

ISSN:2757-6272



Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi

Journal of Life Long Nursing

Yıl/ Year: 4 Sayı/ Issue: 1 Nisan/ April 2023

Baş Editör
Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Editörler
Dr. Gökçe DEMİR, Dr. Şenay AKGÜN, Dr. Songül ÇAĞLAR

www.llnursing.com

editor@llnursing.com



YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Baş Editör

Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Editörler

Dr. Gökçe DEMİR, Dr. Üyesi Şenay AKGÜN, Dr. Songül ÇAĞLAR

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, derlemeler, olgu sunumları yayınlar. Kongre, sempozyum gibi toplantılarda sunulmuş olan bildirilerin yayınlanması bildirinin tam metin olarak yayınlanmamış olması ve bildiriye ilişkin toplantı bilgilerinin verilmesi koşulu ile yayınlanabilir ancak bu yayının 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@lnursing.com

YIL: 4 / SAYI: 1

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi (Journal of Life Long Nursing)

DERGİ YÖNETİMİ

Baş Editör

Makbule TOKUR KESGİN

Editörler

Gökçe DEMİR

Şenay PEHLİVAN

Songül ÇAĞLAR

Ulusal Alan Editörleri

Birgül Cerit

Meral Yıldırım Çetinkaya

Fatma Arıkan

Nevin Çıtak Bilgin

Bedriye Ak

Gülbahar Korkmaz Aslan

Saliha Hallaç

Esra Uğur

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

Duygu ÖZTAŞ

Mervenur Büyük

Saadet Erdem

Sekreteryaya

Hacer Alpteker

Mervenur Büyük

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi olarak, dergimizin 3 (1) sayısında makale incelemesi yapan aşağıda isimleri yer alan tüm hakemlerimize sonsuz şükranlarımızı sunarız.

Bilge Kalanlar	Hacettepe Üniversitesi
Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Fadime Hatice İnci	Pamukkale Üniversitesi
Hesna Gürler	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Hilal Seki Öz	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Mert Kartal	Malatya Turgut Özal Üniversitesi
Mualla Yılmaz	Mersin Üniversitesi
Nazike Duruk	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Nevin Günaydın	Ordu Üniversitesi
Nigar Ünlüsoy Dinçer	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Nihal Gördes Aydoğdu	Erzurum Teknik Üniversitesi
Pınar Tekinsoy	Erciyes Üniversitesi
Rojin Mamuk	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Selma Turan Kavradım	Akdeniz Üniversitesi
Serap Gökçe Eskin	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Şeyma Demir	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Yasemin Ayhan Öncü	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yeliz Doğan Merih	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Zahide Tunçbilek	Hacettepe Üniversitesi

İÇİNDEKİLER/ CONTENTS

Editörden / Editorial

Afetler ve Hemşirelik

Disaster and Nursing

Makbule TOKUR KESGİN.....i-v

Araştırma Makalesi / Research Article

COVID-19 Pandemisinde Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları Stigma Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Stigma Level Perceived and the Quality of Life by Nurses Working in Risky Units During the COVID-19 Pandemic

Huriye KIRMIZIGÜL, Seher GÖNEN ŞENTÜRK, Gülhan KURTOĞLU ÇELİK.....1-19.

Araştırma Makalesi / Research Article

Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri

Determination Of The Learning Needs Of Patients With Lomber Disc Hernia Operation

Ali BAŞGÜN, Özlem CEYHAN.....20-37.

Araştırma Makalesi / Research Article

Vajinal Akıntı Tedavisi Gören Gebelerin Doğumdaki Akıntı Durumlarının Değerlendirilmesi

The Assessment of the Vaginal Discharge at Birth in Pregnant Patients With a Prior History Of Treatment For Vaginal Discharge During Pregnancy

Sinem GÜVEN DİNMEZ, Nuran KÖMÜRCÜ.....38-55.

Araştırma Makalesi / Research Article

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin İşsizliğe Karşı Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi

Determining the Level of Anxiety and Hopelessness Against Unemployment of Faculty of Health Sciences Students

Canan DEMİR BARUTÇU.....56-93.

Araştırma Makalesi / Research Article

Is Cultural Sensitivity Levels of Nurses Related to Care Behaviors?: A Cross-sectional Study

Hemşirelerin Kültürel Duyarlılık Düzeyleri Bakım Davranışları ile İlişkili Mi?: Kesitsel Bir Araştırma

Mümin SAVAŞ, Ömer ÖDEK, Betül ÖZEN.....94-117.

Derleme Makale / Review Article

Hemşirelik Sürecinde Anahtar Öge: Eleştirel Düşünme

Key Element in The Nursing Process: Critical Thinking

Elif GENÇER ŞENDUR, Arzu AKMAN YILMAZ.....118-135.

Araştırma Makalesi / Research Article

Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Anksiyete ile Covid-19'un Kontrolü Algısı Arasındaki İlişki

With the Anxiety Experienced by Patients Receiving Hemodialysis Treatment During the Pandemic Process The Relationship Between the Perception of Control of Covid-19

Şeyda KARASU, Nurgül KARAKURT, Yasemin ERDEN.....136-149.

Araştırma Makalesi / Research Article

Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Meme Kanseri Kadercilik Algılarına Etkisi

Effect of Education Based on Health Promotion Model on Healthy Lifestyle Behaviors and Breast Cancer Fatalism Perceptions in Women

Fatma ERSİN, Suzan HAVLİOĞLU.....150-165.

Araştırma Makalesi / Research Article

Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlükler

The Knowledge Levels of First Year Nursing Students Regarding Data Collection Phase of Nursing Process and The Difficulties That They Have Encountered

Ayla DİKMEN, Ebru EREK KAZAN.....166-189.



Editörden

Afetler ve Hemşirelik

Disaster and Nursing

Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin 

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

Eposta: mtkesgin1@gmail.com

Alıntı (Cite): Tokur Kesgin M. Afetler ve Hemşirelik. YBH dergisi. 2023;4(1):i-v

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi dördüncü yılındaki birinci sayısını sunmaktan onur duyar. Dergimizin gelişimi tıpkı bir bebeğin büyümesi gibi. Okuyucularımıza, dergimize yayın gönderen araştırmacılara, hakemlerimize, dergimizin yayın ve danışma kurullarına verdikleri destek için teşekkür ederiz.

Giriş

Bilindiği gibi 6 Şubat 2023 tarihinde ülkemizin büyük bir coğrafyasında yaşanan deprem ile çok canlar kaybettik, yuvalar yıkıldı, aileler yok oldu, afet bölgesinde topluma hizmet veren pek çok kurum işlevsiz kaldı. Bu felaket, ders verircesine afet öncesi hazır bulunurluğun önemini bizlere bir kez daha hatırlattı. Deprem sırasındaki ve sonrasındaki çalışmalar için de önceden planlamalar yapılması gerektiğini tekrar gösterdi.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın düzenlediği "Depremlerde Çevre Sağlığı Önlemleri" isimli webinarın konuşmacısı olan Hacettepe Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi Çağatay Güler "Depremler bir halk sağlığı acilidir" diye belirtmiş ve "afet durumunda arama kurtarma ve sonrasında su, barınma, sanitasyon gibi konuların ele alınması ve süreç ilerledikçe halk sağlığı kapasitelerinin yeniden oluşturulmasına öncelik verilmesi" gerektiğini ifade etmiştir.¹ Hemşireler bu sürecin her aşamasında rol almaktadır.² Mesleki bilgi ve klinik becerileri, iletişim yetenekleri, psikolojik destek ihtiyacını karşılama ustalığı, dayanıklılık ve bakım vermede yaratıcılık gibi kişisel yeterlilikleri, etik sorumlulukları, yaralıların bakımındaki becerileri ile depremde topluma yardım edecek önemli bir meslek grubudur hemşirelik.^{3,4} Hemşirelerin afet müdahalesinde bakım verdiği bireyler ve toplum üzerinde afetin etkisini azaltma, afet için hazırlık yapma, afete müdahale ve iyileştirme aşamalarında rolleri vardır.⁵ Afet hemşireleri doğa olayları, insan kaynaklı felaketler, salgın hastalıklar gibi kriz durumlarında yaralılara ve hayatta kalanlara ilk yardım, barınak ve hastanelerde bakım, toplumun normalleşmesi sürecinde görev alırlar. Afet durumlarında ya da normal zamanlarda hemşirelerin başarı motivasyonu bireye ve topluma sağladıkları yararlarla ilişkilidir.⁶

Öyle ki ülkemizde 6 Şubatta yaşanan deprem de hemşirelerin yanında hemşirelik öğrencileri de afete müdahalede görev almak istediler. Bazı hemşirelik öğrencileri gönüllü olarak afet bölgesine gittiler. Bazı hemşirelik öğrencileri ile hemşirelik öğretim elemanları ise afet sonrası oluşabilecek halk sağlığı sorunlarının önlenmesi için afiş ve broşürlerle toplumu bilgilendirmek üzere çalışmalara başladılar. Bu çalışmaların güzel bir örneğini de Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi hemşirelik öğrencileri ve öğretim elemanları verdiler (Tablo 1).

Bu öğrenciler ve danışman öğretim elemanları çalışmalarını bitirdikten sonra başından beri iş birliği içinde oldukları “Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Temsilciliği (THDÖK BAİBÜ)” aracılığı ile Türk Hemşireler Derneği ile işbirliği yaparak THDÖK BAİBÜ sosyal medya hesabından çalışmalarını yayınladılar (Bkz: İlgili linkler kaynakçanın altında paylaşılmıştır).

Tablo 1. Afet sonrası halk sağlığı sorunlarını önlemeye yönelik çalışmalar yapan öğrenciler ve öğrencilere danışmanlık veren öğretim elemanları

Öğrenciler	Çalışması
Zülal Gülten ÇEŞME	THDÖK BAİBÜ Temsilcisi* Türk Hemşireler Derneği ile işbirliği
Buse ŞAHİN	Afetlerde bit salgını Afetlerde uyuz hastalığı
Bersu ADAL	Deprem sonrası bulaşıcı hastalıklar
Ahmed DUT MULLA	Afetlerde ishal ile ilgili hastalıkların önlenmesi Afetlerde tifo
Esra ÇELİK	Deprem sonrası sağlıklı su
Şevval Sıla YAĞIZ	Depremde bulaşıcı hastalıklardan korunmak
Elif KARAMANLIOĞLU	Depremden sonra güvenli su kullanımı
Kübra YOLCU	Deprem sonrası çocuklara yaklaşım ilkeleri
Danışman öğretim elemanları	
Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN	
Öğr. Gör. Uzm. Hacer ALPTEKER	
Öğr. Gör. Uzm. Seher ZENGİN	
Dr. Öğr. Üyesi Bedriye AK	
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem CEYLAN	

* Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi temsilcisi

Hemşirelik toplumla bütünleşmiş, duyarlılık gerektiren bir meslektir. Bu duyarlılık daha öğrencilik sıralarında başlar ve mesleği yaparken de artarak devam eder. Öyle olur ki mesleği yaparken hemşireler deprem sırasında bakım verdikleri kişileri korumak için kendi yaşamlarını bile riske atabilirler.⁷

Deprem gibi afetlerle mücadelenin çok boyutlu çalışmalar gerektirdiği, kurumlar arası işbirliği ve iyi organizasyonun önemli olduğunu biliyoruz. Hemşirelik de bu organizasyon ve

işbirliklerinde yer alması gereken bir meslek. Bunun yanında Türkiye de afetle mücadelenin önemli bir parçası olan hemşirelerin afete hazır bulunmaları için afet hemşireliği konusunda lisans ve lisansüstü eğitimler ve sertifika programları ile güçlendirilmeleri önem taşımaktadır.

Kaynaklar

- 1- Güler, Ç. Depremlerde Çevre Sağlığı Önlemleri. 2023, 14 Şubat. Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. @hacettepeuni.tpfakultesiha4670. Access: 29.03.2023 Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=0oimv7nvCLg>
- 2- Ford M. WHO: Nurses 'critical function' in Turkey-Syria earthquakes response. 2023, 14 Feb. Access: 29.03.2023 Available from: <https://www.nursingtimes.net/news/global-nursing/who-nurses-critical-function-in-turkey-syria-earthquakes-response-14-02-2023/>
- 3- Rezaei SA, Abdi A, Akbari F, Moradi K. Nurses' professional competences in providing care to the injured in earthquake: A qualitative study. *J Educ Health Promot.* 2020;9:188. Published 2020 Jul 28. doi:10.4103/jehp.jehp_214_20
- 4- Xue CL, Shu YS, Hayter M, Lee A. Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. *J Clin Nurs.* 2020;29(23-24):4514-4531. doi:10.1111/jocn.15476
- 5- Fletcher KA, Reddin K, Tait D. The history of disaster nursing: from Nightingale to nursing in the 21st century. *J Res Nurs.* 2022;27(3):257-272. doi:10.1177/17449871211058854
- 6- Chien YA, Lee YH, Chang YP, Lee DC, Chow CC. Exploring the relationships among training needs, willingness to participate and job satisfaction in disaster nursing: The mediating effect of achievement motivation. *Nurse Educ Pract.* 2022;61:103327. doi:10.1016/j.nepr.2022.103327
- 7- Ford M. Nurses in Turkey risk own lives to protect babies during earthquake. Access: 29.03.2023 Available from: <https://www.nursingtimes.net/news/global-nursing/nurses-in-turkey-risk-own-lives-to-protect-babies-during-earthquake-13-02-2023/>

Linkler

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi hemşirelik öğrencilerinin yapmış olduğu çalışmaların linkleri

<https://www.instagram.com/p/Co7a68NKhIP/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>

<https://www.instagram.com/p/Co7bedvKbNy/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>

<https://www.instagram.com/p/Co9akfONOpC/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>

<https://www.instagram.com/p/Co9a0jiNH38/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>
<https://www.instagram.com/p/CpAHO88KPxr/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>
<https://www.instagram.com/p/CpAHVCIKeYD/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>
<https://www.instagram.com/p/CpCq7ZftLjB/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>
<https://www.instagram.com/p/CpCrMAfNetp/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>
<https://www.instagram.com/p/CpfzWccKJTt/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>

Thdök Baibü İnstagram Resmi Hesabı:

https://instagram.com/thdok_baibu?igshid=ZDdkNTZiNTM=



Geliş Tarihi (Received): 18.10.2022

Kabul Tarihi (Accepted): 30.01.2023

Araştırma Makalesi / Research Article

COVID-19 Pandemisinde Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları Stigma Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Stigma Level Perceived and the Quality of Life by Nurses Working in Risky Units During the COVID-19 Pandemic

Huriye KIRMIZIGÜL¹ 

Seher GÖNEN ŞENTÜRK² 

Gülhan KURTOĞLU ÇELİK³ 

¹ Uzman Hemşire, Ankara Şehir Hastanesi, Genel Hastane, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye.

² Dr. Öğr. Üyesi, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye.

³ Doç. Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Genel Hastane, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye.

Yazışmadan sorumlu yazar: Huriye KIRMIZIGÜL; huriye.kirmizigul@saglik.gov.tr

Alıntı (Cite): Kırmızıgül, H, Gönen Şentürk, S, Kurtoglu Çelik, G. COVID-19 Pandemisinde Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları Stigma Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. YBH Dergisi. 2023;3(1): 1-19

Özet:

Amaç: COVID-19 pandemisinde riskli birimlerde çalışan hemşirelerin algıladıkları stigma düzeyi ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Şubat 2021-Nisan 2021 tarihleri arasında pandemi ünitelerinde çalışan hemşirelerle (n:150) yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik verileri içeren form, Koronavirüs Stigma Ölçeği (KSÖ) ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, spearman korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin ÇKYÖ puan ortalaması 82.47 ± 20.93 , KSÖ puan ortalaması 31.08 ± 10.51 'dir. Pandemide stigmaya maruz kalma durumu ile ÇKYÖ ve KSÖ toplam puan ortalaması arasında; kim tarafından stigmaya maruz kaldığına göre ise KSÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Stigma hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden bir tanesidir ($p < 0.05$, $R^2 = 0.153$).

Sonuç: Toplum tarafından hemşirelere uygulanan stigma hemşirelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Stigmanın yaşam kalitesi dışında stres, tükenmişlik, iş doyumunda azalma gibi farklı olumsuz etkilenmelere de neden olabileceği düşünülmekte ve hemşirelerin stigmaya maruz kalmasını engelleyecek toplumsal önlemlerin alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 pandemisi; hemşire; stigma; yaşam kalitesi

Abstract:

Aim: It was conducted to determine the level of stigma and quality of life perceived by nurses working in risky units during the COVID-19 pandemic.

Methods: The research was conducted with nurses (n:150) working in pandemic units between February 2021 and April 2021. As data collection tools, we used a form including sociodemographic data, as well as the Coronavirus Stigma Scale (CSS) and the Professional Quality of Life Scale (ProQOL R-IV). In evaluation of the data, we used number, percentage, the Mann-Whitney U test, the Kruskal-Wallis test, the Spearman's correlation analysis and regression analysis.

Results: The mean score of the nurses' ProQOL R-IV was 82.47 ± 20.93 , and the mean of the CSS score was 31.08 ± 10.51 . Between the stigma status in the pandemic and the total score of ProQOL R-IV and CSQ; According to who is stigmatized, there is a significant difference between the total mean score of CSQ. ($p < 0.05$). Stigma is one of the factors affecting the quality of life of nurses ($p < 0.05$, $R^2 = 0.153$).

Conclusion: The stigma applied to nurses by the society negatively affects the quality of life of nurses. It is thought that stigma may also cause different negative effects such as stress, burnout, and decrease in job satisfaction in addition to quality of life, and it is recommended to take social measures to prevent nurses from being exposed to stigma.

Key Words: COVID-19 pandemic; nurse; stigma; quality of life

Giriş

Çin’de 2019 yılında başlayan ve küresel bir salgın olan COVID-19 dünya çapında 210 ülke ve bölgeyi etkilemiştir. ⁽¹⁾ COVID-19 salgını dünyanın uzun bir süre sonra karşılaştığı en büyük sağlık krizi olarak kabul edilmekte ve bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını tehdit etmektedir. Bulaşıcı hastalıkların ve salgının sebep olduğu toplumun ruh sağlığını bozan durumlardan bir tanesi de stigmadır. ^(2,3) Stigma kavramı diğer bir adıyla damgalanma olarak ifade edilmektedir. Stigma, belirli fiziksel, davranışsal ve sosyal özelliklere sahip olan bireylerin toplum tarafından dışlanması, aşağılanması veya olumsuz davranışlar sergilenmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. ^(4,5) Stigmaya maruz kalan kişi, sosyal ilişkilerden kaçınma, değersizlik duygusunu içselleştirerek utanma ve suçluluk gibi duygular hissedebilmektedir. ⁽⁶⁾ Salgın sürecinde ve sonrasında yaşanan ve olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olan stigma, hastalığa yakalanma riski yüksek olan sağlık çalışanları açısından önemli bir risk faktörüdür. ^(2,7)

COVID-19 salgınının ön saflarında yer alan sağlık çalışanlarının salgın sürecinde çalışma yükü ve stresi belirgin derecede artmıştır. ⁽⁷⁾ Pandemi döneminde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada orta ve ileri düzeyde depresif belirti gösteren sağlık çalışanı oranı %53,3, anksiyete belirtisi gösterenler %58,3, stres belirtisi gösterenlerin oranı ise %48,7 olarak bulunmuştur. ⁽⁸⁾ Sağlık çalışanları bulaş riski ve hastalığı bulaştırma riski nedeniyle ebeveyn, eş ve çocuklarıyla görüşemez hale gelmiştir. Tüm bu durumlar sosyal yaşamın azalmasına ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmuştur. ⁽⁹⁾ Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenme düzeylerini ve bu değişkenlerden bireyin işlevselliğini etkilenme durumunu kapsamaktadır. ^(10,11) Özellikle acil servis, yoğun bakım gibi COVID-19 ünitelerinde çalışan hemşireler hasta sirkülasyonu ve COVID-19 bulaş riski nedeniyle psikolojik baskı ile karşı karşıyadır. ⁽¹²⁾

COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları enfeksiyon kaynağı olduğu düşünülerek toplum tarafından sık sık stigmaya maruz kalmaktadır. ^(13,14) Türkiye’de yapılan bir çalışma toplumun

sağlık çalışanlarını enfeksiyon kaynağı olarak gördüğü, insanların sağlık çalışanlarının üzerine dezenfektan sıkıldığı, çocukların sokakta sağlık çalışanı görünce “COVID geliyor kaçın” dedikleri, sağlık personeli olduklarını öğrendiklerinde uzaklaştıkları, komşuları tarafından bulaştırma konusunda uyarıldıkları, tedirgin bakışlar ve toplu taşıma kullanırken kendilerinden uzaklaştıkları bildirilmiştir. ⁽²⁾ Stigmanın ortaya çıkardığı sonuçlar kişiyi yalnızlaştırmakta, yaşam kalitesinin etkilemekte ve zor durumlarla başa çıkma gücünü azaltmaktadır. ^(2,15) Literatür incelendiğinde bu konuda yapılmış sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Yapılan çalışmalarda sağlık personelinin COVID-19 pandemisinde stigma yaşadığı bildirilmiştir. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının COVID-19 ile ilgili stigma puan ortalaması 40.6±8.0 (yüksek) olarak belirlenmiştir. ⁽²⁰⁾ Diğer bir çalışmada COVID-19 pandemisinde hemşirelerin %56.1'inin stigmaya maruz kalma düzeyinin yüksek olduğu ve stigmanın profesyonel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin olduğu tespit edilmiştir. ⁽¹⁷⁾ Hemşirelerin stigma ve yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi, koşulların iyileştirilmesi için gerekli girişimlerin planlanması açısından önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma COVID-19 pandemisinde riskli birimlerde çalışan hemşirelerin algıladıkları stigma düzeyi ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şubat 2021- Nisan 2021 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin riskli birimlerinde (servis, yoğun bakım ve erişkin acil serviste COVID-19 hastalarına bakım veren üniteler) çalışan hemşireleriyle yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesinde pandemi ünitelerinde, COVID-19 hastaları için ayrılan servis ve yoğun bakımlarda çalışan 230 hemşire oluşturmuştur. Yoğun çalışma şartları, araştırmaya katılmayı kabul etmeme, anketleri eksik doldurma, araştırma sürecinde COVID-19 raporlu ya da izinli olma gibi nedenlerle 80 hemşire araştırmadan dışlanmıştır. Hemşire unvanına sahip olan, riskli birimlerde çalışan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 hemşire ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalıştığı birim, meslekte çalışma yılı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, pandemide stigmaya maruz kalma durumu ve kim tarafından maruz kaldığı, COVID-19 geçirme durumu ve hemşirelerin algıladıkları stigma düzeyi olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişken ise yaşam kalitesi düzeyidir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Koronavirüs Stigma Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Sosyodemografik veri formu; Literatür doğrultusunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalıştığı birim, meslekte çalışma yılı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, pandemide stigmaya maruz kalma durumu ve kim tarafından maruz kaldığı, COVID-19 geçirme durumu ile ilgili soruları içermektedir. (2,18)

Koronavirüs Stigma Ölçeği; Reinius ve arkadaşları tarafından 2017 yılında kısa formunun geçerlik güvenirliği yapılan HIV Stigma Ölçeğinden uyarlanmıştır. KSÖ olarak uyarlanarak hem Türkçe hem de İngilizce versiyonunun geçerlik güvenirliği Belice ve arkadaşları tarafından 2020 yılında sağlık çalışanlarında yapılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır ve 5'li likert tipte bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 60'dır. Ölçek 3 tane alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekte 1, 2, 3. maddeler kişileştirilmiş stigmatı, 4, 5, 6. maddeler açıklama korkusunu, diğer maddeler halkın tutumları ve olumsuz öz imajı ifade etmektedir. Ölçeğin güvenirlik Cronbach alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur. ⁽¹⁸⁾ Çalışmamızda KSÖ'nün Cronbach Alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği; Stamm tarafından 2010 yılında geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirliği ise Yeşil ve arkadaşları tarafından aynı yıl sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilmiştir. Mesleki tatmin, tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğu olmak üzere 3 tane alt boyuttan oluşan ölçek toplam 30 maddedir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini, 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği, 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler ise eş duyum yorgunluğunu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Ölçekteki 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi “Hiçbir zaman” (0) ile “Çok sık” (5) arasında değişen altılı likert tipte bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puan 0-150 arasında değişmektedir. Birinci alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir. İkinci alt ölçekten alınan yüksek puan tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Üçüncü alt ölçekten alınan yüksek puan stres düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Mesleki tatmin alt ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.884, tükenmişlik alt ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.575 ve eş duyum yorgunluğu alt ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.835 olarak bulunmuştur. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.848 olarak hesaplanmıştır. ⁽²¹⁾ Çalışmamızda ÇYKÖ'nün Cronbach Alfa değeri 0.87 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Sağlık Bakanlığından, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin alınmıştır. Ankara Şehir Hastanesi 2 No'lu Etik Kuruldan 10/03/2021 tarih ve E2-21-222 sayı ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklarasyonu ilkelerine

uyulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışmanın içeriği anlatıldıktan sonra yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 paket programında değerlendirilmiş ve çarpıklık, basıklık, kolmogorov-smirnov testi sonucunda verilerin dağılımının normal olmadığına karar verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, minimum-maximum parametreleri kullanılmıştır. Nonparametrik testlerden iki grubu karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubu karşılaştırmak için ise Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Stigma ile çalışma yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ve lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı hastanede yatışı planlanan COVID-19 (+) hasta sayısına göre birimlerin COVID-19 olan ve olmayan hastaların takip edildiği ünitelere dönüştürülmesi konusunda hızlı kararlar verilmesi, verilerin toplandığı süreçte COVID-19 ünitelerinin az olması sebebiyle kısıtlı örnekleme ulaşılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 25.99 ± 3.65 , meslekte çalışma yıl ortalaması 3.02 ± 3.72 'dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %70.7'si kadın, %78.7'si lisans mezunu, %73.3'ü bekar, %41.3'ü COVID-19 yoğun bakımlarda çalışmakta, %28.7'si ev arkadaşı ile yaşamaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %50'si COVID-19 pandemisinde stigmaya maruz kaldığını, stigmaya maruz kalan hemşirelerin %40'ı yakın çevre/ailesi tarafından stigmaya maruz kaldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %56'sı (n:84) en az bir kez COVID-19 geçirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n:150)

Sosyodemografik Veriler	Ortalama±SS	
Yaş	25.99±3.65	
Meslekte çalışma yılı	3.02±3.72	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	106	70.7
Erkek	44	29.3
Medeni durumu		
Evli	40	26,7
Bekar	110	73.3
Öğrenim durumu		
Yüksek lisans	5	3.3
Lisans	119	79.3
Önlisans	10	6.7
Lise	16	10.7
Çalıştığı birim		
Acil servis COVID-19 alanları	43	28.7
COVID-19 yoğun bakımlar	62	41.3
COVID-19 servisleri	45	30.0
COVID-19 geçirme durumu		
Evet	84	56
Hayır	66	44
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	20	13,3
Yok	130	86,7
Birlikte yaşadığı kişiler		
Eş	21	14.0
Ebeveynler	32	21.3
Eş ve Çocuk	15	10.0
Ev arkadaşı	43	28.7
Yalnız	39	26.0
Pandemide stigmaya maruz kalma durumu		
Evet	75	50.0
Hayır	75	50.0
TOPLAM	150	100
Pandemide kim tarafından stigmaya maruz kaldı		
Toplum	19	26.6
Yakın çevre/aile	30	40.0
Komşu	20	26.7
Arkadaş	5	6.7
TOPLAM	74	100

Kısaltmalar: n=Sayı, %= Yüzde, SS: Standart Sapma.

Çalışmamızda hemşirelerin ÇKYÖ puan ortalaması 82.47±20.93 olarak bulunmuştur. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt gruplarından elde edilen puan dağılımları incelendiğinde, tükenmişlik 28.71±6.95, eş duyum yorgunluğu 21.13±9.80 ve mesleki tatmin 32.31±10.17 olarak belirlenmiştir. KSÖ puan ortalaması 31.08±10.51 olarak bulunmuştur. Koronavirüs Stigma Ölçeği alt boyutlarından elde edilen puan dağılımları incelendiğinde, açıklama endişesi

6.78±3.07, halkın tutumu ve olumsuz öz imaj 17.67±6.04 ve kişiselleşmiş stigma 6.62±3.13 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin KSÖ ve ÇYKÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması Dağılımları (n:150)

Ölçek	Ortalama±SS	Min-Max
ÇYKÖ Toplam Puan	82.47±20.93	0-133
ÇYKÖ Tükenmişlik Alt Boyut	28.71±6.95	0-43
ÇYKÖ Eş duyum Yorgunluğu Alt Boyut	21.13±9.80	0-44
ÇYKÖ Mesleki Tatmin Alt Boyut	32.31±10.17	0-55
KSÖ Toplam Puan	31.08±10.51	12-60
KSÖ Açıklama Endişesi Alt Boyut	6.78±3.07	3-15
KSÖ Halkın Tutumu ve Olumsuz Öz İmaj Alt Boyut	17.67±6.04	6-32
KSÖ Kişiselleşmiş Stigma Alt Boyut	6.62±3.13	3-15

SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maximum,

*Min-Max değerleri hemşirelerin ölçekten aldıkları puanı yansıtmaktadır.

KSÖ toplam puan ortalaması ile cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalıştığı birim, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, COVID-19 geçirme durumu arasında anlamlı bir farklılık yokken ($p>0.05$), pandemide stigmaya maruz kalma durumu ve kim tarafından stigma yaşadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Algılanan stigma düzeyi pandemi sürecinde stigmaya maruz kalan hemşirelerde daha yüksektir. Algılanan stigma düzeyi komşusu tarafından stigmaya maruz kalan hemşirelerde daha yüksekken, arkadaşları tarafından stigmaya maruz kalan hemşirelerde daha düşük bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Sosyodemografik Verilere Göre KSÖ Toplam Puan Ortalaması (n:150)

Sosyodemografik Veriler	Koronavirüs Stigma Ölçeği			
	Min-Max	Ortalama±SS	U/ χ^2	p
Cinsiyet				
Kadın	12-60	31.09±10.86	U=2313.500	0.939
Erkek	12-52	31.04±9.74		
Öğrenim durumu				
Yüksek lisans	19-51	31.00±12.00	$\chi^2=5.479$	0.140
Lisans	12-60	30.34±10.41		
Önlisans	14-48	30.70±11.08		
Lise	17-52	36.81±9.65		
Medeni durumu				
Evli	14-50	30.90±9.71	U=2189.500	0.964
Bekar	12-60	31.14±10.83		
Çalıştığı birim				

Acil servis COVID-19 alanları	12-52	31.27±10.06	$\chi^2=4.485$	0.106
COVID-19 yoğun bakımlar	12-51	28.03±9.98		
COVID-19 servisleri	14-60	33.71±11.23		
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Var	16-50	33.15±11.25	U=1138.500	0.372
Yok	12-60	30.76±10.40		
Birlikte yaşadığı kişiler				
Eş	15-48	32.19±8.48	$\chi^2=6.899$	0.141
Ebeveynler	15-51	27.81±9.67		
Eş ve Çocuk	17-50	32.46±11.06		
Ev arkadaşı	12-51	33.13±10.07		
Yalnız	12-60	30.05±12.09		
Pandemide stigmaya maruz kalma durumu				
Evet	12-60	34.62±10.10	U=1717.500	0.000**
Hayır	12-51	27.53±9.74		
COVID-19 geçirme durumu				
Evet	12-52	31.02±10.32	U=2760.500	0.965
Hayır	12-60	31.15±10.83		
Pandemide kim tarafından stigmaya maruz kaldı				
Toplum	15-60	34.21±11.86	$\chi^2=10.152$	0.038*
Yakın çevre/aile	18-50	34.20±8.58		
Komşu	21-49	36.20±8.59		
Arkadaş	12-30	20.00±8.33		

p<0.05, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maximum. U: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi
*Min-Max değerleri hemşirelerin ölçekten aldıkları puanı yansıtmaktadır.

ÇKYÖ toplam puan ortalaması ile cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalıştığı birim, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, COVID-19 geçirme durumu ve pandemide kim tarafından stigmaya maruz kaldığı arasında anlamlı bir farklılık yokken (p>0.05), pandemide stigmaya maruz kalma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p<0.05). Yaşam kalitesi düzeyi pandemi sürecinde stigma yaşayan hemşirelerde daha yüksektir (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇKYÖ Toplam Puan Ortalaması (n:150)

Sosyodemografik Veriler	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	Min-Max	Ortalama ±SS	U/ χ^2	p
Cinsiyet				
Kadın	43-133	84.72±19.37	U=915.000	0.129
Erkek	0-122	75.96±24.13		
Öğrenim durumu				
Yüksek lisans	65-88	78.33±11.93	$\chi^2=1.184$	0.757
Lisans	0-122	81.67±21.50		
Önlisans	67-101	83.00±12.63		
Lise	45-133	88.83±24.02		
Medeni durumu				
Evli	40-122	85.25±16.47	U=1023.000	0.441
Bekâr	0-133	81.51±22.28		
Çalıştığı birim				
Acil servis COVID-19 alanları	0-120	78.00±25.99	$\chi^2=1.995$	0.369

COVID-19 yoğun bakımlar	43-121	81.02±17.27		
COVID-19 servisleri	48-133	87.35±21.03		
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Var	58-120	87.62±16.56	U=616.000	0.273
Yok	0-133	81.59±21.55		
Birlikte yaşadığı kişiler				
Eş	60-122	85.50±15.29	$\chi^2=1.508$	0.825
Ebeveynler	43-120	81.04±19.84		
Eş ve Çocuk	68-110	86.76±13.58		
Ev arkadaşı	0-121	81.23±24.73		
Yalnız	43-133	81.51±23.70		
Pandemide stigmaya maruz kalma durumu				
Evet	0-122	86.64±21.97	U=1111.500	0.024*
Hayır	43-133	78.38±19.19		
COVID-19 geçirme durumu				
Evet	0-122	80.51±23.19	U=1331.500	0.399
Hayır	46-133	84.87±17.73		
Pandemide kim tarafından stigmaya maruz kaldı				
Toplum	55-108	86.15±13.86	$\chi^2=5.355$	0.253
Yakın çevre/aile	60-133	92.95±24.04		
Komşu	66-117	90.87±11.90		
Arkadaş	0-65	32.50±45.96		

p<0.05, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum. U: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi
*Min-Max değerleri hemşirelerin ölçekten aldıkları puanı yansıtmaktadır.

Koronavirüs Stigma Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0.415, p=0.00) (Tablo 5).

Tablo 5. KSÖ ve ÇKYÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Korelasyon Analizi (n:150)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Tükenmişlik	Mesleki Tatmin	Eş Duyum Yorgunluğu	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam
	r	r	r	r
Kişiselleştirilmiş Stigma	0.215**	0.024	0.365**	0.271**
Açıklama Korkusu	0.204*	0.094	0.155	0.273**
Halkın Tutumu/Olumsuz Öz İmaj	0.362**	0.219**	0.318**	0.457**
Koronavirüs Stigma Ölçeği Toplam	0.319**	0.163*	0.316**	0.415**

*p<0.05, **p<0.01, r: Spearman Korelasyon Katsayısı

Tablo 6. Stigma Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Regresyon Analiz Sonuçları

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart hata	Beta		
Sabit	58.112	5.679		10.233	0.000
ÇYKÖ	0.800	0.176	0.402	4.537	0.000**

R=0.161, R²=0.153, F=20.583, **p<0.01

Tablo 6’da regresyon analizi kurulan modelin istatistiksel olarak geçerlilikleri ve anlamlılıkları test edilmiştir. Modelin geçerliliğini ve anlamlılığını test eden ANOVA analizi sonuçlarına bakıldığında F değerinin ± 1.96 ’dan büyük olduğu ve p değerinin 0.05’den küçük olduğu belirlenmiştir. Buna göre kurulan modelin anlamlı ve geçerli olduğu görülmektedir. Standardize edilmiş Beta katsayısına göre (Beta=0.402), stigma düzeyinin hemşirelerin yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır (p<0.05). Algılanan stigma düzeyi yaşam kalitesi üzerindeki varyansın %15,3’ünü açıklamaktadır (Tablo 6).

Tartışma

Salgın hastalıklarda sağlık çalışanları salgının tehdit ve tehlikeleriyle karşı karşıyadır. COVID-19 salgınının iş yükü altında sağlık çalışanları psikosomatik rahatsızlıklara, toplumsal ayrımcılık, stigma ve kötü muamele gibi sonuçlara maruz kalmıştır. ^(17,20) Çalışmamızda COVID-19 pandemisinde COVID-19 (+) hastaların bakımını üstelenen hemşirelerde algıladıkları stigma düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin %50’si pandemide stigmaya maruz kaldığını bildirmiştir. Atiya ve ark. (2021) çalışmasında hemşirelerin %56.1’i, Belice ve ark. (2020) çalışmasında sağlık çalışanlarının %79.4’ü stigmaya maruz kalmıştır. ^(17,18) Teksin ve ark. (2020) çalışmasında ise sağlık çalışanlarında stigma algısının yüksek olduğu ($\bar{X}=17.0\pm 10.2$) belirlenmiştir. ⁽²²⁾ Bana’nın çalışmasında (2020) toplumun sağlık çalışanlarını enfeksiyon kaynağı olarak gördüğü, insanların sağlık çalışanlarının üzerine dezenfektan sıkıldığı, çocukların sokakta sağlık çalışanı görünce “Covid geliyor kaçın” dedikleri, sağlık personeli olduklarını öğrendiklerinde uzaklaştıkları, komşuları tarafından bulaştırma konusunda uyarıldıkları, tedirgin bakışlar ve toplu taşıma kullanırken kendilerinden uzaklaştıkları bildirilmiştir. ⁽²⁾ Hawryluck ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada SARS salgını sürecinde karantina sonrasında bireylerin %51’i insanların kendilerine farklı tepki verdiğini, %29’u insanların kendilerinden kaçtığını, %7’si aranmadığını, %8’i kendilerinin ve %7’si ailelerinin

etkinliklere davet edilmediğini bildirmiştir. ⁽²³⁾ Adom ve Mensah'ın (2020) yaptıkları araştırmada sağlık çalışanları evlerini insanların COVID-19 bulaşmış bir ev olarak etiketlediğini, ihtiyaçlarını almak için markete girdiklerinde market sahiplerinin almak istemediğini, toplu taşıma araçlarını kullandıklarında bireylerin koronavirüs bulaş riski nedeniyle yanlarına oturmak istemediğini ve yaşadıkları durumların olumsuz etkilerini belirtmiştir. ⁽¹⁶⁾ Yufika ve ark. (2021) yaptıkları bir çalışmada da sağlık çalışanlarının %21.9'u COVID-19 pandemisinde stigmaya maruz kaldığını bildirmiştir. ⁽¹⁹⁾ Mostafa ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının %31.2'si COVID-19 pandemisinde stigma yaşadığını belirtmiştir. ⁽²⁰⁾ Taylor ve ark. (2020) çalışmasında ise sağlık çalışanının olmayan bireylerle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %25'i toplum güvenliği için sağlık çalışanlarının toplum içine çıkmaması gerektiğini, %36'sı COVID-19 birimlerinde çalışan sağlık personelinin izole edilmesi gerektiğini, %47'si sağlık çalışanının birinin yanında olmak istemediğini gerektiğini belirtmiştir. ⁽¹³⁾ Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinde stigmaya maruz kaldığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda algılanan stigma düzeyi pandemide stigmaya maruz kalma durumuna ve kim tarafından stigmaya maruz kaldığına göre farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Algılanan stigma düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve COVID-19 geçirme durumuna göre değişmediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Bana'nın (2020) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada algılanan stigma düzeyinin sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ve sonuçlar çalışmamızla uyumludur. ⁽²⁾ Belice ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada cinsiyete göre değişmediği fakat yaş arttıkça azaldığı tespit edilmiştir. ⁽¹⁸⁾ Mostafa ve ark. (2020) çalışmasında koronavirüs stigma düzeyi ile cinsiyet, eğitim durumu ve çalıştığı birim arasında farklılık saptanmıştır. ⁽²⁰⁾ Bu farkın örneklem özelliklerinden kaynakladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda KSÖ'den alınan toplam puan ortalaması 31.08 ± 10.51 'dir. Mostafa ve ark. (2020) Mısır'da yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının COVID-19 ile ilgili stigma puan ortalaması

40.6±8.0 (yüksek) olarak bildirilmiştir. ⁽²⁰⁾ Araştırma sonuçları salgının boyutu ne olursa olsun farklı ülkelerde ve farklı kültürlerde sağlık çalışanlarının stigma yaşadığı ve stigmanın olumsuz etkileriyle karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Stigma ile mücadele salgınla mücadele kadar önemli bir durumdur. COVID-19 pandemisi ilerleyen zamanlarda bitse de pandeminin etkilerinden biri olan stigma ve stigmanın hemşirelerde bıraktığı olumsuz izlerin uzun süre devam edeceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi düzeyinin sadece pandemide stigmaya maruz kalma durumuna göre değişiklik gösterdiği ($p=0.024$), diğer sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Polat ve Erdem'in (2017) çalışmasında ise sağlık çalışanlarında yaşam kalitesinin sadece cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. ⁽²⁴⁾ Endonezya'da yapılan bir çalışmada yaşam kalitesini stigma durumu ve cinsiyetin etkilediği, COVID-19 geçiren bireylerin orta düzeyde stigma yaşadığı belirtilmiştir. ⁽²⁵⁾ Çalışmamızda COVID-19 geçirme durumuna göre stigma düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, stigma düzeyinin her iki grupta da yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Koronavirüs Stigma Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.415$, $p=0.00$). Atiya ve ark. (2021) çalışmasında ise COVID-19 pandemisinde hemşirelerde stigmanın profesyonel yaşam kalitesi, yorgunluk, tükenmişlik ve memnuniyet üzerinde olumsuz etkisinin olduğu belirtilmiştir. ⁽¹⁷⁾ Çalışmamızda pozitif ilişki çıkmasının ya örneklem özelliklerinden kaynaklanabileceği ya da pandemi başlangıcından bir yıl sonra verilerin toplanmış olması bu süreçte hemşirelerin yeni normallere uygun yaşam kalitesi standartları belirlemiş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin çalıştığı bölümü ve mesleği risklerini bilerek seçmelerinden, her şeye rağmen mesleklerine sıkı sıkıya bağlanmalarından, destek sistemlerinin etkililiği ve dayanıklılığının birçok meslek grubuna göre yüksek olmasından da kaynaklanmış olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Stigma hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden bir tanesidir. Algılanan stigma düzeyi yaşam kalitesi üzerindeki varyansın %15,3'ünü açıklamaktadır. Sağlık kurumlarında etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sürdürülmesinde salgının ön safhasında yer alan sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi, olumsuzlukları azaltacak girişimlerin planlanarak motivasyonlarının artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir. Toplum tarafından hemşirelere uygulanan stigma hemşirelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Stigmanın yaşam kalitesi dışında stres, tükenmişlik, iş doyumunda azalma gibi farklı olumsuz etkilenmelere de neden olabileceği düşünülmekte ve hemşirelerin stigmaya maruz kalmasını engelleyecek toplumsal önlemlerin alınması önerilmektedir. Sağlık çalışanlarını stigma gibi pandeminin olumsuz etkilerinden uzak tutmak ve olumlu kamu tutumları uygulamak için stratejilerin belirlenmesi, destek sistemlerinin aktive edilmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanması ile ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması beyan etmemiştir.

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

Yazar Katkıları: Araştırma tasarımı: HK, SGŞ; Veri toplama: HK, SGŞ, GKÇ; Verilerin analizi: HK, SGŞ, GKÇ; Veri Yorumlama: HK, SGŞ; Literatür tarama: HK, SGŞ, GKÇ; Tabloların oluşturulması: HK, SGŞ; Makalenin yazılması: HK, SGŞ, GKÇ; Makaleye son şeklinin verilmesi: HK, SGŞ, GKÇ; Başvuru öncesi son kontrol: SGŞ.

Kaynaklar

- 1- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 [homepage on the Internet]. (COVID-19): Situation Report-100.? Access: 09.04.2021. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200429-sitrep-100-covid-19.pdf?sfvrsn=bbfbf3d1_6.

- 2- Bana P. COVID-19 salgını sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadığı olumsuz durumların ve sosyal damgalanma algısının değerlendirilmesi. Research Journal of Business and Management. 2020;7(4):288-98. Doi: 10.17261/Pressacademia.2020.1325.
- 3- Bulut M, Yıldırım N. COVID-19 pandemisinin cinsel sağlık ve yaşam kalitesine etkileri: Akkuzu G (ed). COVID-19 Pandemisi: Pandemi Dönemlerinde Üreme Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020:58-65. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19-pandemisinin-cinsel-saglik-ve-yasam-kalitesine-etkileri-88672.html>.
- 4- Yılmaz M, Cüceler S. Alkol bağımlılığı ve damgalanma. Bağımlılık Dergisi. 2019;20(3):167-74. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/764254>.
- 5- Grover S, Singh P, Sahoo S, Mehra A. Stigma related to COVID-19 infection: are the health care workers stigmatizing their own colleagues? Asian Journal of Psychiatry. 2020;53:102381. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102381.
- 6- Ertem M. COVID-19 pandemisi ve sosyal damgalama. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020;5(2):135-8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1196523>.
- 7- Tuncay FE, Koyuncu E, Özel Ş. Pandemilerde sağlık çalışanlarının psikososyal sağlığını etkileyen koruyucu ve risk faktörlerine ilişkin bir derleme. Ankara Medical Journal. 2020;20(2):488-501. doi: 10.5505/amj.2020.02418.
- 8- Öztürk M, Ertem GT, Kotanoğlu MS, Erdinç FŞ, Kınıklı S. COVID-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2021;54(1):70-77. <https://doi.org/10.20492/aeahtd.806895>.

- 9- Yüncü V, Yılan Y. COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerinin incelenmesi: Bir durum analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;373-401. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2154583>.
- 10- Çelebi E, Sunal N. Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi. *JAREN*. 2016;2(2):84-91. doi: 10.5222/jaren.2016.084.
- 11- Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(2):81-5. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/421490>.
- 12- An Y, Yang Y, Wang A, Li Y, Zhang Q. Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*. 2020;276:312–5. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.047.
- 13- Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJ. Fear and avoidance of healthcare workers: an important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;75:102289. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102289.
- 14- Dye TD, Alcantara L, Siddiqi S, Barbosu M, Sharma S, Panko T, Pressman E. Risk of COVID-19 -related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open*. 2020;10(12):e046620. doi:10.1136/bmjopen-2020-046620.
- 15- Kohrt BA, Turner EL, Rai S, Bhardwaj A, Sikkema KJ, Adekun A. et al. Reducing mental illness stigma in healthcare settings: Proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Soc Sci Med*. 2020;250:112852. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112852.

- 16- Adom D, Mensah JA, Osei M. The psychological distress and mental health disorders from COVID-19 stigmatization in Ghana. *Social Sciences & Humanities Open*. 2021;4(1): 100186. doi: 10.1016/j.ssaho.2021.100186.
- 17- Atiya MAG, Sliman WMM, Elsebaie SR. COVID-19 Stigma and nurses' professional quality of life, self-esteem and performance. *American Journal of Nursing Research*. 2021;9(6):206-15. doi: 10.12691/ajnr-9-6-4.
- 18- Belice T, Çiftçi D, Demir İ, Yüksel A. COVID-19 and stigmatisation of healthcare providers. *EUREKA: Health Sciences*. 2020;6:3-7. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2020.001447>.
- 19- Yufika A, Pratama R, Anwar S, Winardi W, Librianty N, et al. Stigma associated with COVID-19 among health care workers in Indonesia. *Disaster Med Public Health Prep*. 2021;1-5. doi: 10.1017/dmp.2021.93.
- 20- Mostafa A, Sabry W, Mostafa NS. COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. *PLoS ONE*. 2020;15(12):e0244172. doi: 10.1371/journal.pone.0244172.
- 21- Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker, T. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2010;47(2):111-7. doi: 10.4274/npa.5210.
- 22- Teksin G, Uluyol ÖB, Onur ÖS, Teksin MG, Özdemir HM. Stigma-related factors and their effects on health-care workers during COVID-19 pandemics in Turkey: A multicenter study. *Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*. 2020;54(3):281–90. doi: 10.14744/SEMB.2020.02800.
- 23- Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*. 2004;10(7):1206-12. doi: 10.3201/eid1007.030703.

24- Polat FN, Erdem R. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: sağlık profesyonelleri örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;1(26):291-312.

Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/520634>.

25- Wahyuhadi J, Efendi F, Farabi MJA, Harymawan I, Ariana AD, Arifin H, et al. Association of stigma with mental health and quality of life among Indonesian COVID-19 survivors. PLoS ONE. 2022;17(2):e0264218.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264218>.



Geliş Tarihi (Received): 13.01.2023

Kabul Tarihi (Accepted): 21.03.2023

Araştırma Makalesi / Research Article

Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri **Determination Of The Learning Needs Of Patients With Lomber Disc Hernia Operation**

Ali BAŞGÜN¹

Özlem CEYHAN² 

¹ Öğr. Gör., Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu, Kayseri, Türkiye.

² Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümü, 38039, Kayseri, Türkiye.

Yazışmadan sorumlu yazar: Özlem CEYHAN; ozlemceyhan06@gmail.com

Alıntı (Cite): Başgün, A, Ceyhan, Ö. Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. YBH Dergisi. 2023;3(1): 20-37

Özet:

Amaç: Araştırma, lomber disk herni (LDH) ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma bir kamu hastanesinin beyin cerrahi kliniğinde, araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 169 hasta yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtım Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 47.03 ± 12.34 ve %50.3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Hastaların HÖGÖ toplam puanı ortalaması 198 ± 30.95 olarak hesaplanmış ve hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kadınların, eğitimi düzeyi düşük olanların, kronik hastalığı olanların, daha önce ameliyat deneyimi olup taburculuk eğitimi alanların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: LDH ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu belirlenmiş, bireye özgü olarak öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve eğitimlerin hemşireler tarafından verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; lomber disk herni; öğrenim gereksinimleri

Abstract:

Aim: This study has been done descriptively with the objective of determining the learning needs of patients with a history of lumbar disc hernia (LDH) operation.

Method: The study was conducted in the neurosurgery clinic of a public hospital, with 169 patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Use was made of the patient identification forms and Patient Learning Needs Scale (PLNS) were used to collect data for this study.

Results: It was determined that the mean age of the patients participating in the study was 47.03 ± 12.34 and 50.3% of them were male. The mean of the participants' total PLNS was found to be 198 ± 30.95 , meaning that the level of their learning needs was high. In the study, it was determined that the educational needs of women, those with low education levels, those with chronic diseases, and those who had previous surgery experience and were discharged from the hospital, were higher.

Conclusion: It was determined that the learning needs of the patients who had LDH surgery were high, and it was recommended to determine the learning needs specific to the individual and to give the training to the nurses.

Keywords: Lumbar disc hernia; learning needs; nursing

Giriş

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre Türkiye’de 15 yaş ve üzeri bireylerin %29.7’si bel ağrısı yaşamakta ve bu grupta en fazla görülen hastalık olduğu bilinmektedir.⁽¹⁾

Yapılan çalışmalarda insanların %80’inin yaşamlarının bir bölümünde bel ağrısı çektikleri bildirilmiştir.^(2,3) Bel ağrısı doğrudan sağlık bakım masraflarına (yılıda Amerika’da 100-200 milyar dolar, İngiltere’de 5-10 milyar euro), iş ve üretim kayıplarına neden olduğu için önemli bir sağlık sorunudur.⁽⁴⁾ Kronik bel ağrısının %42 oranında lomber disklerden kaynaklandığı ve lomber disk prevelansının %1-25 arasında olduğu bildirilmiştir.⁽³⁾ LDH’da görülen ilk ve en yaygın belirti bel ağrısıdır. Lomber disk herni (LDH), omur kemikleri arasında bulunan hareketi kolaylaştıran ve darbelere karşı koruma görevi yapan disk biçimindeki yapılarda dejenerasyonla meydana gelen mekanik bir bozukluktur.^(5,6)

Lomber disk herni tedavisi konservatif ve cerrahi olarak yapılmaktadır. Konservatif tedavide hasta eğitimi, istirahat, fizyoterapi ve medikal tedaviler uygulanmakta, eğer bu tedavilerle sonuç alınamazsa ya da ilerleyici nörolojik kayıp veya kauda ekuina sendromu görülüyorsa cerrahi tedavi yöntemi tercih edilmektedir.^(7,8)

Lomber disk herni cerrahisinde amaç, sorunu ortadan kaldırmak ve iyileşmeyi sağlamak, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hastayı komplikasyonlardan korumak ve hastaların yaşamlarının kontrolünü tekrar elde edebilmesini sağlamaktır. Ancak cerrahi tedavi sonrası vücut mekaniğine uygun şekilde hareket etmemek LDH’ın tekrarlamasına ve komplikasyonlara neden olabilmektedir.^(5,6) Tekrarlayan LDH’ın teşhis ve tedavisi sağlık

maliyetlerinin artmasına ve hasta konforunun bozulmasına neden olmaktadır. Revizyon ameliyatlarının hasta başına ortalama 39.386 dolarlık maliyet oluşturacağı, konservatif tedavilerin ise hasta başına ortalama 2.315 dolarlık maliyete neden olacağı beklenmektedir.⁽⁹⁾

LDH’ın tekrarlaması maliyetin yanı sıra hastanın yaşam kalitesinin ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olmaktadır. Hastaların cerrahi sonrası uygun şekilde

bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi komplikasyonların önlenmesinde önemlidir.^(5,6,10) Bunun için bakımdan primer sorumlu olan hemşirelere önemli roller düşmektedir. Ameliyat olan hasta ve ailesine hastaneye yatışlarından taburculuğa hazırlanmalarına kadar birçok konuda eğitim ve danışmanlık sağlamaları gerekmektedir.⁽¹¹⁾

Cerrahi girişim geçiren bireyler normal bir yetişkinden daha fazla bilgiye, desteğe, anlaşılmaya ve açıklamaya gereksinim duymaktadırlar. Bunun için hastaların eğitimlerinin planlı ve hasta gereksinimlerine uygun şekilde oluşturulması oldukça önemlidir. Hasta öğrenim gereksinimlerine uygun olarak yapılan eğitim hastanın iyileşme ve hayatını sağlıklı olarak devam ettirmesine destek sağlamaktadır.⁽¹²⁾

Ameliyat sonrasına yönelik verilecek eğitimler, yapılan ameliyata ve hastanın kişisel özelliğine göre farklılık oluşturmakla beraber; evde kendisine nasıl bakabileceği, yapması ve yapmaması gereken aktiviteler, varsa diyeti ve ilaçlar, olası komplikasyonlar, ev işlerine ve çalışmaya başlama zamanı, kontrol için kime, ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi konuları içermelidir.^(13,14) Bu eğitimleri planlamadan önce ilk olarak hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması ve buna yönelik eğitimlerin planlanması gerekmektedir. Yapılan literatür taramasında, ülkemizde LDH ameliyatı yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür.^(12,15,16) Bu araştırma ile LDH ameliyatı geçiren hastaların taburculukta en çok gereksinim duydukları konuları belirleyerek, hemşirelerin hastalara verecekleri eğitimleri sistemli bir şekilde planlanması ve uygulanmasına katkı sağlanması hedeflenmiştir. Hastaların bilgi gereksinimleri ve önceliklerinin doğru saptanabilmesi ve doğru eğitim verilebilmesi için bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu araştırma; lomber disk herni ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

Lomber disk herni ameliyatı olacak bireylerin öğrenim gereksinimleri nelerdir?

Lomber disk herni ameliyatı olacak bireylerin öğrenim gereksinimlerini etkileyen özellikler nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın türü

Bu araştırma; lomber disk herni ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırma, bir ilde bulunan şehir hastanesinin beyin cerrahi kliniğinde Lomber Disk Herni tanısı ile yatırıp ameliyat olan bireyler ile yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme Tan ve ark.'nın¹² yaptığı çalışmadan yararlanılarak G power analiz programı ile $\alpha=0.01$, güç= 0.99 ve etki büyüklüğü %5 ile 163 olarak hesaplanmıştır. Çalışma 10.01.2018 ile 22.05.2018 tarihleri arasında gönüllü olan ve dahil edilme ölçütlerine uyan toplam 169 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmaya iletişim sorunu yaşamayan, sağlık profesyoneli olmayan ve daha önce LDH ameliyatı geçirmeyen bireyler dahil edilmiştir.

Verilerin toplama araçları

Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Hasta tanıtım formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek^(5,6,12) ve uzman görüşleri alınarak hazırlanmıştır. Hasta tanıtım formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 12 soru ve daha önce ameliyat olma ve bilgi durumuna yönelik 5 sorudan oluşan bir formdur.

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği (HÖGÖ): Bubela ve ark.⁽¹⁷⁾ tarafından cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek için geliştirilen, Türkçe geçerlilik güvenirliği Çatal ve Dicle⁽¹⁸⁾ tarafından yapılmış bir ölçektir. Ölçek, toplam 50 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. HÖGÖ alt boyutları “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzleme”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam

Kalitesi”, “Cilt Bakımı”dır. Ölçek maddeleri likert tipi derecelendirme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamakta puan arttıkça gereksinim artmaktadır. İlaçlar “8-40”, yaşam aktiviteleri “9-45”, toplum ve izlem “6-30”, duruma ilişkin duygular “5-25”, tedavi ve komplikasyonlar “9-45”, yaşam kalitesi “8-40” puan ve cilt bakımı “5-25” puan arasında puanlanmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçeğin geçerlik-güvenirlilik toplam puan cronbach alfa değeri 0.95’ dir. Bu çalışmada da cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur.

Verilerin toplanma araçlarının uygulanması

Araştırmada kullanılacak veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve işlerliğini tespit etmek amacıyla, LDH nedeni ile ameliyat olan beş hastaya ön uygulama yapılmış, uygulama sonucuna göre herhangi bir düzenleme yapılmayıp, formlar planlandığı gibi kullanılmış ve alınan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırmanın verileri, ameliyat sonrası birinci günde hasta odalarına giderek açıklama yapıлып, sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra, verilerin toplanmasını etkileyebilecek faktörlerin en aza indirildiği sakin bir ortamda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anket formunun uygulanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırmaya başlamadan önce İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (2017/581), kurum izni ve katılımcılardan sözlü ve yazılı olurları alınmıştır.

Verilerin analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 21 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Değişkenlerin istatistikleri birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (\bar{x}), standart sapma (SS) olarak verilmiştir. Verilerin normalliğine Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin istatistiksel değerlendirmesinde parametrik testlerden One-Way ANOVA,

Tukey, Independent-samples t testi ve korelasyon analizi yapılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Lomber disk herni ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada; hastaların yaş ortalamasının 47.03 ± 12.34 olduğu, %79.8'inin 59 yaş ve altında olduğu, %50.3'ünün erkek, %88.8'inin evli, %68.1'inin okuryazar / ilköğretim mezunu ve %46.2'sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %34.3'ünün ek bir kronik hastalığı bulunduğu, %53.3'ünün daha önce ameliyat deneyimi olduğu, ameliyat deneyimi olan hastaların %83.3'ünün 1 kez ameliyat geçirdiği, %55.5'ine evde ameliyat sonrası eşinin bakım vereceği, ameliyat deneyimi olan hastaların %71.1'inin taburculuk eğitimi almadığı, bu ameliyat sonrası hastaların tamamının eğitime gereksinim duyduğu ve %40.2'sinin vücut mekaniğine uygun hareket açısından bilgi almak istediği belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. LDH Ameliyatı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=169)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
<u>Yaş</u>		
59 Yaş ve ↓	135	79.8
60-64	17	10.1
65-69	11	6.5
70 yaş ve ↑	6	3.6
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	84	49.7
Erkek	85	50.3
<u>Medeni durum</u>		
Evli	150	88.8
Bekar	19	11.2
<u>Eğitim Düzeyi</u>		
Okuryazar Olmayan	20	11.8
Okuryazar/İlköğretim	115	68.1
Lise/üniversite	34	20.1
<u>Meslek</u>		
Memur/İşçi	43	25.4
Emekli	26	15.4
Ev hanımı	78	46.2

Serbest Meslek	15	8.9
Çalışmıyor	7	4.1
<u>Kronik hastalık durumu</u>		
Var	58	34.3
Yok	111	65.7
<u>Ameliyat deneyimi</u>		
Var	90	53.3
Yok	79	46.7
<u>Ameliyat deneyim sayısı (n=90)</u>		
1 kez	75	83.3
2 kez	9	10.0
3kez	6	6.7
<u>Bakım veren kişi</u>		
Eş	108	55.5
Anne / Kardeş	19	9.5
Çocuk	42	16.0
<u>Daha önce taburculuk eğitimi alma (n=90)</u>		
Alan	26	28.9
Almayan	64	71.1
<u>Ameliyat sonrası eğitim verilmesi istenilen konu</u>		
Vücut mekaniğine uygun hareket	68	40.2
İyileşme süreci	29	17.2
Stres ile baş etme	31	18.3
İlaçlar	11	6.5
Yaşam kalitesi	30	17.8

LDH ameliyatı olan bireylerin HÖGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların ölçek toplam puanı 198 ± 30.95 ’dir. Hastaların ilaçlar alt boyutundan 31.70 ± 5.56 , yaşam aktiviteleri alt boyutundan 36.0 ± 6.00 , toplum ve izleme alt boyutundan 22.0 ± 4.51 , duruma ilişkin duygular alt boyutundan 18.4 ± 4.66 , tedavi ve komplikasyonlar alt boyutundan 37.40 ± 5.90 , yaşam kalitesinin artırılması boyutundan 33.60 ± 5.43 ve cilt bakımı alt boyutundan 18.90 ± 4.12 puan aldıkları saptanmıştır. Hastaların HÖGÖ alt grupları önemlilik düzeyleri incelendiğinde, en yüksek önemlilik düzeyi puanlarının yaşam kalitesinin artırılması (4.20) ve tedavi ve komplikasyonları (4.15) alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur.

Tablo 2. LDH Ameliyatı Olan Bireylerin HÖGÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=169)

Alt Boyutlar	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max Değerleri	Önem Düzeyi
İlaçlar	31.70±5.56	14-40	3.96
Yaşam Aktiviteleri	36.0 ±6.00	15-45	4.00
Toplum ve İzleme	22.0 ±4.51	6-30	3.67
Duruma İlişkin Duygular	18.40±4.66	5-25	3.69
Tedavi ve Komplikasyonlar	37.40±5.90	12-45	4.15
Yaşam Kalitesinin Artırılması	33.60±5.43	14-40	4.20
Cilt Bakımı	18.90±4.12	9-25	3.79
Toplam	198 ± 30.95	75-250	3.96

LDH ameliyatı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre HÖGÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Örneklem grubunda 70 yaş ve üzerinde olanların (33.5±4.89), kadınların (32.21±5.73), okur-yazar olmayanların (34.40±3.42), daha önce ameliyat deneyimi olmayanların 31.73 ± 5.40 puan aldığı ve daha önce taburculuk eğitimi alanların 31.92±5.49 puan aldıkları ve ilaçlar alt boyutunda öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlaçlar alt boyutunda eğitim düzeyinde gruplar arası puan farkının anlamlılık gösterdiği (p<0.05), ancak diğer özelliklerin gruplar arasında anlamlılık oluşturmadığı bulunmuştur (p>0.05). Eğitim düzeyindeki anlamlılık okuryazar olmayanlar ile lise/üniversite mezunu eğitim seviyesine sahip bireylerin puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam aktiviteleri alt boyutundan 70 yaş ve üzeri olanların 36.33±5.89 puan aldığı, kadınların 36.56±6.14 puan aldığı, okuryazar/ilköğretim mezunu olanların 36.50±5.95 puan aldığı, ameliyat deneyimi olmayanların 36.35±5.72 ve daha önce taburculuk eğitimi alanların 35.85±6.62 puan aldığı ve öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaşam aktiviteleri alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastaların 70 yaş ve üzerinde olanların (24.33 ± 4.27), kadınların (22.47 ± 4.40), okur-yazar olmayanların (22.95 ± 5.34), ameliyat deneyimi olmayanlar (22.04 ± 4.11) ve daha önce taburculuk eğitimi alanlar (22.35 ± 4.10) toplum ve izleme alt boyutunda öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Toplum ve izleme alt boyutunda eğitim düzeyinde gruplar arası puan farkının anlamlılık gösterdiği ($p<0.05$), ancak diğer özelliklerin gruplar arasında anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Toplum ve izleme alt boyutundaki eğitim düzeyindeki anlamlı farkın okuryazar olmayanlar ile diğer eğitim seviyesine sahip bireylerin puan farkından oluştuğu tespit edilmiştir.

Duruma ilişkin duygular alt boyutunda 65-69 yaş grubunun (20.09 ± 2.77), kadınların (19.13 ± 5.78), okuryazar-ilköğretim grubunun (19.03 ± 4.64), daha önce ameliyat deneyimi olanların (18.77 ± 4.68) ve daha önce taburculuk eğitimi alanların (19.00 ± 4.58) öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duruma ilişkin duygular alt boyutunda cinsiyet ve eğitim düzeyinde gruplar arası farkın anlamlılık gösterdiği ($p<0.05$), fakat diğer özelliklerin gruplar arasında anlamlılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu alt boyuttaki eğitim düzeyine yönelik anlamlı farklılık okuryazar/ilköğretim grubu ile lise/üniversite eğitim seviyesindeki bireylerin puan farkından oluştuğu saptanmıştır.

Tedavi ve komplikasyonlar alt boyutuna bakıldığında, 59 yaş ve altı olanların (37.61 ± 5.87), kadınların (38.11 ± 5.78), okuryazar olmayanların (38.25 ± 5.25), ameliyat deneyimi olmayanların (37.43 ± 5.12) ve daha önce taburculuk eğitimi alanların (38.58 ± 4.66) puan ortalamalarının diğer guruplardan yüksek olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta gruplar arasındaki puan farkının anlamlılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yaşam kalitesinin artırılması alt boyutunda en fazla öğrenim gereksinimi olanların 70 yaş ve üzeri olanlar (34.33 ± 5.09), kadınlar ($34.40\pm 5,30$), okuryazar olmayanlar (34.30 ± 5.55),

ameliyat deneyimi olmayanlar (33.87 ± 4.93) ve daha önce taburculuk eğitimi alanların (33.88 ± 5.32) yüksek puan aldığı saptanmıştır. Yaşam kalitesinin artırılması alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Cilt bakımı alt boyutunda, 65-69 yaş grubunda (19.64 ± 3.53), kadınlarda (19.02 ± 4.39), okuryazar-ilköğretim grubunda, ameliyat deneyimi olanların (19.3 ± 3.96) ve daha önce taburculuk eğitimi alanların (20.54 ± 3.17) diğer guruplardan daha fazla öğrenim gereksinimi olduğu bulunmuştur. Cilt bakımı alt boyutunda daha önce taburculuk eğitimi alanlar ile almayanların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Cilt bakımı alt boyutundaki diğer grupların puanları arasındaki farkın anlamlılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$).

LDH ameliyatı geçiren bireylerin toplam HÖGÖ puanlarına bakıldığında 70 yaş ve üzerinde olanların 203.83 ± 30.22 puan aldığı, kadınların 201.91 ± 31.43 puan aldığı, okur yazar olmayanların 201.95 ± 25.45 puan aldığı, daha önce ameliyat deneyimi olanların 198.02 ± 33.82 puan aldığı, daha önce taburculuk eğitimi alanların 202.12 ± 30.22 puan aldığı ve öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplam boyut puan ortalamaları arasında gruplar arasında anlamlılık oluşturacak bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 3. LDH Ameliyatı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre HÖCÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=169)

Tanımlayıcı Özellikler	n	İlaçlar $\bar{x} \pm SS$	Yaşam	Toplum	Duruma	Tedavi	Yaşam	Cilt	Toplam $\bar{x} \pm SS$
			Aktiviteleri $\bar{x} \pm SS$	ve İzleme $\bar{x} \pm SS$	İlişkin Duygular $\bar{x} \pm SS$	ve Komplikasyonlar $\bar{x} \pm SS$	Kalitesinin Artırılması $\bar{x} \pm SS$	Bakımı $\bar{x} \pm SS$	
Yaş									
59 Yaş ve Altı	135	31.58±5.68	36.17±6.09	21.93±4.48	18.31±4.72	37.61±5.87	33.66±5.35	19.06±4.13	198.33±30.88
60-64	17	32.41±5.95	34.53±7.08	21.82±5.11	17.71±5.32	36.47±7.51	32.82±7.21	17.82±4.9	193.59±38.8
65-69	11	30.73±4.13	35.55±3.30	22.27±4.52	20.09±2.77	36.09±4.23	33.36±4.06	19.64±3.53	197.73±22.15
70 yaş ve üzeri	6	33.5±4.89	36.33±5.89	24.33±4.27	20.00±4.34	37.33±5.32	34.33±5.09	18.00±2.61	203.83±30.22
p**		0.733	0.756	0.644	0.467	0.771	0.923	0.581	0.905
Cinsiyet									
Kadın	84	32.21±5.73	36.56±6.14	22.47 ± 4.40	19.13 ± 5.78	38.11±5.78	34.40±5.30	19.02 ±4.39	201.91±31.43
Erkek	85	31.04 ±2.39	35.38±5.87	21.59 ± 4.62	17.73 ± 4.74	36.68 ±5.92	32.76±5.49	8.84 ±3.87	194.14±30.34
p*		0.212	0.207	0.203	0.049	0.118	0.050	0.782	0.104
Eğitim Düzeyi									
Okuryazar Olmayan (a)	20	34.40±3.42	35.65±5.34	22.95±5.34	18.45±4.61	38.25±5.25	34.3±5.55	17.95±5.19	201.95±25.45
Okuryazar İlköğretim (b)	115	31.82±5.59	36.50±5.95	22.48±5.95	19.03±4.64	37.49±6.09	33.92±5.17	19.40±3.83	200.652±31.32
Lise/üniversite (c)	34	29.55±5.83	34.35±6.48	19.97±6.48	16.38±4.35	36.53±5.75	32.00±6.58	17.94±4.28	186.73±31.31
p**		0.007 (c<a)***	0.182	0.010 (c<a)*** (c<b)***	0.014 (c<b)***	0.557	0.160	0.102	0.059
Ameliyat Deneyimi									
Var	90	31.62±5.75	35.63±6.28	22.02±4.88	18.77±4.68	37.36±6.57	33.32±5.87	19.3±3.96	198.02±33.82
Yok	79	31.73±5.40	36.35±5.72	22.04±4.11	18.04±4.66	37.43±5.12	33.87±4.93	18.52±4.30	197.99±27.76
p*		0.896	0.436	0.982	0.313	0.934	0.508	0.223	0.994
Daha önce taburculuk eğitimi alma (n=90)									
Alan	26	31.92±5.49	35.85±6.62	22.35±4.10	19.00±4.58	38.58±4.66	33.88±5.32	20.54±3.17	202.12±30.22
Almayan	64	31.50±5.89	35.55±6.20	21.89±5.18	18.67±4.75	36.86±7.17	33.09±6.11	18.80±4.16	196.36±35.27
p*		0.747	0.844	0.661	0.762	0.184	0.544	0.035	0.439

*Independent samples t Testi

**One-Way ANOVA

***Tukey HSD

Tablo 4. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Korelasyon Tablosu

Alt Boyutlar	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum Duruma ve İlişkin İzleme	İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesinin Artırılması	Cilt Bakımı	Toplam
İlaçlar	1							
Yaşam Aktiviteleri	,602**	1						
Toplum ve İzleme	,740**	,722**	1					
Duruma İlişkin Duygular	,682**	,706**	,749**	1				
Tedavi ve Komplikasyonlar	,733**	,760**	,763**	,666**	1			
Yaşam Kalitesinin Artırılması	,684**	,767**	,771**	,690**	,747**	1		
Cilt Bakımı	,454**	,643**	,573**	,678**	,563**	,611**	1	
Toplam	,827**	,878**	,888**	,857**	,887**	,887**	,739**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde önemlidir (2 kuyruklu)

Tablo4'de HÖGÖ alt boyut ve toplam puan korelasyonları verilmiştir. Toplam puanın alt boyutların tümü ile pozitif yönlü güçlü bir ilişkisi olduğu istatistiksel olarak belirlenmiştir (>0,700). Cilt bakımı ile ilaçlar alt boyutları arasındaki ilişkinin diğer alt boyutlara göre en zayıf ilişkili olduğu saptanmıştır (0,454). Alt boyutlar arasındaki en güçlü ilişki yaşam kalitesinin artırılması ile toplum ve izleme arasında olduğu bulunmuştur (0,771).

Tartışma

Cerrahi sonrası hasta ve ailesinin evde tedavilerini devam ettirmeleri, öz bakımlarını yerine getirebilmeleri, komplikasyonlardan korunmaları, olası komplikasyonları erken dönemde anlayabilmeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile baş edebilmeleri için iyi bir taburculuk eğitimi almaları gereklidir.⁽¹⁹⁾ Taburculuk eğitiminin hedefine varmasını sağlayan en önemli etmenlerden biri eğitimin hasta gereksinimlerine uygun ve planlı bir şekilde gerçekleştirilmesidir.⁽²⁰⁾ Bu çalışma; lomber disk herni operasyonu geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda örneklem grubuna alınan LDH ameliyatı geçiren hastaların HÖGÖ toplam puan ortalaması $198 \pm 30,95$ olarak bulunmuş ve hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek

olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde farklı ameliyatlarda yapılan çalışmalarda HÖGÖ puan ortalamalarının en düşük $165,95 \pm 45,44$, en yüksek $208,38 \pm 34,91$ olduğu görülmüştür. ⁽²¹⁻²⁷⁾ Bu sonuçlar hastaların büyük kısmının ilk defa ameliyat geçirecek olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hastaların HÖGÖ alt boyut puan ortalamalarının en yüksekten düşüğe doğru sırası ile tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesinin artırılması, ilaçlar, toplum ve izlem, cilt bakımı ve duruma ilişkin duygular olduğu saptanmıştır. HÖGÖ'nün kullanıldığı birçok çalışmada çalışmamıza benzer şekilde en yüksek alt boyut puan ortalamasının “tedavi ve komplikasyonlar” olduğu ^(23,27-29) görülmektedir. Bu sonuçlar hastaların bilgi yönünden en zayıf olduklarını düşündükleri konunun bu başlık olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların daha önceki ameliyat deneyimlerinde büyük kısmının taburculuk eğitimi almadığı ve taburculuk eğitimi alanların çoğunun eğitimine hemşirelerin katılmadığı saptanmıştır. Aynı şekilde Yılmaz'ın ⁽²³⁾ yapmış olduğu çalışmada da hemşirelerin hasta eğitimine yeterince etkin katılmadıkları belirtilmiştir. Bu durumun hemşirelerin aşırı iş yükü nedeniyle eğitici rollerini ikinci planda tutmuş olmalarını düşündürmektedir.

Araştırmada LDH ameliyatı olan kadınların HÖGÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın “duruma ilişkin duygular” alt boyutu dışında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Farklı ameliyatlarda HÖGÖ ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; tiroidektomi yapılan hastalarda ⁽²¹⁾, nöroşirürji hastalarında ⁽¹⁸⁾, genel cerrahi hastalarında ^(24,26,30) bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ancak HÖGÖ kullanılarak yapılan bazı çalışmalarda cinsiyete göre ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı çıktığı görülmüştür. ^(12,31) Çalışmalardaki bu farklılığın örneklem grupları arasındaki kültürel farktan ve geçirilen ameliyata bağlı gereksinim farklılığından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri düşük olan hastaların (okuryazar olmayanların ve okuryazar/ilköğretim) HÖGÖ ve alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı ve öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca “ilaçlar, toplum ve izleme ve duruma ilişkin duygular” alt boyutlarında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. İlaçlar ve toplum ve izlem alt boyutlarında okuryazar olmayan hastalar ile lise-üniversite mezunu hastaların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık oluşturduğu saptanmıştır. Duruma ilişkin duygular alt boyutunda ise anlamlı farklılık okuryazar/ilköğretim

grubu ile lise/üniversite eğitim seviyesindeki bireylerin puan farkından oluştuğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça bilgiye ulaşma kaynaklarının daha etkin kullanılması, bireylerin sağlık alanında bilgi düzeylerinin artmasına ve eğitim gereksinimlerinin azalmasına neden olabilir. Yalçın ve ark.'nın⁽³¹⁾ yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde eğitim seviyesi öğrenim gereksiniminin düştüğü belirlenmiş ve özellikle “ilaçlar” alt boyutunda bu yönde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamızın aksine Tan ve ark.'nın⁽¹²⁾, Polat ve ark.'nın⁽³²⁾ ve Çetinkaya ve Duru'nun⁽²²⁾ yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe öğrenim gereksiniminin arttığı bulunmuştur.

Çalışmamızda hastalardan daha önce ameliyat deneyimi olanların “duruma ilişkin duygular, cilt bakımı ve toplam ölçek puanında” öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu, ameliyat deneyimi olmayan hastaların ise diğer alt boyutlarda gereksinimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. HÖGÖ toplam ve alt boyutları arasında bu özellik açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Uzun ve ark.'nın⁽³⁰⁾ çalışmasında da daha önceki ameliyat deneyiminin ölçek toplam ve alt boyutlar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir. Ancak Dursun ve Yılmaz'ın⁽³³⁾ ve Güçlü ve Kurşun'un⁽²⁵⁾ yaptıkları çalışmalarda ameliyat deneyimlemeyen hastaların daha fazla öğrenim gereksinimi duyduklarını gösteren anlamlı farklılık saptamışlardır. Bu durumun hastaların sosyo ekonomik ve kültürel düzeylerindeki farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada daha önce taburculuk eğitimi alan bireylerin HÖGÖ toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamalarının eğitim almayan bireylerden daha yüksek olduğu ve gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak sadece “cilt bakımı” alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Tan ve ark.'nın⁽¹²⁾ çalışmasında da taburculuk eğitimi alanların almayanlara göre daha fazla öğrenim gereksinimi duyduğu ve “cilt bakımı” alt boyutunda aradaki farkın anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar daha önce taburculuk eğitimi alanların bu konuda deneyimlerinin eğitimin öneminin farkında olmalarını sağladığı düşünülebilir. Ek olarak özellikle “cilt bakımı” konusunda daha fazla gereksinim duymaları farklı ameliyat bölgesine özgü eksik bilgilerinden kaynaklanabilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonucunda; LDH ameliyatı geçiren hastalarda öğrenim gereksiniminin yüksek olduğu, kadınların, eğitim düzeyi düşük olanların, daha önce taburculuk eğitimi alan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu ve öğrenim gereksiniminin en çok “tedavi ve

komplikasyonlar” alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, her ameliyat öncesi bireye özgü olarak öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi, belirlenen gereksinim doğrultusunda hasta eğitimlerinin planlanması ve düzenli olarak verilmesi önerilebilir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarların beyan edecekleri herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Çalışma için herhangi bir yerden mali destek alınmamıştır.

Yazar Katkıları: Çalışmanın tasarımı: AB, ÖC, Analiz: AB, Yorum: AB, Makalenin hazırlanması: ÖC, Eleştirel gözden geçirme: ÖC, Makalenin son halinin onayı: ÖC

Teşekkür: Çalışmamın yürütülmesi için katkı veren Beyin cerrahisi servis hastalarına, ekibine ve istatistiksel analiz aşamasındaki katkılarından dolayı Sedat BAŞGÜN’e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019. Access: 10.11.2022. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019>
2. Esen SE, Toprak D. Bel ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2018;(4):460-9.
3. Yıldırım A. Kronik diskojenik bel ağrıları ve cerrahi dışı tedavi yöntemleri: Güncelleme. Dicle Tıp Dergisi. 2016;43(1): 181-191.
4. Steele J, Bruce-Low S, Smith D, Osborne N, Thorkeldsen A. Can specific loading through exercise impart healing or regeneration of the intervertebral disc?. The Spine Journal. 2015;15(10): 2117-2121.
5. Karakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Kitabevi, Adana;2022
6. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevi, Adana;2021
7. Toplamaoğlu H, Ofluoğlu AE. Lomber Disk Hernileri: Zileli M, Korfalı E, editör. Temel Nöroşirurji. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara; 2010.p. 1489-1496.
8. Uğraş GA, Akyolcu N. Sinir Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, editör. Cerrahi Hemşireliği II. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2017.p. 565-579.
9. Shepard N, Cho W. Recurrent lumbar disc herniation: a review. Global Spine Journal. 2019;(2): 202-209.

10. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B et al. Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*.2006;33(3): 281-290
11. Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Tasarım-Ofset, Ankara; 2008.p. 97-226.
- 12.Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2013;21(1): 1-8
- 13.Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009; 12(3): 67-73
- 14.Erkal S. İntervertebral Disk Herniler: Egemen N, Arslantaş A,editör. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*. Alter Yayıncılık, Ankara; 2006.p. 212-220.
- 15.Baran M. Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda öğrenim gereksinimlerinin saptanması. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi*, 2018, Gaziantep
- 16.Çatal Tat A. Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin anksiyete-depresyon durumuna ve yaşanan sorunlara etkisi. *Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi*, 2018, Ankara
17. Bubela, N, Galloway S, McCay E et al. The patient learning needs scale: reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*. 1990; 15(10): 1181-1187.
- 18.Çatal E, Dicle A. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *DEUHYO ED*. 2008; 1(1): 19-32.
19. Jones D, Musselman R, Pearsall E et al. Ready to go home? Patients' experiences of the discharge process in an enhanced recovery after surgery (ERAS) program for colorectal surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2017; 21(11): 1865-1878.
- 20.Taşdemir N, Güloğlu S, Turan Y, Çataltepe T, Özbayır T. Nöroşirurji hastalarının öğrenim gereksinimleri. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*. 2010; 27(4): 414-420.
- 21.Şahin SY, İyigün E, Açıkel C. Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015; 14(5): 401-405.
22. Temiz Z, Öztürk D, Uğraş GA, Öztekin SD, Şengül E. Determination of patient learning needs after thyroidectomy. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*. 2016; 17(3): 1479-83

23. Yılmaz M. Learning needs of adult patients surgery. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2017; 39(1): 402-411.
- 24.Çetinkaya F, Duru Aşiret G. Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2017; 10(2): 93-99.
- 25.Güçlü A, Kurşun Ş. Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20(2): 107-113.
- 26.Soyer Ö, Dönmez YC, Giersbergen V, Yavuz M. Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11(3): 200-208.
- 27.Vermişli UHS, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. Kulak Burun Bogaz Ihtis. Dergisi . 2016; 26(2): 79-91.
- 28.Şahin SY, İyigün E, Açıkel C. Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015; 14(5): 401-405.
- 29.Göktaş SB, Yıldız T, Nargiz SK. The evaluation of nursing care satisfaction and patient learning needs in day case surgery. Indian Journal of Surgery. 2015; 77(3): 1172-1179.
- 30.Uzun O, Ucuzal M, Inan G. Post-discharge learning needs of general surgery patients. Pak J Med Sci. 2011; 27(3): 634-637
- 31.Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin verdiği taburculuk eğitimi ile hastaların öğrenim gereksinimlerinin karşılaştırılması. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015; 12(3): 204-209.
- 32.Polat S, Celik S, Ayyildiz EH, Kasali K. Identification of learning needs of patients hospitalized at a university hospital. Pakistan Journal Of Medical Sciences. 2014; 30(6): 1253-1258.
- 33.Dursun HB, Yılmaz E. Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 2(3): 65-70.




Geliş Tarihi (Received): 25.12.2022

Kabul Tarihi (Accepted): 24.02.2023

Araştırma Makalesi / Research Article

Vajinal Akıntı Tedavisi Gören Gebelerin Doğumdaki Akıntı Durumlarının Değerlendirilmesi

The Assessment of the Vaginal Discharge at Birth in Pregnant Patients With a Prior History Of Treatment For Vaginal Discharge During Pregnancy

Sinem Güven DİNMEZ¹ 

Nuran KÖMÜRCÜ² 

¹Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Sinem Güven DİNMEZ; sinem.dinmez@fbu.edu.tr

Alıntı (Cite): Güven Dinmez, S, Kömürcü, N. Vajinal Akıntı Tedavisi Gören Gebelerin Doğumdaki Akıntı Durumlarının Değerlendirilmesi. YBH Dergisi. 2023;3(1): 38-55

Bu çalışma Yüksek Lisans Tezinden üretilmiş olup (Yök Tez no: 344177), Uluslararası Hemşirelik ve İnovasyon Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur (22-23 Ekim 2022).

Özet:

Amaç: Çalışmada vajinal akıntı yakınmasıyla tedavi görmesine karşın doğum sırasında benzer şikayetleri devam eden gebelerin, tedavi süreçlerini etkileyen faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, doğuma gelen gebelerden; 222 gebe oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Vajinal Akıntısı Olan Gebelere Yönelik Değerlendirme Formu” kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik metodlar ve non-parametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin; %62’sinin gebelik öncesi dönemde de vajinal akıntı öyküsü olduğu, gebelerin %86.0’sının tedaviye geç başladığı, %52’sinin tedavisini tamamladığı ve çoğunluğun orta düzeyde hijyene önem verdiği görülmektedir. Gebelerin eğitim ve hijyen düzeyleri arasında istatistik olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Gebelerin genital yol enfeksiyonları konusunda hijyenik uygulamalara verdikleri önemin yetersiz olduğu, tedaviye başlamak için geç kaldıkları ve tedavi kullanımı konusunda yanlış ve eksik uygulamalarda buldukları görülmüştür. Buradan hareketle sorunun çözümüne katkı sağlayabilecek hemşirelerin/ ebelerin eğitici görevini üstlenerek konuyu bütüncül yaklaşımla ele alması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akıntı tedavisi; gebelik; hemşirelik; vajinal akıntı

Abstract:

Objective: Study was conducted to assess the factors which influence treatment courses of pregnant patients who received treatment for vaginal discharge and who exhibited similar complaints during delivery despite prior treatment.

Materials and Methods: It was designed in descriptive type. The research sample consisted of 222 pregnant patients. For collection of data, “Assessment Form For Pregnant Patients with Vaginal Discharge” was used. Data was analysed through descriptive statistical methods and non-parametric tests.

Results: 62% of pregnant were found to have a history of vaginal discharge prior to their pregnancy. 86% of pregnant women started treatment late, 52% reported to complete their treatment course, majority were found to consider hygien on a medium level. A statistically significant difference was found of the pregnant education and hygien level ($p<0.05$).

Conclusion: As a result, it has been observed that the importance given by pregnant women to hygienic practices regarding genital tract infections is insufficient, they are late to start treatment, and they engage in wrong and incomplete practices in the use of treatment. However, nurses/ midwives which can contribute to the solution of the problem can achieve this through assuming an educational role with a holistic approach.

Key Words: Discharge treatment; nursing; pregnancy; vaginal discharge

Giriş

Vajinal akıntılar günümüzde kadınların tıbbi yardım istemelerine en sık neden olan önemli bir kadın sağlığı sorunudur ⁽¹⁾. Ülkemizde yapılan çalışmalarda vajinal enfeksiyon görülme sıklığının %19.0-%70.5 arasında olduğu bildirilmektedir ⁽²⁻⁴⁾. Gebelik döneminde ise reproduktif hormonların uyarıcı etkisi ile vajina epiteli proliferasyon olmaktadır ve glikojen içeriğinin fazla olması nedeni ile enfeksiyona yatkınlığın arttığı bildirilmektedir ⁽⁵⁾. Genital yol enfeksiyonları ve vajinal akıntı; sosyal ve öğrenimsel bariyerler, mahremiyet, kadının kendi cinsel yaşamı ve üreme yaşamı hakkında karar verme yetisine sahip olamaması gibi engeller dolayısıyla göz ardı edilen önemli bir sağlık sorunudur. Algılanış biçimi ve önem verilmesi kadından kadına farklılık göstermektedir. Kadın sağlığının korunması bakımından basit gibi görünen bu problemin, doğru tanı ve tedavi gerektirdiği inancı ise ortaktır. Aksi takdirde enfeksiyonlar nüksetmektedir ^(6, 7). Özellikle vulvovajinal enfeksiyonların gebelik döneminde daha sık tekrarladığı ve tedavi başarısızlığının daha yüksek olduğu literatürde bildirilmektedir ⁽⁸⁾. Bununla birlikte bu enfeksiyonların gebeliği riske eden infertilite, ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, perinatal enfeksiyon, erken membran rüptürü, preterm eylem ve doğum, korioamnionit, sezaryen sonrası endometrit, ikinci trimester kayıpları ve spontan abortus gibi olumsuz durumları artırdığı bildirilmektedir ⁽⁹⁻¹¹⁾. Gebelik dönemi de dahil olmak üzere kadın sağlığını riske eden bu önemli sağlık sorunu ile hekime başvuran kadınlara sadece medikal tedavinin başlandığı, tedavi bittikten sonra ise çoğu kez semptomların geriye döndüğü bildirilmiştir ⁽¹²⁾. Oysa ki bu vakalarda medikalizasyonun yanında kadınların vajinal duş yapma durumları, antiseptik ya da temzileyici ajan kullanım durumları ile cinsel partnerinin durumunun değerlendirilmesi önerilmektedir ⁽⁸⁾. Günümüzde antibiyotiklere karşı gelişen mikrobik rezistans, tedavi edilemeyen hastalık türlerinin ortaya çıkması ⁽¹³⁾, bunlara fetüs ve gebe kadının maruz kalması riskleri de göz önünde tutularak, fertil yıllarında ailelere bakım veren ebe ve hemşirelerin genital yol enfeksiyonu gibi hastalıkları derinlemesine bilmeleri önem taşımaktadır ⁽⁶⁾.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmada gebeliğinde vajinal akıntı yakınması ile tedavi görmesine karşın doğum sırasında şikâyetleri devam eden gebelerin, tedavi süreçlerini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın türü

Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırma evren ve örnekleme

Araştırmanın yapıldığı hastanenin bir önceki yılına ait sayısal veriler baz alınarak çalışmanın yapılacağı dönemlere ilişkin 525 gebe çalışmanın evrenini oluşturmuştur. 525 Kişilik evrenden %80 power ve alfa değeri 0.05 kabul edilerek alınması gereken örneklem sayısı en az 170 olarak saptanmıştır. Ortalama %20 veri kaybı olabileceği göz önünde tutularak örneklem seçim kriterlerine uyan 222 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklem seçim kriterleri arasında; araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, gebeliğinde en az bir kez vajinal akıntı şikâyeti ile doktora başvuran, doktor tarafından vajinal akıntıya yönelik tedavi başlanan, travaydaki vajinal muayene sırasında aktif olarak akıntısı devam eden gebeler yer almaktadır. Örneklem dışlama kriteri bulunmamaktadır.

Veri toplama araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Vajinal Akıntısı Olan Gebelere Yönelik Değerlendirme Formu” kullanılmıştır. Form toplam 27 maddeden oluşmaktadır ve araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (6, 8-10). Formun içeriğinde; bireysel ve obstetrik özelliklere ait beş, vajinal akıntının tanısı sürecine yönelik altı, vajinal akıntının tedavisine yönelik üç, devam eden vajinal akıntıya yönelik dört, hijyene yönelik altı, sistemik hastalıklara yönelik iki ve beslenme alışkanlıklarına yönelik bir soru yer almaktadır.

Veri toplama araçlarının uygulanması

Veriler araştırmacının aynı hastanede çalışması nedeniyle görevli olduğu zaman dilimlerinde (haftanın üç günü) yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Veri toplama formu, travayda doktor tarafından vajinal akıntısı olduğu tespit edilip, hasta formuna kayıt edilen gebelerden; henüz aktif fazda olmayanlara hemen, aktif fazda olanlara ise doğumdan sonra uygulanmıştır.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırmanın etik kurul izni Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (17.02.2012/6) alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurum izni için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınıp ilgili çalışmanın yapılabilmesi için altı ay süre ile protokol imzalanmıştır. Veriler toplanmadan önce gebelerden bilgilendirilmiş onam formu ile onay alınmıştır ve örneklem grubunda yer alan gebelere herhangi bir ödeme yapılmamıştır. Bu çalışma, Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Verilerin analizi

Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Hijyen ile ilgili veriler değerlendirilirken, hijyen sorularından elde edilen puanlar persentillere bölünerek hijyen düzeyleri oluşturulmuştur (Puan aralığı 21,43 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama puan $62,97 \pm 17,33$ olarak saptanmıştır. Hijyen puanları persentillere bölünerek yapılan dağılımda %33.3 ve altında alanlara düşük düzeyde hijyen; %33.3 ile %66.7 arası puan alanlara orta düzeyde hijyen ve %67'nin üzerinde alanlara yüksek düzeyde hijyen şeklinde sınıflandırılmıştır).

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri, yalnızca araştırmanın yapıldığı hastanede doğum yapan gebeleri kapsadığı için genellenebilirliği sınırlıdır.

Bulgular

Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Gebelerin %42'si 22– 27 yaş grubunda, %67.6'sı ilköğretim mezunu, neredeyse tamamına yakını (%95.5) gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Kronik hastalığı olanlar azınlıktadır (%9.9) ve bu grupta sırasıyla hipotiroidi, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı ve kronik anemisi olanlar yer almaktadır. Ayrıca gebelerin % 4.1'i sürekli olarak ilaç kullanmaktadır.

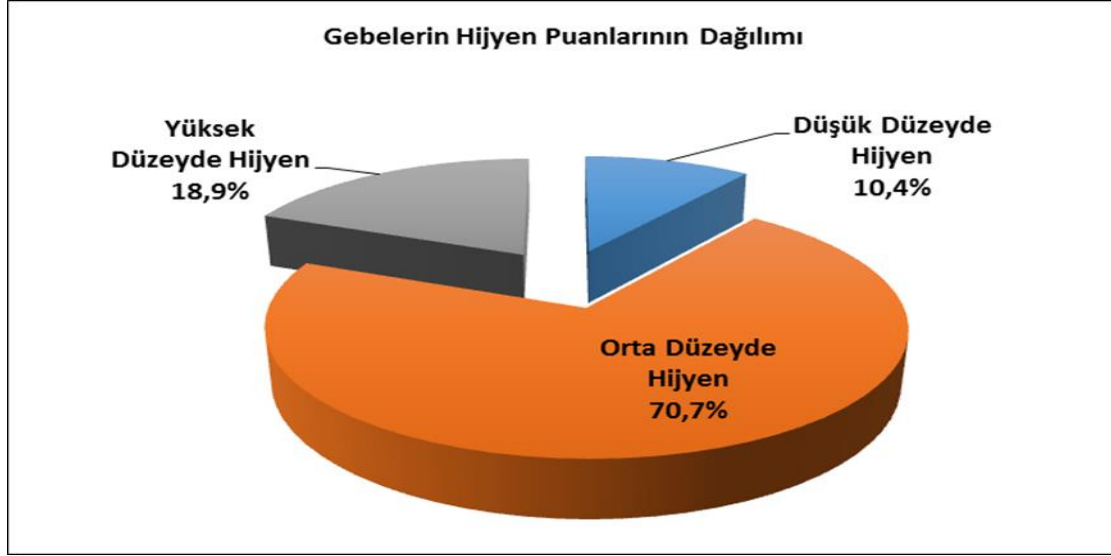
Obstetrik özelliklerine bakıldığında; gebelerin yarıya yakınının (%47.8) üç ve daha fazla gebe kaldığı, %31.5'inin ilk gebeliği olduğu, tamamına yakınının daha önce küretaj olmadığı (93.2) ve abortus deneyimlemediği (%86.9) görülmektedir. Gebelerin beslenme durumları ve gebeliklerindeki kilo alımları incelendiğinde; kendi ifadelerine göre her grup besini düzenli olarak tükettikleri (%57.2) ve doğumdan önceki kilo ortalamasının 59.94 ± 8.46 kg, doğum sırasındaki kilo ortalamalarının 73.27 ± 9.40 kg olduğu belirlenmiştir. Kontraseptif yöntemler açısından gebelerin yarıya yakınının (%42.8) herhangi bir yöntem kullanmadığı, geri çekme yöntemini (%33.3) kullananların diğer yöntemler arasında çoğunlukta olduğu görülmektedir. Etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımı sırasıyla kondom, rahim içi araç ve hap/enjeksiyon şeklindedir. Gebelerin gebelik dönemindeki cinsel ilişki sıklıklarına bakıldığında; her gün ya da haftada iki – beş kez cinsel birliktelik yaşayanların çoğunlukta (%68.9) olduğu %31.1'inin ise haftada bir kez ya da daha az sıklıkla cinsel ilişki yaşadığı belirlenmiştir.

Gebelerin vajinal akıntı durumlarına ilişkin bulgular

Gebelerin %62.2'si bu gebeliğinden öncede vajinal akıntı sorunu yaşadıklarını ve %9.9'unun gebelik öncesinde de vajinal akıntı için tedavi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin gebelikte vajinal akıntılarının başlama zamanı sırasıyla birinci trimester (%43.7), ikinci trimester (%40.5) ve nadiren üçüncü trimesterde (%15.8) gerçekleşmiştir. Gebeler vajinal akıntılarını sırasıyla; süt kesigine benzer renkte (%48.2), ince gri-beyaz renkte (%38.3) ve yeşil-sarı ya da köpüklü akıntı (%13.5) şeklinde tanımlamıştır. Gebelerin akıntı nedeniyle günde üç/ beş ped ya da beşten fazla (%64.4) ped kullandıkları görülmüştür. Vajinal akıntıya sıklıkla kötü koku (%40.7), kaşıntı (%38.3), vajinal yanma (%10.1), kızarıklık (%8.1) ve ağrı (%7) gibi diğer semptomlar eşlik etmektedir. Vajinal akıntı nedeniyle tedavi olma durumlarına bakıldığında; gebelerin %14'ü akıntı başlar başlamaz, %86.0'sı ise akıntı başladıktan bir süre sonra doktora başvurmuş olup, %52.3'ü tedavisini tamamlarken, %47.7'si ise tedaviyi bir süre sonra bırakmıştır. Gebelerin vajinal akıntı şikayetlerinin devam etme nedenlerine yönelik düşünceleri sorulduğunda; %4.5'i tedaviyi yarım bırakma, %27.9'u tedaviyi doğru kullanmama, %37.4'ü yetersiz hijyen nedeniyle şikayetlerinin devam edebileceğini söylerken, %30.2'si ise akıntılarının devam etme nedenine yönelik fikirleri olmadığını ifade etmiştir. Gebelerin akıntılarının devam etmesine ilişkin düşünceleri incelendiğinde; çoğunlukla (%64.9) akıntı tedavi edilmezse daha büyük problemler yaşayacağını, %27.9'u bebeğinin zarar göreceğini, %4.1'i eşinin zarar göreceğini ve %3.2'si bir problem yaşamayacağını düşünmektedir.

Gebelerin hijyen durumlarına ilişkin bulgular

Gebelerin hijyen durumları değerlendirildiğinde; çoğunluğun (%73) sadece tuvalet sonrasında ellerini yıkadığı, yarıdan fazlasının (%56.3) perine temizliğini önden arkaya doğru yaptığı, yarısının perine temizliğini yalnız su ile yaptığı ancak su ve sabunla yapanlarla (%44.6) oranın yakın olduğu, %44'ünün her banyodan sonra çamaşır değiştirdiği ve %81'inin haftada 2-3 kez banyo yaptığı, %87'sinin pamuklu iç çamaşırını kullandığı belirlenmiştir. Gebelerin hijyen uygulamalarına yönelik verileri düşük, orta ve yüksek düzeyde hijyen grupları olarak kategorize edilmiş, buna göre yapılan dağılımda çoğunluğun (%70.7) orta düzeyde hijyene önem verdiği saptanmıştır (**Şekil 1**).



Şekil 1. Gebelerin hijyen puanlarına ilişkin dağılım

Gebelerin bağımsız değişkenlerine ilişkin bulgular

Gebelerin yaş grupları, eğitim ve çalışma durumlarına göre hijyen düzeyleri karşılaştırılmış olup, eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu olan (%59.5) gebelerin yüksek hijyen düzeyine sahip olduğu ve gebelerin eğitim durumları ile hijyen düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.01$). Gebelerin yaş grubu ve çalışma durumları ile hijyen düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Yaş, Eğitim ve Çalışma Durumlarına Göre Hijyen Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=222)

Gebelerin yaş, eğitim ve çalışma durumları	Hijyen Düzeyleri						^a p	
	Düşük Düzeyde (n=23)		Orta Düzeyde (n=157)		Yüksek Düzeyde (n=42)			
	n	%	n	%	n	%		
Yaş Grupları	16-21 yaş	5	21,7	31	19,7	11	26,2	0,505
	22-27 yaş	6	26,1	68	43,3	19	45,2	
	28-33 yaş	7	30,5	39	24,9	9	21,5	
	34-41 yaş	5	21,7	19	12,1	3	7,1	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar/Okur-Yazar Değil	10	43,5	22	14,0	7	16,7	0,002**
	İlkokul/İlköğretim	13	56,5	112	71,3	25	59,5	
	Mezunu	-	-	23	14,7	10	23,8	
Çalışma Durumu	Lise/ Üniversite/ Lisansüstü	-	-	23	14,7	10	23,8	0,156
	Çalışıyor	-	-	6	3,8	4	9,5	
	Çalışmıyor	23	100	151	96,2	38	90,5	

^a Pearson Ki-kare Test ** $p<0,0$

Tablo 2’de gebelerin hijyen durumlarına göre eğitim düzeyleri karşılaştırılmış olup, eğitim düzeylerine göre banyo yapma sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı

farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Her gün banyo yapma oranı eğitim düzeyi “lise/üniversite” olan gebelerde yüksekken; haftada 2-3 kez banyo yapma oranı “ilkokul/ilköğretim”, haftada bir kez banyo yapma oranı ise “okuryazar/okuryazar olmayan” gebelerde yüksek saptanmıştır. Eğitim düzeylerine göre tuvalet öncesi ve sonrası el yıkama alışkanlıkları, perine temizliği ve çamaşır değişim sıklıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Ancak lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip gebelerin, diğer eğitim düzeylerindeki gebelere göre tuvalete girmeden önce daha yüksek oranda el yıkama alışkanlığına sahip oldukları görülmektedir. Perine tuvaletini önden arkaya doğru yapma oranı eğitim düzeyi “lise/üniversite” ve “ilkokul/ilköğretim” olanlarda yüksek saptanmış olup, perine tuvalet alışkanlıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Gebelerin eğitim düzeylerine göre çamaşır seçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p<0.05$), sentetik çamaşır kullanma oranı “okuryazar/okuryazar olmayan” gebelerde yüksekken; pamuklu çamaşır kullanma “ilkokul/ilköğretim” olanlarda yüksek saptanmıştır.

Tablo 2. Gebelerin Hijyen Uygulamalarına Göre Eğitim Düzeyleri (n=222)

Gebelerin Hijyen Uygulamaları	Eğitim Düzeyleri						^a p	
	Okur Yazar		İlkokul/İlköğretim		Lise/Üniversite			
	n	%	n	%	n	%		
Banyo yapma sıklığı	Her gün	6	15,4	12	8,0	8	24,2	0,002*
	Haftada 2-3 Kez	26	66,7	129	86	25	75,8	
	Haftada Bir Kez	7	17,9	9	6,0	-	-	
El yıkama	Tuvalet Öncesi ve Sonrası Yıkama	13	33,3	34	22,7	13	39,4	0,091
	Sadece Tuvalet Sonrası	26	66,7	116	77,3	20	60,6	
Perine tuvalet	Önden Arkaya Doğru	13	33,3	91	60,7	21	63,6	0,016*
	Arkadan Öne Doğru	10	25,7	31	20,7	6	18,2	
	Gelişigüzel	16	41,0	28	18,6	6	18,2	
Perine temizliği	Yalnız Su İle	14	35,9	80	53,4	21	63,6	0,104
	Su ve Sabun İle	22	56,4	65	43,3	12	36,4	
	Temizleyici Bir Madde İle	3	7,7	5	3,3	-	-	
Çamaşır değişimi	Günlük Değişim	9	23,0	44	29,3	14	42,4	0,364
	Her Banyodan Sonra	18	46,2	65	43,4	14	42,4	
	Haftada Bir/ Kirlendikçe	12	30,8	41	27,3	5	15,2	
Çamaşır seçimi	Sentetik Çamaşır	9	23,1	12	8,0	2	6,1	0,017*
	Pamuklu Çamaşır	28	71,8	136	90,7	29	87,8	
	Fark etmiyor	2	5,1	2	1,3	2	6,1	

^aPearson ki-kare test

* $p<0.05$

** $p<0.01$

Tablo 3'te gebelerin hijyenik uygulamaları ile tedaviyi tamamlama veya yarım bırakma durumlarına göre karşılaştırma yapılmış olup, sadece tedavisini tamamlayan gebelerin tuvalet

öncesi ve sonrasında el yıkama alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p<0.05$), banyo yapma sıklığı, perine tuvaleti alışkanlığı, perine temizliğinde kullanılan maddeler, iç çamaşır değiştirme sıklığı ve iç çamaşır seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 3. Gebelerin Tedavi Olma Durumlarına Göre Hijyenik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=222)

Gebelerin Hijyenik Durumları	Gebelerin Tedavi Olma Durumu				^a p	
	Hepsini Kullanmış (n:116)		Yarım Bırakmış (n:106)			
	n	%	n	%		
Banyo Yapma Sıklığı	Hergün	15	12,9	11	10,4	0,422
	Haftada 2-3 Kez	95	81,9	85	80,2	
	Haftada 1 Kez	6	5,2	10	9,4	
El Yıkama	Tuvalet Öncesi ve Sonrası	40	34,5	20	18,9	0,014*
	Sadece Tuvalet Sonrası	76	65,5	86	81,1	
Perine Tuvalet	Önden Arkaya Doğru	69	59,5	56	52,8	0,578
	Arkadan Öne Doğru	22	19	25	23,6	
	Gelişigüzel	25	21,6	25	23,6	
Perine Temizliği	Yalnız Su İle	64	55,2	51	48,1	0,465
	Su ve Sabun İle	49	42,2	50	47,2	
	Temizleyici Bir Madde İle	3	2,6	5	4,7	
Çamaşır Değişimi	Günlük Değişim	41	35,3	26	24,5	0,205
	Her Banyodan Sonra	46	39,7	51	48,1	
	Haftada Bir/ Kirlendikçe	29	25	29	27,4	
Çamaşır Seçimi	Sentetik Çamaşır	11	9,5	12	11,3	0,180
	Pamuklu Çamaşır	104	89,7	89	84	
	Fark etmiyor	1	0,9	5	4,7	

^aPearson ki-kare test

* $p<0.05$

Tartışma

Tanımlayıcı özelliklere ilişkin değerlendirmeler

Çalışma popülasyonumuz vajinal akıntısı olan gebelerden oluşmakta olup, yaş ortalaması $26,33\pm 5,45$ 'tir. Bu ortalama, doğurganlık çağındaki kadınların bebek sahibi olmayı tercih ettikleri en sık yaş aralığını ve vajinal akıntılar konusunda riskli grubu temsil etmektedir. Literatürde vajinada yer alan mikroorganizmaların sayılarının değişmesinin östrojen düzeyi ile bağlantılı olduğu, dolayısıyla gebelikte vajinit etkenlerinin hormonal değişikliğe bağlı olarak artış gösterdiği belirtilmiş olup ^(14, 15), çalışma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir. Ülkemizde yapılan son nüfus sağlık araştırmaları (TNSA-2028) bulgularına göre

15-49 yaş aralığındaki kadınlar için okuryazarlık seviyesinin %91 olduğu görülmektedir ⁽¹⁶⁾. Çalışmaya katılan gebelerin eğitim düzeyi değerlendirildiğinde çoğunluğun ilkokul veya ilköğretim mezunu (%67.6) olmakla beraber, hiç okula gitmemiş veya yarım bırakmış olan gebelerin oranı % 17.5'tir. Ülkemizde kentsel alanda kadın okuryazarlığı % 95 iken, kırsal alanda % 90 olarak seyretmektedir ⁽¹⁶⁾. Araştırma yaptığımız hastaneye daha çok kırsal kesimden göç gelen vatandaşların yoğunlukta olduğu düşünüldüğünde, kadınların eğitim düzeyi açısından düşük bir popülasyon oluşturduğu ve eğitim düzeylerine paralel olarak çalışan kadın oranının %4.5 olmasının beklenen bir durum olduğu söylenebilir. Düşük eğitim seviyesi ve gelir getiren bir işte çalışmama kadınların sosyoekonomik seviyelerini de etkilediğinden, tüm bu özellikler çalışmaya katılan gebeleri vajinal enfeksiyonlar açısından riskli duruma getirmektedir. Bununla birlikte literatürde bu özelliklerin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesi açısından belirleyici faktörler olduğu bildirilmiştir ⁽¹⁷⁾. Vajinal akıntı oluşumunda risk faktörleri arasında bulunan gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gravidası üç ve üzeri olanların (%47.8) çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ülkemizde kadınların eğitim durumu toplam canlı doğum sayısının anlamlı bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Kadınların eğitim seviyesi arttıkça sahip olmayı istedikleri çocuk sayısında düşüş gözlenmektedir. Ayrıca toplam doğurganlık hızı da (TDH) eğitim düzeyiyle ters orantılı olup, ülkemizdeki TDH 2.3 düzeyindedir ⁽¹⁶⁾. Bu veriler çalışma popülasyonumuzun eğitim seviyesinin düşük olmasının doğurganlık davranışlarını etkilediğini destekler niteliktedir. Bununla birlikte doğum sayısı arttıkça vajinal enfeksiyonların arttığı bildirilmiş olup, doğum sayısı ve vajinal enfeksiyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ⁽¹⁸⁾. Tüm bu yönleriyle çalışma grubumuzun vajinal enfeksiyonlar konusunda risk grubu olduğu aşikardır. Ancak diğer açıdan gebelik döneminde kadınların daha sık doktor kontrolüne gittikleri bilinmektedir. Özellikle gebelikteki izlem sayısı arttıkça vajinal akıntının azaldığı ve aralarında istatistik açıdan anlamlı fark olduğu belirtilmektedir ⁽¹⁹⁾. Bu bilgiler ışığında gebeler kontrol altında olsalar dahi, doğum öncesi bakım alma durumlarının nicelikten çok niteliksel açıdan iyileştirilmesinin gebelik sonuçlarına olumlu yansıtılabileceği düşünülmektedir. Literatürde genital enfeksiyonlara özellikle protein eksikliğine bağlı beslenme bozukluğunun zemin hazırladığı özellikle yüksek karbonhidrat ve şeker içeren diyet gibi bazı etkenlerin enfeksiyon sıklığını ve rekürrens riskini artırdığı bildirilmektedir ^(20, 21). Çalışmamızda rakamsal olarak gebelerin dengeli beslenme oranının (% 57.2) yüksek düzeyde olması sevindirici bir bulgudur ve genital enfeksiyona yetersiz veya dengesiz beslenmenin neden olmadığı söylenebilir.

Ancak aksi düşünülmediğinde katılımcıların düzenli ve dengeli beslenme konusundaki algıları net olarak değerlendirilemediğinden, genel ifade olarak ‘her şeyi yerim’ cevabı doğru kabul edildiğinden, bu oran yanıltıcı bir bulgu olarak da karşımıza çıkmış olabilir. Çalışmamızda gebelerin doğumdan önceki kilo ortalamasının 59,94±8,46 kg olduğu ve doğum sırasındaki kilo ortalamasının 73,27±9,40 kg olduğu görülmektedir. Kilo alımı gebelik döneminde beklenen bir durum olmakla birlikte, gebelik öncesi normal kilolu olan kadınların toplamda 11.5-16 kg almaları önerilmektedir ⁽²²⁾. Literatürde fazla kilolu olmanın vajinal akıntıyla açısından risk faktörü olduğu bildirilmiş olup ⁽²⁰⁾, çalışmamızdaki gebelerin bu yönden risk teşkil etmediği görülmektedir. Gebelerin son kullandıkları kontraseptif yöntem sorgulandığında; yarıya yakınının (%42.8) herhangi bir yöntem kullanmazken, geri çekme yöntemini (%33.3) kullananların diğer yöntemler arasında çoğunlukta olduğu görülmektedir. Özellikle hormonal içerikli kontraseptif kullanımının vajinal akıntı açısından risk oluşturduğu ⁽²⁾, oral kontraseptif ve rahim içi araçların vajinal kolonizasyona sebep olarak kandida enfeksiyonlarına zemin hazırladığı bildirilmiştir ^(23, 24). Çalışmamız hormonal açıdan risk teşkil etmese de geri çekme yönteminde hijyenik uygulamalara dikkat edilip edilmediği sorgulanmalıdır. Gebelerden modern yöntemle korunanlar arasında yüksek oranla RİA kullananlarda (%73.7) gebelik öncesinde vajinal akıntı görüldüğü tespit edilmiştir. Literatürde çalışma bulgularımızı destekler nitelikte RİA kullanımının genital yol enfeksiyonlarını artırdığına yönelik çeşitli bulgular mevcuttur ^(14, 24, 25). Zincir ve ark.’nın çalışmasında RİA’ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA takılmasının ve kadınlara genital hijyen eğitiminin verilmesinin vulvovajinal enfeksiyonların azaltılmasında önemli rol oynadığı belirtilmektedir ⁽²⁶⁾. Bu çalışmaya dayanarak doğru uygulama ve eğitim ile kontraseptiflerin olumsuz etkilerinin önüne geçilebileceği düşünülebilir. Bununla birlikte koitus sıklığı arttığında vajinal floranın bozularak enfeksiyonlara yatkınlığın arttığı bilinmektedir ⁽²⁰⁾. Çalışmamızda gebelik öncesi dönemdeki cinsel ilişki sıklıkları incelendiğinde; ağırlıklı olarak (%68.9) her gün/ haftada iki – beş kez cinsel birliktelik yaşadığı, %31.1’inin ise haftada bir kez/ daha az sıklıkla cinsel ilişkide bulunmaktadır. Kadınların seksüel yaşamlarının aktif olması yaş aralığı olarak reproduktif dönemde olmalarına bağlanabilir ancak vajinal akıntı için risk grubu tezine de katkı sağlamaktadır.

Gebelerin vajinal akıntı durumlarına ilişkin değerlendirmeler

Gebelerin vajinal akıntılarının başlama zamanı değerlendirildiğinde ilk ve ikinci trimesterde ki oranlarının biri birine yakın olduğu görülmüştür. Bu duruma gebelerin % 62.2’ sinin gebelik öncesi dönemde de zaten akıntı şikayetlerinin mevcut olması ve sadece %9.9’unun

tedavi görmüş olması neden olabilir. Pınar'ın çalışmasında (2009) doğum yapan kadınların %31.4'ünün son gebeliklerinde anormal vajinal akıntısı olduğu bildirilmiş olup, vajinal akıntı şikayeti ile daha önce geçirilmiş genital yol enfeksiyonu arasında anlamlı ilişki olduğu vurgulanmıştır ⁽¹⁹⁾. Bu durum enfeksiyonların etkin tedavi edilmediği durumlarda rekürrenslerin kaçınılmaz olduğunu görmek açısından iyi bir örnektir. Gebelerin vajinal akıntıya eşlik eden şikayetleri arasında sırasıyla kötü koku (%40.7), kaşıntı (%38.3), vajinal yanma (%10.1), kızarıklık (%8.1) ve ağrı (%2.8) olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada anormal vajinal akıntıya eşlik eden şikayetler arasında; (%29.8) kötü koku, (%23.9) kaşıntı, (%11.2) ağrı, %4.6 dizüri ve %2.5 kızarıklık bildirilmiş ⁽²⁾ olup, çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Çalışmamızda en sık tarif edilen akıntı sırasıyla süt kesigine benzer renkte (%48.2), ince gri-beyaz renkte (%38.3) ve yeşil-sarı ya da köpüklü akıntı (%13.5) şeklindedir. Akıntuların karakteristik özelliklerine göre gebelerin candida, bakteriyel vajinozis ve trikomona ile enfekte oldukları söylenebilir. Literatürde vajinal akıntuların yaygın olarak bakteriyel vajinozis, candida ve trikomona enfeksiyonundan kaynaklandığı bildirerek ⁽¹⁾ bulgularımızı desteklemektedir. Ghaddar ve ark. (2020) son trimesterde alınan vajinal numunelerde gebelerin %39'unda candida enfeksiyonu tespit edildiğini ⁽¹³⁾ bildirerek, çalışmamızla benzer bir sonuç ortaya koymuşlardır. Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğunun (%86) vajinal akıntı başladıktan bir süre sonra doktora başvurduğu ve neredeyse yarısının (%47.7) verilen tedaviyi tamamlamadığı görülmüştür. Literatürde vajinal enfeksiyon semptomları ile hekime başvuran kadınlara sadece medikal tedavinin başlanması ile sınırlı kalındığı, tedavi bittikten sonra semptomların geriye döndüğü ⁽¹²⁾ bildirilmiştir. Brezilyada yapılan bir çalışmada ise gebelikte vajinal akıntısı olan kadınların %11'inin önceki bir gebelikte patolojik vajinal akıntı bulgusu olduğu ve kadınların sadece %53'üne semptom tedavisi uygulandığı ⁽²⁷⁾ bildirilmiştir. Özcan ve ark.'nın (2020) çalışmasında; vajinal akıntı şikayeti olan kadınların yarısından fazlası (%60.2) doktora başvuru yapmış, %26.6'sı kendiliğinden geçmesini beklemiş, %13.9'u ise geleneksel yöntemler kullanmıştır ⁽²⁾. Tüm bu bulgular ve çalışma sonuçlarımız gebelerin vajinal akıntılar konusunda tedavi olma eğiliminin yetersiz olduğunu ya da enfeksiyona yönelik olarak sağlık çalışanlarından bütüncül destek alamadıklarını düşündürmektedir. Çalışmanın örneklem seçim kriterleri gereği olarak doktor tarafından medikal tedavi başlanmış gebeler araştırmaya dahil edilmiş olup, sorunun halen devam etmesinden dolayı tek başına verilen medikal tedavinin yeterli olmadığını, medikal tedavinin başlanması kadar düzenli kullanımı, nasıl uygulandığı ve kim tarafından hangi kanıta dayalı olarak başlandığı gibi detayların sorunun devamını etkileyen faktörler olduğu

düşünülmektedir. Ayrıca geleneksel uygulamaların yaygın olduğu ülkemizde, ilaç kullanımının faydalarını etkileyebilecek çok çeşitli uygulamaların enfeksiyonun seyrini değiştirdiği ya da oluşumuna zemin hazırladığı söylenebilir. Özcan'ın çalışmasında (2020) kadınların geleneksel olarak vajinal akıntıyı gidermek için soğan, maydanoz, ısırganın kaynatılarak içilmesi, vajinaya pamuk ya da bez yerleştirilmesi, bitkisel çayların içilmesi, vajinaya sarımsak yerleştirilmesi gibi uygulamalarda bulduklarını ifade edilmiştir ⁽²⁾. Bu konuda sahada hasta ile yakın ilişki içerisinde bulunan hemşire profesyonellerin etkisi, sonuç üzerinde pozitif etki yaratabilir. Diğer yandan, literatürde durumun parasal ve sosyal maliyetleri göz önüne alınıp, klinisyenlerin tanıyı kesinleştirmek için gerekli olan yöntemleri kullanıp doğru ve etkin tedavi vermek için çaba göstermeleri konusunda vurgu yapılmaktadır ⁽²⁸⁾. Ülkemizde jinekolojik şikâyetler gibi mahremiyetin önemli olduğu durumlarda kadınların öncelikle Aile Sağlığı Merkezlerini tercih ettikleri bilinmektedir. “Vajinal Akıntı Tanılama Formu Kullanılarak Konulan Tanıların Uyum Analizi” isimli çalışmada laboratuvar tetkiki yapma imkânı kısıtlı olan bölgelerde özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe/ hemşirelerin laboratuvar analizlerine çok gereksinim duymadan Vajinal Akıntı Tanılama Formu (VATF) ve beraberinde spekulum muayenesi ile akıntı şikâyeti ile gelen kadınların tanılarını güvenle koyabilecekleri gösterilmiş olup ⁽²⁹⁾, hemşirelerin üreme sağlığı hizmeti kapsamında vajinal akıntı ve diğer enfeksiyonların nedenini, korunma yollarını ve enfeksiyonla baş etme yollarını bilmeleri ve diğer kadınlara öğretmeleri literatürde vurgulanmıştır ⁽²¹⁾. Çalışmamızda gebelerin tümü vajinal akıntı tedavisi görmüş olmasına karşın, şikâyetlerinin devam etmektedir. Gebelere bu durumun nedenlerine yönelik düşünceleri sorulduğunda; verilen tedaviyi doğru kullanmama (%27.9), yetersiz hijyen (%37.4) ve eşinde akıntı olması (%30.2) gibi durumlar ifade etmişlerdir. Oysa ki daha önce gebelerin sadece %1.8'i eşinde akıntı olduğunu ifade etmiştir. Çalışma bulgularında ortaya çıkan bu tezat sonucun mahremiyet kaygısı veya mevcut kültürel algı bariyeri nedeni ile gerçeği yansıtmadığı ya da eksik bilgilendirme yapıldığı düşünülmektedir. Ayrıca verilen tedaviyi doğru uygulamama, yetersiz hijyen, gebelerin çoğunlukla (%64.9) akıntı tedavi edilmezse daha büyük problemler yaşayacağını düşünmesi, bir kısmının (%27.9) bebeğinin zarar göreceğini düşünmesi gibi konular, gebelerin bir sebepten dolayı vajinal akıntıyı bir problem olarak gördüğünü ve önemsemediğini göstermektedir. Ancak düşünce olarak ifade edilen bu durumun, tedavisi konusunda istikrar sağlanamaması sağlık sisteminin de sorumlu tutulması gereken düşündürücü bir olgudur. Gebelerin hijyene yönelik uygulamaları değerlendirildiğinde; yarıdan fazlasının doğru taharetlenme örneği (önden arkaya) sergilediği

görülmektedir. Benzer bir şekilde Akar ve ark.'nın (2020) çalışmasında da kadınların yarıya yakını önden arkaya doğru taharetlenmesine karşın vajinal akıntıları olduğu bildirilmiştir. Tuvalet hijyeni konusunda taharetlenme şekli kadar temizlik sırasında kullanılan ajanlarında etkili olduğu hatta temizlik sonrası kurulanmanın enfeksiyon riskini azalttığı bildirildiğinden⁽³⁰⁾, çalışmamız açısından suyun yanında temizleyici bir madde kullanımının vajen pH'sı üzerinde olumsuz etki yarattığı söylenebilir. Gebelerin genel hijyen alışkanlıklarını belirlemek için, genital yol enfeksiyonlarının belirleyicileri arasında olan banyo yapma sıklığı, el yıkama, perine hijyeni ve çamaşır tercihi gibi durumlar değerlendirilmiş olup, hijyen puanı ortalamalarının (% 70.7) orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durum hijyenik uygulamalara verdikleri önemin yetersiz olduğunun göstergesi olabilir. Kadınların vajinal akıntıyı algılama durumlarını konu alan bir çalışmada kadınların %28.9'u arkadan öne doğru tuvalet temizliğini yaptığı, %32.6'sının sentetik çamaşır tercih ettiği ve %46.9'unun çamaşır değiştirme sıklığına dikkat etmediği ve genel hijyenik uygulamaların çalışmamıza benzer olarak yetersiz olduğu bildirilmiştir⁽²⁾.

Gebelerin bağımsız değişkenlerine ait özelliklerinin tartışılması

Çalışmamızda ilkokul ya da ilköğretim mezunu olan (%59.5) gebelerin yüksek hijyen düzeyine sahip oldukları görülmüş ve gebelerin hijyen düzeylerine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Koştu ve ark.'nın (2009) çalışmasında, eğitim düzeyi lise ya da üniversite olanların üreme sağlığını korumaya yönelik davranışlarının daha yüksek bulunduğu ve üreme sağlığını koruyucu tutumları ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin anlamlı bulunduğu ortaya koyulmuştur⁽³¹⁾. Ancak bizim çalışmamızda örneklem grubunun genç, eğitim seviyesi temel eğitim ile sınırlı ve çalışmayan kesimin çoğunlukta olması sebebi ile karşılaştırma sonuçlarının etkilenebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda gebelerin banyo yapma sıklıkları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Her gün banyo yapma oranı eğitim düzeyi "lise veya üniversite" olan gebelerde yüksek saptanmıştır. Çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan, çalışan ve sosyal güvencesi olan kadınların genital hijyen uygulamalarının daha iyi olduğu bildirilmiştir^(31, 32). Eğitim düzeyi önemli bir belirleyici olmakla beraber her ne kadar eğitim seviyesi düşük olsa dahi gebelere antenatal dönemde verilecek eğitim ile tedavi ve uygulamalar açısından farkındalık yaratılıp doğru sonuçlar alınarak etki sağlanabilir. Gebelerin perine tuvaleti alışkanlıklarını değerlendirdiğimizde önden arkaya doğru temizleme oranı eğitim düzeyi "lise/üniversite" ve "ilkokul/ilköğretim" olanlarda birbirine yakın olup, yapılan analizde eğitim düzeylerine göre

gebelerin perine tuvalet alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Taharetlenmenin yaş ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediği inceleyen bir çalışmada, kadınlarda yaş arttıkça, eğitim düzeyi düştükçe yanlış taharetlenmenin arttığı, ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur ⁽²⁹⁾. Çalışmamız da eğitimin hijyene yönelik olumlu davranış sergilemede önemli bir etken olduğunu desteklemektedir. Gebelerin kullandıkları iç çamaşırların niteliklerine göre seçimleri değerlendirildiğinde, pamuklu çamaşır kullanma oranı “ilkokul/ilköğretim” olanlarda yüksek bulunmuş olup, eğitim düzeylerine göre gebelerin çamaşır seçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kullanılan iç çamaşırının türü, temizliği ve değiştirme sıklığının genital yol enfeksiyonuna yakalanma riskini çoğaltabileceği bilinmektedir. Literatürde sentetik iç çamaşır kullanımının nemi artırarak enfeksiyona yakınlığı artırdığı bildirilmiştir ⁽³³⁾. Bulgularımıza göre gebelerin çamaşır seçimi konusunda istendik davranışı sergilemeleri olumlu bir sonuç olmakla birlikte çamaşır değiştirme sıklığı, kurulanma durumu, ara bezi kullanımı ve akıntıya yönelik geleneksel uygulamalar yapmak gibi çeşitli faktörlerin bulguları etkileyebileceği söylenebilir. Gebelerin tedavi olma durumlarına göre hijyenik özelliklerinin değerlendirmeleri incelendiğinde; gebelerin tuvalet öncesi ve sonrası el yıkama alışkanlıkları ile tedavi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Tedaviyi tamamlamış gebelerde tuvalet öncesi ve sonrası el yıkama oranı yüksekken, tedaviyi yarım bırakmış gebelerde sadece tuvalet sonrası el yıkama oranı yüksek saptanmıştır. Bu sonuca dayanarak medikal tedaviye önem verenlerin aynı zamanda hijyene de daha fazla önem vermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; kadınların gebelik öncesi dönemde var olan akıntılarının tedavi ve hijyenik uygulamalar nedeniyle gebelik döneminde de devam ettiği, medikal tedavinin çoğu kez yarım bırakıldığı, tedaviye başlamada gecikildiği, tedaviye başlansa dahi çeşitli nedenlerle uyumda sıkıntı çekildiği, bunun yanında kadınların hijyenik uygulamalar konusunda kişisel eğitimleri ile orantılı olarak istenilen davranışlar sergiledikleri ve akıntılar konusunda eğitimlerinin yetersiz kaldığı görülmektedir. Çalışma bulgularımız gebelik döneminde sadece gebeliğe özgü izlemlerin yanı sıra jinekolojik enfeksiyonlara neden olan durumların önlenmesinde önemli bir bulgu olan vajinal akıntının tanımlanması, patolojik durumların ayırt edilebilmesi, önerilen tetkik ve tedavilere uyum gösterilebilmesi, yanlış hijyenik alışkanlıkların ortaya çıkarılıp doğru uygulamaların tanımlanması ve doğum sonu dönemde izlenmesi için hemşirelerin eğitici ve takip edici rolünü bir kez daha ortaya

koymuştur. Özellikle kadınların mahrem saydığı jinekolojik sorunların belirlenmesi ve çözümünde etkili olan ebe ve hemşirelerin gebelik döneminde sağlık eğitimi rolünü üstlenmeleri ve etkili tanı, izlem ve tedavi sürecini desteklemeleri, kişisel hijyenik uygulamalar gibi hastalığın ve tedavinin seyrini etkileyebilecek tüm ayrıntılar için verdikleri bakımın etkinliğini ölçmeleri, kadın üreme ve cinsel sağlık sorunlarının sadece gebelik döneminde kalmayıp kadın yaşam dönemlerinin tümünü kapsayacak şekilde planlama yapılması önerilir.

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

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Yazar katkıları: Çalışma tasarımı (SGD, NK), Veri Toplama (SGD) , Veri Analizi (SGD, NK), Veri Yorumlama (SGD, NK), Literatür Taraması (SGD, NK), Şekil ve Tabloların Oluşturulması (SGD, NK), Makalenin Yazılması (SGD, NK), Makaleye Son Şeklin Verilmesi (SGD, NK), Başvuru Öncesi Son Kontrol (SGD, NK).

Kaynaklar

1. Sivaranjini R, Jaisankar T, Thappa DM, Kumari R, Chandrasekhar L, Malathi M, et al. Spectrum of vaginal discharge in a tertiary care setting. Trop Parasitol. 2013;3(2):135-139.
2. Özcan H, Sevgi A, Esen ÜG, Aslan N. Genç kadınların vajinal akıntıyı algılama durumu ve vajinal akıntıya yönelik geleneksel uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;9(3):272-279.
3. Özdemir S, Ortabağ T, Tosun B, Özdemir Ö, Bebiş H. Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin genital hijyen hakkındaki bilgi düzeylerinin ve davranışlarının değerlendirilmesi. Güllhane Tıp Dergisi. 2012;54(2):120-128.
4. Türkmen S. Gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisi: İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
5. Gonçalves B, Ferreira C, Alves CT, Henriques M, Azeredo J, Silva S. Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. Critical reviews in microbiology. 2016;42(6):905-927.
6. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği: Akademisyen Kitabevi; 2019.
7. Altınbaş R. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi: Vajinal Enfeksiyonlara Yaklaşım Akademisyen Kitabevi; 2019.

8. Rao VL, Mahmood T. Vaginal discharge. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2020;30(1):11-18.
9. Wadile RG, Bhate VM. Study of clinical spectrum and risk factors of neonatal candidemia. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 2015;58(4):472.
10. Filippidi A, Galanakis E, Maraki S, Galani I, Drogari-Apiranthitou M, Kalmanti M, et al. The effect of maternal flora on *Candida* colonisation in the neonate. *Mycoses*. 2014;57(1):43-48.
11. Leibovitz E. Strategies for the prevention of neonatal candidiasis. *Pediatrics & Neonatology*. 2012;53(2):83-89.
12. Nelson DB. Treatment and management of bacterial vaginosis in pregnancy: current and future perspectives. *Women's Health*. 2006;2(2):267-277.
13. Ghaddar N, Anastasiadis E, Halimeh R, Ghaddar A, Dhar R, AlFouzan W, et al. Prevalence and antifungal susceptibility of *Candida albicans* causing vaginal discharge among pregnant women in Lebanon. *BMC infectious diseases*. 2020;20(1):1-9.
14. Topçu A, Söyletir G, Doğanay M. İnfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi, Cilt-2. Nobel Tıp Kitabevi İstanbul. 2002:1555-1582.
15. Fortner K, Szymanski L, Fox H, Willach E. Johns Hopkins jinekoloji ve obstetri el kitabı. Oral E (Çeviren). 2008;3:294-299.
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2018.
17. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(6).
18. Hacıoğlu N, Nazik E, Kılıç M. A descriptive study of douching practices in Turkish women. *International journal of nursing practice*. 2009;15(2):57-64.
19. Pınar T, Çakmak ZA, Saygun M, Pınar G, Ulu N. Gebelikte anormal vajinal akıntı üzerine etkili risk faktörleri. 2009.
20. Rahman S. Elazığ Sara Hatun Kadın Doğum Hastanesi polikliniklerine genital akıntı nedeniyle başvuran kadınlarda sık görülen bazı genital yol enfeksiyonları ve etkileyen faktörler/Some frequent genital tract infections and related factors in women who admitted to elazığ Sara Hatun Obstetric and Gynecology Hospital with the complaint of vaginal discharge. 2008.
21. Ardahan M, Bay L. Hemşirelik Yüksek Okulu 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin vajinal akıntı ve bireysel hijyen hakkındaki bilgi düzeyleri. *Ege Tıp Dergisi*. 2009;48(1):33-43.

22. Gilmore LA, Redman LM. Weight gain in pregnancy and application of the 2009 IOM guidelines: toward a uniform approach. *Obesity*. 2015;23(3):507-511.
23. Duran N, Çulha G, Çetin M, Zeteroğlu Ş, Güngören A, Hakverdi AU. Genital enfeksiyon şüphesi olan adölesan ve yetişkin kadınlarda enfeksiyon etkenleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2005;3(2):13-19.
24. Karaer A, Boylu M, Avsar A. Vaginitis in Turkish women: symptoms, epidemiologic–microbiologic association. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2005;121(2):211-215.
25. Tamer GS, Özcan SK, Yücesoy G, Gacar G. Doğum kontrol yöntemleri ile Trichomonas arasındaki ilişki. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*. 2009;33(4):266-269.
26. Zincir H, Bayık Temel A. RİA’ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulanması, Genital Hijyen Eğitimi ve Vulvovajinal Enfeksiyonlarının Görülme İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;19:60-67.
27. Fonseca TM, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Schmidt EB. Pathological vaginal discharge among pregnant women: pattern of occurrence and association in a population-based survey. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013;2013.
28. Nyirjesy P, Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2003;30(4):671-684.
29. Aytaç A. Kadınlarda üreme sağlığı davranışlarının ve geliştirilen vajinal akıntı tanılama formu (VATF) ile konulan tanı sonucunun değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
30. Akar ÇBY. Bir Aile Sağlığı Merkezi’ne Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevalansı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Ebelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;3(2):100-114.
31. Koştü N, Taşçı K. 15-49 Yaş Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2009;12(1):91-97.
32. Yağmur Y. Malatya ili Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. 2007.
33. Kalkancı A, Çiftçi B, Aydan B, Kuştimur S, Güner H. Vajinit öntanısı almış olgularda vajinal kültür sonuçlarının etkenlerine göre dağılımı. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005;15(3):137-139.



Geliş Tarihi (Received): 23.11.2022

Kabul Tarihi (Accepted): 03.03.2023

Araştırma Makalesi / Research Article

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin İşsizliğe Karşı Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi

Determining the Level of Anxiety and Hopelessness Against Unemployment of Faculty of Health Sciences Students

Canan DEMİR BARUTCU¹

¹ Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, 15100 Burdur, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Canan DEMİR BARUTCU; canandemir2209@gmail.com

Alıntı (Cite): Demir Barutcu, C. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin İşsizliğe Karşı Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi. YBH Dergisi. 2023;3(1): 56-93

Özet:

Amaç: Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin işsizliğe karşı kaygı ve umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve korelasyonel nitelikte olan araştırma sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik ve acil yardım ve afet yönetimi bölümünde eğitim gören 322 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler, İşsizlik Kaygısı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.93 ± 1.50 yıl olarak saptanmıştır. Öğrencilerin, %67.1'i kadın, %29.8'i 4.sınıf, %63.7'si acil yardım ve afet yönetimi öğrencisidir. Öğrencilerin İşsizlik Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması 3.11 ± 0.61 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise 8.41 ± 5.22 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin işsizlik kaygısı ve umutsuzluk düzey puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin İşsizlik Kaygısı Ölçeği toplam puanı ile Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.579$, $p=0.000$).

Sonuç: Öğrencilerin işsizlik kaygısı ve umutsuzluk düzey puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin işsizlik kaygısı arttıkça umutsuzluk düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İşsizlik kaygısı; umutsuzluk; öğrenci

Abstract:

Aim: This study was conducted to determine the level of anxiety and hopelessness against unemployment of the students of the faculty of health sciences.

Methods: Descriptive and correlational study was conducted with 322 students. Data were collected using the Anxiety Inventory and Beck Hopelessness Scale.

Results: The mean age of the study participants were 20.93 ± 1.50 years. Of the students, 67.1% are women, 29.8% are 4th-grade students, and 63.7% are emergency aid and disaster management students. The average score of the students on the Unemployment Anxiety Scale was found to be 3.11 ± 0.61 . The average score of the students from the Hopelessness Scale was found to be 8.41 ± 5.22 . It was determined that the unemployment anxiety and hopelessness levels of the students were lower than the average. It was determined that there was a positive, strong and significant relationship between the students' Unemployment Anxiety Scale total score and the Hopelessness Scale total score average ($r=0.579$, $p=0.000$).

Conclusion: It was determined that the unemployment anxiety and hopelessness level average of the students was lower than the average. It was determined that as the unemployment anxiety of the students increased, their hopelessness levels increased.

Key Words: Unemployment anxiety; hopelessness; student

Giriş

Genç popülasyonun işsizliği dünyanın en büyük sorunlarından biridir. Gençlerin işsizlik kaygısı üniversite yaşamıyla birlikte başlamaktadır. Eğitim aldıkları alanlarda istihdamın azalması, üniversite sayısının ve buna bağlı mezun sayısının artması öğrencilerin kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. ⁽¹⁾ İşsizlik, iş aramasına rağmen iş bulamayanlar ile mevcut işleri varken farklı sebeplerle işinden ayrılmak zorunda kalanların ortaya çıkardığı sosyoekonomik bir sorundur. İşsizlik, toplumun en dinamik ve verimli grubu olan gençleri biyopsikososyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilemektedir. Gençlerin işgücü piyasası içinde yer alamamaları tüm hayatlarını etkileyen sorunlara neden olmaktadır. İşsizlik kaygısı insanların biyopsikososyal açıdan sağlıklarının bozulmasına, korku, ümitsizlik, mutsuzluk, kendini değersiz görme gibi fiziksel ve ruhsal problemlere de yol açmaktadır. ⁽²⁻⁴⁾

Üniversite mezunu işsizlik oranının, üniversite eğitime devam eden gençlerde işsizlik kaygısı yarattığı bulunmuştur. Öğrencilerin işsizlik kaygılarını azaltmak için psikolojik destek sağlama çalışmalarının yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu süreç öğrencilerde mezuniyet sonrası işsizlik kaygısı ve geleceğe yönelik umutsuzluk yaratmaktadır. ⁽⁵⁾ Umutsuzluk; Bir olay karşısında beklentilerin gerçekleşmediği, sorunların çözümsüz kaldığı, kişinin ulaşmak istediği hedeflere ulaşamadığını düşündüğü durumları ifade etmektedir. ⁽²⁾

Türk Dil Kurumu ise umutsuzluk kelimesini “Umutsuz olma durumu, ümitsizlik” olarak tanımlamaktadır. ⁽⁶⁾ Sağlık eğitimi veren okullarda öğrenci kontenjanlarının artması ve işe alımların azalması öğrencilerin iş bulma kaygısını ve umutsuzluk düzeylerini artırmaktadır. ⁽⁷⁾ Bu çalışmanın amacı, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin işsizliğe karşı kaygı ve umutsuzluk düzeyini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Araştırma sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin işsizliğe karşı kaygı ve umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi amacıyla analitik kesitsel olarak yapılmıştır.

Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde 2019-2020 eğitim öğretim yılı güz döneminde eğitim gören hemşirelik ve acil ve afet yönetimi öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü 346 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 24 öğrenci anket maddelerini tamamlamadığı için örnekleme alınmamıştır. Araştırma toplam 322 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından sınıf ortamında toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel bilgi formu

Kişisel bilgi formu; öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, bölüm, ekonomik durum, meslek seçimine karar verme durumu, mesleği önerme durumu, bölümü isteyerek seçme durumu, mesleğe yönelik düşünceleri olmak üzere toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

Beck umutsuzluk ölçeği

Çalışmada Beck ve arkadaşları tarafından (1974) ⁽⁸⁾ geliştirilen Durak (1994) ⁽⁹⁾ tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ile Türkçeye uyarlanan ölçek kullanılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. sorulardaki her 'Hayır' yanıtına; geri kalan sorulardaki her 'Evet' yanıtına birer puan verilir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-20 arasında değişmekte, alınan puanın yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir. Durak (1994) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. ⁽⁹⁾ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

İşsizlik kaygısı ölçeği

Çalışmada Ersoy ve Erdost (2008)⁽¹⁰⁾ tarafından geliştirilen İşsizlik Kaygısı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek “Ekonomideki İstihdam Zorlukları” dokuz madde, “Çevresel ve Sosyal Baskı” sekiz madde, Kişisel Karamsarlık ve Özgüven Eksikliği” beş madde ve “Niteliksel Olarak Bilgi ve Beceri Eksikliği” dört madde olmak üzere toplam dört alt boyut ve 26 madde, beşli likert tipten oluşmaktadır. Orijinal çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.90 olarak saptanmıştır. ⁽¹⁰⁾ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapan yazarlardan, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından (Sayı:93972780-044) ve Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (GO 2019/65) yazılı izin alınmıştır. Öğrencilere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrencilerden sözel izin alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun davranılmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Veriler; sayı, yüzde dağılımları, Pearson korelasyon, Student t-testi, Oneway Anova ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın verilerinin tek bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinden toplanması nedeniyle tüm öğrencilere genellenememesi araştırmanın sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.93 ± 1.50 yıl olarak saptanmıştır. Öğrencilerin, %67.1'i kadın, %29.8'i 4.sınıf, %63.7'si acil yardım ve afet yönetimi öğrencisidir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %75.8'inin ekonomik durumunun orta düzey olduğu, %76.1'inin mesleğini kendi seçtiği, %51.6'sının mesleği başkalarına önerdiği, %62.1'inin bölümünü isteyerek seçtiği, %77'sinin mesleğini sevdiği bulunmuştur.

Tablo 1. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygısı ve Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları (n=322)

Ölçekler	Min-max puan	X ± SS*
İşsizlik Kaygısı Ölçeği Alt Boyutları	Ekonomideki İstihdam Zorlukları	1.44-5 3.39±0.73
	Çevresel ve Sosyal Baskı	1-5 3.06±0.82
	Kişisel Karamsarlık ve Özgüven Eksikliği	1.20-5 2.92±0.62
	Niteliksel Olarak Bilgi ve Beceri Eksikliği	1-5 2.78±0.82
	Toplam Ölçek Puanı	1.38-4.65 3.11±0.61
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Toplam Ölçek Puanı	0-20 8.41±5.22

*X ± SS: Ortalama ± standart sapma

Öğrencilerin İşsizlik Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması 3.11 ± 0.61 olarak bulunmuştur. İşsizlik Kaygısı Ölçeğinin alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; “Ekonomideki İstihdam Zorlukları” 3.39 ± 0.73 “Çevresel ve Sosyal Baskı” 3.06 ± 0.82 , “Kişisel Karamsarlık ve Özgüven Eksikliği” 2.92 ± 0.62 , “Niteliksel Olarak Bilgi ve Beceri Eksikliği” 2.78 ± 0.82 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise 8.41 ± 5.22 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygısı ve Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	İşsizlik Kaygısı Ölçeği					Umutsuzluk Ölçeği	
		Ekonomideki İstihdam Zorlukları	Çevresel ve Sosyal Baskı	Kişisel Karamsarlık ve Özgüven Eksikliği	Niteliksel Olarak Bilgi ve Beceri Eksikliği	Toplam Puan	Toplam Puan
	n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet							
Kadın	216	3.42±0.72	3.12±0.80	2.87±0.61	2.76±0.81	3.12±0.61	8.29±5.05
Erkek	106	3.34±0.74	2.94±0.83	3.02±0.62	2.82±0.85	3.08±0.62	8.66±5.57
İstatistiksel Analiz	t**	0.988	1.806	-1.990	-0.603	0.632	-0.594
	p	0.324	0.072	0.047*	0.547	0.528	0.553
Sınıf							
1.sınıf	63	3.41±0.72	3.26±0.76	3.06±0.64	3.02±0.71	3.24±0.57	9.80±5.39
2.sınıf	87	3.13±0.67	2.69±0.65	2.67±0.50	2.56±0.76	2.82±0.51	6.56±4.59
3.sınıf	76	3.50±0.71	3.24±0.90	2.99±0.66	2.96±0.96	3.24±0.68	9.02±5.45
4.sınıf	96	3.54±0.74	3.13±0.81	3.00±0.61	2.70±0.78	3.18±0.59	8.68±5.08
İstatistiksel Analiz	F***	6.001	9.176	7.208	5.614	9.693	5.819
	p	0.001*	0.000*	0.000*	0.001*	0.000*	0.000*
Bölüm							
Hemşirelik	117	3.06±0.65	2.79±0.72	2.70±0.57	2.66±0.74	2.84±0.55	7.67±4.87
Acil yardım ve afet yönetimi	205	3.59±0.70	3.22±0.83	3.05±0.61	2.85±0.86	3.26±0.60	8.83±5.38
İstatistiksel Analiz	t**	-6.658	-4.671	-4.996	-2.065	-6.076	-1.974
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.040*	0.000*	0.049*
Ekonomik Durumu							
Gelir giderden az	57	3.64±0.74	3.31±0.74	3.06±0.56	3.03±0.85	3.33±0.57	10.84±5.02
Gelir gidere eşit	244	3.36±0.72	3.02±0.83	2.89±0.64	2.74±0.80	3.07±0.62	7.90±5.18
Gelir giderden fazla	21	3.11±0.59	2.89±0.82	2.85±0.46	2.61±0.90	2.92±0.57	7.66±4.52
İstatistiksel Analiz	KW****	10.356	5.257	4.712	5.100	8.090	15.146
	*	0.006*	0.072*	0.095	0.078	0.018*	0.001*
	p						
Meslek Seçimine Karar Verme							
Kendi isteği	245	3.40±0.74	3.01±0.81	2.89±0.61	2.71±0.80	3.08±0.61	7.91±5.19
Aile isteği	77	3.37±0.70	3.21±0.81	3.02±0.61	3.03±0.85	3.20±0.62	9.98±5.03
İstatistiksel Analiz	t**	0.390	-1.890	-1.687	-3.003	-1.548	-3.069
	p	0.697	0.060	0.093	0.003*	0.123	0.002*
Mesleği başkalarına önerme							
Evet	166	3.24±0.71	2.86±0.78	2.79±0.60	2.62±0.77	2.94±0.60	6.91±4.98
Hayır	156	3.56±0.71	3.27±0.80	3.06±0.61	2.95±0.85	3.28±0.58	10.00±5.02
İstatistiksel Analiz	t**	-4.117	-4.590	-3.879	-3.605	-5.117	-5.543
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Bölümü isteyerek seçme							
Evet	200	3.30±0.70	2.91±0.81	2.81±0.59	2.64±0.79	2.99±0.59	7.34±5.02
Hayır	122	3.54±0.74	3.31±0.77	3.10±0.61	3.02±0.83	3.30±0.60	10.17±5.09
İstatistiksel Analiz	t**	-2.849	-4.332	-4.250	-4.096	-4.642	-4.881
	p	0.005*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Mesleği sevme durumu							
Evet	248	3.37±0.72	3.00±0.79	2.89±0.62	2.66±0.80	3.05±0.60	7.91±5.20
Hayır	74	3.48±0.75	3.27±0.87	3.03±0.61	3.19±0.78	3.28±0.63	10.08±4.98
İstatistiksel Analiz	t**	-1.149	-2.568	-1.705	-4.956	-2.855	-3.172
	p	0.252	0.011*	0.089	0.000*	0.005*	0.002*

*p<0.05, **Student t-testi, ***Oneway Anova, ****Kruskal Wallis test

Tablo 2’de sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin İşsizlik Kaygısı Ölçeği ve Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının bireysel özelliklere göre karşılaştırılması yer almaktadır. Öğrencilerin cinsiyete göre İşsizlik Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamalarında kadın öğrencilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Cinsiyete göre öğrencilerin İşsizlik Kaygısı Ölçeği ‘‘kişisel karamsarlık ve özgüven eksikliği’’ alt boyutu değerlendirildiğinde kız öğrenciler ile erkek öğrenciler arasındaki farkın anlamlı olduğu, erkek öğrencilerin ‘‘kişisel karamsarlık ve özgüven eksikliği’’ alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Öğrencilerin sınıf bazında işsizlik kaygısı alt boyut puan ortalamaları ve toplam boyut ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin eğitim gördükleri bölüme göre İşsizlik Kaygısı Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarında acil yardım ve afet yönetimi öğrencilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra ekonomik duruma göre bakıldığında işsizlik kaygısı ekonomik durumu kötü olan grupta yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 2). Aile isteği ile mesleği seçen gruptaki öğrencilerin işsizlik kaygısının yüksek olduğu ve ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin işsizlik kaygı ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları mesleği başkalarına önerme açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bölümü isteyerek seçmeyen ve sevemeyen öğrencilerin işsizlik kaygı puanının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 2).

Öğrencilerin cinsiyete göre umutsuzluk puan ortalamaları arasında, erkek öğrencilerin daha umutsuz oldukları ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Sınıf bazında karşılaştırıldığında en umutsuz öğrencilerin 1. Sınıf öğrencileri olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bölüm bazında acil yardım ve afet yönetimi

öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumu kötü olan öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Ailesinin isteği ile mesleği seçen, mesleğine başkalarına önermeyen, mesleği isteyerek seçmeyen ve sevmeyen öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygısı ve Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	İşsizlik Kaygısı Ölçeği Toplam Puan		İşsizlik Kaygısı Ölçeği Alt Boyutları							
	r	p	Ekonomideki İstihdam Zorlukları		Çevresel ve Sosyal Baskı		Kişisel Karamsarlık ve Özgüven Eksikliği		Niteliksel Olarak Bilgi ve Beceri Eksikliği	
Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puan	0.579	0.000*	0.416	0.000*	0.512	0.000*	0.547	0.000*	0.455	0.000*

* $p < 0.01$

Öğrencilerin İşsizlik Kaygısı Ölçeği ile Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.579$, $p=0.000$). Öğrencilerin İşsizlik Kaygısı Ölçeği alt boyutları ile Umutsuzluk Ölçeği karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Tartışma

Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin işsizlik kaygısı ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucuna göre öğrencilerin işsizlik kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin İşsizlik Kaygısı Ölçeği ile Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bireysel özelliklere göre cinsiyet değişkeni açısından, kız öğrencilerin işsizlik kaygı ölçeğinden aldığı puan erkek öğrencilerinin aldığı puana kıyasla daha yüksek bulunmuştur ancak toplam puan ortalamalarında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlar elde edilmiştir.^{1, 11} Cinsiyet değişkeninin çalışmamızın örneklem grubu üzerinde umutsuzluk ve işsizlik kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir fark ortaya çıkarmamış olması, sağlık sektöründeki istihdamın cinsiyet ayrımının olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sınıf düzeyine göre öğrencilerin kaygı puan ortalamaları değişmektedir. Birinci sınıf öğrencilerinin kaygı puanı, dördüncü sınıf öğrencilerinin kaygı puanından yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi; üniversite hayatına başlama, değişen arkadaş çevresi, aileden ayrılma gibi nedenler olabilir. Öğrencilerin okuduğu bölüm bazında değerlendirildiğinde acil yardım ve afet yönetimi bölüm öğrencilerinin işsizlik kaygı puanlarının tüm alt boyutlarda ve toplam puan bazında yüksek olmasının ve aradaki farkın anlamlı olmasının nedeni Sağlık Bakanlığı tarafından iş tanımının ve atamasının olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ekonomik durum değişkeninin öğrencilerin işsizlik kaygısını etkilediği saptanmıştır. Ekonomik durumu kötü olan öğrencilerin işsizlik kaygısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmada düşük sosyoekonomik durumun işsizlik kaygısını arttırdığı bulunmuştur.¹²⁻¹⁴ Okuduğu bölümü isteyerek seçenlerin ve mesleği seven öğrencilerin işsizlik kaygı puan ortalamaların literatürde yapılan çalışmalara paralel olarak daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.^(1,15) Tekin'in (2015) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin işsizlik kaygısı incelenmiş olup, araştırmanın sonucuna göre, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde işsizlik kaygısı çalışmamıza benzer şekilde saptanmamıştır.⁽¹²⁾ Bireylerin isteyerek seçtiği ve sevdiği mesleği yapması, kendini bu meslek grubuna ait hissettirebilir. Bu durum sağlık personeli olmanın getirdiği zorluklara rağmen bireyi kendini değerli, gerekli ve yeterli hissetmesini sağlayabilir ve motive edebilir bu durum iş bulma yönündeki umudunu kaybetmemesini ve işsizliğe dair

daha az kaygı hissetmesini sağlayabilir. Bölümünü isteyerek seçmeyenlerin, aile isteği seçtikleri ve işsizlik kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireysel özelliklerine, isteklerine, bilgi ve becerilerine uygun olmadığını düşündükleri bölümlerde öğrenciler daha isteksiz daha mutsuz olabilmektedir. Bu durum mesleği yapmak istememelerine, geleceklerini daha belirsiz görmelerine, kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olabilir. Tüm bunların öğrencinin yaşayabileceği işsizlik kaygısını arttıracakları düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre umutsuzluk ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte cinsiyetin umutsuzluk düzeyi açısından farklılık yaratmadığını belirten çalışmalar mevcuttur. ^(2,7,16-18) Bunun nedeni olarak cinsiyet değişkeninin umutsuzluk üzerinde etkili olmadığı, umutsuzluğu etkileyen faktörlerin daha spesifik araştırılması gerektiği düşünülmektedir. Araştırma sonucumuza göre öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin sınıflara göre anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre umutsuzluk düzeyi en yüksek birinci sınıfta, en düşük ikinci sınıfta saptanmıştır. Bunun nedeninin öğrencilerin fakülteye ilk başladığı dönemde mesleğe dair bilinmezliklerin fazla olduğu ve bunun bir kaygı ve beraberinde umutsuzluk yarattığı düşünülmektedir. Ayrıca ilk defa aile ortamından ayrılma, yeni bir ortama uyum sağlamaya çalışma, mesleği öğrenmeye çalışma ve geleceğe yönelik belirsizlikler öğrencilerde kaygı ve umutsuzluk yaratabilmektedir. Araştırmamızda öğrencilerin eğitim gördükleri bölüme göre Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamalarında acil yardım ve afet yönetimi öğrencilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin puan ortalamasının düşük çıkmasının nedeni programın istihdam alanlarının geniş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde hemşirelik öğrencileri ile acil yardım ve afet yönetimi öğrencilerini karşılaştıran çalışmaya ulaşamadığı için bölüm bazında umutsuzluk etkisi değerlendirilememiştir. Ancak acil yardım ve afet yönetimi bölümü öğrencilerin mezuniyet sonrası Sağlık Bakanlığı tarafından atamalarının olmaması

umutsuzluklarını arttıran bir kriter olarak düşünülmektedir. Ayrıca programın yeni açılmış olması ve istihdam alanlarının belirsiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öğrencilerin atanamama endişesi ve okudukları bölümün ileride önemini yitireceklerini kaygısı taşımaktadır. Çalışma sonucumuza göre sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri ile ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ekonomik durumu kötü olan öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde öğrencilerle yapılan çalışmalarda gelir düzeyi düşük öğrencilerin umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (12,19) Okuduğu bölümü ailesinin isteği ile seçen ve mesleğini sevmeyen öğrencilerin umutsuzluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucumuz literatürü destekler niteliktedir. (7,20) Bunun nedeni istemediği bölümü aile baskısı ile zorla okuyan öğrencilerin geleceğe yönelik iş bulma umutlarının olmadığı ve isteklerinin olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca ailelerin bölüm seçim kararına ortak olmasının öğrenciler üzerinde baskı oluşturduğu düşünülmektedir. Öğrencilerin İşsizlik Kaygı Ölçeği ile Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızı destekler şekilde işsizlik kaygısı ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda aralarında güçlü pozitif yönde ilişki olduğu ve kaygının umutsuzluk düzeyini etkilediği saptanmıştır. (1,7,21,22)

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak çalışmada öğrencilerin işsizlik kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin ortalamadan düşük olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin İşsizlik Kaygı Ölçeği ile Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Özetle öğrencilerin umutsuzluk düzeyi arttıkça işsizlik kaygı düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin ekonomideki istihdam zorlukları,

çevresel ve sosyal baskı, kişisel karamsarlık ve özgüven eksikliği ve niteliksel olarak bilgi ve beceri eksikliği gibi işsizlik kaygısını oluşturan boyutlarda kendini tanıma, süreci yönetebilme gibi yeteneklerinin geliştirilmesi hedeflenmelidir. Bunu sağlamak adına öğrencilere lisans eğitimi süresince işsizlik kaygısını azaltacak, öz donanımı arttıracak konferans, kongre vb. etkinliklerin düzenlenmesi, öğrencilerin bu etkinliklerde yer alması, yabancı dil ve yurtdışı eğitimi için bursların sunulması, projelerin planlanması gibi desteklerin sunulması önerilmektedir. Üniversitelerde işsizliğin psikolojik etkilerini düzeltmeye yardımcı olacak rehberlik ve danışmanlık birimlerin oluşturulması, akademisyenlerin öğrencilerinin işe girebilmeleri için yol gösterici olması, öğrencilerin kaygılarını yönetmelerine yardımcı olabilir.

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

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir kurum ve kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkıları: Araştırmanın tasarımı, veri toplama, veri analizi, veri yorumlama, literatür taraması, şekil ve tabloların oluşturulması, makalenin yazılması ve makaleye son şeklinin verilmesi ve başvuru öncesi son kontrol CDB tarafından gerçekleştirilmiştir.

Kaynaklar

- 1- Kaynak K, Öztuna B. Üniversite öğrencilerinde işsizliğe yönelik işsizlik kaygısı ve umutsuzluk: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Journal of Yaşar University.2020;15(60): 953-970.
- 2- Aydın M, Erdoğan S, Yurdakul M, Eker A. Sağlık yüksekokulu ve sağlık meslek lisesi öğrencilerinin umutsuzluk düzeyleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 4:1-6.
- 3- Mahiroğulları A, Korkmaz A. İşsizlikle mücadelede emek piyasası politikaları: Türkiye ve AB Ülkeleri. Ekin Basım Yayınevi; 2018.
- 4- Kökocak A, Yılmaz M, Demirci N. İşsizlik olgusu ve istihdam artırıcı stratejiler. Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi. 2015;7(1): 109-121.
- 5- Taşgın Ö, Bozgeyikli H, Boğazlıyan EE. Üniversiteli gençlerin işsizlik kaygıları ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi. 2017; 6(15): 551-567.
- 6- Türk Dil Kurumu (TDK). Sozluk. Access: 22.11.2022. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
- 7- Küçük U, Usta G, Torpuş K. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin iş bulma endişeleri ve umutsuzluk düzeyleri. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(3): 367-372.
- 8- Beck TA, Weissman A. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974; 42(6): 861-865.
- 9- Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Kriz Dergisi. 1994; 2: 311-319.
- 10- Ersoy M, Erdost HE. Unemployment worries among Turkish university students, Social Behavior and Personality: An International Journal. 2008; 36(2): 275-288.

- 11- Aljumili S. Unemployment anxiety and its relationship to future perceptions of unemployed graduate students. *Journal Of Tikrit University For Humanities*. 2020; 27(6): 487-465. doi:10.25130/hum.v27i6.1096
- 12- Tekin N, Korkmaz A. Üniversite öğrencilerinde işsizlik kaygısı: Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016; 8(17): 534-555.
- 13- Choi S, Lee H. Influence on college students' depression of anxiety, unemployment stress and self esteem. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2014;14(10):619-627. doi: 10.5392/JKCA.2014.14.10.619
- 14- Saleem A, Hussain S. Socio-psycho impacts of unemployment on educated youth: A case study of lahore city. *Pakistan Administrative Review*. 2018; 2(2): 267-275.
- 15- Menevşe A, Şeker AF. Farklı disiplinlerdeki öğrencilerin işsizlik kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi (UGEAD)*. 2020; 6(2): 338-356
- 16- Aktaş I, Alpay DD. Abant izzet baysal üniversitesi beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerinin umutsuzluk düzeyleri. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2015; 15:15-24.
- 17- Yalçın S, Açıkgöz İ. Sağlık bilimleri fakültesi son sınıf öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2014; 11:259-70
- 18- Şanlı Kula K, Saraç T. Üniversite öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi: Ahi Evran Üniversitesi Örneği. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017; 18(1): 1-16.

- 19- Deveci SE, Çalmaz A, Açık Y Doğu Anadolu'da yeni açılan bir üniversitenin öğrencilerinde kaygı düzeylerinin sağlık, sosyal ve demografik faktörler ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi. 2012; 39(2): 189-196.
- 20- Üstün G, Dedekoç Ş, Kavalalı T, Öztürk F, Sapcı Y, Can S. Üniversite son sınıf öğrencilerinin iş bulmaya ilişkin umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014;3:200-21.
- 21- Dereli F, Kabatas S. Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin iş bulma endişeleri ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi. 2009; 26: 31-6.
- 22- Yazar B. Genç işsizliğine yönelik alan araştırması: Üniversite öğrencileri arasında kaygı ve umutsuzluk. Çalışma İlişkileri Dergisi. 2015; 6(2): 71-86.



Araştırma Makalesi / Research Article

Is Cultural Sensitivity Levels of Nurses Related to Care Behaviors?: A Cross-sectional Study

Hemşirelerin Kültürel Duyarlılık Düzeyleri Bakım Davranışları ile İlişkili Mi?: Kesitsel Bir Araştırma

Mümin SAVAŞ¹ 

Ömer ÖDEK² 

Betül ÖZEN³ 

¹ Uzman, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman, Türkiye.

² Uzman, Sağlık Bakanlığı, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kayseri, Türkiye

³ Doç. Dr., Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri, Türkiye.

Yazışmadan sorumlu yazar: Mümin SAVAŞ; savasmumin@gmail.com

Alıntı (Cite): Savaş, M, Ödek, Ö, Özen, B. Hemşirelerin Kültürel Duyarlılık Düzeyleri Bakım Davranışları ile İlişkili Mi?: Kesitsel Bir Araştırma. YBH Dergisi. 2023;3(1): 94-117

Abstract:

Aim: Cultural diversity in communities has increased upon the increase in globalization. It is possible for health professionals to provide effective care to individuals from different cultures by developing intercultural sensitivity. The aim of this study is to examine the relationship between nurses' cultural sensitivity levels and care behaviors.

Methods: Two hundred and ten nurses working in a public hospital in the Central Anatolia Region in Turkey were included in the study. The data were collected via the Personal Information Form, the Intercultural Sensitivity Scale and the Caring Behaviors Inventory-24.

Results: According to the results of the study, it was determined that the intercultural sensitivity mean score was 87 ± 7.55 and the mean score of caring behaviors was 5.24 ± 0.53 . There was a positive correlation between the intercultural sensitivity and caring behaviors of the nurses. It was observed that the intercultural sensitivity level of the nurses increased, thus leading to a positive effect on their caring behaviors.

Conclusion: It is seen that the increase in the intercultural sensitivity levels of the nurses is positively related to the patient care behaviors. It is important for nurses to have intercultural sensitivity in the professional development of the profession. In order for nurses to provide quality care, it can be recommended to create trainings based on cultural models and skills.

Key Words: Nursing; cultural sensitivity; care.

Özet

Amaç: Küreselleşmenin artmasıyla toplumlarda kültürel çeşitlilik artmıştır. Sağlık çalışanlarının farklı kültürden gelen bireylere etkin bakım sunabilmeleri kültürlerarası duyarlılığın geliştirilmesi ile mümkündür. Bu çalışmada hemşirelerin kültürel duyarlılık düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırmaya Türkiye'de İç Anadolu Bölgesinde bir kamu hastanesinde görev yapan 210 hemşire dahil edilmiştir. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Hasta Bakım Davranışları-24 ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın sonuçlarına göre kültürlerarası duyarlılık puan ortalaması 87 ± 7.55 , bakım davranışları puan ortalaması 5.24 ± 0.53 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerde kültürlerarası duyarlılık ile bakım davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin yükselmesinin hasta bakım davranışlarını pozitif yönde ilişkisi görülmektedir. Hemşirelerin kültürlerarası duyarlılığa sahip olması mesleğin profesyonel olarak gelişmesinde önemlidir. Hemşirelerin kaliteli bakım sunabilmeleri için kültürel model ve becerilere dayalı eğitimlerin oluşturulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; kültürel duyarlılık; bakım.

Introduction

Migration is as old as humanity itself. People frequently leave their places of origin in search of better lives. ⁽¹⁾ In many parts of the world, migration mobility has allowed people to maintain their cultures as well as to create multicultural communities alongside locals in their new homes. ^(2, 3) Multicultural societies have a strong influence over health care. As such, inter-cultural sensitivity is an important component in the delivery of health care. ⁽⁴⁾ Providing culturally appropriate health care requires that healthcare professionals themselves be sensitive to people's cultural similarities and differences. ^(5, 6)

An individual's personal cultural values can influence how they approach nursing care. Beyond attitudes and practices, they can influence the decisions they make when looking after their patients. ⁽⁷⁾ Likewise, nurses need to be able understand patients correctly, identify their needs, and empathize with them in order to offer them culturally sensitive care. ⁽⁸⁾ On that note, culturally-competent nursing care reduces inequality in health care because the service that patients receive is tailored to their cultural values. ⁽³⁾

Nurses are primary healthcare providers. Therefore, they need to remind themselves that people have different cultural needs, if they wish to offer them adequate and high quality care. ^(8,9) In a study on cultural sensitivity, it was determined that cultural sensitivity was predictor of nurses' pain management. ⁽¹⁰⁾ In a qualitative study of nurses' culture-sensitive-patient-centered care, they developed specific strategies about culture-sensitive-patient-centered care. ⁽¹¹⁾ Professional programs focusing on promoting nursing health teach people and raise awareness about religious, economic, and social diversity. ⁽¹²⁾ Nurses who are culturally sensitive raise the profile of professionalism in nursing. ⁽¹³⁾ Nurses need to be versed in and be sensitive to cultural differences to provide people from different cultures high quality care and professional service. ⁽¹⁴⁾

Nursing theorists tend to view the concept of care both as a phenomenon that separates nursing from other professions, and as a reason for being. ⁽¹⁵⁾ Among them, Watson takes the position that care is philosophical, ethical, and human effort that preserves humanity. It is a moral ideal in nursing because it protects and enhances human dignity. ⁽¹⁶⁾ Quality health care – as provided by nurses – protects human life and dignity. ⁽¹⁵⁾ Therefore, it is important that researchers investigate which factors potentially enhance the quality of nursing care.

In recent years, Turkey has taken in large waves of refugees from various countries, particularly Syria. Consequently, Turkish nurses are now frequently exposed to people from different cultures. Therefore, they must strengthen their level of inter-cultural sensitivity in order to provide their patients the best care possible – which is the essence of nursing. In the literature review, no research was found examining the cultural sensitivities and care behaviors of nurses. From this point of view, this study aims to examine how inter-cultural sensitivity influences how nurses look after their patients, as well as what factors dictate that.

H₀: There is no relationship between nurses' cultural sensitivities and care behaviors.

H₁: There is a relationship between nurses' cultural sensitivities and care behaviors.

Methods

Study Design

In the study, a quantitative research design, was used. Survey design is expressed as studies determining the views, attitudes or interests of people concerning a subject or an event. In addition, the study design includes studies which are conducted on groups in order to ensure the general absolute opinions of many people in a population. ⁽¹⁷⁾ In the current study, the descriptive survey design was chosen to reveal the present condition related to the subject and thus determine the intercultural sensitivity level of nurses in order to gather the data all at once.

Time and Setting of the Study

This study was conducted with nurses working in a public hospital in the Central Anatolia Region in Turkey. The nurses work in shifts. The hospital with 1500 beds renders service as a regional hospital in the city center.

Population and Sample

The population of the study comprised nurses working in a public hospital in the Central Anatolia Region. In the study, it was tried to reach the entire population without using sample selection in calculating the sample size. By this way, it was aimed to acquire a normal distribution by having a higher trustworthiness value and providing trustworthiness in the study. There are 1650 nurses in the hospital. In the calculation made with a known sample size, 185 nurses were calculated at 85% confidence level. Nurses do not have time to research, pregnancy, annual leave, etc. because they were not included in the study. A total of 210 nurses were reached.

Data Collection Tool

In the study, “The Personal Information Form”, “The Intercultural Sensitivity Scale” whose validity and reliability was conducted by Bulduk et al., (2011) and “the Caring Behaviors Inventory-24” whose validity was conducted by Kurşun and Kanan (2012) were used as data collection tools.

Personal Information Form

The form was prepared by Gözüm et al., (2016) and Bulduk et al., (2011) based on the literature.^(18, 19) It has a total of 8 questions evaluating the socio-demographic characteristics and cultural experiences of nurses.

The Inter-cultural Sensitivity Scale (ISS)

“The Intercultural Sensitivity Scale (ISS)” was developed by Chen and Starosta and its Turkish validity and reliability was conducted by Bulduk et al., (2011). The Cronbach’s alpha coefficient of the scale was found to be 0.72. ^(19,20) The Intercultural Sensitivity Scale is one of data collection tools which is used for noticing the emotions and thoughts of other people and measuring the importance of differences. ^(19, 21) This five-point likert scale has 24 items and five subscales; “respect for cultural differences”, “interaction confidence” “interaction enjoyment”, “interaction attentiveness”, and “interaction engagement”. In the scale, each question is rated between one point and five points. Therefore, the lowest and highest scores of the scale are 24 and 120, respectively. Higher scores signify that the cultural sensitivity level increases. The subscales of the scale includes a total of 24 items under “interaction confidence” (9, 12, 15), “interaction engagement” (1, 11, 13, 21, 22, 23, 24), “respect of cultural differences” (2, 7, 8, 16, 18, 20) and “interaction attentiveness” (14, 17, 19). Items 2, 4, 7, 15, 9, 18, 20, 12, and 22 of the ISS are reversely rated. ^(19, 20) In various studies conducted with this scale, the Cronbach’s Alpha coefficient was found to be 0.70, ⁽²²⁾ 0.70 ⁽⁸⁾ and 0.90. ⁽⁷⁾ In the present study, the Cronbach’s Alpha coefficient was found to be 0.70 for the overall scale.

The Caring Behaviors Inventory-24 (CBI-24)

“The Caring Behaviors Inventory-24 (CBI-24)” was developed by Wu et al. (2006), ⁽²³⁾ and its Turkish validity and reliability study was conducted by Kurşun and Kanan (2012). ⁽²⁴⁾ Subscales of the scale are knowledge-skill, respectability, commitment, and assurance. *In the scale score calculation*, the total scale score is obtained between 1 and 6 by summing scores of 24 items and then dividing them into 24. For subscales, the scores of each subscale are summed and the score obtained is divided into the item number and a score between 1 and 6

is obtained. Subscales of the Caring Behaviors Inventory-24 are assurance (16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, and 24), knowledge-skill (9, 10, 11, 12, and 15), respectability (1, 3, 5, 6, 13, and 19) and commitment (2, 4, 7, 8, and 14). The content validity index of the scale was found to be 0.96. ⁽²⁴⁾ In the present study, the Cronbach's Alpha coefficient was found to be 0.94 for the overall scale.

Data Collection

During the data collection process, the nurses who agreed to take part in the study were informed about the study and their informed consent was obtained. The data were collected via the Personal Information Form, "the Intercultural Sensitivity Scale", and "the Caring Behaviors Inventory-24". The application was performed when the nurses had no treatment and care practices either prior to the work hour or at the end of the work hour. The researcher collected the data by conducting face-to-face interviews with the nurses. It took nearly 7 to 9 minutes to complete the forms. Data were collected between 26.06.2020 and 15.07.2020.

Data Analysis

In the study, SSS 16.0 and LISRELL 8.7 programs were used in the analysis of the data. In the data evaluation, attention was paid to having Skewness and Kurtosis values between +2 and -2 for the normal distribution criteria. ⁽²⁵⁾ Therefore, the independent samples t-test was used for binary variables, the One-Way ANOVA test for three and more variables and the Structural Equation Modeling for determining to what extent the cultural sensitivity of the nurses predicted their caring behaviors. For comparisons, the statistical significance was set at the level of $p < .05$.

The Study Criteria

- Inclusion Criteria
 - Working as a nurse at the hospital

- Agreeing to take part in the study
 - Exclusion Criteria
- Nurses who worked in the operating theater were excluded from this study because they are not in direct contact with patients, and therefore they were not included in the study considering that it would not affect cultural conditions.

Dependent and Independent Variables

Dependent Variables: Intercultural sensitivity level and caring behaviors of the nurses

Independent Variables: Socio-demographics (gender, age, number of years of work experience) and cultural experience (looking after patients from different cultures, experience of working-living abroad, allocating time for patient care)

Ethical Considerations

Before carrying out the study, the approval from a local hospital's Clinical Research Ethics Committee (No: OOO), as well as permission from the related hospital were obtained. Next, they gave the participants the data collection forms to fill out, as well as asked them to give written and oral consent.

Results

In this section, findings related to the correlation scores between the descriptive statistics and variables in the study were primarily included.

Descriptive Findings Related to the Participants

According to the demographic variables in Table 2, it was observed that there was no significant difference between the CBI-24 mean scores in terms of gender, experience of giving care to a patient in family or immediate environment, experience of giving care to a

patient from a different culture and allocation of adequate time for patient care in their unit ($p>.05$).

Table 1. Mean Scores of ISS and Its Subscales According to Demographic Variables

Demographic variables	Scales						
	N	Interaction enjoyment ($X\pm SD$)	Interaction engagement ($X\pm SD$)	Respect of Cultural Differences ($X\pm SD$)	Interaction attentiveness ($X\pm SD$)	Interaction confidence ($X\pm SD$)	Total ISS ($X\pm SD$)
Age	210	15.85±1.58	25.71±3.22	23.03±3.36	10.86±1.52	11.54±1.95	87.00±7.55
Under 29 years	121	11.56±1.97	26.32±2.92	23.78±3.27	11.06±1.36	16.09±1.49	88.81±6.58
29 years and above	89	11.52±1.93	24.90±3.45	22.01±3.23	10.58±1.69	15.52±1.65	84.54±8.11
<i>p</i>		0.901	0.001*	0.000*	0.025*	0.009*	0.000*
Gender							
Female	167	11.63±1.85	25.62±3.25	22.98±3.42	10.77±1.57	15.73±1.56	86.72±7.51
Male	43	11.23±2.32	26.12±3.12	23.23±3.15	11.20±1.26	16.30±1.58	88.09±7.72
<i>p</i>		0.303	0.366	0.656	0.089	0.034*	0.288
Years of Employment in the Profession							
Under 7 years	132	11.61±1.92	26.35±2.97	23.64±3.31	11.06±1.32	16.08±1.56	88.73±6.65
7 years and above	78	11.45±2.01	24.65±3.38	21.99±3.19	10.51±1.76	15.46±1.55	84.06±8.10
<i>p</i>		0.574	0.000*	0.000*	0.019*	0.006*	0.000*
Educational Background							
High school	17	11.06±2.01	26.29±3.33	23.18±2.38	10.77±1.72	16.24±1.56	87.53±7.25
Associate degree	17	11.47±2.35	25.35±2.89	21.58±3.14	10.88±1.22	15.53±1.42	84.82±7.04
Bachelor's degree and above	176	11.60±1.91	25.70±3.25	23.15±3.44	10.86±1.54	15.84±1.60	87.16±7.63
<i>p</i>		0.543	0.683	0.183	0.966	0.426	0.457
Experience of Giving Care to a Patient in Family or Immediate Circle							
Yes	122	11.72±1.81	25.80±3.47	23.43±3.43	11.02±1.48	15.93±1.62	87.89±7.80
No	88	11.31±2.12	25.61±2.86	22.47±3.18	10.64±1.56	15.74±1.53	85.76±7.05
<i>p</i>		0.129	0.688	0.039*	0.074	0.397	0.043*

Experience of Giving Care to a Patient from a Different Culture							
Never-Sometimes	142	11.62±1.80	25.99±3.00	23.44±3.15	10.78±1.48	15.79±1.49	87.62±7.16
Usually	68	11.39±2.23	25.15±3.59	22.18±3.63	11.02±1.61	15.97±1.76	85.71±8.22
<i>p</i>		0.440	0.096	0.011*	0.300	0.436	0.103
Experience of Working with a Foreign Nurse							
Yes	16	11.31±2.02	26.06±3.07	22.13±2.87	11.06±1.73	16.31±1.70	86.88±6.59
No	194	11.57±1.95	25.69±3.24	23.10±3.39	10.84±1.51	15.81±1.57	87.01±7.64
<i>p</i>		0.617	0.658	0.264	0.576	0.221	0.945
Allocation of Time for Patient Care in the Unit They Worked in							
Yes	76	11.70±1.88	25.64±3.62	22.99±3.30	10.84±1.42	16.00±1.49	87.17±8.31
Partially	114	11.56±1.96	26.05±2.93	23.36±3.45	10.94±1.54	15.77±1.61	87.68±7.02
No	20	10.90±2.15	24.10±2.83	21.30±2.56	10.45±1.76	15.70±1.78	82.45±6.09
<i>p</i>		0.266	0.042*	0.040*	0.415	0.566	0.016*

IC: Interaction Confidence, IE: Interaction Engagement, RCD: Respect of Cultural Differences, IA: Interaction Attentiveness, IEJ: Interaction Enjoyment, ISS: The Inter-cultural Sensitivity Scale

It was determined that the nurses who were under 29 years had a higher level of interaction engagement, respect of cultural differences, interaction attentiveness, interaction confidence and intercultural sensitivity ($p < .05$). Likewise, the nurses who were working in the profession for less than seven years had statistically significantly higher mean scores of interaction engagement, respect of cultural differences, interaction attentiveness, interaction confidence and intercultural sensitivity ($p < .05$). According to gender, the scores of interaction confidence subscale were significantly higher in the male nurses and this increase was significant ($p < .05$). The nurses giving care to patients from different cultures had higher respect of cultural differences subscale scores and those with an experience of giving care to a patient in family or immediate environment had higher respect of cultural differences subscale and total intercultural sensitivity scores at a statistically significant level ($p < .05$). In addition, the nurses partially allocating time for patient care in their unit had higher interaction engagement and respect of cultural differences scores than those not allocating time and the nurses not

allocating adequate time for patient care had higher total intercultural sensitivity scores than those allocating time ($p<.05$) (Table 1). Examining the scale mean scores according to the demographic variables in Table 1, it was observed that there was no statistically significant difference between the ISS mean scores in terms of educational background and status of working with a foreign nurse ($p>.05$).

Table 2. Mean Scores of CBI-24 and Its Subscales According to Demographic Variables

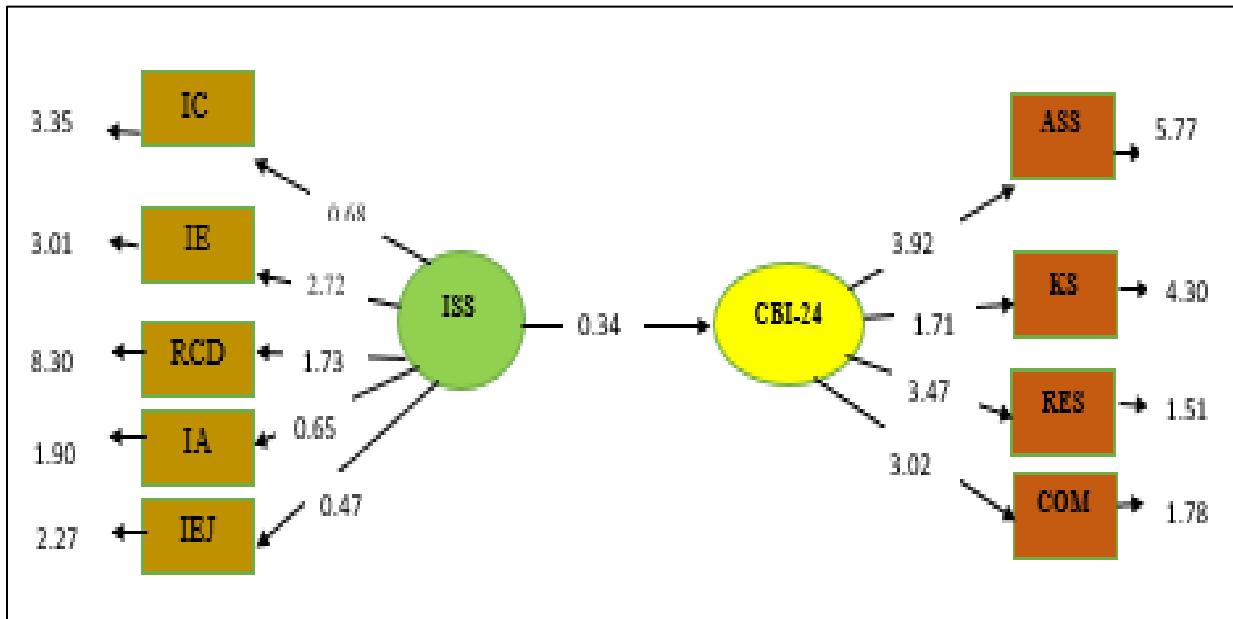
Demographic variables	Scales					
	N	Assurance ($X\pm SD$)	Knowledge-Skill ($X\pm SD$)	Respect ($X\pm SD$)	Commitment ($X\pm SD$)	Total CBI-24 ($X\pm SD$)
	210	42.22±4.60	27.43±2.70	31.03±3.68	25.12±3.30	125.81±12.70
Age						
Under 29 years	121	5.27±0.59	5.40±0.57	5.18±0.65	5.06±0.57	5.23±0.55
29 years and above	89	5.28±0.56	5.60±0.49	5.17±0.57	4.97±0.63	5.26±0.50
<i>p</i>		0.892	0.006*	0.912	0.324	0.746
Gender						
Female	167	5.29±0.54	5.50±0.54	5.20±0.59	5.04±0.63	5.26±0.50
Male	43	5.25±0.71	5.41±0.55	5.07±0.71	4.95±0.76	5.18±0.64
<i>p</i>		0.758	0.367	0.202	0.433	0.443
Duration of Working in the Profession						
Under 7 years	132	5.25±0.58	5.40±0.55	5.18±0.62	5.05±0.66	5.22±0.53
7 years and above	78	5.32±0.57	5.61±0.50	5.16±0.61	4.98±0.66	5.27±0.53
<i>p</i>		0.387	0.005*	0.861	0.436	0.527
Educational Background						
High school	17	5.32±0.56	5.58±0.41	5.27±0.63	5.00±0.57	5.29±0.49
Associate degree	17	5.44±0.70	5.76±0.37	5.40±0.45	5.32±0.47	5.48±0.46
Bachelor's degree and	176	5.26±0.56	5.45±0.56	5.14±0.62	5.00±0.68	5.21±0.54

above						
<i>p</i>		0.444	0.012*	0.189	0.139	0.138
Experience of Giving Care to a Patient in Family or Immediate Environment						
Yes	122	5.33±0.57	5.50±0.58	5.20±0.63	5.07±0.66	5.28±0.54
No	88	5.21±0.59	5.47±0.49	5.13±0.59	4.96±0.66	5.19±0.52
<i>p</i>		0.145	0.741	0.449	0.226	0.258
Experience of Giving Care to a Patient from a Different Culture						
Never-Sometimes	142	5.25±0.59	5.47±0.55	5.17±0.61	5.03±0.66	5.23±0.53
Usually	68	5.33±0.54	5.51±0.53	5.17±0.61	5.00±0.65	5.26±0.52
<i>p</i>		0.350	0.610	0.974	0.661	0.732
Experience of Working with a Foreign Nurse						
Yes	16	5.05±0.79	5.50±0.58	5.04±0.84	4.92±0.86	5.12±0.74
No	194	5.30±0.55	5.48±0.54	5.18±0.59	5.03±0.64	5.25±0.51
<i>p</i>		0.246	0.908	0.517	0.631	0.481
Allocation of Time for Patient Care in the Unit Worked						
Yes	76	5.44±0.52	5.64±0.49	5.64±0.59	5.21±0.59	5.39±0.49
Partially	114	5.24±0.56	5.42±0.53	5.16±0.59	4.98±0.65	5.20±0.50
No	20	4.88±0.68	5.30±0.64	4.76±0.65	4.55±0.74	4.87±0.63
<i>p</i>		0.000*	0.006*	0.002*	0.000*	0.000*

CBI: The Caring Behaviors Inventory-24, ASS: Assurance, KS: Knowledge-Skill, RES: Respectability, COM: Commitment

It was determined that the nurses who were 29 years and above obtained higher scores from knowledge and skill subscale of CBI-24 ($p < .05$). Likewise, the nurses who were working in the profession for less than seven years obtained higher scores from knowledge and skill subscale of CBI-24 ($p < .05$). Examining in terms of educational background of the nurses, it was observed that the nurses with associate degree had statistically significantly higher scores of knowledge-skill subscale than those who had bachelor's degree ($p < .05$). The nurses allocating time for patient care in their unit had statistically significantly higher mean caring behaviors and subscale scores ($p < .05$) (Table 2).

Figure 1: Path Diagram of Intercultural Sensitivity and Caring Behaviors



Chi-Square= 72.74, df= 26, P-value= 0.00000, RMSEA= 0.093

IC: Interaction Confidence, IE: Interaction Engagement, RCD: Respect of Cultural Differences, IA: Interaction Attentiveness, IEJ: Interaction Enjoyment, ISS: The Inter-cultural Sensitivity Scale, CBI: The Caring Behaviors Inventory-24, ASS: Assurance, KS: Knowledge-Skill, RES: Respectability, COM: Commitment

In Figure 1, the relationship between nurses' cultural sensitivities and care behaviors was analyzed by structural equation modeling.

Table 3. Results of Structural Equation Modeling Related to the First Hypothesis of the Study

Hypotheses	Methods	Standardized Parameter Estimations	Result
H ₁	(ISS)→(CBI-24)	0.34	Confirmed

When examining Table 3, it was found that intercultural sensitivity had a significant effect of 0.34 on caring behaviors ($p < .01$). This result indicated that a one-unit increase in intercultural sensitivity may cause an increase of 0.34 in caring behaviors.

Table 4. Goodness of Fit Values Related to the Study Model

X ² /df	P	RMSEA	CFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
2.079	0.000	0.093	0.950	0.930	0.920	0.040	0.068

It was observed that the goodness of fit values obtained for the study model were in acceptable and perfect fit indices. The X^2/df value which was the most important goodness of fit index value was in the perfect fit interval with 2.079, the RMSEA value was in the acceptable fit interval with 0.093 and the other fit indices were in the acceptable and perfect goodness of fit (Table 4).

Table 5. The Inter-cultural Sensitivity Scale and The Caring Behaviors Inventory-24 between correlation analysis

		I C	IE	RCD	IA	IEJ	ISS	CBI	ASS	KS	RES	CO M
IC	Pearson Correlati on	-	0.28*	0.34*	0.05	0.06	0.55*	0.11	0.09	0.17*	0.01	0.04
	Sig.		0.00	0.00	0.48	0.35	0.00	0.11	0.17	0.01	0.17	0.52
IE	Pearson Correlati on		-	0.45*	0.36*	0.28*	0.83*	0.25*	0.23*	0.15*	0.25*	0.25*
	Sig.			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
RC D	Pearson Correlati on			-	0.14*	-0.08	0.74*	0.19*	0.18*	0.10	0.21*	0.17*
	Sig.				0.04	0.27	0.00	0.01	0.01	0.16	0.00	0.01
IA	Pearson Correlati on				-	0.31*	0.49*	0.24*	0.22*	0.09	0.25*	0.26*
	Sig.					0.00	0.00	0.00	0.00	0.20	0.00	0.00
IEJ	Pearson Correlati on					-	0.37*	0.14*	0.10	0.14*	0.11	0.16*
	Sig.						0.00	0.04	0.13	0.04	0.11	0.02
ISS	Pearson Correlati on						-	0.30*	0.27*	0.20*	0.30*	0.28*
	Sig.							0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CBI	Pearson Correlati on							-	0.93*	0.75*	0.93*	0.91*
	Sig.								0.00	0.00	0.00	0.00
ASS	Pearson Correlati on								-	0.62*	0.80*	0.78*
	Sig.									*	*	*

	Sig.	0.00	0.00	0.00
KS	Pearson Correlati on Sig.	-	0.59* *	0.55* *
			0.00	0.00
RES	Pearson Correlati on Sig.	-		0.87* *
				0.00
COM	Pearson Correlati on Sig.			-

IC: Interaction Confidence, IE: Interaction Engagement, RCD: Respect of Cultural Differences, IA: Interaction Attentiveness, IEJ: Interaction Enjoyment, ISS: The Inter-cultural Sensitivity Scale, CBI: The Caring Behaviors Inventory-24, ASS: Assurance, KS: Knowledge-Skill, RES: Respectability, COM: Commitment

Correlation analysis was performed between The Inter-cultural Sensitivity Scale and The Caring Behaviors Inventory-24 scales and their sub-dimensions. A strong positive correlation was found between The Inter-cultural Sensitivity Scale and Interaction Engagement. It has been determined that there is a strong positive correlation between The Caring Behaviors Inventory-24 and Assurance, Knowledge-Skill, Respectability, Commitment. It was determined that there was a weak positive correlation between The Inter-cultural Sensitivity Scale and The Caring Behaviors Inventory-24 (Table 5).

Discussion

In the study, the correlation between cultural sensitivity and caring behaviors of nurses working in hospitals was examined. In the literature there is no study discussing both cultural sensitivity and caring behaviors of nurses and the study findings are believed to contribute to the relevant literature. In this respect, the study is strong because it not only included a sample comprising nurses working in hospitals, but also measured caring behavior and cultural sensitivity.

In the study examining the factors that were assumed to affect culturally appropriate caring behaviors of nurses for patients, it was determined that the nurses who were under 29 years had higher intercultural sensitivity and interaction engagement, respect of cultural differences, interaction attentiveness and interaction confidence subscale scores than those who were above 29 years (Table 1). In line with the study, it was found that the nurses who were younger had a higher level of intercultural sensitivity.⁽²⁶⁾ In contradiction to the study, it was found that intercultural sensitivity of the nursing students who were older was affected positively.⁽⁸⁾ In addition, there are studies suggesting that age of nurses does not affect their cultural sensitivity.^(22, 27-29) It can be said that the fact that nurses under the age of 29 receive undergraduate education with the changing regulations in Turkey, interact with different cultures through exchange programs such as Erasmus in undergraduate education, and that these generations communicate with different cultures on social media, cause their cultural sensitivity levels to be high. It was also determined that the nurses who were working in the profession for less than seven years had a higher level of cultural sensitivity (Table 1). In line with the study, it was found that as duration of working in the profession decreased, cultural sensitivity level of the nurses increased.^(26, 30) In contradiction to the study, it was determined in two studies that there was no statistically significant correlation between duration of working in the profession and cultural sensitivity level of the nurses.^(22, 31) Increase in cultural sensitivity of the nurses with decrease in their duration of working in the profession can be explained with the fact that nursing education in Turkey completely starts with undergraduate study and nursing students meet people from different cultures via abroad programs (such as Erasmus).

In the present study, it was found that the nurses who were 29 years and above and were working in the profession for less than seven years had higher knowledge-skill subscale scores in the CBI-24 (Table 2). Similar to the result of this study, it was indicated in two

different studies that as the age of the nurses increased, their caring behaviors increased. ^(32, 33) In contradiction to the result of the current study, it was stated in a study that decrease in the age of the nurses affected their caring behaviors positively. ⁽³⁴⁾ Additionally, in another study on nurses, it was found that age did not affect the care perception. ⁽³⁵⁾ Difference between the literature findings and cultural sensitivity in this study was believed to be associated with the different study sample and fact that the nurses comprising the sample were millennials who are open to novelties and changes and attach importance to cultural values.

In the present study, it was determined that the male nurses obtained higher scores from interaction confidence subscale compared to their female counterparts (Table 1). In contradiction to the result of the current study, it was found that the gender of the nurses did not affect their cultural sensitivity. ^(7, 22) Additionally, it was reported in a study performed with nursing students that the women had a higher level of cultural sensitivity than the men. ⁽³⁶⁾ The area of the study is compatible with the opinion that women face more social oppression than men. It is suggested that conducting more studies on the subject will reveal the reason of the difference by using socialization strategies according to gender.

In the current study, it was determined that the educational background of the nurses affected the knowledge-skill subscale of CBI-24 (Table 2). There was a negative correlation between the educational background and caring behaviors of the nurses. In contradiction to the result of the current study, various studies reported that the educational background of the nurses did not affect their care perception. ^(32, 34, 35)

In the present study, it was determined that the nurses giving care to people from different cultures affected positively the respect of cultural differences subscale and those with an experience of giving care to a patient in family or immediate environment affected positively the respect of cultural differences subscale and total intercultural sensitivity levels (Table 1). Likewise, it was found that cultural sensitivity level of the nurses giving care to patients from

different cultures was affected positively. ^(31, 37) In a different study, the frequent encounters of nurses with individuals from different cultures increased the cultural competence level of nurses. ⁽³⁸⁾ A study conducted with nursing students reported that cultural sensitivity level of the nursing students giving care to patients from different cultures was affected positively. ⁽³⁶⁾ Desire of nursing students to give care to patients from different cultures affects their cultural sensitivity level positively. ⁽³⁹⁾ The findings of the study are compatible with other studies in the literature, which is an expected outcome.

In the current study, it was determined that the nurses allocating adequate time for patient care in their unit had higher interaction engagement and respect of cultural differences scores than those not allocating time and the nurses not allocating adequate time for patient care had higher intercultural sensitivity scores than those allocating time (Table 1). In contradiction to this study result, it was determined that there was no correlation between the status of the nurses to allocate time for patient care and their intercultural sensitivity. ⁽⁴⁰⁾ In addition, it was determined that the nurses allocating time for patient care in their unit had higher caring behaviors and all subscale scores (Table 2). In the literature, there is no study on this subject. The data of the study is an expected outcome.

Nurses have an important place among health professionals in providing care to patients. In this study, which was conducted to examine the caring behaviors of the cultural sensitivity levels of nurses while caring for individuals from different cultures, it was found that the nurses had a good level of intercultural sensitivity and caring behaviors. There was a correlation between intercultural sensitivity and caring behaviors and as intercultural sensitivity level increased, caring behaviors increased (Table 1, Table 2, Table 3, and Table 4). The intercultural sensitivity level of the nurses is compatible with various studies in the literature. ^(7, 41) Communication of nurses with different cultures and increase in their educational level will increase their intercultural sensitivity level. The fact that nurses with a

high level of cultural sensitivity are more comfortable in communicating while giving care to patients may contribute to nurses providing their care to patients more effectively. In the study the nurses had higher caring behaviors and subscale scores, which makes us think that intercultural sensitivity and other factors have an important effect on caregiving.

Conclusion

According to the results of the present study, it is plausible to state that intercultural sensitivity has a positive related to caring behaviors. Therefore, trainings aimed at increasing intercultural sensitivity can be created for nurses and nursing students. It is recommended that nurses gather with different cultures and allocate more time for patient care by arranging working conditions.

Limitations: A limitation of the study is that it was conducted in only one city in Turkey.

Conflict of Interest: The authors have no funding or conflicts of interest to disclose.

Funding Sources: Not applicable.

Ethical Approval: Ethical approval was received from the Kayseri City Education and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (25/06/2020-111) for the carrying out of this study. By explaining the purpose and benefits of the study, written and verbal consents of all the participants were obtained.

Acknowledgements: The authors want to thank all our participants.

Authorship Statement: All authors contributed to the conception and design of the study.

References

1. Castelli F. Drivers of migration: why do people move?. *Journal of travel medicine*. 2018;25(1):tay040. <https://doi.org/10.1093/jtm/tay040>
2. Aktaş D, Ertuğ N, Öztürk E. “Investigation into Intercultural Sensitivity among Nursing Students at a University in Turkey.” *New Educational Review*. 2015;40(2):275–88. <https://doi.org/10.15804/ner.2015.40.2.04>
3. Yilmaz M, Toksoy S, Direk ZD, Bezirgan S, Boylu M. “Cultural Sensitivity Among Clinical Nurses: A Descriptive Study.” *Journal of Nursing Scholarship*. 2017;49(2):153–61. <https://doi.org/10.1111/jnu.12276>
4. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Aghajari P. The exploration of culturally sensitive nursing care in pediatric setting: A qualitative study. *International journal of Pediatrics*. 2017;5(2):4329-4341. <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.7975>
5. Bulduk S, Usta E, Dincer Y. Determination of intercultural sensitivity and influencing factors: An example of vocational school of health. *Journal of Duzce University Health Sciences Institute*. 2017;7(2):73–77. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/351987> (Original work published in Turkish)
6. Kaya Y, Arslan S, Erbaş A, Yaşar BN, Küçükkelepçe GE. The effect of ethnocentrism and moral sensitivity on intercultural sensitivity in nursing students, descriptive cross-sectional research study. *Nurse Education Today*. 2021;100:104867 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104867>
7. Kürtüncü M, Arslan N, Çatalçam S, Yapıcı G, Hırçın G. (2018). Association between cross-cultural sensitivities and socio-demographic characteristics and empathy levels of nurses working at inpatient treatment institutions. *Journal of Research and Development in Nursing*. 2018;20(1):44–56. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/987017> (Original work published in Turkish).
8. Cetisli EN, Isik G, Oztornaci ÖB, et al. Intercultural sensitivity of nursing students according to their empathy levels. *Izmir Katip Celebi University Faculty of Health Sciences Journal*. 2016;1(1):27-33. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/240076> (Original work published in

Turkish)

9. Meydanlioglu A, Arikan F, Gozum S. Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. *Advances in Health Sciences Education*. 2015;20(5):1195–1204. <https://doi.org/10.1007/s10459-015-9595-z>
10. Kuhlmann EH, Tallman BA. The Impact of Nurses' Beliefs, Attitudes, and Cultural Sensitivity on the Management of Patient Pain. *Journal of Transcultural Nursing*. 2022;33(5), 624-631. <https://doi.org/10.1177/10436596221109829>
11. Narayan MC, Mallinson RK. Transcultural nurse views on culture-sensitive/patient-centered assessment and care planning: A descriptive study. *Journal of Transcultural nursing*. 2022;33(2):150-160. <https://doi.org/10.1177/10436596211046986>
12. DeBrew JK, Lewallen LP, Chun E. Outsiders in Nursing Education: Cultural Sensitivity in Clinical Education. *Journal of Professional Nursing*. 2014;30(2):149–54. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.08.005>
13. Norton D, Marks-Maran D. “Developing Cultural Sensitivity and Awareness in Nursing Overseas.” *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987. 2014;28(44):39–43. <https://doi.org/10.7748/ns.28.44.39.e8417>
14. Chen J, Wang Y. Cultural competence experiences which Chinese nurses have in Finland. (Bachelor's Thesis, Laurea University). Otaniemi, Laurea University; 2015
15. Cook LB, Ann P. “Finding a Focus for Nursing: The Caring Concept.” *Advances in Nursing Science*. 2017;40(1):12–23. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000137>
16. Watson J. *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning; 2012. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=ygF-bw6lRxxwC&oi=fnd&pg=PR1&dq=16.%09Watson+J.+Human+Caring+Science:+A+Theory+of+Nursing.+2nd+ed.+Sudbury,+MA+:+Jones+%26+Bartlett+Learning%3B+2012&ots=16qjOnk2Qb&sig=lnUjjWyJqXgwsjBqO1r4XAIG5MI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
17. Büyüköztürk Ş. *Manual of Data Analysis for Social Sciences*. Ankara: Pegem Publishing; 2012 (Original work published in Turkish)
18. Gözüm S, Tuzcu A, Kirca N. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Nurse Cultural Competence Scale. *Journal of Transcultural Nursing*. 2016; 27(5):487–

95. <https://doi.org/10.1177/1043659615582089>
19. Bulduk S, Tosun H, Ardiç, E. Measurement properties of Turkish intercultural sensitivity scale among nursing studies. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2011;19(1), 25–31. Available from: <https://toad.halileksi.net/wp-content/uploads/2022/07/turkce-kulturlerarasi-duyarlilik-olcegi-toad.pdf> (Original work published in Turkish)
20. Chen GM, William JS. *The Development and Validation of the Intercultural Sensitivity Scale*. (Department of Communication Howard University, Tethesis) Human Communication; 2000.
21. Giger J, Davidhizar RE, Purnell L, Harden JT, Phillips J, Strickland O. American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minorities and Other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007;18(2):95–102. <https://doi.org/10.1177/1043659606298618>
22. Yılmaz M, Yeni C, Avcı E, Uluk N. Investigation of cultural sensitivity and cultural skills of nurse / midwives working in family health centers. *E-Journal of Dokuz Eylul University Nursing Faculty*. 2019;12(3), 170–178. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1096411> (Original work published in Turkish)
23. Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. Caring Behaviors Inventory. *Nursing Research*. 2006;55(1):18–25. Available from: [file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Caring_Behaviors_Inventory__A_Reduction_of_the.3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Caring_Behaviors_Inventory__A_Reduction_of_the.3%20(1).pdf)
24. Kurşun Ş, Kanan N. Validity and Reliability Study of the Turkish Version of Caring Behaviors Inventory-24. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2012;15(4), 229–235. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29608>
25. Pallant J. *SPSS User Manual Step-by-Step Data Analysis with SPSS (3rd)*. Ankara: Anı Publishing; 2017. (Original work published in Turkish).
26. Besey O, Sibel Y. “Determination of Intercultural Sensitivity Levels of Nurses and the Factors Affecting Their Intercultural Sensitivity.” *International Journal of Caring Sciences*. 2021;14(1):54–67. Available from:

http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7_yuceturk_original_14_2.pdf

27. Kargin M, Çapar Çiftçi M. Determination of Intercultural Sensitivity of Clinical Nurses in a University Hospital. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2020;12(2):257–62. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-72394> (Original work published in Turkish)
28. Kuwano N, Fukuda H, Murashima S. Factors Affecting Professional Autonomy of Japanese Nurses Caring for Culturally and Linguistically Diverse Patients in a Hospital Setting in Japan. *Journal of Transcultural Nursing*. 2016;27(6):567–73. <https://doi.org/10.1177/1043659615587588>
29. Toda T, Maru M. Cultural Sensitivity of Japanese Nurses: Exploring Clinical Application of the Intercultural Sensitivity Scale. *Open Journal of Nursing*. 2018;08(09):640–655. <https://doi.org/55.10.4236/ojn.2018.89048>
30. Lin CN, Mastel-Smith B, Alfred D, Lin YH. Cultural Competence and Related Factors among Taiwanese Nurses. *Journal of Nursing Research*. 2015;23(4):252–61. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000097>
31. Chang HY, Yang YM, Kuo YL. “Cultural Sensitivity and Related Factors among Community Health Nurses.” *Journal of Nursing Research*. 2013;21(1):67–73. <https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e3182829cb9>
32. Çolak Okumuş D, Uğur E. The effects of nurses’ emotional intelligence levels on their caring behaviors. *Acıbadem University Health Sciences Journal*. 2017;2017(2):104–109. Available from: <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701664> (Original work published in Turkish)
33. Burtson PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: Relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(8): 1819–1831. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05336.x>
34. Erol F, Turk G. Assessing the Caring Behaviours and Occupational Professional Attitudes of Nurses. *Scanning*. 2019;1(4):783–87. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Gulengun-Turk/publication/333719410_bakim_davranisi_2019/links/5d00c52ba6fdccd130942239/bakim-davranisi-2019.pdf

35. Rostami S, Esmaeali R, Jafari H, Cherati JY. Perception of Futile Care and Caring Behaviors of Nurses in Intensive Care Units. *Nursing Ethics*. 2019;26(1):248–55. <https://doi.org/10.1177/0969733017703694>
36. Kılıç SP, Sevinç S. The Relationship between Cultural Sensitivity and Assertiveness in Nursing Students from Turkey. *Journal of Transcultural Nursing* 2018;29(4):379–86. <https://doi.org/10.1177/1043659617716518>
37. Tanriverdi G, Karabuğa HY, Gürsoy MY, Özden E, Gülyenli N. Comparison of cultural sensitivity and awareness of two groups of nurses who care different profiles patients. *Journal of Public Health Nursing*. 2019;1(2), 26–37. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/795080>
38. Savaş M, Tuzcu A. A Comparative Study on Cultural Competence of Healthcare Professionals in Primary and Secondary Healthcare Institutions: A Cross Sectional Study. *Cyprus Journal Of Medical Sciences*. 2022;7(2):409-417. Available from: [file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/cjms-7-409-En%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/cjms-7-409-En%20(2).pdf)
39. Karasu F, Polat F, Okuyan CB. “The Determination of Intercultural Sensitivity and Ethnocentrism Levels among Nurses and Nursing Students: A Border of City, Turkey.” *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021;58(1):314-322. <https://doi.org/10.1111/ppc.12788>
40. Arlı ŞK, Bakan AB. The factors affecting compassion and intercultural sensitivity among the surgical nurses. *Sted*. 2018;27(4), 277–283. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/530405> (Original work published in Turkish)
41. Arli SK, Bakan AB. An Investigation of the Relationship between Intercultural Sensitivity and Compassion in Nurses. *International Journal of Intercultural Relations* 2018;63(December 2017):38–42. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2017.12.001>

Derleme Makale / Review Article

Hemşirelik Sürecinde Anahtar Öge: Eleştirel Düşünme

Key Element in The Nursing Process: Critical Thinking

Elif GENÇER ŞENDUR¹ 

Arzu AKMAN YILMAZ² 

¹ Araş. Gör., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

² Dr. Öğr. Üyesi., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Yazışmadan sorumlu yazar: Elif GENÇER ŞENDUR; elifgencer@ibu.edu.tr

Alıntı (Cite): Gençer Şendur, E, Akman Yılmaz, A. Hemşirelik Sürecinde Anahtar Öge: Eleştirel Düşünme. YBH Dergisi. 2023;3(1): 118-135.

Özet: Eleştirel düşünme 21. yüzyıl becerilerinden biri olup eğitim ve çalışma alanlarında oldukça ilgi görmektedir. Hemşirelikte ise eleştirel düşünme en kritik becerilerden biridir. Hemşirelikte eleştirel düşünme etkili klinik karar vermek, kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmek ve bakım sürecini yönetmek için gereklidir. Ancak hemşirelikte çeşitli gruplarla yapılan çalışmalarda katılımcıların eleştirel düşünme düzeyinin yeterli olmadığı belirtilmektedir. Hemşirelik sürecinde eleştirel düşünme, hemşirelik sürecinin her basamağında etkin ve doğru bir şekilde uygulanmalıdır. Eleştirel düşünme becerilerini kullanarak oluşturulan hemşirelik süreci ile klinik karar verme, kanıta dayalı bakım uygulamalarını gerçekleştirme, doğru ve etkin girişimleri planlayabilme ve uygulama, değerlendirme sürecini yorumlayarak süreci gerçekleştirmeye yardımcı olur. Bu makalede de hemşirelik uygulamalarının profesyonel temelini oluşturan, uygulamaların yeterliliğini, etkinliğini ve kalitesini destekleyen ve bir bilimsel problem çözme süreci olarak tanımlanan hemşirelik sürecinde eleştirel düşünmeye odaklanılmıştır. Bu derlemenin amacı öğrencilerin hemşirelik süreci özelinde eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye yönelik stratejileri incelemektir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik süreci; eleştirel düşünme; hemşirelik eğitimi; hemşirelik öğrencileri.

Abstract: Critical thinking is one of the 21st-century skills and is receiving a lot of attention in educational and occupational fields. In nursing, critical thinking is one of the most vital skills. Critical thinking for nursing is necessary to make effective clinical decisions, implement evidence-based practices, and guide the nursing process. However, studies conducted with various groups in nursing found that the level of critical thinking among participants was inadequate. Critical thinking in the nursing process should be applied effectively and accurately at every step of the nursing process. It helps to realize the process by interpreting the clinical decision-making, evidence-based care practices, planning and implementing correct and effective interventions, and evaluation process with the nursing process created by using critical thinking skills. This article focused on critical thinking in the nursing process, defined as a scientific problem-solving process, which forms the professional foundation of nursing practice and supports the appropriateness, effectiveness, and quality of care. The review aimed to explore strategies to develop students' critical thinking skills in nursing care.

Key Words: Nursing process; critical thinking; nursing education; nursing students.

Giriş

Eleştirel düşünme, “yorumlama, analiz etme, değerlendirme ve çıkarımda bulunma ile sonuçlanan maksatlı ve öz-denetimli bir yargı süreci” olarak tanımlanmaktadır. ⁽¹⁾ Eleştirel düşünme 21. yüzyıl becerilerinden biri olup eğitim ve çalışma alanlarında oldukça ilgi görmektedir. Hemşirelikte ise eleştirel düşünme en kritik becerilerden biridir. Hemşireler bakım uygulamalarında bir dizi seçeneği aynı anda değerlendirmek ve hızlı kararlar almak durumundadır.⁽²⁾ Bakım sürecini yönetirken hemşireler, hasta ile ilgili pek çok veriyi gözden geçirerek, kanıta dayalı uygulamaları ve bireylerin özerkliğini gözeterek teorik bilgi ve klinik deneyim birikimi doğrultusunda en iyi kararı vermeye odaklanmaktadır.^(2,3) Hemşirelikte eleştirel düşünme mesleki yeterlilikleri geliştirmek, etkili klinik karar vermek, kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmek ve bakım sürecini yönetmek için gereklidir.^(4,5) Ancak hemşirelerle, öğrencilerle ve akademisyenlerle yapılan çalışmalarda katılımcıların eleştirel düşünme düzeyinin yeterli olmadığı belirtilmektedir.⁽⁵⁻²¹⁾ Eleştirel düşünme becerilerinin eksikliği, hemşirelik bakımının kalitesini, hemşirelerin verimliliğini, mesleki profesyonelliğini, yaratıcılığını, özerkliğini, otoritesini ve hastaların memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir.^(2,8)

Hemşirelerin iyi bir eleştirel düşünür olabilmeleri için çalışmalarda da önerildiği gibi hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin eleştirel düşünme becerileri geliştirilmelidir. ^(5,6,20,22-24) Bu derlemede hemşirelik uygulamalarının bilimsel temelini oluşturan, uygulamaların yeterliliğini, etkinliğini ve kalitesini destekleyen ve bir bilimsel problem çözme süreci olarak tanımlanan hemşirelik sürecinde eleştirel düşünmeye odaklanılmıştır. Derlemenin amacı öğrencilerin hemşirelik süreci özelinde eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye yönelik stratejileri incelemektir.

Hemşirelik Süreci ve Eleştirel Düşünme

Hemşirelik süreci kavramı 1958’de Ida Jean Orlando tarafından ilk kez açıklandığından beri hemşirelik uygulamaları için sistematik bir rehber olarak kabul edilir.⁽²⁵⁾ Hemşirelik süreci Amerikan Hemşireler Birliği tarafından farklı alanlarda çalışan hemşireler için bir ortak nokta ve hemşirelerin bütüncül ve hasta merkezli bir bakım sunulabilmesine ilişkin uygulamanın özü olarak tanımlanmıştır.⁽²⁶⁾ Hemşirelik süreci veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere birbirini izleyen beş aşamadan oluşur. ^(25,26)

Hemşirelik süreci çok uzun süredir eğitimde ve klinikte uygulanmasına rağmen hala sürecin her bir aşamasında çeşitli güçlükler yaşanmaktadır. Hemşirelik sürecine ilişkin deneyimlerin

incelendiği çalışmalarda hemşirelerin ve öğrencilerin yeterli veri toplayamadıkları, beklenen düzeyde tanı koyamadıkları, eğitim sürecinde öğrendiklerini pratikte kullanamadıkları ve sürecin yürütülmesine ilişkin bilgi ve farkındalık eksikliği yaşadıkları belirtilmektedir.⁽²⁷⁻³¹⁾

Chang ve arkadaşları (2011) hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin tanımlamaları ile eleştirel düşünme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur.⁽⁵⁾ Chabeli (2007) hemşirelik sürecini, hemşirelerin bilgi, beceri, tutum ve değerlerini içeren, problem çözme ve karar verme süreçlerinde kullandıkları özel bir düşünme ve davranış yöntemi olarak tanımlamış, eleştirel düşünmeyi de hemşirelik sürecinin her aşamasında gerekli olan temel bir beceri olarak ifade etmiştir.⁽²²⁾ Hemşirelikte eleştirel düşünme, klinik sürecin dinamikleri, hemşirelik uygulamasının duygusal boyutu ve hemşirelik bilgisini içermesi nedeniyle diğer disiplinlerdeki eleştirel düşünme sürecinden daha spesifik ve farklıdır.⁽⁴⁾

Lipman (1988) eleştirel düşünmenin yapılandırılmış ve güçlendirilmiş ölçütlere dayanan bir düşünme süreci olarak, yapılandırılmamış ve eleştirel olmayan sıradan düşünmeden farklı olduğunu belirtmiştir. Eleştirel düşünme sıradan düşünmeden farklı olarak yordama, değerlendirme, sınıflandırma, fark etme, mantıksal sonuç çıkarma, ilkeleri kavrama, diğer ilişkiler arasındaki durumlara dikkat çekme, hipotez kurma, sebep sunarak fikir bildirme ve ölçüt ile karar vermeyi içerir.⁽³²⁾ Literatürde eleştirel düşünme aşamalarına ilişkin farklı sınıflamalar bulunmaktadır. Chanwong ve arkadaşları (2018) tarafından belirtilen sınıflama “tanımlama”, “yansıtma”, “analiz”, “eleştiri”, “akıl yürütme” ve “değerlendirme” aşamalarını içermektedir (Tablo 1).⁽³³⁾

Tablo 1. Eleştirel Düşünmenin Aşamaları

Eleştirel Düşünmenin Aşamaları	Tanımları
Tanımlama	Sorunun açık ve net bir şekilde nerede, hangi koşullarda ve nasıl gerçekleştiğini belirleme
Yansıtma	Yeni bilgileri / deneyimleri ve diğer bakış açılarını göz önünde bulundurarak sorunu yeniden değerlendirme
Analiz	Farklı durumların karşılaştırılması ve konuyla ilişkisinin anlaşılması da dahil bir şeyin nasıl olduğunu inceleme ve açıklama
Eleştiri	Tarafsız olarak dokümanlardaki / verilerdeki zayıf ve güçlü yanları değerlendirme
Akıl yürütme	Akılcı ve mantıklı düşünme ile neden ve sonuç gibi yöntemleri kullanma, bir argümanı çürüten veya güçlendiren kanıtlar sunma
Değerlendirme	Bir durumun başarı ve başarısızlık düzeyi veya değeri hakkında yorum yapma

Eleştirel düşünmenin aşamaları incelendiğinde hemşirelik süreci için de oldukça önemli olan bilgiyi analiz etme, sentezleme ve değerlendirme yeterliliklerini içerdiği görülmektedir. Demir

Dikmen ve Yıldırım Usta (2013) eleştirel düşünme sürecinin sorunu belirleme, sorunu çözmeye yönelik verileri toplama, varsayımları tanımlama, sonuca götüren varsayımları belirleme ve formüle etme, varsayımların geçerliliğini tartışarak sonuç çıkarma aşamalarıyla hemşirelik süreci ile benzerlik gösterdiğini belirtmiştir.⁽³⁴⁾ Bununla birlikte hemşirelik sürecinde eleştirel düşünme, kişinin mesleki sorumluluğunun ve hemşirelik bakımının kalitesinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir.⁽³⁵⁾ Aşağıda hemşirelik sürecinin her bir aşamasında eleştirel düşünmenin kullanımı açıklanmıştır.

Veri Toplama

Bu basamakta, bakım verilen birey hakkında kapsamlı ve sistematik olarak veri toplanır. Bireyin şimdiki ve geçmiş sağlık öyküsü ve fonksiyonel durumu değerlendirilir. Bu aşamada yeterli ve doğru veri toplanması bireyin sorunlarının yeterli ve doğru olarak belirlenebilmesi için oldukça önemlidir. Hemşirelik sürecinin sonraki aşamaları verinin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir.⁽³⁶⁾

Veri toplama aşaması yapılandırılmış bir formda yer alan soruları bireye sorup cevaplarını kaydetmekten çok daha ötesidir. Hemşire veri toplarken hangi verileri, nereden, ne zaman ve nasıl toplayacağına karar verir, gerekli bilgileri sentezler, önceki klinik deneyimlerini kullanır, verileri analiz eder, geçerliliğini denetler, gruplar ve yorumlar. Verilerden yola çıkarak elde ettiği ipuçları doğrultusunda çıkarımlarda bulunur. Hemşire bazı durumlarda kapsamlı bazı durumlarda acil ve bazı durumlarda da problem odaklı değerlendirme yapar. Buna bakım verilen bireyin durumuna ve gereksinimlerine göre karar verir. Bu nedenle eleştirel düşünme becerisi bu aşamada hayati bir beceridir. Bu aşamada eleştirel düşünme bireyin sağlık durumu ve gereksinimleri hakkında çıkarımlarda bulunurken veya kararlar verirken büyük resmi görmeye yardım eder. Veri toplama dinamiktir ve bireyin sorunlarını keşfederken onu tam olarak tanımaya olanak sağlar.⁽³⁷⁾

Tanımlama

Hemşire gerekli verileri topladıktan sonra hastanın mevcut sorunlarını adlandırır. Bu adlandırma hemşirelikte var olan sınıflama sistemlerinden uygun olanı (OMAHA, NANDA, HHCC vb.) kullanılarak yapılır. Hemşirelerin hemşirelik tanılarını, tanımlarını ve tanımlayıcı özellikleri, ilişkili faktörleri ve tanıların tedavisine uygun girişimleri bilmeleri gereklidir. Hemşirelik tanıları birey, aile ya da toplumun mevcut ya da olası sağlık sorunları veya yaşam süreçlerine tepkilerine ilişkin klinik bir kararın formüle edilmesidir.^(35,38) Hemşirelik tanıları hemşirelerin sorumlu ve yetkili olduğu sonuçlara ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yardım eder.⁽³⁸⁾ Tanılama süreci, veri kümelemeyi, bireyin sağlık sorunlarını tanımlamayı ve tanıyı formüle etmeyi içerir.⁽³⁷⁾ Bittencourt (2013) tanılamaya ilişkin eleştirel

düşünme becerilerinin bileşenlerini analiz etme, teknik ve bilimsel bilgiyi kullanma, mantıksal akıl yürütme, klinik deneyimlerini kullanma, hasta hakkında bilgi edinme, standartları uygulama, sezgi ve bağlamsal bakış olarak sıralamıştır. Eleştirel düşünme, tanılama aşamasında en belirgin şekilde görülmektedir, çünkü “problemi doğru belirlemek” problemi çözmenin ilk ve en önemli adımıdır. İyi bir klinik veri ve sağlam bilgi ile birlikte güçlü eleştirel düşünmenin uygulanması doğru problemin veya tanının oluşturulması için gereklidir. ⁽³⁹⁾

Beklenen Sonuçları ve Hedefleri Belirleme

Hedefler ve beklenen sonuçlar, bir hemşirelik tanısını veya kollobratif bir sorunu çözmek için belirlenen hasta davranışı veya fizyolojik tepkilerin belirli ifadeleridir. Belirlenen hemşirelik tanılarını, sorunların aciliyetini veya önceliğini, hastanın kaynaklarını ve sağlık hizmeti sunum sisteminin eleştirel olarak değerlendirilmesini gerektirir. Hedefler ve sonuçlar, hasta ihtiyaçları ile ilgili, spesifik, tekil, gözlemlenebilir ve ölçülebilir olmalıdır. ⁽³⁷⁾

Planlama

Hemşirelik tanıları belirlendikten, hedefler ve sonuçlar seçildikten sonra, bu sonuçları karşılamak için hastanın durumuna göre bireyselleştirilmiş girişimlerin seçilmesi gerekir. Uygun hemşirelik girişimlerini seçmek, eleştirel düşünmeyi, girişimin bilimsel gerekçesini bilmeyi, gerekli psikomotor ve kişilerarası becerilere sahip olmayı, mevcut sağlık bakım kaynaklarını etkin bir şekilde kullanmayı gerektirir. ⁽³⁷⁾ Hangi sorunlar önceliklidir? Girişimler hangi sırayla uygulanmalıdır? gibi sorulara yanıt aranmalıdır. ⁽³⁶⁾

Uygulama

Hemşirelik girişimleri, hemşirelerin hasta sonuçlarını karşılamak için gerçekleştirdiği klinik yargı ve bilgiye dayalı tedaviler veya eylemlerdir. ⁽⁴⁰⁾ Hemşirelik girişimlerinin uygulanması, eleştirel düşünmeyi içeren karmaşık bir karar verme sürecidir. Alternatif yaklaşımları, uygulama süresini, girişimlerin karmaşıklığını ve hasta için uygun olup olmadığını göz önünde bulundurmak için eleştirel düşünme gereklidir. ⁽³⁷⁾

Değerlendirme

Hemşirelik bakımının etkili olup olmadığını değerlendirmek için hasta ve durumu hakkında bilinenler ve önceki hastalarla olan deneyimler gözden geçirilir. Hemşirelik girişimlerinin yapılıp yapılmadığı değil, hastada beklenen sonuçların karşılanma durumu değerlendirilir. Belirlenen girişimleri uygulamadan önce değerlendirilen hasta tepkileri ile girişimler uygulandıktan sonra ortaya çıkan tepkiler, davranışlar karşılaştırılır. Bu aşamada eleştirel düşünme ile değerlendirme sonucu elde edilen bulgular analiz edilir. Hastanın durumu düzeldi mi? Hasta iyileşebilir mi veya iyileşmeyi engelleyen fiziksel faktörler var mı? gibi sorularla durum analiz edilir. Değerlendirme sonucu olumsuz olduğunda, çözümlenemeyen problemler

yeniden gözden geçirilerek yeni girişimler uygulanır veya girişim uygulanma sıklığı değiştirilir.

(36,37)

Örnek Vaka: Dahiliye kliniğinde yatan 54 yaşındaki hasta tip 2 diabetes mellitus tanısı ile izlenmektedir. Hastanın diyabetik retinopati nedeniyle %40 görme kaybı olduğu ve 7 yaşından beri devam eden epilepsi hastalığı olduğu öğrenilmiştir. Hasta evlerinin yakınındaki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olduğunu ve aile hekimliğinden sadece ilaç yazdırmak amacıyla yararlandığını ifade etmiştir. Ayrıca, hasta akşamki insülin dozunu çoğu zaman atladığını ve kan şekeri ölçmediğini bildirmiştir. S.K.'nın annesi 75 yaşında, babası ise 85 yaşında iken vefat etmiştir.

Yukarıdaki örnek vaka için bir hemşirelik bakım planı hazırlanması istendiğinde öğrenciler tarafından “Bilgi Eksikliği” tanısı ilk ifade edilen tanılardan biri olabilir ve bu soruna ilişkin girişimler planlanabilir.

Örnek vakanın devamı: Elde edilen ek verilerle hastanın daha önce birkaç kez diyabet hemşiresinden kapsamlı bir diyabet eğitimi aldığı, yalnız yaşadığı ve görme problemi nedeniyle insülin uygulaması ve kan şekeri ölçümünde zorlandığı öğrenilmiştir. Hasta çalışma hayatının olmadığını, boş vakitlerini değerlendirmek için herhangi bir aktivitede bulunmadığını ve sosyal ilişkilerinin zayıf olduğunu ifade etmiştir.

Vakanın devamına ilişkin veriler incelendiğinde ilk akla gelen seçeneğin uygun olmadığı belki de bir ön yargı ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Bu süreçte eleştirel düşünme yaklaşımı kullanılmadığında yetersiz verilerle, diğer olasılıklar değerlendirilmeksizin hastaya uygun olmayan bir tanı/sorun belirlenmesine ve çok da uygun olmayan girişimlerin uygulanarak sorunun çözülmesinin beklenmesine yol açabilir. Böyle bir yaklaşım zaman, emek ve kaynak kaybına neden olmaktadır. Tablo 2 örnek vakaya yönelik bakım planı hazırlanırken eleştirel düşünme yaklaşımı ile hemşirelik sürecinin nasıl ele alınacağını göstermektedir.

Tablo 2. Hemşirelik Sürecinde Eleştirel Düşünme: Özet Bakış ⁽²²⁾

	Hemşirelik sürecinin aşamalarında eleştirel düşünme	Temel bilişsel kritik düşünce becerileri ve alt beceriler	Eleştirel düşünme etkileşimleri
Veri toplama	Örnek vaka için hastanın yaşadığı ortam, kültürel alışkanlıkları, sağlık davranışları, inançları, bilgi gereksinimi, sosyo-ekonomik durumu, tedaviye uyumu gibi kapsamlı bilgilerin elde edilmesi gerekir. Mevcut sorunu etkileyebilecek her durum gözden geçirilerek gerekli veriler toplanmalıdır. Bu aşamada birey kapsamlı ve bütüncül olarak değerlendirilir. Örnek vakada verilen bilgiler hastayı tanımak için yeterli değildir. Eleştirel düşünür bu verilerle yetinmez ve yeni bilgileri açığa çıkarmak için sorular sorar.	ANALİZ Bilgileri belirleme, inceleme, analiz etme YORUMLAMA Sınıflandırma, bilgileri kodlama, anlam arama	ANALİTİKLİK MERAKLILIK
Tanımlama	Eleştirel düşünür, daha fazla veri elde edilene ve bireyin öncelikleri bilinene kadar tanıyı belirlemeyi erteler. Örneğin bu veriler ışığında “Bilgi Eksikliği” tanısı hastanın durumunu tam olarak tanılamakta mıdır? Tedavi planına uymayan ve sağlığı geliştirme davranışlarını sürdüremeyen bir bireye yönelik “Uyumsuzluk”* tanısı mı daha uygundur? Bu tanılardan birine karar vermek için tanımlayıcı özellikler nelerdir? Tanılama yapabilmek için yeterli veri toplanmış mıdır? Tanı için ilişkili faktörler nelerdir? Başka hangi verilere gereksinim vardır? Ek veriler doğrultusunda sosyal destek yetersizliğine bağlı uyumsuzluk tanısı belirlenebilir.	ÇIKARIM YAPMA SENTEZ, VARSAYIM Kanıtları sorgulama, alternatifleri tahmin etme, sonuç çıkarma	AÇIK FİKİRLİLİK

Planlama	Eleştirel düşünür, bireyin sosyal destek gereksiniminin nasıl karşılanacağına odaklanır. Sosyalizasyonu güçlendirme” girişimine yönelik aktivitelerden hasta için uygun olanları belirlenir. Sosyal destek danışmalığını planlar. Yaşadığı bölgedeki sosyal destek programlarını araştırır. Evde bakım hizmetleri gibi ek kaynakları inceler. Bu süreçte bireyin hedeflerini belirlemeye ve karşılıklı hedefler üzerinde uzlaşmaya çalışır.	Çıkarım yapma; hipotez	SİSTEMATİKLİK
Uygulama	Eleştirel düşünür, bakım planlarını uygulamadan önce seçilen hemşirelik stratejilerinin sonuçlarını dikkate alır. Planladığı girişimleri uygular. Sosyal destek danışmalığı yapar. Hastanın sosyal destek programlarına katılmasını teşvik eder.	AÇIKLAMA-PLANIN UYGULANMASI VE HİPOTEZİN TEST EDİLMESİ Sonuçları belirleme, prosedürleri gerekçelendirme, argüman sunma	ÖZGÜVEN GERÇEKÇİ
Değerlendirme	Eleştirel düşünür, bakımın etkinliğini iyi geliştirilmiş, ölçülebilir kriterlere dayandırır ve sonuçların doğrulanıp doğrulanmadığını rasyonel olarak değerlendirir. Hedefler ve sonuçlar da dahil olmak üzere bireyin sosyal destek gereksiniminin karşılanma durumu değerlendirilir.	DEĞERLENDİRME Bilgi ve argümanları değerlendirme ÖZ-DENETİM Değerlendirme, kendi kendini inceleme ve düzeltme	BİLİŞSEL OLGUNLUK

* Daha önceki baskılarda “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” tanısı güncel baskıda “Uyumsuzluk” olarak revize edilmiştir.

Her hastanın sorunları benzersizdir ve hastanın fiziksel sağlığı, yaşam tarzı, kültürü, ailesi ve arkadaşları ile ilişkisi, yaşam ortamı ve deneyimlerinin bir ürünüdür. Bu nedenle bir hemşire hastayla ilk karşılaştığında hastanın ihtiyaçları ve yapılması gereken uygun eylemler hakkında her zaman net bir resme sahip olamaz. Bunun yerine, hastaya fayda sağlayacak bir çözüm bulmak için sorgulamayı, merak etmeyi ve farklı bakış açılarını ve yorumları keşfetmeyi öğrenmelidir. Eleştirel düşünür, her klinik durumda neyin önemli olduğunu düşünür, alternatifleri hayal eder ve araştırır, etik ilkeleri göz önünde bulundurur ve hastaların bakımı hakkında bilinçli kararlar verir. alışmalarında eleştirel düşünmeyi uygulayan hemşireler, büyük resmi mümkün olan tüm açılardan görebilirler. abuk ve dikkatsizce hızlı çözümler oluşturmak yerine, problem çözme ve karar verme seçeneklerine açıkça odaklanırlar. Eleştirel düşünmeyi öğrenmek, hastaları onların savunucusu veya destekçisi olarak nemsemene ve onların bakımı hakkında daha bilinçli seçimler yapmanıza yardımcı olur. Eleştirel düşünme, problem çözmekten daha fazlasıdır. (37)

Hemşirelik Sürecine İlişkin Eleştirel Düşünmeyi ğretme

Hemşirelik bakımının temeli, özü olan hemşirelik sürecini etkili bir şekilde gerçekleştirebilmek için eleştirel düşünme oldukça önemlidir. alışmalar eleştirel düşünme becerilerinin eğitim yoluyla geliştirilebileceğini belirtmektedir. (41) O halde hemşirelik sürecini kullanırken eleştirel düşünmeyi öğrencilerimize nasıl öğretebiliriz? ğrencilerimizin eleştirel düşünme becerilerini nasıl geliştirebiliriz?

Eleştirel düşünme, bir gecede öğrenilebilecek basit, adım adım, doğrusal bir süreç değildir. Deneyim, süreklilik ve öğrenmeye yönelik aktif bir merak yoluyla edinilebilir. (37) Bu doğrultuda eleştirel düşünmenin tek bir ders kapsamında ele alınması yeterli olmayacaktır. Eğitim kurumunda veya biriminde öğrencilerin tüm derslerde aynı çabayı gösterebileceği şekilde bir eleştirel düşünme ortamı oluşturulmalıdır. Bilginin aktarılmasına dayalı pasif eğitim yöntemlerinin kullanıldığı eğitim programlarının aksine eleştirel düşünmenin entegre edildiği programlar tasarlanmalıdır. Böylece ğrencilerin yaşamlarının her anında eleştirel düşünmeyi kullanabilmeleri sağlanmalıdır. (24-44) Bu bilgilerden hareketle ayrı bir derste eleştirel düşünmenin ele alınması hemşirelik sürecinde sürekli ve etkin olarak kullanılmasını garantilememektedir. Belki de öğrenciler eleştirel düşünmeyi yeterince iselleştirmedikleri, alışkanlık haline getiremedikleri ya da yaşamlarına entegre edemedikleri için hemşirelik sürecinde zorlanmaktadırlar. Bu konuda öğrencilere rol model olmak faydalı olabilir. Özellikle öğrencilerle birlikte bir hasta üzerinden hemşirelik sürecinin nasıl eleştirel olarak gerçekleştirileceği demonstrasyon yöntemi ile ğretilebilir. Demonstrasyon gerçek veya simüle

hastalar ile gerçekleştirilebilir. Klinik uygulamada eğitimciler ve mentörler için klinik kararlar alırken yüksek sesle düşünceleri önerilmektedir. Böylece öğrencilerin düşünce süreçleri ve kararlar için içgörü kazanmalarına yardımcı olunabilir. (45)

Rol oynama ve simülasyon maketleri ile vaka senaryolarını kullanma hemşirelik süreci öğretiminde kullanılacak diğer yöntemler olabilir. Öğrencilerin gerçeğe yakın klinik bir senaryoya aktif olarak katılmalarını sağlayan sanal oyun simülasyonları da bu amaçla kullanılabilir. (24) Eleştirel düşünme öğretiminde etkin ve verimli olduğu kanıtlanmış altı şapka, beyin fırtınası, soru sorma ve entelektüel normlar etkinliği yöntemleri de kullanılabilir. (41) Eleştirel düşünmeyi kolaylaştırmak için önerilen diğer stratejiler arasında reflektif yazma ve günlük tutma, kavram haritaları ve vaka çalışmaları bulunmaktadır. Kavram haritaları, öğrencilerin kavramlar arasındaki bağlantıları görsel olarak tanımlamalarına yardım eder ve hemşirelik sürecinin öğretiminde kullanılabilir. Bunun dışında tüm teorik derslerde ve klinik uygulamada hasta bakımının planlanmasında kavram haritalarından yararlanılabilir. (24,41)

Hemşirelik sürecini eleştirel düşünmeyle gerçekleştirirken artı, eksi, ilginç ve tüm faktörleri ele alma gibi bazı düşünme araçları öğrencilere öğretilir (Tablo 3). (47)

Tablo 3. Eleştirel Düşünme Sürecinde Düşünme Araçları

Düşünme aracı	Tanımı
<i>Artı-eksi-ilginç</i>	Kişinin tüm dikkatini ve enerjisini, bir sorunun tüm olumlu, olumsuz ve ilginç taraflarına eşit ve kasıtlı olarak odaklar, böylece bir fikrin ya da sorunun hızlıca kabul edilmesini ya da reddedilmesini önlemeye yardımcı olur.
<i>Tüm faktörleri düşünme</i>	Belirli bir durumla ilgili tüm faktörlerin düşünülmesini içerir. Kişi bir durumu her açıdan araştırmak için mümkün olduğunca çok bilgi toplar ve karar vermeden önce değerlendirir.
<i>Diğer bireylerin görüşleri</i>	Bu araç, önerilen bir kararın etkisini daha iyi değerlendirmek için kişinin bilinçli ve kasıtlı olarak diğer insanların bakış açılarına odaklanmasına yardımcı olur. Başkalarının görüşlerini dinleyebilmek, başkalarının görüşlerine karşı duyarlılığını artırmaya da yardım eder.
<i>Birincil Öncelikler</i>	Bu düşünme süreci aracı, karar verilmeden önce önceliklere odaklanmayı ve öncelikleri belirlemeyi hedefler. Bu nedenle, karar verme sürecinde en önemli fikirler ilk olarak ele alınmaktadır.

<i>Niyetler, Hedefler, Amaçlar</i>	Niyetler (maksat) nihai hedefe ulaşmak için gidilen yönü, amaçlar bu hedefe giden yolda tanımlanabilir başarı noktalarını tanımlamaktadır. Bu strateji, kişinin bir eylem hakkında kendisinin ve başkalarının niyetine odaklanmasına yardımcı olur.
<i>Alternatifler, Olasılıklar, Seçenekler</i>	Bu strateji, bir kişinin düşünce sürecinde farklı yönler üretmesine yardımcı olur. Kendini net veya daha geleneksel seçeneklerle sınırlamak yerine durumu değiştirebilecek yeni alternatifleri, olasılıkları ve seçimleri keşfetme girişimidir.
<i>Sonuçlar</i>	Olası bir kararın kısa, orta ve uzun vadeli sonuçlarını görmek için ileriye bakmayı sağlar. Bu araç, bireyin sonuçları üzerindeki tüm etkilerini göz önünde bulundurması gerektiğinden, karar vermede bireylere yardımcı olacaktır.

Tüm bu yöntemlerle birlikte elbette hemşirelik bilgisinin derinlemesine öğrenilmesi eleştirel düşünmenin etkili bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlar. Hemşirelik eğitiminde hemşirelik bilgisine odaklanılması, hemşire gibi düşünmenin öğretilmesi önerilmektedir. “Hemşire gibi düşünmenin öğretilmesi” Hemşirelik teorilerini, modellerini, klinik düşünme becerilerini ve karar verme becerilerini kullanma ve klinik bakımın sağlanmasında yer alan düşünce süreçlerinin öğretilmesini içermektedir. ⁽⁴⁸⁾ Aşağıda hemşirelik sürecinde öğrencilerin eleştirel düşünebilmelerini geliştirebilmek için gerçekleştirilecek stratejiler listelenmiştir. ^(24,41-46)

Tablo 4. Hemşirelik Sürecinde Öğrencilerin Eleştirel Düşünebilmelerini Geliştirebilmek İçin Stratejiler

<ul style="list-style-type: none"> • Eleştirel düşünmeye özgün özellikler kazandırmaya yönelik bir eğitim programı tasarlayın ve eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye odaklanın. • Hemşire eğitimcilerin de eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye yönelik uygulamalar (seminerler, kurslar düzenlenmesi, araştırmaya katılımın desteklenmesi, belirli aralıklarla eleştirel düşünme egzersizlerinin yapılması, öğretim yöntemleri ve hemşirelik sürecine ilişkin bilgilerin güncellenmesi vb.) planlayın. • Öğrencilerin, eleştirel düşünmeye ilişkin tutumlarını ve eleştirel düşünme düzeylerini belirli aralıklarla izleyin. • Eğitim programında sosyal, sanatsal ve felsefi derslere yer verin.

- Hemşireliğin temel ve temel kavramlarına odaklanarak hemşire gibi düşünmeyi öğretin.
- Öğretimde kavram haritaları, vaka çalışmaları gibi eleştirel düşünmeyi destekleyen teknikleri yaygın olarak kullanın.
- Öğrencilerin bilgiyi araştırmasına, tartışmasına ve çıkarımlar üretmelerine fırsat verin.
- Edindikleri bilgileri sunmalarını isteyin. Sunum etkinlikleri düzenleyin.
- Öz değerlendirme ve akran değerlendirmesi yapmalarını sağlayın.
- Her konunun amaçlarını sorgulamalarına, önemini kavramalarına yardımcı olun.
- Anahtar sorular, kavramlar veya konular üzerinde durun; kavramları anlamayı ve aralarında ilişki kurmayı keşfetmelerini sağlayın.
- Bu konuyu öğrenmem için hangi bilgilere ihtiyacım var?, bilgi kaynakları neler? gibi soruları kullanma alışkanlıklarını destekleyici örnek vakalar verin.
- Örnek vakaları eleştirel düşünme çerçevesinde birlikte analiz edin, rol model olun.
- Bakım deneyimi ve hemşirelik süreci ile ilgili kendi bakış açılarını sorgulamalarını sağlayın.
- Kendilerini tehdit altında hissetmedikleri psikolojik açıdan güvenli bir ortamda özgürce soru sormalarını sağlayın.
- Öğrencilerin eleştirel düşünme çabalarını destekleyin, teşvik edin.
- Öğrencileri eleştirel düşünme becerileri yüksek olan öğrencilerle bir iletişim ağı kurmaya teşvik edin (grup çalışmaları), böylece deneyimlerini ve iç görülerini paylaşabilirler, düşünme stratejilerini gözlemleyebilirler.
- Eleştirel düşünmeyi günlük hayata entegre edebilmeleri için öğrencilere günlük tutmasını önerin.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, hemşirelik bakımının anahtarı hemşirelik süreci ise hemşirelik sürecinin temel anahtarı eleştirel düşüncedir. Hemşirelik sürecini gerçekleştirirken hemşirelik öğrencilerine sürecin her basamağında eleştirel düşünmeyi nasıl kullanacakları da öğretilmelidir. Eleştirel düşünme başlı başına bir ders olarak verilmekten öte hemşirelik programının tamamı ile bütünleştirilebilirse öğrenciler eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde daha kolay

kullanabilirler. Bunun için hemşirelik programları eleştirel düşünmeyi öğretmeye yönelik tasarlanabilir, teorik ve pratik eğitimde kavram haritaları, vaka çalışmaları, altı şapka, beyin fırtınası, soru sorma gibi öğretim yöntemleri kullanılabilir. Eleştirel düşünme becerileri kullanılarak oluşturulan hemşirelik bakım planları ile öğrenciler eğitim sürecinde daha kaliteli bir bakım sağlamaya hazırlanabilir. Makale eğitimde eleştirel düşünmenin öğretilmesine odaklansa da bu becerilerin mezuniyet sonrasında da kullanılmaya devam edilmesi için klinik ortamlarda da hemşirelik sürecinin eleştirel bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir.

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

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Yazarlar herhangi bir finansal destek almamıştır

Yazar Katkıları: Fikir/Kavram (EGŞ,AAY), Tasarım (EGŞ,AAY), Literatür taraması (EGŞ,AAY), Makalenin yazımı (EGŞ,AAY), Süpervizyon/Son kontrol (EGŞ,AAY)

Kaynaklar

1. American Philosophical Association (1990) Critical thinking: statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. the delphi report: research findings and recommendations prepared for the committee on pre-college philosophy. ERIC Document Reproduction Service, No. ED315-423. American Philosophical Association, Millbrae, California.
2. Karadağ Arlı S, Bakan AB, Oztürk S, Erisik E, Yıldırım Z. Critical thinking and caring in nursing students. *Int J Caring Sci.* 2017;10(1): 471-478
3. Özkahraman Ş, Yıldırım B. An overview of critical thinking in nursing and education. *Am Int J Contemp Res.* 2011;1(2):190-196.
4. Zuriguel Pérez E, Lluch Canut MT, Falcó Pegueroles A, Puig Llobet M, Moreno Arroyo C, Roldán Merino J. Critical thinking in nursing: scoping review of the literature. *Int J Nurs Pract.* 2015;21:820-30. doi:10.1111/ijn.12347
5. Chang MJ, Chang YJ, Kuo SH, Yang YH, Chou FH. Relationships between critical thinking ability and nursing competence in clinical nurses. *J Clin Nurs.* 2011;20:3224-3232 doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03593.x
6. Kobyay Bulut H, Bulut E. Pediatri hemşirelerinin eleştirel düşünme eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2020;12(1):37-48. DOI: 10.5336/nurses.2019-70655
7. Sarıtaş S, Yıldırım M. Ameliyathane hemşirelerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2020; 11(2):252-56. <https://doi.org/10.31067/0.2019.12>.

8. Ali-Abadi T, Babamohamadi H, Nobahar M. Critical thinking skills in intensive care and medical-surgical nurses and their explaining factors. *Nurse Educ Pract.* 2020;45:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102783>.
9. Urhan E, Zuriguel-Perez E, Harmancı Seren AK. Critical thinking among clinical nurses and related factors: A survey study in public hospitals. *J Clin Nurs.* 2022;31:3155–3164. DOI: 10.1111/jocn.16141
10. Açıl D, Çal A, Cengiz B, Bahar Z, Beşer A. Sağlık bilimlerinde doktora eğitimi alan öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimleri. *JAREN* 2021;7(3):136-145. doi:10.55646/jaren.2021.82621
11. Yalçınkaya BS, Yıldırım G. Hemşire akademisyenlerin akademik etik değerlerinin ve eleştirel düşünme düzeylerinin değerlendirilmesi. *Lokman Hekim Journal* 2022;12(2):400-410.
12. Karadağ M, Alparslan Ö, Pekin İşeri Ö. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ve öğrenme stilleri. *Cukurova Med J* 2018;43(1):13-21. DOI: 10.17826/cumj.340090
13. Shirazi F, Heidari S. The relationship between critical thinking skills and learning styles and academic achievement of nursing students. *The Journal of Nursing Research* 2019;27(4):1-7.
14. Günay Uyar M, Güven ŞD. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile otonomi düzeyleri arasındaki ilişki. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2020;7(3):421-430. doi:10.5222/SHYD.2020.71676.
15. Aydın A, Kurudirek F. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin yaratıcılıklarına etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi.* 2021;9(1): 140-149. doi: 10.33715/inonusaglik.831126
16. Çalışkan BB, Doğan R. Hemşirelik öğrencilerinin, eleştirel düşünme becerilerinin karar verme, empatik eğilim ve becerileri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Journal of Medical Sciences.* 2022;3(2):116-22. <https://doi.org/10.46629/JMS.2022.83>
17. Yıldırım N, Çatal E. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile klinik karar verme becerileri ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2022;3(2):176-185.
18. Taşçı Ö, Durmuş M, Gerçek A, Kaya A. Factors affecting critical thinking dispositions of nursing students. *J Nursology.* 2022;25(1):45-49. DOI: 10.54614/JANHS.2022.687987
19. Azizi-Fini I, Hajibagheri A, Adib-Hajbaghery M. Critical thinking skills in nursing students: a comparison between freshmen and senior students. *Nurs Midwifery Stud.* 2015;4(1): e25721.

20. Tayaz E, Koç A. Son yirmi yılda hemşirelik alanında eleştirel düşünme ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin retrospektif incelenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;6(1):1-13.
21. Yıldırım Öztürk T, Karadağ M. Yönetici hemşirelerin eleştirel düşünce becerileri ile araştırma kullanım engelleri ve kolaylaştırıcılarına ilişkin algıları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;3(2):73-85. doi:10.5222/SHYD.2016.073
22. Chabeli MM. Facilitating critical thinking within the nursing process framework: a literature review. Health Sa Gesondheid. 2007;12(4):69-89.
23. Kaya A, Şendir M. hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında eleştirel düşünme stratejileri ve boyutları. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2011;4(3):163-168. DOI: 10.54189/hbd.874328
24. Köse Tosunöz İ. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesinde kullanılan öğretim yöntemleri. Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;2(2):497-505. DOI: 10.56061/fbujohs.1098740
25. Toney-Butler TJ, Thayer JM. Nursing Process. [Updated 2022 Apr 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937>.
26. American Nurses association-ANA. (2022). The nursing process. Erişim tarihi: 10.01.2023 Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>
27. Avşar G, Öğünç AE, Taşkın M, Burkay ÖF. Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2014; 17(4): 216-221.
28. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Tabrizi FJ, Behshid M, Lotfi M. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. Iran J Nurs Midwifery Res.2015;20(4):411-419. DOI: 10.4103/1735-9066.161002
29. Akman Yılmaz A, Gençer E, Seçkin Ç, Yılmaz H, Tekin Güven K, Gözütok S. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasına ilişkin görüşleri ve yaşadıkları güçlükler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 22(4): 231-239. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.439074>
30. Çırlak A, Akman Yılmaz A. Nurses' behaviors, perceptions and diagnoses in the diagnosing phase of the nursing process within the scope of a case study: a mixed type study. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2022; 4(3):121-128. DOI: 10.48071/sbuhemşirelik.1179005

31. Akansel N, Palloş A. Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2020;11(2):269-275. <https://doi.org/10.31067/0.2020.265> 269
32. Lipman M. Critical tkinging-what can it be? Educational Leadership. 1988:38-43.
33. Changwong K, Sukkamart A, Sisan B. Critical thinking skill development: Analysis of a new learning management model for Thai high schools. Journal of International Studies.2018;11(2): 37-48. doi:10.14254/2071- 8330.2018/11-2/3
34. Demir Dikmen Y, Yıldırım Usta Y. Hemşirelikte eleştirel düşünme. S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;4(1):31-38.
35. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. Rev Esc Enferm USP.2013;47(2):337-343.
36. Yıldırım B, Koç ŞÖ. Eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde uygulama. Electronic Journal of Vocational Colleges. 2013;3(3):29-35.
37. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentals of Nursing. 8th ed. Elsevier;2013.
38. Firdevs Erdemir, Gülelgün Türk, Nobel Tıp Kitapevleri Lynda Juall Carpenito İstanbul. 2022
39. Facione PA, Crossetti MGO, Riegel F. Holistic critical thinking in the nursing diagnostic Process. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3): e75576. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.75576>
40. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması-NIC Yazar: Gloria M Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner Çeviri Editörleri: Prof. Dr. Firdevs Erdemir, Prof. Dr. Sultan Kav, Yrd. Doç. Dr. Arzu Akman Yılmaz Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 2017.
41. Şenşekerçi E, Bilgin A. Eleştirel düşünme ve öğretimi. U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2008;9(14):15-43.
42. Kılıç Akça N, Taşçı S. Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009;5(2):187-195.
43. Kurnaz A. Eleştirel düşünme öğretimi etkinlikleri planlama - uygulama ve değerlendirme Eğitim Kitabevi Yayınları;2011 Konya
44. Gerald M. NOSICH çeviren Birsal Aybek eleştirel düşünme ve disiplinlerarası eleştirel düşünme rehberi. Anı yayıncılık;2012 Ankara
45. Quinn F. M. and Hughes S. J. Quinn's Principles and Practice of Nurse Education, Fifth Edition 2007 p. 65-69. Cengage Learning EMEA, United Kingdom

46. Cox Marie Encyclopedia of nursing education / [edited by] Mary Jane Smith, Roger Carpenter, Joyce Fitzpatrick. 2015 Springer Publishing Company, LLC New York p. 85-87.
47. Kansesan Abdullah AG, Alzaidiyeen NJ, Alzaidiyeen NM. The practices of critical thinking component and its impact in malaysian nurses health education. International Education Studies. 2010;3(1): 73-82.
48. Ward TD, Morris T. Think like a nurse: a critical thinking initiative. ABNF Journal. 2016;27(3):64-66.

Araştırma Makalesi / Research Article

Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Anksiyete ile Covid-19'un Kontrolü Algısı Arasındaki İlişki

With the Anxiety Experienced by Patients Receiving Hemodialysis Treatment During the Pandemic Process The Relationship Between the Perception of Control of Covid-19

Şeyda KARASU¹ 

Nurgül KARAKURT² 

Yasemin ERDEN³ 

¹ Araş. Gör., Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

² Dr. Öğr. Üyesi., Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

³ Dr. Öğr. Üyesi., Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yazışmadan sorumlu yazar: Nurgül KARAKURT; nurgul.karakurt@erzurum.edu.tr

Alıntı (Cite): Karasu, Ş, Karakurt, N, Erden, Y. Pandemi Sürecinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Anksiyete ile Covid-19'un Kontrolü Algısı Arasındaki İlişki. 2023;3(1): 136-149.

Özet: Amaç: Bu araştırmada pandemi sürecinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları Covid-19 anksiyetesi ile Covid-19'un kontrolü algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımıyla yürütölen araştırmanın evrenini Erzurum ilinde bir hastaneye bağlı hemodiyaliz merkezinde takip edilen 165 hemodiyaliz hastası oluşturdu. (N=165) Araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra Ocak- Mart 2022 tarihleri arasında 123 hasta ile yürütöldü. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Covid-19 Anksiyete Ölçeği ve Covid-19'un Kontrolü Algısı Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayarla SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak Kruskal Wallis H testi ve Tamhane Post Hoc testi başta olmak üzere 6 farklı istatistiksel analiz yöntemi kullanılarak yapıldı. Covid-19 Anksiyete Ölçeği ile Covid-19'un Kontrolü Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyon değerlerinin $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız olduğu belirlendi. **Sonuç:** Covid-19 Anksiyetesi ve Covid-19'un kontrolü algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sayısının arttırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 anksiyetesi; covid-19 kontrolü algısı; hemodiyaliz

Abstract:

Objective: This study aimed to determine the relationship between Covid-19 anxiety experienced by patients receiving hemodialysis treatment during the pandemic process and the perception of control of Covid-19.

Method: The population of the study, which was conducted with a descriptive design, consisted of 165 hemodialysis patients followed in a hemodialysis center affiliated with a hospital in Erzurum. (N=165) After obtaining the necessary permissions, the study was conducted with 123 patients between January and March 2022. The data of study were collected with the Personal Information Form, the Covid-19 Anxiety Scale, and the Control of Covid-19 Perception Scale. The data were evaluated using SPSS 22.0 statistical program on the computer, using six different statistical analysis methods, mainly the Kruskal Wallis H test and the Tamhane Post Hoc test.

Results: The mean score of the Perception of Control of Covid-19 Scale was 2.40 ± 1.02 and the mean score of the Covid-19 Anxiety Scale was 2.71 ± 0.87 . The correlation values between the Covid-19 Anxiety Scale and the Covid-19 Control Perception Scale scores were found to be insignificant at the $p>0.05$ significance level.

Conclusion: It is recommended to increase the number of studies examining the relationship between Covid-19 Anxiety and the perception of control of Covid-19.

Keywords: Covid-19 anxiety; perception of covid-19 control, hemodialysis.

Giriş

Mortalitesi yüksek salgınlardan birisi olan Covid-19, dünya genelinde birçok kişiyi etkilemekle birlikte özellikle kronik hastalığa sahip bireyleri daha fazla etkilemiştir.^{1,2} Kronik hastalıklar Covid-19 salgınının etkisini arttırarak daha ciddi sonuçlar doğurmakla birlikte yapılan çalışmalar kronik hastalığı olan bireylerin salgına daha fazla yakalandığına ve prognozunun daha kötü olduğuna da dikkat çekmektedir.^{3,4} Kronik hastalıklar kapsamında ele alınan böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon hızının azalması sonucu böbreğin sıvı- elektrolit dengesini bozan, ilerleyici ve geri dönüşümsüz metabolik ve endokrin fonksiyon bozuklukları başta olmak üzere pek çok probleme sebep olan, mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir sağlık sorunudur.^{5,6} Uygulanan konservatif tedavi yöntemleriyle böbrek fonksiyonları sürdürülemezse oluşan atık ürünlerin ve sıvının vücuttan uzaklaştırılması için renal replasman tedavileri uygulanır. Renal replasman tedavilerinden biri olan hemodiyaliz (HD) (%73) ise en sık kullanılan yöntemdir. Hemodiyaliz, etkili bir sıvı-elektrolit dengesi sağlamanın yanı sıra yorgunluk, deride kuruluk, kas krampları, sinirlilik, konsantrasyon zorluğu gibi fiziksel ve psikolojik pek çok semptom meydana getirir.⁶⁻⁸ Bu semptomlardan en sık görülenlerden biri de anksiyetedir.^{7,9} Endişe, gerginlik ya da kaygı anlamına da gelen anksiyete sebebi bilinmeyen sürekli bir endişe ve heyecan halidir. Anksiyete, beraberinde pek çok semptom gelişimini de tetikleyebilmektedir.¹⁰ Öte yandan anksiyetesi az olan hastaların yaşadıkları semptomları, daha kolay yönettikleri ve konfor düzeylerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁹

Kontrol algısı bireyin, yaşamında önemli olan bir durumu değiştirmeye ya da bu duruma uyum sağlayabileceğine dair olan inancıdır. Kontrol algısı, olası problemin belirlenmesi ve bu problemin yönetimine olan uyumun önemli bir parçasıdır.¹¹ Covid- 19 hakkındaki belirsizlikler ve pandeminin kontrolsüz bir yayılım göstermesi güçsüzlük hissini attırarak kontrol algısını olumsuz etkilemektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerdeki kontrol algısının düşük olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır.^{12,13}

Yapılan çalışmalar incelenmeye devam edildiğinde, haftalık rutin tedavileri sebebiyle hastaneye sürekli gitmek zorunda olan HD hastalarının kontaminasyon riskiyle daha fazla karşılaştığı görülmektedir.¹⁴ Ayrıca geleceğe yönelik olumsuz bakış açısı ve sağlığa yönelik kaygının fazla olması anksiyetenin artmasına sebep olmaktadır.¹⁵ Sağlık anksiyetesinin artması da Covid- 19 kontrolü algısını olumsuz etkilemektedir.¹⁶ Bu bağlamda kontrol algısı fazla olan bireylerin daha az anksiyete deneyimledikleri ve Covid-19 kurallarına daha çok uydukları belirlenmiştir.^{16,17}

Bu kapsamda bu araştırma ile pandemi sürecinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları anksiyete ile Covid-19'un kontrolü algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda pandemi döneminde yaşadıkları Covid-19 anksiyetesi ve Covid-19 kontrolü algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte tasarlanmıştır. Araştırma, Erzurum ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanede 1 Ocak- 1 Mart 2022 tarihleri arasında tedavi gören hemodiyaliz hastalarıyla yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Erzurum ilinde bir hastaneye bağlı hemodiyaliz merkezinde takip edilen 165 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur (N=165). Araştırmanın örneklem büyüklüğü priori güç analizi kullanılarak belirlenmiştir. Yapılan güç analizinde Pair-t testi için; 1 birimlik etki büyüklüğünün anlamlı olabilmesi için %95 güçte ve %95 güven düzeyinde en az 116 HD tedavisi gören hastalar araştırmanın örneklem büyüklüğünü oluşturmaktadır. Bu kapsamda araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, 18 yaş ve üzeri olan, HD tedavisi alan, iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 123 HD hastası ile araştırma yürütülmüştür. (n=123)

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Covid-19 Anksiyete Ölçeği ve Covid-19'un Kontrolü Algısı Ölçeğinden alınan puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile ilgili soruların yer aldığı kişisel bilgi formu.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren "Kişisel Bilgi Formu, "Covid-19 Anksiyete Ölçeği" ve "Covid-19'un Kontrolü Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu, haftalık seans sayısı, hemodiyaliz tedavi süresi, ilaçları düzenli

kullanma durumu, tedaviye uyma durumu, organ nakli geçirme durumu, diyetle sorun yaşama durumunu değerlendiren 14 sorudan oluşmaktadır.

Covid-19 Anksiyete Ölçeği: Ölçeği Lee ve ark. geliştirmiş olup¹⁸ Biçer ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Katılımcılar, beş maddeden oluşan Likert ölçeğinde yer alan ifadelerle verdikleri cevaplarla, son 15 günde yaşadıkları anksiyete sıklığını belirtmiş olmaktadır. Her soru için minimum ve maksimum puan 0-4 arasında olup her maddeden alınabilecek puanların toplamı ile de (0 ila 20 arasında) ölçekten alınabilecek toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe, Covid-19 ile ilişkili anksiyete seviyesi de yükselmektedir. Lee tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,930, Biçer ve ark. (2020) tarafından Türkçe uyarlamasının Cronbach's Alpha katsayısı 0,832, bu çalışmada ise 0,972 bulunmuştur¹⁹.

Covid-19'un Kontrolü Algısı Ölçeği: Ölçek Çırakoğlu tarafından geliştirilmiş olup²⁰ Geniş ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. 12 maddeden oluşan "Covid-19'un Kontrolü Algısı Ölçeği", "Makro Kontrol", "Kişisel (mikro) Kontrol" ve "Kontrol Edilebilirlik" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek alt boyutundaki madde puanlarının toplamı değerlendirilen alt boyuttaki madde sayısına bölünerek toplam puan hesaplanır. Makro kontrol alt boyutundan alınabilecek puanın, ortalamanın üzerinde olması Covid-19'a yönelik alınan tedbirlerin yeterli düzeyde olduğunu, kişisel kontrol alt boyut puanının, ortalamanın üzerinde olması da bireysel koruyucu önlemlerin hastalığı kontrol etme üzerinde etkili olduğunu, kontrol edilebilirlik alt boyut puanının, ortalamanın üzerinde olması ise kişilerin Covid-19'u kontrol edebileceğine olan tutumunu göstermektedir.²¹ Çırakoğlu tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,76, Geniş ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,74' dür. Bu çalışmada Cronbach's Alpha 0,831 bulunmuştur.

Etik Kurul

Araştırmanın yürütülebilmesi için Etik Kuruldan (22.12.2021-4), araştırmanın yapılacağı hastaneden ve kullanılan ölçekleri Türkçeye uyarlayan araştırmacılardan izin alınmıştır. Katılımcıların gönüllülük esasına dayanarak sözlü onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde; frekans, yüzde, Pearson Momentler Çarpımı korelasyon analizi, bağımsız gruplar için t testi, Kruskal Wallis H testi ve Tamhane Post Hoc testi olmak üzere 6 farklı istatistiksel analiz kullanılarak bu analizler bilgisayarda SPSS istatistik programı ile yapılmıştır.

Bulgular

Tablo 1’de hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri verilmiştir. Katılımcıların % 46.3’ü kadın, % 53.7’si erkek, % 79.2’si 50-60 yaş aralığında, % 74’ü evli ve % 27.6’sı ilkokul mezunudur. Katılımcıların % 42.3’ü ev hanımıdır ve % 80.5’i ilde yaşamaktadır. Katılımcıların % 62.6’sının gelirini giderine denktir ve % 74’ünün çekirdek ailedir. Katılımcıların hemodiyaliz alma süre ortalaması 55.93 ± 52.44 ’tür, % 90.2’si haftada 3 gün hemodiyaliz almakta iken haftalık hemodiyaliz alma sıklığının aralığı 1 ile 3 arasında olup ortalaması 2.87 ± 0.42 ’dir. Katılımcıların %78’i ilaçlarını düzenli kullanmakta ve tedavi ekibinin önerilerine uymaktadır. Katılımcıların % 37.4’ü ideal kilo sorunu yaşamaktayken % 26.8’i diyete uyumda sorun yaşamaktadır.

Tablo 1. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri (N=123)

	S	%
Cinsiyet		
Kadın	57	46.3
Erkek	66	53.7
Yaş	Min-Max $\bar{X} \pm S.s.$	19-82 57.07 ± 13.87
Medeni durum		
Evli	91	74.0
Bekar	32	26.0
Eğitim durum		
Okuma yazma yok	25	20.3
Okuryazar	9	7.3
İlkokul	34	27.6
Ortaokul	24	19.5
Lise	20	16.3
Üniversite	11	8.9
Meslek		
İşsiz	16	13.0
Emekli	44	35.8
İşçi	6	4.9
Ev hanımı	52	42.3
Memur	1	.8
Diğer	4	3.3
En uzun süre yaşanan yer		
Köy	11	8.9
Kasaba	6	4.9
İlçe	7	5.7

İl	99	80.5
Gelir durumu		
Gelirim giderimden az	22	17.9
Gelirim giderime denk	77	62.6
Gelirim giderimden fazla	24	19.5
Aile tipi		
Çekirdek aile	91	74.0
Geniş aile	27	22.0
Parçalanmış aile	5	4.1
Ne kadar süredir hemodiyaliz alınmakta		
	Min-Max	1-264
	$\bar{X} \pm S.s.$	55.93±52.44
Haftada kaç gün hemodiyaliz alınmakta		
1	4	3.3
2	8	6.5
3	111	90.2
	Min-Max	1-3
	$\bar{X} \pm S.s.$	2.87±0.42
İlaçlarını düzenli kullanma durumu		
Evet	96	78.0
Hayır	4	3.3
Bazen aksatıyor	23	18.7
Tedavi ekibinin önerilerine uyma durumu		
Evet	96	78.0
Hayır	4	3.3
Bazen aksatıyor	23	18.7
İdeal kilo sorunu yaşama durumu		
Evet	46	37.4
Hayır	77	62.6
Diyet sorunu yaşama durumu		
Evet	33	26.8
Hayır	90	73.2

Tablo 2’de Covid-19’un kontrolü algısı ölçeği ve covid-19 anksiyete ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde, Makro kontrol alt boyutu puan ortalamasının 6.02 ± 7.89 , Mikro kontrol alt boyutu puan ortalamasının 2.74 ± 1.35 , Kontrol edilebilirlik alt boyutu puan ortalamasının 2.98 ± 1.22 , Covid-19’un Kontrolü Algısı Ölçeği puan ortalamasının 2.40 ± 1.02 , Covid-19 Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının 2.71 ± 0.87 olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. COVID-19’un Kontrolü Algısı Ölçeği ve COVID-19 Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamaları

	Min-Max	X	S.S
COVID-19 Anksiyete Ölçeği	0-20	6.02	7.89
Makro kontrol alt boyutu	1-5	2.74	1.35
Mikro kontrol alt boyutu	1-7	2.98	1.22
Kontrol edilebilirlik alt boyutu	1-5	2.40	1.02
COVID-19'un Kontrolü Algısı Ölçeği	1-5	2.71	.87

Tablo 3’de Covid-19’un Kontrolü Algısı Ölçeği ve Covid-19 Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki verilmiştir. Korelasyon analizi sonucu “Covid-19 Anksiyete Ölçeği” ile “Makro kontrol boyutu”, “Mikro kontrol alt boyutu”, “Kontrol edilebilirlik alt boyutu” ve “Covid-19’un Kontrolü Algısı Ölçeği” puanları arasındaki korelasyon değerleri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

Tablo 3. COVID-19’un Kontrolü Algısı Ölçeği ve COVID-19 Anksiyete Ölçeği puanları Arasındaki İlişki

		COVID-19 Anksiyete Ölçeği
Makro kontrol alt boyutu	r	-.080
	p	.379
Mikro kontrol alt boyutu	r	-.039
	p	.671
Kontrol edilebilirlik alt boyutu	r	.137
	p	.129
COVID-19’un Kontrolü Algısı Ölçeği	r	-.006
	p	.951

Tartışma

Covid-19 salgını, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de halk sağlığı için yıkıcı ve zorlu bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Şüphesiz Covid-19’un oluşturduğu bu durumdan en fazla

etkilenen gruplardan biri de kronik hastalığa sahip bireyler olmuştur.²² Bu süreç, kronik hastalığı olan bireylerin; yaşam koşullarının bozulmasına (beslenme alışkanlıklarında değişim, fiziksel aktivite-uyku bozuklukları, stres ve anksiyete) ve bozulan bu koşulları iyileştirmek için çeşitli önlemler almaya neden olmaktadır.²³ Bu araştırmada HD hastalarının Covid-19 pandemisine ilişkin kontrol algısı düzeyleri ve Covid-19 anksiyetesi arasındaki ilişki düzeyleri araştırılarak bu iki kavram arasındaki ilişki ortaya konmaya çalışılmıştır.

Hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bu çalışmada katılımcıların Covid-19'la ilgili Anksiyete Ölçeği puanının ortalamasının altında olduğu belirlenmiştir. Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında genellikle yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireylerin salgın gibi olağanüstü durumlardan ruhsal, zihinsel ve fiziksel anlamda oldukça etkilendiği görülmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda, Covid-19 salgını kronik hastalıklara sahip bireylerde anksiyete artışına neden olmuştur.²⁴⁻²⁸ 37 çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında pandemi döneminde bireylerin Covid-19 ile ilişkili anksiyete seviyelerinde önemli derecede artış olduğu belirlenmiştir.²⁹ Yine Türkiye'de Çıtak ve Pakdemir (2020)' in pandemi döneminde yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan katılımcıların büyük oranda (%40) kaygı seviyelerinin normal sınırların üzerinde olduğu belirlenmiştir.³⁰ Tacettin ve Uymaz (2020)'ın çalışmasında, araştırmada yer alan kişilerin %31'i yüksek, Havlıoğlu ve Demir (2020)'in çalışmasında ise katılımcıların %18'inin ağır düzeyde kaygı deneyimledikleri belirlenmiştir.^{31,32}

Araştırmanın yapıldığı dönem göz önünde bulundurulduğunda toplumsal olarak alınan tedbirlere daha fazla uyulduğu ve pandeminin başlangıcındaki bilinmezlikler dönemine denk gelmesi çalışma sonucuna etki ederek katılımcıların anksiyete düzeylerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca; haftanın birkaç gününde hastanede HD tedavisi almak durumunda olan hastaların pandemi sürecinde hastaneye kabulleri sırasında koruyucu önlemlerin artırılarak büyük bir titizlikle yapılması göz önünde bulundurulduğunda hastaların Covid-19 anksiyetesi düzeyinin düşük çıkması beklenen sonuçlar arasında olabilir.

Mevcut çalışmada HD hastalarının Covid-19 Kontrol Algısı Ölçeği puanının ortalamasının altında olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda literatür incelendiğinde Ekiz ve Dönmez (2020) tarafından yapılan bireylerin sağlık anksiyete düzeyleri ile Covid-19 salgını kontrolü algısının incelendiği çok merkezli bir çalışmada; Covid-19 kontrol algısı toplam puan ortalamasının düşük olduğu ve bulguların bu araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir.³³ Elmaoğlu ve ark.(2021)'nin yaptıkları çalışmada bireylerin Covid-19'a yönelik kontrol algısı puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir.³⁴ Çalışmalar incelendiğinde HD hastalarının düşük kontrol algısı, Covid-19 hakkında aşırı kaderci/iyimser ve kendine yeten bir

görüŖe sahip olduklarını destekleyebilir; bu durum, toplumsal düzenlemeleri daha kötü anlamlandırmada ve daha az destek sağlamada etkilidir.³⁴ Covid-19 gibi pandemiye neden olup tüm dünyayı etkileyen böyle büyük çaplı salgınların doğal olarak bireysel kontrolü çok zordur. Bu nedenle toplumsal düzeyde sağlıkla ilişkili kaygının belirli sınırlar içinde kalabilmesi için bireysel ve toplumsal olarak alınan tedbirlerin uygulanması oldukça önemlidir.³³ Kontrol algısı düşük bireylerin, kişisel ve toplumsal anlamda hastalığı önlemek için alınan tedbirleri görmezden gelme olasılıklarının daha yüksek olduğu da yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır.⁴ Alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde özellikle kronik hastalığa sahip bireylerde Covid-19 kontrol algısına yönelik literatürün yetersiz olduğu ve yapılan bu çalışmanın da literatüre ciddi katkı sağlayacağı bu anlamda düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Covid-19 Anksiyete Ölçeği ile Makro kontrol boyutu, Mikro kontrol alt boyutu, Kontrol edilebilirlik alt boyutu ve Covid-19'un Kontrolü Algısı Ölçeği arasında ilişki olmadığı söylenebilir.

Bu bağlamda alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde özellikle kronik hastalığa sahip bireylerde Covid-19 anksiyete ve kontrol algısına yönelik literatürün yetersiz olduğu göz önünde bulundurulduğunda çalışmanın farklı örneklem grupları ile ve etkileyen etmenlerle tekrarlanması önerilmektedir.

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

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Yazarlar herhangi bir finansal destek almamıştır

Yazar Katkıları: Konsept – ŞK, NK, YE, Tasarım - ŞK, NK, YE, Supervizyon - ŞK, NK, YE, Kaynaklar - ŞK, NK, YE Malzemeler - ŞK, NK, YE, Veri Toplama ve/veya İşleme - ŞK, NK, YE, Analiz ve/veya Yorum - ŞK, NK, YE, Literatür Taraması - ŞK, NK, YE, Yazma - ŞK, NK, YE, Eleştirilerel İnceleme - ŞK, NK, YE, Dergiye göre düzenleme- ŞK, NK, YE

Teşekkür: Bu çalışmanın yapılmasında diyaliz merkezi çalışanlarına ve değerli katkılarından dolayı hastalara teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Jiang F, Deng L, Zhang L, Cai Y, Cheung CW, Xia Z. Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (covid-19). Journal of general internal medicine. 2020;35(5):1545-1549. Doi: 10.1007/s11606-020-05762-w.

2. Zhu J, Ji P, Pang J, et al. Clinical characteristics of 3062 COVID-19 patients: a meta-analysis. *Journal of medical virology*. 2020; 92(10):1902-1914. Doi: 10.1002/jmv.25884.
3. Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Güven GS. Covid-19'da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. *Flora*. 2020; 25(5). Doi: 10.5578/flora.69700.
4. Zhu NOJ, Lu HJ, Chang L. Debate: Facing uncertainty with (out) a sense of control—cultural influence on adolescents' response to the covid-19 pandemic. *Child and adolescent mental health*. 2020; 25(3):173-174. Doi: 10.1111/camh.12408.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı (2018-2023). Access: 28.02.2022. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/bobrek_hastaliklari/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf.
6. Türk Nefroloji Derneği. 2020 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu. 06 Mart 2022. Available from: <https://nefroloji.org.tr/tr/slider/tnd-ulusal-kayit-sistemi-2020-yili-verileri-sunulmustur>.
7. Delmas P, Cohen C, Loisselle MC, Antonini M, Pasquier J, Burnier M. Symptoms and quality of life from patients undergoing hemodialysis in Switzerland. *Clinical Nursing Studies*. 2018; 6(2):63-72. Doi: 10.1002/nop2.421.
8. Karadakovan A, Eti Arslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım: Üriner Sistem. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2020. 863-934.
9. Demir CA, Zülfünaz Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi/the relationship of symptoms and comfort in patients receiving hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 17(1), 10-27. Doi: <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2022.49>.
10. Atak M. Pandemi öncesinde üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı ile ilişkili faktörler. *İbn Haldun Çalışmaları Dergisi*. 2022;7(1):55-67. Doi: 10.36657/ihcd.2022.88.
11. Folkman Susan . Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 46(4):839–852. Doi:10.1037/0022-3514.46.4.839.
12. Peluso AM, Pichierri M. Effects of socio-demographics, sense of control, and uncertainty avoidability on post-covid-19 vacation intention. *Current Issues in Tourism*. 2021; 24(19):2755-2767. Doi: 10.1080/13683500.2020.1849050.

13. Iskandarsyah A, Klerk C, Suardi DR, et al. Consulting a traditional healer and negative illness perceptions are associated with non-adherence to treatment in Indonesian women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2014; 23(10): 1118–1124. Doi: 10.1002/pon.3534
14. Basile C, Combe C, Pizzarelli F, ET AL. Recommendations for the prevention, mitigation and containment of the emerging sars-cov-2 (covid-19) pandemic in hemodialysis centers. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2020;35(5):737-741. Doi:10.1093/ndt/gfaa069.
15. Didin M, Yavuz B, Yazıcı HG. Covid-19'un öğrencilerin stres, anksiyete, depresyon, korku düzeylerine etkisi: sistematik derleme. *psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2022;14(1):1-1. Doi: 10.18863/pgy.931572.
16. Hou Y, Hou W, Zhang Y, et al. Relationship between working stress and anxiety of medical workers in the COVID-19 situation: A moderated mediation model. *Journal of affective disorders*. 2022; 297:314-320. Doi: 10.1016/j.jad.2021.10.072
17. Brailovskaia J, Margraf, J. Relationship between a sense of control, psychological burden, sources of information and adherence to anti-covid-19 rules. *Journal of Affective Disorders Reports*2022; 8:100317. Doi: 10.1016/j.jadr.2022.100317.
18. Lee SA. Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*. 2020; 1-9. Doi: 10.1080/07481187.2020.1748481
19. Biçer İ, Çakmak C, Demir H, Kurt ME. Koronavirüs anksiyete ölçeği kısa formu: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2020;25(1):216-225. Doi:10.21673/anadoluklin.731092.
20. Çırakoğlu O. Domuz gribi (H1N1) pandemisine ilişkin algıların kaygı ve kaçınma değişkenleri açısından incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2011;26:65-69.
21. Geniş B, Gürhan N, Koç M, Geniş Ç, Şirin B, Çırakoğlu O, Coşar B. Development of perception and attitude scales related with COVID-19 pandemia. *Pearson Journal of Social Sciences-Humanities*. 2020;5(7):306-328. Doi:10.46872/pj.127.
22. Tiirinki H, Tynkkynen LK, Sovala M, et al. Covid-19 pandemic in Finland—Preliminary analysis on health system response and economic consequences. *Health Policy and Technology*. 2020; 9(4):649-662. Doi: 10.1016/j.hlpt.2020.08.005
23. Giuntella O, Hyde K, Saccardo S, Sadoff S. Lifestyle and mental health disruptions during covid-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2021; 118(9). Doi: doi.org/10.1073/pnas.2016632118.
24. Mazza C, Ricci E, Biondi S, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the covid-19 pandemic: immediate psychological responses and

- associated factors. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*.2020;17(9):3165. Doi:10.3390/ijerph17093165.
25. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the covid-19 outbreak in a population sample in northern Spain. *Cadernos De Saude Publica*, 2020;36. Doi: 10.1590/0102-311X00054020.
 26. Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga Mondragon N, Dosil Santamaría, et al. Psychological symptoms during the two stages of lockdown in response to the COVID-19 outbreak: an investigation in a sample of citizens in Northern Spain. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1491. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01491
 27. Ricci Cabello I, Meneses-Echavez JF, Serrano-Ripoll MJ, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on the mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;1(277):347-357. Doi: 10.1016/j.jad.2020.08.034.
 28. Yasin A, Asefa T, Takele A, et al. Covid-19-related anxiety and knowledge toward its preventive measures among patients with chronic medical illness on follow-up in public hospitals of Bale, East Bale, and West Arsi zones, Ethiopia. *SAGE Open Medicine*. 2022;10. doi:10.1177/20503121211066682.
 29. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*. 2020; 16(1):1-11. Doi: 10.1186/s12992-020-00589-w.
 30. Çıtak Ş, Pekdemir Ü. An analysis of sleep habits and generalized anxiety levels of individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Counseling and Education*. 2020;5(1):60-73. Doi:10.32568/jfce.742086.
 31. Tacettin K, Uymaz P. Anxiety, protective behaviors and related factors during the covid-19 outbreak: A cross-sectional study. *Acta Medica Alanya*. 2020;4(2):186-192. Doi: 10.30565/medalanya.718083.
 32. Havlioğlu S, Demir HA. Determining the anxiety levels of emergency service employees' working during the covid-19 pandemic. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2020; 17(2):251-255. Doi: 10.35440/hutfd.752467.
 33. Tutku E, İliman E, Dönmez E. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile covid-19 salgını kontrol algisinin karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2020;6(1):139-154. ISSN: 2149-6161.

34. Elmaoğlu E, Sungur M, Yavaş elik M, Öztürk opur E. Bireylerde covid-19 kontrolü algisi ile covid-19 aşısına karşı tutum arasındaki ilişki. *Journal of Society & Social Work*. 2021;32(5):337-353. ISSN: 2147-3374 / E-ISSN: 2602-280X.



Geliş Tarihi (Received): 17.03.2023

Kabul Tarihi (Accepted): 25.04.2023

Araştırma Makalesi/Research Article

Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Meme Kanseri Kadercilik Algılarına Etkisi
Effect of Education Based on Health Promotion Model on Healthy Lifestyle Behaviors and Breast Cancer Fatalism Perceptions in Women

Fatma ERSİN¹ 

Suzan HAVLIOĞLU² 

¹ Doç. Dr, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Sanliurfa, Türkiye

² Doç. Dr., Harran Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sanliurfa, Türkiye

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

Alıntı (Cite): Ersin, F, Havlioğlu, S. Effect of Education Based on Health Promotion Model on Healthy Lifestyle Behaviors and Breast Cancer Fatalism Perceptions in Women. Llnursing. 2023;3(1): 150-165

Özet: Bu çalışma vaiz olarak görev yapan kadınlara sağlığı geliştirme modeli temel alınarak verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve meme kanseri kadercilik algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, tek gruplu ön test-son test desenine sahip yarı deneysel bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini 138 vaize kadın oluşturmuştur. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($t=-4.891$, $p=.000$), meme kanseri kadercilik ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.633$, $p=.105$). Sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim, kadın vaizlere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmada etkili olmuş ve meme kanseri kaderciliği algısını azaltmıştır. Bu nedenle bu eğitimin sürekliliğinin sağlanması, ilgili eğitim programlarının belirli aralıklarla geliştirilmesi ve uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri kaderciliği; sağlığı geliştirme; sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

Abstract: This study was conducted to determine the effect of an education based on health promotion model on healthy lifestyle behaviors and breast cancer fatalism perceptions in women preachers.

Methods: This study was a quasi-experimental study with one-group pretest-posttest design. The sample of the study consisted of 138 women preachers.

Results: A statistically significant difference was found between the women pre and post-test healthy lifestyle behaviors scale mean scores ($t=-4.891$, $p=.000$), but there was no statistically significant difference between their pre and post-test breast cancer fatalism scale mean scores ($t=1.633$, $p=.105$).

Conclusion: The education based on health promotion model was effective in making women preachers gain healthy lifestyle behaviors, and decreased their perception of breast cancer fatalism. Therefore, it is recommended to ensure the continuity of this education, and to develop and implement relevant training programs at certain intervals.

Key Words: Breast cancer fatalism; health promotion; healthy lifestyle behaviors.

Introduction

Health promotion is a basic strategy referring to the behavioral changes in health services and adaptation of health-promoting behaviors for improving the quality of life of people.⁽¹⁾ The main purpose of health promotion is to gain healthy lifestyle behaviors known as health promotion behaviors.⁽²⁻⁴⁾ Healthy lifestyle behaviors are defined as the “behaviors encouraging individuals to maintain and raise their level of well-being”.⁽⁵⁾ These behaviors are very important in preventing diseases, early diagnosis of diseases, increasing the quality of life, and healthy aging.⁽⁶⁾ Therefore, existing behaviors of individuals should be determined and relevant trainings should be planned and implemented to make them develop, gain and maintain healthy lifestyle behaviors.⁽⁷⁾ The literature also supports the effect of education in this regard. studies report that education increases healthy lifestyle behavior mean scores of intervention group with education.⁽⁸⁻¹³⁾

In addition, it is very important for individuals to maintain protective behaviors in healthy behaviors. However, sometimes their perceptions can negatively affect maintaining these behaviors. One of these perceptions is the perception of fatalism. Therefore, it is also very important to determine the level of fatalism, which is effective in protecting and improving health and gaining early diagnosis behaviors.⁽¹⁴⁾ Breast cancer fatalism, which is common in women with breast cancer, is effective in performing early diagnosis behaviors for breast cancer and maintaining a healthy life. Although there are descriptive studies conducted to determine the perceptions of breast cancer fatalism, there are no interventional studies supported by models.⁽¹⁵⁾

The basic concepts and principles in the health promotion model developed by Pender (1988) have become a guidance for determining healthy lifestyle behaviors. The health promotion model draws attention to the learning process that affects individuals' health-promoting behaviors, and emphasizes the importance of health education given to individuals in this

process.⁽⁷⁾ Therefore, an education structured using the health promotion model can be effective in making individuals gain health-promoting behaviors. In addition, the contribution of community leaders in making people gain these behaviors is undeniable.

Educating women who are considered as community leaders in Turkey, called women preachers, on healthy lifestyle behaviors and breast cancer fatalism is very important in making women gain healthy behaviors. For this reason, this study was conducted to determine the effect of an education based on health promotion model on healthy lifestyle behaviors and breast cancer fatalism perceptions in women.

Hypothesis

H¹ Women have higher mean scores of healthy lifestyle behaviors after education than before education.

H² Women have higher mean scores of breast cancer fatalism perception than before education.

Materials and Methods

Type of Research

This is a quasi-experimental study (one-group pretest-posttest design).

Time and Place of the Research

The study was conducted between October 2019 - October 2020 with women preachers affiliated to the Mufti's Office of the Directorate of Religious Affairs in the City in Southeast Turkey.

Population and Sample of Research

No sampling method was used in the study, aiming to reach 172 women preachers in the city center in southeast Turkey. However, only 138 women preachers were applied pre-test and post-test.

Data Collection and Application

The education was held in three groups (1st group - 44 woman, 2nd group - 46 woman, 3rd group - 48 woman) within one week intervals in the meeting hall of the Mufti's Office. Data were collected by face-to-face interview method. The women in the sample were divided into three groups. Before the training, the purpose of the training was explained to the participants. The pretests before the training were completed in an average of 10 minutes. Posttests were completed 6 months after training. The training took an average of 45 minutes.

The education was structured on the basis of health promotion model. Power point presentations prepared by the researchers were used in the trainings. Content of the training: healthy lifestyle behaviors and self performed a breast self-exam.

Data Collection Tools

Data were collected using an introductory information form, the Healthy Lifestyle Behavior Scale II (HLBS-II), and the Breast Cancer Fatalism Scale.

Introductory Information Form: The form consisted of 11 questions about participants' socio-demographic and breast cancer characteristics.

Healthy Lifestyle Behavior Scale II (HLBS-II): This scale was developed by Walker et al. (1987) and revised in 1996.^(16,17) Its Turkish validity and reliability study was performed Bahar et al. (2008).⁽¹⁸⁾ The scale, which evaluates healthy lifestyle behaviors in individuals, consists of a total of 52 items and 6 subscales. The subscales are nutrition, health responsibility, physical activity, interpersonal relationships, spiritual development and stress management. All items of the scale are positive. Total scale score shows the score of healthy lifestyle behaviors. This is a 4-point likert type scale (4). The lowest and highest scores are 52 and 208, respectively. The Chronbach's alpha value of the scale is 0.94. In this study, the Chronbach's alpha value of the scale was found as 0.90.

Breast Cancer Fatalism Scale: Scale was developed in the USA, consisting of 15 items.^(19,20) Mayo et al. (2001) revised the scale to measure breast cancer fatalism by reducing it to 11 items. The scale includes “Yes-No” questions, whereby “Yes”=1 and “No”=0. A higher scale score indicates a higher perception of fatalism.⁽²¹⁾ Since the scale contains 11 items, total scale score vary between 0-11. This is one-factor scale, which can be filled out in 3-5 minutes. The internal validity coefficient of the original scale is reported as 0.89. The Turkish validity and reliability study of the 11-item version of the scale was performed by Ersin et al. in 2015. They found the KR-20coefficient ($PFI_{TR} - rPFI$) as 0.797, and the item-total correlations between 0.264 and 0.530.⁽¹⁴⁾ In this study, the Chronbach’s alpha value of the scale was determined as 0.67.

Dependent and Independent Variables

Dependent Variables: Breast cancer early diagnosis behaviors, healthy lifestyle behavior scale II mean scores, and breast cancer fatalism scale mean scores.

Independent Variables: An education structured based on health promotion model, and socio-demographic characteristics (age, marital status, number of children, education level).

Data Analysis

Data were evaluated using the SPSS 22.0 package program, and analyzed using descriptive statistics (number, percentage, mean). Pre-and post-test results were compared using the dependent sample t-test.

Ethical Dimension of the Research

For conducting the study, an institutional permission was obtained from the Şanlıurfa Mufti’s Office, an approval from the Faculty of Medicine Ethics Committee (Date: 18.09.2019, No: 39259) at Harran University, and informed consent from participants.

Limitations of the Research

The limitation of the study is that the results cannot be generalized to all women living in the region where the study was conducted.

Results

In this study, 76.4% of the women preachers were between the ages of 18-35 years, 56.5% were married, 79.0% were undergraduate, 20.3% had 3 or more children, and 71.0% previously received training on a health issue (Table 1)

Table 1: Identifying Characteristics of the Women (*n* = 138)

Characteristics	Number	Percentage
Age (31.30 ± 7.78)		
18-35	103	76.4
36-57	35	25.4
Marital Status		
Married	78	56.5
Single	60	43.5
Education		
High school	22	15.9
Undergraduate	109	79.0
Graduate	7	5.1
Number of children		
No children	59	57.2
1-2	31	22.5
3 and above	28	20.3
Getting information about a healthy lifestyle before		
Yes	98	71.0
No	40	29.0
Information place-person		
Health personnel	70	50.7
Social media	13	9.4
Books, magazines or brochures	8	5.8
Social environment (friend, relative, etc...)	7	5.1

In addition, 17.4% of them had a family history of breast cancer, 55.1% received information about breast cancer beforehand, and 34.8% performed breast self-examination (Table 2).

Table 2: Breast Cancer Characteristics of Women (n = 138)

Characteristics	Number	Percentage
Family history of breast cancer		
Yes	24	17.4
No	114	82.6
Breast cancer diagnosis status		
Yes	2	1.4
No	136	98.6
Getting information about breast cancer / early diagnosis		
Yes	76	55.1
No	62	44.9
Information place-person		
Health personnel	65	47.1
Social media	6	4.3
Books, magazine sorbrochures	3	2.2
Social environment (friend, relative, etc...)	2	1.4
Breast self-examination		
Yes	48	34.8
No	90	65.2

A statistically significant difference was found between the women preachers' pre and post-test healthy lifestyle behaviors scale II mean scores ($t=-4.891, p=.000$), but there was no statistically significant difference between their pre and post-test breast cancer fatalism scale mean scores ($t=1.633, p=.105$) (Table 3).

Table 3: Comparison of Women Preachers Before And After Training Healthy Life Style Behaviors And Breast Cancer Fatalism Scale Averages (n = 138)

Scales	Before the Training	After the Training	Test Value and Significance	
	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	t	p
Health Responsibility	19.84 ± 3.94	23.02 ± 4.96	-6,731	.000
Physical Activity	15.27 ± 3.79	17.76 ± 4.51	-5,507	.000
Nutrition	22.64 ± 4.20	24.60 ± 5.11	-4,033	.000
Spiritual Development	27.13 ± 4.19	27.78 ± 4.25	-1,561	.121
Interpersonal Relations	25.97 ± 3.77	26.72 ± 3.70	-1,877	.063
Stress Management	19.17 ± 3.97	20.65 ± 4.42	-3,629	.000
Healthy Lifestyle Behaviors Scale II	130.28 ± 18.67	140.30 ± 22.66	-4,891	.000
Breast Cancer Fatalism Scale	2.49 ± 1.73	2.21 ± 1.55	1,633	.105

\bar{X} : Mean, Sd: Standart Deviation, t: Independent t test

A statistically significant difference was found between breast cancer fatalism scale mean scores and marital status ($t=2.75, p=.007$), but there was no statistically significant difference between healthy lifestyle behaviors scale II mean scores and age, marital status, education status, number of children (Table 4).

Table 4: Comparison of the Socio-Demographic Characteristics of The Women Preachers and The Mean Scores of Healthy Life Style Scale II and Breast Cancer Fatalism Scale

Characteristics	Healthy Lifestyle Behaviors Scale II		Breast Cancer Fatalism Scale	
	$\bar{X} \pm Sd$	Test Value and Significance	$\bar{X} \pm Sd$	Test Value and Significance
Age				
18-35	130.39±17.62	$t=0.13$	2.68±1.69	$t =1.98$
36-57	129.94±19.62	$p=.875$	2.07±1.47	$p =.049$
Marital Status				
Married	132.58±19.26	$t =1.73$	2.21±1.46	$t =-2.75$
Single	127.56±16.26	$p =.085$	2.93±1.80	$p =.007$
Education				
High school	122.04±19.48		2.68±1.78	
Undergraduate	131.61±17.57	$KW=3.71$	2.47±1.65	$KW=1.94$
Graduate	132.11±17.89	$p = .156$	3.11±1.45	$p = .378$
Number of children				
1-2	131.97±17.09	$t =.673$	2.62±1.64	$t =2.042$
3 and above	128.93±19.31	$p =.504$	1.86±1.30	$p =.045$
No Children	123.07±17.03		2.72±1.59	

\bar{X} : Mean, Sd: Standart Deviation, t: Independent t test, KW: Kruskal Wallis Analysis

Discussion

The necessity of planning and implementing trainings to develop and maintain health behaviors is stated in the literature.⁽⁷⁾ In this study, the women's health responsibility subscale mean score significantly increased after the education. Similar studies also found increased health responsibility subscale mean scores after the education.^(12,22) Health responsibility is important for individuals to control their health, which can be increased through education. Therefore, the increased health responsibility subscale mean score after the education is an expected result of this study.

This study found that the women's physical activity subscale mean score was significantly increased after the education. This is a result similar to those in other relevant studies.^(11,22) Physical activity has an important place in health behavior. Lack of physical activity ranks as the 4th global death risk.⁽²³⁾ Therefore, the result of this study showing that the women's physical activity mean score was increased through education, is very important in terms of making individuals gain healthy behavior.

This study found that the women's nutrition subscale mean score significantly increased after the education. Mahdipour et al. (2015) also found that the participants' post-education nutritional subscale mean score was high, but there was no significant difference compared to their pre-education mean score.⁽¹¹⁾ Similarly, other studies have reported increased nutrition subscale mean scores after the education.^(22,24) Obesity ranks 5th in the global death risks.⁽²³⁾ Therefore, the result of this study revealing the women's increased nutrition subscale mean score after the education shows the effectiveness of the education based on health promotion model.

This study determined that the women's spiritual development subscale mean score slightly increased after the education, which was not statistically significant. A similar study found that the participants' spiritual development subscale mean score significantly increased after the

education.⁽¹²⁾ Mental health is closely associated with health behaviors.⁽¹¹⁾ The lack of significant difference between the pre and post-test spiritual development subscale mean scores of women preachers who give religious education may be due to their religious beliefs. However, an increase in their spiritual development subscale mean score after the education is an important result for the study.

The interpersonal relations mean score of women preachers significantly increased after the education. Rathnayake et al. (2019) reported significantly higher interpersonal relations mean scores after the intervention.⁽¹²⁾ Similar results were obtained in other studies.⁽²⁵⁻²⁷⁾ The result of this study regarding the increase in women's interpersonal relations subscale mean score after the education is important in terms of showing the effectiveness of the education.

This study also found that the stress management subscale mean score of women preachers was significantly high after the education. Similar results were obtained in other studies.^(11,12) Coşkun and Bebiş (2019) determined that the stress management mean score of nursing students increased after the intervention, which was not statistically significant.⁽²²⁾ The result of this study is an expected result showing the effectiveness of the education.

In this study, the healthy lifestyle behaviors scale total mean score of women preachers significantly increased after the education. This result obtained from the study supported the H₁ hypothesis. Similar to this study, several studies have reported higher post-intervention healthy lifestyle behaviors scale total mean scores.^(1,8,9,11,12,29,30,31) As seen in the results of these studies, a planned health education improves health behaviors. In addition, the results obtained from this study are important in terms of showing the effectiveness of the health education based on health promotion model.

In addition, this study determined that the level of breast cancer fatalism of women preachers, which was low before the education, decreased further after the education. This result obtained from the study did not support the H₂ hypothesis. However, it is important that the average

score decreases. The perception of fatalism has been found low in some descriptive studies with different groups.^(15,32,33,34) and high in some others.^(35,36)

In this study, the education based on health promotion model decreased the breast cancer fatalism scale mean score of women preachers. In the literature, there is no intervention study on the perception of breast cancer fatalism. Decreased breast cancer fatalism perception of women preachers after the education is an expected result.

Conclusion and Recommendations

The education based on health promotion model was effective in making women preachers gain healthy lifestyle behaviors, and decreased their perception of breast cancer fatalism. Therefore, it is recommended to ensure the continuity of this education, and to develop and implement relevant training programs at certain intervals. In addition, nursing studies can be conducted using larger research samples and planning proper interventions to determine the perception of fatalism in individuals.

Conflict of Interest

The authors have no conflicts of interest to report.

Financial Support

There is no Institutional and Financial Support.

Author Contribution:

Fatma Ersin and Suzan Havlioğlu took part in every stage of the study.

References

1. Heidari F, Kermanshahi SM, Vanaki Z, Nejad, AK. A Survey the effect of planned program of health promotion on stres management in middle-aged women. *IJNR*. 2011;6(22):16-23.
2. Bahadır Z, Certel Z, Topuz R. A research on healthy living behaviors of rchery coaches and boxing oaches. *IntJSCS*. 2014;2(5):88–96. doi: 10.14486/IJSCS78

3. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice, Prentice Hall, Upper Saddle River. NJ, USA, 2006.
4. Sheikholeslam R, Mohamad A, Mohammad K, Vaseghi Z. Noncommunicable disease risk factors in Iran. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2004;13(Suppl):S100.
5. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987;36(2):76-81.
6. Cindaş A. Principles of exercise training for the elderly. *Turk Geriatri Derg.* 2001;4(2):77-84.
7. Walker SN, Volkan K, Sechrist K, Pender NJ. Health promoting lifestyle older adults: comparisons with young and middle aged adults, correlates and patterns. *ANS.* 1988;11(1):76- 89.
8. Bazzano AT, Zeldin AS, Diab IR, Garro NM, Allevato NA, Lehrer DLCSW WRC Project Oversight Team. The Healthy Lifestyle Change Program: A pilot of a community based health promotion intervention for adults with developmental disabilities. *Am J Prev Med.* 2009;37;S201-8. doi: 10.1016/j.amepre.2009.08.005
9. Ensan A, Babazadeh R, Aghamohammadian H, AfzalAghaei M. Effect of training based on choice theory on health-promoting lifestyle behaviors among menopausal women. *JMRH.* 2018;6(2):1253-1263. doi: 10.22038/JMRH.2018.10469
10. Hashemi SZ, Rakhshani F, Navidian A, Mosani SR. Effectiveness of educational program based on transtheoretical model on rateof physical activity among household women in Zahedan, Iran. *HSR.* 2013;9:144-52.
11. Mahdipour N, Shahnazi H, Hassanzadeh A, Sharifirad G. The effect of educational intervention on health promoting lifestyle: Focusing on middle-aged women. *J Educ Health Promot.* 2015;4:51. doi: 10.4103/2277-9531.162334
12. Rathnayake N, Alwis G, Lenora J, Lekamwasam S. Impact of health- promoting lifestyle

- education intervention on health-promoting behaviors and health status of postmenopausal women: a quasi-experimental study from Sri Lanka. *Biomed Res Int.* 2019. eCollection 2019.
13. Ribeiro MA, Martins MA, Carvalho CR. Interventions to increase physical activity in middle age women at the workplace: A randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2014;46(5):1008-15. doi: 10.1249/MSS.0000000000000190
 14. Ersin F, Capik C, Kissal A, Gordes Aydogdu N, Beser A. Breast cancer fatalism scale: a validity and reliability study in Turkey. *IJCS.* 2018;11(2):783-91.
 15. Kulakci H, Kuzlu Ayyildiz T, Yildirim N, Ozturk Ö, Kose Topan A, et al. N. Effects of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among nursing students in Turkey. *APJCP.* 2015;16(8):3565-72. doi:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.8.3565
 16. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996.
 17. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987;36(2):76-80.
 18. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. Healthy life style behavior scale II:a reliability and validity study. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008;12(1):1-13.
 19. Powe BD. Fatalism among elderly African Americans: Effects on colorectal cancers creening. *Cancer Nurs.* 1995a;18(5):385–392.
 20. Powe BD. Cancer fatalism among elderly Caucasians and African Americans. *Oncol Nurs Forum.* 1995b;22(9):1355–1359.
 21. Mayo RM, Ureda JR, Parker VG. Importance of fatalism in understanding mammography screening in rural elderly women. *J Women Aging.* 2001;13(1):57-72.

22. Coşkun S, Bebiş H. Effects of health promotion courses on development of healthy lifestyle behaviours and e-health literacy in nursing, *Gulhane Med J.* 2019;61:52-58.
23. World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks.*
24. Ostadrahimi A, Safaeian R. The effect of nutrition education on nutritional knowledge, attitude and practice of employed women. *Tabriz University of Medical Sciences.* 2009;31:12-7.
25. Kazemi SA, Javidi H, Aram M. The effect of communication skills training on job-related stress of the experts. *Journal of New Approach in Educational Administration.* 2011;1(4):63-79.
26. Amini M, Nouri A, Samavatyan H. Effect of communication skills training on general health of nurses. *Health Information Management.* 2013;10:109-117.
27. Thijs GA. GP's consult and health behaviour change project. Developing a programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements. *Patient Educ Couns.* 2007;67(3):267-71. doi:10.1016/j.pec.2007.05.002
28. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal therapy oriented group intervention. *Am J Psychiatry.* 2001;158:638-640.
29. Anderson A, Seib C, McGuire A, Porter-Steele J. Decreasing menopausal symptoms in women undertaking aweb-based multi-modal lifestyle intervention: the women's wellness program. *Maturitas.* 2015;81(1):69–75.
30. Nazari M, Farmani S, Kaveh MH, Ghaem, H. The effectiveness of lifestyle educational program in health romoting behaviors and menopausal symptoms in 45–60-year old women in Marvdasht, Iran. *Glob J Health Sci.* 2016;8(10):34. doi:10.5539/gjhs.v8n10p34

31. Shafaie FS, Mirghafourvand M, Jafari M. Effect of education through support group on early symptoms of menopause: a randomized controlled trial. *J Caring Sci.* 2014;3(4):247. doi: 10.5681/jcs.2014.027
32. Altıntaş HK, Ayyıldız TK, Veren F, Topan TK. The effect of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among Turkish Women. *J Relig Health.* 2017;56(5):1537-1552. doi: 10.1007/s10943-016-0326-4
33. Altıntaş-Kulakçı H, Aslan-Korkmaz G. The Effect of breast cancer fatalism perception on breast cancer health belief of the midwives and nurses. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing.* 2019;6(1):10-19.
34. Powe BD, Daniels EC, Finnie R. Comparing perceptions of cancer fatalism among African American patients and their providers. *J Am Acad Nurse Pract.* 2005;17(8):318-324.
35. Azaiza F, Cohen M, Awad M, Daoud F. Factors associated with low screening for breast cancer in the Palestinian Authority: relations of availability, environmental barriers, and cancer-related fatalism. *Cancer.* 2010;116(19):4646-4655. doi:10.1002/cncr.25378
36. Vrinten C, Wardle J, Marlow LAW. Cancer fear and fatalism among ethnic minority women in the United Kingdom. *British Journal of Cancer.* 2016;114(5):597-604. doi: 10.1038/bjc.2016.15



Geliş Tarihi (Received): 21.01.2023

Kabul Tarihi (Accepted): 28.04.2023

Araştırma Makalesi/Research Article

Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlükler

The Knowledge Levels of First Year Nursing Students Regarding Data Collection Phase of Nursing Process and The Difficulties That They Have Encountered

Ayla DİKMEN¹ 

Ebru EREK KAZAN² 

¹ Öğr. Gör., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sakarya, Türkiye.

² Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Ayla DİKMEN; ayладikmen@sakarya.edu.tr

Alıntı (Cite): Dikmen, A, Erek Kazan, E. Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlükler. YBH Dergisi. 2023;3(1): 166-189

Bu çalışma 6-8 Aralık 2019- Koç Üniversitesi tarafından 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelik Bakım Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Özet:

Amaç: Araştırma, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin bilgi düzeylerini ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve metodolojik olarak yapılan çalışma, Ankara’da bulunan bir devlet üniversitesinin Hemşirelik Bölümü’nde, 106 birinci sınıf öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu, Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Soru Formu, Öğrencilerin Veri Toplarken Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Anket Formu ve araştırmacılar tarafından geliştirilen, psikometrik analizleri yapılan Hemşirelik Öğrencilerinin Mahremiyete İlişkin Soru Sorma Güçlükleri Ölçeği (HÖMİSSGÖ) ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada, öğrencilerin %52.8’inin veri toplamaya ilişkin bilgi puanlarının ortalamasının üstünde olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu, veri toplama konusunda bazen (%43.4) yeterli olduklarını ve “hastadan” (%48.1), “hasta yakınından” (%40.6), “sağlık personelinde” (%36.8), “hastanın tıbbi kayıtlarından” (%45.3), “veri toplama formundan” (%42.8) ve “klinik ortamdan” (%42.5) kaynaklı güçlüklerle “bazen” karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin ölçek puan ortalamaları 3.47 olup, mahremiyete ilişkin soru sorma yetkinliklerinin ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur. Ayrıca bilgi puanları ile HÖMİSSGÖ puanları arasında düşük düzeyde anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu ($p=0.049$, $r=0.192$) belirlenmiştir.

Sonuç: Klinik uygulama sırasında eğiticilerin, bu konuda daha destekleyici olması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi; güçlük; hemşirelik öğrencisi; hemşirelik süreci; veri toplama.

Abstract:

Aim: The research was conducted to determine the level of knowledge and difficulties experienced by first-year nursing students about the data collection phase of the nursing process.

Materials and Methods: The descriptive and methodological study was carried out at a state university in Ankara, Department of Nursing with 106 first year students. The data of the study were collected with the descriptive characteristics form, questionnaire regarding nursing students’ knowledge of data collection and difficulties in data collection and the Nursing Students’ Difficulties in Asking Sensitive Questions Scale (NSDASQS) developed and psychometrically analyzed by the researchers.

Results: It is determined that 52.8% of students had knowledge scores on data collection above the average. The majority of the students indicated that they were sometimes (43.4%) sufficient in assessment and encountered difficulties regarding “patient (48.1%)”, “patient relatives” (40.6%), “healthcare personnel” (36.8%), “patient’s medical records” (45.3%), “assessment form” (42.8%) and “clinical setting” (42.5%).

The students’ average NSDASQS score was 3.47 and they had above-average ability to ask sensitive questions. A significant, weak and positive correlation is found between knowledge levels and NSDASQS scores of the students ($p=0.049$, $r=0.192$).

Conclusion: We suggest that the instructor should be more supportive during clinical practice.

Key Words: Data collection; difficulty; knowledge level; nursing process; nursing student.

Giriş

Hemşirelik süreci, hemşirelerin bireyselleştirilmiş ve kapsamlı bakım sunarken, doğru klinik karar vermelerini sağlar.⁽¹⁾ Hemşirelik süreci; veri toplama, tanı koyma, planlama, uygulama ve değerlendirme şeklinde, birbirini takip eden ve tamamlayan bir dizi basamaktan oluşmaktadır.^(2,3) Hemşirelik sürecinin diğer basamaklarının eksiksiz, doğru ve amaca uygun olarak gerçekleşmesi veri toplama basamağına bağlı olduğundan, bu basamakta yeterliliğın sağlanması son derece önemlidir.⁽²⁾

Veri toplamanın, hemşirelik öğrencileri için öğrenilmesi ve geliştirmesi zor olan bir beceri olduğu bilinmektedir.^(4,5) Nitekim, hemşirelik öğrencilerinin veri toplamaya ilişkin bilgi düzeylerini ortaya koyan sınırlı sayıda çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin veri toplama ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu^(6,7) ve veri toplama basamağının çeşitli aşamalarında güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.⁽⁸⁻¹⁶⁾ Yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelik eğitim müfredatının veri toplamaya ilişkin öğrenme gereksinimlerini karşılamadığı, öğrencilerin klinik ortamda öykü alma konusunda sınırlı deneyime sahip oldukları⁽⁵⁾ ve hastalara mahrem konulara ilişkin soru sormanın hemşirelik öğrencileri için bir stres kaynağı olduğu belirtilmektedir.^(17,18) Bu sebeplerle, hemşirelik öğrencileri veri toplarken sıklıkla bireyin fiziksel yönüne odaklanmakta ve holistik bir hemşirelik planı hazırlama konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu yetersizliklerin çoğunlukla; cinsellik^(4,9), değer-inanç⁽¹³⁾, sigara ve alkol tüketimi⁽⁵⁾, uyuşturucu kullanımı⁽¹⁹⁾ gibi hassas ve mahrem konularda yaşandığı belirtilmektedir.

Veri toplarken, hastaya dair hiçbir verinin gözardı edilmediğinden emin olmak için, hemşirelik öğrencilerinin soru sorma becerilerini uygun şekilde kullanması çok önemlidir.⁽¹³⁾ Hemşirelik öğrencilerinin, hastalara özellikle mahremiyetle ilgili soru sormada güçlük yaşamaları hastanın durumuna ilişkin elde edilen verilerde önemli boşluklara yol açacak ve gözden kaçan bilgiler olumsuz sonuçlara ve hemşirelik bakımında başarısızlığa neden olacaktır.⁽²⁰⁾

Yapılan literatür incelemesinde hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin bilgi düzeyleri ve yaşadıkları güçlükleri ele alan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.^(6,15,16) Hemşirelik öğrencileri hemşirelik sürecini tüm eğitim ve meslek hayatları boyunca kullanacakları için eğitim hayatlarının ilk yıllarından itibaren, veri toplamaya ilişkin bilgi düzeylerinin ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Ayrıca, hemşirelik öğrencilerinin hastaya bütüncül bir bakım verebilmesi için gerektiğinde mahrem alanlara ilişkin soru sorma becerisi de kazanması gerekmektedir. Bu bakımdan, öğrencilerin mahremiyete ilişkin soru sorma yetkinliklerini ortaya koymanın, hemşire eğitimcilere ve öğrencilere yol göstereceği ve hemşirelik müfredatının düzenlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Araştırma, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin bilgi düzeylerini ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

Hemşirelik öğrencilerinin veri toplama basamağına ilişkin bilgileri ne düzeydedir?

Hemşirelik öğrencilerinin veri toplama basamağına ilişkin yaşadıkları güçlükler nelerdir?

Hemşirelik öğrencilerinin mahremiyete ilişkin soru sorma güçlükleri ne düzeydedir?

Hemşirelik öğrencilerinin veri toplamaya ilişkin bilgi düzeyleri ve mahremiyete ilişkin soru sorma güçlükleri arasında ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, 2014-2015 öğretim yılı bahar döneminde, 27.05.2015 - 14.06.2015 tarihleri arasında Ankara'da bulunan bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde

gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören birinci sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=136). Araştırma, Hemşirelik Esasları dersinin klinik uygulaması bittikten sonra gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örnekleme sağlık meslek lisesinden mezun olmayan, Hemşirelik Esasları dersini ilk kez alan gönüllü öğrenciler dahil edilmiştir.

Hemşirelik Esasları dersini başarısızlık nedeniyle ikinci kez alan (n=6), devamsız olan (n=1), araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=17) ve formları eksik dolduran (n=6) 30 öğrenci araştırma dışı bırakılmış, araştırma 106 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılım oranı %82.3'tür.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu, Öğrencilerin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Soru Formu, Hemşirelik Öğrencilerinin Veri Toplarken Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Anket Formu ve bu araştırma kapsamında, araştırmacılar tarafından geliştirilen Hemşirelik Öğrencilerinin Mahremiyete İlişkin Soru Sorma Güçlükleri Ölçeği (HÖMİSSGÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak ^(6,13,21) hazırlanmış olup; öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme sebepleri, kariyer planları ve veri toplamayı kolaylaştırmaya yönelik önerilerine ilişkin toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

Öğrencilerin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Soru Formu

Soru formu, öğrencilerin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından literatür^(2,3,6,22-25) doğrultusunda hazırlanmıştır. Hazırlanan sorular Hemşirelik Esasları alanında üç uzmanın görüşlerine sunulmuş olup, çoktan seçmeli 19 soru ve subjektif ve objektif veri çeşitleri ile ilgili bir önerme sorusu olmak üzere

toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Önerme sorusundan elde edilen toplam puan “2” olup, diğer her bir sorudan elde edilecek puan “1” olarak hesaplanmıştır. Bilgi testinden öğrencilerin aldıkları minimum puan “0”, maksimum puan ise “21”dir. Bilgi testinde; veri toplama ile ilgili genel sorular (6 soru), verilerin özellikleri (1 soru), veri toplama çeşitleri (2 soru), veri toplama yöntemleri (7 soru), veri kaynakları (1 soru), veri türleri (1 soru), verilerin doğrulanması (1 soru), verilerin kaydedilmesi (1 soru) ile ilgili sorular yer almaktadır.

Hemşirelik Öğrencilerinin Veri Toplarken Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Anket Formu

Anket formu öğrencilerin veri toplamada yaşadıkları bireysel ve çevresel güçlüklerle yönelik, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda ^(2,3,22,24,25), 5’li likert (her zaman, sık sık, bazen, nadiren, asla) tipte hazırlanmış toplam 11 soru içermektedir. Anket formunda öğrencilerin hastadan veri toplarken karşılaştıkları bireysel güçlüklerle ilgili; kendilerini veri toplama konusunda yeterli bulup bulmadıkları, bireye özgü bakım verirken eleştirel düşünce ve yaklaşımla veri topladıklarına inanıp inanmadıkları ve klinikte karşılaştıkları güçlüklerle ilgili öğretim elemanından yardım alma sıklıkları konusunda üç soru yer almaktadır. Öğrencilerin veri toplarken yaşadıkları çevresel güçlüklerle ilgili ise; günlük hayatlarında kişilerarası ilişkilerde problem yaşama ve hastadan, hasta yakınından, sağlık personelinden, hastanın tıbbi kayıtlarından, veri toplama formundan, klinik ortamdan, öğretim elemanından kaynaklı güçlüklerle karşılaşma sıklıklarına ilişkin toplam sekiz soru yer almaktadır.

Hemşirelik Öğrencilerinin Mahremiyete İlişkin Soru Sorma Güçlükleri Ölçeği (HÖMİSSGÖ)

Hemşirelik öğrencilerinin hastadan veri toplarken, mahrem konularda soru sorma konusunda yaşadıkları güçlük düzeyinin belirlenmesi amacıyla; araştırma kapsamında, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda^(2,3,22-26) Hemşirelik Öğrencilerinin Mahremiyete İlişkin Soru Sorma Güçlükleri Ölçeği (HÖMİSSGÖ) geliştirilmiştir. HÖMİSSGÖ’nün araştırmacılar tarafından geliştirilmesinin temel nedenlerinden biri, hemşirelik öğrencilerinin mahremiyete

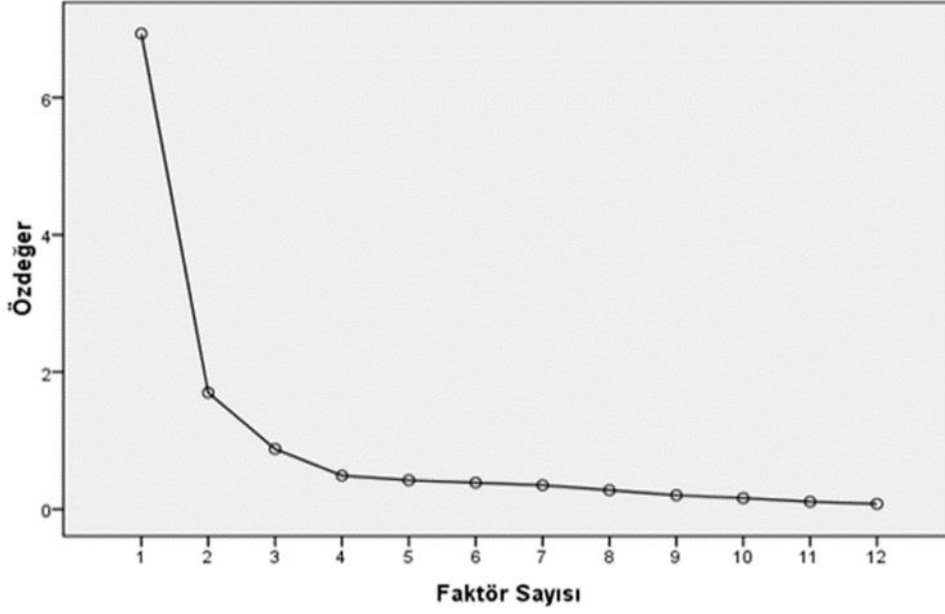
ilişkin sorular sorarken yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik bir ölçüm aracının olmayışıdır. Ölçeğin geliştirilmesinde, kuramsal bağlamda Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nden yararlanılmıştır.⁽²⁶⁾

Öğrencilerin mahremiyete ilişkin soru sorma güçlüklerini belirlemek amacıyla öncelikle toplam 64 maddelik soru havuzu hazırlanmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda formda yapılan değişikliklerden sonra ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar değerlendirildikten sonra, anket formu 12 maddeden oluşan, tek boyutlu ve 5'li likert tipte bir ölçüm aracı haline almıştır. Ardından araştırmanın uygulama aşaması gerçekleştirilmiştir. Uygulamadan sonra İstatistik alanından iki, Eğitimde Ölçme Değerlendirme alanından üç uzmanın görüşlerine başvurulmuştur. Uzmanlar tarafından ölçek maddelerinin analizleri yapılarak geçerliği ve güvenilirliği, yapılan analizler ile ortaya konmuştur. Aşağıda HÖMİSSGÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

Ölçeğin Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) kullanılmıştır. Analize başlamadan önce veri yapısının faktörleştirmeye uygun olup olmadığına bakmak ve örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Küresellik Test sonuçlarına bakılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Bartlett's küresellik testinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < .001$) ve KMO değerinin 0.887 olduğu görülmüştür. Yapılan değerlendirmede verilerin faktör analizi için oldukça uygun olduğu ve çalışmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılabilmesi için yeterli olduğu saptanmıştır.

Ölçekte yer alan maddelerin faktör yük değerleri 0.634-0.894 arasında değişmektedir (Tablo 1). Belirlenen faktör içerisinde 12 maddenin tamamının herhangi bir döndürme yöntemi kullanılmadan tek faktör içerisinde yer aldığı belirlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: HÖMISSGÖ'nin faktör analizi yamaç-eğim grafiği

Analizler sonucunda, ölçek içerisindeki maddelerin ilgili değişkeni dolayısıyla ölçeğin amaçladığı özelliği ölçtüğü ve ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı kararına varılmıştır. Ölçek maddelerinin faktör yük değerlerinin istenilen değerler arasında olması nedeniyle ölçekten madde çıkarılmadan toplam 12 madde üzerinden analizlere devam edilmiştir.

Tablo 1: HÖMISSGÖ'nün Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n=106)

MADDELER	FAKTÖR YÜK DEĞERLERİ
Madde 1	0.634
Madde 2	0.723
Madde 3	0.651
Madde 4	0.696
Madde 5	0.671
Madde 6	0.881
Madde 7	0.894
Madde 8	0.761
Madde 9	0.727
Madde 10	0.684
Madde 11	0.840
Madde 12	0.877

Ölçeğin Güvenirliği

Ölçeğin güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir. Bu değere bakıldığında ölçeğin güvenirliliğinin oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki maddelerin, ölçeğe katkısını belirlemek için madde analizi yapılmıştır. Literatürde, madde-bütün korelasyon katsayısının eksi olmaması ve +0.25'ten büyük olması gerektiği belirtilmekte, bu koşulu sağlamayan maddelerin ise ölçekten çıkarılması önerilmektedir.⁽²⁷⁾

Ölçeğin madde-bütün korelasyon katsayıları 0.565 ile 0.861 arasında değişmektedir. Ölçeğe ilişkin yapılan madde analizinde dikkate alınan; madde-bütün korelasyon katsayısı, maddelere ilişkin ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin analiz sonuçlarına Tablo 2'de yer verilmiştir.

Tablo 2: HÖMİSSGÖ'nin Madde-Bütün Korelasyon Katsayısı, Ölçek Maddelerine İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=106)

Madde No	Madde-Bütün Korelasyon Katsayısı	$\bar{X} \pm SS$
Madde 1	0.565	3.70 ± 1.16
Madde 2	0.659	3.78 ± 1.03
Madde 3	0.600	3.19 ± 1.19
Madde 4	0.633	4.14 ± 0.99
Madde 5	0.604	4.04 ± 1.05
Madde 6	0.844	3.51 ± 1.21
Madde 7	0.861	3.55 ± 1.24
Madde 8	0.700	3.90 ± 1.15
Madde 9	0.677	3.24 ± 1.32
Madde 10	0.637	2.76 ± 1.31
Madde 11	0.796	3.58 ± 1.26
Madde 12	0.838	3.57 ± 1.30

\bar{X} : Ortalama, SS= Standart Sapma

Yapılan psikometrik analizler sonucunda ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçekte, her bir katılımcı için ölçek ortalama puanı hesaplanarak ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan aralığı 12-60 puan arasında değişmekte ve bir katılımcı için her bir maddeden alınacak minimum ortalama puan 1, maksimum ortalama puan ise 5 şeklindedir. Ölçekteki tüm maddeler için kodlama 1-Her zaman, 2-Sık sık, 3-Bazen, 4-Nadiren ve 5-Asla şeklinde yapılmıştır. Ölçekten elde edilen puanın yükselmesi hemşirelik öğrencilerinin mahrem konulara ilişkin soru sorma yetkinliklerinin arttığını, dolayısıyla soru sorma güçlüklerinin azaldığını göstermektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Hemşirelik Öğrencilerinin Mahremiyete İlişkin Soru Sorma Güçlükleri Ölçeği (HÖMİSSGÖ)'nde Yer Alan Maddeler

Madde no	Maddeler
1	Hastanın dini inanç ve uygulamalarına ilişkin soru sorarken güçlük çekerim.
2	Hastaya bulaşıcı hastalığı olup olmadığını sorarken güçlük çekerim.
3	Hastaya koruyucu uygulamalara (meme muayenesi, testis muayenesi vb.) ilişkin soru sorarken güçlük çekerim.
4	Hastaya alkol tüketimini sorarken güçlük çekerim.
5	Hastaya madde bağımlılığı durumunu sorarken güçlük çekerim.
6	Hastaya bağırsak boşaltım şekli-sıklığı ve özelliğine ilişkin soru sorarken güçlük çekerim.
7	Hastaya üriner boşaltımına ilişkin soru sorarken güçlük çekerim.
8	Hastaya banyo yapma sıklığını sorarken güçlük çekerim.
9	Hastaya perine bakımına ilişkin soru sorarken güçlük çekerim.
10	Hastaya cinsel yaşamdan kaynaklı sorunlarını sorarken güçlük çekerim.
11	Hastaya menstruasyon öyküsüne ilişkin soru sorarken güçlük çekerim.
12	Hastaya menstruasyonda kullandığı ürünler ve değiştirme sıklığını sorarken güçlük çekerim.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulamasına geçilmeden önce veri toplamada kullanılan tüm formlar için Hemşirelik alanından üç, İstatistik alanından bir ve Eğitimde Ölçme Değerlendirme alanından bir olmak üzere toplam beş uzmanın görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda formlarda düzeltmeler yapılarak, Mayıs 2015'te araştırmanın ön uygulama aşamasına geçilmiştir. Ön uygulama; araştırmanın yapıldığı üniversitenin örneklem grubu ile benzer özelliklere sahip, gönüllü 30 hemşirelik 2. sınıf öğrencisi ile yapılmıştır. Öncelikle öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Ardından öğrencilere formlar uygulanmıştır. Öğrencilerin soru formlarını doldururken birbirlerinden etkilenmelerini engellemek ve anlaşılmayan kısımları açıklamak amacıyla, formların araştırmacı gözetiminde doldurulması sağlanmıştır. Öğrenciler formları 20-30 dakikada doldurmuşlardır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda formlarda gerekli düzenlemeler yapılmış ve araştırmanın uygulama aşamasına geçilmiştir.

Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması, ön uygulamanın yapıldığı üniversitede Haziran 2015 tarihinde, örnekleme dahil edilen Hemşirelik 1. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Uygulama, Hemşirelik Esasları dersinin klinik uygulaması bittikten sonra gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından öncelikle örneklem kapsamına alınan öğrencilere araştırma hakkında açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı onamları alınmıştır. Ardından veri toplama formları öğrencilere uygulanmıştır. Öğrencilerin formları araştırmacı gözetiminde doldurmaları sağlanmıştır. Veri toplama formlarının, katılımcılar tarafından doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürmüş, ardından formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı üniversitenin Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (Tarih:30.03.2015-Sayı:52). Araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılması için Hemşirelik Bölüm Başkanlığından yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere araştırma konusunda bilgi verilmiş ve sonrasında yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Science) 22.0 paket programı ile değerlendirilmiştir (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılmış; sonuçlar frekans, yüzde ve ortanca olarak gösterilmiştir. Öğrencilerin bilgi puanları ve HÖMİSSGÖ puanları ortanca alınarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri, bilgi puan ortancaları ve HÖMİSSGÖ puan ortancaları karşılaştırılırken normal dağılıma uygun olmayan veriler için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır (Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H Testi).

HÖMİSSGÖ'nin yapı geçerliliği, açımlayıcı faktör analizi (AFA) kullanılarak; güvenilirliği ise, iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak belirlenmiştir. HÖMİSSGÖ'nin madde analizleri, madde-bütün korelasyon katsayısı kullanılarak yapılmıştır. Bilgi testi ile HÖMİSSGÖ arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. HÖMİSSGÖ'nde yanıt verilmeyen sorular için ortalama atama (Mean substitution) yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmamızda tabloda belirtilmemekle birlikte; öğrencilerin yaş ortalamasının $\bar{X} \pm SS=19.51 \pm 0.98$ (min=17.76, max=24.85), çoğunluğunun cinsiyetinin kadın (%94.3), anne (%59.0) ve babasının (%40.9) ilkokul mezunu, gelirinin giderine denk ve en uzun süre yaşadığı yerin il (%73.6) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin çoğunluğu yaşadığı ortamda internet erişimi bulunduğunu (%87.6), hemşirelik mesleğini iş imkanı fazla olduğu için tercih ettiğini (%40.2), mezun olduktan sonra resmi bir kuruluştaki çalışmayı hedeflediğini (%42.3), bilgi ve

uygulamalarını geliştirmek için öncelikle ders notlarından yararlandığını (%64.0), ayda 0 ile 3 kitap okuduğunu (%84.6) ve hemşirelik sürecinin kullanılmasını hemşirelik mesleği açısından yararlı bulduğunu (%77.4) belirtmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu (%34.6) klinik uygulamada hastadan veri toplamayı kolaylaştırmaya ilişkin öneriler arasında “klinik uygulamada iletişim becerilerinin etkin kullanılması gerektiğini” belirtmişlerdir. Öğrencilerin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin bilgi puan ortalamaları $\bar{X} = 13.13 \pm 2.92$ (min=5, max=18) olup, %52.8’i ortalamanın üzerinde puan almıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Öğrencilerin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları (n=106)

Bilgi Puan Ortalamaları	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min.	Max.
	13.13 \pm 2.92	14.00	5.0	18.0
Ortalamanın altında puan alan kişi sayısı n=50 (%47.2)				
Ortalamanın üstünde puan alan kişi sayısı n=56 (%52.8)				

Min.: Minimum Değer; Max.: Maksimum Değer \bar{X} = Ortalama, SS: Standart Sapma

Öğrencilerin veri toplarken yaşadıkları güçlüklerle ilişkin maddelere verdikleri yanıtlar Tablo 5’te sunulmuştur. Öğrencilerin maddelere en yüksek oranda verdikleri yanıtlara bakıldığında; günlük hayatlarında kişilerarası ilişkilerde bazen (%59.4) zorluk yaşadıklarını, kapsamlı veri toplama konusunda bazen (%43.4) yeterli olduklarını, sık sık (%39.0) eleştirel düşünme ve yaklaşımla veri topladıklarını ve yarısına yakını veri toplarken öğretim elemanından bazen (%48.1) yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Öğrenciler klinik uygulama sırasında veri toplarken “hastadan” (%48.1), “hasta yakınından” (%40.6), “sağlık personelinde” (%36.8), “hastanın tıbbi kayıtlarından” (%45.3), “veri toplama formundan” (%42.8) ve “ortamdan” (%42.5) kaynaklı güçlüklerle “bazen” karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 5: Öğrencilerin Veri Toplarken Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Anket Formunda Yer Alan Maddelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=106)

Sorular	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla	Toplam Cevap
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)*
1 Günlük hayatınızda kişilerarası ilişkilerinizde ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz?	0 (0.0)	4 (3.8)	33 (31.1)	63 (59.4)	6 (5.7)	106 (100.0)
2 Hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin kapsamlı veri toplayacak yeterlilikte olduğunuzu düşünüyor musunuz?	18 (17.0)	37 (34.9)	46 (43.4)	3 (2.8)	2 (1.9)	106 (100.0)
3 Hemşirelik süreci doğrultusunda bireye özgü bakım verirken eleştirel düşünce ve yaklaşımla veri topladığınıza inanıyor musunuz?	15 (14.3)	41 (39.0)	40 (38.1)	6 (5.7)	3 (2.9)	105 (100.0)
4 Veri toplama basamağına ilişkin klinikte karşılaştığınız sorunlarla ilgili öğretim elamanından ne sıklıkta yardım alırsınız?	7 (6.6)	30 (28.3)	51 (48.1)	15 (14.2)	3 (2.8)	106 (100.0)
5 Klinik uygulamanız esnasında veri toplarken, “hastadan kaynaklı” güçlüklerle ne sıklıkla karşılaşırsınız?	3 (2.8)	10 (9.4)	51 (48.1)	36 (34.0)	6 (5.7)	106 (100.0)
6 Klinik uygulamanız esnasında veri toplarken, “hasta yakınından kaynaklı” güçlüklerle ne sıklıkla karşılaşırsınız?	1 (0.9)	13 (12.3)	43 (40.6)	33 (31.1)	16 (15.1)	106 (100.0)
7 Klinik uygulamanız esnasında veri toplarken, “sağlık personelinin kaynaklı” güçlüklerle ne sıklıkla karşılaşırsınız?	5 (4.7)	11 (10.4)	39 (36.8)	37 (34.9)	14 (13.2)	106 (100.0)
8 Klinik uygulamanız esnasında veri toplarken, “hastanın tıbbi kayıtlarından kaynaklı” güçlüklerle ne sıklıkla karşılaşırsınız?	0 (0.0)	13 (12.3)	48 (45.3)	31 (29.2)	14 (13.2)	106 (100.0)
9 Klinik uygulamanız esnasında veri toplarken, “veri toplama formundan kaynaklı” güçlüklerle ne sıklıkla karşılaşırsınız?	3 (2.9)	11 (10.5)	45 (42.8)	36 (34.3)	10 (9.5)	105 (100.0)
10 Klinik uygulamanız esnasında veri toplarken, “ortamdan kaynaklı” güçlüklerle ne sıklıkla karşılaşırsınız?	0 (0.0)	5 (4.7)	45 (42.5)	39 (36.8)	17 (16.0)	106 (100.0)
11 Klinik uygulamanız esnasında veri toplarken, “öğretim elemanınızdan kaynaklı” güçlüklerle ne sıklıkla karşılaşırsınız?	3 (2.9)	2 (1.9)	35 (33.3)	38 (36.2)	27 (25.7)	105 (100.0)

* Soruyu boş bırakan öğrenciler olduğundan n sayısı değişmiştir.

Öğrencilerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6’de belirtilmiştir.

Öğrencilerin ; %33.0’ü hastaya bulaşıcı hastalığına, %49.1’ü alkol tüketimine, %44.2’si madde

bağımlılığına, %31.4'ü üriner boşaltımına, %43.8'i banyo yapmasına, %32.1'i mensturasyon öyküsüne, %34.0'ü menstruasyonda kullandığı ürünler ve değiştirme sıklığına ilişkin sorulara sorarken güçlükle cevap vermişlerdir.

Tablo 6: Öğrencilerin HÖMİSSGÖ'de Yer Alan Maddelere Verdikleri Yanıtlar ve Ölçek Puan Ortancası (n=106)

Maddeler	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla	Toplam cevap
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)*
1 Hastanın dini inanç ve uygulamalarına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	6 (5.7)	7 (6.6)	35 (33.0)	23 (21.7)	35 (33.0)	106 (100.0)
2 Hastaya bulaşıcı hastalığına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	0 (0.0)	12 (11.3)	34 (32.1)	25 (23.6)	35 (33.0)	106 (100.0)
3 Hastaya koruyucu uygulamalara (meme muayenesi, testis muayenesi vb.) ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	8 (7.7)	23 (22.1)	32 (30.8)	23 (22.1)	18 (17.3)	104 (100.0)
4 Hastaya alkol tüketimine ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	0 (0.0)	8 (7.5)	21 (19.8)	25 (23.6)	52 (49.1)	106 (100.0)
5 Hastaya madde bağımlılığına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	2 (1.9)	7 (6.7)	22 (21.2)	27 (26.0)	46 (44.2)	104 (100.0)
6 Hastaya bağırsak boşaltımına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	6 (5.8)	16 (15.5)	28 (27.2)	25 (24.3)	28 (27.2)	103 (100.0)
7 Hastaya üriner boşaltımına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	5 (4.8)	20 (19.0)	25 (23.8)	22 (21.0)	33 (31.4)	105 (100.0)
8 Hastaya banyo yapmasına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	3 (2.9)	10 (9.5)	27 (25.7)	19 (18.1)	46 (43.8)	105 (100.0)
9 Hastaya perine bakımına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	11 (10.4)	25 (23.6)	23 (21.7)	22 (20.7)	25 (23.6)	106 (100.0)
10. Hastaya cinsel yaşamına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	24 (22.6)	22 (20.8)	27 (25.5)	21 (19.8)	12 (11.3)	106 (100.0)
11 Hastaya mensturasyon öyküsüne ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	8 (7.5)	13 (12.3)	28 (26.4)	23 (21.7)	34 (32.1)	106 (100.0)
12 Hastaya menstruasyonda kullandığı ürünler ve değiştirme sıklığına ilişkin soru sorarken güçlükle cevap verdim.	9 (8.5)	13 (12.3)	29 (27.3)	19 (17.9)	36 (34.0)	106 (100.0)
Ölçek Puan Ortancası						
Median		Min.		Max.		
3.47		1.83		5.00		

*Soruyu boş bırakan öğrenciler olduğundan n sayısı değişmiştir.

Öğrenciler, hastanın dini inanç ve uygulamalarına ve bağırsak boşaltımına ilişkin soru sorarken güçlük çekerim ifadelerine “asla” ve “bazen” yanıtını eşit oranda (sırasıyla %33.0, %27.2), hastaya perine bakımına ilişkin soru sorarken güçlük çekerim ifadesine “asla” ve “sık sık” yanıtını eşit oranda (%23.6) vermişlerdir. Bununla birlikte öğrencilerin %30.8’inin hastaya koruyucu uygulamalara (meme muayenesi, testis muayenesi vb.) ilişkin; %25.5’inin ise cinsel yaşamdan kaynaklı sorunlarına ilişkin sorarken güçlük çekerim ifadesine “bazen” yanıtını verdikleri görülmektedir. Öğrencilerin HÖMİSSGÖ puan ortancası 3.47 (min=1.83, max=5.00) bulunmuştur (Tablo 6). Araştırmada öğrencilerin HÖMİSSGÖ ile bilgi puanları arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki ($p=0.04$, $r=0.19$) saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7: HÖMİSSGÖ ile Bilgi Puanları Arasındaki İlişki (n=106)

		HÖMİSSGÖ	Bilgi Düzeyi
HÖMİSSGÖ	<i>r</i>	1	
	<i>p</i>	-	
Bilgi Düzeyi	<i>r</i>	0.19	1
	<i>p</i>	0.04*	-

* $p < 0.05$, *r*: Spearman korelasyon analizi

Tartışma

Araştırmamızda hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin veri toplamaya ilişkin bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve yaklaşık yarısının ortalamanın altında puan aldığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4). Yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelik öğrencilerinin, hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin bilgi eksikliklerinin olduğu^(6,7) belirtilmektedir. Ito ve Ejiri (2013)’nin, Japonya’da hemşirelik eğitimi veren 183 üniversitede hemşirelik sürecini anlatan öğretim elemanları ile yürütmüş olduğu çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin veri toplama aşamasında bilgi eksikliği olduğu belirtilmiştir. Yetersiz bilginin ve deneyim eksikliğinin hemşirelik sürecinin uygulanmasını engelleyen başlıca faktörler olduğu belirtilmektedir.⁽²⁸⁾

Çalışmamızdan elde edilen bu sonucun öğrencilerin ilk kez klinik uygulamaya çıkmaları, dolayısıyla hemşirelik süreci ile ilk kez karşılaşmaları ve Hemşirelik Esasları dersinde aldıkları kuramsal bilgiyi uygulamaya tam olarak yansıtamadıklarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Hemşirelik eğitiminin bir parçası olan klinik uygulamada yaşanan zorluklar öğrencilerde kaygı ve strese neden olabilmektedir.⁽²⁹⁻³¹⁾ Çalışmamızda öğrencilere, veri toplama basamağında ne sıklıkla klinik ortamdan kaynaklı güçlüklerle karşılaştıklarına ilişkin sorular sorulmuş öğrencilerin “hastadan”, “hasta yakınından”, “sağlık personelinden”, “hastanın tıbbi kayıtlarından”, “veri toplama formundan” ve “klinik ortamdan kaynaklı”, bazen güçlüklerle karşılaştıkları; “öğretim elemanından kaynaklı” güçlüklerle ise nadiren karşılaştıkları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 5). Yılmaz ve ark.nın (2019) hemşirelik öğrencilerinin veri toplamaya ilişkin görüşlerini ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin benzer konularda zorluk yaşadıkları belirtilmektedir. Literatürde; öğrencilerin, hastalara doğru sorular sormada güçlük yaşadıkları⁽¹³⁾, hastadan, hasta yakınından ve sağlık personelinden olumsuz tepki almaktan çekindikleri için daha çok hasta dosyalarındaki verilere ulaşma eğiliminde oldukları, hasta/hasta yakını ve sağlık personeli ile iletişim kurmakta güçlük çektikleri, mahremiyetin sağlanamadığı kalabalık hasta odaları ve kliniğin gürültülü olması gibi faktörleri de engel olarak gördükleri vurgulanmaktadır.⁽¹⁴⁾

Araştırmamızda öğrencilerin yarısına yakını kapsamlı veri toplama konusunda kendilerini “bazen” yeterli bulduklarını ve günlük yaşamlarında kişilerarası ilişkilerde ise “nadiren” zorluk yaşadıklarını belirtmiştir (Bkz. Tablo 5). Öğrencilerden veri toplamayı kolaylaştırmaya yönelik önerilerde bulunmaları istendiğinde ise klinik uygulamada iletişim becerilerinin daha etkin kullanılması gerektiğini vurgulamışlardır. Yılmaz ve ark.nın (2019) çalışmasında da benzer şekilde öğrenciler, iletişim becerilerinin veri toplamayı etkilediğini belirtmiştir. McKenna ve ark.nın. (2011) çalışmasında ise, öğrencilerin kendilerini hastalara tanıtmaya, hastalarla göz teması kurma, hasta ile konuşmayı başlatma ve sonlandırabilme gibi iletişim becerilerini etkin

kullanamadıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda, öğrencilerin iletişim becerilerinin önemine ilişkin farkındalıklarının olması sevindirici bir bulgudur. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin günlük yaşantılarında kişilerarası ilişkilerde zorluk yaşamamalarına rağmen, hastadan kapsamlı veri toplamada güçlük yaşamaları, mesleki eğitimlerinin henüz başında olmaları, yeterli klinik tecrübeye sahip olmamalarından ve veri toplama konusunda orta düzeyde bilgi sahibi olmalarından kaynaklı olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrenciler veri toplama basamağında karşılaştıkları sorunlarla ilgili öğretim elemanlarından “bazen” yardım aldıklarını belirtmiştir (Bkz. Tablo 5). Bu bulgu, öğrencilerin klinikte yaşadıkları sorunlar karşısında öğretim elemanından yardım almada çekimser davrandıklarını düşündürmektedir. Ayrıca öğrenciler tabloda verilmemekle birlikte “öğretim elemanlarının olumlu bir tutum göstermesi, bilgilendirici, yönlendirici ve ulaşılabilir olması gerektiği” konusunda öneride bulunmuşlardır. Bu sonuçlar, öğretim elemanlarının kliniklerde iyi bir rol model ve rehber olma konusundaki sorumluluklarına dikkat çekmektedir.

Bireyden kapsamlı şekilde veri toplamak hayati önemi olan bir beceridir.⁽³²⁾ Bu sebeple; sağlık durumuyla ilgili kapsamlı bir öykü elde etmek için, hastaya yakın olmak ve gerekli durumlarda, hastanın mahremiyetine girmek gerekebilmektedir.⁽³³⁾ Öğrencilerin mahrem ve hassas konulara ilişkin bilgi eksikliğinin olması ve öğrencilerin bu konuları kendileri için de mahrem olarak kabul etmeleri öğrencilerin mahrem konulara ilişkin soru sorma yetkinliğini etkilemektedir.^(21,34)

Hemşirelik öğrencilerinin mahrem konularda soru sorma yetkinliğini belirlemek amacıyla, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve psikometrik analizleri yapılarak geçerlik ve güvenilirliği ortaya koyulan HÖMİSSGÖ kullanılmıştır. Analizler sonucunda, öğrencilerin mahrem konulara ilişkin soru sorma yetkinliğinin ortalamasının biraz üstünde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 6). Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin kişisel ve özel olarak algıladıkları için, cinsellikle ilgili sorular sorarken daha fazla stres ve utanç deneyimledikleri^(4,13,35), ayrıca hastalara mahrem konularda soru sorma konusunda kendilerini

hazırlıksız hissettikleri belirtmektedir.^(4,9,19) Türk (2020)'ün yaptığı çalışmada da öğrencilerin veri toplamada en çok zorlandıkları alanların sırasıyla cinsellik (%73.4), değer-inanç (%45.7), boşaltım/eliminasyon (%42.4) olduğu saptanmıştır. Bu çalışma bulguları göz önüne alındığında, çalışmamızda öğrencilerin ölçek puan ortalamasının ortalamanın biraz üstünde olması, ilk kez klinik uygulamaya çıkan birinci sınıf öğrencileri açısından olumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda öğrencilerin HÖMİSSGÖ puanı ile, veri toplama basamağına ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 7). Bu sonuçlar; öğrencilerin veri toplamaya ilişkin bilgi düzeyleri arttıkça, mahrem konulara ilişkin soru sorma güçlüklerinin de azaldığını, dolayısıyla mahrem konulara ilişkin soru sorma yetkinliklerinin arttığını göstermektedir. Bu sonucun, veri toplama konusunda öğrencilerin bilgi sahibi olmasının, klinik ortamda mahrem konularda veri toplarken güçlük yaşanmasını azaltıcı bir faktör olduğu ve bu konuda verilen eğitimin önemini ortaya koyması bakımında önemli olduğu düşünülmektedir. Keski ve Karadağ (2010)'ın çalışmasında; hemşirelik sürecinin veri toplama basamağında sorun yaşayan öğrencilerin, hemşirelik sürecine ilişkin bilgi puanları düşük bulunmuştur. Öğrencilerin veri toplama ile ilgili bilgi düzeyleri arttıkça, kendilerine olan güvenleri de artacak ve dolayısıyla klinikte hastadan mahrem konulara ilişkin öykü alırken güçlük yaşama durumları azalacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağına ilişkin ortalama düzeyde bilgiye sahip oldukları, veri toplama aşamasında çevresel ve bireysel faktörlerden kaynaklı zorluklarla bazen karşılaştıkları ve mahrem konularda soru sorma konusunda ortalamanın üzerinde bir yetkinliğe sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca; öğrencilerin verilerin toplanmasına ilişkin bilgi düzeyleri arttıkça mahrem konularda soru sorma yetkinliklerinin de arttığı görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; klinik uygulama sırasında sorumlu öğretim elemanının bu konuda daha destekleyici olması ve araştırmanın daha büyük örneklem gruplarında ve farklı sınıflardaki hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılması önerilmektedir. Ayrıca araştırma kapsamında geliştirilen HÖMİSGÖ'nün gelecekte yapılacak çalışmalarda kullanılmasının, hemşirelik eğitimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

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

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir finansal destek almamıştır.

Yazar Katkıları: Fikir/Kavram (AD, EEK), Çalışma Tasarımı (AD, EEK), Denetleme/Danışmanlık (AD, EEK), Veri Toplama (AD), Veri Analizi ve Veri Yorumlama (AD, EEK), Tabloların oluşturulması (AD, EEK), Literatür Taraması (AD, EEK), Makalenin Yazımını (AD, EEK), Başvuru öncesi son kontrol (AD, EEK).

Kaynaklar

1. Kim S, Shin G. Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses. *Nurse Educ Today*. 2016;37:59-65.
2. Berman A, Snyder SJ. *Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice*. 10th ed. Pearson; 2016.
3. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. 7th ed. Lippincott Williams& Wilkins; 2011.
4. Liu T, Luo J, He H, Zheng J, Zhao J, Li K. History-taking instruction for baccalaureate nursing students by virtual patient training: A retrospective study. *Nurse Educ Today*. 2018;71:97-104. doi: 10.1016/j.nedt.2018.09.014

5. McKenna L, Innes K, French J, Streitberg S, Gilmour C. Is history taking a dying skill? An exploration using a simulated learning environment. *Nurse Educ in Pract.* 2011;11(4):234-238. doi: 10.1016/j.nepr.2010.11.009
6. Keski Ç, Karadağ A. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2010;1:41-52.
7. Lea SF, Anema MG, Briscoe VJ, Allie H. The nursing process: what do students know?. *The ABNF Journal.* 2001;12(1):3-8.
8. Basit G, Korkmaz F. The effect of web-based nursing process teaching on senior nursing students' care planning skills. *Int J Nurs Knowl.* 2020;00(0):1-16. doi: 10.1111/2047-3095.12283
9. Erden S, Deniz S, Arslan S, Yurtseven Ş. Examination of nursing diagnoses levels in surgical diseases nursing lesson practices of nursing students. *Van Medical Journal.* 2018;25(2):108-112. doi: 10.5505/vtd.2018.26213
10. Ito C, Ejiri H. The current state of, and outstanding issues relating to, nursing diagnosis, as taught in basic nursing education in Japan. *Open J Nurs.* 2013;3(6):415-419. doi: 10.4236/ojn.2013.36056
11. Salvador JT, Alqahtani FM, Sauce BR, Alvarez MOC, Rosario AB, Reyes LD, et al. Development of student survey on writing nursing care plan: An exploratory sequential mixed-methods study. *J Nurs Manag.* 2020;00:1-14. doi: 10.1111/jonm.12996
12. Uysal N, Arslan GG, Yılmaz İ, Alp FY. Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2016;2(5):139-143.
13. Yılmaz FT, Sabancıoğulları S, Aldemir K. The opinions of nursing students regarding the nursing process and their level of proficiency in Turkey. *J Caring Sci.* 2015;4(4):265-275. doi: 10.15171/jcs.2015.027

14. Altundal H, Güneşli G, Yağtu L, Denizhan NC, Yılmaz M. Problems experienced by nursing students: A systematic review. Oral presentation, 19th National Nursing Students Congress. 2021.
15. Türk G. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin veri toplama sürecinde karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2020, 3(3):9-13.
16. Yılmaz AA, Gençer E, Seçkin C, Yılmaz H, Güven KT, Gözütok S. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasına ilişkin görüşleri ve yaşadıkları güçlükler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;22(4):231-239.
17. Altıok HO, Üstün B. Stress resources of nursing students. Educational Sciences: Theory & Practice. 2013, 13(2):747-766.
18. Mattos MK, Jiang Y, Seaman JB, Nilsen ML, Chasens ER, Novosel LM. Baccalaureate nursing students' knowledge of and attitudes toward older adults. J Gerontol Nurs. 2015;41(7):46-56. doi: 10.3928/00989134-20150429-01
19. Lewis LF, Jarvis L. Undergraduate nursing students' experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting: A qualitative content analysis. Nurse Educ Today. 2019;73:17-22. doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.001
20. Wilkinson JM, Treas LS, Barnett K, Smith MH. Fundamentals of nursing: Theory, concepts and applications. 4th ed. F.A. Davis Company; 2019.
21. Taşdemir G, Kızılkaya M. Evaluation of NANDA nursing diagnoses of healthcare college final year students during the clinical application of the mental health and disease nursing course. International Journal of Human Sciences. 2013;10(1):246-257.
22. DeLaune SC, Ladner PK. Fundamentals of nursing: Standards and practice. 4th ed. Delmar Cengage Learning; 2011.
23. Bickley LS, Szilagyi PG. Bates' pocket guide to physical examination and history taking .7th ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2013.

24. Kaya N. Hemşirelik süreci, Hemşirelik tanılması. Aştı TA, Karadağ A, editörler. Hemşirelik esasları: Hemşirelik bilimi ve sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.
25. Birol L. Nursing process: Systematic approach in nursing care. 10th ed. Etki Yayıncılık; 2011.
26. Gordon M. Assess Notes: Nursing assessment and diagnosis reasoning. 1st ed. F.A. Davis Company; 2008.
27. Alpar R. Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler, 4. Baskı. Detay Yayıncılık; 2013.
28. Anyasor CO, Oluwatoyin A. Nurses' knowledge, attitude and perceived barrier towards the implementation of nursing process at a general hospital in Lagos State, Nigeria. International Journal of Innovative Research and Advanced Studies. 2017;4(8):303-308.
29. Dadgaran I, Parvizy S, Peyrovi H. Nursing students' views of sociocultural factors in clinical learning: A qualitative content analysis. Japan Journal of Nursing Science. 2013;10(1):1-9. doi: 10.1111/j.1742-7924.2012.00205.x
30. Akansel N, Palloş A. Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;11(2):269-275.
31. Fatima N, Muhammad H, Muhammad A, Syed G. Nursing students challenges at educational and clinical environment. Journal of Health, Medicine and Nursing. 2019;62:41-48.
32. McDonald EW, Boulton JL, Davis JL. E-learning and nursing assessment skills and knowledge: An integrative review. Nurse Educ Today. 2018;66:166-174. doi: 10.1016/j.nedt.2018.03.011

33. Özata M, Özer K. Hastanelerde hasta mahremiyetine yönelik uygulamalarının sağlıkta kalitesi standartları bağlamında değerlendirilmesi: Konya Örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2016;45:11-33. doi: 10.9761/JASSS3307
34. Zaybak A, Özdemir H, Erol A, İsmailoğlu EG. An exploration of nursing students' clinical decision-making process. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(4):210-216. doi: 10.1111/2047-3095.12179
35. Ergöl S, Güneş A, Alkaş S. Determining the difficulties that nursing students face in collecting data on sexuality. Oral presentations, 5th International, 16th National Nursing Congress, 2017.

Düzelme

Dergimizin “2022/2” sayısında basılan yazarlığını “Servet Kalyoncuo ve Özlem Ceyhan’ın” yaptığı “Hemovijilans ve Hemovijilans Hemşireliği”, <http://dx.doi.org/10.29228/Inursing.63479> , Sayfa 128-141 olan makalede yazarlar tarafından sehven bir hata yapıldığı iletilmiştir. Söz konusu makalenin 137. sayfasında “Hemovijilans Hemşireliği Sertifikası vermektedir” ifadesinin silinerek, yerine sadece “Sertifika vermektedir” Şeklinde yer alması kararlaştırılmıştır.

Saygılarımızla