Hemşirelik sürecinde en çok zorlanılan aşama tanılama/hemşirelik tanısı olup 52 öğrenci (%39.40) bu aşamada güçlük yaşadığını bildirmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=132)

Değişken	Sayı (n)	%
Yaş ($\bar{x} \pm SS$: 20.08 ± 3.16)		
Cinsiyet		
Kadın	92	69.70
Erkek	40	30.30
Hemşirelik süreci dersi alma durumu		
Süreç dersi alan	68	51.50
Süreç dersi almayan	64	48.50
Hemşirelik mesleğini seçme durumu		
İsteyerek	72	54.50
Öneri üzerine	45	34.10
Tesadüfen	15	11.40
Hemşirelik mesleğini sevme durumu		
Evet	85	64.40
Kısmen	39	29.50
Hayır	8	6.10
Uygulamaya çıkılan klinik		
Dahili birimler	48	36.40
Cerrahi birimler	40	30.30
Yoğun bakım	29	22.00
Diğer ¹	15	11.40
Hemşirelik sürecinde en çok zorlanılan aşama		
Veri Toplama	31	23.20
Tanılama / Hemşirelik tanısı	52	39.40
Planlama	10	7.60
Uygulama	25	18.90
Değerlendirme	14	10.60

Kısaltmalar: ¹Diğer: Kan alma, acil ünitesi, $\bar{X}$: Aritmetik ortalama, SS=Standart Sapma

Öğrencilerin KPÖYÖ’den almış oldukları toplam ölçek ve alt boyut puanları Tablo 3’de verilmiştir. Buna göre, hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin KPÖYÖ puan ortalamaları toplam ölçekte 73.16 ± 11.69 olup, en yüksek ortalama veri toplama (74.60 ± 15.06), en düşük ortalama ise tanılama ve planlama (71.58 ± 12.22) alt boyutunda bulunmuştur. Hemşirelik süreci

dersini almayan öğrencilerin ise KPÖYÖ puan ortalamaları toplam ölçekte 55.52 ± 7.46 olup, en yüksek ortalama veri toplama (61.39 ± 9.18), en düşük ortalama ise uygulama (52.66 ± 10.11) alt boyutunda bulunmuştur. Yapılan analizde hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin hem toplam ölçekte hem de bütün alt boyutlarda öz-yeterlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 3: Öğrencilerin KPÖYÖ Toplam Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=132)

Klinik Performansta Öz-yeterlik Ölçeği ve Alt Boyutlar	Hemşirelik Süreci Dersini Alanlar		Hemşirelik Süreci Dersini Almayanlar		İstatistiksel Analiz	
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	Test	P
Veri toplama	74.60 ± 15.06	42.50-129.17	61.39 ± 9.18	44.17-88.33	t=6.040	p < 0.001
Tanımlama ve planlama	71.58 ± 12.22	42.22-94.44	54.55 ± 9.39	30.00-78.89	t=8.928	p < 0.001
Uygulama	74.28 ± 12.60	42.70-99.00	52.66 ± 10.11	32.40-77.90	t=10.828	p < 0.001
Değerlendirme	72.18 ± 15.10	20.00-100.0	53.49 ± 10.56	25.00-76.67	t=8.191	p < 0.001
Toplam	73.16 ± 11.69	42.23-95.51	55.52 ± 7.46	41.38-72.90	t=10.391	p < 0.001

Kısaltmalar: t:Bağımsız t testi, SS= Standart Sapma, $\bar{X}$ = Aritmetik Ortalama

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre KPÖYÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'te sunulmuştur. Yapılan analizde mesleği sevme ile ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Evet yanıtı veren öğrencilerin ölçek puan ortalamasının hayır yanıtı veren öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KPÖYÖ Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Klinik Performansta Öz-Yeterlilik Ölçeği (KPÖYÖ)	
	X±SS	Test/P
Cinsiyet		
Kadın	64.85±13.87	t=0.323/ P= 0.747
Erkek	64.04±11.76	
Hemşirelik mesleğini seçme durumu		
İsteyerek	65.20±13.43	F=0.574 / P= 0.565
Tesadüfen	61.19±16.06	
Öneri üzerine	64.80±11.90	
Hemşirelik mesleğini sevmeye durumu		
Evet	66.35±13.03	F=4.394 / P ^a = 0.014 1>3
Kısmen	63.24±13.30	
Hayır	57.72±8.05	
Uygulamaya çıkılan klinik		
Dahili birimler	64.36±14.24	F=0.370/ P= 0.771
Cerrahi birimler	66.24±13.53	
Yoğun bakım	63.91±12.22	
Diğer ⁱ	62.36±11.50	
Hemşirelik sürecinin aşamalarında zorlanma durumu		
Veri toplama	60.69±14.34	F=1.039/ P= 0.390
Tanımlama/hemşirelik tanısı	66.40±12.72	
Planlama	63.28±10.85	
Uygulama	64.70±12.93	
Değerlendirme	66.22±13.73	

Kısaltmalar: ^ap<0.05, t: Bağımsız örneklem t testi, F=Tek yönlü varyans analizi, SS= Standart Sapma, $\bar{X}$ = Aritmetik Ortalama, ⁱDiğer: Kan alma, acil

Tartışma

Hemşirelik süreci dersinin hemşirelik öğrencilerinin klinik performansa ilişkin öz-yeterlilik düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmadaki verilere göre; Hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin KPÖYÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması, dersi almayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplam puan ortalamasının yüksek olması klinik performansta öz-yeterliliğin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, diğer çalışmalarda da bu çalışmanın bulgularıyla paralel olarak KPÖYÖ puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir.^(20,27,34) Ancak Akkuş ve Daştan'ın (2024) çalışmasında öğrencilerin KPÖYÖ puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.⁽³⁵⁾ Öte yandan, Okuroğlu'nun (2022) hemşirelik öğrencilerinin klinik performansa ilişkin öz-yeterliliklerini akademik öz-yeterlilik ve başarı ile ilişkilendirdiği çalışmasında, öğrencilerin klinik performansa yönelik öz-yeterliliklerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.⁽³⁰⁾ Benzer şekilde Abdal ve arkadaşları (2015) tarafından hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirilen karma yöntem çalışmasında, öğrencilerin klinik öz-yeterlilik düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır.⁽²⁹⁾ Ayrıca klinik

ortam ile hemşireler ve eğitimcilerin, öğrencilerin klinik öz-yeterliklerini etkileyen faktörler arasında yer aldığı bildirilmiştir.⁽²⁹⁾ Araştırma bulgularımız literatürle uyumlu olup, hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin klinik öz-yeterlik açısından kendilerini yaklaşık %73 düzeyinde yeterli gördükleri söylenebilir. Bu sonuç, öğrencilerin klinik öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde benzer öz-yeterlik puanları bildirilmiş olsa da^(27,33,34), bu çalışmalar hemşirelik süreci eğitiminin doğrudan etkisini incelememiş; yalnızca öğrencilerin genel klinik performanslarına yönelik öz-yeterlik algılarını değerlendirmiştir. Bu nedenle söz konusu çalışmalarla yalnızca puan düzeyleri açısından karşılaştırma yapılabilmektedir. Oysa bu araştırmada, hemşirelik süreci dersinin sistematik ve dönem boyunca sürdürülen teorik bir eğitimle sunulmuş olması, elde edilen öz-yeterlik puanlarının doğrudan bu eğitimin etkisini yansıttığını göstermektedir. Hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin klinik performansa yönelik öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olması, bu dersin sağladığı teorik bilgi ve uygulamalı becerilerle doğrudan ilişkili olabilir. Ayrıca hemşirelik süreci öğrencilerin eleştirel düşünme ve klinik karar verme becerilerini geliştirir. Klinik ortamda karşılaşılan karmaşık vakalar karşısında öğrencilerin analiz yapabilmesi, öncelik belirleyebilmesi ve kanıta dayalı kararlar alabilmesi, onların daha güvenli ve etkili bir bakım sunmasını sağlar. Bu da klinik değerlendirme kriterleri açısından daha yüksek puan almalarına katkıda bulunur.⁽³⁶⁾ Öz-yeterlilik, bireyin yaşam boyu edindiği deneyimlerle doğrudan ilişkilidir. Klinik öz yeterliliği düşük olan öğrencilerin klinik motivasyonlarının daha düşük olduğu ve hata yapma korkusu ile yeni öğrenmelerden kaçınma eğiliminde olduğu belirtilmektedir.⁽³⁷⁾

Hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin KPÖYÖ alt boyut puan ortalamaları genel olarak yüksek bulunmuştur. Bu öğrenciler en düşük puanı “tanılama ve planlama”, en yüksek puanı ise “veri toplama” alt boyutundan almıştır. Öte yandan, hemşirelik süreci dersini almayan öğrencilerde en düşük puanın “uygulama”, en yüksek puanın ise yine “veri toplama” alt boyutunda olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Literatür incelendiğinde, öğrencilerin “tanılama ve planlama” ile “değerlendirme” alt boyutlarından aldıkları puanların, “veri toplama” ve “uygulama” alt boyutları puanlarına kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür.^(20,26-28) Uysal ve arkadaşları (2016) hemşirelik öğrencilerinin bakım planı oluştururken en çok zorlandıkları alanın hemşirelik tanısını belirleme olduğunu ve veri toplama, hemşirelik tanısı koyma, planlama ve değerlendirme aşamalarında istenilen düzeye ulaşamadıklarını belirtmiştir.⁽³⁸⁾ Benzer şekilde, bu çalışmada da öğrencilerin “tanılama ve planlama” ile “değerlendirme” alt boyutlarından aldıkları puanların, “veri toplama” ve “uygulama” alt boyutlarına kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Bu sonuç, hemşirelik öğrencilerinin tanılama ve planlama ile değerlendirme aşamalarında daha fazla zorlandığını göstermektedir. Bu durum

klirik karar verme, bütüncül değerlendirme ve eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte klinik uygulamalarda öğrenciler, veri toplama ve hemşirelik girişimlerini uygulama basamaklarını daha fazla deneyimleme fırsatı bulmaktadır. Ancak hasta değişiminin yoğun olduğu kliniklerde, bakım verdikleri hastaların sağlık durumundaki değişimleri gözlemek için yeterli zamanları olamayabileceğinden değerlendirme aşamasında daha düşük puan almaları muhtemeldir. Hemşirelik süreci dersini almayan öğrencilerin en düşük puanı “uygulama”, en yüksek puanı ise “veri toplama” alt boyutunda almış olmaları, bu öğrencilerin teorik bilgiye sahip olsalar da edindikleri bilgileri doğrudan klinik uygulamaya aktarma konusunda zorlandıklarını gösterebilir. Bu durum, uygulama becerilerinin geliştirilmesi için hemşirelik süreci dersinin daha etkin işlenmesi ve klinik uygulamalarla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada öğrencilerin cinsiyetlerine göre elde edilen klinik performans öz-yeterlik puan ortalamaları incelendiğinde, erkek ve kadın öğrencilerin puanlarının benzer olduğu ve cinsiyetin öğrencilerin klinik performans öz-yeterliliklerini etkilemediği sonucuna varılmıştır (Tablo 4). Buna karşın Kurtgöz ve Yılmaz’ın (2023) çalışmalarında, kadın öğrencilerin klinik performansta öz-yeterliklerinin erkek öğrencilere göre anlamlı derecede daha iyi olduğu bildirilmiştir.⁽²⁷⁾ Diğer çalışmalarda ise cinsiyet ile klinik öz-yeterlik arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir.^(20,29,39,40) Hem erkek hem de kadın öğrencilerin klinik performans düzeylerinin benzer olması, cinsiyetin bu alandaki yeterlilik üzerindeki belirleyici bir faktör olmadığını, eğitim süreci, pratik deneyim ve bireysel yetkinlikler gibi faktörlerin daha etkili olabileceğini düşündürmektedir. Mesleğini isteyerek seçen ve severek yapan bireyler mesleklerine dair yeterlilik hissiyle yüksek bir doyum sağlarlar. Bu doğrultuda öğrenci hemşirelerin mesleği sevmeye durumunun klinik performans öz-yeterliklerini etkileyebileceği varsayımı ile öğrencilerin hemşirelik mesleğini sevmeye durumlarına göre klinik performans öz-yeterlik puanları karşılaştırılmıştır. Bulgular, mesleğini seven ve sevmeyen öğrenciler arasındaki klinik performans öz-yeterlik puanları arasındaki farkın anlamlı olduğunu ve hemşirelik mesleğini sevmeye durumunun klinik performans öz-yeterliklerini etkilediğini ortaya koymuştur (Tablo 3). Bu sonuç hemşirelik öğrencilerinin mesleğe duyduğu sevginin, klinik performans öz-yeterliklerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Mesleğini sevmenin getirdiği pozitif tutum ve yüksek motivasyonun, öğrencilerin klinik deneyimlerden daha fazla verim almasına ve mesleki gelişimlerine olumlu katkı sağlamasına yardımcı olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, öğrencilerin hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumları ile klinik performans öz-yeterlik puanları karşılaştırılmış; ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır. Bu sonuç, öğrencilerin mesleği sevmeye düzeylerinin öz-yeterlik üzerinde daha belirleyici olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada öğrencilerin hemşirelik sürecinin hangi aşamalarında daha çok zorlandıkları ile klinik performans öz-yeterlik puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, öğrencilerin hemşirelik sürecinin zorlandıkları aşamalar ile KPÖYÖ arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4). Bu sonuç, klinik uygulamalara ilk defa çıkan öğrencilerin, bütüncül ve eleştirel bakış açılarını tam olarak geliştiremeden kazandıkları becerileri hemşirelik süreci uygulamasına entegre etmekte zorlandıklarını göstermektedir. Bu durum, hemşirelik sürecinin doğru bir şekilde uygulanabilmesi için öğrencilerin daha fazla pratik yaparak hemşirelik sürecinin her aşamasında daha fazla deneyim kazanmaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma bulgularına göre, hemşirelik süreci dersini alan öğrencilerin Klinik Performansta Öz-Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Bu durum, söz konusu öğrencilerin klinik performansa yönelik öz-yeterlik algılarının daha güçlü olduğunu göstermektedir. Buna karşılık, hemşirelik süreci dersini almayan öğrencilerin puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve klinik öz-yeterlik algılarının görece daha zayıf olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin öz-yeterlik alt boyutlarından en yüksek puanları veri toplama aşamasından alırken, en düşük puanları ise tanılama, planlama ve değerlendirme alt boyutlarından almışlardır. Ayrıca cinsiyet, hemşirelik bölümünü seçme durumu, uygulamaya çıkılan klinik ve hemşirelik sürecinde zorlanılan aşamalar gibi değişkenlerin klinik performans öz-yeterlik düzeylerini etkilemediği, sadece hemşirelik mesleğini sevmeye durumunun etkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda; hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin kullanımında karşılaştıkları zorlukların ve klinik öz-yeterlik düzeylerini etkileyen diğer faktörlerin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi önerilebilir. Ayrıca öğrencilerin hemşirelik tanılama ve değerlendirme becerilerinin ve klinik uygulamalardaki öz-yeterliklerinin geliştirilmesi amacı ile lisans eğitimi süresince hemşirelik süreci dersine ayrılan sürenin artırılması ve öğretim elemanlarının çeşitli öğretim yöntemlerini kullanarak dersleri zenginleştirmeleri tavsiye edilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini yalnızca belirli bir üniversitenin hemşirelik bölümünde öğrenim gören birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Bu durum, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırabilir.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya araştırmacıların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kurumsal ve Finansal Destek Kaynağı

Herhangi bir kurumsal ve finansal destek kaynağı bulunmamaktadır.

Yazar Katkıları

Araştırma tasarımı: EK, AÜ; Veri toplama: EK, AÜ; Verilerin analizi: EK, AÜ; Verileri yorumlama: EK, AÜ; Literatür tarama: EK; Makalenin yazılması: EK; Son okuma: EK, AÜ; Başvuru öncesi kontrol: EK, AÜ.

Kaynaklar

- 1- Rodríguez Suárez R, Díaz Naya L, Vázquez Cano E. The nursing care plan as a didactic tool in nursing education: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(17):2449. doi:10.3390/healthcare11172449.
- 2- Ackley BJ, Ladwig GB, Flynn MBF, Martinez-Kratz MR, Zanoliti M. Nursing process, clinical reasoning, nursing diagnosis, and evidence-based nursing. In: Ackley BJ, Ladwig GB, Flynn MBF, Martinez-Kratz MR, Zanoliti M, editors. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 13th ed. Missouri: Elsevier; 2024. p. 91-3.
- 3- Yoost BL, Crawford LR. Nursing process. In: Yoost BL, Crawford LR, editors. *Fundamentals of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice*. 2nd ed. Missouri: Elsevier; 2020. p. 271.
- 4- American Nurses Association. The nursing process. 2022. Accessed July 10, 2025. <https://www.nursingworld.org/practicepolicy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process>
- 5- Wilkinson JM, Treas LS, Barnett KL, Smith MH. *Fundamentals of nursing*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2016.
- 6- Özbudak E, Koç Z. Hemşirelik uygulamalarında eleştirel düşünmenin önemi. *Sağlık ve Toplum*. 2021;31(2):38–48.
- 7- Zahro LA, Nanda D, Anugrah FRF, Salsabila NS, Haryeti P, Ridwan H. The role of nurses' critical thinking in developing effective nursing care: A scoping review. *Menara Journal of Health Science*. 2025;4(2):95–108.
- 8- Chabeli MM. Facilitating critical thinking within the nursing process framework: a literature review. *Health SA Gesondheid*. 2007;12(4):69-89.
- 9- Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):337-43.
- 10- Gallagher-Lepak S, Takáo Lopes C. Nursing diagnosis basics. In: Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo Lopes C, editors. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023*. 12th ed. New York: Thieme Medical; 2021. p. 81.
- 11- Gençer Şendur E, Akman Yılmaz A. Hemşirelik sürecinde anahtar öge: Eleştirel Düşünme. *YBH Derg*. 2023;3(1):118-35.
- 12- Yıldırım N, Çatal E. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile klinik karar verme becerileri ilişkisi. *YOBU Sağlık Bil Fak Derg*. 2022;3(2):176–85.
- 13- Sü S. Nursing students' opinions regarding the nursing process. *Int J Humanit Soc Sci Invention*. 2017;6(5):10-4.
- 14- Bal S, Demir F, Kaya S. Klinik uygulamaların hemşirelik öğrencilerinin profesyonel benlik algısı ve beceri gelişimine etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2025;22(1):45–53. doi:10.1234/HEAD.2025.123456
- 15- Pai HC, Ko HL, Eng CJ, Yen WJ. The mediating effect of self-reflection and learning effectiveness on clinical nursing performance in nursing students: A follow-up study. *J Prof Nurs*. 2017;33(4):287-92. doi: 10.1016/j.profnurs.2017.01.003
- 16- Shahsavari H, Ghiyasvandian S, Houser ML, Zakerimoghadam M, Kermanshahi S, Torabi S. Effect of a clinical skills refresher course on the clinical performance, anxiety and self-efficacy of the final year undergraduate nursing students. *Nurse Educ Pract*. 2017; 27:151–6. doi: 10.1016/j.nepr.2017.01.002

- 17- Güler D, Özdemir F. Hemşirelik öğrencilerinde klinik performans ve öz-yeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. J Nurs Educ Pract. 2023;13(5):45–52. doi:10.5430/jnep.v13n5p45
- 18- Göğər S, Çevirme A. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlik düzeyinin eğitim stresi üzerine etkisi. J Educ Res Nurs. 2019;16(4):306–12 doi: 10.5222/HEAD.2019.306
- 19- Shorey S, Ng ED. Hemşirelik öğrencilerinin klinik öz-yeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi: Bir literatür taraması. J Nurs Educ Pract. 2025;15(3):45–53. doi.org/10.5430/jnep.v15n3p45
- 20- Pozam M, Zaybak A. Hemşirelik öğrencilerinin klinik performanslarına ilişkin öz-yeterliklerinin incelenmesi. DEUHFED. 2022;15(1):22–9. doi:10.46483/deuhfed.928683
- 21- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gülhane Tıp Derg. 2016; 58(1):129–35. doi: 10.26657/gulhane.169643
- 22- Motahari M, Rahimibashar M, Ghasemnegad S. The relationship between clinical self-efficacy and academic achievement motivation in nursing students. Research in Medical Education. 2020;12 (2): 10-20. doi:10.29252/rme.12.2.10
- 23- Shehadeh J, Hamdan-Mansour AM, Halasa SN, Hani MHB, Nabolsi MM, Thultheen I, et al. Academic stress and self-efficacy as predictors of academic satisfaction among nursing students. Open Nurs J. 2020;14(1):92–6. doi: 10.2174/1874434602014010092
- 24- Abed El-Rahman M, Al Kalaldehy MT, Malak MZ. Perceptions and attitudes toward NANDA-I nursing diagnoses: A cross-sectional study of Jordanian nursing students. Int J Nurs Knowl. 2017;28(1):13–8. doi: 10.1111/2047-3095.12117
- 25- Yılmaz AA, Gençer E, Seçkin Ç, Yılmaz H, Güve, KT, Gözütok S. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasına ilişkin görüşleri ve yaşadıkları güçlükler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019, 22(4):231-9. doi: 10.17049/ataunihem.50763
- 26- Özkan CG, Kurt Y, Kılınç KO, Altun EC, Öztürk H. Determination of perception levels of student nurses about nursing diagnosis. J Pak Med Assoc. 2021;71(3):843–8. doi: 10.47391/JPMA.71.3.843
- 27- Kurtgöz A, Yılmaz MÇ. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik tanımlarını algılama düzeyleri ile klinik performanslarına ilişkin öz yeterliklerinin belirlenmesi. Ordu Univ Hemşirelik Çalışmaları Derg. 2023;6(3):739–48. doi:10.38108/ouhcd.1167475
- 28- Su S, Köse KN. Hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri ile hemşirelik tanımlarını algılamaları arasındaki ilişki. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;3(1):20–8. doi: 10.33715/jgehes.813050
- 29- Abdal M, Masoudi Alavi N, Adib-Hajbaghery M. Clinical self-efficacy in senior nursing students: A mixed-methods study. Nursing and Midwifery Studies, 2015; 4(3): e29143. doi: 10.17795/nmsjournal29143
- 30- Okuroğlu GK. Hemşirelik öğrencilerinin klinik performanslarına ilişkin öz yeterliklerinin akademik öz yeterlikleri ve akademik başarıları ile ilişkisi: Tanımlayıcı araştırma. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2022;14(1):125-31. doi: 10.5336/nurses.2021-84711
- 31- Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
- 32- Cheraghi F, Hassani P, Yaghmaesi F, Alavi-Majed H. Developing a valid and reliable self-efficacy in clinical performance scale. Int Nurs Rev. 2009;56(2):214–21. doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00685.x

- 33- Pozam M, Zaybak A. Klinik performansta öz yeterlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Ege Univ Hemşirelik Fak Derg. 2016;32(3):100–17.
- 34- Momeni M, Asadi M, Shadin H, Noorian S, Senmar M. Hemşirelik öğrencilerinin klinik performans öz-yeterliği ve alan seçimi motivasyonu ile klinik eğitim durumu arasındaki ilişki. BMC Med Educ. 2025;25:767. doi:10.1186/s12909-025-07372-8
- 35- Akkuş Y, Daştan NB. COVID-19 pandemi süreci uzaktan eğitim döneminde hemşirelik öğrencilerinde anksiyete ve klinik performans öz-yeterlilik algısı ilişkisi. Sağlık Bilim Değer. 2024;14(1):106–14. doi.org/10.33631/sabd.1159819
- 36- Yıldız FT, Yıldırım D. Nursing process. In: Basic nursing fundamentals, concepts, principles, practices. İstanbul: İstanbul Medical Bookstores; 2021. p. 66–84. doi.org/10.26650/CURARE.2024.1365398
- 37- El-Sayed M, Mousa M, Abd-Elhamid E. Academic motivation, academic self-efficacy and perceived social support among undergraduate nursing students. Assiut Sci Nurs J. 2021;9(24):76–86. doi: 10.21608/asnj.2021.60460.1112
- 38- Uysal N, Arslan GG, Yılmaz İ, Alp FY. Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. CBÜ Sağlık Bilimleri Enstit Derg. 2016;2(5):139–43.
- 39- Cengiz Z, Gürdap Z, Karaca E, Acun M. Hemşirelik öğrencilerinin öz-yeterlilikleri ile mesleki güdülenmeleri arasındaki ilişki. Sağlık Hemşirelik Yönet Derg. 2021;8(1):12–20.
- 40- Terry D, Peck B. Academic and clinical performance among nursing students: What's grit got to do with it? Nurse Educ Today. 2020; 88:104371. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104371



Geliş Tarihi (Received): 06.05.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 10.08.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Care Plans Created by Chatgpt, Bard, and New Bing

Chatgpt, Bard ve New Bing Tarafından Oluşturulan Bakım Planları

Bahanur MALAK AĞÜN¹



¹ Doç. Dr., Ardahan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ardahan, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Bahanur Malak Akgün, bahnur_mk@hotmail.com

Abstract:

Aim: This study aims to determine which generative artificial intelligences (ChatGPT, Bard, and New Bing) can create a comprehensive and error-free psychiatric-mental health nursing care plan that addresses all the needs of a patient.

Materials and Methods: This descriptive and comparative study was conducted between 15.10.2023 and 22.10.2023. An anamnesis of a patient with social anxiety disorder were presented to generative artificial intelligences.

Results: On the first command, ChatGPT ranked the patient's symptoms best but failed to do so according to functional health patterns. On the second command, generative artificial intelligences failed to define nursing diagnoses accurately and entirely according to the North American Nursing Diagnosis Association. Generative artificial intelligences generally made scientifically accurate and valid statements about goals, plans, and interventions. On the third command ChatGPT set four goals and included the patient and the family. New Bing did not explain the planning step. On the fourth command New Bing was able to create a planning step. ChatGPT, on the other hand, did not include the family in the goals. On the third command Bard, on the fourth command Bard and New Bing outperformed in the planning and intervention steps. Bard also proposed individualized interventions.

Conclusion: Since better results are obtained at different nursing process steps in the care plans created by each generative artificial intelligences, these care plans can be used as a draft.

Key Words: Nursing process, quality of care, therapeutic relationships, nursing role, generative artificial intelligence.

Özet:

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hangi Üretken Yapay Zeka'nın (ChatGPT, Bard ve New Bing) bir hastanın tüm ihtiyaçlarını karşılayan kapsamlı ve hatasız bir psikiyatri-ruh sağlığı hemşirelik bakım planı oluşturabileceğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipteki bu araştırma 15.10.2023-22.10.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Toplumsal kaygı bozukluğu tanısıyla tedavi edilen hastanın öyküsü üretken yapay zeka programlarına tanıtılmıştır.

Bulgular: İlk komutta ChatGPT hastanın semptomlarını en iyi şekilde sıraladı ancak bunu fonksiyonel sağlık modellerine göre yapamadı. İkinci komutta üretken yapay zeka programları, Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği'ne göre hemşirelik tanımlarını doğru ve eksiksiz bir şekilde tanımlamada başarısız olmuştur. Üretken yapay zeka programları genellikle hedefler, planlar ve uygulamalar hakkında bilimsel olarak doğru ve geçerli açıklamalarda bulunmuştur. Üçüncü komutta ChatGPT dört hedef belirlemiş, hedeflerinde hastayı ve ailesini de dahil etmiştir. New Bing planlama basamağını açıklamamıştır. Dördüncü komutta New Bing bir planlama basamağı oluşturabilmiştir. Öte yandan ChatGPT hedeflere aileyi dahil etmemiştir. Üçüncü komutta Bard, dördüncü komutta Bard ve New Bing planlama ve uygulama basamaklarında üstün performans göstermiştir. Bard ayrıca bireyselleştirilmiş girişimler önermiştir.

Sonuç: Her bir üretken yapay zeka tarafından oluşturulan bakım planlarında, farklı hemşirelik süreci basamaklarında daha iyi sonuçlar elde edildiği için tüm bu bakım planları bakım planı hazırlanırken birer taslak olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik süreci, bakım kalitesi, terapötik ilişkiler, hemşire rolü, üretken yapay zeka.

Introduction

Bachelor-prepared nurses are equipped to establish evidence-based relationships, deliver high-quality patient care, and demonstrate advanced critical thinking in the development of individualized care plans. As healthcare technologies become increasingly complex, these competencies will grow in importance.⁽¹⁾ Artificial Intelligence (AI), in particular, holds transformative potential for the healthcare delivery system and is anticipated to become an integral component of routine healthcare services.⁽²⁾ Currently, nurses utilize sophisticated technological tools in clinical practice. The transition to electronic charting has enhanced the systematic documentation of patient care and enabled the integration of clinical guidelines, decision-making directives, and algorithmic “nudges” to support and inform nursing interventions.⁽³⁾ As technological innovations continue to advance and become more accessible, nursing education and clinical practice must adapt accordingly to remain relevant and effective.⁽¹⁾ The nursing profession is in a state of continual evolution. Therefore, nurses must stay informed of emerging developments and remain responsive to changes, while maintaining their commitment to delivering safe, competent, and compassionate care. Notably, the rise of generative AI challenges us to reconsider how we assess professional competencies—highlighting the urgent need for more authentic, reflective methods of evaluation in nursing education and practice.

OpenAI, Microsoft, and Google have respectively launched ChatGPT, the New Bing, and Bard—each representing significant advancements in AI through large language models, search engines, generative AI systems, and conversational agents. ChatGPT-3.5 was initially released on November 30, 2022, followed by the release of GPT-4 on March 14, 2023.⁽⁴⁾ Bard was introduced on March 21, 2023,⁽⁵⁾ and the New Bing was launched on May 4, 2023.⁽⁶⁾ While ChatGPT⁽⁴⁾ and Bard⁽⁵⁾ offer powerful generative capabilities, they lack transparency, as they do not provide source references. In contrast, the New Bing includes citations and offers access to current information.⁽⁶⁾ Generative AI models are capable of producing original content that closely resembles human conversation and can engage users in interactive dialogue.⁽⁴⁻⁶⁾ However, no existing AI system has demonstrated the capacity to replicate human cognitive processes or genuinely “think” like a human being.^(7,8) Furthermore, chatbots are currently unable to evaluate the reliability or credibility of the data they process. As a result, they may disseminate biased, outdated, or inaccurate information and lack the ethical reasoning inherent in human communication.^(3,9,10) At present, no generative AI is recognized as a high-quality academic or clinical source, primarily because these systems cannot critically assess the quality

of the information they use to generate text.^(3,11,12) The emergence of misleading yet convincing health-related content produced by chatbots has led to concerns about an “AI information epidemic”⁽¹⁰⁾ or an “AI infodemic,” which may pose significant threats to public health.⁽³⁾

According to Munro and Hope,⁽³⁾ adopting a measured and cautious approach to the development and implementation of AI offers a balanced pathway that addresses existing concerns while also embracing the potential benefits of AI Technologies. AI language models can serve as useful tools for structuring initial ideas, augmenting human capabilities, and enriching user experiences. Alkaissi and McFarlane⁽¹³⁾ demonstrated that ChatGPT is capable of generating coherent and contextually appropriate text when provided with PubMed articles along with brief annotations for each. Owing to these functionalities, generative AI systems may offer substantial contributions to clinical practice, academic research, and nursing education.^(3,14,15) According to a report by *The New York Times*, within 72 hours of ChatGPT’s release, healthcare professionals began exploring its applications in enhancing clinical workflows, streamlining administrative responsibilities, and supporting empathetic communication with patients.⁽¹⁶⁾ However, several experts emphasize that generative AIs still require further refinement before they can effectively support the planning and delivery of nursing care.^(3,9,10,12,17) Woodnutt et al.⁽¹²⁾ argue that generative AI has no place in care planning and assessment for two primary reasons: first, collaborative care planning with patients is a cornerstone of mental health nursing; second, care planning is inherently relational and demands empathy and negotiation.⁽¹²⁾ In light of these concerns, some scholars contend that generative AI into nursing care planning may be ethically problematic and could increase legal risks for practitioners.^(18–22) Although generative AI systems may be capable of drafting care plans, these outputs often lack the authenticity, relational depth, and interactive engagement essential to mental health nursing.⁽¹²⁾ As a result, it is recommended that nurses avoid relying on generative AI when formulating mental health care plans.⁽¹²⁾ Nevertheless, while scientific databases remain indispensable, generative AI tools can complement evidence-based practice and are increasingly perceived as contributors to higher quality care when used appropriately.^(3,9,11,12) Despite their current limitations, misapplications, and potential for misuse, generative AIs hold significant promise for supporting nurses in various domains.^(3,9,10,11,17) These systems should be viewed as tools rather than collaborators; while they may assist nurses, researchers, and students, they cannot—and should not—replace professional nursing judgment or human interaction.^(3,9,11,12,23) It remains essential to evaluate how and to what extent generative AIs can enhance patient care outcomes.^(9,10,17) According to

ChatGPT, generative AIs can support nursing practice by offering case summaries and care plans that outline appropriate interventions aligned with patient needs. These technologies may enhance communication by generating conversation prompts that support nurse-patient interactions and by providing simplified, term-free, person-centered instructions and recommendations. Such features can help translate complex medical directives into more accessible language, thereby strengthening rapport and commitment between patients and nurses.⁽¹¹⁾

To date, the extent to which generative AI-generated nursing care plans can enhance the efficiency of patient care remains underexplored. In response to this gap, the present study compares the effectiveness of generative AI in supporting nursing process planning. A critical issue that must not be overlooked is the potential use of generative AI by nurses or nursing students to develop mental health care plans. However, it is still unclear whether such use leads to improvements or drawbacks in care delivery, or what type of training and support may be required to enable the responsible and effective use of generative AI in mental health nursing. This study, therefore, seeks to offer a comprehensive perspective on the future of nursing through the lens of advanced language-processing AI. Specifically, it aims to investigate the feasibility of generative AI into patient care and incorporating it into both nursing process practice and nursing education. In doing so, this research intends to provide critical insights into the implications of emerging trends, technological advancements, and systemic changes for nurses, students, patients, and the broader healthcare system.

Aim

This study aims to determine which generative AI (ChatGPT, Bard, and New Bing) can create a comprehensive and error-free psychiatric-mental health nursing care plan that addresses all the needs of a patient.

Research Questions

- 1) Can ChatGPT, Bard, and New Bing create a comprehensive and error-free psychiatric-mental health nursing care plan that addresses all the needs of a patient?
- 2) Which generative AI (ChatGPT, Bard, and New Bing) can create a comprehensive and error-free psychiatric-mental health nursing care plan that addresses all the needs of a patient?

Materials and Methods

Research Type

This descriptive and comparative study was conducted between 15.10.2023 and 22.10.2023.

Study Population and Sample

Three generative AIs (ChatGTP 3.5 version, Bard, and New Bing) were used as data collection tools. New Bing has three modes: creative, balanced, and precise. New Bing was asked what these modes meant. The creative mode was the mode of choice because it was compatible with the purpose of the study. Creative mode provides search results and generates and sources different content based on the user's requests.⁽⁶⁾

Data Collection Tools

The care plans developed by generative AIs were evaluated according to the author's knowledge, functional health patterns,⁽²⁴⁾ and the North American Nursing Diagnosis Association⁽²⁵⁾ nursing diagnoses. NANDA was the system of choice because it is the most popular nursing diagnosis system⁽²⁶⁾ and helpful in developing psychiatric-mental health nursing care plans.

Ethics Consideration

Since the study did not involve any living beings or living data, ethics committee approval was not obtained.

Data Analysis

First, an anamnesis of a patient with social anxiety disorder were presented to generative AIs. The patient's anamnesis is as follows:⁽²⁷⁾

The 17-year-old male patient, currently attending high school, has been absent from school over the past two months, citing various excuses. His initial complaints began one year ago during a social event at school. While speaking with his teachers and classmates, he experienced excessive sweating, trembling of his voice and hands, facial flushing, and rapid heartbeat. He feared that his peers and teachers would notice these symptoms and expressed concerns that his friends might mock him or choose not to associate with him. Due to his fear of voice trembling, he often refrained from answering his teacher's questions even when he knew the correct response. He rarely met with friends outside of school, and when he had to

attend such gatherings, he felt significant distress, reporting that “it feels like everyone is staring at me,” and was unable to eat in these situations. Under parental insistence, he became increasingly distressed and occasionally experienced episodes of crying and anger outbursts. Brought by his family to the mental health and psychiatry clinic, he was diagnosed with social anxiety disorder and referred to a cognitive-behavioral therapy group, with an SSRI prescribed.

Then, they were asked, “What are the symptoms of the patient according to the functional health patterns in the nursing process?”. In this way, I tried to determine whether generative AIs could accurately determine the patient’s symptoms. Second, generative AIs were asked, “Can you make NANDA nursing diagnoses for this patient?” to investigate whether they could make accurate and complete NANDA nursing diagnoses by evaluating the patient’s history. Third, generative AIs were asked, “Can you develop a nursing care plan including the steps of goals, plans, and interventions in the nursing care plan for social anxiety disorder?” Fourth, generative AIs were asked, “What can be written in the nursing care steps called goals, plans, and intervention for social anxiety disorder? Thus, I tried to determine whether they could create a nursing care plan when different commands were entered. Social anxiety disorder was the diagnosis of choice for two reasons. First, the patient was being treated for social anxiety disorder. Second, ChatGPT and New Bing correctly wrote the anxiety diagnosis according to NANDA. Finally, generative AIs developed care plans.

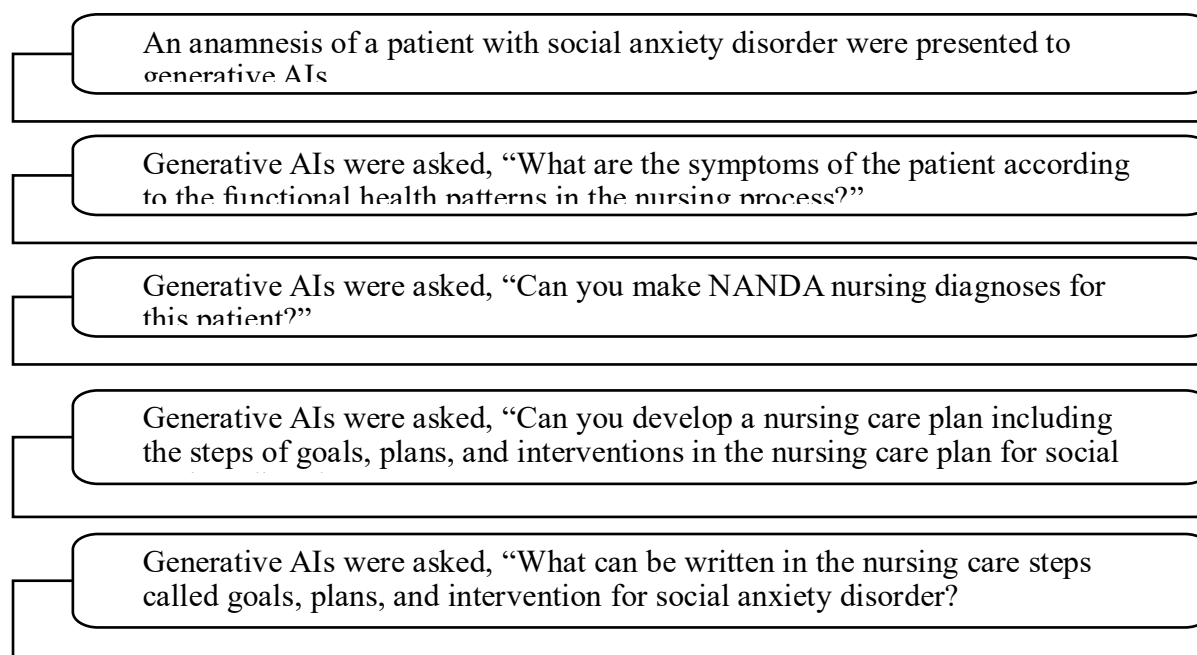


Figure 1. Research Process

Results

This section presented the research results. The responses to the first question, “What are the symptoms of the patient according to the functional health patterns in the nursing process?” were analyzed. ChatGPT could describe the patient’s symptoms. However, ChatGPT and Bard failed to assess the patient’s symptoms within the framework of functional health patterns. Bard listed symptoms of stomach pain, difficulty breathing, insomnia, and difficulty eating that were not included in the patient history. Only New Bing could address the patient’s symptoms accurately and entirely within the framework of functional health patterns. New Bing also addressed potential risks. In conclusion, ChatGPT ranked the patient’s symptoms best but failed to do so according to functional health patterns.

The responses to the second question, “Can you make NANDA nursing diagnoses for this patient?” were analyzed. ChatGPT, Bard, and New Bing failed to define nursing diagnoses accurately and entirely according to NANDA. According to NANDA, ChatGPT correctly wrote the diagnosis of anxiety, while New Bing correctly wrote the diagnoses of anxiety and social isolation. ChatGPT performed accurate and complete diagnostics based on the patient’s history. Bard and New Bing neither addressed intra-family processes nor the problems included in the content of NANDA nursing diagnoses (disruption in the continuity of intra-family processes and inadequacy in family coping). Bard did not address the patient’s self-esteem or self-confidence problems or suggest a related diagnosis (Table 1).

Third, generative AIs were asked, “Can you develop a nursing care plan including the steps of goals, plans, and interventions in the nursing care plan for social anxiety disorder?” Although not asked, Bard and New Bing gave information about the evaluation step in the nursing process. ChatGPT, Bard, and New Bing generally made scientifically accurate and valid statements about goals, plans, and interventions. ChatGPT set four goals and included the patient and the family. New Bing did not explain the planning step. Bard outperformed ChatGPT and New Bing in the planning and intervention steps (Table 2).

Fourth, generative AIs were asked, “What can be written in the nursing care steps called goals, plans, and intervention for social anxiety disorder?” to get them to develop another care plan. New Bing was able to create a planning step. ChatGPT, on the other hand, did not include the family in the goals. Bard and New Bing outperformed ChatGPT in the planning and intervention steps. Bard also proposed individualized interventions (Table 3).

Table 1. NANDA Nursing Diagnoses Made By Generative AIs

ChatGPT	Bard	Yeni Bing
1. Risk for social isolation	1. Anxiety disorder	1. Social isolation
2. Anxiety	2. Impairment of self-activity	2. Lack of self-confidence
3. Low self-esteem	3. Impaired social interaction	3. Coping – Ineffective stress tolerance
4. Lack of social skills		4. Anxiety
5. Dysfunctional family processes		

Table 2. The First Nursing Care Plans Generated By Generative AIs

ChatGPT	Bard	New Bing
Goals: 1. The patient will experience less anxiety and have a better quality of life. 2. The patient will be able to cope with anxiety symptoms. 3. Encouraging the patient to participate in social activities and develop strategies to reduce social anxiety. 4. Teaching the patient and his family members how to manage anxiety. Interventions: 1. Assessment and Monitoring: ○ Interviewing the patient to assess his anxiety and symptoms. ○ Anxiety assessment tools can be used to monitor the patient's anxiety level. 2. Training and Awareness Raising: ○ Educating the patient and his family members about anxiety disorder ○ Teaching the patient and his family members how to recognize the symptoms of anxiety and adopt coping strategies. 3. Individual Therapy: ○ Individual therapy may be recommended. Approaches like cognitive-behavioral therapy (CBT) can be beneficial in managing anxiety. 4. Group Therapy: ○ Group therapy may be recommended to reduce the patient's social anxiety. These therapies can provide a supportive and relaxing environment for the patient. 5. Monitoring Drug Therapy: ○ If the patient has been prescribed antidepressants or anxiolytic drugs, it is important to monitor whether he is taking them regularly. 6. Stress Management:	Goals: • The patient's anxiety level will decrease to acceptable limits. • The patient will acquire knowledge and develop skills necessary to recognize and manage anxiety symptoms. Plans: • Informing the patient about the symptoms of anxiety. • Teaching the patient anxiety management techniques. • Helping the patient will connect with supportive people. Interventions: • Intervention 1: Informing the patient about the symptoms of anxiety. • Informing the patient about the physical and emotional symptoms of anxiety. • Helping the patient identify the causes and triggers of anxiety. • Intervention 2: Teaching the patient anxiety management techniques. • Teaching the patient deep breathing and relaxation exercises and distraction techniques. • Encouraging the patient to practice these techniques on a regular basis. • Intervention 3: Helping the patient connect with supportive people. • Helping the patient connect with family members, friends, and professional supporters. • Encouraging the patient to create a positive support system to help him cope with anxiety. • Assessment: • This nursing care plan aims to help the patient experience less anxiety and develop skills to cope with anxiety.	Goal: Symptoms and signs of anxiety will not be observed. The patient will be able to develop effective coping strategies. Interventions: • Evaluating the symptoms and signs of anxiety and fear. • Establishing a reassuring communication with the patient. • Listening to the patient and providing opportunities for self-expression. • Informing the patient about his current condition, disease, and treatment. • Answering the patient's questions and correcting his false beliefs. • Teaching the patient relaxation exercises, deep breathing and meditation techniques to help him experience less anxiety • Suggesting stress-reducing activities (listening to music, reading, painting, etc.). • Explaining the patient that physical activity (sports) reduces anxiety and encouraging him to engage in physical activity • Identifying the patient's sources of social support and ensuring that he benefits from them. • Cooperating with the patient's family members and informing them about the patient's condition. • Monitoring the patient's compliance with drug therapy and evaluating him in terms of side effects. Assessment: The patient states that he does not show signs and symptoms of anxiety. He says that he uses effective coping strategies. He states that he is more comfortable in social situations. He reports that he complies with the medication and does not experience any side effects. He notes that he has communicates much better with his family members

- The patient should learn stress management techniques. Deep breathing exercises, meditation and muscle relaxation techniques may be recommended.

7. Social Skills Training:

- The patient can receive training to develop social skills. He can be taught to talk, build relationships, and communicate effectively with people.

8. Building a Support Network:

- The patient should create a support network. Family members, friends or support groups can be part of this network.

9. Follow-up and Progress Monitoring:

- The patient's progress should be monitored regularly, and if necessary, his treatment plan should be revised.

and friends. He adds that he enjoys a better quality of life and feels more confident.

Table 3. The Second Nursing Care Plans Created By Generative AIs

ChatGPT	Bard	New Bing
Goals: 1.Reducing anxiety: ○ The patient will experience significantly less anxiety. 2.Managing the symptoms of anxiety: ○ The patient will cope more effectively with the symptoms of anxiety. 3.Increasing social inclusion: ○ Encouraging the patient to attend school and social activities. 4.CBT: ○ The patient will start learning CBT techniques. Planning and Execution: 1.Reducing anxiety: ○ Setting individual goals with the patient and developing strategies to help him achieve them. For example, encouraging him to do relaxation exercises on a regular basis. 2.Managing the symptoms of anxiety:	Goals: The patient's anxiety level will decrease to acceptable limits. The patient will acquire the knowledge and develop the skills necessary to recognize and manage anxiety symptoms. The patient will avoid social situations less. Planning Informing the patient about the symptoms of anxiety Teaching the patient anxiety management techniques Making sure that the patient is exposed to more social settings. Helping him develop social skills and have positive experiences. Interventions Intervention 1: Informing the patient about the symptoms of anxiety. Informing the patient about the physical and emotional symptoms of anxiety.	• Goals: The patient will experience less anxiety, adopt more effective coping strategies, and become more socially functional. • Planning: Establishing a safe and supportive relationship with the patient to assess the causes and symptoms of anxiety. Encouraging the patient to attend CBT sessions. Teaching the patient interventions that reduce anxiety (relaxation techniques, positive thinking, problem solving and social skills training). Monitoring patient adherence to drug therapy. Providing education and counseling to the patient's family members. • Execution: Establishing an empathetic and respectful communication with the patient. Giving him the opportunity to express his feelings. Asking him to rate his anxiety on a scale of 1 to 10. Observing and recording his anxiety symptoms. Explaining to him the benefits of CBT and encouraging him to attend CBT sessions. Implementing or teaching him

-
- The patient should learn strategies (deep breathing exercises, meditation, and problem solving skills) to cope with the symptoms of anxiety.

3. Managing the symptoms of anxiety:

- The patient should set progressive goals to increase school attendance. First, setting a short-term attendance goal and increasing it over time to help him adjust to school.

4. CBT:

- The patient should attend CBT sessions to learn its basic principles and techniques. Attending CBT sessions can help him change his thinking patterns.

Helping the patient identify the causes and triggers of anxiety.

Intervention 2: Teaching the patient anxiety management techniques.

Teaching the patient deep breathing and relaxation exercises and distraction techniques.

Encouraging the patient to practice these techniques on a regular basis.

Intervention 3: Making sure that the patient is exposed to more social settings. Helping him develop social skills and have positive experiences.

Encouraging the patient to step into social situations that help them cope with anxiety.

Organizing group or individual therapies to help the patient develop social skills.

Supporting the patient to have successful experiences in social settings.

Tailored Interventions

Helping the patient identify the causes and triggers of anxiety: Helping the patient identify the causes and triggers of anxiety is important to help him develop strategies to manage his anxiety.

Encouraging the patient build a positive support system to help him cope with anxiety: It is important for the patient to connect with family members, friends, and professional supporters to cope with anxiety.

Supporting the patient's academic performance and social development: Supporting the patient's academic performance and social development will help him cope with anxiety.

Assessment

This nursing care plan aims to help the patient experience less anxiety, develop coping skills, and participate in social situations.

interventions such as relaxation techniques (deep breathing, progressive muscle relaxation, meditation, etc.), positive thinking (using positive statements, questioning and changing negative thoughts, etc.), problem solving (defining a problem, generating alternative solutions, choosing and implementing the best solution, etc.), and social skills training (acting confidently in social situations, using body language, communicating, etc.). Assessing his adherence to drug treatment and monitoring him for possible side effects. Informing his family members about anxiety disorder and making suggestions to increase their communication with him and their support for him.

Discussion

The results suggest that ChatGPT, Bard, and New Bing alone cannot generate a comprehensive and accurate psychiatric-mental health nursing care plan that fully meets a patient's needs. However, nurses can utilize their critical thinking skills and consider the suggestions offered by generative AIs to develop drafts of care plans. Each generative AI excels in specific care plan steps, making it possible for nurses to use AI-generated care plans as foundational models. By leveraging their expertise and experience, nurses can craft scientifically accurate, comprehensive, and valid care plans.

Nurses must acknowledge the crucial role of generative AIs in delivering safe and effective care.⁽¹¹⁾ These AIs can offer precise and personalized solutions to diverse healthcare queries, keeping nurses informed about the latest research and optimal practices.⁽²⁸⁾ They can identify nursing interventions and craft care plans tailored to individual patient needs.⁽¹¹⁾ While opinions on this matter may vary,^(11,12,14,23) Generative AIs have the potential to support the creation of psychiatric-mental health nursing care plans.⁽²⁹⁾ Nonetheless, nurses must follow professional standards and verify that outputs from generative AIs are current, accurate, and comprehensive before applying them in practice, as their reliability remains insufficiently validated.⁽⁹⁾ Evaluating the impact of AI technological advancements on patient care and healthcare delivery is crucial.^(12,29) This study represents one of the initial investigations into the utility of generative AIs for patients. Such research^(9,12,23,29) marks just the beginning of promising advancements in AI within nursing.

Researchers have yet to assess the care plans generated by Bard and New Bing, highlighting the originality of this study, which involved a comparison of the quality of care plans developed by ChatGPT, Bard, and New Bing. Although nursing care plans generated by ChatGPT may align with current National Institute for Health and Care Excellence guidelines and serve as templates for experienced nurses, they may pose risks for less experienced users or students who might struggle to recognize their limitations and errors.^(12,29) While ChatGPT can identify patients' physical needs, it falls short in generating nursing diagnoses for psychosocial and spiritual aspects, limiting the comprehensiveness of its mental health care plans.⁽²⁹⁾ This may reinforce implicit biases, suggesting that care plans developed by generative AIs have some faulty and incomplete aspects.^(12,29) While generative AIs like ChatGPT can produce comprehensive and accurate care plans when provided with appropriate prompts, doing so requires professional knowledge and experience; otherwise, inexperienced users may generate incomplete plans, reinforcing implicit biases—yet our findings suggest these AI-

generated drafts can aid in identifying such gaps and may be effectively integrated into care plan training programs, as supported by previous research.⁽²⁹⁾ Generative AIs can significantly enhance students' learning experiences by providing easier access to information on various subjects.^(28,30-32)

Generative AIs can improve patient-nurse communication by providing clear, easily understandable instructions and advice free from technical terms and tailored to patients' needs.⁽¹¹⁾ They can save both students and nurses considerable time and effort by streamlining tasks like condensing lengthy patient information^(11,28,30-32) and ensuring patients receive optimal care.^(27,30,31) Generative AIs not only benefit patients but also enhance nurses' skills and knowledge, simplifying their work and making it more efficient.⁽³³⁾ These AIs assist nurses with routine tasks, allowing more time for human-centered duties such as patient education and emotional, psychological, and social support; by minimizing errors and improving care efficiency, generative AIs can substantially enhance nursing practice, though nurses will continue to play a central role in patient-centered care, assessments, and care coordination.^(28,30,33) Nurses should persist in providing holistic, patient-centered care while incorporating generative AIs alongside their clinical expertise and knowledge.⁽²⁸⁾

More and more healthcare professionals turn to generative AIs to enhance care delivery, establishing AI as an increasingly integral aspect of nursing practice, akin to traditional methodologies.^(34,35) Generative AI education into nursing curricula will better equip students for the evolving profession, as AI applications can assist student nurses in interpreting complex medical data, recognizing health patterns, and making informed decisions, thereby potentially improving patient outcomes and healthcare efficiency; furthermore, ethical and moral considerations increasingly shape nurses' professional responsibilities in the AI era.⁽¹⁸⁻²²⁾ To ensure responsible use of generative AIs, it is crucial to integrate critical technology analysis into nursing education,^(11,14,32) equipping students for the dynamic technological shifts in healthcare.⁽³²⁾ Pending regulatory mechanisms on AI, nurses can take proactive steps to safeguard nursing ethics. For instance, collaboration between nursing educators and students to establish clear ethical guidelines for generative AIs is essential.⁽¹⁴⁾ Additionally, nurses should have a say in decisions concerning these crucial technologies.⁽¹¹⁾

Results and Recommendations

Our results indicate that draft care plans generated by generative AIs can assist in identifying their errors and omissions. Although not asked, Bard and New Bing gave

information about the evaluation step in the nursing process. ChatGPT, Bard, and New Bing generally made scientifically accurate and valid statements about goals, plans, and interventions. ChatGPT set four goals and included the patient and the family. New Bing did not explain the planning step. Bard outperformed ChatGPT and New Bing in the planning and intervention steps. Generative AIs were asked, “What can be written in the nursing care steps called goals, plans, and intervention for social anxiety disorder?” to get them to develop another care plan. New Bing was able to create a planning step. ChatGPT, on the other hand, did not include the family in the goals. Bard and New Bing outperformed ChatGPT in the planning and intervention steps. Bard also proposed individualized interventions.

Nurses can use the care plans developed by generative AIs as blueprints because they provide good outcomes for different care plan steps. Nurses can utilize their critical thinking skills and consider the suggestions offered by generative AIs to develop drafts of care plans. Our results showed that ChatGPT, Bard, and New Bing made scientifically accurate and valid statements about the goals, plans, and interventions that can be included in a nursing care plan tailored to our case. In line with their knowledge and experience, nurses or nursing students can develop patient-centered and patient-specific psychiatric-mental health nursing care plans that are scientifically valid, accurate, and complete. Generative AIs can be integrated into student care plan training programs.

Generative AIs seem to provide numerous benefits and opportunities to the healthcare system, nurses, nursing education, and patients. In the future, generative AIs will be integrated into nursing to improve patient outcomes, increase the efficiency of care, and reduce errors and gaps in care delivery. In the future, generative AIs will work more perfectly. Therefore, nurses will be able to use them as formal tools to develop care plans. Nurses must know about and adapt to generative AIs, which not only benefit patients but also improve nurses’ skills and knowledge, making their practice more manageable and efficient. This is because generative AIs can provide nurses with fast, up-to-date, accurate, complete, and individualized answers to their questions about a wide range of nursing services. Generative AIs can be incredibly helpful in supporting nurses and nursing students with routine tasks. However, they can’t substitute authentic, personalized care, emotional support, patient assessment, and nurses’ pivotal role in care planning and coordination. The human touch and expertise nurses provide are irreplaceable. We need more studies evaluating care plans generated by generative AIs so that this technology can be used safely in mental health nursing care plan creation to reduce ethical

concerns and biases. Currently, nurses should be careful when using generative AIs. Accordingly, health policy should protect patients and nurses.

Limitation

ChatGPT 3.5 version was used, unfortunately ChatGPT 4 version was not used in the study. Generative AIs correspondence was carried out in Turkish. In the study, only one case analysis of a patient with social anxiety disorder was conducted. Therefore, the study results cannot be generalized to all psychiatric-mental health nursing care plans. ChatGPT, Bard, and New Bing by itself could not create a comprehensive and error-free psychiatric-mental health nursing care plan that addresses all the needs of a patient. However, when they were used together, it was created. All of ChatGPT, Bard, and New Bing could create a comprehensive and error-free psychiatric-mental health nursing care plan that addresses all the needs of a patient that was determined. This is the first study in the literature to evaluate generative AIs for psychiatric-mental health nursing care plan.

A notable limitation of this study is the reliance on generative AI tools for certain analyses and content generation. Since some of the insights and textual outputs were produced by AI rather than being derived directly from the researcher's independent evaluations, there is an inherent risk regarding the objectivity, interpretative depth, and accuracy of these contributions. This reliance on AI-generated content may affect the authenticity and contextual nuance that typically arise from human scholarly judgment. Therefore, the involvement of AI in content creation should be transparently acknowledged as a methodological limitation, and readers are advised to interpret the findings with this consideration in mind.

Conflict of Interests

The author has no conflict of interests to declare.

Author contributions

Idea/Concept: ; Design: .; Supervision/Consulting: ; Analysis and/or Interpretation;; Literature Search: ; Writing the Article: .; Critical Review:

References

- 1- Allen C, Woodnutt S. Guest editorial: Can ChatGPT pass a nursing exam? *International Journal of Nursing Studies*. 2023; 145:104522. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104522>

- 2- Topol E. *The Topol review: Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future*; 2019. The Topol Review (hee.nhs.uk)
- 3- Munro CL, Hope AA. Artificial intelligence in critical care practice and research. *American Journal of Critical Care*. 2023;32(5):321-323. doi:<https://doi.org/10.4037/ajcc2023958>
- 4- Open AI®. *ChatGPT 3.5 Version*. 2023. <https://openai.com/>
- 5- Google Bard. *Chat Based AI Tool from Google, Powered by PaLM 2*; 2023. Google'in Üretken Yapay Zeka Chat Aracı - Google Bard
- 6- Microsoft Bing. *Bing with ChatGPT 4*; 2023. GPT-4 özellikli Bing Sohbet
- 7- Metz C. *How Could A.I. Destroy Humanity?* *New York Times*; June 10, 2023. <https://www.nytimes.com/2023/06/10/technology/ai-humanity.html>
- 8- McCabe D. Microsoft calls for A.I. rules to minimize the technology's risks. *New York Times*. May 25, 2023. Accessed June 24, 2023. <https://www.nytimes.com/2023/05/25/technology/microsoft-ai-rules-regulation.html>
- 9- Moons P, Van Bulck L. Using ChatGPT and Google Bard to improve the readability of written patient information: A proof of concept. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2023;zvad087. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad087>
- 10- De Angelis L, Baglivo F, Arzilli G, et al. ChatGPT and the rise of large language models: the new AI-driven infodemic threat in public health. *Front Public Health*. 2023;11: 1166120. doi:10.3389/fpubh.2023.1166120
- 11- Scerri A, Morin KH. (Using chatbots like ChatGPT to support nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32:4211–4213. DOI: 10.1111/jocn.16677
- 12- Woodnutt S, Allen C, Snowden J, Flynn M, Hall S, Libberton P, Purvis F. Could artificial intelligence write mental health nursing care plans? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023;00:1–8. <https://doi.org/10.1111/jpm.12965>
- 13- Alkaissi H, McFarlane SI. Artificial hallucinations in ChatGPT: Implications in scientific writing. *Cureus*. 2023;(2):e35179. doi:10.7759/cureus.35179
- 14- Abdulai AF, Hung L. Will ChatGPT undermine ethical values in nursing education, research, and practice. *Nurs. Inq.* 2023;e12556–e12556. <https://doi.org/10.1111/nin.12556>
- 15- Sallam M. ChatGPT utility in healthcare education, research, and practice: Systematic review on the promising perspectives and valid concerns. *Healthcare*. 2023;11(6):887. doi: 10.3390/healthcare11060887
- 16- Kolata G. *When Doctors Use a Chatbot to Improve Their Bedside Manner*. *New York Times*; June 12, 2023. <https://www.nytimes.com/2023/06/12/health/doctors-chatgpt-artificial-intelligence.html>
- 17- Singhal K, Azizi S, Tu T, Mahdavi SS, Wei J, Chung HW, ... & Natarajan V. Large language models encode clinical knowledge. *Nature*. 2023;620(7972):172-180. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06291-2>
- 18- Irwin P, Jones D, Fealy S. What is ChatGPT and what do we do with it? Implications of the age of AI for nursing and midwifery practice and education: An editorial. *Nurse Education Today*. 2023;127:105835. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105835>
- 19- Van Bulck L, Moons P. What if your patient switches from Dr. Google to Dr. ChatGPT? A vignette-based survey of the trustworthiness, value and danger of ChatGPT-generated responses to health questions. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2023;Apr 24;zvad038. doi: 10.1093/eurjcn/zvad038. PMID: 37094282.
- 20- Van Bulck L, Moons P. Response to the letter to the editor – Dr. ChatGPT in cardiovascular nursing: A deeper dive into trustworthiness, value, and potential risk. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2023;00:1–2. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad049>

- 21-Ray PP. ChatGPT: A comprehensive review on background, applications, key challenges, bias, ethics, limitations and future scope. *Int Thin Cyb Physical Syst.* 2023;3:121–154. <https://doi.org/10.1016/j.iotcps.2023.04.003>
- 22-Ray PP, Majumder P. Letter to the editor–Dr ChatGPT in cardiovascular nursing: a deeper dive into trustworthiness, value, and potential risks. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2023;zvad047. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad047>
- 23-Sweeney C, Potts C, Ennis E, Bond R, Mulvenna MD, O’neill S, Malcolm M, Kuosmanen L, Kostenius C, Vakaloudis A, Mcconvey G, Turkington R, Hanna D, Nieminen H, Vartiainen AK, Robertson A, Mctear MF. Can chatbots help support a person’s mental health? Perceptions and views from mental healthcare professionals and experts. *ACM Transactions on Computing for Healthcare.* 2021;2(3):1–15. <https://doi.org/10.1145/3453175>
- 24-Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 5. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık; 2002, sayfa 435-443.
- 25-The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *International, IncOur Story | NANDA International, Inc [Internet]*. <https://nanda.org/who-we-are/our-story/>
- 26-Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018, sayfa 3-5.
- 27-Yılmaz S. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. Gürhan N, editör. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. 1. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 349 -400.
- 28-Odom-Forren J. The role of ChatGPT in perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 2023;38(2):176-177. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.02.006>
- 29-Malak Akgün B. Using ChatGPT as a Support Tool in Writing a Psychiatric-Mental Health Nursing Care Plan. *Journal of Life Long Nursing.* 2024;(2):145-162. doi:10.29228/lnnursing.73035
- 30-Ahmed SK. The impact of ChatGPT on the nursing profession: Revolutionizing patient care and education. *Annals of Biomedical Engineering.* 2023;1-2. <https://doi.org/10.1007/s10439-023-03262-6>
- 31-Frith KH. ChatGPT: Disruptive educational technology. *Nursing Education Perspectives.* 2023;44(3):198-199. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000001129
- 32-Sun GH, Hoelscher SH. The ChatGPT storm and what faculty can do. *Nurse Educ.* 2023;48(3):119-124. doi:10.1097/ NNE.0000000000001390
- 33-Gunawan J. Exploring the future of nursing: Insights from the ChatGPT model. *Belitung Nursing Journal.* 2023;9(1):1-5. <https://doi.org/10.33546/bnj.2551>
- 34-Secinaro S, Calandra D, Secinara A, Muthurangu V, Biancone P. The role of artificial intelligence in healthcare: A structured literature review. *BMC Med. Inform. Decis. Making.* 2021;21(1):125. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01488-9> PMID - 33836752.
- 35-Swiecki Z, Khosravi H, Chen G, Martinez-Maldonado R, Lodge JM, Milligan S, Selwyn N, Gašević D. Assessment in the age of artificial intelligence. *Computers and Education: Artificial Intelligence.* 2022;3:100075. <https://doi.org/10.1016/j.caeai.2022.100075>



Geliş Tarihi (Received): 27.08.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 26.10.2025

Derleme Makale/ Review Article

Cerrahi Girişim Öncesi Anksiyete Kontrolünde Akupresürün Etkisi: Geleneksel Derleme

The Effect of Acupressure on Preoperative Anxiety Control in Surgical Interventions: A Traditional Review

Mahsum KORKUTAN¹



¹Arş. Gör., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya/Türkiye

Gülsüm ÖZCAN ÇETİNER²



²Öğr. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Isparta/Türkiye

Serpil YÜKSEL³



³Doç.Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya/Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Mahsum KORKUTAN, mahsum.korkutan@erbakan.edu.tr

Özet:

Amaç: Bu derlemede, akupresürün cerrahi girişim öncesi anksiyete yönetimindeki etkisini, en etkili basınç noktalarını ve süresini güncel literatür doğrultusunda irdelemek ve cerrahi hemşirelerine rehberlik etmek amaçlandı.

Yöntem: Bu derlemede, “akupresür, anksiyete, cerrahi, hasta ve hemşire” anahtar kelimeleri ile CINAHL, PubMed, Scopus, Web of Science, ScienceDirect, ULAKBİM ve Google Akademik veri tabanları taranarak elde edilen, 2015-2025 yılları arasında yayınlanmış, tam metnine ulaşılan Türkçe ve İngilizce makaleler incelendi.

Bulgular: Cerrahi hastasında anksiyete %48.00-60.00 arasında değişen oranlarda yaygın görülen ve olumsuz sonuçları nedeniyle yönetilmesi gereken bir durumdur. Anksiyete, cerrahinin başarısını olumsuz etkileyen ve iyileşme sürecini geciktiren önemli bir sorundur. Bu nedenle, cerrahi girişim öncesi anksiyetenin farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle etkin kontrolü hasta güvenliği için önemlidir. Farmakolojik ajanların ciddi yan etkileri olduğu için akupresür gibi invaziv olmayan, maliyet etkin ve hemşire tarafından kolay uygulanabilir farmakolojik olmayan yöntemlere ilgi son yıllarda artmıştır. Akupresür, bütüncül hemşirelik uygulamaları için etkili bir tamamlayıcı yöntem olup, semptom yönetiminde hemşireler için kanıt temelli ve bağımsız bir uygulama olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç: Mevcut çalışmalar akupresürün analjezik, antiinflatuar, antidepresan, anksiyolitik ve antikonvülsif etki oluşturarak cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi hafiflettiğini ortaya koymuştur. Ancak, bu çalışmalarda akupresür uygulama noktaları ve sürelerinin farklılık gösterdiği dikkati çekmektedir.

Anahtar kelimeler: Akupresür; anksiyete; cerrahi; hasta; hemşire.

Abstract:

Aim: This review aims to examine the effect of acupressure on preoperative anxiety management, identify the most effective pressure points and durations, and provide guidance for surgical nurses.

Methods: In this review, Turkish and English articles obtained by searching the CINAHL, PubMed, Scopus, Web of Science, ScienceDirect, ULAKBİM, and Google Scholar databases using the keywords “acupressure, anxiety, surgery, patient, and nurse” and for which the full text was available were examined.

Results: Anxiety is common among surgical patients, with prevalence rates between 48.00% and 60.00%, and must be managed due to its negative effects on surgical outcomes and recovery. Effective control of preoperative anxiety through pharmacological and non-pharmacological methods is essential for patient safety. Because pharmacological agents may cause adverse effects, interest has grown in non-pharmacological, non-invasive, cost-effective, and nurse-administered methods such as acupressure. Acupressure is an effective complementary method for holistic nursing practices and stands out as an evidence-based and independent practice for nurses in symptom management.

Conclusion: Current studies have shown that acupressure alleviates preoperative anxiety by producing analgesic, anti-inflammatory, antidepressant, anxiolytic, and anticonvulsant effects. However, it is noteworthy that the acupressure application points and durations differ in these studies.

Keywords: Acupressure; anxiety; surgery; patient; nurse.

Giriş

Dünya çapında en sık uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olan cerrahi girişim,⁽¹⁾ neden olduğu fizyolojik ve psikolojik etkiler ile hasta bireyde ciddi anksiyete oluşturmaktadır.^(2,3) Korku, sinirlilik ve gerginlikle karakterize dehşet duygusu olarak tanımlanan anksiyete, %48.00-60.00 arasında değişen prevalansı ile cerrahi girişim öncesi dönemde yaygın görülen⁽⁴⁻⁶⁾ ve cerrahi süreçte morbiditeyi artıran ciddi bir sorundur.⁽⁷⁾ Anksiyete, cerrahi tedavi kararı alındıktan sonra başlamakta ve cerrahi girişime kadar giderek artış göstermektedir.^(8,9)

Anestezi ve cerrahi süreçle ilgili belirsizliğin neden olduğu korku hissi ile tetiklenen anksiyetenin oluşumunda,⁽⁹⁾ anesteziyenin uyanamama korkusu, cerrahi girişim bitmeden uyanma korkusu, organ ve yaşam kaybı korkusu, cerrahi girişim sonrası bulantı-kusma, kanama ve ağrı yaşama korkusu, iyileşememe, aile ve iş yaşamına dönüşte gecikme korkusu gibi korkular etkili olmaktadır.^(3,10-12) Yapılan çalışmalarda, cerrahi girişim kaynaklı anksiyetenin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, cerrahi ve anestezi deneyimi, cerrahi girişim öncesi uyku süresi, cerrahi girişimin türü, büyüklüğü ve uygulanacak cerrahiye yönelik bilgi durumu gibi değişkenlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir.^(5,7,10) Bedaso ve Ayalew (2019), elektif cerrahi hastalarında cerrahi girişim öncesi anksiyete prevalansının %47.00 olduğunu saptamış, hekim veya hemşire hatası nedeniyle zarar görme, cerrahi girişim sırasında beklenmeyen bir durum oluşması ve iyileşememe korkusu gibi korkuların ve yetersiz sosyal desteğin anksiyeteyi artırdığını belirlemiştir. Benzer bir çalışmada da komplikasyon yaşama korkusunun cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi en fazla artıran faktör olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁰⁾ Bir meta-analiz çalışmasında, cerrahi girişim öncesi anksiyetenin küresel prevalansının %48.00 olduğu ve komplikasyon yaşama korkusunun anksiyeteyi yaklaşık dört kat artırdığı saptanmıştır.⁽⁵⁾

Cerrahi girişim öncesi dönemde belirli bir düzeyde anksiyete yaşanması normal kabul edilirken, ciddi sistemik etkiler oluşturan aşırı anksiyete, anestezi yaklaşımını, cerrahi tedavinin başarısını ve yara iyileşmesini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve iyileşme sürecini geciktirebilmektedir.^(3,4,7) Yüksek düzey anksiyete, hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın aktivasyonuna ve katekolamin salınımına neden olarak, kalp atım hızını, kan basıncını ve oksijen tüketimini artırmakta, ağrı şiddetinde ve analjezik tüketiminde artışa neden olmaktadır.^(3,14) Bir meta-analizde cerrahi girişim öncesi anksiyetenin taşikardi, hipertansiyon, aritmi ve miyokard enfarktüsü gibi kardiyovasküler sorunlara ve solunum sorunlarına neden olduğu, immün sistemi zayıflatarak enfeksiyon riskini artırdığı ve iyileşme sürecini geciktirdiği

bildirilmiştir.⁽¹⁴⁾ Ek olarak anksiyete, anestezi ilaç kullanımında artışa neden olarak cerrahi girişim sonrası dönemde bulantı, kusma, yorgunluk, taşikardi ve solunum sorunları gibi komplikasyonların görülme sıklığını artırabilmekte,^(5,13,15,16) hastanede kalış süresinin uzamasına ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olabilmektedir.⁽³⁾ Mevcut çalışmalarda, cerrahi girişim öncesi anksiyetenin anestezi ilaç dozlarında artış, ekstübasyon süresinin uzaması, hemodinamik dengesizlik, yüksek riskli hastalarda kardiyak morbidite ve mortalite oranlarında artış, cerrahi girişim sonrası ağrı ve analjezik tüketiminde artış, deliryum riskinde artış, hasta memnuniyetsizliği ve hastanede kalış süresinde uzama gibi olumsuz sonuçlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^(5,17) Cerrahi girişim öncesi anksiyetenin yüksek prevalansı ve oluşturduğu olumsuz etkiler, anksiyetenin etkin yönetiminin cerrahi hastasının güvenliği için gerekli olduğuna dikkati çekmektedir.⁽¹²⁾ Cerrahi girişim öncesi anksiyetenin etkin yönetiminde, hastaya kesintisiz tedavi ve bakım hizmeti sunan hemşireler kritik role sahiptir. Bu nedenle, cerrahi süreçte hemşirelerin anksiyete ile ilişkili olası risk faktörlerini ve hastaların bireysel gereksinimlerini belirlemesi, beklentilerini yönetmesi, olası hassasiyetlerini anlaması ve anksiyetenin kontrolüne yönelik girişimleri planlaması önemlidir.⁽⁹⁾

Cerrahi girişim öncesi anksiyete kontrolünde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır.⁽³⁾ Sık kullanılan farmakolojik ajanlar midazolam, diazepam, ketamin ve fentanil gibi anksiyolitik ilaçlar olup, bu ilaçlar uzun süreli amnezi, hemodinamik dengesizlik, solunum sorunları, uyku hali, denge bozuklukları ve anestezi ilaçlarla etkileşim gibi iyileşme sürecini geciktiren yan etkilere yol açabilmektedir.^(3,8,12) Bu nedenle, müzik terapi, bilişsel davranışçı terapi, hipnoz, aromaterapi, meditasyon, rehberli imgeleme, sanal gerçeklik, akupunktur, masaj ve akupresür gibi farmakolojik olmayan anksiyete kontrol yaklaşımlarına⁽¹²⁾ ilgi giderek artmakta ve bakımın birincil sorumlusu olan hemşirelerin bilgi ve farkındalığının artırılması önem kazanmaktadır.⁽³⁾ Hemşireler aynı zamanda tamamlayıcı uygulamalar konusunda hastalarla etkili iletişim kurabilme potansiyeline de sahiptir. Bu durum onları cerrahi girişim öncesi anksiyetenin yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanmasında ideal bir konuma getirmekte ve söz konusu yaklaşımların hasta bakımına entegrasyonunda kritik bir rol üstlenmelerini sağlamaktadır.⁽³⁾ Bu bağlamda, anksiyetenin yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden biri olan akupresür, bütüncül hemşirelik uygulamaları için etkili bir tamamlayıcı yöntem olup, semptom yönetiminde hemşireler için kanıt temelli ve bağımsız bir uygulama olarak öne çıkmakta, hasta ve hemşire ilişkisini geliştirmektedir.^(18,19) Bu derlemede, sağlık alanında giderek daha fazla kabul gören bir tamamlayıcı hemşirelik uygulaması olan akupresürün, cerrahi girişim öncesi anksiyete yönetimindeki etkisini, en etkili

basınç noktalarını ve uygulama süresini güncel literatür doğrultusunda irdelemek ve cerrahi hemşirelerine rehberlik etmek amaçlandı.

Akupresür ve Basınç Noktaları

Yüzyıllardır kullanılan geleneksel bir Çin tıbbi uygulaması olan akupresür, akupunktur iğneleri yerine parmaklar, avuç içi, parmak eklemleri, boncuklar, karanfil tohumu, manyetik bilyeler veya künt uyarım araçları ile belirli akupunktur noktalarına basınç uygulanmasını içermektedir.^(8,14,19) Terapötik masaja benzer şekilde basınç uygulamayı içermekle birlikte, masajın aksine akupresür, yumuşak dokulara değil doğrudan akupunktur noktalarına odaklanmaktadır.⁽¹⁴⁾ Popüler bir tamamlayıcı hemşirelik uygulaması olan akupresür, sağlık alanında giderek daha fazla kabul görmekte olup,⁽¹⁹⁾ Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırmasında (Nursing Interventions Classificasyon- NIC) da yer almaktadır.⁽¹⁸⁾ Sağlık Bakanlığı'nın Akupunktur Sertifikalı Eğitim Programı Standartları dokümanında da akupunktur tanımı içinde "akupres (parmakla basınç uygulama)" ifadesi bulunmaktadır.⁽²⁰⁾ Bu durum, akupresürün akupunktur kapsamına dahil edilen ve sağlık alanında sertifikalı eğitimle desteklenen bir uygulama olduğuna dikkati çekmektedir.

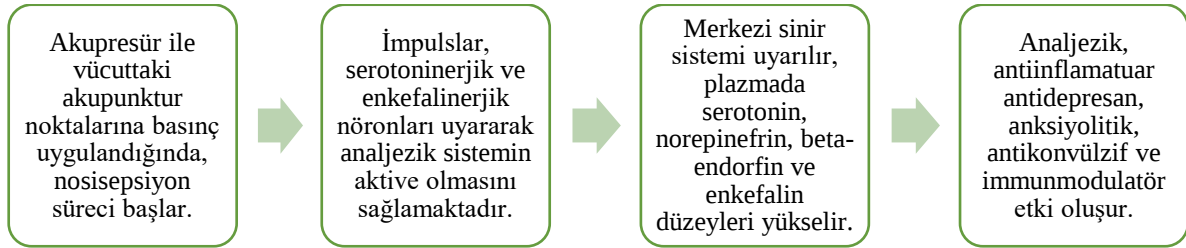
Akupresür, enerji ağı olan meridyenleri uyatarak ve biyoenerji akışını artırarak semptom deneyimini değiştiren meridyen teorisine dayanmaktadır.⁽¹⁸⁾ Akupresürün etkisi, yaşam enerjisi (chi) dengesizliklerini gidermek için meridyenler boyunca akupunktur noktalarını basınç ile aktive etme ilkesine dayanmaktadır.⁽²¹⁾ Meridyenler, chi denilen yaşam enerjisinin dolaştığı ve dolayısıyla bireyin sağlığını sürdüren insan vücudundaki yollardır.⁽²¹⁾ Meridyenler içindeki enerji akışı düzgün olduğunda kişi kendini güçlü hissetmekte ve çevresine karşı daha anlayışlı ve sevgi dolu davranabilmektedir. Ancak enerji akışı kesildiğinde, stres, korku ve panik gibi duygular ortaya çıkabilmekte ve bu durum fiziksel rahatsızlıklara yol açabilmektedir.⁽²²⁾ Vücudumuzda paralel bir düzende, ellerin ve ayak parmaklarının uçlarından başlayan veya biten 6 Yin (dişi), 6 Yang (erkek) ve yardımcı iki meridyen olan ön orta kanal (REN) ile arka orta kanal (DU) olmak üzere 14 çift meridyen vardır ve her biri adıyla anıldığı organa enerji taşımaktadır.⁽¹⁹⁾ Yin meridyenleri akciğer (LU1-LU11), kalp (HT1-HT9), dalak (SP1-SP21), böbrek (K1-K27) ve karaciğer (LR1-LR14) gibi kritik organlarla, Yang meridyenleri ise safra kesesi (GB1-GB44), ince bağırsak (Sİ1-Sİ19), kalın bağırsak (LI1-LI20) mide (ST1-ST45) ve mesane (UB1-UB67) ile ilişkilidir.⁽²³⁾

Meridyenler boyunca çok sayıda nokta bulunmaktadır.⁽¹⁸⁾ Akupresür, bu noktaların uyarılmasıyla enerji dengesini sağlamakta ve sorunların giderilmesine yardımcı olmaktadır.^(2,19) Deri yüzeyinde bulunan, biyoelektrik dürtülere karşı hassas olan ve onları kolayca iletebilen akupresür noktaları her organa ait kanallar üzerine yerleşmiştir.⁽¹⁸⁾ Akupresürün etkisi basınç

uygulanacak noktanın doğru tespitine bağlıdır.^(18,23) Akupresür noktasının başka bir yere uzaklığının ölçümünde yaklaşık 2.5 cm olan cun (sun) denilen ölçü birimi kullanılmaktadır.⁽²⁴⁾ Başparmak eni, orta parmak içe kıvrıldığında, orta falanks uzunluğu bir sun olarak kabul edilmektedir. Bu ölçü kişinin kendi parmağı ile alınmaktadır. Başparmak bir sun, işaret parmağı ve orta parmak birlikte 1.5 sun, dört parmağın yan yana tutulması ile oluşan toplam uzunluk üç sun olarak kabul edilmektedir.^(18,24)

Cerrahi Girişim Öncesi Anksiyetenin Kontrolünde Akupresürün Etkisi

Akupresür noktalarına uygulanan basıncın nörotransmitter konsantrasyonlarını ve otonom sinir sistemini düzenlediği, parasempatik aktiviteyi teşvik ettiği, serotonin ve endorfin üretimini artırdığı ve plazma kortizol seviyelerini azalttığı bilinmektedir.^(14,25,26) Nörokimyasal maddelerin salınımı ve α beyin dalgalarının uyarımı yaşam enerjisinde artış ve rahatlama sağlamakta^(8,27), analjezik, antiinflatuar, antidepresan, anksiyolitik ve antikonvülsif etki oluşturarak anksiyeteyi hafifletmektedir (Şekil 1).⁽²⁶⁾



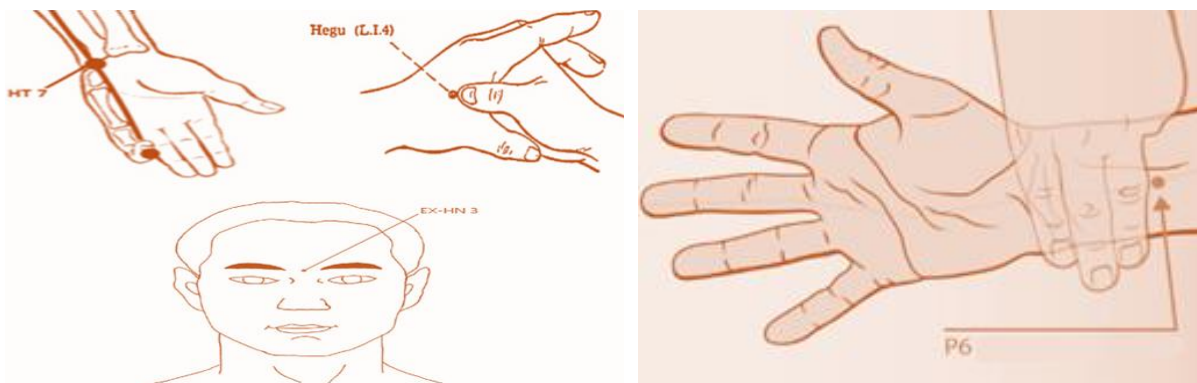
Şekil 1. Akupresürün Etki Mekanizması*

* Şekil yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Anksiyete ve gerginliğin azaltılmasında, B10, TW15, GV24.5, CV17, P3, P6 (Perikardium meridyeni), HT7(Shen-Men–Ruhun Kapısı: Kalp meridyeni), K27, LU1, CV17 (Huzur denizi), B23 ve B47 noktalarına uygulanacak akupresürün etkili olduğu bildirilmiştir.^(27,28) Yapılan çalışmalarda, özellikle HT7, LI4 (Hegu: Kalınbağırsak meridyeni), P6, EX-HN3 (Yintang) ve GB20 (Fengchi: Safra kesesi meridyeni) gibi noktalara uygulanan akupresürün anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Şekil 2).^(8,29,31) Gach (1990), bu noktaların ovulması ve basınç uygulanması sürecinin kas gerginliğini azaltarak fiziksel ve zihinsel rahatlama sağladığını, bu nedenle anksiyete yönetiminde meridyenler üzerindeki birçok noktanın kullanılabileceğini vurgulamaktadır. Ek olarak, akupresür noktalarına derin nefes egzersizleri eşliğinde, her seferinde 20 dakika olmak üzere, günde iki kez basınç uygulamanın yeterli olduğunu belirtmektedir.⁽²⁸⁾ İki ardışık gün boyunca 15'er dakika,⁽²⁹⁾ her bir noktaya 20 kez (her seferinde 10 saniye baskı, ardından 2 saniye ara olmak üzere, günde 3 kez ve 2 gün boyunca),⁽²⁶⁾ 10 dakika⁽³⁰⁾ ve 5 dakika⁽³¹⁾ akupresür uygulanmasını

öneren çalışmalar da bulunmakta, sürenin belirlenmesinde hasta toleransının dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Kanıt düzeyi yüksek çalışmalarda, akupresürün cerrahi girişim öncesi anksiyetenin azaltılmasında tamamlayıcı bir yaklaşım olarak etkili olduğu gösterilmiştir.^(8,14,25,27,30,31) Meta analiz çalışmalarında akupresürün cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi,^(14,25) kalp atış hızını, sistolik ve diyastolik kan basıncını düşürmede etkili olduğu belirlenmiştir.⁽¹⁴⁾ Bu çalışmalarda, uygulama noktalarının, uygulama süresi ve seans sayılarının, uygulama yöntemlerinin/araçlarının (parmakla basınç, boncuk, bitki tohumu, manyetik toplar gibi) çeşitlilik gösterdiğine dikkat çekilmektedir. Meta analiz çalışmalarında en çok kullanılan akupresür noktalarının Shen-Men Yintang ve Subcortex (AT4) olduğu belirlenmiştir.^(14,32) Yintang, Shen-Men ve Fengchi gibi akupresür noktalarının kullanıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, iki ardışık gün 15'er dakika uygulanan akupresürün açık kalp cerrahisi hastalarında durumluk anksiyete düzeyini, kalp atım hızını ve sistolik kan basıncını anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir.⁽²⁹⁾ Kulak burun boğaz hastalarıyla yapılan benzer bir çalışmada da Shen-Men, Hegu ve Yintang akupresür noktalarına basınç uygulanmasını içeren 15 dakikalık akupresürün cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.⁽⁸⁾ Randomize, tek kör bir çalışmada, sezaryen öncesi gerçek akupresür noktalarına (Shen-Men ve Yintang) 5 dakika süreyle uygulanan basıncın anksiyete düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığı saptanmıştır.⁽³¹⁾ Gül ve Kırca (2020) tarafından yapılan çift kör, randomize kontrollü deneysel bir çalışmada da spinal anestezi altında sezaryen öncesi gelişen akut anksiyetenin azaltılmasında Shen-Men noktasına 10 dakika boyunca uygulanan akupresürün müdahale grubunda anksiyete düzeyini anlamlı şekilde azalttığı belirlenmiştir. Bu bulgular, akupresürün cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi azaltmada etkili olduğuna, kullanılan basınç noktalarının ve sürelerinin farklılık gösterdiğine ancak standart bir uygulamanın olmadığına dikkati çekmektedir. Anksiyete kontrolünde akupresür kullanımının yaygınlaştırılabilmesi, hangi basınç noktalarının daha etkili olduğunun belirlenebilmesi ve hemşire kontrollü protokollerin oluşturulabilmesi için kanıt temelli yeni çalışmalara gereksinim vardır.



Şekil 2. Cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi azaltmada etkili akupresür noktaları.⁽³¹⁾

Sonuç ve Öneriler

Cerrahi girişim öncesi anksiyete, cerrahi hastasında sık görülen, oluşturduğu olumsuz fiziksel ve psikolojik etkiler ile iyileşme sürecini geciktiren, komplikasyon riskini artıran ve hasta konforunu bozan önemli bir sorundur. Bu nedenle, cerrahi girişim öncesi anksiyetenin etkin ve bütüncül yönetimi hem cerrahi sonuçları iyileştirmek hem de cerrahi hastasının güvenliğini sağlamak için önemlidir. Mevcut çalışmalarda, farklı basınç noktalarına, farklı yöntem ve sürelerle uygulanan akupresürün cerrahi girişim öncesi anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. İnvaziv olmayan, maliyet etkin ve kolay uygulanabilir bir yöntem olan akupresürün hemşirelik bakımına entegrasyonu, cerrahi hastasına bireyselleştirilmiş bütüncül bakım sunulmasına katkı sağlayarak hasta sonuçlarını iyileştirebilir. Ancak, akupresürün doğru, güvenli ve etkili bir şekilde yapılabilmesi için, hemşire kontrollü protokollerin oluşturulması, uygulamalı sertifikalı eğitimler ile cerrahi hemşirelerinin bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması gereklidir. Hemşirelerin bu tür tamamlayıcı yöntemlere yönelik olumlu tutum geliştirmeleri, multidisipliner iş birliğinin güçlenmesine ve hasta merkezli bakıma katkı sağlayacaktır. Ek olarak, hemşirelik eğitim sürecine tamamlayıcı uygulamaların entegre edilmesi, akupresür gibi yöntemlerin klinik uygulamalarda daha yaygın ve etkili kullanılmasına olanak sağlayacaktır. Kurum yöneticileri de yapacakları düzenlemeler ile akupresür kullanımını teşvik etmeli, uygulamanın etkinliğini değerlendirmeye yönelik kanıt temelli araştırmalar yapma konusunda hemşireleri desteklemelidir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kurumsal ve Finansal Destek Kaynağı

Herhangi bir kurumsal ve finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkıları

Fikir/Konsept: M.K, G.Ö.Ç, S.Y; Tasarım: M.K, S.Y; Kontrol/Denetim: M.K, G.Ö.Ç, S.Y; Literatür tarama: M.K, G.Ö.Ç, S.Y; Görselleri düzenleme: M.K; Makaleyi yazma: M.K, G.Ö.Ç, S.Y; Eleştirel okuma: M.K, G.Ö.Ç, S.Y; Dergiye göndermeden önce son kontrol: M.K, G.Ö.Ç, S.Y

Kaynaklar

- 1- World Health Organization. Patient safety. Acces: 01.06.2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- 2- Valiee S, Bassampour SS, Nasrabadi AN, Pouresmaeil Z, Mehran A. Effect of acupressure on preoperative anxiety: a clinical trial. *J Perianesth Nurs*. 2012;27(4):259-266. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.05.003>.
- 3- Ebrahimi A, Eslami J, Darvishi I, Momeni K, Akbarzadeh M. Investigation of the role of complementary medicine on anxiety of patients before and after surgery: a review study. *Holist Nurs Pract*. 2020;34(6):365-79. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000414.
- 4- Woldegerima YB, Fitwi GL, Yimer HT, Hailekiros AG. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *Int J Surg Open*. 2018;10:21-29. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2017.11.001>.
- 5- Abate SM, Chekol YA, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg Open*. 2020;25:6-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.05.010>.
- 6- Bedaso A, Mekonnen N, Duko B. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(3):e058187. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058187>.
- 7- Erkilic E, Kesimci E, Soykut C, Doger C, Gumus T, Kanbak O. Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in Ankara. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:291-296. <https://doi.org/10.2147/PPA.S127342>.
- 8- Turkili S, Karaman A, Yanık TÇ, Ugraş GA, Yüksel S, Turkili S, Taşdelen B. The effects of acupressure on preoperative anxiety, postoperative pain, and nausea and vomiting in otolaryngology patients. *J Perianesth Nurs*. 2025;40(2):385-392. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.05.027>.
- 9- Ruiz Hernández C, Gómez-Urquiza JL, Pradas-Hernández L, Vargas Roman K, Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Cañadas-De la Fuente GA. Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: a systematic review with meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):3274-3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>.
- 10- Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiol*. 2018;18:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0619-0>.
- 11- Prado-Olivares J, Chover-Sierra E. Preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *Diseases*. 2019;7(2):46. <https://doi.org/10.3390/diseases7020046>.
- 12- Wang R, Huang X, Wang Y, Akbari M. Non-pharmacologic approaches in preoperative anxiety, a comprehensive review. *Front Public Health*. 2022;10:854673. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854673>.
- 13- Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Saf Surg*. 2019;13:1-8. <https://doi.org/10.1136/acupmed-2014-010720>.
- 14- Xie W, Ye F, Yan X, Cao M, Ho MH, Kwok JYY, Lee JJ. Acupressure can reduce preoperative anxiety in adults with elective surgery: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2023;145:104531. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104531>.

- 15- Gümüş K. The effects of preoperative and postoperative anxiety on the quality of recovery in patients undergoing abdominal surgery. *J Perianesth Nurs*. 2021;36(2):174-178. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.08.016>.
- 16- Kassahun WT, Mehdorn M, Wagner TC, Babel J, Danker H, Gockel I. The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Sci Rep*. 2022;12(1):6312. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>.
- 17- Shebl MA, Toraih EA, Shebl M, Tolba AM, Ahmed P, Banga HS, et al. Preoperative anxiety and its impact on surgical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Transl Sci*. 2025;9(1):e33. <https://doi.org/10.1017/cts.2025.6>.
- 18- İskender MD, Çalışkan N. Konstipasyon yönetiminde akupresür uygulaması ve hemşirenin rolü. *Van Med J*. 2020;27(1): 103-108. DOI: 10.5505/vtd.2020.65002.
- 19- Ramdaniati S, Sitaresmi MN, Haryanti F, Iman AT. Acupressure intervention for children: a scoping review. *Belitung Nurs J*. 2025; 11(1):1-13. doi: 10.33546/bnj.3524.
- 20- T.C. Sağlık Bakanlığı. Akupunktur sertifikalı eğitim programı: sertifikalı eğitim standardı (Standart No: 10, Revizyon No: 5) [Internet]. 2024 [Erişim tarihi: 01.08.2025]. Erişim adresi: <https://shgmesdb.saglik.gov.tr/TR-102771/akupunktur-sertifikali-egitim-programi-standardi-revizyonu.html>.
- 21- Mehta P, Dhapte V, Kadam S, Dhapte V. Contemporary acupressure therapy: adroit cure for painless recovery of therapeutic ailments. *J Tradit Complement Med*. 2017;7(2):251-263. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2016.06.004>
- 22- Altuntaş S, Düzgüner S. Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT) ile destek alan kadınlarda bireysel, sosyal ve manevi değişim üzerine nitel bir araştırma. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2020;61(2):453-492. <https://doi.org/10.33227/auifd.781006>.
- 23- World Health Organization [WHO]. World Health Organization standard acupuncture point locations in the Western Pacific region [Internet]. 2009 [Acces: 05.08.2025]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353407>.
- 24- Doğan N, Taşcı S. Acupressure practice and dyspnea in patients with lung cancer. *Spatula DD*. 2015;5(4):199-205. DOI 10.5455/spatula.20151125070450.
- 25- Chen SR, Hou WH, Lai JN, Kwong JS, Lin PC. Effects of acupressure on anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Integr Complement Med*. 2022;28(1):25-35. <https://doi.org/10.1089/jicm.2020.0256>.
- 26- Hsu HC, Tseng KY, Fang HY, Huang TM, Kuo CC, Chen LL, Ma WF. The effects of acupressure on improving health and reducing cost for patients undergoing thoracoscopic surgery. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1869. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031869>.
- 27- Eldamacy Y, Nashed A, Abdelhalim D, Hasanin M. Effect of acupressure on preoperative cesarean section anxiety. *Int J Recent Adv Phys*. 2021;8(4):6930-6934. <https://www.researchgate.net/publication/389326770>.
- 28- Gach MR. Acupressure's potent points: a guide to self-care for common ailments. New York: Bantam; 2011.
- 29- Khoram B, Yoosefinejad AK, Rivaz M, Najafi SS. Investigating the effect of acupressure on the patients' anxiety before open-heart surgery: a randomized clinical trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2020;13(6):169-173. <https://doi.org/10.1016/j.jams.2020.11.001>.
- 30- Gul DK, Kirca AS. Effects of acupressure on preoperative acute anxiety in cesarean section under spinal anesthesia: a double-blind randomized controlled study. *Holist Nurs Pract*. 2020;34(6):356-364. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000413.

- 31- Abadi F, Fereidouni Z, Amirkhani M, Karimi S, Kalyani MN. Effect of acupressure on preoperative cesarean section anxiety. J Acupunct Meridian Stud. 2018;11(6):361-366. <https://doi.org/10.1016/j.jams.2018.07.001>.
- 32- Au DW, Tsang HW, Ling PP, Leung CH, Ip PK, Cheung WM. Effects of acupressure on anxiety: a systematic review and meta-analysis. Acupunct Med. 2015;33(5):353-359. <https://doi.org/10.1136/acupmed-2014-0107>



YAŞAM BOYU
HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received): 23.06.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 13.08.2025

Derleme Makale / Review Article

Yaşlılara Yönelik Evde Bakımda Buurtzorg Modeli: Hemşirelikte Endikasyon Özerkliği ve Türkiye'ye Uyarlanabilirliği: Literatür Derleme

The Buurtzorg Model in Home Care for the Elderly: Indication Autonomy in Nursing and Its Adaptability to Türkiye: A Literature Review

Nurcan TEKİNALP ¹



Saadet CAN ÇİÇEK ²



¹ Uzman Hemşire, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora Öğrencisi, Bolu, Türkiye

² Doç. Dr. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Nurcan Tekinalp, ntekinalp14@gmail.com

Alıntı (Cite): Tekinalp N & Can Çiçek S. Yaşlılara Yönelik Evde Bakımda Buurtzorg Modeli: Hemşirelikte Endikasyon Özerkliği ve Türkiye'ye Uyarlanabilirliği: Literatür Derleme. YBH dergisi. 2025(3): 138-151

Özet: Yaşlı nüfusun giderek artması, sağlık hizmetlerinde bütüncül ve sürdürülebilir bakım modellerine duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Bu çalışma, birçok ülkede etkinliği araştırılmış Buurtzorg Modeli'nin hemşirelikte bakım endikasyon özerkliğini destekleme potansiyelini ve Türkiye'deki uygulanabilirliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Konuya ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunması nedeniyle, herhangi bir yıl kısıtlaması yapılmaksızın PubMed, Scopus, Google Scholar ve Türkiye Atıf Dizini gibi veri tabanlarında literatür taraması yapılmıştır. İncelenen veriler, modelin hemşirelerin karar alma süreçlerine katılımını desteklediğini, bakım kalitesini artırdığını, sağlık sistemine ekonomik katkı sağladığını ve çalışan memnuniyetini olumlu etkilediğini göstermektedir. Türkiye'de halihazırda bir evde bakım sistemi bulunmakla birlikte, hemşirelik uygulamalarında mesleki özerklik sınırlıdır. Bu doğrultuda, mevcut yapının Buurtzorg modelinden ilham alınarak geliştirilmesi; yasal düzenlemeler, kültürel uyum çalışmaları, pilot uygulamalar ve hemşire özerkliğini destekleyen politikaların oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı sağlığı; Evde bakım, Buurtzorg modeli, Hemşire özerkliği

Abstract: The increasing elderly population has intensified the need for comprehensive and sustainable care models in health services. This study aims to evaluate the applicability of the Buurtzorg Model in Türkiye, which has been proven effective in several countries, particularly in supporting nurses' autonomy in care indication. Due to the limited number of related studies, a literature review was conducted without any year restrictions by searching databases such as PubMed, Scopus, Google Scholar, and the Turkish Citation Index. The reviewed data show that the model supports nurses' involvement in decision-making processes, improves the quality of care, contributes economically to the healthcare system, and positively affects employee satisfaction. Although a home care system is currently in place in Türkiye, professional autonomy in nursing practice remains limited. Therefore, it is recommended that the existing structure be enhanced by drawing inspiration from the Buurtzorg Model through legal regulations, cultural adaptation efforts, pilot implementations, and policies that support nurse autonomy.

Keywords: Elderly health; Home care, Buurtzorg model; Nurse autonomy

Giriş

Yaşlılık, genellikle 65 yaş ve üzerindeki bireylerde görülen ve zamanla biyolojik, fizyolojik ile sosyal değişimlerin eşlik ettiği doğal bir yaşam evresidir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun, 60 yaş üzeri 2023 yılında 1.1 milyar kişi iken, 2030 yılında 1.4 milyar kişiye ulaşması beklenmektedir. Türkiye’de ise 65 yaş üzeri nüfus 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi iken; bu oranın 2030’da %12.9’a, 2040’ta %16.3’e, 2060’ta %22.6’ya ve 2080’de %25.6 oranında artacağı öngörülmektedir.^(1,2) Son yıllarda azalan doğum hızları ve uzayan yaşam süreleri ile yaşlı nüfus oranındaki artış, evde bakım gereksiniminin artmasına neden olmuştur. Türkiye On Birinci Kalkınma Planı 582. hedef planında, yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerine vurgu yaparak “Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılarak erişim, etkinlik ve kalite artırılacak ve yoğun bakım, palyatif bakım ve geriatri hizmetinin evde bakım hizmetleri ile entegrasyonu sağlanacaktır” hedefine yer verilmiştir.⁽³⁾ On İkinci Kalkınma Planı’nda ise 712.1 numaralı hedef planında “Yaşlı bakımında sağlık ve sosyal hizmetleri bir araya getiren bakış açısıyla yeni bir model oluşturulacak, bu kapsamda kurumlar arası koordinasyon sağlanacaktır” ifadesine yer verilmiştir.⁽⁴⁾ Bu bilgiler doğrultusunda Türkiye’nin yaşlı bakımındaki gereksinimlerin farkında olduğu, gelişim ve değişime açık olduğu anlaşılmaktadır.

Ülkemizde uygulanmakta olan bir evde bakım hizmeti bulunmaktadır ancak uluslararası düzeyde evde bakım hizmetleri uygulamalarına bakıldığında daha etkili ve gelişmiş bakım modellerinin olduğu görülmektedir. Bunlardan biri 2006 yılında Jos de Blok tarafından Hollanda’da geliştirilen Buurtzorg modelidir. Günümüze kadar 24 farklı ülkede uygulanmış ve literatürde özellikle Hollanda, İngiltere, İsviçre ve Finlandiya örneklerinde fırsatları ve zorlukları ile birlikte ele alınmıştır.^(5,6) Türkiye’de Buurtzorg modelinin doğrudan bir karşılığı bulunmadığından, konuya ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buurtzorg modelinin başarısında hemşirelerin bakım endikasyon kararlarını özerk biçimde alabilmeleri ve bütüncül bir yaklaşım içinde bakım sürecini yönetmeleri kritik rol oynamaktadır. Bu derlemenin amacı, Buurtzorg modelinin incelenmesi ve modeldeki bölge hemşirelerinin evde bakım endikasyon özerkliğinin topluma sağlayacağı yarara dikkat çekmek ayrıca Türkiye’de bu modelin uyarlanabilirliğini tartışmak ve gelişim için yapılması gereken stratejik adımları ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Konuya ilişkin tam erişilebilir, sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılması nedeniyle bu araştırma literatür derleme türünde gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Literatür taraması, PubMed, Scopus, Google Scholar ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında 20 Şubat–20 Haziran 2025 tarihleri arasında, herhangi bir yıl kısıtlaması yapılmaksızın gerçekleştirilmiştir.

Tarama Stratejisi ve Uygunluk Kriterleri

Literatür taramada “Yaşlı sağlığı”, “Evde bakım”, “Buurtzorg modeli”, “Hemşire özerkliği” ile bunların İngilizce karşılıkları olan “Elderly health”, “Home care”, “Buurtzorg model”, “Nurse autonomy” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Dahil etme kriteri olarak, Buurtzorg modelini, evde bakım hizmetlerini veya hemşire özerkliğini ele alan ve tam metin erişilebilir makaleler değerlendirmeye alınmıştır. Dışlama kriteri olarak ise tam metin erişilemeyen, konu ile doğrudan ilişkili olmayan veya yinelenen yayınlar çalışma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak literatür derleme niteliğinde yürütülmüş olup etik kurul onayı gerektirmemektedir.

Bulgular

Buurtzorg Modeli

Hollanda’nın resmi dili, Felemenkçe’nin lehçesi olan Hollandacadır. Hollandaca dilinde ‘buurt’ mahalle, bölge ve ‘zorg’ ise bakım anlamına gelmektedir. Buurtzorg modeli ‘mahalle bakımı’ anlamına gelen, evde bakım yaklaşımını ifade etmektedir. Bu yaklaşım kavramsallaştırılarak sağlık hizmeti olarak uygulamakta ve Hollanda’da ‘Buurtzorg Nederland’ olarak isimlendirilmektedir. Buurtzorg Nederland; yaygın, yenilikçi, holistik sağlık hizmeti sunan özel bir sağlık bakım şirketidir.⁽⁵⁾

Buurtzorg evde bakım modeli, Hollanda’da ortaya çıkan ve özellikle hemşirelik alanında hasta merkezli bir yaklaşımı temel alan yenilikçi bir sağlık hizmeti modelidir. 2006 yılında Jos de Blok tarafından hastaların kendi evlerinde bakım almalarını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Geleneksel hiyerarşik yapının aksine, kendi kendini yöneten profesyonel sağlık ekipleri ve teknoloji zinciri ile takip edilebilen organizasyon şirketi aracılığı ile evde bakım hizmeti verilmektedir. Maksimum on iki hemşireden oluşan ekiplerin, bölgedeki ailelerin bakımını paylaşarak, ihtiyaçlarını belirleme, kaynakları organize etme, hizmet performanslarını

takip etme, ekip içi iletişim, eğitim ve gelişim faaliyetlerini düzenleme ve bilgi teknolojilerini etkili kullanma görevleri bulunmaktadır.⁽⁶⁾ Bu görevler ile kişiler arası güven, özerk ve bütüncül hasta bakımı, düşük maliyetli yeni çözümler ile yaratıcılık, teknoloji kullanımı ile uygulama kolaylığı, bireyler ve kuruluşlar arası iş birliği sağlanmaktadır.⁽⁷⁾ Bu kapsamda bakıldığında, evde bakım uygulamalarında hemşirelere daha fazla özerklik tanımakta ve bakımın bütüncül bir şekilde ele alınmasını hedeflemektedir.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Hollanda'nın yanı sıra 24 ülke tarafından uygulanan bu model ülkemizdeki evde bakım uygulamaları ile benzerlikler ve farklılıklar barındırmaktadır. Bu sağlık hizmetini tanımanın ve kendi ülkemiz kültür ve yapısına uygun hale getirmenin toplum yararına olacağı düşünülmektedir. Modelin temel prensipleri hastaya odaklılık, bütüncül bakım, özerklik, yerel düzeyde organize olarak toplumsal bağları güçlendirmektir. Faydaları ise hasta memnuniyeti, daha az hastane yatışı, toplum temelli hizmet sağlayarak bireylerin toplum ile bağlarını güçlendirmektir.⁽⁵⁾ Hollanda'da ortaya çıkan ve uygulama yaygınlığı giderek artan Buurtzorg modeli ile Türkiye'de verilen evde bakım hizmetleri incelendiğinde çeşitli farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Buurtzorg modeli ve Türkiye'de Verilen Evde Bakım Hizmetlerinin İncelenmesi

Özellikler	Buurtzorg Nederland tarafından verilen evde bakım modeli	Türkiye'de verilen evde bakım
Sistemin organizasyonu ve yönetim	• Minimum hiyerarşi • 12 kişilik ekip (%50'si hemşire, %50'si bakıcı) • Her ekip 40-60 aileden sorumlu • Ekipler yerel düzeyde organize olarak bağımsız.^(11,12) • Hemşireler yüksek bakıcılar ise orta eğitim seviyesinde • Bakım endikasyon kararlarını hasta ihtiyacına göre bağımsız ve doğrudan alan ve devamlılığını sağlayarak denetleyen bölge hemşiresi bulunmaktadır.^(15,16)	• Evde bakım hizmetleri ile mevzuatın oluşturulması ve denetlenmesi T.C. Sağlık Bakanlığı • Beraberinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı^(13,14) • "T" tipi toplum, "H" tipi kamu hastaneleri ve "D" tipi ağız ve diş sağlığı olmak üzere üç farklı tipte sağlık hizmeti^(15,16) • Bakım kararı hekim öncülüğünde önerilen tedavi ve bakım planı diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanmaktadır.⁽¹⁷⁾

Hemşirelerin rolü ve özerkliği	• Hemşireler, küçük ekipler halinde tamamen özerk ^(11,12) • Bürokrasi minimum düzeyde ve hemşireler zamanlarının büyük kısmını hasta bakımına ayırabilmektedir.	• Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar, ilgili hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir. • Hemşireler, genellikle önceden belirlenmiş protokollere göre çalışmakta ve karar alma süreçlerinde sınırlı bir role sahiptir.^(14,17)
Teknoloji kullanımı	• "Buurtzorg Web" adlı bir yazılım ile hemşirelerin hasta takibini • Teknoloji ile bürokratik yük azaltılarak hizmetlerin daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır.⁽⁵⁾	• Koordinasyon için 444 38 33 numaralı telefon hattı • Ayrıca aile hekimlikleri ve toplum sağlığı merkezleri aracılığı ile de başvuru yapılmaktadır. • Teknolojik altyapısı daha sınırlı düzeyde olup sağlık çalışanları, genellikle manuel dokümantasyon ve raporlama yapmaktadır.⁽¹⁶⁾
Toplum ve yerel odak	• Yerel ekipler, toplumla entegre • Hasta ile ekip arasında güçlü bir bağ kurmaktadır.^(11,18)	• Merkezi bir organizasyona dayanmaktadır.^(19,20)

Evde bakım uygulamalarının ülkeler arasında farklılık göstermesinin nedenlerinden biri, hemşirelerin bakım sürecindeki karar alma yetki ve sorumluluk düzeyidir. Bu açıdan hemşirelikte endikasyon özerkliği kavramı önem kazanmaktadır.

Hemşirelikte Endikasyon Özerkliği ve Uygulamaları

Hemşirelikte mesleki özerklik; paylaşılan liderlik, mesleki beceriler, multidisipliner iş birliği ve çalışanlar için sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanmasıdır. Ayrıca karar alma, savunuculuk, bakım faaliyetlerini belirleme, yetkinlik ve yenilikçi performansı olarakta tanımlanmaktadır.⁽²¹⁾ Buurtzorg modelinde endikasyon özerkliği ise hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, rapor etmesi ve girişimleri hekime danışmadan başlatabilme yetkisini ifade etmektedir. Hollanda'da yerel düzeyde 12 kişilik ekiplerden oluşan organizasyonlarda hekim olmaksızın hastaların bakım ihtiyacı kararı, planlanması uygulanması ve raporlanması ve takibi sağlanmış ve bununda hasta bakım kalitesini arttırdığı, ülke ekonomisine ve çalışan memnuniyetine olumlu katkısı olduğu ortaya çıkmıştır.^(12,22) Bu da hemşirelerin sadece hekim talimatlarının uygulayıcısı değil, aynı zamanda bağımsız karar alabilen, uygulayan ve takip eden bir pozisyonda olduğu anlamına gelmektedir. Türkiye'de ise bakım kararı hekimlere

verilmiş ve yasal açıdan hemşirelere verilen özerklik sınırlandırılmıştır.⁽¹⁷⁾ Bu nedenle, modelin Türkiye'ye uyarlanması hemşirelik rol ve yetkilerinin yeniden tanımlanmasını önem arz etmektedir.

Tablo 1'de görülen değişikliklerin diğer sebepleri ise ülkelerin sahip olduğu sağlık sigorta sistemleri, yasalar ile belirlenmiş hemşirelik görev, yetki ve sorumlulukları, sağlık politikaları, yeterli sayıda sağlık personeli ve yeterli teknolojik altyapının olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle modeli incelerken hemşirelik eğitimi ve hizmet alıcılarını etkilemesi nedeniyle sigorta sistemlerini detaylı olarak incelemek modeli anlamak ve diğer uygulamalarla karşılaştırmak fayda sağlayacaktır.

Hollanda'da Sağlık Sigorta Sistemi ve Hemşirelik Eğitimi

Hollanda'nın yaşlı bakımında en çok para harcayan ülke olması 2015'te sağlık sigorta sisteminde devrim niteliğinde bir değişiklik yapılmasına neden olmuştur. Ülkede ikamet eden ve bir gelire sahip olan herkes, 1968'den 2007 yılları arasında İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [AWBZ]) kapsamında sigorta sistemine zorunlu olarak prim ödemektedir. 2004 yılında ise bakım ihtiyacının değerlendirilmesi ve karşılanmasını takip edecek bağımsız bir organizasyon olan Bakım Değerlendirme Merkezi (Centrum Indicatiestelling Zorg [Zorg-CIZ]) kurulmuştur.⁽¹³⁾ Daha sonra 2007 yılında Sosyal Destek Kanunu (Wet Maatschappelijke Ondersteuning [WMO]) kapsamında kişilerin sosyal ihtiyaçlarının karşılanması adına yerel yönetimlere de sorumluluk verilmiştir. Nihayetinde 2015'te Uzun Süreli Bakım Yasası (Wet langdurige zorg [WLZ]) AWBZ'nin yerini alarak uzun süreli bakımlarda merkezi yönetimden ziyade yerel yönetimlerin, denetlemeye ve hesap verilebilirliği doğrultusunda yetkileri arttırılmıştır. Bu yasa ile birlikte, birçok özel sigorta şirketleri ile sözleşmeli devlet tarafından finanse edilen evde bakım kuruluşları oluşturulmuştur. Bakım ihtiyacı ise temel bakım, ekstra bakım ve özel bakım olmak üzere üç düzeyde sunulmaktadır.⁽⁸⁾

Hollanda'nın 2015'te yaptığı reformdan önce bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi çeşitli sağlık çalışanları tarafından yapılırken, reformdan sonra bu iş sadece lisans yetkisi olan hemşirelere verilmiştir.⁽²³⁾ Ülkede hemşireler, Hollanda Profesyonel Hemşire Uygulayıcıları Örgütü'ne (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland [V&VN]), sicil kaydı açtırmak zorundadır. Bu işleyiş hemşirelere bağımsız uygulayıcı olarak yasal bir statü vermektedir. Her bir bölge hemşiresi, Sağlık Sigortası Kanunu (Zorgverzekeringswet [ZVW]) kapsamında finanse edilen evde bakım hizmetlerine erişimde anahtar bir görevi üstlendiğinin bilincindedir. OMAHA ve NANDA hemşirelik tanılama sistemlerini aktif kullanarak bakım ihtiyacını

belirlemede ve maliyet hesaplaması yapan bir rapor oluşturmaktadır. Bu rapor ile sigortalı bakım hukuki sayılmaktadır. Bakım endikasyonu koyabilen bu kayıtlı hemşireler V&VN'nin mesleki standartlar çerçevesindedir. Ayrıca ülkede 'hemşire' ünvanı korunan meslek grubundadır.⁽²⁴⁾ Tüm bunlar ile birlikte eğitim sisteminde de farklılıklar bulunmaktadır.

Hollanda'da hemşirelik eğitiminde 3 farklı seviye bulunmaktadır. Bunlar; mesleki orta eğitim (MBO), mesleki yüksek eğitim (HBO) ve bilimsel eğitimidir.⁽²⁵⁾ Hemşirelik MBO seviye 1'den 6 ya kadar görev yetki ve sorumlulukları artan bir şekilde devam etmektedir.⁽²⁴⁾ Bu bilgiler doğrultusunda Hollanda'da hemşirelerin mesleki özerklikleri, V&VN tarafından belirlenen mesleki standartlar çerçevesinde tanımlanmakta; bu yapı, sağlık sigorta sistemleri ve Hollanda Hükümeti ile olan iş birliği sayesinde nitelikli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulmasına olanak sağlamaktadır.^(26,27)

Türkiye'de Sağlık Sigorta Sistemi ve Hemşirelik Eğitimi

Türkiye'de sağlık sigorta sistemleri 2012 yılından önce; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), BAĞ-KUR, Devlet Memurları Emekli Sandığı, Devlet Memurları Sigorta Fonu, Yeşil Kart Programı olmak üzere beş farklı sigorta fonu bulunmaktaydı. Tüm fonlar 1 Ocak 2012 yılında, genel sağlık sigortası (GSS) kapsamında birleştirildi.⁽²⁸⁾ Akabinde kişilerin isteğine ya da ekonomik gücüne bakılmaksızın, zorunlu, gelirinin brüt asgari ücretin %3 prim karşılığında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Kapsamında genel sağlık sigortası yapılmaktadır.⁽²⁹⁾ Evde bakım ihtiyacı olan bireylere SGK kapsamında, T.C. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları aracılığı ile ücretsiz hizmet sunulmaktadır. Sağlık İl Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri'ne bağlı "koordinasyon merkezi" aracılığı ile de koordinasyon sağlanır. Başvurular için ise 444 3 833 numaralı telefon hattı oluşturulmuştur. Müdürlük tarafından görevlendirilmiş bir hekim de koordinasyon sorumlusudur. Bireylerin bakım sağlayıcıları için ise Aile ve Sosyal Hizmetleri tarafından ödenen evde bakım ücreti desteği de verilmektedir. Mevcut sisteme bakıldığında, hastaların evde sağlık hizmetlerinden faydalanmada ilk kararı veren kişiler hekimlerdir. Evde sağlık hizmetleri hem SGK hem de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında sağlık kurul raporu ile sağlamaktadır.⁽³⁰⁾ Her iki ülke kıyaslandığında ülkemizde hemşirelik eğitiminde de farklılıklar bulunmaktadır.

Hemşirelik lisans eğitim süresi dört yıl, 4600 saat teorik ve klinik eğitimi kapsamakta ve programı başarı ile tamamlayan kişiler hemşirelik yapma yetkisine sahip olmaktadır. Kamuda çalışmak isteyen mezunlar, Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi'nin (ÖSYM) planladığı Kamu Personeli Seçme Sınavı (KPSS) sonuçlarına göre kurumlara yerleştirilmektedir. Hemşirelik yapma yetisini kontrol eden herhangi bir sınav sistemi

bulunmamaktadır. Buna karşın birçok ülkede eğitim kalitesi ve mezunların yeterlilikleri hemşirelik kuruluş ve dernekleri ile standartlar oluşturulmuş ve sürekli olarak akreditasyon ile güvence altına alınmıştır.⁽³¹⁾ 2014 yılında Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından hemşirelik eğitiminde akredite kuruluş olarak tanımlanan Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (HEPDAK) bağımsız ve tüm paydaşları kapsamaktadır. Ancak üye olduğu kuruluşlar için bağlayıcılığı bulunmaktadır.⁽³²⁾

Uluslararası Uygulamalar

Hollanda ile Türkiye karşılaştırıldığında sağlık sigorta sistemi ve hemşirelik eğitimi açısından önemli farklılıklar bulunmakla birlikte, ülkemizde evde bakım hizmetleri sunulmaktadır fakat Buurtzorg modelinin doğrudan bir karşılığı bulunmamaktadır. Bu nedenle farklı ülkelerdeki deneyimler Türkiye için önemli fırsatlar sunmaktadır. Literatürde özellikle Hollanda, İngiltere, Finlandiya ve İsviçre örneklerinde yoğunlaşan çalışmaların ortaya koyduğu fırsatlar ve zorluklar, yöntem bölümünde belirtilen tarama kapsamında ulaşılan bulgulara dayanarak Tablo 2’de özetlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Buurtzorg Modeli’nin Uluslararası Uygulamaları: Ülke, Uygulama/Yapılanlar, Fırsatlar ve Zorluklar

Ülke	Uygulama / Yapılanlar	Fırsatlar ve Zorluklar
Hollanda ^(23,33,34)	Kendi kendini yöneten hemşire ekipleri, 2006’dan beri modelin yaygın uygulamaları	Hasta memnuniyeti, bakım kalitesi ve maliyet etkinliği yüksek ancak uzun vadeli bakımda maliyet aktarımı yerel yönetimlere yük getirmesi
İngiltere ^(35,36)	NHS içinde pilot uygulamalar, yarı yapılandırılmış görüşmeler.	Hasta deneyimi olumlu, entegrasyon fırsatı var; fakat kültürel ve düzenleyici farklılıklar nedeniyle tam uyum zorluğu
Finlandiya ⁽³⁷⁾	Öz-örgütlenen hemşire takımları, kamu kuruluşlarında deneyimler	İş etkinliği, çalışan memnuniyeti ve verimlilik artışı ancak sürdürülebilirlik için sabır ve direnç gerekliliği
İsviçre ^(9,38)	Kapsam incelemeleri ve vaka çalışmaları	Hemşire özerkliği fırsatı ancak güçlü kurumsal öğrenme kültürü ve uyumlu sağlık politikaları olmadan uygulama zorluğu

Tablo 2’de özetlenen veriler ayrıntılı incelendiğinde modelin farklı ülkelerde farklı çıktılar ürettiği görülmektedir. Bu uygulamalara ülke bazında bakıldığında; Hollanda’da Gray ve ark. (2015)’lerinin araştırmasında, hemşirelerin yüksek düzeydeki akreditasyonlarının hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini yükselttiği, kendi kendini yöneten ekipler sayesinde verimli ve maliyet etkin bir bakım sağlandığı belirtilmiştir. Ancak toplam maliyetin (bakımevi, doktor

ve hastane giderleri dahil) Hollanda'daki evde bakım sağlayıcıları için ortalama düzeyde olduğu vurgulanmıştır.⁽³⁹⁾ Maarse ve ark. (2016), uzun vadeli bakım reformuna ilişkin çalışmalarında model hakkındaki olumsuz görüşlerin zamanla olumluya döndüğünü ve belediyelerin evde bakımda daha etkin rol üstlendiğini belirtmiştir.⁽³⁴⁾ Alders ve Schut (2022) 2015–2019 döneminde belediyeler üzerine yaptıkları incelemede ise modelin sosyal bakım için bütçe yükünün arttığını ve uzun süreli bakımda maliyet aktarımının merkezi yönetimden yerel yönetimlere kaydığını göstermiştir.⁽³³⁾

İngiltere'de Drennan ve ark. (2018), Buurtzorg modelinin İngiltere'de uygulanabilirliğini karma yöntemli vaka çalışmasıyla incelemiş ve modelin hastalar, bakım vericiler ve sağlık profesyonelleri için kabul edilebilir olduğunu belirtmişlerdir.⁽³⁵⁾ Lalani ve ark. (2019) da Doğu Londra'da yürütülen pilot çalışmada hasta deneyiminin olumlu olduğunu, entegrasyon ve iş birliklerinin geliştiğini fakat kültürel ve düzenleyici farklılıklar nedeniyle Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) içinde uygulamanın sınırlı başarıya ulaştığını raporlamıştır.⁽³⁶⁾

Finlandiya'da Jantunen ve ark. (2020), öz-örgütlenen hemşire takımlarının iş etkinliği, çalışan memnuniyeti ve verimlilik üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğunu göstermiştir. Ancak sürdürülebilir bir sistem için sabır ve direnç gerektiğini vurgulamışlardır.⁽³⁷⁾

İsviçre'de Hegedüs ve ark. (2022)'nin kapsam incelemesi, modelin uygulamadaki zorluklarının daha çok kültür, organizasyonel çerçeve ve sağlık politikalarından kaynaklandığını ortaya koymuştur.⁽⁹⁾ Aynı araştırma grubunun İsviçre'de yaptığı vaka çalışmasında ise, modelin başarısı için çalışanlar arasında güçlü bir kurumsal öğrenme kültürünün geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.⁽³⁸⁾

Türkiye'de Buurtzorg Modelinin Uygulanabilirliği ve Önemi

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin büyük ölçüde hekim merkezli ilerlemesi hemşirelerin karar alma süreçlerini sınırlamaktadır. Buurtzorg modeli ise küçük ve kendi kendini yöneten ekipler aracılığıyla hemşire özerkliğini güçlendirmekte, bakımın bütüncül ve hasta odaklı yürütülmesini sağlamaktadır. Türkiye'nin artan yaşlı nüfusu ve kronik hastalık yükü göz önünde bulundurulduğunda, modelin uyarlanması yalnızca hemşirelik mesleğinin güçlenmesine değil, aynı zamanda toplum temelli bakımın gelişmesine, hasta ve aile memnuniyetinin artmasına ve sağlık sisteminde sürdürülebilirliğin desteklenmesine katkı sağlayabilecek önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.

Tartışma

Literatürde modele ilişkin olumlu çıktılar, daha çok hasta memnuniyeti, bakım kalitesi, hemşirelerin mesleki özerkliği ve maliyet etkinliği üzerinde yoğunlaşmaktadır^(6,8,9,39,40) Bununla birlikte, uzun vadeli bakımda maliyet yükünün yerel yönetimlere kayması, kültürel ve düzenleyici uyumsuzluklar ile sürdürülebilirlik sorunları modelin zorlukları olarak belirtilmektedir.^(9,33,38) Bu veriler ışığında, modelin hem fırsatlar hem de sınırlılıklar sunduğu görülmektedir. Türkiye bağlamında ise, mevcut evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına hemşirelerin bakım kararlarına aktif katılımı, bakım endikasyon özerkliğinin güçlendirilmesi ve bütüncül bakım yaklaşımı, dikkate alınması gerekmektedir. Böylece hemşirelik mesleğinin güçlenmesi, sağlık sisteminde hizmet kalitesinin artırılması ve maliyet etkinliğinin sağlanacağı düşünülmektedir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu derlemede, Buurtzorg modelinin hemşire özerkliğine dayalı yapısıyla topluma katkı sağladığı görülmüştür. Türkiye’de uygun koşullar sağlandığında uyarlanabilirliği mümkündür. Bunun için öncelikle sınırlı ölçekli pilot uygulamaların yürütülmesi, hemşirelerin karar alma yetkilerini güçlendirecek mevzuat ve sigorta düzenlemelerinin yapılması, hemşirelik eğitiminde özerklik odaklı içeriklerin güçlendirilmesi ve toplumda hemşire merkezli bakım konusunda farkındalığın artırılması gerekmektedir. Literatürde modelin başarısını sağlayan hemşire özerkliği, bütüncül bakım, maliyet etkinlik ve yüksek hasta memnuniyeti Türkiye’nin artan yaşlı nüfusu, kronik hastalık yükü ile ilişkilendirildiğinde, modelinin ülkemize uyarlanması koşullu olarak mümkün görülmektedir. Bu süreç hem hemşirelik mesleğinin güçlenmesine hem de evde bakım sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sağlayabilecek önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Herhangi bir kurumsal ve finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkıları: Fikir/Kavram (NT), Çalışma Tasarımı (NT), Denetleme/Danışmanlık (SCÇ), Literatür Taraması (NT), Makalenin Yazımı (NT), Başvuru öncesi son kontrol (NT-SCÇ)

Teşekkür: Çalışma süresi boyunca sabır ve ilgi ile devam edebildiğimiz ilaveten sağlık hizmeti geliştirmek adına dikkat çabamız için kendi öz benliğimize teşekkür ederiz

Kaynaklar

- 1- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle yaşlılar, 2023. Erişim tarihi: 23.01.2025. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2023-53710>
- 2- World Health Organization (WHO). Ageing: Global population. Access: 06.08.2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
- 3- T.C. Cumhurbaşkanlığı. 100. Yıl Türkiye Planı: On Birinci Kalkınma Planı 2019–2023. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi; 2019. Erişim tarihi: 06.08.2025. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/On-Birinci-Kalkinma-Plani-2019-2023.pdf>
- 4- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı 2024–2028. Türkiye Büyük Millet Meclisi; 2023. Erişim tarihi: 23.01.2025. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf
- 5- Buurtzorg International. Buurtzorg Nederland. 2025. Access: 21.02.2025. Available from: <https://www.buurtzorg.com/>
- 6- Martela F, Nandram S. Buurtzorg: scaling up an organization with hundreds of self-managing teams but no middle managers. J Org Des. 2025 Jan 7. doi: 10.1007/s41469-024-00184-y.
- 7- Andrade ICS de, Tosin MH de S, Oliveira M, Nandram S, Pinheiro FG de MS, Oliveira BGRB de. Implementation of an innovative model of community nursing for older adults based on Buurtzorg principles: a scoping review protocol. JBI Evid Synth. 2022;20(10):2565–71. doi: 10.11124/JBIES-21-00388.
- 8- Cansever İH. Türkiye'nin Evde Bakım Paradoksu: Buurtzorg Modeli Üzerine bir politika değerlendirme araştırması. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2025; (4):505–19. doi: 10.37880/cumuiibf.1458508.
- 9- Hegedüs A, Schürch A, Bischofberger I. Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a scoping review. Int J Nurs Stud Adv. 2022;4:100061. doi: 10.1016/j.ijnsa.2022.100061.
- 10- Lumillo-Gutiérrez I, Salto GE. Buurtzorg Nederland, a proposal for nurse-led home care. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31(5):323–7. doi: 10.1016/j.enfcl.2020.08.004.
- 11- Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, de Blok J. Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. Glob Adv Health Med. 2025;4(1):40–4. doi: 10.7453/gahmj.2014.030.
- 12- Malik E. Buurtzorg Nederland: Explicating a self-management homecare model. Proceedings. 2023;2023(1):10437. doi: 10.5465/AMPROC.2023.10437.
- 13- Karan MA, Satman İ. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSAB) Türkiye yaşlı sağlığı raporu: güncel durum, sorunlar ve kısa-orta vadeli çözümler. İstanbul; 2021. p. 89. Report No.: 48569. Erişim tarihi: 07.08.2025. Erişim adresi: <https://files.tuseb.gov.tr/tuhke/files/yayinlar/2024-11-29-08-18-49.pdf>
- 14- Resmî Gazete. Sağlık Bakanlığından: Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik. 2023. Sayı: 32209. Erişim tarihi: 22.02.2025. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>
- 15- Çelik Güzel E, Toprak D. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2018;10(5):15–19. Erişim tarihi: 22.02.2025. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/47240/593652>

- 16- Yağar F. Türkiye’de evde bakım hizmetlerine ilişkin hasta beklentilerinin doküman analizi yöntemi ile incelenmesi. PAUSBED. 2022;(48):203–14. doi: 10.30794/pausbed.945207.
- 17- T.C. Cumhurbaşkanlığı. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. 2005. Erişim tarihi: 10.06.2025. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- 18- Varis K. Buurtzorg – an innovative model for caring elderly at home. 2017. Access: 22.01.2025. Available from: <https://ikanyt.karelia.fi/2017/11/13/buurtzorg-an-innovative-model-for-caring-elderly-at-home/>
- 19- Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. SAYOD. 2018 Dec 3;(1):45–56. doi: 10.35375/sayod.520957.
- 20- Aydın A. Türkiye ve seçilmiş Avrupa ülkelerinde evde bakım hizmetlerinin organizasyonu, kapsamı ve içeriği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;13(3):1408–21. doi: 10.37989/gumussagbil.1410883.
- 21- Mrayyan M, Abu Khait A, Rababa M, Algunmeeyn A, Al-Rawashdeh S, Al-Atiyyat N, et al. Professional autonomy in nursing: a concept analysis. SAGE Open. 2025:1–17. doi: 10.1177/21582440241302129.
- 22- Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, de Blok J. Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. Glob Adv Health Med. 2015;4(1):40–4. doi: 10.7453/gahmj.2014.030.
- 23- Brabers AEM, de Groot K, Groenewegen PP, de Jong JD. To what extent do home care nurses feel free to assess the care that is needed for their patients? A nationwide survey in the Netherlands. Health Sci Rep. 2021;4(4):e420. doi: 10.1002/hsr2.420.
- 24- Harder C. Notitie geneeskundige context aanspraak wijkverpleging. V&VN Wijkverpleging. 2022. Access: 08.08.2025. Available from: <https://www.venvn.nl/media/4xuahadf/20221114-notitie-geneeskundige-context-in-de-wijkverpleging.pdf>
- 25- Amsterdam Eğitim Ataşeliği. Hollanda’da eğitim. 2025. Erişim tarihi: 23.02.2025. Erişim adresi: <https://amsterdam.meb.gov.tr/www/hollandada-egitim/icerik/8626>
- 26- Harder C. Normenkader. 2025. Access: 15.02.2025. Available from: <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/normenkader/>
- 27- Zorg voor Beter. Wijkverpleegkundigen indiceren zorg in de wijk. 2025. Access: 15.02.2025. Available from: <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/samenwerken-in-de-wijk/professionals-in-de-wijk/wijkverpleging>
- 28- Tombak H, Tüfekçi N. Health insurance system in Turkey: a conceptual evaluation. J Curr Res Health Sect. 2023;13(1):73–84. doi: 10.26579/jocrehes.13.1.6.
- 29- SGK. Sosyal Güvenlik Kurumu. 2025. Erişim tarihi: 23.02.2025. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/146ba5fa-f757-4fc1-b316-30859c42d21e/2025-yili-icin-genel-saglik-sigortasi-prim-tutari-ne-kadardir-2025-02-06-09-59-38>
- 30- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Erişim tarihi: 10.06.2025. Erişim adresi: <http://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruluslari-tarafından-evde-saglik-hizmetlerinin-sunulmasına-dair-yonetmelik/>
- 31- YÖK. Yükseköğretim Kurulu. Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştayı. 2017. Erişim tarihi: 23.02.2025. Erişim adresi:

- https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/Hemsirelik_Lisans_Egitim_i_Calistayi_Sonuc_Raporu.pdf
- 32- HEPDAK. Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği. 2013. Erişim tarihi: 10.06.2025. Erişim adresi: <https://www.hepdak.org.tr/kaynaklar>
- 33- Alders P, Schut FT. Strategic cost-shifting in long-term care: Evidence from the Netherlands. *Health Policy*. 2022;126(1):43–8.
- 34- Maarse JAMH, Jeurissen PPP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*. 2016;120(3):241–5. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.01.014.
- 35- Drennan VM, Calestani M, Ross F, Saunders M, West P. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021931. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021931.
- 36- Lalani M, Fernandes J, Fradgley R, Ogunsola C, Marshall M. Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):945. doi: 10.1186/s12913-019-4788-2.
- 37- Jantunen S, Piippo J, Surakka J, Sinervo T, Ruotsalainen S, Burström T. Self-organizing teams in elderly care in Finland: Experiences and opportunities. *Creat Nurs*. 2020;26(1):37–42. doi: 10.1891/1078-4535.26.1.37.
- 38- Hegedüs A, Schürch A, Zentgraf A, Abegg A, Bischofberger I. Opportunities and challenges for home care services in implementing the Buurtzorg model in Switzerland: results of an exploratory case study / Chancen und Herausforderungen für häusliche Pflegedienste bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz: Ergebnisse einer explorativen Fallstudie. *Int J Health Prof*. 2022;9(1):104–15.
- 39- Gray BHG, Sarnak DOS, Burgers JSB. Home care by self-governing nursing teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. New York, NY: Commonwealth Fund; 2015. Access: 22.01.2025. Available from: <http://www.issuelab.org/permalink/download/25117>