ISSN:2757-6272

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi
Journal of Life Long Nursing

Yıl/Year:6 Sayı/Issue:2 Ağustos/ August 2025

Baş Editör
Dr. Makbule Tokur Kesgin

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

www.llnursing.com
editor@llnursing.com

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Baş Editör

Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Editörler

Dr. Songül ÇAĞLAR, Dr. Duygu ÖZTAŞ, Dr. Melike ERTEM

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

www.llnursing.com / editor@llnursing.com

YIL: 6 / SAYI: 2

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi
(Journal of Life Long Nursing)

DERGİ YÖNETİMİ

Baş Editör

Makbule TOKUR KESGİN

Editörler

Songül ÇAĞLAR

Duygu ÖZTAŞ

Melike ERTEM

Ulusal Alan Editörleri

Bedriye Ak

Birgül Cerit

Ebru Öztürk Çopur

Esra Uğur

Gülbahar Korkmaz Aslan

Meral Yıldırım Çetinkaya

Nevin Çıtak Bilgin

Sevecen Çelik İnce

Şefika Tuğba Yangöz

Uluslararası Alan Editörleri

Antoniya Yanakieva

Cláudia Chaves

Graça Aparício

Mariola Mendrycka

Maria Prodromu

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

İstatistik Editörler

Ali Zafer Dalar

Başaran Gençdoğan

Naci Murat

Oya Kalaycıoğlu

İngilizce Dil Editörü

Ceyda Zerenay

Elif İğrek İlhan

Türkçe Dil Editörü

İlhan Yıldız

Mizanpaj/ Dizgi Editörü

Eda Çeker

Gül Ulay

Mervenur Böyük

Saadet Erdem

Sekreterya

Hacer Alpteker

Mervenur Böyük

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi olarak, dergimizin 2025;6(2) sayısında makale incelemesi yapan aşağıda isimleri yer alan tüm hakemlerimize sonsuz şükranlarımızı sunarız.

Doç. Dr. Sibel Şentürk	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Doç. Dr. Ebru Özen Bekar	Düzce Üniversitesi
Öğr. Gör. Dr. Yeşim Dikmen Aydın	Marmara Üniversitesi
Doç. Dr. Nurten Taşdemir	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Ceylan	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Beytut	Lefke Avrupa Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Karasu	Kilis 7 Aralık Üniversitesi
Doç. Dr. Nuriye Yıldırım Şişman	Düzce Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Çelik	Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Buket Dastan	Bayburt Üniversitesi
Doç. Dr. Aygül Kıssal	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Araş. Gör. Cansu Nirgiz	Fenerbahçe Üniversitesi

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi

Ağustos 2025; Yıl: 6, Sayı: 2

www.llnursing.com

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi & Journal of Life Long Nursing

İÇİNDEKİLER

EDİTÖRDEN

1. Afetler, Sağlık ve Sorumluluk/ Disasters, Health and Responsibility

Makbule TOKUR KESGİN .....**i-iii**

Araştırma Makalesi/Research Article

2. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Diyabet Öz Yönetimi Arasındaki İlişki:Tanımlayıcı Çalışma/The Relationship Between Health Literacy and Diabetes Self-Management in Individuals with Type 2 Diabetes:Descriptive Study

Ayşenur ALTUNSOY, Bahar İNKAYA **1-19**

Araştırma Makalesi/Research Article

3. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığı ve İş Güvenliği Uygulamaları Yönünden İncelenmesi/ Investigation of Nurses Working in Pediatric Clinics in Terms of Health and Occupational Safety Practices

Özlem GÜZEL POLAT, Hacer ÇETİN **20-33**

Araştırma Makalesi/Research Article

4. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Preoperatif Hasta Hazırlığına İlişkin Bilgi Düzeyi ile Hemşirelik Bakımı Yetkinliklerinin İncelenmesi / Examination of Nursing Students' Knowledge Level Regarding Evidence-Based Preoperative Patient Preparation and Preoperative Nursing Care Competencies

İnci KIRTIL, Çağla ARSLAN, Elif SAĞLAMDEMİR **34-51**

Olgu Sunumu/Case Report

5. Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Ürosepsis Tanısı Almış Kronik Hipertansiyonu Olan ve Yalnızlık Duygusu Yaşayan Hastada Hemşirelik Bakımı Yaklaşımı/ Nursing Care Approach for a Patient with Chronic Hypertension and Loneliness, Diagnosis of Urosepsis According to the Watson Human Care Model

Gülçin KURT, Esma ATASOY, Sena KAPLAN **52-61**

Research Protocol/Araştırma Protokolü

6. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerde Akupresurun Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Protokolü/ The Effect of Acupressure on Anxiety and Physiologıcal Parameters in Individuals with Acute Coronary Syndrome: A Randomized Controlled Trial Protocol

Aynur AÇIKGÖZ, Saadet CAN ÇİÇEK **62-80**

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Editörden

Afetler, Sağlık ve Sorumluluk

Disasters, Health, and Responsibility

Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bolu, TÜRKİYE
E-posta: mtkesgin1@gmail.com

Alıntı (Cite): Tokur Kesgin M. Afetler, Sağlık ve Sorumluluk. YBH dergisi. 2025;6(2):i-iii

Değerli Okuyucularımız,

Türkiye 2025 yazını, birçok bölgesinde yaşanan büyük orman yangınlarıyla hatırlayacak. Sıcaklıkların artması, uzun süren kuraklık, insan kaynaklı riskler ve bazı vakaların çıkış nedenlerine ilişkin belirsizlikleriyle meydana gelen yangınlar, ormanları ve ekosistemleri yok etmekle kalmamakta; bireyden topluma kadar uzanan tüm yaşam alanlarını, umutları, geçim kaynaklarını, ekonomileri, geleceği ve sağlığı da yok etmektedir. Yangınların çevresel etkilerinin yanında, yerleşim yerlerinden zorunlu tahliyeler, göç, ekonomik güçlükler, işsizlik, sağlık sorunları, psikososyal etkilere kadar uzanan geniş bir çerçevede toplumsal sonuçları vardır. Bu süreç, orman yangınlarının çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymuştur.

Birey ve Aile Sağlığına Etkileri

Yangın toplumda korku, çaresizlik, üzüntü, öfke gibi birçok karmaşık duyguyu birarada yaşamaya neden olmaktadır. Yangın sonucunda ev ve geçim kaybı yaşayan ailelerde stres, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete görülebilmektedir. Travma, fiziksel kayıpların yanı sıra güvenlik ve gelecek kaygılarını da derinleştirmektedir. Ayrıca yangın dumanı, özellikle solunum hastalığı olanlarda ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Yaşlılar, çocuklar, gebeler ve bağışıklığı zayıf olanlar en çok risk altında olan gruplardır.

Toplum Sağlığı ve Afet Yönetimi

Yangınlar, sağlık sisteminin temel hizmetleri sunma kapasitesini zorlayan bir ortam oluşturmaktadır. Temel ihtiyaçların karşılanmasında güçlükler ortaya çıkmakta, bulaşıcı hastalık riski artmakta ve sağlık hizmetlerine erişimde kesintiler yaşanmaktadır. Ayrıca, afet sonrası toprak, su ve hava kirliliği, toplum sağlığını uzun vadede tehdit eden çevresel riskler oluşturmaktadır. Ayrıca uzun dönemde afetler sosyal yapıda önemli değişimlere gebe olabilir. Göç, işsizlik, eğitim ve ekonomik sorunlar, afetlerin ardından toplumsal yapıda çözülmesi gereken önemli konular olarak ortaya çıkabilmektedir.

Yangınlar, çok yönlü bir halk sağlığı problemi olarak ele alınmalı; afet yönetimi planları, sağlık hizmetleri ile entegre şekilde kurgulanmalıdır.

Hemşireliğin Koruyucu, Önleyici ve Rehabilite Edici Rolü

Hemşirelik mesleği, afetlerde yalnızca klinik müdahalelerle değil; eğitim, risk iletişimi, psikososyal destek ve toplumun toparlanma sürecinin güçlendirilmesi alanlarında da aktif rol üstlenmektedir.

Yangın öncesinde: Toplumu bilgilendirme, risk farkındalığı oluşturma ve erken uyarı sistemlerinin kullanımına teşvik etme, yangın güvenliği eğitimleri verme,

Yangın sırasında: İlk yardım uygulamaları, tahliye süreçlerinin planlanması ve yönetimi, riskli bireylerin hızlı şekilde güvenli alanlara ulaştırılması,

Yangın sonrasında: Psikososyal destek hizmetleri, kronik hastalık yönetimi, yaralanmaların ve duman inhalasyonuna bağlı komplikasyonların takibi, toplumun yeniden yapılanma sürecine katkı sağlama, bütüncül afet yönetiminde yapılması gereken temel çalışmalardır.

Özellikle koruyucu ve önleyici uygulamalar, afetler meydana gelmeden önce toplumun dayanıklılığını artırmak ve kayıpları azaltmak açısından önemlidir. Hemşire öğrencilerinin lisans ve lisansüstü eğitimlerinde ve görevdeki hemşirelerde ise mesleki gelişim programlarında afet hemşireliği konusundaki bilgi, beceri ve yetkinliklerin güçlendirmesi, halk sağlığının korunması açısından gerekliliktir. Bu nedenle, yasal düzenlemeler, standart eğitim programları ve uygulamalı eğitimlerin yaygınlaştırılması önemlidir.

Bu yaz yaşanan yangın felaketleri, yalnızca doğa tahribatının değil, sağlık sistemlerinin afetlere hazırlık kapasitesinin de test edildiği bir süreç olmuştur. Toplumumuzdaki tüm bireylerin ve kurumların afetlere hazırlı olması zorunluluk halini almıştır. Afetlere karşı hazırlık, yalnızca ekipman temini değil; insan kaynağı eğitimi, disiplinler arası iş birliği ve toplum katılımı ile mümkün olabilmektedir. Bu bağlamda hemşirelik eğitimi ve hizmetlerinin afet yönetimiyle entegrasyonu, mesleki sorumluluklarımızın ayrılmaz bir parçası hâline gelmelidir.

Üstelik, 10 Ağustos 2025'te Balıkesir'de meydana gelen deprem, afet çeşitliliğinin ülkemizde ne kadar yüksek olduğunu bir kez daha göstermiştir. Bu durum, alt yapı, araç-gereç ve teknik kapasite açısından daha hazırlıklı olmamız gerektiğini ortaya koymaktadır.

Toplum sağlığına adanmış bir mesleğin mensupları olarak, yalnızca yaraları sarmakla değil; gelecekte oluşabilecek riskleri azaltmak ve dayanıklı toplumlar inşa etmekle de yükümlüyüz.

Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi'nin 6. yılının 2. sayısının, mesleki anlamda hepimize değer katmasını diler, iyi okumalar dilerim.

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received):05.10.2024 Kabul Tarihi (Accepted):23.05.2025

Araştırma Makalesi

Tip 2 Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Diyabet Öz Yönetimi Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı Çalışma*

The Relationship Between Health Literacy and Diabetes Self-Management in Individuals with Type 2 Diabetes:Descriptive Study

Ayşenur ALTUNSOY [1]

Bahar İNKAYA [2]

[1] Uzman Hemşire, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara / Türkiye

[2] Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara / Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Ayşenur Altınsoy; e-mail: aysnraltnsy@gmail.com

***Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında yapılmış olan Yüksek Lisans Tez çalışmasından üretilmiştir.**

Alıntı (Cite): Altunsoy A., İnkaya B., Tip 2 Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Diyabet Öz Yönetimi Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı Çalışma. YBH Dergisi. 2025; 6 (2): 1-19

Özet:

Amaç: Bu çalışma, Tip 2 diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ve diyabet öz yönetimi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.
Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiş olup araştırmanın örneklemini, Ekim 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında bir Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan Tip 2 diyabet tanısı olan bireyler dahil edilmiştir. Veriler, diyabetli birey tanılama formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Diyabet Öz Yönetim Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmıştır.
Bulgular: Çalışmaya 300 Tip 2 diyabet tanısı olan birey dahil edilmiş ve analiz edilmiştir. Tip 2 diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlık puanının ortalaması 37.96 ±7.18, öz yönetim puanının ortalaması 92.88 ±24.09 olarak bulunmuştur. Bireylerin yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu arasında sağlık okuryazarlığı toplam puanı, öz yönetim toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Ayrıca sağlık okur yazarlığı puanı ile öz yönetim puanı arasında doğrusal bir ilişki görülmemiştir. ($p>0.05$).
Sonuç: Diyabetli bireylerin yaş ortalaması arttıkça fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ve öz yönetim arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile öz denetim ve sağlık uzmanlarıyla iletişim/işbirliği puanları arasında orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır.
Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; öz yönetim; sağlık okuryazarlığı; tip 2 diyabet.

Abstract:

Aim: This study aimed to explore the relationship between health literacy and diabetes self-management in individuals with type 2 diabetes.
Method: The descriptive study was conducted between October 2022 and January 2023 at the Internal Medicine outpatient clinic of a Training and Research Hospital. The sample consisted of 300 individuals diagnosed with type 2 diabetes who met the inclusion criteria. Data were collected face-to-face using the Diabetes Identification Form, the Health Literacy Scale, and the Diabetes Self-Management Scale.
Results: The study included and analyzed 300 individuals diagnosed with type 2 diabetes. The mean health literacy score was 37.96 ±7.18, and the mean self-management score was 92.88 ±24.09. Significant differences were observed in the total health literacy and self-management scores, as well as in the mean scores of their sub-dimensions, across variables such as age, gender, marital status, education, and income. However, no linear relationship was found between the health literacy and self-management scores ($p > 0.05$).
Conclusion: The results suggest that functional health literacy increases with age, but no direct relationship was found between health literacy and diabetes self-management. A moderate negative correlation was found between functional health literacy and self-regulation and healthcare communication.

Key Words: Nursing; self-management; health literacy; diabetes mellitus, type 2 diabetes.

Giriş

Diabetes Mellitus (DM), insülin salınımın, insülinin etkili kullanımının veya her iki faktörün çalışmasında bozuklukla beraber ortaya çıkan hiperglisemi ile uyumlu kronik bir metabolik rahatsızlıktır.[1] Dünya genelinde ve ülkemizde giderek artan bir sorun haline gelmiştir. Diyabet, kronik ve yaygın bir hastalık olması nedeniyle tedavi ve karmaşık bir bakım sürecini gerektirmektedir.[2] Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) verilerine göre, diyabetle mücadele eden yetişkin bireylerin sayısı 537 milyon olarak belirlenmiştir. Son 15 yılda diyabetin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin %316 arttığı da gözlemlenmektedir (IDF, 2019). Bireylerin öz yönetim anlayışını benimsemesi, tedavi sürecine katılımını artırmakta ve başa çıkılabilir bir sürecin oluşmasına yardımcı olmaktadır.[3,4] Bireylerin diyabet yönetimi sürecinde kendi başlarına yapmaları gereken görevleri yerine getirerek otonomi kazanmalarını içeren öz yönetim kavramı, önemli bir konudur. Ancak, kişilerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, görevleri algılama ve uygulama konusunda zorluklar yaşamalarına neden olmaktadır.[5] Araştırmalar, Tip 2 diyabetli bireylerin, Tip 2 diyabet tanılı olmayan bireylere göre daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermiştir.[6] Bu nedenle, literatürde diyabetli bireylerin öz yönetim ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması gerektiğinin altı çizilmektedir.[5,7]

Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerine erişme, elde ettiği bilgileri anlama ve günlük yaşamında kullanma gibi faktörleri içeren çok yönlü bir kavramdır.[8] Özellikle kronikleşen hastalıkların yönetimi, bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yakından ilişkilidir.[9] Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı seviyesini artırmaya yönelik yapılan girişim ve uygulamalar, sağlık sistemlerini ve çıktılarını yükseltmektedir.[10] Diyabet öz yönetiminin, sağlık ile ilgili bilgilere erişim ve bu bilgileri uygulama olanaklarının sağlanmasıyla daha etkin kontrol edileceğini göstermektedir.[9]

Bu bağlamda diyabetli kişilerin, diyabet hakkında verilen bilgiyi doğru algılaması ve uygulaması, edinilen bilginin öz yönetime entegre edilmesi önem arz etmektedir. Tüm bu hususlar doğrultusunda bu çalışma Tip 2 diyabetli bireylerin öz yönetim ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma sonuçlarının hemşirelere verecekleri diyabet bakımı ve eğitiminde ışık tutması ve sonuçların yeni araştırma kapıları aralayarak literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yürütülerek tip 2 diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ve diyabet öz yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışma, Ekim 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Dahiliye servisi ve polikliniğine başvuran Tip 2 diyabet tanısı konulmuş bireylerle yapılmıştır. Çalışmanın kapsadığı bireyler, dahiliye polikliniğine başvuran veya yatan, Tip 2 diyabet tanısı konmuş ve araştırma kriterlerini karşılayan kişilerdir. Örneklemin belirlenmesi için etki büyüklüğünü değerlendirmek amacıyla G*Power 3.1.9.4 programı Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero testi ile güç analizi yapılmıştır. %5 hata payı ve %80 güç seviyesi dikkate alınarak çalışmada en az 200 kişinin uygun olduğu belirlenmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda çalışma, araştırmanın yapıldığı polikliniğe başvuran araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 400 kişi den 300'ü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. 300 kişi ile yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini oluşturan bireyler, aşağıda belirtilen kriterlere uyan kişilerden oluşmaktadır.

<u>Araştırmaya dahil edilme kriterleri;</u>

- 18-64 yaş aralığında olan,
- En az 6 aydır Tip 2 DM tanısı bulunan,
- İletişime ve iş birliğine açık olan,
- Okuryazar olan,
- Psikiyatrik öyküsü olmayan,
- İletişim problemi olmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden kişiler dahil edilmiştir.

<u>Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;</u>

- Yabancı uyruklu veya göçmen olan,
- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olan,
- Tip 2 diyabetin dışında diğer diyabet türlerine sahip olan,
- İletişim problemi bulunan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Diyabetli birey tanılama formu

Hasta tanılama formu, araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Hastanın cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu gibi demografik verilerinin yanı sıra diyabete ilişkin kaç yıldır diyabeti olduğu, diyabetin tedavi şeklinin ne olduğu, ailede diyabet varlığı, diyabetin komplikasyonlarının varlığı, diyabet eğitimi alma durumu gibi sorular yer almaktadır. Hasta tanılama formu toplamda 23 sorudan oluşmaktadır.[7-9]

Sağlık okuryazarlığı ölçeği

Ishikawa ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ölçek, kronik hastalığı olan bireylerin fonksiyonel, interaktif-iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, Akyar ve Ağralı (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 4 maddeli Likert tipinde olup, 14 maddeden ve üç bölümden oluşmaktadır. Hiçbir zaman 1 puan, Sıklıkla 4 puan olarak belirlenmektedir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin, fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı (5 madde), düşük puan yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı (5 madde), gerekli bilişsel ve sosyal becerileri değerlendirilmektedir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı (4 madde), elde ettiği bilgileri eleştirel nasıl değerlendirdiğini ve kullandığı ölçmektedir. İnteraktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında yüksek puan, yüksek sağlık okuryazarlığını gösterirken, fonskiyonel sağlık okuryazarlığında düşük puan yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Bu güvenirlik katsayısı, ölçeğin yeterli güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır, yüksek bir güvenirlik düzeyi olduğunu göstermektedir.[11,12]

Diyabet öz yönetim ölçeği

Diyabet Öz Yönetim Ölçeği, Lin ve arkadaşları (2008) tarafından diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerini ve bu becerilerin uygulama sıklıklarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ise Kaya ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, 1 asla ve 4 her zaman olmak üzere dört seçenekli Likert türündedir. Ölçek 35 madde ve öz denetim (10 madde), öz entegrasyon (9 madde), sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla iş birliği (9 madde), kan şekeri kontrolü (4 madde) ve önerilen rejimlere uyma (3 madde) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek cevapları 35-140 aralığında puanlanmaktadır.

Yüksek puanlar öz yönetim davranışlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ise 0,94 olarak hesaplanmıştır, yani yüksek bir güvenirlik düzeyine sahiptir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.951 olarak bulunmuştur, bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.[13,14]

Verileri toplama araçlarının uygulanması

Tip 2 diyabetli hastalarda sağlık okuryazarlığı ve hastalık öz yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla veriler, araştırmacı tarafından Ankara Eğitim Araştırma Hastanesinin Dahiliye polikliniği ve servisinde toplanmıştır. Hastalara ön açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara ölçekler araştırmacı gözetiminde yüz yüze uygulatılmıştır. Anketlerin doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 26 programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama±standart sapma) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Diyabet Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Diyabet Öz Yönetim Ölçeğinin güvenirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı için Kolmogorow Smirnov Testi ($n>30$) uygulanmıştır. Öz yönetim toplam puanı dışında diğer puanların normal dağılım varsayımını sağlamadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir ($p<0.05$). Ancak yalnızca p değeri yeterli olmadığından çarpıklık-basıklık değerleri ve histogramlar da incelenmiştir. Tüm ölçek ve alt boyut puanlarının çarpıklık ve basıklık katsayıları ±3 arasında yer almakta ve standartlaştırılmış değerler -1.96 ile +1.96 arasında bulunmuştur. Histogram grafikleri de normal dağılımı desteklemektedir. Bu nedenle, demografik özellikler ve diyabetle ilgili değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İkiden fazla bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ise Tukey Testi ile bakılmıştır. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığının öz yönetim üzerinde etkisi olup olmadığını belirleyebilmek için Enter Yöntemi kullanılarak çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır Tüm analizlerde $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (06.01.2022 tarihli karar no:35 evrak no: 564) izin alınmıştır. Helsinki bildirgesi ilkelerine uyulmuştur. Araştırmanın hastalar ile yürütülebilmesi amacıyla araştırmanın yapıldığı hastanenin etik kurulundan yazılı kurum izni alınmıştır. Ölçeklerin uygulanabilmesi için ölçek geliştiricileri ile e-posta aracılığıyla iletişime geçilmiş ve yine e-posta üzerinden gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalara; araştırmanın ne olduğu, önemi, hangi amaçlı kullanılacağı açıklanmış, katılımcıların sorduğu sorulara gerekli yanıtlar verilerek gönüllü bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

Bulgular

Tip 2 Diyabet Tanısı Olan Bireylerin Özellikleri

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 400 kişi den 300'ü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. 300 kişi ile yürütülmüştür. Yanıt verme oranı %100'dür. Tip 2 diyabetli bireylerin (n=300) demografik özelliklerinin diyabet ile ilgili bilgilerinin yüzdelik değerleri tablolarda sunulmuştur. Diyabetli bireylerin yaş ortalaması 50.98±9.83 tür. Bireylerin %52.00'ı (n=156) kadın, %78.00'ı (n=234) evli, %36.70'i (n=110) lisans mezunu, %55.00'ının (n=165) geliri giderine eşit, %33.0'ı (n=99) sigara içmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımları

	Kişi Sayısı (n=300)	Yüzde (%)
Yaş Grubu (Ort±SS)	50.98±9.83	
45 yaş ve altı	79	26.30
46-55 yaş	109	36.30
56 yaş ve üstü	112	37.30
Cinsiyet		
Kadın	156	52.00
Erkek	144	48.00
Medeni Durum		
Evli	234	78.00
Bekar	66	22.00
Eğitim Durumu		
Okur-yazar/İlkokul	41	13.70
Ortaokul	50	16.70
Lise	79	26.30
Lisans	110	36.70
Lisansüstü	20	6.70

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımları. (Devamı)

Meslek		
Serbest	75	25.00
Ev Hanımı	78	26.00
Memur	90	30.00
İşçi	34	11.30
İşsiz	23	7.70
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	79	26.30
Gelir gidere eşit	165	55.00
Gelir giderden fazla	56	18.70
Sosyal Güvence		
Sigara İçme Durumu		
Evet	99	33.00
Hayır	160	53.30
Bıraktım	41	13.70
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	53	17.70
Hayır	228	76.00
Bıraktım	19	6.30

Ort=Ortalama; SS=Standart Sapma

Tip 2 Diyabet Tanısı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yönetim Puanları

Tablo 2 incelendiğinde, çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlık puanının ortalaması 37.96 ±7.18 iken fonksiyonel sağlık okur-yazarlık alt boyutunun puan ortalaması 11.23 ±4.15, iletişimsel sağlık okuryazarlık alt boyutunun puan ortalaması 17.85 ±4.13, eleştirisel sağlık okuryazarlık alt boyutunun puan ortalaması ise 8.88 ±2.39'dur. Bu doğrultuda, bireylerin demografik özellikleri ve diyabet hastalığı ile ilgili bilgilerinin karşılaştırmalarında parametrik testler kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3 ve Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 2. Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

				Kolmogorov Smirnov		
	Ort±SS	**Medyan**	**Min-Maks**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**p**
Diyabet Sağlık Okur-Yazarlık Puanı	37.96±7.18	38	14-56	-2.54	2.35	0.000
Alt Boyutlar						
Fonksiyonel	11.23±4.15	11	5-20	1.21	-2.04	0.000
İletişimsel	17.85±4.13	18	6-24	-2.89	-0.96	0.000
Eleştirisel	8.88±2.39	9	3-12	-3.05	-1.63	0.000
Diyabet Öz Yönetim Puanı	92.88±24.09	93	35-140	-1.51	-1.97	0.053
Alt Boyutlar						
Özdenetim	24.31±7.70	24	10-40	0.06	-3.01	0.000
Öz Entegrasyon	25.25±6.64	26	9-36	-2.88	-1.58	0.000
Sağlık Uzmanları ve Diğer Önemli İnsanlarla İş Birliği	23.75±7.65	24	9-36	-1.11	-3.04	0.004
Kan Şekeri Kontrolü	11.20±3.78	12	4-16	-2.99	-2.94	0.000
Önerilen Rejimlere Uyma	8.37±2.28	9	3-12	-2.59	-0.31	0.000

Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yönetim Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Tablo 3. Diyabet Sağlık Okur-Yazarlık Ölçeği ve Diyabet Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyut Puanlarına Göre Demografik Özellikler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

	Diyabet Sağlık Okur-Yazarlık Ölçeği				**Diyabet Öz Yönetim Ölçeği**					
Demografik Özellikler	Toplam Puan Ort±SS	Fonksiyonel Ort±SS	İletişimsel Ort±SS	Eleştirisel Ort±SS	Toplam Puan Ort±SS	Özdenetim Ort±SS	Öz Entegrasyon Ort±SS	İş Birliği Ort±SS	Kan Şekeri Kontrolü Ort±SS	Rejimlere Uyma Ort±SS
Yaş Grubu										
1. 45 yaş ve altı	37.91±6,315	10.23±4.129	18.35±3.683	9.33±2.159	89.75±25.154	23.24±8.042	24.35±6.960	23.52±7.626	10.61±4.049	8.03±2.722
2. 46-55 yaş	38.79±6.143	11.69±4.064	18.13±3.536	8.97±2.048	90.83±23.325	24.15±7.559	24.67±6.390	22.66±7.479	11.01±3.740	8.34±1.968
3. 56 yaş ve üstü	37.20±8.553	11.50±4.181	17.23±4.866	8.46±2.796	97.09±23.685	25.21±7.572	26.45±6.555	24.98±7.733	11.80±3.581	8.64±2.213
F; p	1.362; 0.258	3,244; **0.040*** Fark;1-2	2.103; 0.124	3.193; **0.042*** Fark;1-3	2.806; 0.062	1.561; 0.212	2.984; 0.052	2.619; 0.075	2.55; 0.079	1.719; 0.181
Cinsiyet										
Kadın	38.44±7.619	11.04±4.276	18.26±4.264	9.15±2.470	94.09±23.786	24.38±7.505	25.65±6.545	24.24±7.719	11.33±3.948	8.49±2.360
Erkek	37.44±6.676	11.44±4.026	17.42±3.955	8.58±2.292	91.57±24.441	24.23±7.948	24.81±6.755	23.23±7.576	11.06±3.611	8.24±2.197
t; p	1.202; 0.230	-0.845; 0.399	1.764; 0.079	2.046; **0.042***	0.905; 0.366	0.167; 0.867	1.095; 0.274	1.140; 0.255	0.604; 0.546	0.976; 0.330
Medeni Durum										
Evli	38.08±7.264	11.13±4.102	18.00±4.078	8.94±2.389	93.88±23.487	24.44±7.565	25.59±6.462	24.00±7.442	11.32±3.833	8.53±2.243
Bekar	37.56±6.948	11.61±4.353	17.32±4.312	8.64±2.435	89.35±26.022	23.82±8.239	24.06±7.200	22.88±8.364	10.79±3.614	7.80±2.348
t; p	0.515; 0.607	-0.825; 0.410	1.192; 0.234	0.921; 0.358	1.350; 0.178	0.582; 0.561	1.650; 0.100	1.051; 0.294	1.001; 0.317	2.301; **0.022***
Eğitim Durumu										
1.Ortaokul ve altı	36.88±7.703	13.55±3.745	15.79±3.946	7.54±2.301	83.27±23.579	20.84±7.132	22.63±6.754	21.41±7.604	10.56±3.836	7.85±1.813
2.Lise	38.06±7.081	10.96±3.969	18.10±3.967	9.00±2.407	94.73±23.745	25.09±7.190	25.35±6.538	24.65±7.428	11.00±3.704	8.65±2.343
3.Lisans ve üstü	38.66±6.834	9.78±3.840	19.15±3.808	9.74±2.029	98.48±22.763	26.26±7.632	27.02±6.064	24.85±7.517	11.77±3.745	8.57±2.487
F; p	0.953; 0.191	13.413; **0.000***** Fark;1-2.3	10.555; **0.000***** Fark;1-2.3	14.404; **0.000***** Fark;1-2.3	8.462; **0.000***** Fark;1-2.3	9.600; **0.000***** Fark;1-2.3	9.665; **0.000***** Fark;1-2.3	5.270; **0.002**** Fark;1-2.3	2.900; 0.056	2.243; **0.031*** Fark;1-2.3
Gelir Durumu										
1.Gelir<Gider	38.41±8.273	12.95±4.734	17.22±4.635	8.24±2.870	92.19±25.480	24.00±8.207	25.32±6.723	23.51±8.045	11.01±3.921	8.35±2.259
2.Gelir=Gider	37.52±6.408	10.83±3.799	17.81±3.751	8.88±2.135	90.96±23.760	23.44±7.365	24.60±6.774	23.44±7.628	11.19±3.685	8.29±2.330
3.Gelir>Gider	38.66±7.744	10.00±3.578	18.89±4.330	9.77±2.149	99.52±22.265	27.29±7.370	27.07±5.896	25.04±7.153	11.50±3.936	8.63±2.196
F; p	0.732; 0.482	10.620; **0.000***** Fark;1-2.3	2.756; 0.065	6.906; **0.001**** Fark; 3-1.2	2.713; 0.068	5.439; **0.005**** Fark; 3-1.2	2.931; 0.055	0.968; 0.81	0.272; 0.762	0.449; 0.639

$^{*}p<0.05$, $^{**}p<0.01$, $^{***}p<0.001$, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma
t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi, p=Anlamlılık Düzey

Araştırmaya katılan bireylerin yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu arasında sağlık okur-yazarlık toplam puanı, öz yönetim toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p=0.040, p=0.042, p=0.042, p=0.022). Çalışmaya katılan eğitim durumları arasında sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından fonksiyonel iletişimsel ve eleştirisel sağlık okuryazarlığı puanları; öz yönetim toplam puanı ve alt boyutlarından özdenetim, öz entegrasyon, iş birliği, rejimlere uyma puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.002, p=0.031). Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumları arasında sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından fonksiyonel ve eleştirisel sağlık okuryazarlığı puanları; öz yönetim alt boyutlarından ise sadece özdenetim puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p=0.000, p=0.001, p=0.005)

Tablo 4. Diyabet Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyut Puanlarına Göre Diyabet ile İlgili Özellikler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Diyabet ile İlgili Bilgiler	Diyabet Sağlık Okur-Yazarlık Ölçeği				Diyabet Öz Yönetim Ölçeği					
	Toplam Puan Ort±SS	Fonksiyonel Ort±SS	İletişimsel Ort±SS	Eleştirisel Ort±SS	Toplam Puan Ort±SS	Özdenetim Ort±SS	Öz Entegrasyon Ort±SS	İş Birliği Ort±SS	Kan Şekeri Kontrolü Ort±SS	Rejimlere Uyma Ort±SS
Diyabet Hastalık Yılı										
1. ≤5 yıl	39.13±6.798	11.39±4.285	18.58±3.821	9.16±2.296	89.77±27.270	24.17±8.602	23.79±7.273	23.26±7.869	10.33±4.103	8.22±2.608
2. 6-10 yıl	37.57±6.843	11.64±3.729	17.32±3.857	8.61±2.125	89.80±20.798	22.77±6.969	24.36±6.265	23.45±6.754	11.00±3.400	8.22±2.082
3. ≥11 yıl	37.23±7.627	10.86±4.289	17.56±4.478	8.80±2.623	97.34±22.547	25.35±7.221	27.01±5.936	24.35±7.994	12.05±3.571	8.59±2.100
F; p	2.120; 0.122	0.909; 0.404	2.543; 0.080	1.216; 0.298	3.637; **0.028*** Fark; 1-3	2.642; 0.073	7.790; **0.001**** Fark; 3-1.2	0.643; 0.526	6.115; **0.002**** Fark; 1-3	0.928; 0.397
Aile Öyküsü										
Var	37.47±7.115	11.14±4.219	17.60±4.121	8.73±2.450	93.72±22.909	24.41±7.399	25.63±6.388	23.78±7.336	11.42±3.602	8.47±2.151
Yok	39.75±7.220	11.58±3.929	18.77±4.076	9.40±2.142	89.85±27.958	23.92±8.788	23.86±7.405	23.66±8.770	10.40±4.326	8.00±2.693
t; p	-2.285; **0.023***	-0.769; 0.442	-2.029; **0.043***	-1.997; **0.047***	1.148; 0.252	0.453; 0.651	1.911; 0.057	0.109; 0.913	1.934; 0.054	1.479; 0.140
Hiperglisemi Koması										
Evet	37.79±6.245	13.11±3.746	16.62±3.525	8.06±2.111	89.38±24.316	23.74±7.551	24.11±6.819	22.33±7.768	11.20±3.429	8.00±2.191
Hayır	38.01±7.443	10.71±4.120	18.20±4.231	9.11±2.429	93.87±23.993	24.47±7.760	25.57±6.579	24.15±7.591	11.20±3.888	8.47±2.302
t; p	-0.224; 0.823	4.263; **0.000*****	-2.773; **0.006****	-3.177; **0.002****	-1.338; 0.182	-0.673; 0.502	-1.587; 0.114	-1.712; 0.088	-0.007; 0.994	-1.494; 0.136
Hipoglisemi Koması										
Evet	39.00±6.309	13.12±3.835	17.61±3.701	8.27±2.145	94.80±22.281	25.56±5.590	25.73±6.197	23.83±7.765	11.17±3.721	8.51±2.430
Hayır	37.80±7.315	10.93±4.132	17.89±4.203	8.97±2.426	92.58±24.397	24.11±7.983	25.17±6.726	23.74±7.652	11.20±3.803	8.35±2.263
t; p	0.994; 0.321	3.179; **0.002****	-0.406; 0.685	-1.754; 0.080	0.550; 0.583	1.122; 0.263	0.499; 0.618	0.068; 0.946	-0.053; 0.958	0.429; 0.668
Diyabet Eğitimi Alma Durumu										
Evet	37.11±6.134	10.95±4.006	17.50±3.919	8.67±2.227	94.26±21.378	24.61±6.760	25.73±5.875	23.90±7.324	11.54±3.511	8.48±2.189
Hayır	38.85±8.067	11.53±4.299	18.22±4.327	9.10±2.554	91.44±26.630	23.99±8.597	24.76±7.356	23.61±8.006	10.84±4.034	8.25±2.378
t; p	-2.107; **0.036***	-1.215; 0.225	-1.528; 0.128	-1.551; 0.122	1.013; 0.312	0.705; 0.481	1.265; 0.207	0.328; 0.743	1.603; 0.110	0.880; 0.380
Hastalığın Komplikasyonlarını Bilme Durumu										
Evet	37.45±6.961	10.52±3.929	17.95±4.212	8.98±2.397	97.30±22.257	25.70±7.140	26.78±5.954	24.51±7.435	11.72±3.679	8.60±2.176
Hayır	38.81±7.503	12.42±4.267	17.69±4.011	8.70±2.401	85.57±25.313	22.01±8.088	22.73±6.988	22.50±7.880	10.34±3.819	7.99±2.411
t; p	-1.581; 0.115	-3.923; **0.000*****	0.531; 0.596	0.997; 0.320	4.199; **0.000*****	4.119; **0.000*****	5.342; **0.000*****	2.211; **0.028***	3.116; **0.002****	2.250; **0.025***

**p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi, p=Anlamlılık Düzeyi*

Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yönetim Puanlarının Diyabet Bilgisi Değişkenlerine Göre Dağılımı

Tablo 4'e göre çalışmaya katılan bireylerin diyabet hastalık yılları arasında öz denetim toplam puanı, alt boyutlarından öz entegrasyon ve kan şekeri kontrolü puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çalışmaya katılan bireylerin hiperglisemi koması geçirme durumları arasında sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bireylerin hipoglisemi koması geçirme durumları arasında sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından sadece fonksiyonel sağlık okuryazarlığı puanının ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yönetim Arasındaki İlişki

Tablo 5. Diyabet Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Diyabet Öz Yönetim Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Diyabet Sağlık Okur Yazarlığı	r	1									
	p										
2. Fonksiyonel	r	0.498	1								
	p	**0.000*** **									
3. İletişimsel	r	0.824	-0.044	1							
	p	**0.000*** **	0.448								
4. Eleştirel	r	0.713	-0.163	0.823	1						
	p	**0.000*** **	**0.005** **	**0.000*** **							
5. Diyabet Öz Yönetim	r	0.039	-0.362	0.267	0.283	1					
	p	0.506	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **						
6. Özdenetim	r	0.075	-0.320	0.280	0.296	0.882	1				
	p	0.194	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **					
7. Öz Entegrasyon	r	0.004	-0.357	0.222	0.250	0.904	0.773	1			
	p	0.940	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **				
8. Sağlık Uzmanları ve Diğer Önemli İnsanlarla İş Birliği	r	0.051	-0.307	0.251	0.254	0.865	0.637	0.673	1		
	p	0.376	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **			
9. Kan Şekeri Kontrolü	r	-0.039	-0.268	0.119	0.143	0.806	0.614	0.707	0.642	1	
	p	0.506	**0.000*** **	**0.039***	**0.013***	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **		
10. Önerilen Rejimlere Uyma	r	0.033	-0.226	0.184	0.171	0.707	0.531	0.592	0.600	0.563	1
	p	0.573	**0.000*** **	**0.001** **	**0.003** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	**0.000*** **	

**p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001*
r=Pearson Korelasyon Katsayısı, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4'e göre fonksiyonel sağlık okuryazarlık puanının 1 birim artması öz yönetim puanını 1.988 (B) kat azaltmakta, iletişimsel sağlık okuryazarlık puanının 1 birim artması ise öz yönetim puanını 1.169 (B) kat arttırmaktadır. Öz yönetimi açıklamada en çok katkısı olan değişken fonksiyonel sağlık okuryazarlığıdır (Std. Beta=0.343).

Tartışma

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının ve sağlık okuryazarlığı alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu oran çalışmamıza katılan bireylerin; hastane, eczane, sağlık ocağı veya herhangi bir sağlık kuruluşundan aldıkları bilgilendirme içeriğine sahip kitapçıkları okuyup anlama, rahatsızlığına yönelik tanı aldıktan sonra hekimin gerekli gördüğü ilaçların doğru kullanımını sağlama, bilgiye erişebilmek için ihtiyaç duyduğu iletişimin sağlanmasında ve elde ettiği bilgiye kendi içerisinde kritik yaparak yaklaşmasında sorun yaşadığını göstermektedir. Parlak (2021) çalışmasına dahil ettiği diyabetli bireylerin, genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 34.06 ± 9.67, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyut puan ortalaması 11.17±4.74, eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyut puan ortalaması 7.20±2.97 tespit edilmiştir.[15] Karadede (2021) çalışmasında fonksiyonel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 3.44±0.55 olarak bulunmuştur.[16] Ağralı (2018) ölçek geliştirme içerikli metodolojik çalışmasında, sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 39.1±12.31, sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından fonksiyonel alt boyut puan ortalaması 13.91±5.63, eleştirel alt boyut puan ortalaması 10.95±3.99 belirlenmiştir. Çalışmasında, sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından interaktif (iletişimsel) ve eleştirel alt boyut puan ortalamalarının yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinde artış olurken yine bir diğer alt boyut olan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutu puan ortalamalarında gözlemlenen artışların sağlık okuryazarlığı düzeyinde azalmaya sebebiyet vereceğini belirtmiştir. Bu durum göz önüne alındığında, literatürle ortaklık elde edemeyen fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyut puan ortalaması, diyabetli bireylerin diyabetle ilgili bilgi düzeylerinin aynı düzeyde olmamasından kaynaklandığı ve veri toplanan grubun sosyodemografik özellikleriyle beraber farklılık gösterdiği düşünülmektedir.[12] Amerika'da yapılan araştırmalar incelendiğinde, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin diyabete özgü bilgi eksikliği yaşadıkları, sağlık çalışanları tarafından kendilerine sunulan bilgileri algılamada güçlük çektikleri ve yetersiz tıbbi terminoloji bilgisine sahip oldukları saptanmıştır.[17-19] Nacanabo (2021) çalışmasında, sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ortalamalarında sağlık çalışanlarıyla aktif ilişki ortalaması 3.08(0.81) ile yüksek oran, sağlık sisteminde gezinme ortalamasının 2.95(0.73) ile düşük orana sahip olduğu belirlenmiştir.[20] Alidosti (2019) çalışmasında, diyabetli bireylerin %52.9'unun düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu sağlık okuryazarlığı ortalama puanının ise 45.23 ± 21.43 olduğu belirlenmiştir.[21] Türkiye ve dünya literatürü incelendiğinde, diyabetli bireylerin sağlık

okuryazarlığı düzeyi ortalamalarının düşük veya orta oranda olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer nitelik gösteren bu durum diyabetli bireylerin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olmasının diyabetinin yönetimi başta olmak üzere mevcut sağlık sisteminden yararlanma, sağlık çalışanları aracılığıyla verilen bilgiyi özümseme, basit temelde tıbbi terminoloji içeriği bulunan metin ve kitapçıkları anlamada sorun yaşama, var olan iyilik ve hastalık halinde söz sahibi olamama ve ulaştığı bilgileri diyabet yönetimine aktaramama gibi durumlara yol açmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetleri arasında yalnızca sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından eleştirel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu durum; kadınların eleştirel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir. Kadın ve erkek cinsiyetinin yapısal ve düşüncesel farklılıklarının nedeni ile bu sonuca varıldığı düşünülmektedir. Diyabete sahip olma yılı arttıkça sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının düştüğü gözlemlenmiştir. Özcan (2019) çalışmasında Diyabet tanı süresi arttıkça sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından genel sağlık endeksinde düşüş olduğu saptanmıştır.[22] Beyoğlu (2019) çalışmasında diyabet ve hipertansiyon öyküsü olan bireylerin 10 yıl ve daha üzeri tanı süresi bulunanların diğer yıl aralıklarına oranla sağlık okuryazarlığı puan ortalamasında daha düşük puan aldıkları sonucuna ulaşmıştır.[23] Diyabet tanı süresiyle sağlık okuryazarlığı arasında ters ilişki gözlemlenmesinin yeni tanı alan bireylerde merak ve öğrenme arzusuyla beraber daha fazla bilgi arama süreci içerisinde olacağı, zaman geçtikçe diyabetli olmanın getirebileceği sınırlamalar nedeniyle diyabetli bireylerin daha kayıtsız kaldığı ve bu sebeple sağlık okuryazarlık düzeyinin etkilendiği düşünülmektedir. Diyabet varlığı 5 yıl ve altında olan bireylerin öz denetim toplam puanı ve kan şekeri kontrolü puan ortalamaları ve öz entegrasyon puan ortalaması, diyabet varlığı 11 yıl ve üzeri olan bireylere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu durum diyabet yılı arttıkça diyabete yönelik daha çok bilgiye eriştiği böylelikle vücudunda meydana gelen değişimleri anlama ve diyabet uyumu sağlama da olumlu yönde etki gösterdiği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Tip 2 diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve diyabet öz yönetimi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin orta seviyede olduğu bulunmuştur. Diyabet tanısı olan evli bireylerin rejimlere uyma diyabet öz yönetimi alt boyutunun yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diyabetli bireylerin demografik değişkenleri ile diyabete ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş arttıkça fonksiyonel sağlık okuryazarlığı puanları artarken, yaş azaldıkça eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları anlamlı şekilde yükseldiği bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı ile öz yönetim puanı arasında doğrusal bir ilişki bulunmazken; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile öz denetim, öz entegrasyon ve sağlık uzmanlarıyla iletişim-alt boyut puanları arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir.

Elde edilen bu sonuçlara göre; Diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek amacıyla eğitim programları sağlanmalıdır. Bu programlar, diyabet hakkında doğru ve güvenilir bilgilere erişimi sağlamak, tıbbi terminolojiyi anlamalarını desteklemek ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini benimsemelerine yardımcı olmak amacıyla tasarlanmalıdır. Ayrıca diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerini güçlendirmek için öz yönetim destek programları düzenlenmelidir. Bu programların etkinliğini değerlendirmek için farklı gruplarda çalışmalar yapılmalıdır. Diyabetli bireyler için sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitimler planlayıp öncesi ve sonrası bilgi durumunu değerlendiren araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezli yürütülmesi bu araştırmanın tek sınırlılığıdır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Araştırmacıların veya yazarların çalışmayla ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkıları

Araştırma tasarımı: AA, Bİ; Veri toplama: AA; Verilerin analizi: AA, Bİ; Verileri yorumlama: AA, Bİ; Literatür tarama: AA; Makalenin yazılması: AA; Son okuma: AA, Bİ; Başvurucu öncesi kontrol: AA, Bİ.

Teşekkür

Araştırmaya katılan tüm diyabetli bireylere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Egan AM, Dinneen SF. What is diabetes. Medicine Journal. 2014;47(1):1-4. doi:10.1016/j.mpmed.2018.10.002.
2. American Diabetes Association (ADA). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Erişim Tarihi: 22.01.2023 Erişim Adresi: https://diabetesjournals.org/care/article/44/Supplement_1/S15/30859/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes.
3. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMD). Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu: Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. Erişim Tarihi:22.12.2022. Erişim Adresi: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20200625154506-2020tbl_kilavuz86bf012d90.pdf
4. Muslu L, Öncel S. Diyabet hastalarında öz yönetim ve izlemin önemi. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019.
5. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(1):69-74. doi: 10.5455/pmb.1-1448870518
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What is health literacy? Take action. Learn. Erişim Tarihi: 10.04.2025. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html
7. Nugent TL, Galea AM, Sammut R. Tip 2 diyabetli kişilerde sağlık okuryazarlığı, öz yönetim ve glisemik kontrol: kesitsel bir çalışma. Pract Diab. 2023;40:28-34. doi:10.1002/pdi.2467
8. Nutbeam, D. Sağlık okuryazarlığı bir halk sağlığı hedefi olarak: 21. yüzyılda çağdaş sağlık eğitimi ve iletişim stratejileri için bir zorluk. Health Promotion International. 2021;36 (4): 924–931. doi: 10.1093/heapro/daaa070
9. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Avrupa'da sağlık okuryazarlığı: Avrupa sağlık okuryazarlığı anketinin (HLS-EU) karşılaştırmalı sonuçları. Avrupa Halk Sağlığı Dergisi. 2020;30(2):286–292. doi:10.1093/eurpub/ckz195
10. Al Sayah F, Williams B. Health literacy and diabetes management: A review of the literature. Can J Diabetes. 2020;44(1):51–55. doi:10.1016/j.jcjd.2019.03.002
11. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative and citical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care. 2008;31(5):874-9. doi:10.2337/dc07-1932
12. Ağralı H, Akyar I. Diyabetli erişkin hastalarda sağlık okuryazarlığı: ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;9(3):314-321. doi: 10.31067/0.2018.31
13. Kaya MD, Kutlu FY, Boyuk B. Psychometric properties of the turkish version of diabetes self-management instrument. International Journal of Caring Sciences. 2021;14(1):244-255. doi: 10.22314/ijcs.2021.1331
14. Lin CC, Anderson RM, Chang CS, Hagerty BM. Loveland-cherry cj, development and testing of the diabetes self-management instrument: a confirmatory analysis. Res Nurs Health. 2008;31(4):370-380. doi: 10.1002/nur.20258
15. Parlak AG, Şahin Z. Diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi. DÜSTAD Dünya Sağlık ve Tabiat Bilimleri Dergisi. 2021;4(2):113-125. doi: 10.46710/dustad.2021.67499

16. Karadede M. Tip 2 diyabetli yaşlıların oral antidiyabetik ilaçlar hakkında inançlarının ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
17. Gazmararian JA, Williams M, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Educ Couns. 2003;51(3):267–275. doi:10.1016/s0738-3991(02)00239-2
18. Castro CM, Wilson C, Wang F, Schillinger D. Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. Am J Health Behav. 2007;31(1):85–95. doi:10.5555/ajhb.2007.31.supp.S85
19. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. Patient Educ Couns. 2004;52(3):15-323. doi:10.1016/S0738-3991(03)00107-1
20. Nacanabo R, Debussche X, Rouamba M, Kamouni P, Mancini J, Kouanda, S. Health literacy and health-related quality of life in type 2 diabetes: a cross-sectional study in burkina faso. Diabetes Epidemiology and Management. 2021;3(Ek-2):1-9. doi:10.1016/j.deman.2021.100016
21. Alidosti M, Tavassoli E. Investigating health literacy, knowledge and self-efficacy in patients with type 2 diabetes referring to health centers in shahrekord. Journal of Health Literacy. 2019;3(4):36-45. doi:10.22038/JHL.2019.38005.1031
22. Özcan G, Ozkaraman A. Tip 2 diabetes mellitus hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021;14(1):3-16. doi:10.46483/deuhfed.691680
23. Beyoğlu MM, Avcı D. Examination of the relationship between health literacy, concern and anxiety in adults with diabetes mellitus or hypertension and comparison with individuals without chronic disease. Journal of Surgery and Medicine. 2020;4(6):456-459. doi:10.28982/josam.747645

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received): 07.04.2025 Kabul Tarihi (Accepted): 17.07.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığı ve İş Güvenliği Uygulamaları Yönünden İncelenmesi*

Investigation of Nurses Working in Pediatric Clinics in Terms of Health and Occupational Safety Practices

Özlem GÜZEL POLAT [1]

Hacer ÇETİN [2]

[1]Hemşire, Mersin Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Mersin/Türkiye

[2]Prof. Dr., Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Mersin/ Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Özlem Güzel Polat; e-mail: ozlemgzl@mersin.edu.tr

*Bu araştırma bir yüksek lisans tez çalışması olup, 6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresinde özet/sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Alıntı (Cite): Güzel Polat Ö. ve Çetin H. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığı ve İş Güvenliği Uygulamaları Yönünden İncelenmesi. YBH dergisi. 2025; 6(2):20-34

Özet

Amaç: Bu araştırmada, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarını ve çalıştıkları kurumları iş güvenliği uygulamaları yönünden incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanan araştırma, Akdeniz bölgesinin iki ilinde bulunan beş hastanenin çocuk kliniklerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 563 hemşire ile yapılmıştır. Etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır. Veriler, hemşirelerin tanıtıcı bilgilerini içeren form ve "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tek örneklem t testi, tek yönlü anova ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Yapılan analizler sonucunda, çocuk hemşirelerinin yoğun bakım koşullarında 9 hastaya kadar bakım verdiği, hemşirelerin %66.2'sinin çalışan güvenliğini yetersiz bulduğu belirlenmiştir. Ayrıca çocuk hemşirelerinin iş güvenliği ölçeği toplam puan ortalaması (2.35±0.53) orta düzeyin altında bulunurken, sırasıyla en düşük alt grup puan ortalaması mesleki hastalıklar ve şikayetler (1.45±0.51); yöneticilerin desteği ve yaklaşımları (1.97±0.75) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça, çalışan sağlığının göz ardı edildiği bulunmuştur. Ayrıca kurumdan memnun olmayan, sağlık problemi olan ve çalıştığı kurumu çalışan güvenliği açısından yetersiz değerlendiren hemşirelerin iş güvenliği uygulamalarını yetersiz değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk hemşireliği; iş güvenliği; çalışan sağlığı.

Abstract

Aim: The aim of this study was to examine the working environments of nurses working in pediatric clinics and the institutions in which they work in terms of occupational safety practices.

Methods: The descriptive cross-sectional study was conducted with 563 nurses from pediatric clinics in five hospitals across two provinces in the Mediterranean region. Ethics committee and institutional approvals were obtained. Data were collected using a form on nurses' demographics and the Occupational Safety Scale. Descriptive statistics, one-sample t-test, and one-way ANOVA were used for analysis, with significance set at $p<0.05$.

Results: The analyses determined that pediatric nurses provided care for up to 9 patients in intensive care conditions, and 66.2% of the nurses found employee safety inadequate. In addition, the total mean score of the occupational safety scale (2.35±0.53) was below the medium level. In contrast, the lowest subgroup mean scores were for occupational diseases and complaints (1.45±0.51) and for support and approaches of managers (1.97±0.75), respectively.

Conclusion: As the number of patients per nurse increased, employee health was overlooked. Additionally, it was found that nurses dissatisfied with the institution, those with health issues, and those who rated the institution poorly regarding employee safety also assessed occupational safety practices inadequately.

Key Words: Pediatric Nursing; occupational safety; worker health.

Giriş

Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunulduğu çalışma ortamlarının tamamında çalışmaktadır. Diğer sağlık çalışanlarına göre işten kaynaklanan tehlikeler ile daha fazla karşı karşıya kalan hemşireler, tehliklere karşı yüksek risk altındadır.[1,2] Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, yöneticilerle çatışma, bakım ihtiyacı yüksek hastalarla çalışma ve yaşanan duygusal stres olarak tanımlamaktadır.[3,4] Hemşireler, çalışma ortamından kaynaklanan olumsuz faktörlerin etkisiyle birçok tehlike ve risk altında uzun saatler boyunca desteksiz ve daha stresli koşullar altında çalışmaktadırlar.[5]

Hemşireler, çalışma ortamlarında biyolojik, kimyasal, fiziksel ve ergonomik tehlikelerle karşı karşıya kalmakta; bu durum yaşamlarını, güvenliklerini ve refahlarını tehdit etmektedir.[6] Dünyada hemşireler arasında en sık karşılaşılan iş kazaları ve mesleki hastalıklar arasında iğne batmaları, bel ağrıları ve hepatit C gibi enfeksiyonlar yer almaktadır.[7] Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan biyolojik riskler, hemşirelerin sağlığı için ciddi tehditler oluşturmakta ve çoğunlukla meslek hastalıklarına yol açmaktadır.[8] Yapılan araştırmalar, hemşirelerin kan yoluyla bulaşan hastalıklara yakalanma riskinin yüksek olduğunu ve iğne batmalarının en yaygın iş kazası olduğunu ortaya koymaktadır.[6,7,9]

Hemşirelerin çalışma ortamı ve tasarımının uygun olmaması sonucunda ergonomik tehlikelerle de karşı karşıya kalmaktadır. Literatürde ergonomik olmayan çalışma ortamı sonucunda hemşirelerin yaşadığı sağlık sorunlarını arttırdığı bildirilmektedir. Ergonomik olmayan bir ortamda uzun süre çalışan hemşireler, uzun süre ayakta kalma, yanlış duruş pozisyonu ve aşırı güç uygulama, yetersiz aydınlatma ve eksik malzeme gibi sorunlarla sıklıkla sırt ve bel ağrısı yaşamakta ve hemşirelerin yaşam kalitesinin ve iş performansının düşmesine neden olmaktadır.[2,10]

Hemşireler işlerinin doğası gereği dönüşümlü vardiyalarda uzun ve sık çalışma süreleri ile çalışmaktadır. Gece vardiyalarında uzun süre görev yapan hemşirelerde, uyku düzeni ve biyolojik ritim üzerinde anlamlı bozulmalar meydana gelmektedir. Vardiyalı çalışan hemşirelerin, düzenli çalışanlara göre daha fazla yorgun hissettikleri bildirilmiştir.[11,12] Çalışmalar, sekiz saatten uzun süren çalışma süresinin hemşirelerin dikkat düzeyini azalatarak, hemşirelerin yaralanma riskini iki kat arttırdığını bildirmektedir.[13,14] Ayrıca, uzun ve sık çalışma saatleri nedeniyle hemşireler, sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarına daha yatkın hale gelmektedir.[15,16]

Hemşireler, genel hastane ortamında karşılaşılan tehlikelerin yanı sıra, görev yaptıkları birimlere özgü risklerle de karşı karşıya kalmaktadır. Bu bağlamda, çocuk klinikleri hemşirelik bakımına en çok ihtiyaç duyulan birimler arasında yer almaktadır. Bunun temel nedenleri arasında, bu kliniklerin ergonomik açıdan yetersiz olması, hasta-hemşire oranının yüksekliği, çocukların gelişim özelliklerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermesi ve çocuk hastaların bakım süreçlerinde hemşireye büyük ölçüde bağımlı olmaları sayılabilir. Ayrıca, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin uzun süre ayakta kalmaları, çocukları yataktan kaldırma gibi fiziksel güç gerektiren görevleri sıkça yerine getirmeleri, hemşireler açısından iş sağlığı ve güvenliği risklerini artırmaktadır. Bu nedenle, çocuk kliniklerinde görev yapan hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ergonomik düzenlemelerin yapılması ve fiziksel yükü azaltacak önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır.

Araştırmanın Amacı

Araştırma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlığını ve iş güvenliğinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş güvenliği düzeyleri nedir?
2. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlığı ve iş güvenliğini olumsuz etkileyen faktörler nelerdir?
3. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yükü (hasta sayısı) ve kurum memnuniyeti, iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmeleri iş güvenliği algısını nasıl etkilemektedir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Veriler, Akdeniz Bölgesinde bulunan iki ilde bulunan toplam altı hastande Temmuz 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında pediatri kliniklerinde çalışan, ankete katılmayı kabul eden hemşirelerden elde edilmiştir.

Araştırmanın evrenini altı hastanenin pediatri kliniklerinde çalışan 700 hemşire evreni oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Evrenin %78'ini temsil eden 545 hemşireye ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları hemşirelerin demografik ve çalışma koşullarını değerlendiren "Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" kullanılmıştır.

Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulan "Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formunda" hemşirenin demografik özellikler (yaş, cinsiyet) ve çalışma koşullarına (bakım verilen hasta sayısı, çalışma saatleri, işten kaynakalan sağlık problemi, kurum memnuniyeti, kurumun sağlık ve güvenlik yönünden değerlendirilmesi ve öneriler) ilişkin bilgileri içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.[9-11,17]

Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği

Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği (İGÖ) Öztürk ve Babacan tarafından 2010 yılında geliştirilen ve 2012 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan 45 maddeden oluşan ölçek kullanılmıştır. Ölçek 7 alt boyuttan; "Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler (MHŞ); Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (STKS); Kazalar ve Zehirlenmeler (KZ); Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar (YDY); Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi (MAGD); Koruyucu Önlemler ve Kurallar (KÖK); Fiziksel Ortam Uygunluğu (FOU)" oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipte ve "1" kesinlikle katılmıyorum ile "5" tamamen katılıyorum arasında puanlanmıştır. Toplam ölçek puan aralığı 45-225'dir.[17] Toplam ölçek puanı, toplam madde sayısına bölünmesi ile toplam ölçek puan aralığı 1-5 arasında bulunmuştur. Toplam puan sayısının 5'e yakın olması, hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 1'e yakın olması ise, çalışılan kurumda iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.93 bulundu.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için uygun istatistik program kullanılmıştır. Normal dağılımı belirlemede basıklık ve çarpıklık katsayıları kullanılarak, ölçek puanlarının normal dağıldığını göstermiştir. Tanımlayıcı istatistik, tek örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon, anlamlılık durumu için post hoc Scheffe testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 26.03.2015 tarihli ve 2015/95 sayılı yazılı etik onay alınmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı hastanelerden yazılı izin ve hemşirelerden onam alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 29.7±6.88 olduğu, %91.8'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin özellikleri olan, hemşirelerin çalışma saatleri, hemşire-hasta oranları, sağlık problemine sahip olma durumu, kurumdan memnuniyet ve iş güvenliğini değerlendirme dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Bir vardiyada hemşire-hasta oranı incelendiğinde hemşire başına düşen hasta sayıları verilmiş olup, Yenidoğan-çocuk yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin 1-9 arasında hastaya, kliniklerinde ise 50 hastaya bakım verdikleri bulunmuştur. Hemşirelerin %55.4'ünün çalıştığı kurumdan memnun olmadığı, %66.2'sinin iş güvenliğini yetersiz değerlendirdiğini, %49.8'inin işten kaynaklanan bir sağlık problemine sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 1. Hemşirelerin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma Koşulları		*n*	%
Yoğun Bakım Ünitelerinde bir Vardiyada bakım verilen hasta sayısı (n:251)	1-2	11	44.00
	3-4	116	46.20
	5-6	58	23.10
	7-9	66	26.30
Kliniklerde bir Vardiyada bakım verilen hasta sayısı (n:169)	10-14	65	38.50
	15-20	70	41.40
	21-25	15	8.90
	26-30	10	5.90
	31-50	9	5.30
Bir vardiyada çocuk acil servisinde bakılan hasta sayısı (n:71)	51-100	25	35.20
	101-150	8	11.30
	151-250	38	53.50
Kurumdan memnuniyet durumu (n:545)	Memnun	243	44.60
	Memnun değil	302	55.40
Sağlık problemi olma durumu (n:542)	Var	270	49.80
	Yok	272	50.20
Hemşirelerin kurumu sağlık ve güvenlik açısından değerlendirme durumları (n:346)	Güvenlik yetersiz	229	66.20
	Güvenlik orta	69	19.90
	Güvenlik yeterli	48	13.90
Bir vardiyada çalışma saati (n:522)	8 saat	285	54.60
	8 ve 16 saat	89	17.00
	16 saat	26	5.00
	8 /16 /24 saat	122	23.40

Kısaltmalar: *n*= Örneklem Sayısı, %=Yüzde

Çalıştığı kurumdan memnun olmayan hemşirelerin gerekçeleri ve çalışan güvenliğine yönelik önerileri Tablo 2'de verilmiştir. Hemşirelerin çalıştığı kurumdan memnun olmayan hemşireler gerekçeleri sorulmuş ve 43 hemşire tarafından verilen yanıtlara göre, hemşirelerin %46.5'inin meslekte değer görmediğini ve yöneticiler tarafından olumlu geri bildirimin olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 2. Çocuk hemşirelerinin kurumdan memnun olmama nedenleri

Çocuk hemşirelerinin kurumdan memnun olmama nedenleri	*n*	%
Psikososyal nedenler (meslekte değer görülmemesi ve olumlu geri bildirimin olmaması)	20	46.50
Ekonomik sebepler (maaşın düşük olması, performansın adil dağıtılmaması	15	34.90
İş yükünün fazla olması (bakım verilen hasta sayısının fazla olması, malzemelerin yetersiz olması	5	11.60
Güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğu	3	7.00
Toplam	**43**	**100.00**

Tablo 3'te çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin İGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Çocuk hemşirelerinin iş güvenliği ölçeği toplam puan ortalaması (2.35±0.53) orta düzeyin altında bulunurken, sırasıyla en düşük alt grup puan ortalaması "Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler" 1.45±0.51, Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar 1.97±0.75 olduğu belirlenmiştir. İGÖ'nün en yüksek alt boyut puan ortalaması, 3.45±1.03 ile Koruyucu Önlemler ve Kurallar alt boyutunda bulunmuştur.

Tablo 3. Hemşirelerin İş Güvenliği Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (*n* = 545)

İGÖ ve Alt Boyutları	Minimum	Maximum	X̄	SS
Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	1.00	5.00	1.45	0.51
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri	1.00	5.00	3.15	1.07
Kazalar ve Zehirlenmeler	1.00	5.00	2.32	0.96
Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	1.00	5.00	1.97	0.75
Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi	1.00	5.00	2.76	0.97
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	1.00	5.00	3.45	1.03
Fiziksel Ortam Uygunluğu	1.00	5.00	3.11	1.06
İGÖ Toplam Puan	**1.00**	**5.00**	**2.35**	**0.53**

Kısaltmalar: X̄: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, n: Örneklem sayısı

Tablo 4'de hemşire-hasta oranının İGÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarına göre dağılımı verilmiştir. Çocuk servislerinde hemşire-hasta oranının 10-50 arasında değiştiği, özellikle 21-25 hastaya bakım veren hemşirelerin en düşük puan ortalamasının *mesleki hastalıklar ve şikayetler* alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Çocuk servislerinde çalışan hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısı arttıkça *kazalar ve önlemler* alt boyutunda elde edilen puanların düştüğü bulunmuştur. Acil servislerde 101-150 arasında hastaya bakım veren hemşireler yöneticilerin yeterince desteklemediğini düşündüğü bulunmuştur.

Tablo 4. Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hasta Sayıları ile İş Güvenliği Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

		İş Güvenliği Ölçeği Boyutlarının Puan Ortalamaları							
		MHŞ	**STKS**	**KZ**	**YDY**	**MAGD**	**KÖ**	**FOU**	**İGÖ Toplam**
		X̄±SS	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**
Bakım Verilen Hasta Sayısı									
Yoğun Bakım Üniteleri	1-2	1.42±0.34	2.71±1.17	2.38±0.88	2.04±0.80	2.62±0.95	3.16±1.14	3.30±1.01	3.29±1.01
	3-4	1.53±0.53	3.20±0.95	2.53±0.89	2.16±0.78	2.85±0.96	3.69±0.85	3.38±1.00	3.38±1.00
	5-6	1.42±0.52	2.88±1.15	2.18±0.95	1.86±0.77	2.45±0.98	3.29±1.22	2.97±1.11	2.96±1.11
	7-9	1.55±0.62	3.06±1.19	2.42±1.01	1.93±0.77	2.86±0.92	3.50±1.02	3.30±1.10	3.30±1.09
f değeri		0.765	1.588	1.816	2.411	**2.702**	1.909	2.060	**3.700**
p[b] değeri		0.515	0.193	0.145	0.067	**0.046**	0.129	0.106	**0.012**
Klinikler	10-14	1.60±0.62	3.11±0.95	2.65±0.94	2.22±0.84	2.91±0.99	3.48±0.97	3.18±1.02	3.17±1.01
	15-20	1.39±0.40	3.22±0.85	2.19±0.85	1.80±0.58	2.90±0.97	3.43±0.96	3.20±0.95	3.19±0.94
	21-25	1.13±0.21	3.38±1.53	2.08±0.87	2.16±0.52	2.86±0.91	3.60±0.92	3.11±0.70	3.10±0.70
	26-30	1.79±0.73	3.58±0.88	1.85±0.84	1.96±0.78	2.40±0.87	3.35±0.54	2.81±1.03	2.81±1.03
	31-50	1.27±0.42	2.95±1.04	1.93±0.88	1.98±0.71	2.66±0.95	3.07±1.01	2.71±1.07	2.71±1.06
f değeri		**3.629**	0.837	**4.136**	**2.965**	0.718	0.754	1.171	2.154
p[b] değeri		**0.007**	0.503	**0.003**	**0.021**	0.581	0.557	0.326	0.077
Çocuk Acil Servis	51-100	1.57±0.60	3.24±0.77	2.45±1.10	2.24±0.75	3.02±0.89	3.40±0.81	3.40±0.85	3.36±0.83
	101-150	1.27±0.36	1.96±0.94	2.27±1.35	1.98±0.65	2.90±1.47	3.20±1.54	2.78±1.62	2.78±1.62
	151-250	1.34±0.39	3.34±1.22	2.69±1.10	1.72±0.62	3.02±1.15	3.50±1.17	2.88±1.30	2.88±1.29
f değeri		2.187	**5.700**	0.665	**4.292**	0.041	0.265	1.537	1.585
P[b] değeri		0.120	**0.005**	0.518	**0.018**	0.960	0.768	0.223	0.213

Kısaltmalar: X̄: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, [b] Tek yönlü varyans analizi

Tablo 5'te hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin özellikleri ile İGÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarına göre dağılımı verilmiştir. Çalıştığı kurumdan memnun olmayan hemşirelerin İGÖ toplam puan ve alt boyutlarından *mesleki hastalıklar ve şikayetler, sağlık taraması ve kayıt sistemleri, yönetsel destek ve yaklaşımlar, malzeme araç gereç denetimi, koruyucu önlemler ve kurallar, fiziksel ortam uygunluğu* alt boyut puan ortalamasından anlamlı düzeyde düşük aldığı belirlenmiştir. İşten kaynaklanan sağlık problemi olan hemşirelerin İGÖ toplam puan ve alt boyutlarından *mesleki hastalıklar ve şikayetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar, kazalar ve zehirlenmeler, fiziksel ortam uygunluğu* alt boyut puan ortalamasından anlamlı düzeyde düşük aldığı belirlenmiştir. İş güvenliği uygulamalarını yetersiz değerlendiren hemşirelerin İGÖ toplam puan ve alt boyutlarından *mesleki hastalıklar ve şikayetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar, malzeme araç gereç denetimi, sağlık taraması ve kayıt sistemleri, fiziksel ortam uygunluğu* alt boyut puan ortalamasından anlamlı düzeyde düşük aldığı belirlenmiştir. Yalnızca gece vardiyasında (16 saat)

çalışan hemşirelerin *kazalar ve zehirlenmeler, yönetsel destek ve yaklaşımlar* alt boyut puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 5. Hemşirelerin Çalışma Koşullarına İlişkin Özellikleri ile İş Güvenliği Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

	İş Güvenliği Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları							
	MHŞ	**STKS**	**KZ**	**YDY**	**MAGD**	**KÖ**	**FOU**	**İGÖ Toplam**
	X̄±SS	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**	**X̄±SS**
Kurumdan memnuniyet durumu								
Memnun	1.53±0.55	3.38±1.02	2.38±0.95	2.17±0.78	2.94±0.96	3.64±0.96	3.30±1.02	3.30±1.01
Memnun değil	1.39±0.47	2.88±1.07	2.27±0.97	1.75±0.66	2.56±0.92	3.28±1.04	2.90±1.06	2.89±1.06
t değeri	**3.227**	**5.640**	1.332	**6.777**	**4.600**	**4.207**	**4.535**	**7.124**
p[a] değeri	**<0.001**	**<0.001**	0.183	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Sağlık problemi olma durumu								
Var	1.34±0.42	3.18±1.13	2.14±0.93	1.82±0.66	2.73±0.92	3.50±1.08	2.99±1.06	2.98±1.05
Yok	1.59±0.58	3.13±1.01	2.53±0.96	2.11±0.80	2.79±1.02	3.44±0.98	3.26±1.06	3.26±1.06
t değeri	**-5.650**	0.519	**-4.711**	**-4.661**	-0.737	0.716	**-3.002**	**-3.976**
p[a] değeri	**<0.001**	0.604	**<0.001**	**<0.001**	0.461	0.474	**0.003**	**<0.001**
Hemşirelerin kurumu sağlık ve güvenlik açısından değerlendirme durumları								
Güvenlik yetersiz	1.39±0.46	2.85±1.05	2.40±0.94	1.79±0.71	2.66±1.00	3.27±1.02	2.97±1.11	2.96±1.11
Güvenlik orta	1.61±0.46	3.23±0.96	2.54±0.83	2.26±0.71	3.02±0.90	3.57±0.84	3.29±0.98	3.28±0.98
Güvenlik yeterli	1.66±0.75	3.39±1.06	2.66±1.08	2.47±0.86	2.90±1.08	3.60±0.97	3.51±1.07	3.51±1.06
f değeri	**8.723**	**7.668**	1.848	**23.770**	**4.075**	3.899	**6.235**	**17.516**
p[b] değeri	**<0.001**	**<0.001**	0.159	**<0.001**	**0.018**	0.084/	**0.002**	**<0.001**
Vardiyada çalışma saati								
8 saat	1.45±0.53	3.21±1.08	2.30±0.95	2.07±0.78	2.83±0.98	3.48±1.01	3.17±1.05	3.17±1.05
8/16 saat	1.44±0.48	3.02±0.97	2.30±0.92	1.73±0.67	2.79±0.96	3.40±0.97	3.15±1.05	3.15±1.05
16 saat	1.40±0.38	3.02±0.96	2.21±0.70	1.74±0.64	2.64±0.91	3.09±0.99	2.78±0.93	2.78±0.93
8/16/24 saat	1.54±0.53	2.95±1.02	2.65±0.95	2.08±0.74	2.78±0.99	3.51±0.90	3.29±1.01	3.29±1.01
f değeri	1.144	2.117	**4.537**	**6.150**	0.366	1.509	1.720	2.314
p[b] değeri	0.331	0.097	**0.004**	**<0.001**	0.777	0.211	0.162	0.075

Kıslatmalar: X̄: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, [a]: Tek örnelem *t* testi, [b]: Tek yönlü varyans analizi

Tartışma

Araştırmada çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarını ve çalıştıkları kurumları çalışan sağlığı ve iş güvenliği yönünden değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. ILO hemşirelerin "sağlıklı olma" ve güvenli ve sağlıklı bir hastane ortamında çalışma" hakkına sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak bulgularımız, çocuk kliniğinde çalışan hemşireler iş güvenliği uygulamalarını orta düzeyin altında değerlendirerek, iş güvenliğinin

istendik düzeyde sağlanamadığını göstermiştir. Literatür incelendiğinde hemşirelerin iş güvenliği uygulamalarını değerlendirme sonuçları ile araştırma bulgumuzun paralellik gösterdiği belirlenmiştir.[18–20]

Araştırmamızda, çocuk hemşirelerinin iş güvenliği uygulamalarına yönelik değerlendirmelerinde *mesleki hastalıklar ve şikayetler* ile *yönetsel destek ve yaklaşımlar* alt boyutlarında en düşük puan ortalamalarına sahip olmaları endişe verici bir durum olarak değerlendirilmiştir. Nitekim literatürde yapılan pek çok çalışmada da sağlık çalışanlarının yüksek risk altında çalıştıkları vurgulanmaktadır.[19–22] Bir diğer önemli bulgu ise, çocuk hemşirelerinin yöneticilerinden yeterli desteği görmediklerini ve mesleklerinde yeterince değer verilmediğini hissettiklerinin belirlenmesidir. Bu bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir.[19,23] Öte yandan, araştırmamızda hemşirelerin *sağlık taraması*, *malzeme güvenliği*, *koruyucu önlemler* ve *fiziksel ortamın uygunluğu* alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ortalamanın üzerinde olduğu ve bu konulardaki uygulamaları genellikle yeterli buldukları tespit edilmiştir. Bu bulgu,literatür ile benzerlik göstermektedir.[19,20]

Hemşireler mesleki yaşamları boyunca ağır iş yükü ve yüksek düzeyde stresli ortamlarda çalışmaktadır.[20,24] Araştırmamızda, çocuk hemşiresinin bir vardiyada yoğun bakım ünitesinde 1-9 arasında hastaya, servislerde 10-50 arasında değişen hastaya, çocuk acilde ise 150 hastaya bakım verdiği bulunmuştur. ICN, bir hemşirenin yoğun bakımda bir en fazla iki hastaya, servislerde ise en fazla dört hastanın bakılmasını tavsiye etmekte[25] ancak, birçok çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısının yüksek olduğu öne çıkmaktadır.[20,26,27] Hemşire başına düşen hasta sayının artması, iş yükünü arttırarak hemşirelerin iş performansın düşmesine ve hatalara neden olmaktadır.[20,28,29] Araştırmamızda hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça, iş güvenliği uygulamalarının göz ardı edildiği belirlenmiştir.

Araştırmamızda *kazalar ve önlemler* alt boyutunda en düşük puan ortalamasının gece vardiyasında 16 saat çalışan hemşirelerin olduğu bulunmuştur. Çalışmalar, hemşirelerin uzun çalışma saatlerinin yorgunluğu arttırarak, kazaların oluşmasına ve sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olduğunu göstermektedir.[10,22,30,31]

Araştırmamızda çalıştığı kurumdan memnun olmayan ve güvenliği yetersiz değerlendiren hemşirelerin, çalışma ortamını mesleki hastalıklar yönünden riskli, *sağlık taraması ve kayıt sistemleri*nin yetersiz, *yönetsel desteği* yetersiz bulduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda, hemşirelerin çalıştığı kurumdan memnun olmama gerekçeleri arasında sırasıyla; meslekte yeterince değer görmediğini, ekonomik nedenleri, iş yükünün fazla olması gibi nedenler gösterilmiştir. Literatürde iş sağlığı ve güvenliğini yetersiz bulan ve kurumdan

memnun olmayan hemşirelerin, çalışma ortamındaki risklere karşı olumsuz tutum geliştirdikleri bildirilmektedir.[18,32-34]

Araştırmamızda sağlık problemi olan hemşirelerin iş güvenliği uygulamalarını yetersiz değerlendirdikleri bulunmuştur. Literatürde, hemşirelerin olumsuz çalışma ortamları nedeniyle sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarına ve sağlık problemlerine daha yatkın olduğu bildirilmektedir.[15,22,35-37]

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, kurum memnuniyetinin düşük olması, iş kaynaklı sağlık sorunlarının yaşanması ve çalışılan kurumun çalışan güvenliği açısından yetersiz olarak değerlendirilmesi, hemşirelerin iş güvenliği uygulamalarını da yetersiz bulmalarına neden olmaktadır. Ayrıca, hemşire başına düşen hasta sayısının artması, hemşirelerin birçok koruyucu önlemi ihmal etmesine ve mesleki hastalıklara karşı daha yüksek risk altında kalmasına neden olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, hemşire başına düşen hasta sayısının yasa ve yönetmeliklerle standart hâle getirilmesi, mesleki hastalıkların önlenmesi amacıyla fiziksel ve ruhsal sağlık taramalarının düzenli olarak yapılması önem arz etmektedir. Ayrıca, yönetsel desteğin artırılması, kurum ve birim düzeyindeki memnuniyetin periyodik olarak değerlendirilmesi ve fiziksel çalışma koşullarının hemşirelerin ihtiyaçlarına uygun şekilde yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Bununla birlikte, hemşirelerin iş güvenliği politikalarının belirlenmesinde aktif rol alması, ekonomik koşullarının iyileştirilmesi, uygun çalışma ortamlarının sağlanması, hasta-hemşire oranının uluslararası standartlara göre belirlenmesi ve iş yükünün azaltılması da hem çalışan sağlığının korunması hem de bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması açısından önemlidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Akdeniz bölgesinde bulunan iki ilin tüm hastanelerinde çalışan çocuk hemşireleri ile yapılmış olması araştırmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır. Çocuk kliniklerinde hemşirelerin yalnızca bakım verdiği hasta sayısı belirlenmiş, ancak hastaların bakım yükünün, iş yüküne etkisi incelenmemiştir. Bu durum araştırmamızın sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram, Çalışma Tasarımı, Veri Toplama, Veri Analizi ve Veri Yorumlama, Tabloların oluşturulması, Literatür Taraması, Makalenin Yazımı:ÖGP, Fikir/Kavram, Çalışma Tasarımı, Danışmanlık, Başvuru öncesi son kontrol:HÇ.

Teşekkür

Zorlu çalışma koşullarında, araştırmamıza zaman ayırıp, destek olan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ediyoruz.

Kaynaklar

1. Huei LC, Ya-Wen L, Ming YC, Chen HL, Yi WJ, Hung LM. Occupational health and safety hazards faced by healthcare professionals in Taiwan: A systematic review of risk factors and control strategies. SAGE Open Med. 2020;8:1-12. doi:10.1177/2050312120918999
2. Elbilgahy AA, Elwaswfy SA, El-Aziz MAA. Occupational Hazards and Safety Nursing Guidelines for Pediatric Nurses in the Health Care Setting. J Heal Med Nurs. 2019;73-82.
3. ILO. Nurses and midwives: overworked, underpaid, undervalued? - ILOSTAT [Internet]. 2023. [cited 2025 Apr 4]. Available from: https://ilostat.ilo.org/blog/nurses-and-midwives-overworked-underpaid-undervalued/
4. ICN. International Nurses Day 2023 | ICN - International Council of Nurses [Internet]. Geneva, Switzerland.;2023 [cited 2025 Apr 4]. Available from: https://www.icn.ch/international-nurses-day-2023
5. ICN. Occupational health and safety for nurses [Internet]. Geneva, Switzerland.; 2009 [cited 2025 Apr 2]. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Occupational_health_and_safety.pdf
6. Mossburg S, Agore A, Nkimbeng M, Commodore-Mensah Y. Occupational Hazards among Healthcare Workers in Africa: A Systematic Review. Ann Glob Heal. 2019;85(1):78. DOI:10.5334/aogh.2434
7. Dewi AI, Wardani E. Occupational health and safety management system and work-related accidents among hospital nurses. Enfermería Clínica. 2022;1(32):6–10. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.03.008
8. Descatha A, Hamzaoui H, Takala J, Oppliger A. A Systematized Overview of Published Reviews on Biological Hazards, Occupational Health, and Safety. Saf Health Work. 2023;14(4):347–57. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2023.10.008
9. Tatli Yöndem M, Ferda Çakmak A, Doktor ve Hemşirelerin İş Kazası Riskleri ile İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin İncelenmesi. Med J West Black Sea. 2022;6(2):194–202. https://doi.org/10.29058/mjwbs.1021934
10. Turan Ş, Khorshıd L. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Ergonomik Risklerin İncelenmesi. J Nursology. 2022;25(3):126–31. https://doi.org/10.5152/JANHS.2022.764405
11. Berşe S, Çapuk H, Ağar A. Development of the Quality of Life Scale for Shift-working Nurses. Saf Health Work. 2025;16(1):46–52. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2024.11.004
12. Yuan SC, Chou MC, Chen CJ, Lin YJ, Chen MC, Liu HH, et al. Influences of shift work

on fatigue among nurses. J Nurs Manag [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2025 Mar 30];19(3):339–45. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01173.x
13. Reis LA, Gómez La-Rotta EI, Diniz PB, Aoki FH, Jorge J. Occupational Exposure to Potentially Infectious Biological Material Among Physicians, Dentists, and Nurses at a University. Saf Health Work. 2019;10(4):445–51. DOI: 10.1016/j.shaw.2019.07.005
14. SM K. Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. AAOHN J. 2009;57(12):503–4. DOI: 10.3928/08910162-20091124-05
15. Choi DS, Kim SH. Factors Affecting Occupational Health of Shift Nurses: Focusing on Job Stress, Health Promotion Behavior, Resilience, and Sleep Disturbance. Saf Health Work. 2022;13(1):3–8. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.09.001
16. Salimi S, Cavlak U, Çarki A. Impact of BMI and Work Environment Circumstances on Prevalence and Severity of Chronic Pain among Nurses. Pain Manag Nurs. 2025;15:56 Feb 24; DOI: 10.1016/j.pmn.2025.01.013
17. Öztürk H, Babacan E. Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg. 2012;9(1):36–4236.Available from: https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_9_1_36_42.pdf
18. Kaya B, Yapar K. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği Yeterlilik Algısının Çalışma Ortamı Kaynaklı Risklere Karşı Tutumuna Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.2024;3(1):252–62.Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/83668/1366920
19. Terzi B, Polat Ş, Azizoğlu F, Ateş N, Güngörmüş E, İşsever H. Hemşirelerde İş Güvenliğinin Bazı Değişkenler Yönünden İncelenmesi. SDU J Heal Sci Inst / SDÜ Saglik Bilim Enstitüsü Derg. 2019;10(3):260–7. DOI: 10.22312/sdusbed.550059
20. Kaçan CY, Özdemir A, ve Özdemir L. Hastanede Çalışan Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Düzeyi: Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 2023;12(3):579–85. https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1179209
21. Che Huei L, Ya-Wen L, Chiu Ming Y, Li Chen H, Jong Yi W, Ming Hung L. Occupational health and safety hazards faced by healthcare professionals in Taiwan: A systematic review of risk factors and control strategies. SAGE Open Med. 2020;8. DOI: 10.1177/2050312120918999
22. Imes CC, Barthel NJ, Chasens ER, Dunbar-Jacob J, Engberg SJ, Feeley CA, et al. Shift work organization on nurse injuries: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2023;138:104395. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104395
23. Tetık TY, Baykal Ü, Göktepe N. Nurse managers' views on why nurses leave their jobs: A qualitative study. Collegian. 2021;28(6):720–8. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.08.002
24. Biganeh J, Ashtarinezhad A, Behzadipour D, Khanjani N, Tavakoli Nik A, Bagheri Hosseinabadi M. Investigating the relationship between job stress, workload and oxidative stress in nurses. 2021;28(2):1176–82. https://doi.org/101080/1080354820211877456
25. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA. 2002;288(16):1987–93. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438
26. de Magalhães AMM, da Costa DG, Riboldi C de O, Mergen T, Barbosa A da S, de Moura GMSS. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. Rev da Esc Enferm da USP. 2017;51. Available from: http://www.scielo.br/j/reeusp/a/fwwPH78zv38rKPTqBNWhBcs/?lang=en
27. Kaya A, İşler Dalgıç A. Evaluating workload and manpower planning among pediatric

emergency department nurses in Turkey during COVID-19: A cross-sectional, multicenter study. J Pediatr Nurs. 2022;65:69–74. DOI: 10.1016/j.pedn.2022.03.014

28. Moghadam KN, Chehrzad MM, Masouleh SR, Mardani A, Maleki M, Akhlaghi E, et al. Nursing workload in intensive care units and the influence of patient and nurse characteristics. Nurs Crit Care. 2021;26(6):425–31. doi:/10.1111/nicc.12548
29. Pamungkas RA, Ruga FBP, Kusumapradja R, Kusumapradja R. Impact of Physical Workload and Mental Workload on Nurse Performance: A Path Analysis. Int J Nurs Heal Serv. 2022;5(2):219–25. Available from: https://ijnhs.net/index.php/ijnhs/article/view/604
30. Lo WY, Chiou ST, Huang N, Chien LY. Long work hours and chronic insomnia are associated with needlestick and sharps injuries among hospital nurses in Taiwan: A national survey. Int J Nurs Stud. 2016;64:130–6. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.007
31. James L, Elkins-Brown N, Wilson M, James SM, Dotson E, Edwards CD, et al. The effects of three consecutive 12-hour shifts on cognition, sleepiness, and domains of nursing performance in day and night shift nurses: A quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2021;123:104041. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104041
32. Kersu Ö, Mert S. Cerrahi Hemşirelerinin İş Yaşam Kalitesi İle İş Güvenliğini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2023;12(3):1221–9. https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1224367
33. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud. 2013;50(2):143–53. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
34. Er F, Sökmen S. Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. Int J Nurs Sci. 2018;5(2):206–12. DOI: 10.1016/j.ijnss.2018.01.001
35. Memarbashi E, Mohammadizadeh F, Boroujeny ZA, Lotfi M, Khodayari MT, Nasiri E, et al. The relationship between nurses' safety climate in the operating room and occupational injuries: A predictive correlational study. Perioper Care Oper Room Manag. 2021;24:100206. https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2021.100206
36. Ose SO, Færevik H, Håpnes T, Øyum L. Perceived Causes of Work-Related Sick Leave Among Hospital Nurses in Norway: A Prepandemic Study. Saf Health Work. 2022;13(3):350–6. DOI: 10.1016/j.shaw.2022.04.002
37. Dhas BN, Joseph L, Jose JA, Zeeser JM, Devaraj JP, Chockalingam M. Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among pediatric long-term ventilatory care unit nurses: Descriptive cross-sectional study. J Pediatr Nurs. 2022; e114-e119 https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.015

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received): 20.06.2025 Kabul Tarihi (Accepted): 25.07.2025

Araştırma Makalesi / Original Research

Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Preoperatif Hasta Hazırlığına İlişkin Bilgi Düzeyi ile Hemşirelik Bakımı Yetkinliklerinin İncelenmesi

Examination of Nursing Students' Knowledge Level Regarding Evidence-Based Preoperative Patient Preparation and Preoperative Nursing Care Competencies

İnci KIRTIL [1]

Çağla ARSLAN [2]

Elif SAĞLAMDEMİR [3]

[1] Dr. Öğr. Üyesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul / Türkiye

[2] Lisans Öğrencisi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul / Türkiye

[3] Lisans Öğrencisi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul / Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: İnci Kırtıl; e-mail: incikirtil@gmail.com

Alıntı (Cite): Kırtıl İ., Arslan Ç. ve Sağlamdemir E. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Preoperatif Hasta Hazırlığına İlişkin Bilgi Düzeyi ile Hemşirelik Bakımı Yetkinliklerinin İncelenmesi. YBH Dergisi. 2025;6 (2):34-51

Özet

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgi düzeyi ile yetkinliklerini ve etki edebilecek olası unsurları değerlendirebilmektir.

Yöntem: Bu tanımlayıcı-kesitsel çalışma, hemşirelik bölümünde öğrenim gören 226 öğrenciyle yürütüldü. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu ve Öğrenci Hemşirelere Yönelik Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği kullanılarak elde edildi. Çalışma öncesinde, etik gerekliliklerin tamamı yerine getirildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Sınıf düzeyi, lise türü, kanıta dayalı uygulama eğitimi alma ve cerrahi hastasının preoperatif hazırlık sürecini yürütmenin, soru formundan aldıkları toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar oluşturduğu saptandı ($p<0.05$). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği toplam puan ortalamalarında anlamlı fark yaratan tek değişkenin, tek başına cerrahi hastasının preoperatif hazırlık sürecini yürütme deneyimi olduğu görüldü ($p<0.05$). Öğrencilerin soru formu puan ortalamalarıyla, ölçek puan ortalamaları arasında zayıf ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sonuç: Bulgular, öğrencilerin preoperatif kanıta dayalı uygulamaların bazı alanlarında bilgi eksiklikleri yaşadığını, klinik deneyimin bilgi ve algılanan yetkinlik üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir. Eğitim programlarının, eksiklikleri hedefleyen içeriklerle güçlendirilmesi ve öğrencilere aktif uygulama fırsatları sunulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı uygulama; preoperatif; cerrahi; yetkinlik; hemşirelik.

Abstract

Aim: To evaluate nursing students' evidence-based preoperative patient preparation knowledge and perceived competence, as well as the factors that may influence them.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted with 226 nursing students. Data were collected using the Descriptive Characteristics Form, the Preoperative Evidence-Based Practices Questionnaire, and the Perceived Competence Scale for Preoperative Nursing Care. Ethical requirements were fulfilled prior to the study. Results were evaluated at a 95% confidence interval with a significance level of $p<0.05$.

Results: Grade level, type of high school, training in evidence-based practices, and experience in managing a surgical patient's preoperative preparation process were found to significantly affect the mean scores on the Preoperative Evidence-Based Practices Questionnaire ($p<0.05$). The only factor significantly affecting the total score of the scale was prior experience in managing a surgical patient's preoperative preparation ($p<0.05$). A weak but positive correlation was found between questionnaire and scale scores ($p<0.05$).

Conclusion: The findings indicate that students have knowledge gaps in some areas of evidence-based preoperative practices and that clinical experience influences both knowledge and perceived competence. It is recommended to strengthen curricula with targeted content and provide students with active practice opportunities.

Key Words: Evidence-based practice; preoperative; surgery; competence; nursing.

Giriş

Kanıta dayalı uygulama, klinik deneyim ve hasta beklentilerini birleştiren, kanıt oluşturma, klinik kanıt analizi, kanıtı yayma ve kanıtı uygulama dahil olmak üzere klinik deneyimleri ve en iyi uygulamaları birleştiren klinik kanıt gerekçelendirmesi için birden fazla kaynaktan gelen bilgilerin entegrasyonu olarak tanımlanabilir.[1,2] Kanıta dayalı uygulamalar, sağlık hizmetlerinin kalitesini optimize etmek için son derece önemlidir. Sadece hastaların bakım kalitesini ve uygulanan tedavilerin etkisini iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık harcamalarını en aza indirir, hastanede kalış süresini kısaltır, hasta güvenliğini sağlar, bakımın kalitesini artırır ve tüm bu sebeplerden ötürü hasta memnuniyetini artırır.[3] Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) protokolleri, hasta bakımını iyileştirmek için kanıta dayalı yöntemleri bir araya getiren, bakım süreçlerini standardize etmeye yardımcı olan multidisipliner bir yaklaşımdır.[4-7] Son yıllarda, güncel ERAS rehber önerileri sayesinde, cerrahi hastasının ameliyat öncesi döneminde kanıta dayalı uygulamalar şekillenmiştir ve hemşirelik öğrencilerinin preoperatif bakım yetkinliği açısından bu uygulamaları benimsemeleri oldukça önemlidir.

Klinik yetkinlik, bir hemşirenin klinik durumlarda bilinçli kararlar almak ve etkili müdahaleler uygulamak için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumlara hakim olma yeteneği olarak tanımlanır ve birey merkezli bakımı sürdürmede olmazsa olmaz bir unsurdur.[8] Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı yetkinlikleri ise, öğrencilerin cerrahi öncesi bakım süreçlerini etkili bir şekilde yönetme becerilerini kapsamaktadır.[9] Ameliyat öncesi yetkinlik, bakım kalitesini ve hasta güvenliğini artırmak için hemşirelik öğrencilerinin eğitiminin çok önemli bir yönüdür.[9,10] Hemşirelik bilimi açısından kanıta dayalı uygulamaların önemini küresel çapta kabul edilmiştir. Kanıta dayalı uygulamanın uygulanmasındaki temel etmen, lisans düzeyindeki hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamaya yönelik yetkinliğidir. Böylece birer meslek üyesi olduklarında, hastalarına daha iyi bakım verebilmek için, öğrendiklerini klinik uygulamalarında uygulamaya hazır olurlar.[3,11]

Literatürde, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalara yönelik bilgi düzeyi ve tutumlarını[1-3,11,12] ya da genel yetkinlik algılarını[13-16] inceleyen çok sayıda çalışma yer almaktadır. Öğrencilerin preoperatif yetkinlik algılarını inceleyen çalışma sayısı sınırlı olmakla birlikte,[10] hemşirelik öğrencilerinin preoperatif kanıta dayalı uygulamalara yönelik bilgi düzeyi, yetkinlik algıları ve bu iki unsur arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu çalışma, hemşirelik lisans bölümünde öğrenim gören öğrencilerin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgi düzeyi ile preoperatif hemşirelik bakım

yetkinliklerini ve bu iki değişkene etki edebilecek olası unsurları değerlendirebilmek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma kapsamında, aşağıda yer alan sorulara yanıtlar arandı:

- Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgileri ne düzeydedir ve etkileyen etmenler nelerdir?
- Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları preoperatif hemşirelik bakımı yetkinlikleri ne düzeydedir ve etkileyen etmenler nelerdir?
- Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgi düzeyi ile algıladıkları preoperatif hemşirelik bakımı yetkinlikleri arasında anlamlı bir ilişki var mı?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türde planlanan çalışmanın raporlandırılmasında, araştırma türüne uygun olduğu için The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) kılavuzları kullanıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma, Kasım 2024 - Şubat 2025 tarihleri arasında … Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde yürütüldü. Çalışmanın evrenini, belirtilen tarih aralığında, hemşirelik bölümünde öğrenim gören 2., 3. ve 4. sınıf lisans öğrencileri (N=251) oluşturdu. Bu veriye dayanarak, dahil edilecek katılımcı sayısını belirlemek amacıyla evreni bilinen örneklem hesaplaması yöntemi kullanıldı.[17] Çalışmanın %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile sonlandırılabilmesi için gerekli örneklem sayısı asgari 153 öğrenci olarak belirlendi. Ancak oluşabilecek kayıplar göz önünde bulundurularak, çalışmaya tüm öğrencilerin davet edilmesi hedeflendi. Çalışmanın sonucunda örneklemi, gönüllü olur veren ve dahil edilme ölçütlerini karşılayan 226 öğrenci oluşturdu. Çalışmada olasılıksız/rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı. Çalışmaya 18 yaş ve üzerinde olan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve tüm formları eksiksiz/hatasız dolduran öğrenciler dahil edilirken, çalışmaya katılmayı reddeden veya herhangi bir aşamada vazgeçen, veri toplama formlarını eksik/hatalı dolduran öğrenciler çalışmadan çıkarıldı.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri "Tanıtıcı Özellikler Formu", "Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu" ve "Öğrenci Hemşirelere Yönelik Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği" kullanılarak elde edildi.

Tanıtıcı özellikler formu: Bu form, öğrencilerin sosyo-demografik verilerini ve ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamalara ilişkin deneyimlerini belirlemeye yönelik toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

Ameliyat öncesi döneme ilişkin kanıta dayalı uygulamalar soru formu: Bu form, öğrencilerin ameliyat öncesi dönemde cerrahi hastasının hazırlığında kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirebilmek amacıyla, araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturuldu ve cerrahi hemşireliği alanında uzman beş öğretim üyesine yönlendirilerek sorular hakkında uzman görüşleri alındı.[4-7,9] Formdaki 20 maddenin yanıtları "Doğru", "Yanlış", "Bilmiyorum" şeklinde seçeneklendirildi ve her doğru yanıta 2 puan verilmesiyle toplam puan hesaplandı. Böylelikle, soru formundan en yüksek 40, en düşük 0 puan alınabileceği belirlendi. Bu çalışmada, uygulanan soru formunun Cronbach's alpha katsayısı 0,791 olarak belirlendi.

Öğrenci hemşirelere yönelik ameliyat öncesi hemşirelik bakımına ilişkin algılanan yetkinlik ölçeği: Şimşek ve arkadaşları tarafından 2023 yılında Türkçe dilinde geliştirilen bu ölçek, hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi hemşirelik bakımına ilişkin algıladıkları yetkinlik düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçekte 22 madde ve beş alt boyut bulunmakta, yanıtlar 5'li likert tipinde sunulmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 110 olup, maddelere verilen yanıtların puanlarının toplanmasıyla toplam puan hesaplanmaktadır. Alınan puanın artması, ameliyat öncesi hemşirelik bakımı verebilmeye ilişkin algılanan yetkinlik düzeyinin arttığını göstermektedir. Orjinal ölçek çalışmasında, alt boyutların Cronbach alfa katsayısı 0.79 ila 0.96 arasında değişirken, total ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bildirilmiştir.[9] Çalışmada, ölçeğin Cronbach's alpha katsayısının 0.990, alt boyutların ise 0.968 ila 0.984 aralığında olduğu belirlendi.

Verileri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışmanın yürütülmesine, gerekli tüm izinler (etik kurul izni, kurum izni ve katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş izinleri) alındıktan sonra başlandı. Araştırmacılar tarafından, çalışma hakkında yapılan detaylı bilgilendirmeler sonrasında, dahil edilme kriterlerini sağlayan öğrencilere önce bilgilendirilmiş gönüllü onam formları verildi ve dikkatle okuyarak kabul edip etmediklerine dair doldurmaları ve imzalamaları bildirildi. Katılımı onaylayan öğrencilere basılı soru formları verilerek doldurmaları sağlandı. Formlardaki soruların yanıtlanma süresi her bir katılımcı için yaklaşık 10-15 dakika olarak sürdü. Tüm sınıf düzeylerinden eşit katılımın sağlanması kontrol edildi.

Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin analizinde istatistik paket programı kullanıldı. Çalışmada sürekli değişkenlerin normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testiyle (skewness/kurtosis değerleri) değerlendirildi. Verilerin analizinde, tanımlayıcı (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maximum değer) ve karşılaştırmalı istatistiksel analizler kullanıldı. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin iki grup arası karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü ANOVA testi uygulandı. Sürekli verilerin ilişkiselliğinin analizinde, verilerin normal dağılıma uygunluğuna göre Pearson korelasyon testi kullanıldı. Uygulanan ölçeğin ve oluşturulan soru formunun güvenirliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, istatistiksel anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (E.83321821-805.02.03-489 sayılı ve 15.11.2024 tarihli) ile Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı ve Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan kurum izni (59759231-302.14.01-1776 sayılı, 06.11.2024 tarihli) alınmıştır. Çalışma kapsamında, tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur izinleri alınmıştır. Çalışmadaki ölçeğin kullanılabilmesi için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan e-posta aracılığıyla yazılı izinleri alınmıştır.

Bulgular/Results

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n=226)

Değişkenler	Ort±SS	Min-Max
Yaş	22.16±1.42	19-31
	n	**%**
Cinsiyet		
Kadın	203	89.80
Erkek	23	10.20
Sınıf düzeyi		
2. sınıf	97	42.90
3. sınıf	59	26.10
4. sınıf	70	31.00
Mezun olunan lise türü		
Fen lisesi	6	2.70
Özel lise	21	9.30
Anadolu lisesi	164	72.60
Sağlık meslek lisesi	17	7.50
Diğer	18	8.00
Hemşire olarak çalışma durumu		
Evet	1	0.40
Hayır	128	99.60
Kanıta dayalı uygulama eğitimi alma		
Evet	181	80.10
Hayır	45	19.90
Daha önce tek başına cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlık sürecini yürütme		
Evet	152	67.30
Hayır	74	32.70
Kanıta dayalı uygulamaların önemli olduğunu düşünme		
Evet	226	100

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

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 22.16±1.42 olup, %89.8'i kadın cinsiyetteydi. Öğrencilerin %80.1'i kanıta dayalı uygulama eğitimi aldığını, %67.3'ü daha önce

tek başına cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlık sürecini yürüttüğünü ve tamamı da kanıta dayalı uygulamaların önemli olduğunu düşündüğünü bildirdi (Tablo 1).

Tablo 2. Öğrencilerin Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=226)

Maddeler		n	%
1. Ameliyat öncesi dönemde hasta eğitimi, bilgilendirme ve danışmanlık, cerrahi hastasının deneyimlerini iyileştirir ve komplikasyonları önler.	**Yanlış**	-	-
	Bilmiyorum	4	1.80
	Doğru	222	98.20
2. İstenmeyen perioperatif hipoterminin önlenmesi için cerrahi hastasının preoperatif dönemde ısıtılmaya başlanması gerekir.	**Yanlış**	20	8.80
	Bilmiyorum	69	30.50
	Doğru	137	60.60
3. Cerrahi hastasının ameliyattan en az 4 hafta önce tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması gerekir.	**Yanlış**	12	5.30
	Bilmiyorum	23	10.20
	Doğru	191	84.50
4. Cerrahi hastası ameliyat öncesi malnütrisyon açısından değerlendirilmeli, malnütrisyon riski taşıyan hastalara tercihen oral yoldan en az 7-10 gün süreyle beslenme tedavisi uygulanmalıdır.	**Yanlış**	7	3.10
	Bilmiyorum	40	17.70
	Doğru	179	79.20
5. Ameliyat öncesi cerrahi hastasına rutin olarak ve tek başına mekanik bağırsak hazırlığı uygulanmamalıdır.	**Yanlış**	28	12.40
	Bilmiyorum	55	24.30
	Doğru	143	63.30
6. Ameliyat öncesi, cerrahi bölgesinin rutin tüy temizliği yapılmamalıdır, gerekli durumlarda tek kullanımlık cihazlarla ve ameliyata en yakın zaman diliminde tüyler temizlenmelidir.	**Yanlış**	19	8.40
	Bilmiyorum	24	10.60
	Doğru	183	81.00
7. Cerrahi hastasına ameliyat öncesi dönemde premedikasyon (anksiyolitik, sedatif, vb. etkili ilaçlar) uygulanmamalıdır.	**Yanlış**	23	10.20
	Bilmiyorum	65	28.80
	Doğru	138	61.10
8. Ameliyat öncesi rutin antibiyotik profilaksisi uygulanmamalıdır. Uygulanması gereken durumlarda, tek doz antibiyotik uygulamasının, ameliyattan 60-120 dk öncesinde yapılması yeterlidir.	**Yanlış**	15	6.60
	Bilmiyorum	53	23.50
	Doğru	158	69.90
9. Cerrahi hastası ameliyat öncesi dönemde anemi açısından değerlendirilmeli, gerekli tedaviler uygulanmalı ve anemi düzeltilmelidir.	**Yanlış**	1	0.40
	Bilmiyorum	19	8.40
	Doğru	206	91.20
10. Cerrahi hastası ameliyat öncesi dönemde postoperatif bulantı-kusma riski açısından değerlendirilmeli ve gerekli önleyici girişimler planlanmalıdır.	**Yanlış**	-	-
	Bilmiyorum	10	4.40
	Doğru	216	95.60
11. Cerrahi hastası ameliyat öncesi dönemde derin ven trombozu riski açısından değerlendirilmeli ve gerekli önleyici girişimler planlanmalıdır.	**Yanlış**	-	-
	Bilmiyorum	9	4.00
	Doğru	217	96.00

12. Ameliyat öncesi dönemde cerrahi hastası ile birlikte postoperatif ağrı yönetimi planı oluşturulmalı ve girişimler bu plan doğrultusunda uygulanmalıdır.	**Yanlış**	4	1.80
	Bilmiyorum	12	5.30
	Doğru	210	92.90
13. Ameliyat öncesi dönemde uzun süreli açlık ve susuzluk önlenmeli, cerrahi hastasının ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıları, 6 saat öncesine kadar da hafif katı gıdaları tüketmesine izin verilmelidir.	**Yanlış**	42	18.60
	Bilmiyorum	28	12.40
	Doğru	156	69.00
14. Özellikle ortopedik ve kardiyotorasik ameliyatlar öncesinde cerrahi hastaları anti-stafilokokal bir ajan ile dekolonize edilmeli, ameliyat öncesi cilt temizliğinde alkol bazlı solüsyonlar kullanılmalıdır.	**Yanlış**	15	6.60
	Bilmiyorum	78	34.50
	Doğru	133	58.80
15. Ameliyat öncesi dönemde cerrahi hastasının optimal oksijenizasyonu sağlanmalı ve saturasyon değeri %95'in üstünde sürdürülmelidir.	**Yanlış**	2	0.90
	Bilmiyorum	17	7.50
	Doğru	207	91.60
16. Postoperatif insülin direncini ve kas kaybını önlemek için cerrahi hastasının ameliyattan önceki akşam 800 ml, anestezi indüksiyonundan 2-3 saat önce 400 ml karbonhidrattan zengin içecek tüketmesi sağlanmalıdır.	**Yanlış**	17	7.50
	Bilmiyorum	95	42.00
	Doğru	114	50.40
17. Cerrahi hastasının ameliyat öncesi kan glukoz düzeyinin 180 mg/dl'nin altında olması sağlanmalıdır.	**Yanlış**	9	4.00
	Bilmiyorum	47	20.80
	Doğru	170	75.20
18. Ameliyat öncesi yaşlı hastalar için bilinç değerlendirmesi ve geriatrik tarama yapılmalıdır.	**Yanlış**	2	0.90
	Bilmiyorum	18	8.00
	Doğru	206	91.20
19. Ameliyat öncesi sarkopeni taraması yapılmalıdır.	**Yanlış**	2	0.90
	Bilmiyorum	96	42.50
	Doğru	128	56.60
20. Ameliyat öncesi riskli hastalarda pulmoner risk tanılaması yapılmalıdır.	**Yanlış**	-	-
	Bilmiyorum	21	9.30
	Doğru	205	90.70

Öğrencilerin Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu'na verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; en düşük oranda doğru yanıt verilen maddelerin ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi, sarkopeni taraması, dekolanizasyon ve cilt hazırlığı uygulamalarına ilişkin maddeler olduğu görüldü (sırasıyla; %50.4, %56.6, %58.8) (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu ve Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özellikleriyle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı (n=226)

Değişkenler		Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu	Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği
Cinsiyet		**Ort ± SS**	**Ort ± SS**
Kadın		34.52±4.51	95.18±22.40
Erkek		35.35±5.09	93.04±29.43
	Test	t=-0.820	t=0.419
	Anlamlılık	p=0.413	p=0.675
Sınıf düzeyi			
2. sınıf [a]		34.57±4.85	96.44±17.75
3. sınıf [b]		36.36±3.49	94.14±29.46
4. sınıf [c]		33.19±4.53	93.61±23.94
	Test	F=8.183	F=0.353
	Anlamlılık	p<**0.001*** (b>a>c)	p=0.703
Mezun olunan lise türü			
Fen lisesi [a]		30.33±6.80	95.83±17.20
Özel lise [b]		37.52±2.71	100.10±22.14
Anadolu lisesi [c]		34.38±4.61	94.83±22.93
Sağlık meslek lisesi [d]		33.82±4.43	85.35±29.45
Diğer [e]		35.44±3.60	99.00±20.66
	Test	F=4.026	F=1.134
	Anlamlılık	p=**0.004*** (b>e>c>d>a)	p=0.341
Kanıta dayalı uygulama eğitimi alma			
Evet		35.07±4.23	95.98±23.56
Hayır		32.76±5.41	90.87±21.16
	Test	t=3.089	t=1.329
	Anlamlılık	p=**0.002***	p=0.185
Daha önce tek başına cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlık sürecini yürütme			
Evet		35.53±4.19	97.20±22.63
Hayır		33.08±4.96	90.38±23.66
	Test	t=3.588	t=2.094
	Anlamlılık	p<**0.001***	p=**0.037***

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklemler t testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, p: Anlamlılık, *p<0.05

Öğrencilerin Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu'ndan aldıkları toplam puan ortalamalarının 34.61±4.57, Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamalarının da 94.96±23.14 olduğu belirlendi. Ayrıca öğrencilerin "Yasal sorumlulukları yerine getirebilme

ve etik ilkelere bağlılık" alt boyut puan ortalamaları 22.12±5.71, "Hastanın değerlendirilmesi ve izlem" alt boyut puan ortalamaları 20.65±5.59, "Ameliyat öncesi hasta hazırlığı" alt boyut puan ortalamaları 17.26±4.52, "İletişim" alt boyut puan ortalamaları 17.61±4.40 ve "Araştırma ve mesleki gelişim" alt boyut puan ortalamaları 17.33±4.36 olarak saptandı.

Karşılaştırmalı analizlerde, öğrencilerin sınıf düzeyinin, mezun oldukları lise türünün, kanıta dayalı uygulama eğitimi alma ve daha önce tek başına cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlık sürecini yürütme durumlarının, Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu'ndan aldıkları toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar oluşturduğu saptandı ($p<0.05$). Öğrencilerin Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratan tek değişkenin ise daha önce tek başına cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlık sürecini yürütme durumu olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin Ölçek Puanları, Ölçek Alt Boyut Puanları, Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu Puanları ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Dağılımı (n=226)

Değişkenler		Yaş	Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu toplam puan
Yaş			
	r	1	-0.073
	p		0.276
Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği toplam puan			
	r	-0.077	0.180
	p	0.248	**0.007****
Yasal sorumlulukları yerine getirebilme ve etik ilkelere bağlılık alt boyutu			
	r	-0.095	0.135
	p	0.154	**0.042***
Hastanın değerlendirilmesi ve izlem alt boyutu			
	r	-0.042	0.204
	p	0.529	**0.002****
Ameliyat öncesi hasta hazırlığı alt boyutu			
	r	-0.063	0.163
	p	0.342	**0.014***
İletişim alt boyutu			
	r	-0.093	0.150
	p	0.162	**0.024***
Araştırma ve mesleki gelişim altboyutu			
	r	-0.071	0.198
	p	0.286	**0.003****

Tablo 4. Öğrencilerin Ölçek Puanları, Ölçek Alt Boyut Puanları, Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu Puanları ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Dağılımı (n=226) (Devamı)

Değişkenler		Yaş	Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu toplam puan
Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu toplam puan			
	r	-0.073	1
	p	0.276	

r: Pearson korelasyon katsayısı, p: Anlamlılık, *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (2-tailed), **Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2-tailed)

Öğrencilerin Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Kanıta Dayalı Uygulamalar Soru Formu'ndan aldıkları toplam puan ortalamaları ile Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımına İlişkin Algılanan Yetkinlik Ölçeği ve ölçeğin tüm alt boyutlarından almış oldukları toplam puan ortalamaları arasında da zayıf düzeyde, ancak pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$, $p<0.01$) (Tablo 4).

Tartışma

Cerrahi girişim öncesi dönemde hasta güvenliğinin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi açısından hemşirelerin bilgi ve bakım yetkinliği kritik bir rol oynamaktadır.[9,18] Bu bağlamda, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgi düzeyleri ve bu sürece yönelik algıladıkları bakım yetkinlikleri, mesleki gelişimlerinin önemli göstergelerindendir.[1,9,10] Bu çalışma, hemşirelik lisans öğrencilerinin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgi düzeylerini ve algıladıkları preoperatif hemşirelik bakım yetkinliklerini değerlendirmek, ayrıca bu iki değişkene etki eden olası faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma bulgularına göre, öğrencilerin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgi düzeylerinin orta/orta-üstü düzeyde olduğu belirlendi. Ancak özellikle preoperatif karbonhidrat yüklemesi, sarkopeni taraması ve dekolonizasyon gibi güncel preoperatif uygulamalara yönelik maddelerde doğru yanıt oranlarının düşük olması dikkat çekici idi. Bu bulgu, hemşirelik öğrencilerinin kanıta ve güncel rehberlere dayalı uygulamalara ilişkin temel kavramlar hakkında genel bir bilgiye sahip olduklarını, ancak eksikliklerinin bulunduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, hemşirelik öğrencilerinin güncel ve kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur.[1-3,11,12] Öğrencilerin bilgi eksikliklerinin, öğrencilere klinik deneyim kazandıran ortamlarda geleneksel hasta hazırlığı yöntemlerinin uygulanıyor olması, bu sebepten dolayı öğrencilerin teorik bilgiyi

klinik pratiğiyle birleştirememesi ve böylelikle bilginin kalıcı hale gelmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak literatürde, bu çalışma kapsamında oluşturulan ve öğrencilerin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığına ilişkin bilgi düzeyini belirlemeyi amaçlayan soru formuna benzer bir ölçüm aracıyla yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmadığı için, elde edilen sonuçların literatür eşliğinde tartışılması sınırlı kalmıştır.

Çalışmada, öğrencilerin algıladıkları preoperatif hemşirelik bakım yetkinliklerine ilişkin puan ortalamalarının 94.96±23.14 olduğu belirlenmiş olup, bu değer öğrencilerin genel olarak kendilerini ameliyat öncesi hemşirelik bakımında yetkin hissettiklerini göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının "Yasal sorumlulukları yerine getirebilme ve etik ilkelere bağlılık" alt boyutunda elde edildiği, en düşük puan ortalamasının ise "Araştırma ve mesleki gelişim" alt boyutunda elde edildiği görüldü. Yapılan farklı bir çalışmada da, öğrencilerin aynı ölçekten en yüksek ortalama puanı "yasal sorumlulukları yerine getirme ve etik ilkelere uyma" alt boyutundan, en düşük puanı ise "araştırma ve mesleki gelişim" alt boyutundan aldığı belirlenmiştir.[10] Hemşirelik öğrencileriyle yürütülen çalışmalarda, yetkinlik algılarının ortalamanın biraz üzerinde olduğu saptanmıştır.[13,14] Son sınıf öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, öğrencilerin klinik yeterlilik ve yetkinlik algılarının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.[16,19] Benzer bulgular, öğrencilerin ameliyat öncesi hemşirelik bakımına ilişkin algılanan yetkinlik düzeylerinin genel olarak yüksek olduğunu, ancak belirli alanlarda daha fazla eğitim ve deneyime ihtiyaç duyabileceklerini göstermektedir. Özellikle "Araştırma ve mesleki gelişim" alt boyutunda elde edilen puan ortalamasının düşük olması, öğrencilerin bilimsel araştırmalara yeterince katılmaması ile ilişkilendirilebilir ve öğrencilerin bu alanda daha fazla desteklenmesi gerektiğini işaret etmektedir. Buna ek olarak, çalışmada bu bulgunun öğrencilerin güncel ve kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı bulgusuyla ilişkili olduğu, kanıta dayalı uygulamalar ile "araştırma ve mesleki gelişim" unsurunun da iç içe olduğu görülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin araştırmalara katılımının desteklenmesi, bilimsel kaynaklara yönlendirilmesi ve araştırmacı rolün vurgulanması, hem geleceğin meslek profesyonellerinin bireysel yetkinlik algısına hem de mesleğin gelişimine katkı sağlayacaktır. Bu doğrultuda, hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmalarda, eğitim müfredatında kanıta dayalı uygulamaların yer aldığı, bilimsel literatüre katkıda bulunmak üzere araştırmalara katılmak isteyen, araştırma yöntemleri hakkında eğitim almak isteyen, hemşirelik dergilerine abone olan ve bilimsel organizasyonları takip eden hemşirelik öğrencilerinin, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik olumlu tutumlar geliştirdiği görülmüştür.[20,21]

Yetkinlik düzeyinin, öğrencilerin uygulama alanlarında aktif rol alma durumlarına göre farklılık göstermesi, özellikle daha önce tek başına cerrahi hastanın ameliyat öncesi hazırlık sürecini yürütmüş olan öğrencilerin yetkinlik puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olması, klinik deneyimin yetkinlik üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, yapılandırılmış klinik uygulamaların öğrencilerin mesleki yetkinlik kazanmalarında önemli bir rol oynadığını desteklemektedir. Nitekim, klinik deneyim, uygulama ve simülasyonların, öğrencilerin yetkinlik algılarını, mesleki öz yeterliliklerini ve hasta bakımına yönelik özgüvenlerini artırdığı yönündeki bulgular, çeşitli çalışmalarda da vurgulanmıştır.[22-25] Bu sonuçlar, klinik deneyimin hemşirelik öğrencilerinin mesleki yetkinlik algısını güçlendirdiğini ve hemşirelik lisans eğitim programlarında uygulama temelli öğrenmenin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalışmada, öğrencilerin sınıf düzeyi, mezun oldukları lise türü, kanıta dayalı uygulama eğitimi alıp almama durumu ve preoperatif hasta hazırlığına aktif katılım gibi değişkenlerin bilgi düzeylerini anlamlı şekilde etkilediği belirlendi. Bu bulgular, hemşirelik eğitiminde kuramsal ders içeriklerinin yanı sıra, öğrenciye özgü bireysel ve eğitimsel geçmişin de bilgi edinimde etkili olduğunu göstermektedir. Farklı bir çalışmada, intörn öğrencilerin diğer öğrencilere kıyasla daha yüksek klinik yeterlilik algısına sahip olduğu, bu durumun da, teorik bilginin klinik uygulamalarla pekiştirildiğini gösterdiği saptanmıştır.[15] Yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, kanıta dayalı uygulama eğitiminin, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulama yeterliliğini, eleştirel düşünme becerilerini ve problem çözme yeteneklerini anlamlı şekilde artırdığı bildirilmiştir. Ancak mevcut çalışmanın aksine, belirtilen bu sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, özellikle 4. sınıf öğrencilerinde bu etkilerin daha belirgin olduğu da bulgulanmıştır.[26] Literatürün aksine bu çalışmada, son sınıf öğrencilerinin bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde düşük olması, zamanla edinilen deneyimin ve tekrarlayan klinik uygulamaların, teorik bilgiyi pekiştirmeye katkı sağlamadığını ya da öğrencilerin farklı mesleki derslere odaklanarak cerrahi hemşireliğine ilişkin bilgilerini unuttuklarını düşündürmektedir. Mevcut çalışmada, kanıta dayalı uygulama eğitimi alan öğrencilerin preoperatif hasta hazırlığı konusundaki bilgi düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Benzer çalışmalarda, simülasyon temelli klinik senaryolarla desteklenen kanıta dayalı uygulama eğitiminin, öğrencilerin klinik karar alma güvenini ve bilgi düzeyini artırdığı ve öğrencilerin, teorik bilgiyi uygulamaya geçirme konusunda daha yetkin hale geldiği belirtilmiştir.[27] Ayrıca, kanıta dayalı uygulama eğitimi almış olmanın bilgi düzeyine olumlu katkısı, müfredatın bu alanda zenginleştirilmesinin gerekliliğini de ortaya koymaktadır.[3]

Çalışmada, preoperatif hasta hazırlığını tek başına aktif yürüten/deneyimleyen öğrencilerin bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulundu. Literatürde de, özellikle klinik uygulamalara aktif katılım, gözlem ve simülasyon tabanlı eğitimlerin, öğrencilerin perioperatif bilgi ve beceri düzeylerini olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır.[24,28,29]

Öğrencilerin bilgi düzeyleri ile algıladıkları hemşirelik bakım yetkinlikleri arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunması, bilgi birikiminin yetkinlik algısını desteklediğini göstermektedir. Bu durum, kuramsal bilgilerin klinik uygulamayla bütünleştirilmesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Literatürde de bilgi düzeyinin, mesleki yeterlilik ve özgüvenle ilişkili olduğu ifade edilmektedir.[14,30,31] Ancak çalışmada belirlenen bu ilişkinin zayıf düzeyde olması, öğrencilerin bilgi sahibi olsalar bile bunu yetkinlik algılarına tam olarak yansıtamadıklarını veya klinik deneyim eksikliği nedeniyle, özellikle bazı alanlarda yetkinlik algılarının sınırlı kaldığını düşündürmektedir. Bu durum, teorik bilgi ile klinik uygulamanın yeterli düzeyde birbirine entegre edilemediğine işaret etmekte ve bu uyumsuzluğun giderilebilmesi için teorik eğitimin klinik ortama etkili biçimde yansıtılması önem taşımaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, öğrencilerin büyük çoğunluğunun kanıta dayalı uygulama eğitimi aldığı ve tamamının bu uygulamaların önemini kabul ettiği belirlenmiştir. Ancak, belirli preoperatif kanıta dayalı uygulamalara ilişkin doğru bilgi düzeylerinin görece düşük olduğu görülmüştür. Öğrencilerin bilgi düzeyi ile ameliyat öncesi hemşirelik bakımına yönelik algılanan yetkinlik puanları arasında zayıf ancak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, öğrencilerin bilgi düzeyleri üzerinde sınıf düzeyi, mezun olduğu lise türü, kanıta dayalı eğitim alma durumu ve tek başına cerrahi hastasının hazırlığını yürütme gibi faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, yalnızca tek başına hasta hazırlığı deneyiminin algılanan yetkinlik üzerinde anlamlı fark yarattığı belirlenmiştir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda, eğitim programlarında, kanıta dayalı uygulamalara yönelik teorik bilgi ile birlikte, özellikle ameliyat öncesi döneme özgü uygulamaların yer aldığı yapılandırılmış klinik simülasyonlara daha fazla yer verilmesi, öğrencilerin tek başına cerrahi hasta hazırlığı yapmalarına olanak tanıyan rehberli ve mentörlü uygulama alanlarının artırılması önerilmektedir. Öğrencilerin bağımsız uygulama yapabilecekleri fırsatların artırılması, mesleki özgüvenin gelişimine katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı preoperatif hasta hazırlığı konusundaki bilgi düzeylerinin ve preoperatif bakım yetkinliklerinin artırılması için hem teorik hem de klinik eğitimin içerik ve

yöntem açısından yeniden gözden geçirilmesi önerilmektedir. Özellikle güncel rehberler doğrultusunda yapılandırılmış eğitim programları ile simülasyon temelli öğrenme yöntemlerinin entegrasyonu, öğrencilerin bilgi düzeylerini ve klinik yetkinliklerini geliştirmede etkili olabilir. Gelecek çalışmalarda ise, hem öğrencilerin gerçek klinik uygulama performanslarını değerlendiren yöntemler (gözlem, objektif yapılandırılmış klinik sınav vb.) hem de çok merkezli örneklemler kullanılması önerilmektedir. Ayrıca bu alanda, kanıta dayalı uygulama eğitimlerinin, öğrencilerin yetkinlik algıları üzerindeki uzun vadeli etkilerini değerlendiren gözlemsel çalışmaların yapılması da önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem grubu, yalnızca belirli bir üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencilerinden oluştuğu için sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Özbildirim yoluyla toplanan veriler, katılımcıların bilgi ve yetkinlik algılarını olduğundan farklı yansıtma olasılığını içermektedir. Kullanılan ölçme araçlarının sadece bilgi ve algıya odaklanması, gerçek klinik uygulama becerilerini yansıtmamaktadır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar çalışmayla ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram (İK), Çalışma Tasarımı (İK, ES, ÇA), Denetleme/Danışmanlık (İK), Veri Toplama (İK, ES, ÇA), Veri Analizi ve Veri Yorumlama (İK), Tabloların oluşturulması (İK, ES, ÇA), Literatür Taraması (İK, ES, ÇA), Makalenin Yazımı (İK, ES, ÇA), Başvuru öncesi son kontrol (İK, ES, ÇA)

Kaynaklar

1. Akutay S, Kahraman H, Ceyhan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi, tutum ve davranışları. Sürekli Tıp Eğit Derg. 2022;31(4):262-70. doi:10.17942/sted.873188
2. Alruwaili AN, Abuadas FH, Alruwaili MM, Alsadaan NA, Baghdadi NA. Examining knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice among nursing students: a multicenter cross-sectional study. BMC Nurs. 2025;24(1):1–11. doi:10.1186/s12912-025-02963-8
3. Li H, Xu R, Gao D, Fu H, Yang Q, Chen X, et al. Evidence-based practice attitudes, knowledge and skills of nursing students and nurses: a systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Pract. 2024; 75:104024. doi: 10.1016/j.nepr.2024.104024
4. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659–95. doi:10.1007/s00268-018-4844-y

5. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2021;40(7):4745–61. doi: 10.1016/j.clnu.2021.03.031
6. Schwenk W. Optimized perioperative management (fast-track, ERAS) to enhance postoperative recovery in elective colorectal surgery. GMS Hyg Infect Control. 2022;17: Doc10. doi:10.3205/dgkh000413
7. Girish P, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for preoperative fasting: carbohydrate-containing clear liquids with or without protein, chewing gum, and pediatric fasting duration—a modular update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for preoperative fasting. Anesthesiology. 2023;138(2):132–51. doi: 10.1097/ALN.0000000000004381
8. Castillo-Ramírez AR, Librado-González N, Sánchez-Maldonado HA, Nicolas-Santiago M, Urueña-González C, Herrera LF. Clinical competencies of undergraduate nursing students for labor care: a quasi-experimental study. Rev Cuidarte. 2024;15(3):301–9. doi:10.15649/cuidarte.3679
9. Şimşek P, Özmen GÇ, Kemer AS, Aydin RK, Bulut E, Çilingir D. Development and psychometric testing of Perceived Preoperative Nursing Care Competence Scale for Nursing Students (PPreCC-NS). Nurse Educ Today. 2023; 120:105632. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105632
10. Alnjadat R, Etoom M. Factors affecting nursing and midwifery students' knowledge regarding preoperative nursing care. Adv Med Educ Pract. 2024; 15:161–71. doi:10.2147/AMEP.S441145
11. Miliara E, Kalokairinou A, Schetaki S, Patelarou E, Patelarou A. Evaluation of Evidence-Based Practice Competency among Greek Undergraduate Nursing Students. Healthcare (Basel). 2024 Jan;12(18):1811. doi:10.3390/healthcare12181811
12. Chu TL, Couper AL. Nursing students' knowledge and attitude about evidence-based practice: a systematic review. J Nurs Rep Clin Pract. 2025;3(5):494–501. doi:10.32598/jnrcp.2411.1191
13. Aydın M, Uzun Şahin C, Aksu EF, Görgöz M. Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalara yönelik mesleki yetkinlikleri ile klinik stresör algıları arasındaki ilişki. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Derg. 2024;7(3):797–806. doi:10.38108/ouhcd.1310219
14. Çelik S, Durmaz Y, Karahan E. İntörn hemşirelerin yetkinlik durumları ile bakım verici rollerine ilişkin tutumları arasındaki ilişki. Sağlık Hemşirelik Yön Derg. 2020;7(3):371–83. doi:10.5222/SHYD.2020.65807
15. Albloushi M, Innab A, Almarwani M, Alqahtani N, Anazi M, Roco I, et al. The influence of internship year on nursing students perceived clinical competence: a multi-site study. SAGE Open. 2023;13(3):21582440231193198. doi:10.1177/21582440231193198
16. Thabet M, Dakrory Ali El-Said H, Aly Abd-Elhamid E. Correlation between clinical competence, clinical decision making, and perceived autonomy support among nursing internship students. Egypt J Health Care. 2020;11(3):764–83. doi:10.21608/ejhc.2020.177144
17. Esin MN. Örnekleme. In: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, editors. Hemşirelikte araştırma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p. 188-9.
18. Liu K, Wang S, Liu M, Tang S, Chen Q. Interventions to enhance the core competencies of clinical nursing preceptors: a systematic review. Nurse Educ Today. 2025 Mar; 146:106536. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106536

19. Zadi Akhuleh O, Lotfi M, Rahmani V, Sheikhalipour Z, Khodayari M, Aghazadeh N. Self-directed learning ability and its relationship with perceived perioperative competence in the senior undergraduate surgical technology students: a cross-sectional study. J Med Educ Dev. 2024;16(52):45–54. doi:10.32592/jmed.2023.16.52.45
20. Kalkım A, Midilli TS. "Kanıta dayalı hemşirelik": hemşirelik öğrencilerinin bilgi, tutum ve davranışları. Celal Bayar Univ Sağlık Bilim Enstit Derg. 2020;7(4):419–26. doi:10.34087/cbusbed.671249
21. Adalı A. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2019.
22. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gülhane Tıp Derg. 2016;58(1):129-35. doi:10.5455/gulhane.169643
23. Solvik E, Struksnes S. Training nursing skills: a quantitative study of nursing students' experiences before and after clinical practice. Nurs Res Pract. 2018; 2018:8984028. doi:10.1155/2018/8984028
24. Antonsen KN, Hofstad JK. Simulating preoperative preparations with focus on non-technical skills in an OR nursing education program in Norway. In: Akselbo I, Aune I, editors. How can we use simulation to improve competencies in nursing? Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 37–52. doi:10.1007/978-3-031-10399-5_4
25. Prathibha J, Pai RR, George LS. Clinical competency: perceptions of nursing interns and clinical mentors. Front Nurs. 2024;11(1):1–10. doi:10.2478/FON-2024-0011
26. Jeong D, Park C, Sugimoto K, Jeon M, Kim D, Eun Y. Effectiveness of an evidence-based practice education program for undergraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(5):637. doi:10.3390/ijerph21050637
27. Estalella I, Román Ó, Reichenberger TN, Maquibar A. Impact of a teaching strategy to promote evidence-based practice on nursing students' knowledge and confidence in simulated clinical intervention choices. BMC Nurs. 2023;22(1):361. doi:10.1186/s12912-023-01540-1
28. Doerner M, Seibert SA. Student perioperative experience supports recognition of safety concepts. J Perianesth Nurs. 2022;37(4):528–32. doi: 10.1016/j.jopan.2021.10.016
29. Mc Namara C, O'Brien B, O'Reilly P. The learning experiences of student nurses in the perioperative environment: an integrative literature review. Nurse Educ Today. 2023; 131:105985. doi: 10.1016/j.nedt.2023.105985
30. Yılmaz A, Yılmaz Koçak M. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik uygulamalarına hazır olma durumları ve hasta güvenliği yetkinlikleri. KTO Karatay Univ Sağlık Bilim Derg. 2024;5(2):168–71. doi:10.59244/ktokusbd.1526225
31. Yüzer Alsaç S, Öztaş G. Hemşirelik öğrencilerinin akademik öz yeterlik düzeyleri ve etkileyen etmenler. Sağlık Hemşirelik Yön Derg. 2023;10(3):301–9. doi:10.54304/SHYD.2023.55477

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received): 16.10.2024 Kabul Tarihi (Accepted): 23.05.2025

Olgu Sunumu / Case Report

Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Ürosepsis Tanısı Almış Kronik Hipertansiyonu Olan Ve Yalnızlık Duygusu Yaşayan Hastada Hemşirelik Bakımı Yaklaşımı

Nursing Care Approach for a Patient with Chronic Hypertension and Loneliness Diagnosed with Urosepsis According to the Watson Human Caring Model

Gülçin KURT [1]

Esma ATASOY [2]

Sena KAPLAN [3]

[1]Dr. Hem., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi Ankara/Türkiye

[2]Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Ankara/Türkiye

[3]Prof. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Ankara/Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Gülçin Kurt; e-mail:gulcinkurt86@gmail.com

Alıntı (Cite): Kurt G., Atasoy E. ve Kaplan Ç. Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Ürosepsis Tanısı Almış Kronik Hipertansiyonu Olan Ve Yalnızlık Duygusu Yaşayan Hastada Hemşirelik Bakımı Yaklaşımı. YBH Dergisi. 2025;6 (2):52-61

Özet

Hemşirelik bakım sürecinin model ve kuramlara özgü yönetilmesi kaliteli, sistematik, kontrollü ve etkili bir hizmet sunulmasını sağlamaktadır. Watson İnsan Bakım Modeli hasta ve hemşire arasında duyarlı ve güvenilir bir ilişki geliştirerek hemşirelik bakımını holistik yaklaşımla değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Watson İnsan Bakım Model'inin hemşirelik bakımındaki önemi ve bakım sürecine etkilerini değerlendirmek üzere bu olguda, 77 yaşında tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş hipertansiyon hastası ele alınmıştır. Olguda, hastaya Watson İnsan Bakım Modeli aşamalarından kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı, iyileştirme süreçleri olmak üzere birbirini takip eden üç farklı aşamalara göre bakım planı oluşturulmuştur. Modelin çalışmada yer alan olguda ruhsal pozitif değişim ve uyum artışı gibi psikososyal yönden etkili olduğu ve birebir iletişimin çok önemli olduğu bulunmuştur. Watson İnsan Bakım Modelinin yaşlı bakımında hemşireler tarafından kullanılabilecek etkin bir model olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Watson İnsan Bakım Modeli; hemşirelik bakımı; ürogenital enfeksiyonlar

Abstract

The management of the nursing care process based on models and theories ensures the provision of quality, systematic, controlled, and effective care services. Watson's Human Caring Model offers an opportunity to evaluate nursing care through a holistic approach by fostering a sensitive and trustworthy relationship between the patient and the nurse. In this case study, a 77-year-old hypertensive patient with recurrent urinary tract infections was analyzed to assess the importance of Watson's Human Caring Model in nursing care and its effects on the care process. A care plan was developed for the patient based on three successive stages of Watson's model: the interpersonal caring relationship, the caring occasion, and the caring moment, as well as healing processes. It was concluded that the model was effective in creating positive psychosocial changes and increasing adaptation in the case, and that it is a highly effective model for use in elderly care, where direct communication is crucial.

Keywords: Watson Human Care Model; nursing care; urogenital infections

Giriş

Yaşlı bireylerin %70-90'ında en az bir kronik hastalık olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir.[1] Dünya geneline bakıldığında yaşlı bireylerin %60-80'i hipertansiyon hastasıdır.[2] Hipertansiyon, hayatın uzun bir dönemini içine alan, daima tıbbi bakım, tedavi ve yaşam şeklinde değişikliğe ihtiyaç olan bir sağlık sorunu olarak yaşlı bireylerde yönetilmesi gereken önemli sağlık sorunları arasındadır. [3,4] Yaşlı bireylerde görülen sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları (İYE) ürosepsise neden olabilmektedir.[1,5,6] Ürosepsis ürogenital sistemden kaynaklanan bir enfeksiyon hastalığı nedeniyle sistemik inflamatuar yanıt sendromu (SIRS) bulgularının ortaya çıkmasıyla karakterize bir sağlık problemidir. Dolayısıyla yaşlı bireylerde sık tekrarlayan İYE, yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra sosyal ve psikolojik sorunlara da yol açmaktadır. Hipertansiyon (HT) ve İYE arasındaki bağlantı hakkında yeteri kadar çalışma olmasa da HT'nun İYE riskini arttırdığı ve uzun süreli enfeksiyonlarında HT'yi tetikleyebildiği bilinmektedir. Bu bakımdan hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin hastalık yönetimini sağlamada diyet, ilaç tedavisi süreçlerine uyum, fiziksel aktivite, uyku kalitesi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmada hemşirenin rolü önemlidir. Nitekim hastaların diyet ve ilaç tedavisine uyumları sağlanıp, hastalık yönetimi, zaman ve yaşam kalitesi arttığı gibi İYE'nin de daha az görülmesine katkı sağlayacaktır. [7,8,9]

Kronik hastalıklarda hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında, hastalık sürecinin yönetiminde ve bu sürece uyumun sağlanmasında modellere dayalı hemşirelik yaklaşımları önem kazanmıştır.[10] Bu modellerden Watson İnsan Bakım Modeli (WİBM) iyileşme odaklı ve ilişki merkezli bakım yönetimi olarak güncelliğini korumakta ve hümanistik (insancıl) ve holistik (bütüncül) yaklaşımlar içermesi açısından da oldukça etkili bir model olarak kabul edilmektedir.[11] Literatürü incelediğimizde HT tanısı alan yaşlılarla yapılmış çalışmalarda ürosepsis incelenmemiş, ürosepsisin HT ile olan bağlantısı üzerinde durulmamıştır. HT'nin İYE riskini ve bununla bağlantılı olarak ürosepsis riskini arttırdığı ve kronikleşmiş ürosepsisinde HT'yi tetikleyeceği bilinmektedir.[1,5,6,12,13] Bu doğrultuda bakım süreçlerinde hasta-hemşire iletişimini artırmak, yaşam kalitesini artırarak, hastalık sürecini iyileştirmek, hastalık yönetimi ve uyumunu sağlamak ve başetme mekanizmasını güçlendirmek üzere WİBM ile hemşirelik bakımı HT-Ürosepsis tanılı olguya uyarlanmıştır.

Watson İnsan Bakım Modeli (WİBM)

Jean Watson 1979 yılında hemşirelikte "insan bakım kuramını"geliştiren bir teorisyendir. Watson'a göre "bakım verme; hemşireliğin özü ve hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktasıdır." Watson İnsan Bakım Modeli bakım esnasında hemşirenin hasta ile arasında olan etkileşim sürecini destekleyerek hastaya yarar sağlamaktadır.[12]

Watson'a göre bakım sürecinin temel aşamaları; "kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu/bakım anı ve iyileştirici faktörler/iyileştirici süreçlerdir." Kişilerarası bakım ilişkisinde hemşire, hastayı akıl-beden-ruh sağlığının uyum içinde en yüksek düzeye yükselmesine yardımcı olarak bakımın merkezine alır. Kişilerarası bakım ilişkisi sürecinde amaç; hastanın bütünlüğünü ve manevi değerlerini korumak ve yükseltmektir. [11] Modelin "bakım durumu ve bakım anı" süreci hastayla ilk karşılaştığı anda gerçekleşmektedir, Bu aşamada hemşire hastaya varlığını ses tonu, duruşu ve hisleri ile yansıtabilmektedir.[11]

Modelin "iyileştirilme süreci" kapsamında hemşire ve hasta ilişkisindeki karşılıklı sevgi, saygı ve şefkat davranışları esastır.[12] Modelde; "hemşirelerin dikkatli dinleme, göz teması kurma, rahatlatma, dürüst olma, duyarlı ve saygılı olma gibi bakım davranışlarını kullanması ile hastalığın birey tarafından daha etkili algılanabildiği gösterilmektedir. [14]

Watson İnsan Bakım Modeli'nde bulunan iyileştirici süreçler 10 basamaktan oluşmaktadır (Şekil 1). Modeldeki süreçler yaratıcı bakımı destekleyecek şekilde birbirleri ile uyumlu yürütülerek hemşirelik mesleğine profesyonellik kazandırılmakta ve mesleği yüceltmektedir. [11,15,16]

Kişilerarası Bakım İlişkisi

Hemşire ve hasta arasında olan bilimsel, etik, sanat, yaratıcı bilme davranışlarını içeren, alma-verme davranışlarının sergilendiği bir süreçtir.

• İlk olarak teropatik ilişki kurulur; ardından hemşire hastanın gereksinimlerini belirler, hastanın rahatı ve iyileşmesi için uygulamalar yaparak hastanın eğitilmesini sağlar.

• Bu ilişki dürüstlük, yüksek ahlak, etik sorumluluk, duyarlılık, saygı, uyum, güvenilirlik, empati, samimiyet davranışlarını içerir.

• Bu ikili ilişki hastanın fiziksel sağlığının yanı sıra ruhsal sağlığını iyileştirip, geliştirir.

Bakım Durumu/Bakım Anı

• Bakım anı; hemşire ve bireyin bir araya gelerek bakımı başlatmasıdır.

• Bakım anında hemşire kendi duygularının ve bakım anının doğallığının farkında olmalıdır.

• Bakım anında, bakım alan-veren arasında insan-insana iletişim, etkileşim olmaktadır.

• Watson'a göre bakım anı; kişilerarası bakım ilişkisi kurmak için fırsattır.

İyileştirici Süreçler

1.İnsancıllık-Adanmışlık

2. İnanç-Umut

3. Duyarlılık

4. Yardım-Güven İlişkisi

5. Olumlu ve Olumsuz Duyguların İfadesi

6. Problem Çözme

7. Öğrenme-Öğretme

8. İyileşme Çevresi

9.Gereksinimlere Yardım

10.Varlıksal-Fenomenolojik Manevi Boyutlara İzin Verme

Şekil 1. Watson İnsan Bakım Modeli (15)

Olgu

Dahiliye Kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan 77 yaşındaki Ürosepsis tanılı kadın hastaya WİBM hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Olguya ilişkin sosyo demografik özellikler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo1. Olguya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Tanıtıcı özellikler	Tanısı/Kullandığı ilaçlar	Laboratuvar ve yaşam bulguları
F.T. 77 yaşında, kadın, 165 cm, 70 kg Emekli Okuryazar değil	• Hipertansiyon • Amlodis 1*10 mg • Andorex gargara 3*1 (ağıziçi) • Clexane 4000ıu/ 0.4 ml (sc)	**Hb**:10.2 gr/dl **Htc**:36.2% **Wbc**:5.2/ml **Ast**: 22,3ıu/l **Alt**:18.5ıu/l **Ateş**: 36.4 °C **Nabız**: 74/dak **Tansiyon**:130/85mm/Hg **Solunum**:18/dak

Öykü:
Hasta 15 yaşında evlenmiş, eşinin infertilitesi sebebiyle çocuğu olmamış, 5 yıl önce eşini kaybetmiştir. Hasta yalnız balşına bir apartman dairesinde yaşamaktadır. Emekli maaşı ile geçinmektedir. Son 2 aydır yalnızlık şikâyeti sebebiyle ücretli yatılı bakıcı ile kalmaktadır. Hasta sürekli vücut ağrısı yaşadığını ve sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini belirtmiştir. Şiddetli bulantı-kusma ve karın ağrısı ile acile başvurmuş ve ürosepsis şikâyeti ile yatışı yapılmıştır. Hastanın ağız içi yaraları mevcuttur. Hasta duygusal olarak çocuk sahibi olmadığı için umutsuz, yalnız hissettiğini belirtmektedir. Herhangi bir vital bulgu anormalliği, genel durumunda bozulma gözlenmemiş fakat bu veri toplama sürecinde sorular ilerledikçe yalnızlıkla ilgili olumsuz duygular deneyimlediği değerlendirilmiştir. Bu konu ile ilgili F.T.'nin kaygılı olduğu değerlendirilmiştir. F.T. *"...artık yalnız kaldım Allah'tan umudumu kestim, korkmuyorum ölümden, hiçbir şeyden"* ifadesini kullanmış ve sonrasında gözleri dolarak camdan dışarıya uzun süre sessiz kalarak bakmıştır. Ayrıca günlük yaşamda öfke kontrol sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Hastanın hemşirelik tanıları; sosyal izolasyon, kronik ağrı, oral mukoz membranda bozulma, enfeksiyon riski, aktivite planlamada eksiklik, etkisiz baş etme, umutsuzluk olarak belirlenmiştir.

Fizyolojik	Psikolojik	Sosyokültürel	Gelişimsel	Ruhsal
Boy: 165 Kilo: 70 Yaş: 77 Vücut ağrısı(+) İdrar yaparken yanma(+)	Yalnız yaşamaktan yakınmakta, bu yüzden ölümden korkmadığını ifade etmektedir. Çocuğunun olmamasına üzüldüğünü ifade etmekte ve yalnızlığının sebebini çocuğunun olmamasına bağlamaktadır.	Çocuğunun olmaması sebebiyle toplumsal dışlanmışlık yaşamaktan yorulduğunu ifade etmektedir. Eşi vefat ettikten sonra yakın çevresi ile iletişiminin zedelendiğini belirtmiştir.	Sık sık vücut ağrısı yaşadığı için öz bakım aktivitelerinin gerilediğini ücretli bakım veren kişiyi kaybedip yalnız kalırsa öz bakımını yapamayacağını ifade etmektedir.	Ürosepsis sebebiyle hastaneye yatmak zorunda olmasının ruhsal olarak kendini yorduğunu, bakım desteği bulmakta zorlandığını ve bunun da kaygılarını arttırdığını ifade etmektedir.

WİBM Göre Olgunun Değerlendirilmesi

Kişilerarası Bakım İlişkisi-Bakım Durumu ve Bakım Anı

Hastamız F.T.'ye duyarlı, güven veren, saygılı bir şekilde yaklaşılmış, yaşadığı sorunlarla ilgili olarak kendisine destek olmak istediğimiz belirtilmiştir. Hasta F.T. bu sayede kendisini rahatça ifade edebilmiştir. Hastalığı ve çocuğunun olmaması sebebiyle kendisini yalnız ve başkalarına muhtaç durumda hissettiğini ifade eden hastaya ruhsal destek sağlanması

hastalıkları ile ilgili eğitim verilmesi, destek sistemlerinin (örneğin; psikolojik destek, benzer hasta grup terapileri gibi) sağlanması; hastane ortamına karşı negatifliğini en aza indirgeyecek girişimlerinin planlanması; taburculuk sonrasında komşuları, arkadaşları ile vakit geçirmesine yönelik öneri ve seçeneklerin içinde olduğu bir bakım anı başlatılmıştır. Yaşlı birey yaşadığı tüm bu güçlükler konusunda yardım alabileceğini görerek ve kurulan samimi, içten ilişkiyi hissederek kendini ruhsal ve fiziksel olarak daha sağlıklı hissetmeye başladığını, iyi olacağına inandığını ifade etmiştir.

Tablo 2. WİBM İyileştirme Süreçleri

Süreç basamakları	İyileştirme süreçleri	Modelin Kullanılması	Hemşirelik girişimleri
1. Süreç	İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi	Hemşire hastaya yaklaşırken bireye ve kendine saygılı, insancıl, merhametli, şefkat, sevgiyle yaklaşır.	F.T.'ye ismiyle seslenilerek, göz teması kuruldu. Sağlık öyküsü kapsamlı bir şekilde değerlendirildi. İlgili, anlayışlı ve sabırlı bir yaklaşımla bakım verildi. Takip ve bakım sırasında mahremiyete özen gösterildi. F.T. bu yaklaşımın kendisini değerli hissettirdiğini ifade etti.
2. Süreç	İnanç ve umut aşılama, onurlandırma	Hemşire bireyin iç dünyasında yaşadığı inançları, duygu durumunu anlayabilmelidir.	Sağlık durumuyla ilgili sorması için desteklendi. Korkularını, kaygılarını ifade etmesi cesaretlendirildi. Hastalık süreci deneyimleri paylaşıldı. Tedavi, bakım sonrası faydalı sonuçlar alacağı hakkında motive edildi. Sağlık sorunu, yalnızlığıyla baş etme konusunda desteklendi. F.T. üzüntülerini, kaygılarını rahatça ifade etmiştir. Bakımı yararlı bulup, iyileşeceğine inandığını ifade etmiştir.
3. Süreç	(Kendine Ve Başkalarına) Duyarlılık	Hemşire bireyin duygularını anlayıp, fark edip, hissedebilmelidir. Bireyi anladığını, yardım etmek istediğini belirtmelidir.	F.T'nin genel sağlık durumuyla ilgili bilgi, uygulamaları saptanarak eksik olduğu konular belirlendi. Her konuda önyargısız, duyarlı yaklaşılmıştır. Yaşlılık dönemiyle ilgili konuşulmuş, bilgi eksiklikleri saptanmıştır.
4. Süreç	Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme	Hemşire bireye yardım ederken dinleyerek güven veren bir ilişki kurarak iyileşme sürecini hızlandırabilir	Kaygılarını, korkularını aktarması için, F.T. ile güven verici bir iletişim kuruldu. İhtiyaç duyduğu bakım uygulamaları yapılarak, kendisinin bu uygulamalara katılması sağlandı (örn ağız bakım, perine hijyeni).
5. Süreç	Olumlu ve olumsuz duyguların kabul edilmesi, duygu ve hislerin ifadesi	Hemşire bireyi sabırlı dinlemeli, olumlu, olumsuz duygularını ifade etmesi için desteklemelidir.	Hastaya duyguları, hastalık süreci, yaşlılık, yalnızlık hakkında rahatça konuşması için fırsat tanındı. Merak ettiği sorular yanıtlandı. 2 gün sonunda duygularını rahat, açıkça ifade ettiği gözlendi.
6. Süreç	Problem çözme	Problem çözme becerisi, adaptasyonun devam ettirilmesi için bir baş etme stratejisidir.	F.T.ye hastalık süreçleri hakkında genel bilgiler verildi. HT konusunda yaşam örüntülerini nasıl düzenleyeceği anlatıldı. Taburculuk sonrası ilaçlarını nasıl kullanacağı, takibinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi verildi. F.T. anlatılanların kendisi için kıymetli olduğunu, aklındaki soruların cevaplandığını, bilgilendiğini ifade etmiştir.

7.	Süreç	Öğretme ve öğrenme	Hastanın kendi durumu hakkında sorumluluklarının arttığı, bakıma katılmada istekli olduğu aşamadır. Hemşire burada bireysel özelliklere göre öğrenme, öğretme teknikleri kullanarak hastaya gerekli beceriyi nasıl kazandırabileceğini düşünmelidir.	Hastaya eğitim gereksinimleri ve bireysel özellikler doğrultusunda öz bakımı konusunda eğitim verildi. Bakımda ağız bakımı, egzersiz, genel hijyen ve perine hijyeni eğitimi, aktivite planlama yapıldı. F.T. kendini iyi hissettiğini, uygulamaları taburcu olduktan sonrada devam ettireceğini ifade etti.
8.	Süreç	İyileşme çevresi oluşturma	Hemşire bireyin spritüel, psikolojik, fiziksel anlamda bütüncül bir yaklaşımla ele alınması için neler yapabileceğini düşünmelidir.	Fiziksel, duygusal, ruhsal açıdan kendini rahat hissedebileceği sakin, sessiz, mahremiyet açısından uygun çevre oluşturuldu. Ağrıya yönelik öncelikle ilaç dışı yöntemlerle (TV veya müzik), yanıt alınamadığı durumlarda ise analjeziklerle ağrı kontrolü sağlandı. Tüm bu uygulamalardan sonra F.T. rahatladığını ifade etti. Ağrı skalasında ağrısının rakamsal olarak düştüğü, analjezi uygulanmasını talep etme sayısının azaldığı gözlemlendi.
9.	Süreç	Temel gereksinimlere yardım	Hemşire hastaya uygun bakım tarzları ve hastanın destekçilerinin yanıtlarını bulmaya çalışır ve uygun bakımı uygular.	F.T.'nin fiziksel, ruhsal, duygusal gereksinimleri belirlendi. Yürümesine destek olundu. Kendisine zaman ayrılarak mevcut durumuyla ilgili hissettiklerini, gereksinimlerini ifade etmesi için desteklendi. Emosyonel olarak kendisini ifade etmesi sağlanarak destek verildi. Bakım verenin, akrabalarının destek olması için teşvik edildi. Ziyarete gelen akrabaları konusunda farkındalığı sağlandı. Yakınlarıyla görüntülü görüşme yapması sağlandı. "aslında çok da yalnız değilim çok şükür" cümlesini kurdu.
10.	Süreç	Güçlere olanak sağlamak	Hemşire hastanın gelecekle ilgili düşüncelerini anlamaya çalışır. Kendini ifade edebileceği, inanç sistemini savunabileceği bakım ortamını hazırlar.	F.T.'nin geleceğe yönelik beklentileri tartışılarak, farkındalık geliştiği gözlendi. Örneğin F.T. "belki de bundan sonra daha iyi olur" şeklinde ifade etmiştir. "Hayırlısı, çok şükür" şeklinde ifadeler kullanarak umutlanabileceğini gösterdi.

Tartışma

Bu çalışmada, olgunun yaşadığı olumsuz duygularla başa çıkabilmesi ve bu duyguların azaltılması amacıyla Watson İnsan Bakım Modeli (WİBM) doğrultusunda hemşirelik bakımı uygulanmış; bu uygulama, hastanın HT ve Ürosepsis sağlık probleminin yönetmeye dair uyum sağlamasına ve bakımına etkin bir şekilde katılmasına olanak sağlamıştır. Modelin temelinde yer alan iyileştirici faktörlerin pozitif etkileri, hemşirelik bakımının etkinliğini artırmıştır. WİBM'ye göre her birey kendine özgüdür ve bu bağlamda öz-yansıtma ve öz-farkındalık kavramları kritik bir öneme sahiptir. [17] Bu doğrultuda, hasta ile göz teması kurularak iletişim kurulması, kendini ve duygularını ifade etmesine olanak sağlanması ayrıca yaşamda sahip olduğu güçlü yönleri ortaya çıkarması yönünde desteklenerek öz-farkındalığının geliştirilmesi hedeflenmiştir. Nitekim hasta yapılan görüşmelerin kendisini rahatlattığını, iyi hissettiğini,

yalnız yaşasa da güçlü yönlerini geliştirmenin öneminin farkında olduğunu, kendisini ifade etmesine fırsat verildiği için memnun olduğunu belirtmiştir.

Watson İnsan Bakım Modeli, bireyin manevi boyutlarına odaklanarak bütüncül bir değerlendirme imkânı sunar. Model, hemşirelik bakımının kalite ve etkinliğinin, hemşire ile birey arasındaki ilişki gücüne dayandırır. [18] Bu çalışma kapsamında, hastanın kendisini ifade etmesi, ihtiyaçlarını dile getirmesi ve bireysel farkındalık kazanması desteklenmiştir. Bu süreç sonucunda, iyileştirici faktörlerin etkisiyle hastanın ağrı ve yalnızlık hissi gibi yakınmalarında azalma gözlemlenmiştir. Nitekim bu modelin öz farkındalık sürecini desteklediğine dair kanıtlar mevcuttur.[19,20,21] Bununla birlikte, WİBM'nin insan merkezli yapısı ve hemşirelik mesleğinin özünü yansıtması sayesinde bakım uygulamalarında kolaylıkla uygulanabileceği görülmüştür. Hasta ile tanışma esnasında ürosepsis sebebiyle hastaneye yatmak zorunda olmasının ruhsal olarak kendini yorduğunu, bakım desteği bulmakta zorlandığını ve bunun da kaygılarını arttırdığını ifade etmiştir. Ancak süreç sonunda kaygılarının azaldığını Hastalık tanıları hakkında hayatına nasıl yön vereceğini öğrendiğini ve bu sayede belki de hastane yatışlarının azalacağını düşündüğünü ifade etmiştir.

Literatürde incelenen olgu sunumlarında, hastalarda gözlemlenen pozitif değişimler, bakım süreçlerine uyum ve hasta memnuniyetindeki artış, modelin etkinliğini ve hemşirenin profesyonel katkılarının hasta üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada da hastanın bakım süreçlerine aktif katılımı ve pozitif yöndeki ilerleyişi, "Kendimi çok daha iyi hissediyorum" ifadesi ile somut bir şekilde değerlendirilmiştir. Literatürde de WİBM'nin bireyin memnuniyetini ve güvenliğini artırdığı, aynı zamanda bakım süreçlerine pozitif uyum sağladığı sıkça belirtilmektedir. Ayrıca bu modelin, bütüncül yaklaşım anlayışı çerçevesinde hasta memnuniyetini önemli ölçüde artırdığı ifade edilmektedir. [19,20,21,22,23,24,25,26,27]

Sonuç ve Öneri

Watson İnsan Bakım Modeli ile uygulanan hemşirelik bakımı, rutin uygulamaların dışında farklı bir süreç izlemektedir. Bu hemşirelik süreci süresince güvenilir, şefkatli ve duyarlı bşr bakım ortamı oluşturulmuştur. Hemşireliğin özünün farkında olarak, fiziksel bakımın yanı sıra ruhsal, sosyal, kültürel ve spirütüel yönden de bütüncül bir bakımla, olgunun memnuniyetini sağlayarak tedavi ve iyileşme sürecinin etkinliği sağlanmıştır. Çalışmanın benzer olgularda hemşirelik bakımlarına yol gösterici olarak olumlu katkılar sağlayacağı

düşünülmektedir. Bu model birçok özel veya farklı tanı almış bireylerin hemşirelik bakımında bir rehber olarak kullanılabilir. Bu çalışma sonrasında modelin işlevselliğinin değerlendirilmesi açısından da başka çalışmalarda ve vakalarda kullanılması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar çalışmayla ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Kaynaklar

1. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, Van Den Akker M. Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res* 2019;53:100903. doi:10.1016/j.arr.2019.04.005.
2. Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief* 2015;(219):1-8.
3. Mazulli T. Resistance trends in urinary tract pathogens and impact on management. *J Urol* 2012;168:1720-2. doi:10.1097/01.ju.0000028385.10311.c9.
4. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2009;8:167-72.
5. Gök A, Baş O, Tuygun C, Öztürk U, Göktuğ G, Kokurcan A, et al. Ürogenital enfeksiyon nedeniyle kliniğimizde son 1 yıl içerisinde tedavi edilen olguların değerlendirilmesi. *Yeni Üroloji Derg* 2017;12(3):6-10.
6. Yazıcı S, Çuvadar A. Genital sistem enfeksiyonlarının önlenmesi ve ebelik. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Derg* 2019;1(1):33-7.
7. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens* 2016;34:1208-17. doi:10.1097/HJH.0000000000000901.
8. Hacıhasanoğlu Aşılar R, Gözüm S. Hipertansif bireylerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımları ve bunun antihipertansif ilaç tedavi uyumuna etkisi. *Turk J Fam Med Prim Care* 2017;11:235-44. doi:10.21763/tjfmpc.359689.
9. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg* 2018;26:79-92. doi:10.26650/FNJN427146.
10. Turaç İS. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi [doctoral thesis]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2022.
11. Demirbağ BC. Hemşirelik Kuramları. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2021.
12. Watson J. Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *J Health Hum Serv Adm* 2009;31(4):466-82.
13. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Cakmak HA, et al. Turkish Adult Risk Factor Study survey 2012: overall and coronary mortality and trends in the prevalence of metabolic syndrome. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2013;41:373-8. doi:10.5543/tkda.2013.15853.
14. Özgürsoy Uran BN, Özer S, Yıldırım Y. An example of Watson's theory of human caring model: case of heart failure. *Turk J Card Nur* 2015;6(11):183-98. doi:10.5543/khd.2015.017.
15. Özkan Aİ, Okumuş H. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derg* 2012;14(2):61-72.

16. Watson J. View point: caring science meet the art science: a guide to authentic caring practice. *Am Nurse Today* 2012;7(8).
17. Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. USA: Elsevier Health Science; 2017.
18. Bozkuş S, Olgun N. Diyabetik ayak enfeksiyonu olan bireylerde Watson'un insan bakım modelinin uygulanması: olgu sunumu. *Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Derg* 2019;11(1):42-6.
19. Yanmış S, Özyer Y. Planning nursing care of an individual diagnosed with COVID-19 according to Watson's theory of human caring: a case report. *Int J Health Serv Res Policy* 2021;6(1):151-7. doi:10.33457/ijhsrp.753309.
20. Durgun Y, Okumuş H, Aytekin A. Implementation of Watson's theory of human caring: a case study. *Int J Caring Sci* 2015;8(1):25-.
21. Cebeci S. Watson human care model in the person with essential hypertension: case report. *Eurasian J Health Sci* 2021;4(2):113-20.
22. Özkan İA, Okumuş H, Buldukoğlu K, Watson J. A case study based on Watson's theory of human caring: being an infertile woman in Turkey. *Nurs Sci Q* 2013;26(4):352-9. doi:10.1177/0894318413500346.
23. Erbay Ö, et al. Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Derg* 2018;9(19):82-8. doi:10.5543/khd.2018.41275.
24. Jouybari L, Rahimian S, Kalantari S, Halakuee S. Nursing care from the human caring theory (Watson) lens in a female breast cancer patient: a care case study. *Sci J Nurs Midwifery Paramedic Fac* 2020;6(1):1-13.
25. Aktürk Ü, Erci B. The effect of Watson's human caring model on meaning of life and symptom management in cancer patients undergoing chemotherapy. *Res Theory Nurs Pract* 2018;32(3). doi:10.1891/1541-6577.32.3.255.
26. Aktaş Y, Baysan Arabacı L, Dülgerler Ş. Watson insan bakım modeline göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniv Sağlık Bilimleri Fak Derg* 2020;5(1):51-7.
27. Buldum A, Vefikuluçay Yılmaz D. Watson insan bakım kuramına göre postpartum anneye bütüncül hemşirelik yaklaşımı: olgu sunumu. *SBÜ Hemşirelik Derg* 2020;2(2):121-8.

YAŞAM BOYU HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received): 02.07.2025 Kabul Tarihi (Accepted): 08.08.2025

Araştırma Protokolü / Study Protocol

Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerde Akupresürün Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Protokolü

The Effect of Acupressure on Anxiety and Physiological Parameters in Individuals with Acute Coronary Syndrome: A Randomized Controlled Trial Protocol

Aynur AÇIKGÖZ[1]

Saadet CAN ÇİÇEK [2]

[1]Uzman Hemşire, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Bolu/Türkiye

[2]Doç. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Bolu/Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Aynur Açıkgöz; e-mail:gizaaynurgiza.45@gmail.com

Bu çalışma, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından 1002 – Hızlı Destek Programı kapsamında desteklenmiştir (Proje No: 224S095).

Alıntı (Cite): Açıkgöz A. ve Can Çiçek S. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerde Akupresurun Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Protokolü. YBH Dergisi. 2025;6(2):62-80

Özet

Amaç: Araştırmanın amacı akut koroner sendrom tanısı almış bireylerde uygulanan akupresürün fizyolojik parametreler ve anksiyete düzeyi üzerindeki etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma protokolü, randomize kontrollü deneme tasarımını açıklamaktadır. Çalışmanın planlanması ve raporlanmasında, Girişimsel Araştırmalar için Standart Protokol Öğeleri: Öneriler (SPIRIT) kontrol listesi ve çalışma sürecinin görselleştirilmesinde Konsolide Raporlama Denemeleri Bildirimi (CONSORT) akış şeması kullanılmıştır. Çalışma Mayıs 2024-2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Blok randomizasyon ile müdahale (34) ve kontrol (34) olmak üzere toplamda 68 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada günde 2 kez toplamda 40 dakika akupresür uygulanmıştır. Veriler; fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği ile günde 4 kez değerlendirilmiştir.

Bulgular: Randomize kontrollü deneysel çalışmanın protokolü olduğundan, bulgular veriler analiz edildikten sonra açıklanacaktır.

Sonuç: Çalışma sonuçlarının akut koroner sendrom tanısı almış bireylerde akupresürün anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerindeki etkisine ilişkin kanıt sağlayarak kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına katkı sağlaması, sağlık profesyonellerine ve araştırmacılara rehberlik etmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akupresür; akut koroner sendrom; anksiyete; fizyolojik parametre; randomize kontrollü çalışma.

Abstract

Objective: The aim of the study is to examine the effect of acupressure on physiological parameters and anxiety levels in individuals diagnosed with acute coronary syndrome.

Method: This study protocol describes a randomized controlled trial design. The Standard Protocol Elements for Interventional Trials: Recommendations (SPIRIT) checklist was used for study planning and reporting, and the Consolidated Statement of Reporting Trials (CONSORT) flowchart was used to visualize the study process. The study was conducted between May 2024 and 2025. A total of 68 individuals were enrolled in the study, consisting of 34 intervention and 34 control subjects, using block randomization. Acupressure was applied twice daily for a total of 40 minutes. Data were assessed four times daily using a physiological parameters form and a numerical anxiety scale.

Results: Since it is a protocol of a randomized controlled experimental study, the findings will be announced after the data are analyzed.

Conclusion: The study results are expected to contribute to evidence-based nursing practices and guide health professionals and researchers by providing evidence on the effect of acupressure on anxiety and physiological parameters in individuals diagnosed with acute coronary syndrome.

Key Words: Acupressure; acute coronary syndrome; anxiety; physiological parameter; randomized controlled trial.

Giriş

Akut Koroner Sendrom (AKS), her yıl milyonlarca insanı etkileyen; kararsız anjina pektoris, ST elevasyonu olmayan miyokard enfarktüsü (NSTE MI) ve ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) olmak üzere üç alt tipi olan ciddi bir koroner arter hastalığı tablosudur. Hayatı tehdit etme potansiyeli olan bu durumlar; bir tıkanıklık sonucu kalp kasına giden kan akışının azalması ya da tamamen durması ile ortaya çıkmaktadır. (1) Dünya genelinde her yıl 19 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde bu sayı yıllık yaklaşık 161 bin kişi olarak bilinmektedir. (2) Özellikle STEMIye bağlı ölümler küresel çapta yaklaşık 3 milyon kişiyi bulmaktadır. (3) Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2015–2020) raporuna göre, 15 yaş üzeri bireylerde KVH prevalansı %12,7; anjina pektoris görülme oranı %16,2 ve STEMI sıklığı %3,4'tür.(4)

Akut koroner sendrom (AKS) hem ülkemizi hem de dünyayı önemli ölçüde etkilemektedir. (5) AKS geçiren bireylerin genellikle; yanıcı, batıcı ya da sıkışma tarzda göğüs ağrısı; taşikardi, terleme, yorgunluk, baş dönmesi, dispne, mide bulantısı, anksiyete (özellikler ölüm korkusuna bağlı) ve depresyon gibi semptomlarının görüldüğü bildirilmektedir. Bu semptomlar koroner arterlerin tıkanma derecesine bağlı olarak artmakta ya da azalmaktadır (1,6) Hastalığın yönetimi ise farmakolojik uygulamalarla birlikte; eğitici müdahaleler, akupunktur ve akupresür gibi farmakolojik olmayan uygulamalarla da desteklenmektedir. Bu bağlamda hem akupunktur hem de akupresür etkili, güvenli, uygulanması kolay ve ekonomik tedavi yaklaşımları olarak ön plana çıkmaktadır. Ancak akupresür; invazif olmayan yapısı ve iğne kullanımı gerektirmemesi nedeniyle daha geniş hasta gruplarında tercih edilebilir bir yöntemdir. Vücudun belirli noktalarına sabit ve güçlü basınç uygulanması esasına dayanan bu yöntem, farmakoterapi ile birlikte kullanım açısından da daha uygundur. Akupresür, yalnızca fiziksel ağrıların hafifletilmesinde değil; psikolojik sağlığın desteklenmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında da hayati bir rol oynamaktadır. Ayrıca, hemşirelik girişimleri sınıflandırması (NIC) kapsamında, masaj ve refleksoloji gibi hemşireler tarafından doğrudan uygulanabilen girişimler arasında yer almakta ve klinik pratiğe rahatlıkla entegre edilebilmektedir.(7–10)

Literatür incelendiğinde akupresür uygulamasının; MI bireyler üzerinde olumlu etkiler sağladığı görülmektedir. Bu bağlamda; kan basıncı, kalp hızı ve solunum sayısı gibi yaşamsal belirtilerin normal sınırlara getirildiği, oksijen satürasyonunun (11,12) ve uyku kalitesinin iyileştiği (12,13,14) bildirilmektedir. Ayrıca, MI'lü bireylerde akupresürün anksiyete ve ağrıyı azalttığı da ortaya konmuştur. (15,16) NSTE MI tanısı alan bireylerle yapılan bir çalışmada, LI4

akupresür noktasına uygulanan basınçla göğüs ağrılarının değerlendirildiği ve uygulama sonrası bu ağrılarda azalma olduğu belirlenmiştir. [17] Başka bir çalışmada ise, P6 noktasına uygulanan akupresürün, miyokard infarktüslü bireylerde bulantı, kusma ve öğürme gibi semptomları azalttığı; aynı zamanda konfor düzeylerini anlamlı bir şekilde artırdığı saptanmıştır. Bu bulgular akupresürün etki mekanizması gereği AKS tanılı bireylerin semptomlarının yönetiminde tamamlayıcı bir yaklaşım olarak etkili olabileceğini göstermektedir.

Akupresür, nörotransmitter ve nörohormonların salınımını etkileyerek beyin kimyasını düzenleyen, opioid sistemleri aktive eden, elektromanyetik sinyallerin iletimini hızlandırarak ajitasyon ve mide bulantısını azaltan, dolaşımı destekleyen ve bağışıklığı güçlendiren tamamlayıcı bir uygulamadır [19] Koroner anjiyografi yapılan bireylerde LI4, HT7 ve Ekstra 1 noktalarına uygulanan akupresür; anksiyete ve ağrı düzeyini azalttığı belirtilmiştir. [15] Miyokard enfarktüslü bireylerde HT7, P6, P7, LI4 ve LV3 noktalarına yapılan uygulamalar, kan basıncı ve kalp hızını düşürmüş, oksijen satürasyonunu arttırdığı rapor edilmiştir. [11] Kardiyak kateterizasyon sırasında uygulanan akupresür, anksiyete ve sinüs taşikardisini azaltmıştır. [16] AKS tanılı bireylere uygulanan kulak akupresürü de anksiyeteyi azalttığı belirtilmiştir [20] Hipertansiyon tanılı bireylerde kan basıncı, yorgunluk, uykusuzluk ve baş ağrısını azaltmada etkili bulunmuştur. [21] LR3, HT7 ve KI3 noktalarına yapılan uygulamaların fizyolojik adaptasyonu desteklediği gösterilmiştir. [22] Akupresür ve el refleksolojisinin KAH'lı kadınlarda benzer düzeyde anksiyeteyi azalttığı belirlenmiştir. [23]

Akut koroner sendromda hemşirelik yönetimi; semptomların izlenmesi, ağrı kontrolü, oksijenasyonun sağlanması ve komplikasyonların önlenmesini kapsamaktadır. [24] Ağrı ve anksiyeteye bağlı olarak fizyolojik parametrelerde değişiklikler gözlenmektedir. [25, 26] Akupresür, bu parametrelerin iyileştirilmesine katkı sağlamakta ve hemşireler tarafından invaziv olmayan bir uygulama olarak kullanılabilmektedir. [7, 9,15,16, 20-24, 27] Türkiye'de yapılan tez çalışmalarında akupresür sıklıkla kemoterapiye bağlı bulantı, kusma ve doğum ağrısı üzerine uygulandığı görülmektedir. [7,28] Koroner anjiyografi sonrası yapılan çalışmalarda ise akupresür, ağrı ve anksiyeteyi azaltmada, yaşam bulgularını iyileştirmede etkili bulunmuştur. [15, 29] Ancak AKS tanılı bireylerde akupresürün fizyolojik parametreler ve anksiyeteye etkisini inceleyen ulusal bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uygulama kolaylığı, olumlu etkiler ve maliyet etkinliği göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışmada akupresürün AKS tanılı bireylerdeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Hipotezler

H_{1-1}: AKS tanılı bireylere uygulanan akupresürün anksiyete düzeyi üzerine etkisi vardır.

H_{1-2}: AKS tanılı bireylere uygulanan akupresürün kan basıncı üzerinde etkisi vardır.

H_{1-3}: AKS tanılı bireylere uygulanan akupresürün kalp hızı üzerinde etkisi vardır.

H_{1-4}: AKS tanılı bireylere uygulanan akupresürün solunum sayısına etkisi vardır.

H_{1-5}: AKS tanılı bireylere uygulanan akupresürün ağrı düzeyine etkisi vardır.

H_{1-6}: AKS tanılı bireylere uygulanan akupresürün kortizol düzeyine etkisi vardır.

H_{1-7}: AKS tanılı bireylere uygulanan akupresürün EKG değişikliklerine etkisi vardır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma blok randomize kontrollü deneysel tipte planlanmıştır. Çalışma protokolü SPIRIT rehber alınarak oluşturulmuştur. [30] Araştırmanın raporlanması CONSORT kontrol listesine göre yapılandırılmıştır. [31] Çalışma protokolü Clinical Trials'a 14.02.2024 tarihinde NCT06300294 numarası ile kaydedilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmanın uygulama sürecinde Manisa Şehir Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde AKS tanısı ile yatarak tedavi alan bireyler, örneklemi ise çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler oluşturmuştur. Araştırmada "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Araştırmada, AKS tanısı alan bireylere uygulanan akupresürün anksiyete, ağrı ve fizyolojik parametreler üzerindeki etkisi incelenecektir. Bu kapsamda müdahale ve kontrol grupları arasındaki fark üzerinden güç analizi gerçekleştirilmiştir. İki grup arasındaki fark, bağımsız gruplar için t-testi ile analiz edilecektir. Analizde eta kare değeri "0,01-0,06 aralığında düşük etki, 0,06-0,14 aralığında orta büyüklükte etki ve 0,14 ve üzeri büyük/yüksek etki" olarak, 2022 yılında yapılan benzer bir çalışmada raporlanan etki büyüklüğü 0.849 temel alınarak; anlamlılık düzeyi (alfa) 0.05, ve teorik güç (power) 0.90 olarak alınmıştır. [15] Bu verilere göre, çalışmada yer alması gereken minimum toplam örneklem sayısı 62 olarak hesaplanmıştır. Ancak uygulama ve değerlendirme sürecinde katılımcı kayıplarının olabileceği öngörüldüğünden dolayı minimum örneklem sayısının %10 fazlasının alınması planlanmış ve 68 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamızda dahil etme, dışlanma ve sonlanma kriterleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak açıklanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Dahil edilme, Dışlanma ve Sonlanma Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri	Sonlanma Kriterleri
• 18 yaş ve üstü olan • Türkçe konuşabilen • İlk kez AKS tanısı alan • Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmayan • Oryantasyon problemi olmayan (Glaskow Koma Skalasından 15 puan alanlar) • Psikiyatrik hastalık tanısı olmayan • Üst Ekstremitelerin herhangi birinde ampütasyon, fistül, lenf ödem, nöropati ve hemipleji olmayan • Hipertansiyon tedavisi amacı ile beta bloker tedavi alan hastalar • KAG işlemi için femoral girişim uygulanan • Son 1 ayda akupresür, akupunktur ve refleksoloji gibi basınç ve uyarıya dayalı herhangi bir integratif uygulama yapılmayan • Vital bulguları [1] normal değer aralığında olan: Kan basıncı: 90/60-120/80 mm/Hg Kalp hızı: 60-100 dk Solunum sayısı: 12-18 dk	• Aritmisi olan (AF, VT gb) • Daha önce Koroner Anjiyografi işlemi uygulanan • Miyokardit, perikardit tanısı olan • Hız kırıcı herhangi bir ilaç almayan (beloc, arlec, diltizem, verapamil vb.) • KAG işlemi için radial girişim uygulanan	• Çalışmadan ayrılmak isteyen • Çalışma süresi içerisinde, AMI sonrasında yoğun bakım takibi sırasında aritmi (AF, VT, VF gb) oluşması, bireyin ventilatör ile takip edilmesi, koroner arter bypass greft işleminin önerilmesi, bireyin tekrar miyokard enfarktüsü geçiren

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Mayıs 2024- 2025 tarihleri arasında Manisa Şehir Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (KYBÜ)'nde gerçekleştirilmiştir.

Randomizasyon

Araştırmada, çalışma gruplarının sayısal olarak dengelenmesini ve içsel geçerliliğin artırılmasını sağlamak amacıyla blok randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Blok randomizasyonda yanlılık riskini azaltmak amacıyla en az dört blok olması önerilmektedir. [32] Bu doğrultuda A ve B harflerinden oluşan, her biri 4 katılımcı içeren 6 farklı blok kombinasyonu oluşturulmuştur. Rastgele blok sıralaması, R programlama dili kullanılarak sample(1:6, 17, replace=TRUE) komutu ile 17 blokluk bir dizi şeklinde oluşturulmuştur. Hazırlanan bu blok sıralaması, çalışmanın körlük ilkesini korumak amacıyla, araştırma ekibi dışında bir kişiye e-posta yoluyla iletilmiştir. Randomizasyon işlemi araştırmacıya körlenmiştir. Araştırmacı tarafından, örneklem büyüklüğü olan 68 birey için 68 adet zarf hazırlanmış, bilgisayar ortamında eşit sayıda A (34) ve B (34) harfleri oluşturularak, randomizasyon listesi

ile birlikte daha önce görevlendirilen kişiye teslim edilmiştir. A ve B harflerinin hangi grubu (müdahale ya da kontrol) temsil edeceği araştırmacı dışında bir kişi tarafından yazı tura yöntemi ile belirlenmiştir. Her bir harf, randomizasyona sırasına uygun şekilde göre kapalı zarflara yerleştirilmiştir. Araştırmacı, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere ilk değerlendirmeyi yaptıktan sonra zarfı açarak katılımcının hangi grupta (müdahale ya da kontrol) yer alacağını öğrenmiştir.

Körleme

Çalışma protokolü SPIRIT rehber alınarak oluşturulmuştur [30] ve araştırmanın raporlanması CONSORT kontrol listesine göre yapılandırılmıştır. [31] Bu araştırmada seçim yanlılığını önlemek için, katılımcılar müdahale ve kontrol grubuna blok randomizasyon yöntemiyle rastgele atanmıştır. Blok randomizasyonun kullanılması, gruplar arası dengeyi korurken, çalışmanın erken aşamalarında grup bilgisinin öngörülmesini engellemiştir. Bu bağlamda, araştırma yürütücüsü ile çalışmaya katılan bireyler, ilk veri toplama süreci boyunca hangi gruba atandıklarını bilmeyecek şekilde körlenmiştir. Yoğun bakımın fiziki yapısından dolayı müdahale grubundaki bireylere uygulanan akupresür işlemi, aynı ünitede bulunan diğer hastalar tarafından görülmemiş ve işitilmemiştir. Ayrıca, veri analizi sürecinde nesnelliği korumak amacıyla, verileri analiz edecek kişi grup atamalarından haberdar edilmeyecektir. Tüm veriler, analiz programına "Grup 1" ve "Grup 2" şeklinde kodlanarak girilecek ve böylelikle bilgiye dayalı önyargıların önüne geçilecektir.

Çalışmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri; katılımcıların fizyolojik parametreleri (kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, ağrı, kortizol düzeyi ve Elektrokardiyografi (EKG)), anksiyete puanıdır. Primer bağımlı değişkenler ise kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı ve kortizol düzeyi olarak belirlenmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkeni akupresür uygulamasıdır.

Kontrol Değişkenleri*:* Araştırmanın kontrol değişkenleri; katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu ve AKS çeşididir.

Veri Toplama Araçları

Katılımcı Tanıtım Formu*:* Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan sosyodemografik özelliklere ilişkin sorulardan *(yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, kim/lerle yaşadığı, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı vb.)* ve AKS çeşidinin sorgulandığı sorulardan oluşmaktadır. [25,37]

Sayısal Anksiyete Ölçeği: Bu araştırmada katılımcıların anksiyete düzeyini değerlendirmek amacıyla Sayısal Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, 0 ile 10 arasında derecelendirilmiş bir çizelgeden oluşmaktadır. Başlangıç noktası "0", bireyin hiç anksiyete hissetmediği durumu; bitiş noktası "10" ise en şiddetli anksiyete durumunu temsil etmektedir. Katılımcılardan, içinde bulundukları ruh hâlini en iyi yansıtan sayıyı seçmeleri istenmiştir. [33] Katılımcılar anksiyete düzeylerini kendileri işaretlemiştir. Bu ölçek, uygulama kolaylığı ve subjektif deneyimin sayısal olarak ifade edilebilmesi açısından tercih edilmiştir.

Fizyolojik Parametreler Formu: Çalışmamızda fizyolojik paramerteler olarak kalp atım ve solunum hızı, kan basıncı, kortizol düzeyi ve ağrı değerlendirilmiştir. Kalp atım ve solunum hızı, kan basıncı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde tüm hasta başında aynı kullanılan Nihon Kohden marka monitörler aracılığıyla, sürekli izlem altında olan hastaların monitör kayıtlarından elde edilmiştir. Ağrı düzeyi, araştırmacı tarafından doğrudan yöneltilen sorular aracılığıyla öz bildirim yöntemiyle değerlendirilmiştir. Kortizol düzeyi ise venöz kan örneği alınarak belirlenmiştir. Kortizol düzeyinin en yüksek olduğu sabah saatleri, biyolojik pik zamanlarıdır. Bu nedenle, kortizol ölçümleri, her gün gün doğumu saatine göre belirlenen zaman diliminde, uzman görüşü de alınarak planlanmış ve bu saatlerde alınan kan örnekleri ile gerçekleştirilmiştir. [34] Ayrıca, katılımcılardan elde edilen elektrokardiyografi (EKG) verileri, EKG çekimi sonrasında araştırmacı ve hekim iş birliği ile birlikte değerlendirilmiştir.

Görsel (Visual) Analog Skala (VAS): Bu çalışmada katılımcıların ağrı düzeyinin değerlendirilmesinde Görsel (Visual) Analog Skala (VAS) kullanılmıştır. VAS, bireyin algıladığı ağrı şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, her iki ucunda farklı şiddet düzeylerini temsil eden açıklamaların yer aldığı düz bir çizgiden oluşmaktadır. Bu çizginin bir ucu "hiç ağrı yok", diğer ucu ise "olabilecek en şiddetli ağrı" olarak tanımlanmakta olup, bireyden bu iki uç arasında kendi hissettiği ağrı noktasını işaretlemesi istenmektedir. Katılımcılar form üzerinde ağrı düzeylerini işaretlemiştir. Bu araştırmada VAS'ın yatay formu tercih edilerek kullanılmıştır. Araç, kolay uygulanabilirliği, hızlı sonuç vermesi ve bireysel algının sayısal veriye dönüştürülmesine imkân tanıması açısından etkili bir değerlendirme yöntemidir.

Ön Uygulama

Araştırmada kullanılacak olan veri toplama formunun geçerliliğini artırmak, ölçeklerin uygulanabilirliğini değerlendirmek ve akupresür uygulamasında kullanılacak basınç süresi ile miktarını netleştirmek amacıyla, ön uygulama yapılmıştır. Bu kapsamda, AKS tanısı alarak Manisa Şehir Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan ve araştırma dahil edilme kriterlerini karşılayan 6 katılımcı belirlenmiştir. Bu bireylerin 3'ü müdahale grubuna, 3'ü kontrol grubuna alınarak pilot düzeyde bir uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama

neticesinde, veri toplama araçlarında gözlenen eksiklikler ve uygulanabilirlik sorunları değerlendirilmiş; gerekli düzenlemeler yapılarak form ve yöntemlerin son hali oluşturulmuştur. Etik ilkeler doğrultusunda, ön uygulamaya katılan bireyler esas araştırma örneklemi dışında tutulmuştur.

Veri Toplanma Araçlarının Uygulanması ve Araştırma Prosedürü:

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; kardiyovasküler hastalık tanısı almış bireylerde ağrı ve anksiyete düzeyinin azaltılması, vital bulguların normal değerlerde olması ve uyku kalitesinin arttırılması amacıyla akupresür yönteminin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu kapsamda sıklıkla tercih edilen akupresür noktaları arasında PC6 (Nei Guan), PC7 (Da Ling), HT7 (Shen Men), LI4 (He Gu) ve SP6 (San Yin Jiao) noktaları öne çıkmaktadır. Literatürdeki çalışmalarda, akupresürün etkilerini değerlendirmek üzere vital bulgular, anksiyete ve ağrı düzeylerine ilişkin ölçümlerin farklı zaman dilimlerinde yapıldığı dikkati çekmektedir. [36,37,38,] Bu çeşitlilik göz önünde bulundurularak, mevcut çalışmanın zamanlaması ve uygulama planı, yalnızca literatür verileriyle değil; aynı zamanda alanında deneyimli uzmanların görüşleriyle de desteklenerek belirlenmiştir. Bu doğrultuda, araştırmanın uygulama süreci aşağıda ayrıntılı biçimde yapılandırılmıştır.

Müdahale Grubu Uygulama Süreci: Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde AKS tanısı ile takip edilen ve araştırmaya katılım için belirlenen dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler müdahale grubuna alınmıştır. Uygulama süreci dört izlem zamanında gerçekleştirilmiştir.

- ***Birinci izlem (Yatışın ilk 0-30 dakikası):*** Katılımcılara yatışlarının ilk 0–30 dakikası içinde hastane protokolü doğrultusunda rutin bakım ve tedavi uygulanmıştır. Aynı zamanda bireylerin ilk değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu kapsamda; katılımcı tanıtım formu, fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği uygulanmıştır.
- ***İkinci izlem (KAG işleminden 6 saat sonra):*** Koroner anjiyografi işlemi tamamlandıktan sonra, vital bulguları normal aralıkta olan bireylere ilk akupresür uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama öncesi ve uygulamadan 10 dakika sonra, ikinci değerlendirme yapılmıştır. Bu aşamada ikinci izlem olarak fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği uygulanmıştır.
- ***Üçüncü izlem (KAG işleminden 12 saat sonra):*** Koroner anjiyografi işleminden yaklaşık 12 saat sonra bireylere ikinci akupresür uygulaması yapılmıştır. Aynı şekilde, akupresür uygulaması öncesi ve uygulamadan 10 dakika sonra üçüncü izlem olarak fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği uygulanmıştır.

- ***Dördüncü izlem (Kortizol ölçümü):*** Kortizol düzeyinin belirlenmesi amacıyla, sabah saat 08.00'de dördüncü izlem gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada fizyolokik parametreler yeniden değerlendirilmiştir. Fizyolojik parametreler değerlendirilecek ve kortizol düzeyini belirlemek üzere venöz kan örneği alınmıştır.

Akupresür Uygulama Prosedürü:

Akupresür uygulamasının etkili ve güvenli bir biçimde gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla uygulama ortamı dikkatle düzenlenmiştir. Uygulamanın gerçekleştirileceği alanın sıcaklığı 22–26 °C aralığında tutularak, ortamın hastanın konforunu sağlayacak biçimde ferah, sessiz ve huzurlu olması sağlanmıştır. Bununla birlikte uygulamalar ziyaret saatleri dışında gerçekleştirilmiştir. Bu şartlar, hem bireyin rahatlamasını kolaylaştırmakta hem de fizyolojik ve psikolojik değişkenlerin standartlaştırılmasına katkı sağlamaktadır. Böylelikle uygulamanın etkilerine dair içsel geçerlilik güçlendirilmeye çalışılmıştır.

Uygulama Pozisyonu*:* Akupresür uygulamasının güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi için en uygun yatış supine yatış pozisyonu olup, supine pozisyonunda yatamayan bireyler için alternatif olarak yan yatış pozisyonu tercih edilmiştir.

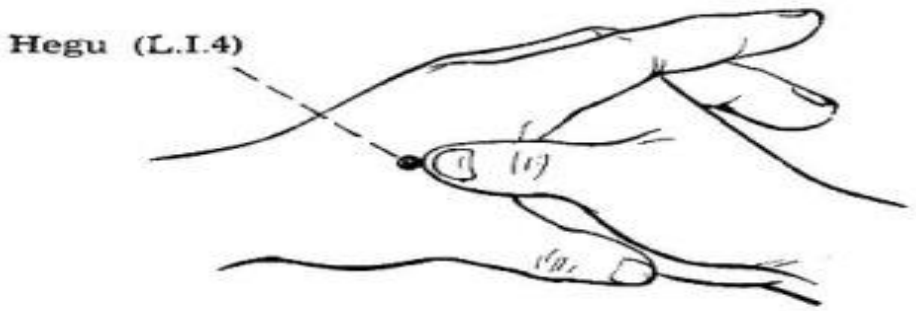
Uygulama Adımları: Uygulama süreci, literatür bilgisi ve uzman görüşü doğrultusunda yapılandırılmış olup, standart bir protokol hâline getirilmiştir. Akupresür uygulamasını gerçekleştirecek araştırmacıların akupresür sertifikaları bulunmaktadır. Uygulama adımları aşağıda sıralanmıştır:

- Bası uygulamasında genellikle baş veya orta parmak kullanılmıştır.
- Bası noktalarına belli bir sıra dahilinde uygulama yapılmıştır.
- Bası uygulanmadan önce el yıkanarak hijyeni sağlanmış ve ellerin soğuk olmamasına özen gösterilmiştir.
- Uygun görülen bası şiddeti ve süresine özen gösterilmiş, bireyin rahatsızlığı, hoşnutsuzluğu, beklenmeyen şiddetli ağrı vb. bir duruma karşı uygulamaya ara verilmiştir.
- Akupresür uygulaması sırasında, bireylerin ağrı eşiği ve doku duyarlılığı kişiden kişiye farklılık gösterebileceğinden, uygulanan basınç ve sertlik düzeyi, her bireyin kişisel toleransına göre yapılmıştır.
- İşlem süresince hasta ile iletişim sürdürülmüştür. [9, 11, 12]

Uygulama Noktaları*:* Bu araştırmada, akupresür uygulamaları üst ekstremitede yer alan toplam üç akupunktur noktasına (her iki kolda simetrik olmak üzere altı noktaya)

uygulanacaktır. Seçilen noktalar, literatür doğrultusunda kalp, kalın bağırsak ve perikard meridyenlerine ait olup, ilgili sistemlerin anksiyete, ağrı ve fizyolojik regülasyon üzerindeki etkileri nedeniyle tercih edilmiştir. Bu noktalar hakkında ayrıntılı bilgiler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır. (36,37,38,)

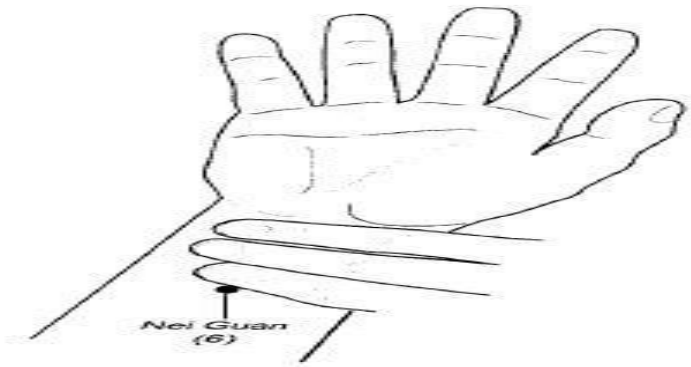
Kalın Bağırsak Meridyeni 4. nokta (Hegu/LI4)



Lokasyon: LI4 noktası, başparmak ve işaret parmağı arasında yer alan etli bölgede, elin dorsumunda, birinci (1.) ve ikinci (2.) metakarpal kemikler arasında bulunur. Nokta, 2. metakarpal kemiğin radial (başparmak tarafı) yüzeyinde, kemiğin yaklaşık orta hattına denk gelecek şekilde lokalizedir.

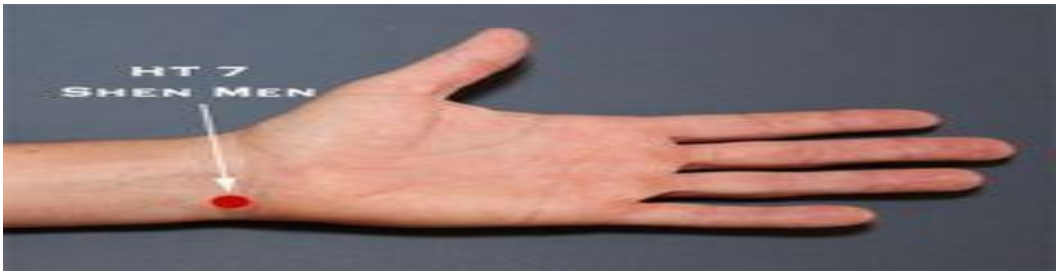
Uygulama Tekniği*: N*okta başparmak ve orta parmak arasında kıstırılarak 1,5 dakika boyunca dairesel ve ritmik bası uygulanır. Sağ ve sol el olmak üzere her iki noktaya ayrı ayrı uygulama yapılmaktadır.

Perikard Meridyeni 6. nokta (Neiguan/PC 6):



***Lokasyon*:** PC6 noktası, perikard meridyeni üzerinde, önkolun iç yüzeyinde, bilek kıvrımının yaklaşık 2 cun (yaklaşık üç parmak genişliği) proksimalinde, yani yukarısında yer alır.

Uygulama Tekniği: Noktaya başparmak/orta parmak ile 1,5 dakika boyunca dairesel veya meridyen boyunca basılar yapılır. Sağ ve sol el olmak üzere her iki noktaya ayrı ayrı uygulama yapılmaktadır.



➢ **HT7 - Shen Men (Kalp Meridyeni 7. Nokta)**

Lokasyon: HT7 noktası, el bileğinin enine kıvrım çizgisi üzerinde, pisiform kemik ile ulna kemiği arasında yer alan küçük anatomik çukurda bulunur.

Uygulama Tekniği*:* Noktaya başparmak/orta parmak/işaret parmağı ile 1,5 dakika boyunca dairesel veya meridyen boyunca basılar yapılır. Sağ ve sol el olmak üzere her iki noktaya ayrı ayrı uygulama yapılmaktadır.

Uygulama Süresi: Bu çalışmada belirlenen üç akupresür noktası (PC6, HT7 ve LI4), her iki üst ekstremitede simetrik olarak uygulanacağından toplamda altı farklı noktaya bası uygulanmıştır. Her bir noktanın hazırlık ve uygulama süresi göz önünde bulundurulduğunda, bir katılımcıya yönelik tek bir seansın toplam süresi yaklaşık 9 ila 12 dakika arasında değişmiştir. Her bir birey için belirlenen 18-20 dakikalık seans uygulama süresinin içeriği şu şekildedir:

- 2-3 dakika hastaya yaklaşım ve uygun pozisyon verilmesinin ardından belirtilen notaların her birinin alanına 15 saniyelik (15 x 6=90 sn= 1,5 dk) hazırlığın üzerine *(nokta alanı üzerinde ısıtıcı, gevşetici ve hazırlayıcı nitelikte gerginlik ve doku hassatiyetini azaltmak için yaklaşık 15 saniyelik hafif ovma yapılır)* her noktaya **1.5'er** dakikalık (1,5x6=9 dk.) akupresür uygulaması yapılmıştır.

Kontrol grubu: Koroner yoğun bakımda AKS tanısı ile takip edilen ve araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere yönelik uygulama süreci dört ayrı izlemde yürütülmüştür. Her bir izlemde katılımcılardan belirlenen veri toplama araçları aracılığıyla ölçümler yapılmış ve aşağıda belirtilen sırayla uygulanmıştır:

- **Birinci izlem (Yatışın ilk 0-30 dakikası):** Katılımcıların ünitede yatış işlemlerinin ardından ilk 30 dakika içerisinde rutin bakım ve tedavileri (yatış evraklarının doldurulması, vital bulguların ölçülmesi, EKG çekimi, KAG işlemine hazırlık, order edilen ilaçların uygulanmasıi) yapılmıştır. Aynı zamanda bu izlemde; katılımcı tanıtım formu, fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği ile ilk değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir.

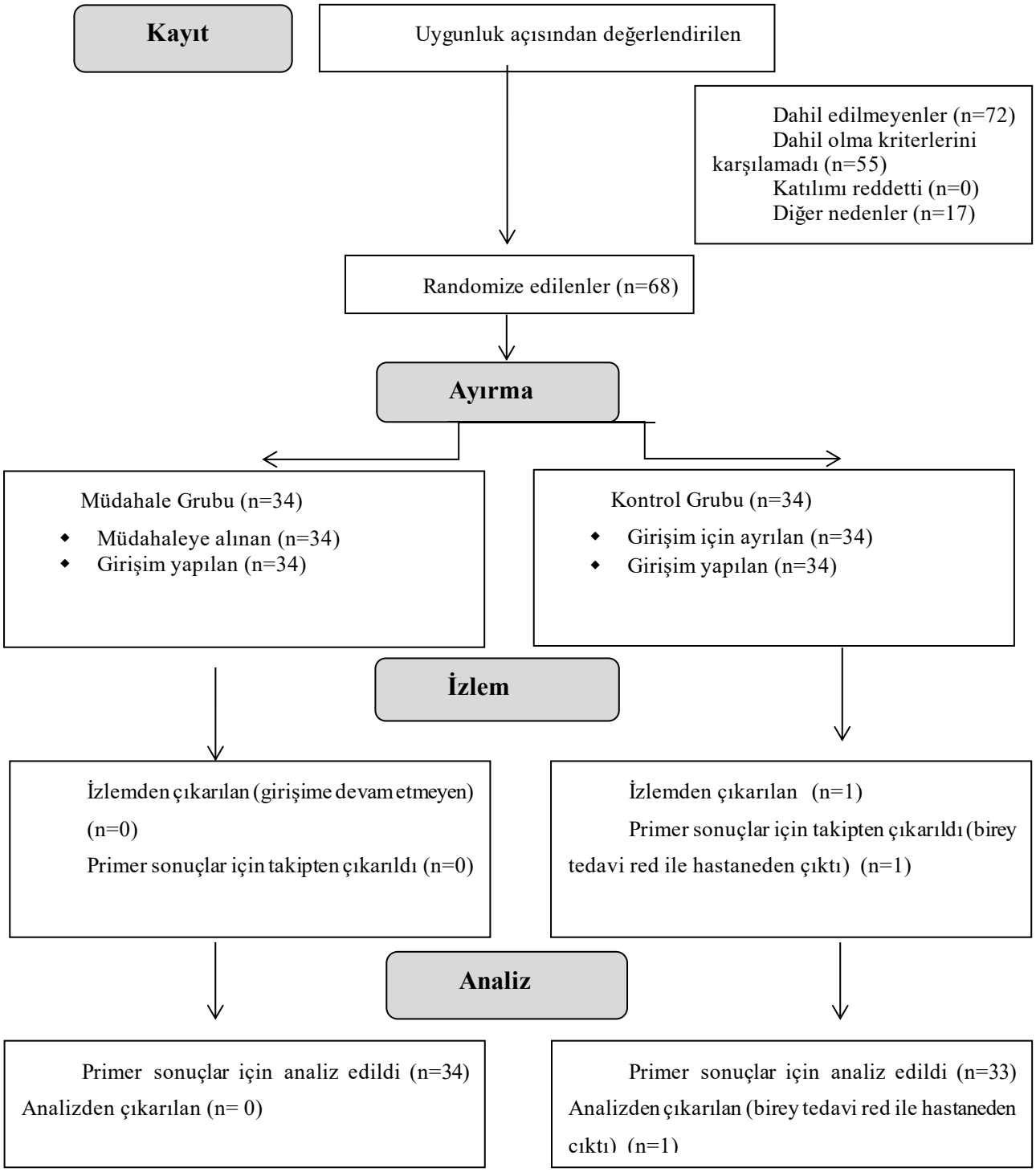
- **İkinci izlem (KAG işleminden 6 saat sonra):** Koroner anjiografi işlemi tamamlandıktan sonra, vital bulguları normal aralıkta olan bireylere ikinci izlem yapılmıştır. Bu aşamada tekrar fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği ile değerlendirme yapılmıştır.
- **Üçüncü izlem (KAG işleminden 12 saat sonra):** Koroner anjiografi işleminden 12 saat sonra üçüncü izlem gerçekleştirilmiştir. Bu izlemde de fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği ile değerlendirme yapılmıştır.
- **Dördüncü izlem (Kortizol ölçümü):** Kortizol düzeyini belirlemek amacıyla sabah saat 08.00'de gerçekleştirilmiştir. Bu izlemde de fizyolojik parametreler formu ve sayısal anksiyete ölçeği ile değerlendirme yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde JAMOVİ 2.3.28 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımı basıklık ve çarpıklık ±2 değerleri, Kolmogrov Smirnov p değeri ve Q-Q plot grafisi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma raporlanırken, gruplardaki kategorik değişkenlerinin karşılaştırılması için ki-kare testi, Fisher kesin ki kare testi, Freeman-Halton Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare testi ve sürekli verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar T testi kullanılmıştır. Grup zaman etkileşiminin değerlendirilmesinde Karma Anovadan, 2 grubunun kendi içerisinde değişiminin değerlendirilmesinde Tekrarlayan Ölçümler Anova testinden yararlanılmıştır. Küresellik varsayımında Mauchly's anlamlılık değerinin 0.05'ten büyük olması şartı aranmıştır. Küresellik varsayımının sağlanmadığı durumlarda Greenhouse-Geisser test sonucuna göre yorum yapılmıştır. ANOVA sonuçları için elde edilen kısmi eta kare değeri "0,01-0,06 aralığında düşük etki, 0,06-0,14 aralığında orta büyüklükte etki ve 0,14 ve üzeri büyük/yüksek etki" olarak yorumlanmıştır (Cohen 1988). [39] Verilerin normal dağılmadığı durumlarda Friedman Testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun kortizol seviyelerinin karşılaştırılmasında Students T testten yararlanılmıştır. Analizde istatistik anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni (Tarih: 2023, Sayı:395.) ve kurum izni alınmıştır. Çalışmada yer alan katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi sırasında Helsinki İnsan Hakları Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur. Tüm izinler alındıktan sonra veri toplama sürecine başlamadan önce Clinical Trial Numarası (NCT06300294) alınmıştır.



Şekil 1. CONSORT 2025 Akış Diyagramı

Bulgular

Bu bir çalışma protokolü olup, çalışma bir yıllık bir süreyi kapsamaktadır ve henüz tamamlanmamış ve sonuçlar analiz edilmemiştir. Araştırma verileri analiz edildiğinde bulgular açıklanacaktır.

Tartışma

Akut koroner sendrom bireylerde hem fizyolojik dengenin bozulmasına hem de yüksek düzeyde psikolojik stres ve anksiyete yaşanmasına neden olabilen bir kardiyovasküler tablodur. [(1)] Literatürde, AKS tanılı bireylerde hastane sürecinin özellikle yoğun bakım ortamında geçen dönemlerinde anksiyete düzeylerinin yüksek seyrettiği ve bu durumun vital bulgular üzerinde olumsuz etkiler yaratabildiği belirtilmektedir. [(40)] Akupresürün etki mekanizması sayesinde AKS tanılı bireylerin semptom yönetiminde etkili olduğu dikkat çekmektedir. [(11, 21,22, 23,)] Bu olumlu etkiler; akupresürün nörotransmitter ve nörohormonların salınımını etkileyerek beyin kimyasını değiştirmesi, ağrı üzerinde etkili olan opioid sistemlerini aktive etmesi, endorfin ve monoaminlerin akışını aktive edebilen elektromanyetik sinyallerin iletimini hızlandırıp buna bağlı olarak ajitasyon ve mide bulantısı düzeylerini azaltması, kan damarlarında vazodilatasyon yapması, kandaki eritrosit ve lökosit seviyesini arttırarak bağışıklığı güçlendirmesi ile ilişkilendirilmektedir. [(19)] Bu doğrultuda, bu çalışmada planlanan akupresür girişimi ile AKS tanılı bireylerde anksiyete düzeyini azaltmak ve fizyolojik parametreleri iyileştirmek amaçlanarak, non-farmakolojik hemşirelik yaklaşımlarının klinik etkinliğini değerlendirmeye yönelik kanıt üretmek hedeflenmektedir. Ayrıca bu çalışma ile hemşirelik girişimlerinde kanıta dayalı uygulamalara yönelik literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Literatür incelendiğinde; koroner arter hastalığına sahip bireylere uygulanan akupresür uygulamasının bireylerin anksiyete düzeyini azalttığı, vital bulgularında iyileşme sağladığı ve semptom yönetiminde etkili olduğu görülmüştür. [(11,12,15,17,18)] HT tanısı olan bireylere uygulanan akupresürün etkisini inceleyen bir sistematik derleme çalışmasında; taichong akupresür noktasına (LR3) 3 dakika boyunca uygulanan akupuresürün, kan basıncını yeterince düşürdüğü, Shenmen (HT7) ve Taixi (KI3) noktalarına günde 40 dakika boyunca 4 haftaya kadar uygulanan akupresürün; vücudun fizyolojik adaptasyonuna arttırarak, kan basıncının düşmesine neden olduğu belirtilmiştir. [(22)] Yapılan başka bir çalışmada müdahale grubuna 3 gün boyunca günde 2 kez akupresür uygulaması yapılmış olup; kontrol grubuna oranla sistolik kan basıncı anlamlı derecede düşük bulunmuştur. [(11)] Bir çalışmada akupresür uygulanarak KAG sonrası ağrı ve hemodinamik parametreler değerlendirilmiştir. Ağrı düzeyinde anlamlı azalma olmuştur. [(29)] Yapılan başka bir çalışmada da kardiyak kateterizasyon altında bireylere akupresür uygulanmış ve anksiyete ile sinüs taşikardisinde azalma olduğu belirlenmiştir. [(16)]

Literatür incelendiğinde, akupresür uygulamalarının kan basıncı, kalp hızı, ağrı ve anksiyete düzeyleri üzerinde etkili bir tamamlayıcı ve destekleyici bir uygulama olarak değerlendirildiği pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Ancak yapılan kapsamlı taramalara rağmen, akupresürün doğrudan Akut Koroner Sendrom tanılı bireyler üzerinde uygulandığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle, mevcut çalışma hem klinik uygulamalara yön verecek özgün veriler sunması hem de akupresürün AKS hastalarında etkisini inceleyen ilk araştırmalardan biri olması açısından literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Elde edilecek bulguların, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaların, tamamlayıcı ve destekleyici sağlık yaklaşımlarına katkı sunacağı düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmanın yürütüldüğü Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne Akut Koroner Sendrom tanısı ile başvuran bireyler, hastalığın doğası gereği günün farklı saatlerinde kliniğe kabul edilmektedir. Bu durum, çalışmada planlanan kortizol düzeyi ölçümünü sınırlayıcı bir etken olarak ortaya çıkarmıştır. Kortizol salınımı sirkadiyen ritme bağlı olduğundan ve sabah saatlerinde pik yaptığı bilindiğinden, çalışmada kortizol düzeyleri yalnızca birinci 24 saatini tamamlamış bireylerde ve sabah saat 08.00'de ölçülmüştür. Ancak bazı hastaların kliniğe kabul saatlerinin bu ölçüm zamanından sonra gerçekleşmesi nedeniyle, akupresür uygulaması öncesine ait kortizol düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilememesi çalışmanın önemli sınırlılıklarından biridir. Bu durum, kortizol değişimlerinin zamana bağlı hassasiyetini doğrudan yansıtmayı zorlaştırmakta; ancak yine de uygulama sonrası elde edilen ölçümler, müdahalenin potansiyel fizyolojik etkilerine dair önemli ipuçları sunmaktadır.

Sonuç

Çalışma sonucunda AKS tanılı bireylerin anksiyete düzeylerinde azalma, fizyolojik parametrelerinde iyileşme olması beklenmektedir.

Bu çalışmada, AKS tanısı almış bireylere uygulanan akupresür uygulamasının, fizyolojik parametrelerde (kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı gibi) iyileşme göstermesi ve anksiyete düzeylerinde anlamlı bir azalma sağlaması beklenmektedir. Bu doğrultuda, akupresürün tamamlayıcı ve destekleyici bir müdahale olarak AKS tanılı bireylerin hem psikolojik hem de fizyolojik iyilik hâlini destekleyeceği, sağlık profesyonellerine ve araştırmacılara klinik uygulamalar ve ileri araştırmalar için rehberlik edeceği öngörülmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: A-A, S-C-Ç, Veri toplama: A-A, Literatür araştırması: A-A, Makale yazımı: A-A, S-C-Ç

Kaynaklar

1. Acute Coronary Syndrome. Cleveland Clinic.org. Access: 05.05.2025. Available from: https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22910-acute-coronary-syndrome
2. Ölüm Nedeni İstatistikleri. TÜİK. Erişim:06.05.2025. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626
3. Heart Disease and Stroke Statistics—2025 Update: A Report from the American Heart Association. Access: 10.05.2025 Available from: https://www.google.com/search?q=2025+Heart+Disease+and+Stroke+Statistics+Update+Fact+Sheet+At-Glance&oq=2025+Heart+Disease+and+Stroke+Statistics+Update+Fact+Sheet+At-a-Glance&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyCwgAEEUYExg5GIAE0gEHODM4ajBqN6gCCLACAfEFMjOxlMM-tejxBTIzsZTDPrXo&sourceid=chrome&ie=UTF-8
4. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı: 2015-2020
5. Acute Coronary Syndrome. Mayoclinic.org. Access: 10.04.2025 Available from: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/acute-coronary-syndrome/symptoms-causes/syc-20352136
6. Li Z, Ji F, Song J, Gao X, Jiang J, Chen G, Chen S, et al. Anxiety and Clinical Outcomes of Patients with Acute Coronary Syndrome: A Meta-Analysis. BMJ Open. 2020;10:e034135. doi:10.1136/bmjopen-2019-034135
7. İster E, Karaca T. Türkiye'de Akupresür Uygulanarak Yapılan Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi. SAUHSD. 2019; 2(1):22-31. https://dergipark.org.tr/tr/pub/sauhsd/issue/45374/510752
8. Yılmaz D. Akut İnmeli Hastalarda Akupresürün Fizyolojik Parametreler, Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma [Doktora tezi]. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021
9. Mehta P, Dhapte V, Kadam S, Dhapte V. Contemporary Acupressure Therapy: Adroit Cure for Painless Recovery of Therapeutic Ailments. Journal of Traditional and Complementary Medicine, 2017; 7. 251-263. http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcme.2016.06.004
10. Çakmak S, Nural N. Complementary and Alternative Medicine Applications in Chronic Diseases. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs Special Topics. 2017;3(2): 57- 64. https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-kronik-hastaliklarda-tamamlayici-ve-alternatif-tedavi-uygulamalari-79271.html
11. Batvani M, Yousefi H, Valiani M, Shahabi J, Mardanparvar H. The Effect of Acupressure on Physiological Parameters of Myocardial Infarction Patients: A Randomized Clinical Trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018; 2.3. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_83_16
12. Viyatno E, Pujiastuti E, Suheri T, Saha D. Effect of Accupressure on Quality of Sleep and Pulse Rate in Patients with Acute Myocardial Infarction. Belitung Nursing Journal. 2017; August;3(4):360-369. https://doi.org/10.33546/bnj.162
13. Nesami M, Gorji M, Rezaie S, Pouresmail Z, Chorati J. The Effect of Acupressure on The Quality of Sleep in Patients with Acute Coronary Syndrome in CCU. Iran J Crit Care Nurs. 2014; 7(1):7-14. http://jccnursing.com/article-1-272-en.html
14. Tolba A, Mohammed W, Mohammed M, Mehany M, Galael A. Effect of Acupressure on Sleep Quality Among Patients with Acute Coronary Syndrome at Assiut University

Heart Hospital. Assiut Scientific Nursing Journal. 2018; Vol, (6) No, (13) April. https://asnj.journals.ekb.eg/article_58905.html

15. İster E, Altınbaş Y. The Effect of Acupressure on Anxiety and Pain Among Patients Undergoing Coronary Angiography. Holist Nurs Pract. 2022; 36(6):E57–E63. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000553

16. Mansoorzadeh KH, Afazel M, Taghadosi M, Gilasi H. The Effect of Acupressure on Anxiety and Dysrhythmia in Patients Undergoing Cardiac Catheterization. Life Science Journal.2014; 11(1s).

17. Hasnawati A, Maliya A, Anjarwani S. Effect of Acupressure Therapy to Reduce Chest Pain in NSTEMI Patients. Open Access Journal of Science and Technology. 2023; 08(02), 017–021. https://doi.org/10.53022/oarjst.2023.8.2.0042

18. Afshar S, Khatiban M, Safdari A, Khalili Z, Soltanian A, Hashami M et al. The Impact of Using P6 Acupressure on The Nausea, Vomiting, and Comfort of Myocardial Infarction Patients: A Randomized, Single-blind, Placebo Controlled Clinical Trial. Contemporary Clinical Trials Communications. 2023; 101-238. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101238

19. Hakverdioğlu G, Türk G. Acupressure. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;43–47. https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7848/103323

20. Kong X, Li J. Effect of Auricular Acupressure Nursing on Anxiety in Patients with Acute Coronary Syndrome. Psychosomatic Medicine Research. 2022; 4(4):22. https://doi.org/10.53388/psmr202222

21. Atan G, Yılmaz Karabulutlu E. Effects of Acupressure Application on Blood Pressure and DiseaseRelated Symptoms in Individuals with Hypertension: An Experimental Study. Van Sağlık. Bilimleri. Dergisi. 2025; 18(1):55-64. https://doi.org/10.52976/vansaglik.1614781

22. Restewan G, Sjattar E, Irwan A. Effectiveness of Acupressure Therapy in Lowering Blood Pressure in Patients with Hypertension: A Systematic Review. 2023; 21: 101292 https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101292

23. Vasokolei Z, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrisi S, Saatchi K, Poshtchaman Z, et al. Comparison of the Effects of Hand Reflexology Versus Acupressure on Anxiety and Vital Signs in Female Patients with Coronary Artery Diseases. Healthcare.2019; 7, 26. https://doi.org/10.3390/healthcare7010026

24. Türen S, Efil S. Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2014;18(2). https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/26492/278790

25. Bal S. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Akupresürün Ağrı, Anksiyete ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi [Doktora tezi]. Mersin: Mersin üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2022

26. Dziurkowska E, Wesolowski M. Cortisol as a Biomarker of Mental Disorder Severity. J. Clin. Med.2021; 10, 5204. https://doi.org/10.3390/jcm10215204

27. Pimentel R, Duque A, Moreira B, Rodrigues Junior F, Acupuncture for the Treatment of Cardiovascular Diseases: A Systematic Review. Journal of Acupuncture and Meridian studies. 2019; 43-51. https://doi.org/10.1016/j.jams.2018.07.005

28. Durmuş İskender M, Eren H. Türkiye'de Ağrıya Yönelik Akupresur Uygulaması ile İlgili Yapılmış Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi. J Tradit Complem Med.2020; 3(1):40-6. DOI: 10.5336/jtracom.2020-73529

29. Düzel B, Çam Yanık T, Kanat C, Altun Uğraş G. The Effect of Acupressure on Pain Level and Hemodynamic Parameters After Coronary Angiography: A Randomized Controlled Study.2023; DOI 10.3389/fcvm.2023.1173363

30. SPIRIT 2025 Checklist of Items to Adress in A Randomized Trial Protocol.Consort-spirit.org. Access: 26.06.2025. Available From: https://www.consort-spirit.org/
31. Hopewell S, Chan A. W, Collins G, Hróbjartsson A, Moher D, Schulz K et al. CONSORT 2025 Statement: Updated Guideline for Reporting Randomised Trials. Lancet. 2025;405: 1633–40. doi: 10.1371/journal.pmed.1004587.
32. Lim C, In J. Randomization in Clinical Studies. Korean J Anesthesiol. 2019; June 72(3): 221-232. https://doi.org/10.4097/kja.19049
33. Aygın D, Şen S. A Randomized Trial of Acupressure on Pain Management After Cardiac Surgery. Int J Clin Exp Med.2019; 12(2):1731-1738. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.03.014
34. Thau L, Gandhi J, Sharma S. Physiology, Cortisol. 2022; Access: 10.04.2025 Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538239/.
35. Ljubijankić N, popovic-javarovic R, Sceta S, Sapcanin A, Tahirovic İ, Sofic E. Daily Fluctuation of Cortisol in The Saliva and Serum of Healthy Persons. Bosnıan Journal of Basıc Medıcal Scıences. 2008;8 (2): 110-115. https://doi.org/10.17305/bjbms.2008.2962
36. Ayçeman, N. Akupresur – Shiatsu. Kurs Notları,2018; S: 1-24
37. Cowmeadow O, Shiatsu, A Praktical Introduction. Element Books, UK. 2002; S:149-156
38. Ohashi W**,** Do-it Yourself Shiatsu. Penguin Compass, New York. 2001; S:23-48
39. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2 Ed. Hillsdale. NJ: Erlbaum. 1988
40. Allah E, Ali Ş, Abdel-Aziz H. Anxıety and Its Assocıated Factors Among Older Patients Undegoing Coronary Angiography and Percutaneous Coronary Interventıon. J. Egypt. Soc. Prasitol. (JESP). 2020; 50(2), ss. 333 – 343. https://jesp.journals.ekb.eg/article_113055.html