

N Jaren

HEMŞİRELİK AKADEMİK ARAŞTIRMA DERGİSİ
JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH IN NURSING

nursing

Nisan April 2021

Cilt Volume 7

Sayı Issue 1

ISSN 2149-4983
e-ISSN 2149-9306

S.B.Ü. GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NİN YILDA ÜÇ KEZ YAYINLANAN ÜCRETSİZ DERGİSİDİR.
A TRIANNUAL FREE-OF-CHARGE PERIODICAL PUBLISHED BY S.B.U. GAZİOSMANPASA TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL



www.jarengteah.org

İmtiyaz Sahibi / Owner

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi adına
Doç. Dr. Hakan BAŞAR

Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Seda GEYLANİ GÜLEÇ
SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Editörler / Editors

Dr. Çağlar ŞİMŞEK
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hasta Hakları Birimi, İstanbul, Türkiye

Uzm. Hem. Ebru AĞIN

SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye

Uzm. Hem. Hatice ORMAN

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, İstanbul, Türkiye

Sevda MADEN

SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye

Sevgi DEMİRAY

SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye

Yayının Türü / Publication Type

Yaygın Süreli Yayın

Yayıncı / Publisher

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yayıncı Adres / Publisher Address

Karayolları Mahallesi, Osmanbey Caddesi,
621 Sokak, Gaziosmanpaşa / İstanbul
E-posta: gopeah.info@saglik.gov.tr
Tel: +90 212 945 30 00
Web: https://gopeah.saglik.gov.tr/

Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services

Akdema Bilişim Yayıncılık ve Dan. Tic. Ltd. Şti.
E-posta: bilgi@akdema.com
Tel: 0533 166 80 80
Web: www.akdema.com



HEMŞİRELİK AKADEMİK ARAŞTIRMA DERGİSİ

JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH IN NURSING

Nisan / April 2021

Cilt / Volume 7

Sayı / Issue 1

JAREN Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin resmi yayın organıdır.

Dergi dört ayda bir yılda 3 sayı (Nisan, Ağustos, Aralık) olarak yayımlanan açık erişim, ücretsiz, bağımsız ve önyargısız çift kör hakemlik prosedürlerine bağlı olarak yayın yapan bir dergidir. Yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir.

JAREN is an official scientific journal of Gaziosmanpaşa Education and Research Hospital.

It is published 3 times in a year (April, August, December).

JAREN is an open access, free, independent and unbiased; based on double-blinded arbitration procedures. It is published in Turkish and English.

©Bu dergide yayımlanan makalelerin telif hakları Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne aittir. Yazarlar manevi haklarını korur. Makaleler, uygun atıf yapılması koşuluyla ticari olmayan kullanım, paylaşım, dağıtım ve uyarlamaya izin veren Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası (CC BY-NC 4.0) Lisansı kapsamında yayımlanır.

©Copyright of the articles published in this journal is held by the University of Health Sciences Türkiye, Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital. Authors retain their moral rights. Articles are published under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License, which permits non-commercial use, sharing, distribution, and adaptation with appropriate attribution.

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Semiha AKIN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Aydın, Türkiye

Prof. Dr. Türkinaz AŞTI
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK
Sebahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ayşe ÇİL AKINCI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN
Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Kaan GİDEROĞLU
SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Başhekimliği, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hakan GÜVEN
Kamu Hastaneler Başkanlığı, Başkan, İstanbul,
Türkiye

Prof. Dr. Nevin KANAN
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ükke KARABACAK
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hatice KAYA
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Nurten KAYA
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ
İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ayla KEÇECİ
Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Düzce, Türkiye

Prof. Dr. Barış NUHOĞLU
Yeni Yüzyıl Üniversitesi GOP Hastanesi, İstanbul,
Türkiye

Prof. Dr. Ayşe OKANLI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ufuk ÖZKAYA
Memorial Bahçelievler Hastanesi, Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Savaş ÖZTÜRK
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Ebelik Bölümü, Eskişehir, Türkiye

Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Filiz ADANA
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi, Aydın, Türkiye

Doç. Dr. Neriman AKANSEL
Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Bursa, Türkiye

Doç. Dr. Mehmet Taşkın EGİCİ
SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Saniye Ayla ALBAYRAK
Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çorum,
Türkiye

Doç. Dr. Ayfer AYDIN
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul,
Türkiye

Doç. Dr. M. B. Can BALCI
SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Ayfer BAYINDIR ÇEVİK
Recep Tayyip Erdoğan Fakültesi, Sağlık
Yüksekokulu, Rize, Türkiye

Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN
Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çorum,
Türkiye

Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Ömer Necati DEVELİOĞLU
SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul,
Türkiye

Doç. Dr. Ayşel GÜRKAN
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Yayın Kurulu / Editorial Board

Doç. Dr. Güliz ONAT

Konya Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye

Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu,
Ebelik Bölümü, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Bursa, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Emine AKÇİN ŞENYUVA

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ATAMAN

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATEŞ

Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Güven BEKTEMÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul,
Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Nihal BOSTANCI DAŞTAN

Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu, Kars,
Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Serap BULDUK

Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Düzce, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Funda CAMUZ GÜMÜŞ

Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu,
Diyarbakır, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Fatma COŞAR ÇETİN

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Dr. Öğr. Üyesi Seda ÇAĞLAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Semra ÇİĞRIKÇI KARACA

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Hüsnüye DİNÇ

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

Dr. Öğr. Üyesi Işıl IŞIK ANDSOY

Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik Bölümü, Karabük, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Nuray KARAMAN TURAN

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR

Kafkas Üniversitesi, Kars Sağlık Yüksekokulu, Kars,
Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Besey ÖREN

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

Dr. Öğr. Üyesi Aysel ÖZDEMİR

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Bursa,
Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Dilek POTUR

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Sevim PURİSA

Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi, İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Şenay TOPUZ

Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara,
Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Rujnan TUNA

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul,
Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Aydın, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Güلزade UYSAL

Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Müge UZUN

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Zonguldak, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Nurdan YALÇIN ATAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Hayat YALIN

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Yazile YAZICI SAYIN

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Gülay YILMAZEL

Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çorum,
Türkiye

Op. Dr. Okan DEMİRAY

SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Uzm. Dr. Hakan YILMAZTÜRK

SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU

Destek Hizmetleri Başkanlığı, Başkan, İstanbul,
Türkiye

Dr. Nevin UTKUALP

Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Bursa, Türkiye

Dr. Tülay YILMAZ

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

Sevgi DEMİRAY

SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Gülser ŞERBETÇİ

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi, İstanbul,
Türkiye

Yazar Rehberi

AÇIK ERIŞİM POLİTİKASI

Logos Yayıncılık, yayınladığı dergilerde, Budapeşte Açık Erişim Bildirgesinde yer alan, hakemli dergi literatürünün açık erişimli olması girişimini destekler ve yayınlanan tüm yazıları herkesin okuyabileceği ve indirebileceği bir ortamda ücretsiz olarak sunar.

JAREN açık erişim sağlama politikasını benimsemiştir. Dergide basılan yazıların tam metinlerine ve yayın kurumumuzun benimsediği açık erişim politikamıza www.jarengteah.org adresinden ücretsiz olarak erişilebilir.

Açık erişim ile “bilimsel literatürün Internet aracılığıyla finansal, yasal ve teknik bariyerler olmaksızın, erişilebilir, okunabilir, kaydedilebilir, kopyalanabilir, yazdırılabilir, taranabilir, tam metne bağlantı verilebilir, dizinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olması” anlamında kullanılmıştır. Bu sebeple JAREN’de yer alan makaleler, yazarına ve orijinal kaynağa atıfta bulunulduğu sürece, kullanılabilir.

ETİK POLİTİKASI

JAREN’de uygulanan yayın süreçleri, bilginin tarafsız ve saygın bir şekilde gelişimine ve dağıtımına temel teşkil etmektedir. Bu doğrultuda uygulanan süreçler, yazarların ve yazarları destekleyen kurumların çalışmalarının kalitesine doğrudan yansımaktadır. Hakemli çalışmalar bilimsel yöntemi somutlaştıran ve destekleyen çalışmalardır. Bu noktada sürecin bütün paydaşlarının (yazarlar, okuyucular ve araştırmacılar, yayıncı, hakemler ve editörler) etik ilkelere yönelik standartlara uyması önem taşımaktadır. JAREN yayın etiği kapsamında tüm paydaşların etik sorumlulukları taşıması beklenmektedir.

Dergimizin etik görev ve sorumlulukları oluşturulurken [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](http://www.jarengteah.org/Default.aspx?p=Yazim-Rehberi#8) tarafından yayınlanan rehberler ve politikalar dikkate alınarak hazırlanmıştır. Detaylı bilgi için web sayfamızı incelemeniz önerilir. <http://www.jarengteah.org/Default.aspx?p=Yazim-Rehberi#8>

İNTİHAL POLİTİKASI

İntihal (aşırma) kasti olup olmaması önemsenmeksizin, bir etik ihlalidir. Bu sebeple yayın politikaları gereği Logos Yayıncılık tüm dergilerinde, yayınlanacak olan bütün çalışmalar için, intihal denetimini zorunlu kılar. JAREN yayın etiği ve dergi politikaları gereği “Kör Hakemlik Değerlendirme Süreci”nden geçmiş her çalışmanın bütünlüğünü korumak adına intihal denetiminden geçirilmesini zorunlu kılar. İntihal denetimi [Turnitin](http://www.jarengteah.org/Default.aspx?p=Yazim-Rehberi#8) ve [iThenticate](http://www.jarengteah.org/Default.aspx?p=Yazim-Rehberi#8) yazılımları aracılığıyla yayıncı firma tarafından gerçekleştirilir. Yayın Kurulu, dergiye gönderilen çalışmalarla ilgili aşırma, atf manipülasyonu ve veri sahteciliği iddia ve şüpheleri karşısında COPE kurallarına uygun olarak hareket edebilmektedir.

TELİF HAKKI DEVRİ

Kişiler çalışmalarını gönderirken, çalışmanın kısmen veya tamamen, herhangi başka bir platformda daha önce yayınlanmadığı, yayın için değerlendirmede bulunmadığını beyan etmekle yükümlüdür. Aksi bir durumla karşılaşıldığında ilgili yaptırımlar uyarınca yazar durumdan sorumlu tutulacaktır. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi (Journal of Academic Research in Nursing-JAREN)’nin isim hakkı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa

Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne; yayınlanan ya da yayınlanacak olan tüm içeriklerin telif hakları yazarların yazılı izinleriyle Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi (Journal of Academic Research in Nursing-JAREN)’ne aittir. Bilimsel yayınlar ve sunumlarda kaynak gösterilebilir. Ancak bunlar dışında tüm yazıların ve görsellerin her türlü kullanımı ve tekrar baskıları için derginin baş editörlüğüne müracaat edilmelidir.

Dergimize çalışma gönderecek yazarlar, “Telif Hakkı Devir Formu” belgesini doldurmalıdır. Yazar(lar) doldurdıkları formu ıslak imza ile imzalamalıdır. İmzalanan form taranarak sistem üzerinden çalışma gönderim adımlarında ek dosya yükleme seçeneği ile yüklenmelidir. Detaylı bilgi için; <http://www.jarengteah.org/Default.aspx?p=Telif-Hakki> web adresimizi ziyaret edebilirsiniz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Tüm yazarlar bilimsel katkı ve oranlarını ve ilgili sorumluluklarını; ayrıca çıkar çatışması olmadığını bildiren toplu imzaları ile yayına katılmalıdır. Araştırmalara kısmi de olsa yapılan nakdi ya da aynı yardımların hangi kurum, kuruluş, ilaç-gereç firmalarının yapıldığı dip not olarak bildirilmelidir. (ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu)

KÖR HAKEMLİK VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ

JAREN’e gönderilen tüm çalışmalar çift-kör hakem değerlendirmesine tabi tutulmaktadır. Gönderilecek her çalışmayı, alanında uzman, en az iki hakem değerlendirir. Makalelerin hızlı bir şekilde değerlendirilebilmesi için editörler tarafından her türlü çaba gösterilir. Bütün makalelerin değerlendirme süreçlerinde son karar yetkisi editördedir. Detaylı bilgi için web sayfamızı ziyaret edebilirsiniz.

MAKALE HAZIRLAMA

Tüm yazılar, baş editör, editör, istatistik danışmanı ve en az iki hakem tarafından incelenir. Yayınlar; derginin amacına uygunluk, doğruluk ve güncellik açısından incelenmektedir. Editör, hakemlere yazıyı göndermeden önce yazım rehberlerinde bildirilen biçimsel kurallara uygunluğunu araştırır. Kaynakların yazımında “Vancouver” stili kullanılmaktadır. Detaylı bilgi için; <http://www.jarengteah.org/Default.aspx?p=Yazim-Rehberi#1> adresini ziyaret ediniz.

MAKALE GÖNDERME VE GERİ ÇEKME

Makale Gönderme: Dergimizde yayınlanması için makalelerini değerlendirmeye göndermek isteyen yazarlar <http://www.jarengteah.org> web adresimizden dergi yönetim sistemimize giriş yaptıktan sonra sistemdeki adımları takip ederek çalışmalarını yükleyebilirler. Yükleme öncesinde yazarlar için kontrol listesi başlığındaki maddelere dikkat etmek çalışmanın yayına alınma sürecini hızlandıracaktır.

Makale Geri Çekme: Yayın politikalarımız gereği, geri çekme işlemlerinde dergi editörüyle yazar işbirliği yapmak durumundadır. Değerlendirme aşamasındaki çalışmasını geri çekme talebinde bulunmak isteyen yazar, gerekçesini içeren dilekçeyi, bütün yazarların onayı olduğunu belirten ıslak imzalı bir şekilde, elektronik ya da basılı olarak yayın kuruluna iletmelidir.

Yayın Kurulu gelen talebi inceler ve en geç on gün içerisinde yazara dönüş sağlar. Yayın kurulu tarafından telif hakları makale gönderim aşamasında JAREN’e devredilmiş çalışmanın geri çekme talebi onaylanmadıkça yazar çalışmasını başka bir dergiye değerlendirme için gönderemez.



HEMŞİRELİK AKADEMİK ARAŞTIRMA DERGİSİ JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH IN NURSING

Instructions for Authors

OPEN ACCESS POLICY

Logos Publishing supports the open access of peer-reviewed journal literature in the Budapest Open Access Declaration and offers all published articles free of charge in an environment where everyone can read and download.

JAREN has accepted the open access policy. The full text of the manuscripts published in the journal and our open access policy adopted by our publication can be accessed free of charge at www.jarengteah.org

Open access means that "scientific literature can be accessed, readable, recorded, copied, printed, scanned, transferred to full text, indexed, transferred as a data to the software and available for all legal purposes olm through the Internet without financial, legal and technical barriers. For this reason, articles in JAREN may use the author and the original source as long as they are referenced.

ETHICAL POLICY

The publication processes practiced in JAREN are the basis for the development and distribution of information in an impartial and respectful manner. The processes applied accordingly, directly reflect the quality of the studies of the authors and institutions supporting the authors. Reviewed studies are studies that embody and support the scientific method. It is important that all partners of the process (authors, readers and researchers, publisher, reviewers and editors) in this point must comply with the standards for ethical principles. It is expected that all partners to assume the following ethical responsibilities under the JAREN publication ethics.

Logos Medical Publishing Inc. adopted the ethical principles based on the directive prepared by the Committee on Publication Ethics (COPE) and recommended its adoption by all individuals contributing in the creation of a scientific work. Some items of this directive are mentioned below. For more informations please visit our webpage <http://jarengteah.org/Default.aspx?p=Yazim-Rehberi#8>

PLAGIARISM POLICY

Plagiarism (cheating) is a violation of ethics, regardless of whether it is intentional or not. For this reason, due to publication policies Logos Publishing Co. (hereinafter it will be referred as LOGOS), for all studies to be published in all of its periodicals, necessitates use of a plagiarism checker.

JAREN obliges the plagiarism inspection for all of the works that are passed the process of "Blind Registration and Evaluation Process" in order to protect their integrities. Plagiarism inspection is made by using Turnitin and iThenticate software by the publisher. The Editorial Board may act in accordance with the COPE rules against allegations, and suspicions related to plagiarism, citation manipulation and fraudulent misrepresentation of the works submitted to the journal.

COPYRIGHT TRANSFER

When submitting their works, individuals are obliged to declare that the study, in whole or in part, has not been previously published on any other platform or evaluated for publication. Otherwise, the author will be held responsible for the related sanctions.

The right to use the title "Journal of Academic Research in Nursing-JAREN" belongs to SBU Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital. Copyright of

all the contents of the articles published or to be published belongs to the Journal of Academic Research in Nursing-JAREN in compliance with the prior written consent obtained from the authors. They can be cited as a reference in scientific publications, and presentations. However editor-in-chief should be consulted for reproduction, and use of other printed, and visual material by any means.

Authors who will send a study to our journal should complete the "Copyright Approval Form" document. The author(s) must sign the completed form with a wet signature. The signed form must be scanned and the work over the system must be loaded with additional file upload option in the transmission steps. For detailed information; you can visit <http://jarengteah.org/Default.aspx?p=Telif-Hakki>

CONFLICT OF INTEREST

All authors have scientific contributions and rates and their respective responsibilities; they should also participate in the publication with collective signatures indicating that there is no conflict of interest. It should be stated that the cash or in-kind aid made by the companies, establishments and pharmaceutical companies in partial or partial part of the research is done. (ICMJE Potential Conflicts of Interest Form)

DOUBLE-BLIND REVIEW AND EVALUATION PROCESS

All studies submitted to JAREN are subject to double-blind review. At least two reviewers expert in their fields, will evaluate each submitted work. Every effort is spent by the editors for quick evaluation of the articles. The editor is the final decision-making authority in the evaluation processes of all articles. You can visit our web page for detailed information.

MANUSCRIPT PREPARATION

All manuscripts are reviewed by the chief editor, editor, statistical consultant and at least two reviewers. Publications; the purpose of the journal is examined in terms of accuracy, accuracy and timeliness. The editor investigates the conformity of the formal rules reported in the manuscripts before submitting the manuscript. "Vancouver" style is used in writing sources. For detailed information; <http://jarengteah.org/Default.aspx?p=Yazim-Rehberi#1>

SUBMISSION AND RETRACTION OF THE MANUSCRIPTS

Submission of a manuscript: Authors who want to submit their articles for evaluation in our journal can upload their works by following the steps in the system after logging it into our journal management system at <http://jarengteah.org>. Paying attention to the items in the checklist for authors prior to uploading will speed up the publication process of your work.

Article withdrawal: As per our publication policies, the author of the article has to cooperate with editor of the journal in withdrawal procedures. The author, who wants to withdraw his / her work during the evaluation process, should submit the petition containing his / her rationale to the editorial board electronically or in a printed wet signed form indicating that all authors have approved the withdrawal.

The Editorial Board scrutinizes the incoming request and returns to the author within ten days. If the copyright of the article was transferred to the JAREN during submission process, the author can not send the work to another journal for evaluation unless the request for withdrawal of this work is approved.

İçindekiler / Contents

Özgün Araştırmalar / Research Articles

- 1** Acil ve Yoğun Bakım Kliniğindeki Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamaya Yönelik Mevcut Durumlarının Değerlendirilmesi
Assessment of Current Status of Emergency and Intensive Care Unit Nurses Interms of Cardio Pulmonary Resuscitation
Hilal Kartal
- 10** Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği İmaj Algısının Değerlendirilmesi
Evaluation of Nursing Image Perceptions among Students in Faculty of Health Sciences
Şerife Naz Bozdoğan, Büşra Demirci, Erdal Ceylan, Bahar Vardar İnkaya
- 19** Çocuklarda Karaciğer Nakli Sonrası Basınç Yaralanmalarının Retrospektif İncelenmesi
Retrospective Examination of Pressure Wounds After Liver Transplantation in Children
Fatma Özsoy, Kader Demirci, Zehra Kan Öntürk
- 26** Kırsal Alanda Örtü Altı Tarımında Çalışan 18-49 Yaş Grubu Kadınlarda Genital Hijyen Uygulamaları
Genital Hygiene Practices in 18-49 Age Group Women Working in Greenhouse Agriculture in Rural Areas
Derya Adıbelli, Nur Özlem Kılınç
- 36** Preeklampsili Gebelerde Kan Basıncının Düzenlenmesi ve Anksiyetenin Azaltılmasında Müziğin Kullanımı
The Use of Music in Reducing The Anxiety and Regulation of Blood Pressure in Preeclamptic Pregnant
Özlem Doğan Yüksekol, Mürüvvet Başer
- 41** COVID-19 ve Ruh Sağlığı
COVID-19 and Mental Health
Gülşah Çamcı
- 49** Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri ve Hemşirelerde Etkin Zaman Yönetimi
Enhaced Recovery After Surgery Protocols and Effective Time Management in Nurses
Kübra Yılmaz, Ali Ganiyusufoğlu

Acil ve Yoğun Bakım Kliniğindeki Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamaya Yönelik Mevcut Durumlarının Değerlendirilmesi

Assessment of Current Status of Emergency and Intensive Care Unit Nurses Intermis of Cardio Pulmonary Resuscitation

Hilal Kartal 

Öz

Amaç: Bu çalışma hemşirelerin erişkin hastalara yönelik kardiyopulmoner resüsitasyon uygulama konusundaki mevcut durumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma iki eğitim ve araştırma hastanesinde Haziran-Temmuz 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırma evrenini; eğitim ve araştırma hastanelerinin erişkin acil ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan toplam 245 hemşire, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 204 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri hemşirelerin kişisel bilgilerini içeren ve 2015 American Heart Association (AHA) kılavuzu esas alınarak hazırlanmış kardiyopulmoner resüsitasyona yönelik bilgilerden oluşan anket formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan ve kardiyopulmoner resüsitasyon eğitimi alan hemşirelerin eğitim almayanlara göre, acil biriminde çalışan hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışanlara göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusunda daha yüksek düzeyde bilgiye sahip oldukları görülmüştür ($p<0,05$). İleri yaşam desteği sertifikasına sahip hemşirelerin (%12,3, $n=25$) doğru cevap sayısı ise sertifika sahibi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin sadece %43,1'inin ($n=88$) 2015 AHA kılavuzundan haberdar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda kardiyopulmoner resüsitasyona yönelik acil ve yoğun bakım hemşirelerinin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Bu eksikliğin, hizmet içi eğitim programları ile giderilmesi ve hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyona yönelik güncel bilgilerden haberdar olmalarının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kardiyopulmoner arrest, kardiyopulmoner resüsitasyon, bilgi düzeyi, hemşire

Received/Geliş: 16.02.2019
Accepted/Kabul: 19.10.2020
Published Online: 15.04.2022

Cite as: Kartal H. Acil ve yoğun bakım kliniğindeki hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamaya yönelik mevcut durumlarının değerlendirilmesi. Jaren. 2021;7(1):1-9.

Hilal Kartal

Sağlık Bakanlığı, 112 Acil Sağlık Hizmetleri, İstanbul, Türkiye

 kartal_hilal@yahoo.com

ORCID: 0000-0003-3776-5421

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to evaluate the current status of nurses in applying cardiopulmonary resuscitation for adult patients.

Method: This descriptive study was conducted between June and July 2017 at two training and research hospitals. The research population consists of 245 nurses working in emergency and intensive care clinics of training and research hospitals. The research sample consists of 204 nurses who agreed to participate in the study and were available. The research data were collected by a questionnaire containing personal information of the nurses and information about cardiopulmonary resuscitation prepared based on the 2015 American Health Association (AHA) guideline.

Results: It has been seen that the nurses who participated in the research and received cardiopulmonary resuscitation training had a higher level of knowledge than those who did not receive cardiopulmonary resuscitation training. Also the nurses who working in the emergency unit had a higher level of knowledge about cardiopulmonary resuscitation than those who working in the intensive care unit ($p<0,05$). The number of correct answers of nurses with advanced life support certificate (%12,3, $n=25$) has been found to be higher than those who do not have advanced life support certificate. It has been determined that only 43.1% of the nurses ($n=88$) were aware of the 2015 AHA guideline.

Conclusion: In our study it was determined that the emergency and intensive care nurses' levels of knowledge towards cardiopulmonary resuscitation were not sufficient. It is recommended that

this lacking should be eliminated with in-service training programs. Also it is suggested that nurses should be ensured to be aware of current informations on cardiopulmonary resuscitation.

Keywords: Cardiopulmonary arrest, cardiopulmonary resuscitation, level of knowledge, nurse

GİRİŞ

Kardiyopulmoner arrest (KPA), herhangi bir nedenden dolayı kişide solunum ve/veya dolaşımın ani ve beklenmedik bir biçimde durmasıdır ⁽¹⁾. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) ise pulmoner, kardiyak veya kardiyopulmoner arrest geliştiğinde yeterli solunum ve dolaşımı sağlamak için yapılan bazı basit, ancak bilgi ve deneyim gerektiren acil uygulamaların tümüne verilen addır ^(2,3). KPA'ya yol açan nedenlerin başında çoğunlukla kardiyovasküler hastalıklar gelmekte ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl ortalama 400.000 kişi bu hastalıklara bağlı Ani Kardiyak Ölüm (AKÖ) sebebiyle kaybedilmektedir. Birçok ülkede ise genç ölümlerin en sık rastlanan sebebinin AKÖ oluşturmaktadır ⁽⁴⁾. AKÖ sonrası kişinin hayatının kurtarılması en kısa sürede başlatılacak KPR'ye bağlıdır. Çünkü KPR uygulamadan geçen her dakika hayatta kalma şansını %7-10 oranında azaltmaktadır ⁽⁵⁾. Bu amaçla KPR uygulamaları ile ilgili yıllar öncesinden günümüze kadar pek çok çalışmalar yapılmış ve KPR'ye yönelik yeni düzenlemeler getirilmiştir ⁽⁶⁾. Bu düzenlemeler ile ilgili olarak 1973'te American Heart Assosation (AHA) ve National Academy of Sciences- National Research Council (NAS-NRC) yönetiminde Ulusal KPR ve Acil Kardiyak Olgularda Standartlar konulu konferans yapılmıştır. KPR standartlarını ve algoritmalarını oluşturmak üzere 1989 yılında Avrupa Resüsitasyon Konseyi (The European Resuscitation Council - ERC) kurulmuş, dünyadaki büyük resusitasyon kuruluşlarının ortak bir hedef doğrultusunda bir arada toplanması amacıyla hareketle 1993 yılında International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) oluşturulmuştur ⁽⁷⁻⁹⁾.

Ülkemizde ise "Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Resüsitasyon Komitesi" 1996 yılında kurularak, 1998 yılında ERC'ye üye olmuştur ⁽¹⁰⁾. Çalışmalarına devam eden AHA, KPR'nin sağlık profesyonelleri tarafından ortak bir kılavuz kullanılarak uygulanması amacıyla belli aralıklarla KPR ve Acil Kardiyovasküler Bakım kılavuzları yayınlamış ve bu kılavuzu 2015 yılında son güncel hali ile sunmuştur. AHA'nın 2015 kılavuzunu yayınlaması resüsitasyon uygulamalarında bazı değişiklikleri de beraberinde getirmiştir ⁽¹¹⁾. Bunlardan en önemlisi sağlık profesyonellerinde KPR'ye yönelik bilgi

düzeylerini güncelleme ve arttırma zorunluluğu oluşturmaktadır ^(12,13). Özellikle hemşirelerin resüsitasyon konusunda bilgi ve becerilerinin yeterli seviyede olması büyük önem taşımaktadır. Çünkü acil ve yoğun bakım kliniklerinde hekim, hastanın tedavisini düzenledikten sonra geri kalan gözlem ve primer bakımı hemşireler üstlenmektedir. Hastaların durumlarında meydana gelebilecek ani değişimler öncelikli olarak hemşireler tarafından tespit edilmektedir. Hastalarda KPA geliştiğinde, hemşireler nöbetçi hekime haber verirken, hiç zaman kaybetmeden KPR'yi başlatmalıdır ⁽¹⁴⁾. Bununla ilgili olarak BRESUS (British hospital RESUScitation study) çalışmalarında, hastane içi KPA'ya bağlı ölümlerin önlenilmesinde acil ve yoğun bakım kliniğindeki hemşirelere düşen sorumluluğun daha da önem kazandığını vurgulamaktadır. ⁽¹⁴⁾. Konu ile ilgili olarak ülkemizde ise 25.02.1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa dayanılarak 08.03.2011 tarihinde hemşirelik yönetmeliğinde değişikliğe gidilmiş, acil ve yoğun bakım kliniklerinde görevli hemşirelerin KPR'ye yönelik görev, yetki ve sorumluluklarını da belirten yeni düzenleme 27910 sayılı resmi gazetede 2011 yılında yayınlanmıştır ^(12,13). Hemşirelerin arrest durumunda sağ kalım şansını arttırabilmeleri hemen, doğru ve etkili bir şekilde KPR'ye başlamaları ile mümkündür.

Bu araştırma; acil ve yoğun bakım kliniğindeki hemşirelerin, KPA gelişen erişkin hastalarda uygulanacak KPR'ye yönelik mevcut durumlarını değerlendirebilmek ve bu konuda farkındalık oluşturabilmek amacıyla gerçekleştirildi.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Acil ve yoğun bakım kliniğindeki hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulamaya yönelik mevcut durumlarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma, İstanbul'da Şişli ve Okmeydanı semtlerinde yer alan eğitim ve araştırma hastanelerinin erişkin acil ve yoğun bakım kliniklerinde Haziran - Temmuz 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi: Araştırma evrenini; bu iki hastanenin erişkin acil ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan toplam 245 hemşire, örneklemini ise, ön lisans, lisans veya yüksek öğrenim mezunu olan, erişkin acil ve yoğun bakım kliniklerinde görevli olan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve ulaşılabilen 204 hemşire oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde hemşirelerin kişisel bilgilerine ilişkin 18 soru, literatür bilgileri doğrultusunda 2015 AHA kılavuzu esas alınarak hazırlanan ikinci bölümünde ise KPR'ye yönelik güncel bilgileri içeren 30 soru yer almıştır. Soruların doğru cevabı 1 puan, yanlış cevabı 0 puan olarak değerlendirilmiştir.

Verilerin Analizi: Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) for 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. KPR'ye yönelik bilgi düzeylerinin dağılımında normal dağılım testi uygulanmıştır.. Verilerin dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenerek, iki grup karşılaştırmalarında independent t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında One Way Anova testi kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey testi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın etik onayı Okan Üniversitesi etik kurulundan alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı eğitim ve araştırma hastanelerinin bağlı olduğu Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınarak çalışmanın uygulama aşaması başlatılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü hemşirelerden ise yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde hemşirelerin %50'sinin 25-35 yaş grubunda, %62,3'ünün kadın ve %57,3'ünün lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %51,5'inin 1-5 yıl arasında çalıştığı ve %52'sinin yoğun bakım kliniğinde çalıştığı saptanmıştır.

Mezuniyet sonrası KPR eğitimi alma durumları karşılaştırıldığında; hemşirelerin %87,3'ünün mezuniyet sonrası KPR eğitimi aldığı, %96'sının KPR deneyimi olduğu, %53,9'unun hekim olmadan KPR'yi başlattığı saptanmıştır. Hemşirelerin sadece %40,2'sinin hekim olmadan KPR'yi başlatma yetkisine sahip olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. Hemşirelerin hekim olmadan KPR'yi başlatma nedenleri incelendiğinde ise %22'sinin "Hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına dahildir", %20,8'inin "Klinikte her daim hekim bulunmaz", %18,2'sinin "Birden fazla arrest olduğu durumlarda yeterli doktor olmadığı için", %19,5'inin "Hastaların yakın takibini yapan ve genel durumundaki problemleri ilk fark eden hemşirelerdir", %14,6'sının "Vicdani yükümlülük nedeniyle", %3,7'sinin "İleri yaşam desteği sertifikasına sahip hemşireler KPR'yi başlatabilir" ve %1,2'sinin "Sadece temel yaşam desteği yapılabilir" dediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %25,5'inin KPR yaparken tereddüt yaşadığı ve tereddüt yaşayanların %34,6'sının "Mesleki yeterliliğini uygun bulmadığı", %28,8'inin "Hastaya zarar vermekten korktuğu", 17,3'ünün "Göğüs kompresyonunu doğru uyguladığından emin olmadığı", %11,5'inin "Bilişsel ve psikomotor bilgisine güvenmediği", %5,8'inin "KPR uygulaması için hazır olmadığı" ve %1,9'unun KPR sonrası şüphe yaşadığı görülmüştür. İleri yaşam desteği sertifikasına sahip hemşirelerin örneklemin %12,3'ünü oluşturduğu ve sadece %43,1'inin 2015 AHA kılavuzundan haberdar olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin 2015 AHA kılavuzu esas alınarak KPR'ye yönelik hazırlanan sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde; %41,7'sinin erişkinlerde temel yaşam desteği sırasının CAB olduğunu bildiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin %62,3'ünün erişkinlerde kardiyak resüsitasyon yerini ve %52,5'inin göğüs kompresyon derinliğini doğru bildiği görülmüştür. Hemşirelerin %81,4'ünün defibrilasyon öncesinde bağlı bulunan oksijen maskesini ya da nazal kanülü hastadan ayırmadığı, %75'inin defibrilasyon sırasında paddelerin yerleşim yerini ve %73'ünün defibrilasyon işlemi sırasında defibrilatör tipine göre (monofazik-bifazik) uygun Joule seviyesini bilmediği saptanmıştır. Travma şüphesi varlığında hava yolunu açmak için alt-çene manevrasının kullandığı düşünen hemşire sayısı 83 (%40,7) olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri, KPR uygulamaya yönelik anket puanları ile karşılaştırıldığında KPR'ye yönelik toplam puan ortalaması 16,725'idi. Tanıtıcı özellikteki maddelerin

Tablo 1. Hemşirelerin KPR Uygulamaya İlişkin Bilgi ve Uygulama Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımları (n=204)

Yaşam Ellerinizde	Doğru Cevaplayan		Yanlış Cevaplayan	
	n	%	n	%
Hareketsiz yatan birini gördüğümde önce bilincini kontrol ederim.	166	81,4	38	18,6
Yetişkinlerde temel yaşam desteği sırası A-B-C (Airway-Breathing-Circulation) dir.	85	41,7	119	58,3
Travma varlığı şüphesi olgularında hava yolunu açmak için baş-çene manevrası kullanılır.	83	40,7	121	59,3
Bilinçsiz bir kişide hava yolu tıkanmasının en önemli nedeni dilin hava yolunu tıkamasıdır.	176	86,3	28	13,7
Erişkinlerde kardiyak resüsitasyonun yeri sternumun alt yarısının ortasıdır.	127	62,3	77	37,7
Erişkinlerde CPR sırasında tek kurtarıcı var ise resüsitasyon 15:2 şeklinde olmalıdır.	80	39,2	124	60,8
Erişkinlerde göğüs kompresyon hızı 100-120/dk olmalıdır.	175	85,5	29	14,2
Erişkinlerde göğüs kompresyon derinliği en az 5 cm, en fazla 6 cm olmalıdır.	107	52,5	97	47,5
Erişkinlerde CPR sırasında kollar dik konumda olmalı, dirsekten bükülmemeli ve sadece altta kalan elin ayası göğüs kafesi ile temas etmeli, parmakların göğüs kafesi ile temasından kaçınılmalıdır	193	94,6	11	5,4
Erişkinlerde yapılan CPR'da göğüsün tam olarak gevşemesine izin vermek için basılar arasında göğüs üzerine dayanmaktan kaçınılmalı ancak ellerin hastanın vücudu ile teması kesilmemelidir.	163	79,9	41	20,1
CPR sırasında hastanın glukoz düzeyine bakılmamalıdır.	76	37,3	128	62,7
Asistoli varlığında hasta hemen defibrile edilmelidir.	150	73,5	54	26,5
Defibrilasyon sonrası ritim tayini için beklenilmeden kompresyona devam edilmeli ve 2 dakika kompresyon sonunda ritim kontrol edilmelidir.	137	67,2	67	32,8
Ventriküler Fibrilasyon ve nabızsız Ventriküler Taşikardi defibrile edilmesi gereken ritimlerdir	154	75,5	50	24,5
Defibrilasyon işlemi sırasında monofazikdefibrilatör var ise 150-200 Joule, bifazikdefibrilatör var ise 360 Joule tercih edilmelidir.	55	27,0	149	73,0
Adrenalin 1 mg başlangıç dozu ile 3-5 dk aralıklarla tekrarlanmalıdır	166	81,4	38	18,6
Defibrilasyon öncesinde bağlı bulunan oksijen maskesini yada nazal kanülü hastadan ayırmak gerekmektedir.	38	18,6	166	81,4
3.defibrilasyondan sonra 300 mg Amiodaron uygulanmalı, 5. defibrilasyondan sonra ise 150 mg ileri doz kullanılmalı ve aynı damardan aynı anda başka ilaç verilmemelidir.	113	55,4	91	44,6
Amiodaron %5 Dextroz ile infüze edilmelidir.	131	64,2	73	35,8
CPR sırasında endotrakeal yol aracılığı ile trakeal yoldan ilaç uygulanması önerilmektedir.	61	29,9	143	70,1
Endotrakeal entübasyon uygulanan hastalarda ventilasyon hızı 6sn/1 şeklinde olmalıdır.	122	59,8	82	40,2
Kardiyopulmoner arrest gelişen erişkin hastalara uygulanacak ilk ilaç Atropindir.	110	53,9	94	46,1
I.V.yol açılmaz ya da imkansız ise I.O.(intaosseöz) yolun erişkinlerde efektif bir yol olacağı düşünülmelidir.	151	74,0	53	26,0
Bulunabildiği her ortamda monofazik defibrilatör tercih edilmelidir.	76	37,3	128	62,7
Erişkinlerde kardiyoversiyon işlemine başlamadan önce defibrilatör üzerinde yer alan "SYNC" tuşuna basılmalıdır.	124	60,8	80	39,2
Defibrilasyon işlemi sırasında apexpaddle sağ midclavicular hatta 2-3 interkostal aralık üzerine, anteriopaddle sol midaxiller hat 4-5 interkostal aralık üzerine yerleştirilir.	51	25,0	153	75,0
Defibrilasyon uygulamadan önce paddlesler, hasta üzerine yerleştirilmeden şarj edilmelidir.	68	33,3	136	66,7
Balon valf maske sistemi ile ventile edilen hastalarda, maskenin yüze yerleştirilmesinde C-E tekniği kullanılmalıdır.	117	57,4	87	42,6
İleri hava yolu yönetiminde kompresyon geciktirilmesi; ancak vokal kord geçildikten sonraki 5 saniyeden daha kısa sürecek şekilde olabilir.	53	26,0	151	74,0
Havayolusağlanmışhastalarda kapnografi kullanıldığında CPR kalitesi ve spontan dolaşımın geri dönmesi takip edilebilir.	104	51,0	100	49,0

en düşük puan ortalamaları; 18-24 yaş grubundaki hemşirelerin (%34,3) 13,542±7,049, kadınların (%62,3) 16,094±6,772, lise mezunu olan hemşirelerin (%18,6) 14,789±6,518, çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin (%14,2) 8,655±5,905 ve yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin (%52) 15,283±5,956 olarak bulunmuştur. Mesleki özellikteki maddelerin en düşük puan ortalamaları ise; mezuniyet sonrası KPR eğitimi almayan hemşirelerin (%12,7) 11,961±7,274, KPR deneyimi olmayan hemşirelerin (%4) 11,000±6,633, hekim olmadan KPR'yi başlatmayan hemşirelerin (%46,1) 13,351±6,188, KPR yaparken tereddüt yaşayan hemşirelerin (%25,5) 11,115±6,270 ve ileri yaşam desteği sertifikasına sahip olmayan hemşirelerin (%87,7) 15,977±6,402 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

TARTIŞMA

KPR, bilgi gerektiren ve sık karşılaşılan uygulamalardır. Resüsitasyon uygulamaya yönelik bilgiler ise belli aralıklarla değişim ve gelişim halindedir. Hedeflenen iyi bir sağ kalım için temel şart zaman kaybetmeden başlatılan doğru ve etkili KPR'dir. Erişkin hastalara yönelik acil ve yoğun bakım kliniğindeki hemşirelerin güncel resüsitasyon bilgilerinin değerlendirildiği bu çalışmada; hemşirelerin yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığı tespit edildi. Hemşirelerde öğrenim durumu ve KPR'ye yönelik alınan eğitim ise bilgi düzeyini etkileyen en önemli unsur olarak görüldü.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre KPR uygulamaya ilişkin ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunun doğru cevap sayısı diğer yaş gruplarından anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 2). Çelik'in "hemşirelere yönelik çalışmada KPR konulu ankete 18-25 yaş grubunun verdiği doğru cevap sayısı, diğer yaş gruplarına oranla anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır" (15). Çelik'in çalışma sonucu bizim çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Cinsiyet gruplarına göre verilen doğru cevap sayıları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2). Kadınların puan ortalaması 16,094±6,772, erkeklerin puan ortalaması 17,766±5,832 bulunmuştur. Bukıran'ın hemşirelere verilen bir günlük kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminin uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesi konulu araştırmasında, cinsiyetlerin bilgi düzeyine etkisi incelendiğinde eğitim öncesi ön test ve eğitim

sonrası son testte verilen doğru cevap sayılarında erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (16). Ayrıca Kımaz'ın çalışmada cinsiyet faktörünün bilgi düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir (17). Araştırma sonucumuz, yapılmış olan diğer araştırma sonuçları ile benzerlik gösterip aynı zamanda literatür bilgilerini desteklemektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumlarına göre verdikleri doğru cevap sayısı karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 2). Lise mezunu olanların KPR'ye yönelik bilgi düzeyi önlisans, lisans ve lisans üstü gruplara oranla anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Çelik'in çalışmada öğrenim durumuna göre KPR'ye yönelik verilen doğru cevap sayıları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemesine rağmen ($p>0,05$) puan dağılımlarına bakıldığında öğrenim düzeyi arttıkça doğru verilen cevap sayısının arttığı görülmüştür (15). Uzun'un çalışmada ise KPR'ye yönelik bilgi düzeylerini etkileyen faktörler incelenirken pratisyen hekimlerin doğru cevap sayısı asistan hekimlere oranla düşük bulunmuştur (18). Çalışmalarda ortaya çıkan sonuç bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçla paralellik göstermektedir. Eğitim düzeyinin artması bilgi seviyesini arttırmaktadır.

Hemşirelerin çalışma süresinin bilgi düzeyine etkisi incelendiğinde meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzerinde olanların çalışma süresi daha az olan diğer meslek yılı gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha başarılı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 2). Bukıran'ın çalışmada da meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin diğer meslek yılı gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha başarılı oldukları saptanmıştır (16). Elde edilen bu sonuçlar bize; hemşirelerin mezun olduklarında ve mezuniyetin ilk yıllarında KPR konularında yeterli bilgi birikimine sahip olmadıklarını, meslekteki çalışma yılları arttıkça bilgi ve deneyimlerinin de orantılı olarak artmakta olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamız diğer çalışma sonucuna benzerlik göstermektedir.

Çalışılan kliniklere göre doğru cevap sayıları karşılaştırıldığında klinikler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Acil tıp kliniğinin toplam puan ortalaması yoğun bakım kliniğine oranla yüksek saptanmıştır (Tablo 2). Şener'in asistan doktorların temel yaşam desteği ile ilgili bilgi düzeyini değerlendiren bir çalışmada Acil

Tablo 2. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri ile KPR Konulu Anket Puanının Karşılaştırılması (n=204)

Özellikler	Ortalama	Ss	Test	P	
Yaş					
18-24 yaş	13,542	7,049	10,144	0,000*	
25-31 yaş	18,274	5,712			3>1
32-38 yaş	19,269	4,609			2>1
39 yaş ve üzeri	16,500	4,888			
Cinsiyet					
Kadın	16,094	6,772	-1,866	0,064	
Erkek	17,766	5,832			
Öğrenim durumu					
Lise	14,789	6,518	5,655	0,001	
Önlisans	18,840	5,428			4>1
Lisans	16,102	6,363			4>3
Lisans üstü	20,625	6,106			
Çalışma yılı					
1 yıldan az	8,655	5,905	26,067	0,000*	
1-5 yıl	17,219	5,656			4>1
6-10 yıl	19,279	5,133			3>1
11 yıl ve üzeri	19,407	5,183			2>1
Çalıştığı klinik					
Acil kliniği	18,285	6,668	3,396	0,001*	
Yoğun bakım kliniği	15,283	5,956			
Mezuniyet sonrası KPR eğitimi alma					
Evet	17,421	6,059	4,174	0,000*	
Hayır	11,961	7,274			
KPR deneyimi					
Evet	16,959	6,372	2,589	0,010*	
Hayır	11,000	6,633			
Hekim olmadan KPR başlatma					
Başlatan	19,609	5,204	7,846	0,000*	
Başlatmayan	13,351	6,188			
Hekim olmadan KPR'nin hemşire yetkisine dahil olup olmadığını bilme					
Evet	20,108	5,245	6,849	0,000*	
Hayır	14,405	6,219			
KPR yaparken tereddüt yaşama durumları					
Evet	11,115	6,270	-8,391	0,000*	
Hayır	18,644	5,334			
İleri yaşam desteği sertifikası olma					
Evet	22,080	4,009	6,535	0,000*	
Hayır	15,977	6,402			

t= Bağımsız t testi, F=ANOVA testi; *p<0,01

Tıp ve Anesteziyoloji asistanlarının başarı durumu diğer branşlara göre ⁽¹⁹⁾, Uzun'un doktorların KPR'ye yönelik bilgi düzeyini değerlendiren bir çalışmada ise Acil Tıp doktorlarının başarı durumu diğer anabilim dallarına göre daha yüksek bulunmuştur ⁽¹⁸⁾. Bukıran'ın hemşirelere yönelik yaptığı bir çalışmada da acil hemşirelerinin KPR'ye yönelik başarı düzeyi yoğun bakım hemşirelerine oranla daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ⁽¹⁶⁾. Bu durum acil kliniğinde çalışan hekim ve hemşirelerin daha fazla sayıda KPA ile karşılaşmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda elde edilen sonuç diğer çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda mezuniyet sonrası KPR eğitimi alma durumu ile toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim alan hemşirelerin puan ortalaması eğitim almayanlara oranla yüksek bulunmuştur (Tablo 2) ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada ise eğitim öncesi ön testte tutulan ve mezuniyetten sonra KPR eğitimi alan hemşirelerin ortalama doğru cevap sayısı, KPR eğitimi almayanlara göre daha yüksek bulunmuş, aralarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ⁽¹⁶⁾. Diğer bir çalışmada da mezuniyet sonrası KPR eğitimi alan hekimlerin doğru cevap sayısı KPR eğitimi almayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ⁽¹⁸⁾. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç konuya yönelik yapılan çalışma sonuçlarına benzer özelliktedir.

Hekim olmadan KPR'yi başlatan hemşirelerin (%40,2) doğru cevap sayısı ise başlatmayanlara oranla yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 2). Bu durum sorumluluk ve otonominin bilgi düzeyine olan etkisi ile açıklanabilir. Bununla ilgili olarak, 25.02.1954 tarihli, 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa ve 08.03.2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde yapılan değişikliğe (çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları-Ek.2) dayanılarak acil ve yoğun bakım hemşirelerinin görevleri ve yasal sorumlulukları 27515 sayılı resmi gazetede yayınlanmıştır. Belirtilen yönetmelikte: "Acil durumlarda hekimle iş birliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağırısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu politikalar doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünite de hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği

uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder" maddesi bulunmaktadır ^(12,20). Çalışmamızda hemşirelerin yönetmeliğe göre görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik farkındalıkları incelendiğinde hekim olmadan KPR'yi başlatan hemşirelerin (%40,2) sadece %22'sinin "KPR, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına dahildir" dediği tespit edilmiştir.

2010 kılavuzu önerilerinde göğüs kompresyon derinliğinin en az 5 cm olması yeterli görülürken, 2015 kılavuzunda göğüs kompresyon derinliğinin en 5 cm en fazla 6 cm olması önerilmiştir ^(21,22). Bizim çalışmamızda, göğüs kompresyon derinliği ile ilgili sorunun %52,5 ($n=107$) oranında doğru cevaplanabildiği tespit edilmiştir (Tablo 1). Uzun'un doktorlara yönelik çalışmada ise göğüs kompresyon derinliğiyle ilgili soruyu doğru cevaplama oranı %32,3 olarak bulunmuştur ⁽¹⁸⁾. Bu sonuçlar göğüs kompresyon derinliğine yönelik çoğu doktor ve hemşirenin yanlış veya eski kılavuzlarla uyumlu bilgiye sahip olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Bizim çalışma sonucumuza göre hemşirelerin güncel kılavuzları takip etmeleri ve KPR'ye yönelik bilgilerini yenilemeleri önerilmiştir.

2010 AHA kılavuzunda ABC yerine CAB sıralamasının önerisi 2015 AHA kılavuzunda da geçerliliğini korumaktadır. Bizim çalışmamızda yetişkinlerde temel yaşam desteği sırası ile ilgili sorunun %41,7 ($n=85$) oranında doğru cevaplanabildiği tespit edilmiştir (Tablo 1). Yılmaz'ın çalışmada TYD basamaklarını doğru yanıtlayanların oranı %42,6 olarak bulunmuştur ⁽²³⁾. Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonucuna benzerlik göstermekle birlikte hemşirelerin güncel kılavuzlarda yer alan konulara yönelik bilgilerini yenilemedikleri görülmüştür.

2010 AHA kılavuzundaki öneriye uygun olarak 2015 AHA kılavuzunda da erişkinlerde resüsitasyon sırasında göğüs kompresyonu/ ventilasyon oranı 30/2 olarak önerilmektedir. Bizim çalışmamızda "Erişkinlerde resüsitasyon oranı 15/2 olmalıdır" sorusunu doğru cevap verebilenlerin oranı %39,2 ($n=80$) olarak bulunmuştur (Tablo 1). Çelik'in çalışmada "yetişkinlerde kalp masajı/yapay solunum oranı 15/2" önermesini doğru cevap verebilenlerin oranı ise %37,9 olarak bulunmuştur ⁽¹⁵⁾. Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonucuna paralellik göstermektedir. Bu çalışma sonuçları bize hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun yetişkinlerde

KPR sırasında kompresyon ventilasyon oranını 15/2 şeklinde bildiğini ayrıca güncel kılavuzları takip etmediklerini göstermiştir.

2010 AHA kılavuzuna göre NEA ve asistoli tedavisinde algoritmadan çıkarılan atropin, 2015 AHA kılavuzunda da kullanımı önerilmemektedir. Çalışmamızda KPR sırasında atropin kullanımı ile ilgili sorunun %53,9 (n=110) oranında doğru cevaplanabildiği tespit edilmiştir (Tablo 1). Kirazaldı'nın çalışmasında ise atropin kullanımına yönelik soruya doğru cevap verenlerin oranı %76,6 olarak bulunmuştur ⁽²⁴⁾. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç diğer çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir. İki çalışma sonucu da sağlık çalışanlarında güncel kılavuzları takip etme ve bilgileri yenilemeye yönelik eksikliklerin olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; sağ kalım şansının artırılması kısa zamanda başlatılan ancak doğru ve etkili bir şekilde uygulanan KPR ile mümkün olabilir. Resüsitasyon tıbbi ile ilgili kanıta dayalı bilgiler ve uygulamalar ise gelişmeye açıktır ve bu yönüyle belirli zaman dilimlerinde değişkenlik gösterir. Hastaların primer bakım ve tedavisinden sorumlu hemşirelere düşen en büyük görev yeni kılavuzları takip ederek bilgilerini güncellemeleri hem bu konuda hem de hemşirelik yönetmeliğinde belirtilen görev, yetki ve sorumluluklara yönelik farkındalıklarını arttırmalarıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; acil ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusunda bilgi düzeylerinin yeterli ve güncel olmadığı saptanmıştır. Eğitim faktörü incelendiğinde yüksek lisans mezunu olan, mezuniyet sonrası KPR eğitimi alan ve ileri yaşam desteği sertifikasına sahip hemşirelerin bilgi düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma sonucuna göre: Meslekte uzmanlaşma ve bu amaçla öğrenim düzeyinin üniversiteye dayandırılması, çalışılan kurumlarda hizmet içi eğitimlerin sıklığının artırılması, hemşireler için mezuniyet sonrası KPR kurslarının yaygınlaştırılması, ileri yaşam desteği sertifikasının alınmasının zorunlu hale getirilmesi, hemşirelerin yönetmelikte belirlenmiş olan görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik farkındalıklarını arttırması, KPR'ye yönelik

yapılan yeni düzenlemelerin sağlık kurumlarında seminer, hizmet içi eğitim, konferanslarla duyurulması önerilebilir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: HK; veri toplama: HK; sonuçların analizi ve yorumlanması: HK; araştırma metnini hazırlama: HK. Yazar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Okan Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 19/03.05.2017).

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: HK; data collection: HK; analysis and interpretation of results: HK; draft manuscript preparation: HK. Author reviewed the result and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the Okan University Ethics Committee (Protocol no. 19/03.05.2017).

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. Özköse Z. Erişkinler için kardiyopulmoner resusitasyon: I- Temel yaşam desteği. Gazi Tıp Dergisi 2010; 16: 2-1.
2. Balcı B, Keskin Ö, Karabağ Y. Kardiyopulmoner resusitasyon. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2011; 1:46-41.
3. Travers, AH. Part 4: CPR overview: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010; 122(3):676-84. [Crossref]

4. Humphries LR, Stone KC. Güncel Tanı ve Tedavi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2012. s. 141-113.
5. Wik L, Hansen TB, Fylling F, Steen T, Vaagenes P, Auestad BH. Delaying defibrillation o give basic cardiopulmonary resuscitation to patients without-of-hospital ventricular fibrillation: a randomized trial. JAMA 2003; 289(11):1339-95. [Crossref]
6. Çete Y. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Son Gelişmeler. Acil Tıp Dergisi 2000; 1:13-1.
7. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association: Guidelines for the appropriate use of do not resuscitate orders, JAMA 1991; 265:1868-71. [Crossref]
8. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association: Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care I: Part I. Introduction. JAMA 1992; 268:2171-83. [Crossref]
9. Handley AJ, Becker LB, Allen M, Drenth A, Kramer EB, Montgomery WH. Single rescuer adult basic life support: An Advisory Statement from the Basic Life Support Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation 1997; 34:101-8. [Crossref]
10. Çertuğ A. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Kılavuzu. KPR' 99. İstanbul: Logos Tıp Yayınevi; 1999. s. 28-12.
11. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R. Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010; 122(3), 656-640.
12. "HemşirelikYönetmeliği" <http://www.hemed.org.tr>, Erişim 06.11.17.
13. Altınay F. Sağlık çalışanları arasında Kardiyopulmoner resüsitasyon bilgi düzeyinin belirlenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi/ Meram Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi. 2015.
14. Tunstall PH, Bailey L, Chamberlain DA, Chamberlain DA, Marsden AK, Ward ME. Survey of 3765 cardiopulmonary resuscitations in British Hospitals (the BRESUS study). Brit Med J 1992; 304: 1351-1347. [Crossref]
15. Çelik E. Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. 2008.
16. Erdur B. Hemşirelere verilen bir günlük kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminin uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi. 2009.
17. Kımaz S, Soysal S, Çımrın AH, Günay T. 112 acil sağlık hizmetlerinde görevli doktorların temel yaşam desteği, ileri kardiyak yaşam desteği ve doktorların adli sorumlulukları konularındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi 2006; 12: 67-59.
18. Uzun H. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görevli doktorların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki bilgi düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi. 2012.
19. Sener S, Ersoy G, Özseraç M, Aksay E, Koyuncu N. The current status and factors affecting the level of knowledge regarding basic life support measured in resident physicians. Deü Tıp Fak Dergisi 2006; 20(2): 101-95.
20. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemşirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir>. Erişim tarihi:20.10.16
21. Sener S, Yaylacı S. 2010 Kardiyopulmoner resüsitasyon ve acil kardiyovasküler bakım kılavuzu: iki kılavuz ve günlük pratiğimizdeki önemli değişiklikler. Turk J Emerg Med 2010; 10(4): 208-199.
22. Sayre MR, O'Connor RE, Atkins DL, Billi JE, Callaway CW, Shuster M. et al. Part 2: evidence evaluation and management of potential or perceived conflicts of interest: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010; 122(18):657-64. [Crossref]
23. Yılmaz D. Hemşirelere verilen kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminin bilgi düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. 2013.
24. Kirazaldı YY. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktorların kardiyopulmoner resüsitasyona yönelik bilgi düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi. 2016.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği İmaj Algısının Değerlendirilmesi

Evaluation of Nursing Image Perceptions among Students in Faculty of Health Sciences

Şerife Naz Bozdoğan , Büşra Demirci , Erdal Ceylan , Bahar Vardar İnkaya 

Öz

Amaç: Bu araştırma sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin hemşirelik mesleki imaj algısının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın örneklemi Odyoloji, Beslenme-Diyetetik ve Fizyoterapi-Rehabilitasyon bölümlerinde eğitim gören 120 öğrenciden oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında demografik verilere yönelik sorular ve hemşirelik imajına yönelik ifadelerden oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik hesaplamalar ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin büyük çoğunluğu hemşirelik mesleğinin saygın, profesyonel ve değerli bir meslek olduğunu ve hemşirelerin en az lisans düzeyinde eğitim almaları gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca öğrencilerin büyük bir kısmı hemşirelik mesleğinin sadece kadınlara özgü bir meslek olmadığını; hemşirelerin bilgi seviyesinin de en az doktorların bilgi seviyesi kadar önemli olduğunu; ve hemşirelerin görevinin sadece enjeksiyon ve tansiyon ölçmekten ibaret olmadığını belirtmişlerdir. Fakat bunun yanında öğrencilerin yarıya yakınının hemşireleri doktor yardımcısı olarak gördükleri belirlenmiştir.

Sonuç: Öğrencilerin neredeyse yarısının hemşirelerin doktor yardımcısı olduğunu ifade etmeleri dışında çalışmamıza katılan öğrencilerin algıladıkları hemşirelik imajının genel olarak iyi seviyede olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik imajı, hemşirelik, beslenme-diyetetik, odyoloji, fizyoterapi

ABSTRACT

Aim: This study was conducted in order to explore the image of nursing as perceived by audiology, nutrition and physiotherapy-rehabilitation students.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 120 students studying in the departments of Audiology, Nutrition-Dietetics and Physiotherapy and Rehabilitation. The questionnaire form consisting of the statements about the demographic data and the image of the nursing image was used for data collection. Number, percentage calculations and Chi-square test were used for data analysis.

Results: Most of the students stated nursing as a respectable, professional and valuable profession and nurses should have at least undergraduate education. In addition, most of the students stated that the nursing profession is not only a profession specific to women; the knowledge level of nurses is as important as the knowledge level of doctors; and that nurses' duties are not merely to make injection and measure blood pressure. However, it was also determined that almost half of the students thought that nurses are doctors' assistants.

Conclusion: Apart from the fact that almost half of the students stated that nurses were doctors' assistants, the perceived nursing image of the students participating in our study was found to be generally good.

Keywords: Nursing image, nursing, nutrition-dietetics, audiology, physiotherapy

Received/Geliş: 30.07.2019

Accepted/Kabul: 26.01.2021

Published Online: 15.04.2022

Cite as: Bozdoğan ŞN, Demirci B, Ceylan E, Vardar İnkaya B. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin hemşirelik mesleği imaj algısının değerlendirilmesi. Jaren. 2021;7(1):10-18.

Erdal Ceylan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
Bölümü, Ankara, Türkiye

 erdalcyn.ec@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8614-806X

Ş. N. Bozdoğan 0000-0002-5889-8373

Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi,
Ankara, Türkiye

B. Demirci 0000-0002-6270-8974

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Karabük, Türkiye

B. Vardar İnkaya

0000-0002-9151-6795

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
Bölümü, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Hemşirelik, bilimsel bilgi ve beceri ile bireye, aileye ve topluma holistik bakım veren profesyonel bir meslektir ⁽¹⁾. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing- ICN) hemşireliği; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruyan ve geliştiren, hastalık halinde iyileşme ve rehabilite etme sürecine katılan meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirir ve uygulamaya katılır” şeklinde tanımlamaktadır ⁽²⁾. Hemşire verdiği bakım ile birey, aile ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi, hastalıkları önlemeyi, sağlığa yeniden kavuşturmayı hedefler ⁽¹⁾.

Tarihsel sürece baktığımızda; geçmişte hemşirelik uygulamalarının tedavi ve hasta bakımı uygulamalarıyla sınırlı olduğu görülmektedir ⁽²⁾. Fakat günümüzde hemşirelik uygulama alanı genişlemiş ve yeni boyutlar kazanmıştır. Bu değişim ve gelişim hemşirenin yeni rollere yönelmesine yol açmıştır ⁽³⁾. Bu roller; bakım verme, eğitim, araştırma, yöneticilik, karar verme, hasta savunuculuğu, iletişim ve eşgüdüm sağlama, rehabilitasyon, tedavi, kariyer geliştirme, özerk ve sorumluluk sahibi olma ve danışmanlıktır ⁽⁴⁾.

Günümüzde hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde başarılı bir sağlık bakımının önemli bir belirleyicisi konumundadır. Ancak bu kadar önemli bir işlevi yerine getirmekle birlikte hemşirelik mesleği, hem toplumsal hem de mesleki imaj açısından da hak ettiği konuma gelememiştir ^(5,6). İmaj kavramı, bir kimsenin, bir topluluğun veya bir kurumun kendisi ile ilgili olarak başkalarında yaratmak istediği ya da bıraktığı izlenim olarak tanımlanmaktadır ⁽⁶⁾. Meslek imajı ise bir grubun toplum tarafından değerlendirilmesi ve bu değerlerin yaygın biçimde kabul edilmesidir ⁽⁷⁾. Kalisch hemşirelik imajını “insanların hemşireler ve hemşirelik ile ilgili inançlarının, fikirlerinin ve izlenimlerinin toplamı” olarak tanımlamıştır ⁽⁸⁾. Meslekten ayrı düşünilemeyen imaj, görünen ve gözlenebilen tüm ifade ve izlenimlerin, karşı tarafta oluşturduğu algılanma biçimi olarak ifade edilmektedir. Buna göre hemşirelik imajı, bireylerin hemşirelik mesleğine ilişkin görüş ve tutumlarından oluşmakta ve toplumun mesleğe bakış açısından etkilenmektedir ⁽⁹⁾.

Son yıllarda gerçekleşen teknolojik ve politik gelişmeler sağlık sisteminin hizmet sunucularından birisi olan hemşirelerin rol ve işlevlerinde değişiklik meydana getirmektedir. Tedavi edici hizmetlerden

çok koruyucu hizmetlerin ön plana çıkması, hasta bireyden, sağlıklı birey ve ailesine yönelmeyi gerektirmektedir. Bu durum hemşirenin görev ve sorumluluklarını etkilemektedir. Özellikle bakım verici rolünün yanı sıra eğitici, danışman, karar verici, yönetici ve koordinatör rollerini ön plana çıkarmaktadır. Böylece hemşirelik mesleği geleneksel hemşirelik modelinden profesyonelliğe doğru bir süreç yaşamaktadır ⁽¹⁰⁾. Hemşirelik imajının olumlu yönde ilerlemesine yönelik bir başka gelişme de üniversitelerde yüksek lisans ve doktora eğitiminin gün geçtikçe yaygınlaşmasıdır. Son 30 yıldır hemşirelik teorisyenleri ve eğitimcilerinin katkılarıyla hemşirelik akademik bir disiplin olma yolunda hızla ilerlemiş, hemşirelik eğitiminin lise ve kolejlerden çok yükseköğretimde verilmesi için çalışmalar yapılmıştır. Böylece hemşirelikte uzmanlık alanları ortaya çıkmış ve hemşirelik eğitimi lisansüstü düzeyde eğitim ve diploma veren bir bilimsel disiplin konumuna gelmiştir ⁽¹¹⁾. Ülkemizde 2014 yılı itibarıyla hemşirelik yüksek lisans programlarının sayısı 46’sı devlet, 12’si vakıf olmak üzere 58’e, doktora programlarının sayısı 18’i devlet, 3’ü vakıf olmak üzere 21’e ulaşmıştır ⁽¹²⁾. Dolayısıyla hemşirelik alanında yapılan bilimsel araştırma sayısında da bir artış söz konusudur. Bu araştırmalarla elde edilen kanıta dayalı bulguların hemşirelik uygulamalarına yansıtılması hemşirelik uygulamalarının niteliğinin artmasına, daha kaliteli bakım verilmesine, bilimsel bilgi birikiminin artmasına, çağın gereksinimlerini takip edebilmeye ve dolayısıyla hemşirelik imajının iyileşmesine katkıda bulunmaktadır. Çünkü hemşirelerin mesleki saygınlığının en önemli yollarından biri kanıta dayalı çalışmalar yapmaktır ⁽¹³⁾. Ülkemizde 2011 yılında çıkarılan hemşirelik yönetmeliği ve 2011 yılında çıkarılan “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”te hemşireler daha profesyonel kabul edilmiş ve özel dal hemşirelerinin görev tanımları yönetmelikte yer almıştır. Bu da hemşirelik imajı ve hemşirelik mesleğinin saygınlığı için diğer bir önemli gelişme olmuştur ⁽¹¹⁾. Fakat Türkiye’de ve dünyada hemşirelik mesleği, sağlık ekibi içerisinde önemli bir yere sahip olmasına rağmen halen hak ettiği değeri ve saygınlığı kazanamamıştır ⁽⁵⁾. Toplum tarafından hemşireler sadece hastadan kan alan, tansiyon ölçen bireyler olarak bilinmektedir ve hemşirelerin üniversite eğitimi aldıkları toplumun çoğu tarafından bilinmemektedir ⁽¹¹⁾. Hemşirelerin farklı eğitim düzeylerinin olması ^(7,9), hemşirelerin amaç dışı roller üstlenmeleri, otonomi düzeyi, kan ve atıklarla yakından temas gerektiren bir meslek olması ⁽⁷⁾, ücret, diğer sağlık çalışanları tarafından görev ve sorumluluklarının yeterince bilinmemesi, iş koşulları,

mesleki risklerin fazla olması ve hemşirelerin medyadaki olumsuz tasviri (doktorun yardımcısı olarak gösterme, cinsel obje olarak gösterme) ^(7,8) gibi nedenler toplumdaki hemşirelik imajını olumsuz etkilemektedir ^(7,8). Bu nedenle de ülkemizde hemşirelik mesleği olması gereken konuma ve değere henüz ulaşamamıştır ⁽¹¹⁾.

Ülkemizde sağlık bilimleri fakültesi çatısındaki bölümlerde okuyan öğrencilerinin hemşirelik imaj algısı ile ilgili sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Yapılan bu çalışmalarda genel olarak algılanan hemşirelik imajının istenlik düzeyde olmadığı görülmektedir. Kızılıçık-Özkan ve arkadaşlarının 360 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada katılımcıların hemşirelik imaj algısının orta düzeyde olduğu görülmüştür ⁽⁹⁾. Ayaz ve Yaman'ın 370 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun hemşirelik mesleğinin statüsünü düşük olarak ve yarıdan fazlasının hemşireleri hekimin yardımcısı olarak değerlendirdikleri bulunmuştur ⁽¹⁾. Anadolu Sağlık Meslek Lisesinde öğrenim gören 908 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları diğer bir çalışmada çalışmaya katılan öğrencilerin hemşirelik mesleği imajını olumsuz olarak algıladıkları belirlenmiştir ⁽¹⁴⁾. Sis Çelik ve arkadaşlarının 18 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmada da benzer olarak hemşirelik imaj algısının orta düzeyde olumlu olduğu görülmüştür ⁽¹⁵⁾.

Dünyada hemşirelik imajı değerlendirildiğinde hemşirelik mesleği ile ilgili olumsuz algıların olduğu görülmektedir ⁽¹⁶⁾. Endonezya ve İran'da yapılan çalışmalarda hemşirelerin hekimlerin asistanı olarak görüldüğü belirlenmiştir ^(17,18). Hırvatistan'da yapılan bir çalışmaya göre genel nüfus içinde hemşirelik mesleği ağır ve stresli, düşük ücretli ve saygı görmeyen bir meslek olarak algılanmaktadır ⁽¹⁹⁾. Amerika'da yapılan bir çalışmada da hastanelerde çalışan hemşirelerin mesleğe ilişkin algılarının olumsuz olduğu belirlenmiştir ⁽²⁰⁾.

Toplumdaki hemşirelik mesleki imaj algısı, hemşirelik mesleğini, meslek üyelerini, hemşirelerin meslekten aldıkları doyumunu, verdikleri bakımın kalitesini ve mesleğe bakış açılarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir ^(15,21). Hemşirelik imajını olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması, olumlu etkileyen faktörlerin geliştirilerek sürdürülmesi açısından sağlık bilimlerine ait farklı bölümlerdeki öğrencilerin algıladıkları hemşirelik imajının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ülkemizde hemşirelik mesleği

imaj algısını değerlendirmek amacıyla hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve toplum ile yapılmış çalışmalar olmasına rağmen hemşirelerle aynı ekibin içerisinde yer alan Odyoloji, Beslenme-Diyetetik ve Fizyoterapi-Rehabilitasyon bölümü öğrencileri gibi diğer sağlık bakım profesyonelleri ile yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Buradan yola çıkarak bu araştırma odyoloji, beslenme-diyetetik, fizyoterapi-rehabilitasyon öğrencilerinin hemşirelik mesleki imajının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma ile geleceğin hemşireleri ile beraber aynı ekip içerisinde yer alacak sağlık bakım profesyonellerinin hemşirelik imaj algısı ortaya koyulacaktır.

Araştırma sorusu

Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin hemşirelik mesleki imaj algısı nasıldır?

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma Nisan 2018 tarihinde Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Odyoloji, Beslenme-Diyetetik ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Odyoloji, Beslenme-Diyetetik ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinde eğitim gören 201 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş olup örneklem büyüklüğünün sağlanabilmesi için her bölümden çalışmaya katılmayı kabul eden 40'ar kişi araştırmaya dahil edilerek çalışmanın örnekleme 120 kişiden oluşturulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında 3 tane demografik soru (doğum tarihi, bölümü ve ailede hemşire varlığı) ve literatür doğrultusunda hemşirelik imajına yönelik ifadelerden oluşan 14 maddelik anket formu kullanılmıştır ^(1,7,8,11,15). Öğrencilerden hemşirelik imajına yönelik ifadelerden her birine "Katılmıyorum", "Kararsızım" veya "Katılıyorum" ifadelerinden kendileri için en uygun olanı belirtmeleri istenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya katılmayı kabul eden 120 öğrenciye araştırmanın ne olduğu, amacı, önemi ve veri toplama formları ile ilgili bilgi verildikten sonra kişisel

bilgilerinin gizli tutulacağı ve doldurdukları anketler ile kişisel bilgilerine araştırmacılardan başka kimsenin ulaşamayacağı konularında bilgilendirme yapılarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Daha sonra anket formları kendilerine verilerek doldurmaları istenmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan (Tarih:18.05.2018, No:20) ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programında yapılmış olup tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden sayı ve yüzdelik hesaplamalar ve Ki kare testi kullanılarak analiz yapılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın örnekleminin yalnızca bir kurumda öğrenim görmek olan tek bir fakültenin öğrencilerinden seçilmiş olması araştırmanın temel sınırlılığıdır.

BULGULAR

Çalışmamıza Beslenme (n=40), Odyoloji (n=40) ve FTR (n=40) bölümlerinden toplam 120 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalamaları $19,92 \pm 1,09$ olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin %33,1'inin (n=39) ailesinde hemşire olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin hemşirelik imaj algısına yönelik önermelere verdikleri cevaplar incelenmiştir. "Hemşireler, doktorların yardımcısıdır." önermesine öğrencilerin %45,8'i (n=55) "Katılıyorum" cevabını vermişlerdir. Yapılan ki kare testinde bölümler arası bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.414$). Öğrencilerin %84,2'si (n=101) hemşireliğin profesyonel bir meslek

olduğunu ve %42,5'i (n=51) hemşirelerin çalışma koşullarının rahat ve kolay olduğunu düşünmektedir. "Hemşirelik kadınlara özgü bir meslektir." önermesine öğrencilerin %86,7'sinin (n=104) katılmadığı görülmüştür. Verilen cevapların oranları birbirine çok yakın olmakla birlikte öğrencilerin %35,8'i (n=43) hemşireliğin kolay iş bulma imkanı olan bir meslek olması nedeniyle seçildiği görüşüne sahiptir (Tablo 2).

Çalışmamızda "Hemşirelerin bakım verdikleri hastalarıyla iletişimleri iyidir." önermesine öğrencilerin yalnızca %33,3'ü (n=40) katılıyorum cevabını vermişlerdir. Öğrencilerin %90'ı (n=108) hemşirelerin en az lisans düzeyinde eğitim alması gerektiği ve %95'i (n=114) hemşireliğin saygı duyulması gereken bir meslek olduğu konusunda hemfikirlerdir. Buna paralel olarak "Hemşirelerin görevi sadece enjeksiyon ve tansiyon ölçmektir." önermesine sadece 3 öğrenci katılıyorum cevabını verirken öğrencilerin %84,2'si hemşirelerin görevinin sadece enjeksiyon ve tansiyon ölçmekten ibaret olmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin %90'ının (n=108) "Hemşirelerin bilgi düzeyinin bir önemi yok, asıl bilgi doktordadır." önermesine katılmadıklarını ve neredeyse tamamı %92,5'i (n=111) hemşireliğin değerli bir meslek olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Çalışmamızda katılımcılara medyada hemşirelerin yansıtılışı hakkındaki fikirleri de sorulmuştur. Öğrencilerin sadece %12,5'i (n=15) medyada hemşirelerin yansıtılışının gerçeklerle uyumlu olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelik mesleği profesyonel açıdan bakıldığında değerli bir bilgi birikimi olan, hem teorik bilgi hem de uygulama bilgisini içeren önemli bir meslektir. Fakat çalışmamızda öğrencilerin %39,2'si (n=47) hemşireliğin teorik bilgiden çok el becerisine dayanan bir meslek olarak ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Hemşirelerin sağlık ekibi içerisinde hastalarla en fazla vakit geçiren sağlık ekibi üyesi olduğu bilinen bir gerçek olmasına rağmen öğrencilerin sadece %55,8'i "Hemşireler, hastalarla en fazla vakit geçiren sağlık çalışanlarıdır." önermesine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Son olarak da "Hemşireler, mesleklerini yapmakta isteksiz kişilerdir." önermesine öğrencilerin %47,5'inin (n=57) kararsızım cevabını verirken, %45,8'i (n=55) ise bu önermeye katılmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin önermelere verdikleri cevapların tamamı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özellikleri

Bölüm	N	%
Fizyoterapi-Rehabilitasyon	40	%33.3
Odyoloji	40	%33.3
Beslenme	40	%33.3
Ailede Hemşire olma Durumu		
Evet	39	%33.1
Hayır	79	%66.9
Yaş Ortalaması	19.92 $\pm$ 1.09 (Min:19, Max:27)	

Tablo 2. Öğrencilerin Bölümlerine Göre Hemşirelik Meslek İmajına Yönelik Görüşleri

BÖLÜM	FTR			ODYOLOJİ			BESLENME			TÜM BÖLÜMLER		
	Evet (n) (%)	Hayır (n) (%)	Kararsız (n) (%)	Evet (n) (%)	Hayır (n) (%)	Kararsız (n) (%)	Evet (n) (%)	Hayır (n) (%)	Kararsız (n) (%)	Evet (n) (%)	Hayır (n) (%)	Kararsız (n) (%)
İFADELER												
Hemşireler, doktorların yardımcısıdır.	19 (47,5)	12 (30)	9 (22,5)	21 (52,5)	10 (25)	9 (22,5)	15 (37,5)	18 (45)	7 (17,5)	55 (45,8)	40 (33,3)	25 (20,8)
Hemşirelik, profesyonel bir meslektir.	35 (87,5)	1 (2,5)	4 (10)	27 (67,5)	3 (7,5)	10 (25)	39 (97,5)	0 (0)	1 (2,5)	101 (84,2)	4 (3,3)	15 (12,5)
Hemşirelerin çalışma koşulları rahat ve kolaydır.	3 (7,5)	22 (55)	15 (37,5)	4 (10)	25 (62,5)	11 (27,5)	1 (2,5)	22 (55)	17 (42,5)	8 (6,7)	69 (57,5)	43 (35,8)
Hemşirelik, kadınlara özgü bir meslektir.	1 (2,5)	33 (82,5)	6 (15)	3 (7,5)	33 (82,5)	4 (10)	0 (0)	38 (95)	2 (5)	4 (3,3)	104 (86,7)	12 (10)
Hemşirelik kolay iş bulma imkanları nedeniyle seçilmektedir	16 (40)	11 (27,5)	13 (32,5)	18 (45)	10 (25)	12 (30)	9 (22,5)	18 (45)	13 (32,5)	43 (35,8)	39 (32,5)	38 (31,7)
Hemşirelerin bakım verdikleri hastalarıyla iletişimleri iyidir.	15 (37,5)	5 (12,5)	20 (50)	15 (37,5)	3 (7,5)	22 (55)	10 (25)	4 (10)	26 (65)	40 (33,3)	12 (10)	68 (56,7)
Hemşirelik, saygı duyulması gereken bir meslektir.	38 (95)	0	2 (5)	36 (90)	0 (0)	4 (10)	40 (100)	0 (0)	0 (0)	114 (95)	0 (0)	6 (5)
Medyada hemşirelerin yansıtışı gerçeklerle uyumludur.	5 (12,5)	15 (37,5)	20 (50)	8 (20)	8 (20)	24 (60)	2 (5)	8 (20)	30 (75)	15 (12,5)	31 (25,8)	74 (61,7)
Hemşirelik, teorik bilgidan çok el becerisine dayanan bir meslektir.	19 (47,5)	8 (20)	13 (32,5)	17 (42,5)	12 (30)	11 (27,5)	11 (27,5)	12 (30)	17 (42,5)	47 (39,2)	32 (26,7)	41 (34,2)
Hemşireler en az lisans düzeyinde eğitim almalıdır.	35 (87,5)	1 (2,5)	4 (10)	36 (90)	1 (2,5)	3 (7,5)	37 (92,5)	2 (5)	1 (2,5)	108 (90)	4 (3,3)	8 (6,7)
Hemşireler, hastalarla en fazla vakit geçiren sağlık çalışanlarıdır.	20 (50)	6 (15)	14 (35)	28 (70)	4 (10)	8 (20)	19 (47,5)	2 (5)	19 (47,5)	67 (55,8)	12 (10)	41 (34,2)
Hemşirelerin görevi sadece enjeksiyon ve tansiyon ölçmektir	1 (2,5)	35 (87,5)	4 (10)	1 (2,5)	31 (77,5)	8 (20)	1 (2,5)	35 (87,5)	4 (10)	3 (2,5)	101 (84,2)	16 (13,3)
Hemşireler, mesleklerini yapmakta isteksiz kişilerdir.	4 (10)	21 (52,5)	15 (37,5)	2 (5)	22 (55)	16 (40)	2 (5)	12 (30)	26 (65)	8 (6,7)	55 (45,8)	57 (47,5)
Hemşirelerin eğitim düzeyinin bir önemi yok, asıl bilgi doktordadır.	3 (7,5)	35 (87,5)	2 (5)	1 (2,5)	35 (87,5)	4 (10)	2 (5)	38 (95)	0 (0)	6 (5)	108 (90)	6 (5)
Hemşirelik, değerli bir meslektir.	36 (90)	0 (0)	4 (10)	38 (95)	0 (0)	2 (5)	37 (92,5)	3 (7,5)	0 (0)	111 (92,5)	3 (2,5)	6 (5)

TARTIŞMA

Toplumdaki hemşirelik mesleki imaj algısı, hemşirelik mesleğini, meslek üyelerini, hemşirelerin meslekten aldıkları doyumunu, verdikleri bakımın kalitesini ve mesleğe bakış açılarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Buradan yola çıkarak farklı sağlık meslek bölümlerinde okuyan öğrencilerin hemşirelik mesleki imaj algısının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada öğrencilerin hemşirelik imaj algısının genel olarak iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Öğrencilerin büyük çoğunluğu hemşirelik mesleğinin saygın, profesyonel ve değerli bir meslek olduğunu, hemşirelerin en az lisans düzeyinde eğitim almaları gerektiğini, hemşirelerin hastalarla en fazla vakit geçiren sağlık çalışanları olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca öğrencilerin yine büyük bir kısmının hemşirelik mesleğinin sadece kadınlara özgü bir meslek olduğu, hemşirelerin bilgi seviyesinin önemli olmayıp doktorların bilgi seviyesinin daha önemli olduğu, hemşirelerin görevinin sadece enjeksiyon ve tansiyon ölçmekten ibaret olduğu, hemşirelerin çalışma koşullarının rahat olduğu ve hemşirelerin mesleklerini yapmakta isteksiz kişiler olduğu görüşlerine katılmamaları da öğrencilerin hemşirelik imaj algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Fakat hemşirelik mesleğinin doktorlardan ayrı profesyonel ve bağımsız bir meslek olmasına rağmen öğrencilerin yarıya yakınının hemşirelerin doktor yardımcısı olduğunu ifade etmeleri öğrencilerin hemşirelik mesleğine karşı olumsuz algılarından biri olarak karşımıza çıkmıştır. Literatür incelendiğinde hemşireler, erişkin bireyler ve sağlık bilimleri fakültesi bölümlerinde okuyan öğrencilerde yapılan çalışmalarda genel olarak hemşirelik imaj algısının orta ve düşük seviyede olduğu görülmüştür. Doktor, hemşire, hasta ve hasta yakınları olmak üzere 487 kişinin algıladıkları hemşirelik imajının değerlendirildiği bir çalışmada (2008) katılımcıların hemşirelik imaj algısının düşük olduğu belirlenmiştir ⁽⁸⁾. Ayaz ve Yaman'ın (2017) hemşire, hekim, eczacı, diş hekimi, diyetisyen ve fizyoterapistlerden oluşan 370 sağlık profesyoneli ile yaptıkları çalışmada da sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun hemşirelik mesleğinin statüsünü düşük olarak değerlendirmişlerdir. Ayrıca yarıdan fazlasının hemşireleri hekimin yardımcısı olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir ⁽¹⁾. Anadolu Sağlık Meslek Lisesinde öğrenim gören 908 hemşirelik öğrencisi ile yapılan diğer bir çalışmada çalışmaya katılan öğrencilerin hemşirelik mesleği imajı algısının olumsuz olduğu belirlenmiştir ⁽¹⁴⁾. Sis Çelik ve arkadaşlarının 18 yaş üstü bireylerle yaptığı başka bir

çalışmada da benzer olarak hemşirelik imaj algısının orta düzeyde olduğu görülmüştür (15). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatürün aksine çalışmaya katılan öğrencilerin hemşirelik imaj algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin hemşirelik imaj algısının yüksek olmasının sebeplerinin hemşirelik, odyoloji, beslenme-diyetetik ve fizyoterapi-rehabilitasyon bölümlerinin aynı kampüste yer alması, hemşirelik öğrencilerinin diğer sağlık bölümleri öğrencileriyle iç içe olması, bu bölümlerdeki öğrencilerin benzer hocalardan aldıkları derslerde bir araya gelmeleri ve bu sayede meslek tanımları ile ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahip olma fırsatı bulmaları olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu hemşireliğin profesyonel, değerli ve saygı duyulması gereken bir meslek olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde Özpancar ve arkadaşlarının hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlendiği çalışmalarında öğrencilerin üçte ikisi "hemşirelik toplumda değer verilen bir meslektir" ifadesine, yine üçte ikisi "hemşirelik mesleği toplumda önemli bir statüye sahiptir" ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir ⁽²¹⁾. Mohamed ve El-Sayed'in (2013) 386 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin neredeyse tamamı diğer sağlık profesyonellerinin hemşirelik mesleğine saygı duyduklarını ifade etmişlerdir ⁽²²⁾. Doktor, hemşire, hasta ve hasta yakınları ile yürütülen bir başka çalışmada da katılımcıların neredeyse tamamı hemşireliğin asil bir meslek olduğunu belirtmişlerdir ⁽⁸⁾. Bir işin meslek sayılabilmesi için toplumun sağlığı ve insanlık için hayati olan hizmetleri sunması, araştırmalarla sürekli yenilenen bir bilgi birikimi olması, meslek üyelerinin eğitim düzeyine sahip olması, meslek üyelerinin bağımsız olması, mesleki etik kodlarının olması ve mesleki örgütünün olması gerekmektedir ⁽²³⁾. Hemşirelik mesleğinin tüm bu ölçütleri sağlaması profesyonelliği beraberinde getirmektedir. Profesyonel hemşirelik kimliği de hemşireliğin hem toplumsal imajının hem de meslek üyelerinin algıladığı meslek imajının daha iyi hale gelmesini sağlamaktadır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu hemşireliğin kadınlara özgü bir meslek olduğu önermesine katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Erzurum ilinde bir tanesi erişkin bireyler ve biri tıp, mühendislik, eczacılık, işletme, eğitim ve ziraat fakültelerinde eğitim gören 298 üniversite öğrencisi olmak üzere iki farklı örnekleme yapılan iki farklı çalışmada katılımcıların çoğunun erkek

hemşire düşüncesini onaylamadıkları, hemşireliğin kadın mesleği olması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir ^(24,25). Pakistan’da doktor, hemşire, hasta ve hasta yakınlarından alınan görüşlere göre erkek hemşirelerin hemşirelikte kolayca kabul edilmediği, hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olarak algılandığı görülmektedir ⁽⁸⁾. Çalışmamızın sonucuyla benzerlik göstermeyen bu çalışmalarda elde edilen hemşirelik mesleğinin daha çok kadına atfedilmesi sonucunun, çalışmaların yapıldığı bölgelerin sosyodemografik yapısından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Toplumun eğitim seviyesinin artması, hemşirelik bölümlerinde okuyan ve mezun olan erkek öğrencilerin sayısının artması, erkek hemşireler ile ilgili olumlu görüşlerin yaygınlaşması ve bu çalışmanın yapıldığı yerdeki öğrencilerin sosyodemografik yapısının bahsedilen diğer çalışmalardaki örneklem gruplarının sosyodemografik yapısından farklı olması sebebiyle böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin hemen hemen tamamı hemşirelik mesleğini yapan kişilerin en az lisans düzeyinde eğitim almaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Yine öğrencilerin neredeyse tamamı “Hemşirelerin eğitim düzeyinin bir önemi yok, asıl bilgi doktordadır” önermesine katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan değişik çalışmalarda da hemşirelerin eğitimi nasıl olmalıdır sorusuna verilen cevaplar aynı olup çalışmamızdaki bu sonuca paralel olarak hemşirelerin en az lisans düzeyinde eğitime sahip olmaları gerektiğini düşündükleri görülmüştür ^(8,23,24,26). Hemşireliğin modern rolleri düşünüldüğünde hemşirelere bunun için gerekli olan tecrübe ve bilgiyi sağlayabilecek, bilgi gereksinimlerini karşılayabilecek en uygun eğitim lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimidir.

Toplum tarafından hemşireler çoğu zaman hastadan kan alan, ateş ölçen, enjeksiyon yapan ve tansiyon ölçen sağlık profesyonelleri olarak bilinmektedir ^(11,24,25). Örneğin Marcinowicz ve arkadaşlarının 900 tıp öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada çalışmaya katılan tıp öğrencileri hemşirelerin en önemli işlevlerinin ilaç tedavisi, yaşamsal bulguların kaydedilmesi ve intravenöz tedavi uygulanması olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca öğrenciler; tedavi ve ilaçlar hakkında hastayı bilgilendirme, hasta ailesini destekleme gibi teorik bilgi gerektiren uygulamaların hemşirelerin majör değil, minör rolleri olduğunu ifade etmişlerdir ⁽²⁷⁾. Çalışmamızda ise “Hemşirelerin görevi sadece enjeksiyon ve tansiyon ölçmektir.” önermesine öğrencilerin büyük bir çoğunluğu

katılmamışlardır. Ayrıca öğrencilerin yarısından fazlası “Hemşirelik, teorik bilgiden çok el becerisine dayanan bir meslektir.” önermesine katılmayarak hemşirelik mesleğinin daha çok el becerisine dayanan bir meslek olduğu görüşüne katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Lisans ve lisansüstü eğitim mezunu hemşirelerin sayısının ve hastanelerdeki istihdam oranlarının artması ile bakım, eğitim, araştırma, yöneticilik, savunuculuk, rehabilitasyon, tedavi, kariyer geliştirme, özerk ve sorumluluk sahibi olma ve danışmanlık gibi hemşirelik rolleri günümüzde uygulamaya daha çok yansıtılabilmektedir. Bu sonucun, genç öğrenci grubunun gerek kendileri, gerekse yakınları sağlık hizmetlerinden faydalanan hemşirelerin bakım, tedavi, eğitim, araştırma, hasta savunuculuğu ve rehabilitasyon gibi rollerini gözlemleyip, deneyimlemeleri nedeni ile olumlu yönde bir algı oluşturmuş olmaları ile açıklanabilir.

Öğrencilerin tamamına yakınının hemşirelerin çalışma koşullarının iyi olmadığını, fakat üçte biri kolay iş bulma imkanı sağlaması açısından tercih edildiğini belirtmiştir. Şirin ve arkadaşlarının (2008) hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşlerini incelemek için 164 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin yarıya yakını hemşirelik mesleğini seçmede en önemli etkenin kolay iş bulma imkanı olduğunu ifade etmişlerdir ⁽²⁸⁾. Kahraman ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş olup hemşirelik öğrencileri hemşirelik mesleğini ekonomi ve istihdam açısından avantajlı bir meslek olarak görmektedirler. Hemşirelik bölümünden mezun olan öğrencilerin Kamu Personeli Seçme Sınavı’ndan aldıkları düşük puanlarla bile atanabilmeleri, ülkemizde kamu sağlık kurumlarına senede en az iki defa hemşire istihdamının yapılması, özel ve devlet hastanelerindeki hemşire açığının olması ve buna bağlı olarak yoğun bir şekilde hemşire talebi olması sebebiyle hemşirelik mesleği ile ilgili kolay atama yapılabilen bir meslek algısı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin büyük bir kısmı medyada hemşirelerin yanlış ve gerçekte uyumlu olmayan şekilde yansıtıldığını ifade etmiştir. Medyada dizi, film ve video klipler incelenerek hemşirelik imajının değerlendirildiği çeşitli çalışmalarda medyada olumsuz bir hemşire imajı oluşturulduğu görülmektedir. Hemşire olarak gösterilen oyuncuların büyük bir kısmının kadın olduğu, mesleki yönlerinden çok bedensel özelliklerinin ön planda tutulduğu, cinsel obje olarak yansıtıldığı bağımsız rolleri

olmayıp doktorun yardımcısı olan pasif bir sağlık elemanı olarak gösterildiği, sağlık kurumlarında geçen sahnelerde tüm hayati girişimlerin hekimler tarafından uygulandığı, hemşirelerin daha yetkisiz ve gereksiz sergilendiği görülmüştür. Ayrıca mesleki açıdan, görev, yetki, sorumlulukları ve rollerinin çağdaş hemşirelik rolleriyle uyumlu olmadığı ve bunların doğru olarak yansıtılmadığı görülmektedir⁽²⁹⁾. Gazetelerde yer alan haberler incelendiğinde mevcut haberlerin tamamına yakınının hemşireliğin bilimsel tarafından çok çoğunlukla olumsuz bireysel ilişkiler, intihar, malpraktis gibi mesleğe karşı kötü duygular uyandıran haberler oldukları tespit edilmiştir⁽³⁰⁾. Hemşirelik öğrencileri ve erişkinlerle yapılan iki farklı çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğu medyada yansıtılan hemşire imajının gerçeklere uyumlu olmadığını belirtmişlerdir^(26,31). Öğrencilerin medyada yansıtılan hemşirelik imajının gerçeklerle örtüşmediği konusunda farkında olmaları önemli bir sonuçtur.

Çalışmamızdaki öğrencilerin neredeyse yarıya yakınının (%45,8) hemşirelerin doktorların yardımcısı olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Ayaz ve Yaman'ın (2017) hemşire, hekim, eczacı, diş hekimi, diyetisyen ve fizyoterapistlerden oluşan 370 sağlık profesyoneli ile yaptıkları çalışmada da sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun (Hekimlerin %60'ı, eczacıların %68,6'sı, diş hekimlerinin %94,3'ü, diyetisyenlerin %73,7'si ve fizyoterapistlerin %76,9'u) "Hemşireler doktorun asistanıdır." ifadesinde hemfikir oldukları görülmüştür⁽¹⁾. Hekimler ve erişkin bireylerle yapılan iki farklı çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin hekimlerin yardımcısı olarak görüldüğü belirlenmiştir^(26,32). Bu durumun sebeplerinin iki meslek grubu arasındaki eğitim süresi farkı (hemşirelerin 4 yıl eğitim görürken hekimlerin 6 yıl eğitim görmeleri), hemşirelerin bazı mesleki rollerinde hekime bağımlı ya da yarı bağımlı olmaları, toplumdaki hekimliğin sağlık hizmetlerindeki en saygın meslek olduğu algısı, buna bağlı olarak hekimlere hemşirelerden daha çok saygı duyulması ve diğer bölümlere mensup öğrencilerin klinik uygulamaları sırasında bu durumu gözlemlemelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma odyoloji, beslenme-diyetetik, fizyoterapi-rehabilitasyon öğrencilerinin hemşirelik mesleki imajının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Öğrencilerin yarıya yakınının hemşirelerin doktor yardımcısı olduğunu ifade etmeleri dışında

çalışmamıza katılan öğrencilerin algıladıkları hemşirelik imajının genel olarak iyi seviyede olduğu görülmüştür. Hemşirelerin doktorların yardımcısı olmadığı ve doktorlardan bağımsız bir meslek grubu olduğu konusunda özellikle medyada gösterilen hemşire profilini değiştirecek çalışmaların yapılması, hemşirelerin medyayı bilinçli kullanmaları, hemşireliğin bağımsız ve saygın bir meslek olduğunu topluma da göstermek için hemşirelerin klasik rollerinden sıyrılıp modern ve bağımsız rollerini sağlık hizmetlerine daha çok yansıtmaları ve hem eğitimleri sırasında hem de çalışma hayatlarında sağlık hizmetlerinde ekip çalışmaları içerisinde daha çok yer almalarının sağlanması gerekmektedir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: ŞNB, BD, EC ve BVİ; veri toplama: ŞNB, BD, EC ve BVİ; sonuçların analizi ve yorumlanması: ŞNB, BD, EC ve BVİ; araştırma metnini hazırlama: ŞNB, BD, EC ve BVİ. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 20/18.05.2018).

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Research idea and design: ŞNB, BD, EC, and BVİ; data collection: ŞNB, BD, EC, and BVİ; analysis and interpretation of results: ŞNB, BD, EC, and BVİ; writing the article: ŞNB, BD, EC, and BVİ. All authors reviewed the results of the study and approved the final version of the study.

Ethical approval

Ethics committee approval was obtained from the Social and Human Sciences Ethics Committee of Ankara Yıldırım Beyazıt University (Decision no: 20/18.05.2018).

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. Ayaz SA, Yaman Ş. Opinions of health care professionals regarding nursing profession. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;20(1):1-7.
2. Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2018;5(2):253-58.
3. Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;7(2):23-27.
4. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing* 2012;14(3):66-74.
5. Sarıtaş SÇ, Derin N, Sarıtaş S. Hemşirelik öğrencilerinde mesleki imaj algısının meslekte kalma niyeti üzerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(1):29-32.
6. Özata M, Aslan Ş. Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki imaj algılamalarının araştırılması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2010;10(19):251-68.
7. Çınar Ş, Demir Y. Toplumdaki hemşirelik imajı: bir ölçek geliştirme çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2009;12(2):24-33.
8. Gul, RB. The image of nursing from nurses' and non-nurses' perspective in Pakistan. *The Silent Voice* 2008;1(2):4-17.
9. Kızılıçık-Özkan Z, Ünver S, Avcıbaşı İM, Semerci R, Yıldız-Fındık Ü. Bir grup hemşirelik öğrencisinin mesleğe yönelik imaj algısı. *HEMAR-G* 2017;19(1):38-47.
10. Dinç S, Kaya Ö, Şimşek Z. Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Bilgi, Düşünce ve Beklentileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;10(1):8.
11. Eşer İ, Orkun N, Çetin P. Hemşirelik imajı ve 1950'li yıllarda bir seri ilan. *DEUHFED*. 2017;10(4):275-278.
12. Ardahan M, & Özsoy S. Türkiye'de hemşirelik araştırmalarındaki eğilimler: yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(4):516-34.
13. Yılmaz A, Yazgan EÖ, Dur B, Salman F, & Demir A. Türkiye'de Hemşirelik Lisansüstü Tezlerinin Yayın Olma Durumu: Bibliyometrik Çalışma (1977-2016). *Turkish Journal of Research & Development in Nursing* 2017;19(3):34-44.
14. Elilob E. Anadolu sağlık meslek lisesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin mesleğe yönelme, mesleki imaj ve beklenti ile gelecek planlarına ilişkin görüşleri. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. 2014.
15. Sis-Çelik A, Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T, Çetin S. Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013;21(3):147-53.
16. Ingwu JA, Ohaeri BM, & Iroka OL. The professional image of nursing as perceived by nurses working in tertiary hospitals Enugu, Southeast Nigeria. *African Journal of Nursing and Midwifery* 2016;4(1):595-602.
17. Gunawan J, Aunguroch Y, Sukarna A, & Efendi F. The image of nursing as perceived by nurses: A phenomenological study. *Nursing and Midwifery Studies* 2018;7(4):180-5. [\[Crossref\]](#)
18. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Fooladi MM, Azadi A, Negarandeh R, & Monadi M. The image of nursing, as perceived by Iranian male nurses. *Nursing & Health Sciences* 2014;16(3):307-13. [\[Crossref\]](#)
19. Gavranic D, Iveta V, & Sindik J. Perception of the nurse profession in general population. *Sestrinski Glasnik* 2015;20(2):115. [\[Crossref\]](#)
20. Emeghebo L. The image of nursing as perceived by nurses. *Nurse Education Today* 2012;32(6):e49-e53. [\[Crossref\]](#)
21. Özpancar N, Aydın N, Akansel N. Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(3):9-17.
22. Mohamed LK, El-Sayed KA. Junior undergraduates nurse students' images of nursing as a career choice. *J Am Sci* 2013;9(12):25-34.
23. Korkmaz F. Görgülü S. Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2011;18(2):59-67.
24. Tan M, Yuncu S, Şentürk Ö, Yıldız Ö. Üniversite öğrencilerinin hemşireliğe bakış açıları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;10(1):22-9.
25. Tortumluoğlu G, Akyıl R, Karanlık A, Aldaç R, Turaneri E, Yılmaz A. Erzurum ilindeki bireylerin hemşireler ile ilgili görüş ve beklentileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;8(1):10-9.
26. Altuğ Özsoy S. Toplumda hemşirelik imajının belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;16(2-3):1-19.
27. Marcinowicz L, Foley M, Zarzycka D, Chlabicz S, Windak A, Buczkowski K. Polish medical students' perceptions of the nursing profession: a cross-sectional study. *Scand J Caring Sc* 2009;23(3):438-445. [\[Crossref\]](#)
28. Şirin A, Öztürk R, Bezgi G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2008;83(1):69-75.
29. Yılmaz Gören Ş, & Şahinoğlu S. Türk sinemasında hemşire olgusunun incelenmesi. *DEUHFED* 2018;11(3):250-256.
30. Eyikara E, Eyüboğlu G, Baykara ZG. Hemşirelik mesleğinin gazetelere yansımaları: on beş yıllık değişim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;22(1):41-8.
31. Ward C, Styles I, Bosco AM. Perceived status of nurses compared to other health care professionals. *Contemp Nurse* 2003;15(1-2):20-8. [\[Crossref\]](#)
32. Şahin N, Şirin A. Hekimlerin hemşirelik mesleğine bakış açılarının ve hemşirelik mesleğine ilişkin sorunların incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1995;11(3):1-9.

Çocuklarda Karaciğer Nakli Sonrası Basınç Yaralanmalarının Retrospektif İncelenmesi*

Retrospective Examination of Pressure Wounds After Liver Transplantation in Children

Fatma Özsoy , Kader Demirci , Zehra Kan Öntürk 

Öz

Amaç: Bu çalışma karaciğer nakli sonrası pediatrik yoğun bakım ünitesinde (PYBÜ) izlenen çocuklarda basınç yaralanmalarının prevalansının ve özelliklerinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Yöntem: Bir Üniversite Hastanesi' nin PYBÜ' nin ilk hasta kabulüne başladığı günden araştırmanın yapıldığı tarihe kadar karaciğer nakli sonrası üniteye yatmış olan, tedavisi sırasında 30 gün - 18 yaş aralığında olan, kurumun kullandığı veri sistemi ve arşivde yer alan dosyalarına ulaşılabilen hastalar örnekleme dahil edildi. Veriler, çocuğun sağlık öyküsünün ve basınç yaralanmasının değerlendirmesinin yer aldığı formlar kullanılarak retrospektif olarak incelendi ve sistematize edildi.

Bulgular: Örneklem kriterlerine uyan 14 hastanın PYBÜ' de izlendiği belirlendi. Olguların PYBÜ' de kalış süresi ortalaması 6, 6 gündür. Primer tıbbi tanıları % 50' sinin karaciğer fibroz ve sirozudur. Tüm hastaların basınç yaralanması değerlendirmesi yapıldığında 3 hastanın toplam 12 basınç yaralanması mevcuttu. Oluşan basınç yaralanmalarının evresi incelendiğinde % 58, 3' ünün 2. evre olduğu bulundu. Basınç yaralanması bölgeleri en fazla koksiks (% 33, 3)' tedir. Oluşan basınç yaralanmalarının % 66, 6' sının kullanılan kateterler nedeni ile olduğu belirlendi.

Sonuç: Basınç yaralanmaları önlenebilir olmalarına rağmen riskli özelliklere sahip çocuk popülasyonunda hala sık görülen önemli bir sağlık sorunudur.

Anahtar kelimeler: Basınç yaralanması, çocuk, karaciğer nakli, yoğun bakım

ABSTRACT

Objective: This study was planned to determine the prevalence and characteristics of pressure wounds in children who were followed up at pediatric intensive care unit (PICU) after liver transplantation.

Methods: Patients who had been admitted to the unit after liver transplantation from the day the PICU started the first patient admission of a University Hospital until the date of the study, who were between 30 days - 18 years of age during treatment, and whose files in the archive could be accessed by the institution were included in the sample. The data were retrospectively analyzed and systematized using forms containing the child's health history and assessment of pressure injury.

Results: It was determined that 14 patients who met the study criteria were followed in PICU. Mean duration of patient's PICU stay is 6.6 days. Primary medical diagnosis of 50% is liver fibrosis and cirrhosis. When all patients were evaluated for pressure wound, there were 12 pressure wounds in 3 patients. When stage of the developed pressure wounds was examined; 58.3% of the patients were found to be in stage 2. The most common areas of pressure wound are coxis (33.3%). It was determined that 66.6% of the pressure wounds were developed due to the used catheters.

Conclusion: Although pressure wounds are preventable, it is still an important health problem that is common in pediatric population with risky characteristics.

Keywords: Pressure wound, child, liver transplantation, intensive care

Received/Geliş: 09.10.2019

Accepted/Kabul: 13.03.2022

Published Online: 15.04.2022

Cite as: Özsoy F, Demirci K, Kan Öntürk Z. Çocuklarda karaciğer nakli sonrası basınç yaralanmalarının retrospektif incelenmesi. Jaren. 2021;7(1):19-25.

Zehra Kan Öntürk

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
✉ zehra.kan@acibadem.edu.tr

ORCID: 0000-0001-7209-5684

Fatma Özsoy 0000-0001-9817-6853

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul, Türkiye

K. Demirci 0000-0002-9851-0871

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar
Üniversitesi Atakent Hastanesi,
Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesi,
İstanbul, Türkiye

*"7th Congress of the European Academy of
Paediatric Societies (EAPS) in Paris, France,
2018" de e-poster olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Basınç yaralanmaları, tek başına, basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır ^(1,2). Çocuklar, erişkinlere kıyasla, anatomik ve fizyolojik bakımdan tüm sistemlerde olduğu gibi cilt özellikleri bakımından da önemli farklılıklar gösterirler. Bunlar; kuruma ve maserasyonu önleyen sebumun 8-10 yaşlarında salgılanmaya başlaması, immün sistemin yeterli olgunlukta olmaması, ter bezlerinin 2-3 yaşlarında olgunlaşması, epidermis ve dermis arasındaki bağlantının zayıf olması, derinin ince ve daha az elastik olması, stratum korneum tabakasının ince ve geçirgenliğinin yüksek olması, küçük bebeklerde deri yüzey pH' nın yüksek ve serbest yağ asidi konsantrasyonu erişkin cildinden daha az olmasıdır. Bu farklılıklar bebeklerde ve çocuklarda yetişkinlere göre basınç yaralanması gelişme riskini artırmakta, bununla beraber çocukların diğer hastalıklarının olması da iyileşme/kötüleşme seyrini, hastanede yatış süresinin uzamasını, tedavi maliyetinin yüksek olmasını etkilemektedir ⁽³⁻⁵⁾.

Yoğun bakımda tedavi altında olan çocukların önemli hastalıklarından biri de karaciğer yetmezliğidir. Karaciğer yetmezliği olan çocukların tedavisinde özellikle son 20 yılda çok iyi sonuçlar elde edilmeye başlanmıştır. Son dönem karaciğer yetmezliği olan pediatrik yaş grubunda bu sonuçları elde etmede karaciğer nakli çok önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı verilerine göre 2019 yılında yaklaşık 1467 karaciğer nakli gerçekleştirilmiştir ⁽⁶⁾. Avrupa'da 2010 yılında bu rakam 4941 iken, Amerika'da 2011 yılında 6341' dir. Starzl'ın ilk karaciğer naklini gerçekleştirdiği 1963 yılından bu yana özellikle pediatrik yoğun bakım, immunsupresif ilaçlar ve immunsupresyonun yönetimi, cerrahi teknik ve olanaklardaki gelişmeler ve deneyim, elde edilen sonuçların iyileşmesinde kritik role sahip olmuştur ⁽⁷⁾.

Literatür, canlıdan karaciğer nakli sonrası rejeksiyon, enfeksiyon, malignite, hiperlipidemi, hipertansiyon, nörolojik sorunlar, diyabet, kemik ve böbrek hastalıkları, yorgunluk ve bu dönemde mekanik ventilasyon ile ilişkili komplikasyonlar, bakteriyemi, tromboembolizm, hepatik arter ve ven ilişkili komplikasyonlar, plevral effüzyon gibi bir çok komplikasyon oluşabileceğini bildirmektedir ^(8,9). Bu komplikasyonlarla beraber uzun süren

hospitalizasyon, basınç yaralanması konusunda riski daha da arttırmaktadır.

Bu doğrultuda çocuklarda basınç yaralanmaları görülme sıklığını belirlemeye yönelik bazı çalışmalar incelendiğinde; karaciğer nakli sonrası basınç yaralanmalarını ele alan bir çalışmaya rastlanmamış olup PYBÜ' de yatan çocuklarla yapılan çalışmalarda basınç yaralanmaları görülme sıklığının % 1,6 - % 28 arasında değiştiği belirlenmiştir ⁽¹⁰⁻¹²⁾. Ayrıca literatürde çocuklarda sıklıkla basınç yaralanmalarının kateterle ilişkili yaralanmalar olduğu bildirilmektedir ⁽¹²⁻¹⁶⁾.

İngiltere' de basınç yaralanmalarının maliyetinin incelendiği bir çalışmada toplam yıllık maliyetinin £1,4-£2,1 olduğu belirlenmiştir ⁽¹⁷⁾. Ayrıca başka bir literatürde de tek bir basınç ülseri için bakım ve yönetim maliyetinin 2000- 70.000 US\$ arasında olduğu bildirilmektedir ⁽¹⁸⁾. Görüldüğü üzere basınç yaralanmaları önlenebilir olmalarına rağmen yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da sık görülmesi, çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini etkilemesi, maliyetinin yüksek olması ve bakım gereksinimlerini arttırması nedeniyle hala önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle riskli özelliklere sahip çocuk popülasyonuna sağlık profesyonelleri tarafından daha yakın izlem ve bakım yapılması kaçınılmazdır. Ancak basınç yaralanmalarına yönelik girişimlerin planlanması için öncelikle çocuklarda basınç yaralanmalarının prevalansının ve özelliklerinin belirlenmesi konusunda verilere ihtiyaç duyulmaktadır.

YÖNTEM

Bu araştırma retrospektif-tanımlayıcı türde yapıldı. Araştırmanın evrenini, PYBÜ' nün ilk hasta kabulüne başladığı günden (26.03.2014) - 31 Aralık 2017 tarihine kadar üç yıllık sürede karaciğer nakli sonrası PYBÜ yatmış olan, 30 gün-18 yaş aralığındaki tüm çocuklar oluşturmıştır. Riskli özelliklere sahip bu çocuk popülasyonunda, basınç yaralanması riskleri ve özelliklerini tanımlamak amacıyla karaciğer nakilli hastalar belirlenmiştir. PYBÜ' de bu zaman aralığında toplam 14 hasta tedavi gördü. Tedavi gören bu hastaların tümü araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırmada toplam hasta sayısı sınırlı olduğundan ve kurumda kullanılan veri sistemi ile arşivde yer alan dosyalarının tümüne ulaşılabildiğinden örneklem seçimine gidilmeyip tüm hastalar örnekleme dahil edildi.

Çalışmaya başlamadan önce Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu tarafından etik kurul onayı (No: 2018-2/18) ve kurumdan yazılı izin alındı. Daha sonra ebeveynlere araştırmanın amacı ve kapsamından bahsedildi ve kayıtların bilimsel amaçlı kullanılması için ebeveynlerden sözlü onam alındı.

Veriler, literatür gözden geçirilerek oluşturulan çocuğun tanıtıcı özelliklerinin, sağlık öyküsünün ve basınç yaralanmasının değerlendirilmesinin yer aldığı 46 sorudan oluşan form kullanılarak araştırmacılar tarafından toplandı. Bu formun verilerini elde edebilmek için kurum tarafından oluşturulan hastanın bakımı sırasında kullanılan, kayıtlarda yer alan Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesi Hasta İzlem Formu, Basınç Yarısı Risk Değerlendirme ve basınç yaralanması varsa değerlendirmesini elde etmek amacıyla Basınç Yarısı Değerlendirme ve İzlem Formu incelendi.

Pediatric Yoğun Bakım Ünitesi Hasta İzlem Formu

Ünitede hastanın tanıtıcı bilgilerinin, sağlık öyküsü ve günlük izlemlerinin kaydedildiği formdur. Her hasta için 24 saatte bir güncellenmekte ve arşivlenmektedir. Kurum tarafından oluşturulan form tüm Pediatric Yoğun Bakım Ünitelerinde standart olarak kullanılmaktadır.

Basınç Yarısı Riski Değerlendirme ve İzlem Formu

Ünitede Basınç Yarısı Riski Değerlendirme ve İzlem için 5 yaş üzerinde **Braden Skalası**, 5 yaş altında Braden Q Skalası kullanılmaktadır. Braden skalası, Bergstorm ve ark. ⁽¹⁹⁾ tarafından hastaların basınç yarısı risk faktörleri göz önüne alınarak geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Oğuz ve Olgun ⁽²⁰⁾ tarafından yapılmıştır. Ölçek uyarının algılanması, nemlilik, aktivite, hareket, beslenme, sürtünme-tahriş olmak üzere altı risk faktörünü içermektedir. Sürtünme ve yırtılma hariç, her bir değişken 1-4 arasında puanlanmaktadır. Alt boyut puanlarının toplanmasıyla ölçeğin 6-23 arasında değişen toplam puanı elde edilir. Toplam puana göre 12 puan ve altı yüksek riskli, 13-14 puan riskli, 15-16 puan düşük riskli olarak değerlendirilmektedir. **Braden Q Skalası**, Curley ve ark. ⁽²¹⁾ tarafından 322 hastayla yaptıkları bir çalışma ile Braden Ölçeğini çocuklara uyarlayarak geliştirilmiştir (Quigley and Curley 1996). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Güneş ve Törüner ⁽²²⁾ tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte her bir madde 1'den 4'e kadar puanlanmaktadır. Buna göre, 16-23 puan: basınç ülseri gelişimi yönünden orta risk; 13-15

puan: ciddi risk; 10-12 puan: yüksek risk; 9 puan altı: çok yüksek risk olarak kabul edilmiştir.

Basınç Yarısı Değerlendirme ve İzlem Formu

Pediatric yoğun bakım ünitesinde kullanılan bu form 18 sorudan oluşmaktadır. Formda ünite/bölüm, geçirilmiş hastalık ve yara numarası, yaranın değerlendirildiği tarih ve saat, yaranın oluştuğu tarih, bölgesi, yaranın evresi, akıntı, koku, tünelleşme, ağrı, kanama varlığı, dokunun tipi, boyutu, eksuda miktarı, yapılan pansumanın tipi ve pansuman değişim tarihini içeren sorulardan oluşmaktadır. Kurum tarafından oluşturulan bu form Pediatric Yoğun Bakım Ünitelerinde basınç yaralanması belirlenen hastalarda basınç yaralanmalarını ve izlemlerini değerlendirerek kayıt etmek amacıyla standart olarak kullanılmaktadır.

Veriler kurumda hasta kayıtlarının yer aldığı veri sistemi ve arşivde yer alan dosyalardan formlar incelenerek sistematize edildi. Elde edilen bulgular, SPSS 21.0 paket programında sayı ve yüzdelik hesaplamalar kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

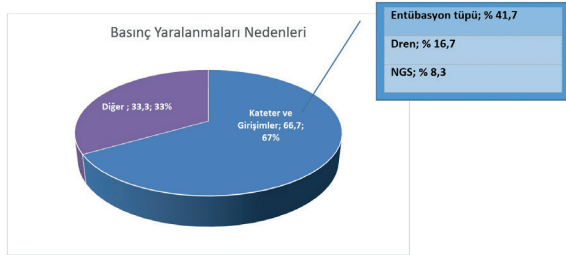
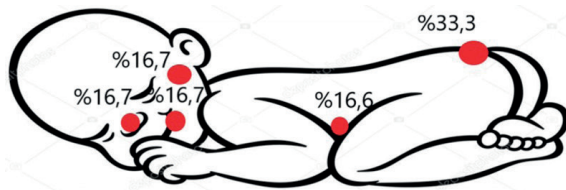
Elde edilen verilere göre örneklem kriterlerine uyan 14 hastanın PYBÜ' de izlendiği belirlendi. Bu hastaların % 64,3' ü kız, 35,7' si erkek cinsiyette olup, yaş ortalaması 44,64±43,67 ay'dır. Olguların PYBÜ' de kalış süresi ortalaması 6,6 gündür. Primer tıbbi tanıları % 50' sinin karaciğer fibroz ve sirozudur, bununla birlikte %35,7' sinin böbrek yetmezliği kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 1).

Tüm hastaların basınç yaralanması değerlendirmesi yapıldığında 3 hastanın toplam 12 basınç yaralanması mevcut olduğu belirlendi. Basınç yaralanması gelişen hastaların 2' si erkek 1' i kız, yaş ortalaması 4' tür. Ortalama ameliyat süreleri 9,8 saattir. Oluşan basınç yaralanmalarının % 66, 7' sinin kullanılan kateter ve girişimler nedeni ile olduğu belirlendi (Grafik 1; Tablo 2). Laboratuvar bulgularının yatış günleri boyunca ortalama değerlerine bakıldığında Hemogloblin 9,68g/dl, HCT %30,04, Albümin 2,96 g/dl' dir.

Hastaların tümünde arteriyel kateter, intravenöz kateter (IV), hemofiltrasyon kateteri, entübasyon tüpü, mesane sondası, nazogastrik kateter (NGS) ve drenleri bulunmakta, bir hastanın bunlara ek olarak picco arteri bulunmaktadır. Basınç yaralanması gelişme süresi ortalama 3,42 gündür. Oluşan basınç

Tablo 1. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	9	64,29
Erkek	5	35,71
Primer Tıbbi Tanı		
Karaciğer fibroz ve sirozu	7	50
Hepatoblastom	2	14,29
Bilier atrezi	3	21,42
Safra yolunun diğer hastalıkları	2	14,29
Ek Hastalık Durumu		
Yok	7	50
Var		
Kronik Böbrek Yetmezliği	5	35,71
Epilepsi	2	14,29
	X ±SS	Min-Mak
Yaş (ay)	44,64±43,67	1-132
PYBÜ Kalış Süresi	6,64±3,34	3-13


Grafik 1. Basınç Yaralanması Nedenleri

Şekil 1. Basınç Yaralanmalarının Bölgeleri

yaralanmalarının evreleri incelendiğinde; % 41,7' sinin 1. evrede, % 58, 3 'ünün 2. evrede olduğu bulundu. Olguların tümünde birden fazla basınç yaralanması bulunmakta olup basınç yaralanmaları, aynı bölgenin farklı alanlarında bulunabilmektedir. Bu nedenle her birine farklı yara numarası verilerek izlemleri yapılmıştır. Basınç yaralanması bölgeleri koksiks (% 33, 3), burun kanadı (%16,7), dudak kenarı (%16,7), yanak (%16,7), batin (%16,6)' dır (Şekil 1).

Tablo 2. Basınç Yaralanması Oluşan Çocukların ve Basınç Yaralanmalarının Özellikleri (n=3)

Özellikler	Olgu 1			Olgu 2			Olgu 3		
Cinsiyet	Erkek			Kız			Erkek		
Yaş (yıl)	6			3			4		
Ameliyat süresi (saat)	10			10			9,5		
Basınç Yaralanması Sayısı	3			6			3		
Ek Hastalık	Var (Kronik Böbrek Yetmezliği)			Yok			Yok		
Yara No	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Basınç Yaralanması Gelişme Süresi (gün)	2	2	3	1	2	3	1	3	9
Evresi	1	1	2	1	1	2	2	2	2
Bölgesi	Sol Batin	Sağ Batin	Dudak Kenarı	Koksiks	Yanak	Koksiks	Burun kanadı	Dudak kenarı	Burun kanadı
Kateter ve Girişimler	Dren	Dren	Entübasyon Tüpü	Koksiks	Entübasyon Tüpü	Koksiks	Entübasyon Tüpü	Entübasyon Tüpü	Entübasyon Tüpü

TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma bulguları literatür doğrultusunda incelendi. Araştırma bulgularına göre karaciğer nakli yapılan 14 hastanın 3'ünde (%21,4) birden fazla basınç yaralanması mevcuttur. Schindler ve ark. ⁽²³⁾ 2011 yılında PYBÜ' de yatan çocuklarda yaptıkları çalışmada basınç yaralanması görülme sıklığının %10,2 olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan birçok çalışmada da kritik hastalığı olan çocuklarda basınç yaralanması prevalansının %0,8 - %27 arasında değiştiği bildirilmektedir ^(12,23,24). Çocuklarda kateterle ilişkili basınç yaralanması prevalansına bakıldığında ise görülme sıklığının %50 - %69 olduğu, kateterlerin önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir ^(5,11,23-25). Bu çalışmada da çocuk hastaların tümünde medikal cihazlar (arteriyel kateter, IV katater, hemofiltrasyon kateteri, entübasyon tüpü, mesane sondası, NGS, dren, picco arteri) mevcuttu ve oluşan basınç yaralanmalarının yarıdan fazlasının (%66,6) kullanılan kateterler nedeni ile olduğu belirlendi. Karaciğer nakli sonrası takip edilen çocuklarda basınç yaralanması sıklığı ile ilgili elde edilen verilerin literatürde verilen prevalans aralıklarında olduğu ancak prevalans aralığının üst sınıra yakın olduğu bulgulanı.

McCord ve ark. ⁽²⁶⁾ PYBÜ' de çocuklarda basınç yaralanması gelişimi ile ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada bunun tıbbi cihazlardan, sürtünmeden veya inkontinanstan kaynaklandığını belirlemişlerdir ⁽²⁶⁾. Buna ek olarak Widiati ve ark. ⁽²⁷⁾ yoğun bakımdaki çocuklarda tıbbi cihazlara bağlı basınç yaralanmaları ile ilgili yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada; çocuklarda basınç yaralanmasına neden olan tıbbi cihazların; endotrakeal tüp (% 13), nazogastrik tüp (% 11) ve SpO₂ probu (% 6) olduğunu belirlemişlerdir ⁽²⁷⁾.

Çalışmada oluşan basınç yaralanmaları evresi sıklıkla 1. ve 2. evrede olduğu ve en fazla basınç yaralanması bölgeleri ise koksiks olarak belirlendi. PYBÜ' de yatan çocuklarda yapılan bir çalışmada bu verilere benzer olarak en fazla evre I ve II, basınç yaralanmasının yerleşim yerinin de en sık kalça olduğu belirlenmiştir ⁽⁸⁾. Bir başka çalışmada ise PYBÜ' deki çocuklarda Evre I' in en fazla olduğu, Evre II ve III' ün az görüldüğü, evre III basınç yaralanmasının en çok oksiput, kulak, göğüs ve koksikte geliştiği gözlemlendiği iletilmiştir ⁽¹⁷⁾. Bu farklılıklar incelendiğinde bulguların çocuklarda var olan risk faktörlerine göre değiştiği görülmektedir. Bunun yanında bir çalışmada mekanik ventilasyon, non-invaziv mekanik ventilasyon, ekstrapnöreal membran oksijenasyonu ihtiyacı olan, 4 gün veya daha

uzun süre yoğun bakım ünitesinde yatan, 2 yaşından büyük hastalarda basınç yarası gelişme riskinin daha fazla olduğu vurgulanmaktadır ⁽⁸⁾. Başka bir çalışmada da PYBÜ' de yatıştan itibaren hastaların %88' inde ilk iki hafta içerisinde basınç yarası geliştiği bulunmuştur ⁽²⁸⁾. Ancak bu çalışmada basınç yaralanması gelişme süresi ortalama 3,42 gün olarak bulunmuştur. Karaciğerin birçok metabolik olayda önemli görevleri bulunmakta olup nakil sonrası iyileşme sürecinde bu fonksiyonlarını tam olarak yerine getirme yeterliliğine ilişkin komplikasyonlar olabilmektedir ^(8,9). Bu durumun karaciğer nakli sonrası yoğun bakımda yatan hastaların diğer hastalara göre basınç yaralanması riskini artırabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda; basınç yaralanmaları önlenabilir olmalarına rağmen riskli özelliklere sahip çocuk popülasyonunda hala sık görülen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle karaciğer nakli sonrası PYBÜ' de takip edilen riskli çocukların, özellikle kateterle ilişkili basınç yaralanmaları arttığından cilt bütünlüğü daha yakından takip edilmelidir. Basınç yaralanması görülme sıklığının azaltılmasında bu hastalara özel önleyici bakım protokollerinin geliştirilmesi, bu protokollerin kullanımının yaygınlaştırılması ve bakımın bireyselleştirilmesi oldukça önemlidir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: FÖ, ZKÖ ve KD; veri toplama: FÖ, ZKÖ ve KD; sonuçların analizi ve yorumlanması: FÖ ve ZKÖ; araştırma metnini hazırlama: FÖ, ZKÖ ve KD. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar No: 2018-2/18).

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: FÖ, ZKÖ, and KD; data collection: FÖ, ZKÖ, and KD; analysis and

interpretation of results: FÖ and ZKÖ; draft manuscript preparation FÖ, ZKÖ and KD. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the Acibadem University and Acibadem Healthcare Institutions Medical Research Ethics Committee (Protocol no 2018-2/18).

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği. Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. 2010. http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_turkish.pdf Erişim tarihi: 24.03.17.
2. İnan DG. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde yatan hastalarda basınç ülseriprevalansı. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2009.
3. Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatas GN, Pathirana D, Bartels NG. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices pediatric dermatology. *Pediatric Dermatology*. 2012; 29(1): 1-14. [Crossref]
4. Pasek TA, Geyser A, Sidoni M, Harris P, Warner JA, Spence A, Trent A, Lazzaro L, Balach J, Bakota A, Weicheck S. Skin care team in the pediatric intensive care unit: A model for excellence. *Critical-Care Nurse*. 2008; 28(2): 125-35. [Crossref]
5. Murray JS, Noonan C, Quigley S, Curley MAQ. Medical device-related hospital-acquired pressure ulcers in children: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*. 2013; 28(6): 585-95. [Crossref]
6. Türkiye Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, Rakamlarla Türkiyedeki Nakil, Diyaliz Ve İzlem Sistemleri, 2019 <https://organ.saglik.gov.tr/Systems.aspx> Erişim tarihi: 21.01.2021
7. Ergün O, Sözbilen M. Çocuklarda karaciğer nakli. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*. 2012; 26 (1-2): 4-19. [Crossref]
8. Alaçakır N, Tekgüç H, Keçeli M, Baştürk A, Artan R, Aliosmanoğlu İ, Dursun O. Karaciğer nakli sonrası çocuk yoğun bakım izlemi: 5 yıllık deneyim. *CAYD*. 2015; 2(3): 115-20 [Crossref]
9. Karayurt Ö, İşeri Ö, Erol F. Karanlıktan aydınlığa canlıdan karaciğer transplantasyonu; roy uyum modeline temellendirilmiş nitel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014; 7(4): 257-64.
10. Drake J, Redfern WS, Sherburne E, Nugent ML, Simpson P. Pediatric skin care: What do nurses really know? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2012; 17(4): 329-8. [Crossref]
11. Kottner J, Wilborn D, Dassen T. Frequency of pressure ulcers in the paediatric population: A literature review and new empirical data. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(10): 1330-40. [Crossref]
12. Schindler CA, Mikhailov TA, Fischer K, Lukasiewicz G, Kuhn EM, Duncan L. Skin integrity in critically ill and injured children. *Am J Crit Care*. 2007;16(6): 568-74. [Crossref]
13. Boesch RP, Myers C, Garrett T, Nie A, Thomas N, Chima A, et al. Prevention of tracheostomy-related pressure ulcers in children. *Pediatrics*. 2012; 129(3): 792-7. [Crossref]
14. Schluer AB, Halfens RJ, Schols JMGA. Pediatric pressure ulcer prevalence: a multicenter, cross-sectional, point prevalence study in Switzerland. *Ostomy Wound Manag*. 2012; 58(7): 18-31.
15. Schluer AB, Schols JMGA, Halfens RJ. Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. *J Spec Pediatr Nurs*. 2013; 19(1): 80-9. [Crossref]
16. Schluer AB. Pressure ulcers in maturing skin - A clinical perspective. *Journal of Tissue Viability*. 2017; 26(1): 2-5. [Crossref]
17. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *J Wound Care*. 2004; 33 (3): 230-5. [Crossref]
18. Bernabe KQ. Pressure ulcers in the pediatric patient. *Curr Opin Pediatr*. 2012; 24(3): 352-6. [Crossref]
19. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*. 1987; 36(4): 205-10. [Crossref]
20. Oğuz S, Olgun N. Braden ölçeği ile hastaların risklerinin belirlenmesi ve planlı hemşirelik bakımının bası yaralarının önlenmesindeki etkinliğinin saptanması. *Hemşirelik Forum*. 1998; 1(3): 131-5.
21. Quigley S, Curley M. Skin integrity in the pediatric population; preventing and managing pressure ulcers. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 1996; 1(1): 7-18. [Crossref]
22. Güneş NB, Törüner KE. Çocuk hastalarda Braden q basınç ülseri değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17(1): 6-14.
23. Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D, Scott AM, Simpson VS. Protecting fragile skin: Nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. *American Journal of Critical Care*. 2011; 20(1): 26-34. [Crossref]
24. Curley, MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: Incidence and associated factors. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2003; 4(3): 284-90. [Crossref]

25. Visscher M, King A, Nie AM. A quality-improvement collaborative project to reduce pressure ulcers in PICUs. *Pediatrics*. 2013; 131(6): e1950-e1960. [\[Crossref\]](#)
26. McCord S, Mcelvain V, Sachdeva R, Schwartz P, Jefferson LS. Risk factors associated with pressure ulcers in the pediatric intensive care unit. *Journal Of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2004; 31(4): 179-83. [\[Crossref\]](#)
27. Widiati E, Nurhaeni N, Gayatri D. Medical-device related pressure injuries to children in the intensive care unit. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*. 2017; 40(Sup1): 69-77. [\[Crossref\]](#)
28. Sönmez-Düz kaya D, Terzi B, Yakut T, Kızıl N. Basınç yarasında ne durumdayız? pediatri yoğun bakım ünitemizdeki son bir yıllık veri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17(4): 239-44.

Kırsal Alanda Örtü Altı Tarımında Çalışan 18-49 Yaş Grubu Kadınlarda Genital Hijyen Uygulamaları

Genital Hygiene Practices in 18-49 Age Group Women Working in Greenhouse Agriculture in Rural Areas

Derya Adıbelli , Nur Özlem Kılınç 

Öz

Amaç: Bu araştırma örtü altı tarımında çalışan 18-49 yaş grubu kadınların genital hijyen uygulamalarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel türde olan bu araştırma Temmuz-Eylül 2019 tarihleri arasında Kumluca ilçe merkezinde örtü altı tarımında çalışan 167 kadın ile yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu ve Genital Hijyen Davranışları Ölçeği; analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis varyans analizi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada kadınlar Genital Hijyen Davranışları Ölçeği'nden toplam $84,10 \pm 7,36$ puan almıştır. Araştırmada kadınların sosyal güvence varlığı, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu ve ailenin aylık gelir durumuna göre ölçeğin geneli ve alt boyutlarında puanların farklılaştığı ve istatistiksel anlamlılık gösterdiği bulunmuştur ($p < 0,05$, $p < 0,001$). Kadınların Aile Planlaması (AP) yöntemi kullanma durumuna göre genel hijyen davranışları alt boyut puanının ve ölçek toplam puanının farklılaştığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Vajinal duşta kullanılan maddeye göre genel hijyen davranışları ve ölçeğin genelinde istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Serada çalışırken kadın-erkek ortak tuvaleti kullanan kadınların tüm alt boyut ve ölçeğin genelinde puanları yüksek olmakla birlikte, yalnızca genel hijyen davranışları ve ölçeğin genel puanında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Genital enfeksiyonlar konusunda daha önceden bilgi alanların genel hijyen davranışları ve anormal bulgu farkındalığı alt boyutları ile ölçeğin genel puanında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Lojistik regresyon analizinde, tuvalet öncesi el yıkamanın genital enfeksiyon riski ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($OR = 0,202$, $p < 0,05$).

Sonuç: Kadınların genital hijyen davranışlarının olumlu olduğu görülmektedir. Mesleki yönden ve yaşam yeri olarak dezavantajlı olan bu kadınlar koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında birinci basamak sağlık çalışanları tarafından eğitilmelidir.

Anahtar kelimeler: Örtü altı tarımı, kadın, genital hijyen, Genital Hijyen Davranışları Ölçeği

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to investigate the genital hygiene practices of women aged 18-49 working greenhouse agriculture.

Methods: This cross-sectional study was carried out with 167 women working in greenhouse agriculture in Kumluca district center between July and September 2019. An information form and Genital Hygiene Behavior Scale were used for collecting data; descriptive statistics, Mann Whitney-U test and Kruskal Wallis variance analysis and logistic regression analysis were used in the analysis.

Results: In the study, women received a total score of 84.10 ± 7.36 from the Genital Hygiene Behavior Scale. In the study, it was found that the scores differed in general and sub-dimensions of the scale and showed statistical significance according to the presence of social security, educational status, educational status of the spouse and the monthly income of the family ($p < 0.05$, $p < 0.001$). The general hygiene behaviors sub-dimension score and total scale score differed according to the Family Planning (FP) use status of women ($p < 0.05$). According to the material used in the vaginal douche, there is a statistically significant general hygiene behavior and overall scale ($p < 0.05$). Although the scores of the women using male and 40 female shared toilets in the greenhouse were high in all sub-dimensions and overall scale, there was a statistically significant difference in general hygiene behaviors and overall score of the scale ($p < 0.05$). General hygiene

Received/Geliş: 24.01.2020

Accepted/Kabul: 12.03.2022

Published Online: 15.04.2022

Cite as: Adıbelli D, Kılınç NÖ. Kırsal alanda örtü altı tarımında çalışan 18-49 yaş grubu kadınlarda genital hijyen uygulamaları. Jaren. 2021;7(1):26-35.

Derya Adıbelli

Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği Ad, Antalya, Türkiye

✉ deryaadibelli@akdeniz.edu.tr

ORCID: 0000-0001-9320-7083

N.Ö. Kılınç 0000-0001-6546-7021

Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Elazığ, Türkiye

behaviors and abnormal finding awareness subscales and general score of the scale of women who previous information on genital infections were statistically significant ($p<0.05$). Logistic regression analysis showed that pre-toilet handwashing was associated with a history of genital infection 45 (OR=0.202, $p<0.05$).

Conclusion: It is seen that women's genital hygiene behaviors are positive. These women who are disadvantaged in terms of occupation and living place should be trained by primary health care workers within the scope of preventive health services.

Keywords: Greenhouse agriculture, women, genital hygiene, Genital Hygiene Behavior Scale

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, kadınların sağlık sorunlarının yaklaşık üçte birlik kısmını, erkeklerin ise onda birlik kısmını üreme sağlığı sorunları oluşturmaktadır ⁽¹⁾. Üreme sağlığının kadının yaşamında önemli bir yeri vardır. Genital hijyen kadınlar açısından ayrı bir öneme sahip olmakla birlikte, hijyen sağlamadığında üreme sistemi enfeksiyonları artmaktadır ⁽²⁻⁴⁾. Dünyada her yıl yaklaşık 1 milyondan fazla kadın ürogenital sistem enfeksiyonlarına maruz kalmakta ve kadınların en az %75'inde genital enfeksiyon öyküsü bulunmaktadır ⁽⁵⁻⁷⁾. Vajinal mikrobiyotanın kompozisyonunun; antibiyotik kullanımı, cinsel aktivite, vajinal duş, aile planlaması yöntemleri gibi farklı davranışlardan etkilendiği ⁽⁸⁾, yetersiz ve yanlış hijyen uygulamalarının vajinal florayı bozarak enfeksiyonlara yatkın hale getirdiği bilinmektedir ⁽⁹⁾. Bakteriyel vajinozis üreme çağındaki kadınlarda en yaygın görülen vajinal enfeksiyon türüdür ve görülme sıklığı %8-75 arasında değişmektedir ^(10,11). Kadınlar tarafından hastalık olarak algılanmama, üreme organları ile ilgili muayene olmaktan çekinme, damgalanma olarak algılama nedeniyle tıbbi tedavi olmama gibi nedenlerle üreme sistemi sorunlarının yaygınlığı artabilmektedir ^(12,13).

Üreme sağlığının her iki cinsi ilgilendirmesine rağmen, üreme sağlığı sorunları kadınları daha fazla olumsuz etkilemektedir. Önemli bir üreme sağlığı problemi olan genital enfeksiyona kadınların erkeklere göre daha yatkın olmalarının pek çok nedeni bulunmaktadır. Bunlardan biri; kadınların anatomik yapısı nedeniyle üretra, vajina ve anüsün birbirine çok yakın olmasıdır ⁽¹⁴⁾. İkinci neden, tuvalet öncesi el yıkama alışkanlığının olmaması, genital bölgenin çok sık yıkanması, genital gölge temizliğinin hatalı yapılması, iç çamaşırının uygun olmaması, menstrüasyon hijyeninin yetersiz olması ve vajinal duş uygulaması gibi kişisel faktörlerdir ⁽¹⁵⁾. Üçüncü neden ise; altyapı olanaklarının yetersiz olması, sağlıklı kullanma sularının olmaması, toplu yaşanan ve çalışılan yerlerde hijyen eksikliği gibi çevresel faktörlerdir ⁽¹⁴⁾. Kadınların zor çalışma koşullarında

ortak tuvalet kullanımı olan, kimyasal tarım ilaçlarının kullanıldığı, el hijyenin yeterli sağlanamadığı bir alan olan seralar, genital hijyen uygulamalarını olumsuz etkileyebilecek bir ortamdır. Hemşireler bireylere doğru genital hijyen uygulamalarının öğretilmesi ve sorumluluk kazandırılması konusunda önemli göreve sahiptir. Hemşireler hem eğitici hem de danışmanlık rolleri gereğince bireylerin ürogenital enfeksiyonlardan korunması ve üreme sağlıklarını geliştirmede yardımcı olabilirler ^(16,17).

Örtü altı tarımında erkek çalışan genellikle malzeme temini, ilaçlama, ürünlerin taşınması gibi işlerde çalışırken; kadın çalışan daha çok uygulayıcı konumundadır. Örtü altı tarımında çalışan kadınlarla yürütülen çalışmalarda, pestisit maruziyetinin adet süresinde uzama ya da kısalma, adet düzensizliği gibi kadın sağlığı sorunlarına sebep olduğu bulunmuş ⁽¹⁸⁾, kadınların genital enfeksiyondan yakındıkları gözlenmiştir. Bununla birlikte tarımda çalışan kadınlarla yapılan bazı çalışmalarda genital bölge, baş ve önkollar olmak üzere bazı vücut bölgelerinden pestisitlerin emiliminin daha hızlı olduğu bildirilmiştir ^(19,20). Birleşik Devletler Çevre Koruma Ajansı (United States Environment Protection Agency-USEPA), pestisitlerin zararlı etkilerinin azaltılması için kişisel koruyucu ekipman kullanımını önermektedir ⁽²¹⁾. Özellikle bu işçi grubunda yakınmaların yoğun olması ve kadınların çoğunun kişisel koruyucu ekipman kullanmadığının gözlenmesi, serada çalışılan sürede genital hijyen uygulamalarının aksatıldığını ya da bu uygulamalarda doğru olmayan yönlerin olduğunu düşündürmektedir. Bu sebeplerle bu araştırma, bir ilçe merkezinde örtü altı tarımında çalışan 18-49 yaş grubu kadınların genital hijyen uygulamalarını incelemek için yapılmıştır. Araştırma Soruları:

- Örtü altı tarımında çalışan kadınların genital hijyen uygulamaları nasıldır?
- Kadınların demografik özellikleri genital hijyen uygulamalarını etkiler mi?
- Kadınların jinekolojik özellikleri genital hijyen uygulamalarını etkiler mi?
- Kadınların hijyen davranışları genital hijyen uygulamalarını etkiler mi?

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Kesitsel türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma kapsamına alınan Kumluca ilçesi, ülkemiz genelinde örtü altı tarımın ağırlıklı uygulandığı merkezlerden biridir ve üreme çağındaki kadınlar örtü altı tarımında aktif olarak çalışmaktadır. Araştırma, Temmuz-Eylül 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kumluca ilçe merkezinde örtü altı tarımında çalışan 18-49 yaş arası tüm kadınlar, örneklemi çalışmaya katılmayı kabul eden 167 kadın oluşturmuştur. Örtü altı tarımı yapılan bölgelerde üretim kaydı için kullanılan örtü altı kayıt sistemi, bu tarım türünün yapıldığı bölgelerde yürütülecek olan bilimsel çalışmaların evren tanımlamasında kullanılabilir. Bununla birlikte örtü altı tarımı bölgeleri insan gücü ihtiyacı ve ekonomik sebeplerle çok sayıda iç ve dış göç almakta ve genellikle imece usulü yardımlaşma ile kadınlar serada çalışmaktadır. Kadınların çoğunun kayıt sisteminde kaydının olmaması sebebiyle evren tam olarak bilinmemektedir. Araştırmalarda etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen's d formülü yaygın olarak kullanılmaktadır. Hesaplamalar sonucunda elde edilen değer 0,20= küçük (small), 0,50= orta (medium), 0,80= büyük (large) etki büyüklüğüdür ⁽²²⁾. Bu değer aynı zamanda örneklem büyüklüğünün tahmini için de kullanılmaktadır. Küçük etki büyüklükleri büyük örneklem gerekliliğini belirtmektedir ⁽²²⁾. Cohen d formülünün uygulanmasında iki gruba ait ortalamalar ve standart sapmalar kullanılmaktadır. Formül kullanılarak bu araştırmanın örneklem hacminin etki büyüklüğünün hesaplanmasında, etki büyüklüğü 0,27 bulunmuştur. Bu doğrultuda çalışma sonrası yapılan güç analizinde (PostHoc) örneklemin, %2,5 etki büyüklüğünde %95 güven aralığında %82 güce sahip olduğu bulunmuştur (G*Power 3.0.10).

Verilerin Toplanması

Örtü altı tarımında kadınların çalıştıkları serada yetişen bitkiye ve yaptıkları işin türüne göre çalışma saatleri değişmekle birlikte, gün içerisinde ortalama sekiz saat çalışmaktadırlar. Bu nedenle veriler, hafta içi kadınların mesai saatleri içerisinde mola aralıklarında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış ve her bir kadından veri toplama işlemi ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında

tanıtıcı bilgi formu ve Genital Hijyen Davranışları Ölçeği kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Kadınların sosyodemografik, jinekolojik özelliklerini ve hijyenik uygulamalarını içeren 29 sorudan oluşan bir formdur.

Genital Hijyen Davranışları Ölçeği (GHDÖ): Kadınlarda genital hijyen davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek, Karahan tarafından geliştirilmiş likert tipinde bir ölçme aracıdır ⁽²³⁾. Ölçek 23 maddeden ve üç alt boyuttan (Genel hijyen davranışları, adet hijyeni, anormal bulgu farkındalığı) oluşmaktadır. Beşli likert "hiç katılmıyorum=1, az katılıyorum=2, orta derecede katılıyorum=3, çok katılıyorum=4, tamamen katılıyorum=5" şeklinde sınıflandırılmıştır. Ölçekte, 7., 14., 19., 20. ve 23. tersine kodlanmaktadır. Ölçekten 23-115 arası puan alınmakta ve alınan puan yükseldikçe genital hijyen davranışlarının olumlu olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin özgün formunda Cronbach alfa değeri 0,80; bu çalışmada GHDÖ alt boyutlarının Cronbach's alfa değerleri sırasıyla; 0,66, 0,61, 0,63 olmak üzere ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,73 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 23,0 programında değerlendirilmiş ve verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis varyans analizi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Normal dağılım değerlendirmesi Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmış, tüm sayısal değişkenler normal dağılmadığından (p<0.05) analizlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (726/24.07.2019) alınmıştır. Araştırmaya katılımları konusunda kadınlardan yazılı/sözel gönüllü olurları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri (2013 yılında Brezilya'da revize edilen)'ne uygun olarak yapılmıştır. Ölçek kullanımı için, geliştiren araştırmacıdan izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması 36,58±8,45'tir. Kadınların %40,7'si ilköğretim mezunudur ve çoğunluğu (%89,8) evlidir. Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; %15,6'sı spontan

düşük ve %7,2'si ölü doğum yapmıştır. Yaklaşık yarısı (%49,7) herhangi bir AP yöntemi kullanmamakla birlikte, %16,8'i geleneksel AP yöntemlerini tercih etmektedir.

Araştırmada GHDÖ toplam ve alt boyutlarının puanları Tablo 1'de incelenmiştir.

Tablo 2'de kadınların demografik özelliklerine göre genital hijyen davranışları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sosyal güvence varlığına göre ölçeğin geneli ve alt boyutlardan adet hijyenine göre puanların anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmış, bu farklılığın lise düzeyinde eğitime sahip olanlar lehine olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Eşin eğitim durumu ile karşılaştırma yapıldığında yine ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmış, bu farklılığın üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlar lehine olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ailenin aylık gelir durumu ile ölçek ve alt boyutları karşılaştırıldığında ölçeğin geneli ve genel hijyen davranışları alt boyutunda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 3'te kadınların jinekolojik özelliklerine göre genital hijyen davranışları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; AP kullanma durumuna göre genel hijyen davranışları alt boyut puanının ve ölçek toplam puanının farklılaştığı bulunmuştur. Ped değiştirme sıklığı açısından adet hijyeni ve anormal bulgu farkındalığı alt boyutlarında ve ölçeğin genelinde puanlar farklılaşmakta ve bu farkın 3-4 saatte bir değişim yapanlar lehine olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Cinsel ilişki sonrası vajinal duş uygulayanların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarda puanların düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Vajinal duşta kullanılan maddeye göre genel hijyen davranışları ve ölçeğin genelinde istatistiksel

anlamlılık bulunmakla birlikte ($p<0,05$), sadece su kullananların puanı daha yüksektir.

Tablo 4'te kadınların hijyen uygulamalarına göre genital hijyen davranışları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; serada çalışırken kadın-erkek ortak tuvaleti kullananların tüm alt boyut ve ölçeğin genelinde puanları yüksek olmakla birlikte, genel hijyen davranışları ve ölçeğin genel puanında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$). Serada çalışırken tuvalet öncesi el yıkayan ve tuvalet kağıdı kullanan kadınların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarda puanları daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Genital enfeksiyonlar konusunda daha önceden bilgi alanların genel hijyen davranışları ve anormal bulgu farkındalığı alt boyutları ile ölçeğin genel puanında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Lojistik regresyon analizinde, tuvalet öncesi el yıkamanın genital enfeksiyon öyküsü ile ilişkili olduğu ($OR=0,202$, $p<0,05$), serada çalışmanın, ortak tuvalet kullanımının ve tuvalet kağıdı kullanmanın genital enfeksiyon ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Örtü altı tarımında çalışan 18-49 yaş grubu kadınların genital hijyen uygulamalarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, literatürde benzer örneklem ile yapılan çalışmaya rastlanmadığı için, mevcut literatür ile tartışılmıştır.

Ölçeğin kesme noktası olmadığından GHDÖ toplam puanının yüksek olması kadınların genital hijyen davranışlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Çalışma bulgumuzu destekler nitelikte, bir çalışmada kadınların genital hijyen davranışlarının istendik düzeyde olduğu bulunmuştur ⁽¹⁵⁾. Eğitim odaklı girişimsel çalışmalarda da, eğitim sonrası kadınların genital hijyen davranışları puan ortalamalarının

Tablo 1. Genital Hijyen Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Madde Sayısı, Puan Ortalamaları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	X	S.S.	Toplam Puanları (Minimum-maksimum)	Alfa değerleri
Genel hijyen alışkanlıkları	12	42,65	4,66	32-60	0,66
Adet hijyeni	8	28,95	3,73	20-40	0,61
Anormal bulgu farkındalığı	3	12,49	1,45	6-15	0,63
GHDÖ Toplam	23	84,10	7,36	67-115	0,73

Tablo 2. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlıklarına Göre Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Genel hijyen davranışları	Adet hijyeni	Anormal bulgu farkındalığı	Genital Hijyen Davranışları Ölçeği
Sosyal güvence varlığı				
Evet	42,47±4,92	30,52±4,21	12,52±1,70	85,52±8,17
Hayır	42,73±4,56	28,25±3,28	12,48±1,34	83,47±6,93
	U: 2680,50	U: 1838,00	U: 2536,00	U: 2245,00
	p: 0,333	p: 0,000	p: 0,122	p: 0,013
Medeni durum				
Evli	42,82±4,76	28,96±3,85	12,58±1,33	84,37±7,59
Bekar	41,17±3,35	28,82±2,53	11,70±2,20	81,70±4,41
	U: 1041,22	U: 1249,50	U: 1042,00	U: 959,50
	p: 0,214	p: 0,842	p: 0,194	p: 0,094
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil	41,50±1,97	23,83±1,83	12,33±0,51	77,66±3,14
Okur yazar	40,00±4,08	27,75±3,17	12,60±1,17	80,36±6,24
İlköğretim	42,50±3,99	28,57±3,66	12,20±1,36	83,27±5,64
Lise	45,14±5,56	30,97±3,84	13,30±1,21	89,42±8,37
Üniversite	42,66±3,56	29,55±2,12	11,55±2,06	83,77±4,64
	KW: 21,041	KW: 25,280	KW: 27,542	KW: 34,742
	p: 0,000	p: 0,000	p: 0,000	p: 0,000
Eşin eğitim durumu				
Okur yazar değil	40,00±0,00	22,00±0,00	12,00±0,00	74,00±0,00
Okur yazar	40,11±3,92	28,80±2,92	12,38±1,16	81,30±5,51
İlköğretim	41,61±4,26	28,19±3,85	12,34±0,95	82,15±6,72
Lise	45,29±4,72	29,98±3,01	12,48±1,73	88,25±7,84
Üniversite	46,40±0,54	31,40±0,54	12,60±0,54	90,40±0,54
	KW: 33,138	KW: 16,188	KW: 11,245	KW: 36,680
	p: 0,000	p: 0,003	p: 0,024	p: 0,000
Ailenin aylık geliri				
Gelir giderden az	40,46±3,37	28,18±3,32	12,26±1,30	80,91±5,02
Gelir gidere eşit	44,30±4,88	29,63±3,83	12,69±1,57	86,63±7,87
Gelir giderden fazla	43,50±4,04	27,00±5,77	12,00±0,00	82,50±9,81
	KW: 30,794	KW: 2,608	KW: 3,351	KW: 25,519
	p: 0,000	p: 0,271	p: 0,187	p: 0,000
Sigara içme durumu				
Eskiden içiyordum, bıraktım	41,60±4,60	28,80±3,53	12,72±1,01	83,12±7,02
Günde 1 paketten az	43,66±3,85	29,29±3,18	12,08±2,06	85,04±7,03
Günde 1 paketten fazla	41,09±3,70	31,09±1,64	12,81±0,40	85,00±3,94
	KW: 5,718	KW: 7,357	KW: 3,247	KW: 2,356
	p: 0,126	p: 0,061	p: 0,355	p: 0,502

KW: Kruskal-Wallis varyans analizi, U: Mann-Whitney U testi

Tablo 3. Kadınların Jinekolojik Özelliklerine Göre Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Genel hijyen davranışları	Adet hijyeni	Anormal bulgu farkındalığı	Genital Hijyen Davranışları Ölçeği
AP kullanma durumu				
Evet	44,73±3,82	29,17±3,84	12,48±1,47	86,40±6,60
Hayır	40,54±4,49	28,72±3,62	12,50±1,45	81,77±7,40
	U: 1566,50	U: 3195,50	U: 3169,00	U: 1962,50
	p: 0,000	p:0,348	p: 0,285	p: 0,000
Ped değiştirme sıklığı				
3-4 saatte bir	42,57±5,09	30,32±3,07	12,63±1,42	85,53±7,89
7-8 saatte bir	43,82±2,88	25,17±2,10	11,69±1,89	80,69±4,84
Günde 1 kere	44,33±3,05	28,33±0,57	12,00±1,00	84,66±2,51
Menopozdayım	41,47±3,35	24,78±3,20	12,48±0,64	78,94±5,17
	KW: 4,535	KW: 66,573	KW: 9,948	KW: 21,090
	p: 0,299	p: 0,000	p: 0,019	p: 0,000
Vajinal duş uygulama				
Evet	41,62±4,08	28,19±3,66	12,42±1,25	83,25±6,53
Hayır	46,77±5,33	29,19±4,33	13,25±1,31	88,22±9,81
	U: 1353,00	U: 949,00	U: 1292,00	U: 1447,00
	p: 0,008	p:0,000	p: 0,040	p: 0,021
Vajinal duşta kullanılan madde				
Sabun	39,95±3,56	29,70±2,87	12,41±1,41	82,07±5,74
Antiseptik solüsyon	41,00±0,00	27,00±0,00	13,00±0,00	81,00±0,00
Sadece su	44,75±4,40	28,75±4,05	12,73±1,23	86,23±7,47
	KW: 42,207	KW: 5,189	KW: 0,284	KW: 13,787
	p: 0,000	p: 0,075	p: 0,867	p:0,001

KW: Kruskal-Wallis varyans analizi, U: Mann-Whitney U testi

yükseldiği ve davranışlarının olumlu olduğu tespit edilmiştir ^(15,24). Araştırma sonucu da dahil olmak üzere farklı örneklem gruplarından elde edilen bu sonuçlar, kadınların genital hijyen konusunda farkındalıklarının yüksek ve uygulamalarının doğru olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada geliri giderine eşit olan kadınların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarında puanlarının yüksek olduğu, genel hijyen davranışları alt boyutu ve ölçeğin genelinde istatistiksel anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Çankaya ve Ege'nin çalışmasında gelir artışı ile birlikte genital hijyen davranışları puanlarının da arttığı bulunmuştur ⁽¹⁵⁾. Yapılan diğer çalışmalarda da, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kadınlarda genital hijyenin yeterli olmadığı ve genital enfeksiyon sıklığının yüksek olduğu

saptanmıştır ⁽²⁵⁻³⁰⁾. Araştırmadan elde edilen bu bulgu kadınların veri kümesinin yarıdan fazlasını (%55,1) oluşturmalarından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada sosyal güvencesi olan kadınların adet hijyeni alt boyutu ve ölçeğin genelinde anlamlılık olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgusundan farklı olarak Çankaya ve Ege'nin ⁽¹⁰⁾ yaptığı çalışmada, kadınların sosyal güvenceleri ile genital hijyen davranışları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ⁽¹⁵⁾. Araştırmada lise düzeyinde eğitimi olan kadınların ve eşi üniversite düzeyinde eğitimi olan kadınların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarda puanlarının en yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılık olduğu bulunmuştur. Çankaya ve Ege'nin ⁽¹⁰⁾ yaptığı çalışmada kadınların ve eşlerinin eğitim durumu ile genital hijyen davranışları arasında anlamlılık

Tablo 4. Kadınların Hijyen Uygulamalarına Göre Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Genel hijyen davranışları	Adet hijyeni	Anormal bulgu farkındalığı	Genital Hijyen Davranışları Ölçeği
Serada kullanılan tuvaletin ortak olma durumu				
Evet	44,71±4,35	29,24±4,50	12,62±1,82	86,32±8,10
Hayır	40,65±4,05	28,67±2,68	12,36±0,97	81,95±5,87
	U: 1621,00	U: 3614,00	U: 2991,00	U: 2430,00
	p: 0,000	p: 0,824	p: 0,096	p: 0,001
Serada çalışırken tuvalet öncesi el yıkama				
Evet	42,72±5,00	29,53±3,63	12,58±1,57	84,85±7,67
Hayır	42,25±2,12	25,92±2,61	12,03±0,19	80,22±3,64
	U: 1781,50	U: 789,50	U: 1060,00	U: 1121,00
	p: 0,656	p: 0,000	p: 0,000	p: 0,001
Serada çalışırken tuvalet kağıdı kullanma				
Evet	43,71±4,22	29,62±3,82	12,79±1,42	86,13±7,04
Hayır	41,24±4,86	28,04±3,42	12,09±1,41	81,35±6,93
	U: 2309,00	U: 2585,00	U: 2367,00	U: 1792,00
	p: 0,000	p: 0,007	p: 0,000	p: 0,000
Genital enfeksiyon konusunda bilgi alma				
Evet	44,21±5,33	29,24±4,38	13,00 ±1,34	86,46±8,10
Hayır	42,14±4,32	28,85 ±3,84	12,33±1,46	83,33±6,97
	U: 1862,00	U: 2568,50	U: 2030,00	U: 1893,50
	p: 0,007	p: 0,957	p: 0,030	p: 0,010

U: Mann-Whitney U testi

Tablo 5. Kadınların Genital Enfeksiyon Öyküleri ile Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi

Özellikler	OR (Odds Ratio) (95% GA)	p*
	Genital enfeksiyon öyküsü	
Serada çalışma ^{a,b}	0.140 (0.019–1.049)	0.056
Ortak tuvalet kullanımı ^{a,b}	1.286 (0.523–3.163)	0.584
Tuvalet öncesi el yıkama ^{a,b}	0.202 (0.052–0.781)	0.020
Tuvalet kağıdı kullanma ^{a,b}	3.400 (0.923–12.533)	0.066

*p<0.05, ^aEvet, ^bHayır

bulunmuştur ⁽¹⁵⁾. Bahram ve arkadaşlarının ⁽³¹⁾ yaptığı araştırmada, bakteriyel vajinozis ve kadınların eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ⁽³¹⁾. Ilgaz ve arkadaşları ⁽⁷⁾ araştırma kapsamına aldıkları iki farklı grupta kadınların öğrenim düzeyi ile genital hijyen davranışları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemişlerdir ⁽⁷⁾. Koştu ve Beydağ'ın ⁽³²⁾ çalışmasında da eğitim ile genital hijyen davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ⁽³²⁾. Literatürde yer alan bu veriler, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada bir AP yöntemi kullanan kadınların genel hijyen davranışları alt boyut puanının ve ölçek toplam puanının yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir. Çankaya ve Ege'nin ⁽¹⁰⁾ çalışmasında kadınların AP yöntemi kullanma durumu ile genital hijyen davranışları arasında bir fark saptanmamıştır ⁽¹⁵⁾. Araştırmada kadınların hangi AP yöntemini kullandığı sorgulanmamakla birlikte, yöntem kullanan kadınların genital hijyen uygulamalarının daha olumlu olması, enfeksiyona

yakalanmamak için daha hassas ve dikkatli olduklarını göstermektedir. Ayrıca çalışmalar arasındaki bu farklılık örneklemelerin farklı coğrafik bölgelerde olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada, 3-4 saatte bir ped değiştiren kadınların adet hijyeni ve anormal bulgu farkındalığı alt boyutlarında ve ölçeğin genelinde puanlarının farklılaştığı tespit edilmiştir. Koştu ve Beydağ'ın ⁽³²⁾ çalışmasında, jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların menstruasyonda ped değiştirme sıklığı ile genital hijyen davranışları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ⁽³²⁾. Benzer şekilde Anand ve arkadaşlarının ⁽³³⁾ çalışmasında, menstruasyon hijyeni düşük olan kadınlarda vajinal akıntı ve enfeksiyon sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur ⁽³³⁾. Mevsimlik tarım işçisi kadınlarla yapılan bir çalışmada da adet döneminde ped/bez değiştirme sıklığı ile vajinal enfeksiyon arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ⁽³⁴⁾. Şahin ve arkadaşlarının ⁽³⁵⁾ çalışmasında, menstruasyon sürecinde malzeme değiştirme sıklığı ile genital hijyen enfeksiyon öyküsü arasında bir anlamlılık bulunmamıştır ⁽³⁵⁾. Bu çalışma bulgusu, Koştu ve Beydağ'ın ⁽³²⁾ jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yaptığı çalışma ile paraleldir, fakat Şahin ve arkadaşlarının ⁽³⁵⁾ yurttan kalan üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışma ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın yaş ve medeni durum gibi özellikler bakımından farklı iki grupta çalışılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cinsel ilişki sonrası vajinal duş uygulayanların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarda puanları düşüktür. Klebanoff ve arkadaşlarının çalışmasında vajinal duş uygulamasındaki artış ile bakterial vajinozis prevalansındaki artış arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ⁽³⁾. Şahin ve arkadaşlarının ⁽³⁵⁾ çalışmasında, genital temizlikte sabun ve bez kullanan kadınlarda anlamlı derecede genital enfeksiyon sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur ⁽³⁵⁾. Vajinal duş, vajendeki doğal florayı bozarak enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır. Veri kümesinin bir kısmının vajinal duş uygulaması, genital hijyene uygun davranmadıklarını göstermektedir.

Araştırmada serada çalışırken kadın-erkek ortak tuvaleti kullanan kadınların tüm alt boyut ve ölçeğin genelinde puanlarının yüksek olması daha önceki çalışmalarda saptanmamış, yeni bir bulgudur. Serada çalışmanın fiziksel zorluklarından biri de, kullanılan tuvaletin her iki cinsiyet için ortak olmasıdır. Araştırmada ortak tuvaleti kullanan

kadınların puanlarının yüksek olması, enfeksiyona yakalanmamak için kadınların genital hijyenlerine daha fazla dikkat ettiklerini göstermektedir.

Serada çalışırken tuvalet öncesi el yıkayan ve tuvalet kağıdı kullanan kadınların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlarda puanları daha yüksek olmakla birlikte, lojistik regresyon analizinde tuvalet öncesi el yıkamamanın genital enfeksiyon riskini artırdığı bulunmuştur. Çalışma bulgusunu destekler nitelikte Şahin ve arkadaşlarının ⁽³⁵⁾ çalışmasında, el yıkama ile genital enfeksiyon öyküsü arasında anlamlılık bulunmuştur ⁽³⁵⁾. Özdemir ve arkadaşlarının ⁽³⁶⁾ öğrenciler ile yaptığı çalışmada, tuvalete girmeden önce el yıkama davranışları ile öğrencilerin mevcut vajinal akıntı durumu arasında ilişki saptanmamıştır ⁽³⁶⁾. Hacıoğlu ve arkadaşlarının ⁽³⁷⁾ çalışmasında, kadınların tuvalet kağıdı kullanmasıyla genital yol enfeksiyon sıklığı arasında ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ⁽³⁷⁾. Ocaktan ve arkadaşları çalışmasında, kadınların tuvalet kullanımından önce el yıkaması ile genital enfeksiyon arasında anlamlılık tespit edilmiştir ⁽²⁵⁾. Yağmur ve Orhan Ergin'in ⁽³⁴⁾ mevsimlik tarım işçisi kadınlarla yaptığı çalışmada da, tuvalet öncesi ve sonrası el hijyeninin vajinal enfeksiyon gelişimi etkilediği saptanmıştır ⁽³⁴⁾. El hijyeni enfeksiyon kontrolünde öncelikli ilkelerden biri olmakla birlikte, seralarda toprak, bitki tozları, kullanılan kimyasal tarım ilaçları ellerin kontaminasyonunda ana etkenlerdir. Kadınların seralarda sağlıklı kullanma suyu ve sabun gibi temizlik maddelerini kullanamamış olmaları, el hijyenini sağlama yönünden dezavantaj yaratmış olabilir.

Genital enfeksiyonlar konusunda daha önceden bilgi alanların genel hijyen davranışları ve anormal bulgu farkındalığı alt boyutları ile ölçeğin genel puanında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır. Ocaktan ve arkadaşları'nın araştırmalarında, daha önce bilgi alma durumu ile genital enfeksiyon arasında anlamlılık olduğu belirlenmiştir ⁽²⁵⁾. Yapılan girişimsel çalışmalarda da, eğitim sonrası kadınların genital hijyen davranışları puan ortalamalarının yükseldiği ve davranışlarının olumlu olduğu belirlenmiştir ^(15,24). Çalışmalar, kadınların bu konu hakkında bilgi almalarının genital hijyen davranışlarını olumlu etkilediğini göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmadan elde edilen bulgular araştırmanın örneklemini ile sınırlıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada kadınların genital hijyen uygulamaları (ölçek değerlendirmesine göre) olumlu olarak saptanmıştır.

Ürogenital sistem ile ilgili sorunlar çoğu zaman paylaşılamamakta ve kırsalda yaşayan kadınlar tarafından gerek muayene olmanın isteksizliği gerekse kültürel bakış açısı olarak mahremiyet sebebiyle geri plana itilebilmektedir. Kırsalda yaşayan ve mesleki yönden dezavantajlı olan bu kadınların sağlığının geliştirilmesi için koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında birinci basamak sağlık çalışanları tarafından eğitilmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Kadınlar genellikle yılın ¾'lük kısmında aktif olarak serada çalıştıkları için etkin saha eğitimleri ile bu kadınlara ulaşılabilir. Genital ve kişisel hijyen eğitimlerinin yanı sıra örtü altı tarımında çalışırken kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusundaki eğitim ve denetim yararlı olacaktır.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: DA ve NÖK; veri toplama: DA ve NÖK; sonuçların analizi ve yorumlanması: DA ve NÖK; araştırma metnini hazırlama: DA ve NÖK. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 726/24.07.2019).

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: DA and NÖK; data collection: DA and NÖK; analysis and interpretation of results: DA and NÖK; draft manuscript preparation DA and NÖK. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the Akdeniz University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee (Protocol no. 726/24.07.2019).

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadenizdeki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13 (2): 12-9.
2. Dalbudak S, Bilgili N. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran genital hijyen davranışları ve bu davranışları vajinal enfeksiyona etkisi. Gülhane Tıp Dergisi 2013; 55: 281-7.
3. Kelbanoff MA, Nansel TR, Brotman RM, Zhang J, Yu KF, Schwebke JR, et al. Personal hygiene behaviors and bacterial vaginosis. Sex Transmis Dis 2010; 37 (2): 94-9. [Corssref]
4. Spance MR. Candidal infections: diagnosis and treatment. Contemporary OBGYN 2000; 45 (4): 15-9.
5. Reid G, Bruce AW. Urogenital infections in women: can probiotics help? Postgrad Med J. 2003; 79: 428-32. [Corssref]
6. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/vaginal-discharge.htm> Oct 7, 2019.
7. Ilgaz A, Sevinç Ö, Uzun SU. İki farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı doğurgan çağıdaki evli kadınların genital hijyen davranışları. TAF Prev Med Bull 2015; 14 (2): 153-60. [Corssref]
8. Crann SE, Cunningham S, Albert A, Money DM, O'Doherty KC. Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: a national cross-sectional survey. BMC Women's Health 2018; 18 (52): 1-8. [Corssref]
9. Yağmur Y. The genital hygiene behaviors of the females aged 15-49 living at the Firat Health Clinic neighborhood in Malatya. TAF Prev Med Bull 2007; 6 (5): 325-30.
10. Çankaya S, Ege E. Evli kadınların genital hijyen davranışlarının ürogenital semptomlar ile ilişkisi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014; 6 (2): 94-101.
11. Murta EF, Silva AO, Silva EA, Adad SJ. Frequency of infectious agents for vaginitis in non-and hysterectomized women. Arch Gynecol Obstet 2005; 273 (3): 152-6. [Corssref]
12. Brotman RM, Klebanoff MA, Nansel TR, Andrews WW, Schwebke JR, Zhang J, et al. A longitudinal study of vaginal douching and bacterial vaginosis-a marginal structural modeling analysis. Am J Epidemiol 2008; 168 (2): 188-96. [Corssref]
13. Theroux R. Factors influencing women's decisions to self-treat vaginal symptoms. J Am Acad Nurse Pract 2005; 17 (4): 156-62. [Corssref]

14. Prasad JH, Abraham S, Kurz KM, George V, Lalitha MK, John R, et al. Reproductive tract infectious among young married women in Tamil Nadu, India. *Int Fam Plan Perspect* 2005; 31: 73-82. [\[Corssref\]](#)
15. Palas P, Karaçam Z. Kadınların tutukevinde bulunmalarının genital hijyen uygulamalarına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16 (1): 27-35.
16. Young FB. Vaginal health. *Nursing Standart* 2002; 16 (23): 47-55. [\[Corssref\]](#)
17. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği: üreme sistemi enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar. XI. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. s. 539-60.
18. Farr SL, Cooper GS, Cal J, Savitz DA, Sandler DP. Pesticide use and menstrual cycle characteristics among premenopausal women in the agricultural health study. *Am J Epidemiol* 2004; 160: 1194-204. [\[Corssref\]](#)
19. MacFarlane E, Carey R, Keegel T, El-Zaemay S, Fritschi L. Dermal exposure associated with occupational end use of pesticides and the role of protective measures. *Safety and Health at Work* 2003; 4: 136-41. [\[Corssref\]](#)
20. Poet TS. Toxicological highlight: Assessing dermal absorption. *Toxicological Sciences* 2000; 58 (1): 1-2. [\[Corssref\]](#)
21. United States Environmental Protection Agency. How to comply with worker protection standard for agricultural pesticides: What employers need to know. 2006. Retrieved from <https://www.epa.gov/pesticide-worker-safety/pesticide-worker-protection-standard-howcomply-manual> Sept 10, 2019.
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
23. Karahan N. Genital Hijyen Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik-güvenirlik çalışması. *İstanbul Med J* 2017; 18: 157-62. [\[Corssref\]](#)
24. Demirbağ BC, Çan G, Kaya S, Köksal İ. Rahim içi araç ve oral kontraseptif kullanan 18-49 yaş arasındaki kadınlara verilen eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. *HEAD* 2012; 9 (3): 15-20.
25. Ocaktan ME, Baran E, Akdur R. Evaluation of habitual behavior related to genital hygiene in women living in a health care center area. *Saudi Med J* 2010; 31 (11): 1251-6.
26. Kaya A. Genital enfeksiyonların kadının psikososyal sağlığına etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 1993.
27. Karatay G, Özvarış ŞB. Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10: 7-14.
28. Arora BB, Maheshwari M, Devgan N, Arora DR. Prevalence of trichomoniasis, vaginal candidiasis, genital herpes, chlamydia and actinomycosis among urban and rural women of Haryana, India. *J Sex Transm Dis* 2014; 1-5. [\[Corssref\]](#)
29. Parashar A, Gupta BP, Bhardwaj AK, Sharin R. Prevalence of RTIs among women of reproductive age group in Shimla city. *Indian J Community Med* 2006; 31: 15-7. [\[Corssref\]](#)
30. Kosambiya JK, Desa VK, Bhardwaj P, Chakraborty T. RTI/STI prevalence among urban and rural women of Surat: a community-based study. *Indian J Sex Transm Dis* 2009; 30: 89-93. [\[Corssref\]](#)
31. Bahram A, Hamid B, Zohre T. Prevalence of bacterial vaginosis and impact of genital hygiene practices in non-pregnant women in Zanjan, Iran. *Oman Med J* 2009; 24 (4): 288-93. [\[Corssref\]](#)
32. Koştı N, Beydağ KD. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12 (1): 66-71.
33. Anand E, Singh J, Unisa S. Menstrual hygiene practices and its association with reproductive tract infections and abnormal vaginal discharge among women in India. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2015; 6: 249-254. [\[Corssref\]](#)
34. Yağmur Y, Orhan Ergin İ. Mevsimlik tarım işçisi kadınların yaşam koşulları ve genital hijyen uygulamaları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017; 10 (51): 614-20. [\[Corssref\]](#)
35. Şahin S, Özdemir K, Ünsal A, Aygün D, Nemut T. An evaluation of the relationship between genital hygiene practices, genital infection. *Gynecol Obstet* 2013; 3 (6): 1-5.
36. Özdemir S, Ortabağ T, Tosun B, Özdemir Ö, Bebiş H. Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin genital hijyen hakkındaki bilgi düzeylerinin ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2012; 54: 120-8.
37. Hacıoğlu N, İnandı T, Pasinlioğlu T. Erzurum ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 3 (2): 11-8.

Preeklampsili Gebelerde Kan Basıncının Düzenlenmesi ve Anksiyetenin Azaltılmasında Müziğin Kullanımı

The Use of Music in Reducing The Anxiety and Regulation of Blood Pressure in Preeclamptic Pregnant

Özlem Doğan Yükseköl , Mürüvvet Başer 

Öz

Preeklampsia birçok organı etkileyen, gebeliğe özgü ve maternal mortalite ve morbiditeye neden olan bir durumdur. Preeklampsinin önlenmesi ve tedavisinde erken tanı ile etkin hemşirelik bakımı önemlidir. Özellikle kan basıncının artması ve hastanede olma, uygulanan tedaviler ve bebeği için endişe gibi faktörler nedeniyle oluşan anksiyetenin kontrolü hemşirelik bakımının parçasıdır. Günümüzde etkin bir baş etme yöntemi olarak kullanılan müziğin pek çok sağlık sorunu üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada preeklampşik gebelerin kan basıncının düzenlenmesinde ve anksiyete ile baş etmelerinde, bağımsız bir hemşirelik uygulaması olarak kullanılan müziğin etkisi değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Gebe, preeklampsia, hemşirelik bakımı, müzik

ABSTRACT

Preeclampsia is a pregnancy-specific condition that affects many organs and causes maternal mortality and morbidity. Early diagnosis and effective nursing care are important in the prevention and treatment of preeclampsia. Control of anxiety caused by factors such as increased blood pressure and hospitalization, treatments being applied and anxiety for the baby are part of nursing care. Today, there are studies showing that music used as an effective coping method has an impact on many health problems. In this study, the effect of music, which is used as an independent nursing practice, in preeclamptic pregnancies to regulate blood pressure and to deal with anxiety is evaluated.

Keywords: Pregnant, preeclampsia, nursing care, music

Received/Geliş: 13.06.2018
Accepted/Kabul: 25.01.2021
Published Online: 00.00.2022

Cite as: Doğan Yükseköl Ö, Başer M. Preeklampsili gebelerde kan basıncının düzenlenmesi ve anksiyetenin azaltılmasında müziğin kullanımı. Jaren. 2021;7(1):36-40.

Özlem Doğan Yükseköl
Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Ebelik Bölümü,
Elazığ, Türkiye
✉ ozlem193523@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1761-1479

M. Başer 0000-0003-4565-2275
Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye

GİRİŞ

Gebelikte Hipertansif Hastalıkların Görülme Sıklığı ve Etkileri

Gestasyonel hipertansif hastalıklar gebelikte, doğum esnasında veya postpartum dönemde görülebilmektedir. Gebelikte görülen hipertansif hastalıklar, gebeliğin neden olduğu hiper tansiyon, preeklampsia ve eklampsi (1). Dünyada %7-10 (2) oranında görülen hipertansif hastalıklar Türkiye’de ise %3,9 ile 15,1 arasında görülmektedir (3). İskoçya’da %5,8, Avustralya’da %5 ve İsrail’de %2,8 (4) oranında görülen preeklampsia ve eklampsi tüm dünyada maternal ölümlerin %10-15’inden sorumludur (5,6). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) gebeliğe bağlı

ölümlerin yaklaşık %20’si preeklampsia ve eklampsiye bağlı komplikasyonlar sonucu oluşmaktadır. Türkiye’de ise preeklampsia ve eklampsi nedeniyle ölüm %13,7 olup, eklampsi maternal ölüm nedenleri arasında ikinci sırada bulunmaktadır (5-7).

Preeklampside Tedavi Yaklaşımları

Preeklampsia erken dönemde teşhis edilir ve etkili tedavi edilirse maternal ölümler azalabilir (8). Bu sebeple risk grubunda ve preeklampsili olan gebeler kan basıncı, ödem ve idrarda protein varlığı yönünden yakından izlenmelidir. Aynı zamanda preeklampsiyi önlemek amacıyla düşük dozda aspirin tedavisi, kalsiyum takviyesi ve diyet düzenlemeleri önerilmektedir (9,10). Preeklampside

gebenin sadece tualete gitmesine izin vermek şartıyla yatak istirahatine alınması bir diğer tedavi yaklaşımıdır ⁽¹¹⁾. Ayrıca preeklampside kan basıncını kontrol altında tutmak amacıyla antihipertansif ilaçlar kullanılmaktadır. Antihipertansif ilaçlar vazodilatasyon yaparak, vazokonstriksiyonun neden olduğu sorunları azaltmaktadır ⁽¹²⁾.

Preeklampsia ile karşı karşıya kalan gebelerde ortaya çıkan bir diğer önemli sorun ise, kendileri veya bebekleri için hissettikleri endişe ve korkunun neden olduğu kaygı düzeyindeki artıştır ⁽¹³⁾. Gestasyonel hipertansif hastalıkların yönetiminde, stres ve anksiyeteyi kontrol altına almak için tamamlayıcı ve bütüncü tedaviyelerden yararlanılabilir. Günümüzde pek çok sorunda, ortaya çıkan bulguların kontrolünü sağlamak için farmakolojik tedaviye ek olarak nonfarmakolojik tedavilerden de yararlanılmakta, bu uygulamalar sağlık çalışanları tarafından önerilmekte ve kullanılabilir ⁽¹⁴⁾.

Gebelikte anksiyete ve stres ile baş etmek için müziğin etkili bir gevşeme tekniği olduğu belirtilmektedir ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Preeklampside gebeler hem kan basıncının kontrol altına alınması, hem de olası komplikasyonların önlenmesi amacıyla hastalığın prognozuna göre bir süre hastanede takip altına alınmaktadır. Hastaneye yatmış olma, tedavi protokolleri, var olan sağlık problemi, gebeliğin neden olduğu problemler, bebeğinin ve kendisinin sağlık durumu için endişe duyma gibi nedenler annenin anksiyetesinin artmasına neden olmaktadır. Anne adayının bu durumla başa çıkmasında invaziv olmayan, bilinen uygulamaların dışında bir yöntem olan müzik; kan basıncı ve anksiyete üzerine olumlu etkilerinin olması nedeniyle bağımsız bir hemşirelik uygulaması olarak kullanılabilir. Yapılan literatür taramasında preeklampsili gebelerde semptomlara yönelik olarak müziğin kullanımı ile ilgili çalışmaların sınırlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Geçmişten Günümüze Hastalıkların Tedavisinde Müziğin Yeri

Müzikle tedavinin geçmişinin oldukça eskiye dayandığı bilinmektedir. Milattan önce 400 yıllarında Platon müziğin ahenk ve ritmiyle insan ruhuna işleyerek hoşgörü ve rahatlık duygularını uyandırdığını ifade etmiştir. Eski Roma döneminde Celsus ve Areteu ise müziğin ruhu sakinleştirdiğini ve ruhsal hastalıklara iyi geldiğini belirtmişlerdir. Mısırlılar doğum esnasında müzikten faydalanmışlardır. Ünlü Çin filozofu Konfüçyus; müziğin kişilerarası

ilişkileri düzelttiğini, kanın hareketini ve dolanımını sakinleştirdiğini ifade etmiştir ⁽¹⁸⁾.

Müzikle tedavinin hastaların iyileşmesine katkısı 1800'lü yıllarda Florence Nightingale tarafından ifade edilmiş, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmasının yanında hastaların konforunu sağlayan bağımsız bir hemşirelik uygulaması olduğu vurgulanmıştır ⁽¹⁹⁾. Müzik, Batıda 20. yüzyılın başlarında hastanede kullanılmıştır. Thomas Edison'un 1877 yılında fonografıyı icadı ve 1886'da disk kayıt cihazını geliştirmesi müziğin hastalar üzerindeki etkisinin incelenmesini sağlamıştır. Müzik hastanelerde ilk olarak anestezi ve analjezi uygulamalarında kullanılmıştır ⁽¹⁸⁾.

Türklerde müzik ve dans kullanılarak yapılan tedavinin önemli olduğu ve neredeyse tüm Türk toplumlarında kullanıldığı belirtilmektedir. Müzik ile tedavinin Türk toplumlarında 6 bin yıllık bir geçmişinin olduğu bilinmektedir. Türklerde ilk önemli müzik ile tedavi çalışmaları Selçuklular ve Osmanlılar dönemine aittir. Türklerin Anadoluya göç ettikten sonra müzikle tedavi ile ilgili oluşturdıkları ilk yapılar şifahanelerdir ⁽²⁰⁾. Selçuklularda müzik ile tedavi yapılan hastaneler; Nurettin Hastanesi (1154), Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Maristanı (1206), Divriği Ulu Camii ve Darüşşifası-Turan Melik Darüşşifası (1228-9), Amasya Darüşşifası (1308)'dir. Osmanlılarda ise müzik ile tedavi yapan hastaneler; Fatih Darüşşifası (1470), Edirne II. Bayezid Darüşşifası (1488) ve Süleymaniye Darüşşifası (1557)'dir ⁽²¹⁾.

Müzik uygulanması kolay, herhangi bir hazırlık gerektirmeyen, ucuz ve doğal bir uygulamadır; fiziksel, ruhsal, sosyal ve emosyonel iyileşmede etkilidir ^(22,23).

Müzik ile tedavi hemşirelik girişimlerinin içinde olan invaziv olmayan bir teknik olmasının yanı sıra, hemşirenin hasta ile iletişimini artıran ve hastaların kendi bakımlarında aktif rol almalarını sağlayan, bir yöntem olarak kabul edilmektedir ⁽¹⁹⁾.

Preeklampsili Gebelerin Kan Basıncının Düzenlenmesinde Müziğin Kullanımı

Gagner-Tjellesen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ⁽²⁴⁾ müziğin rahatlatma sağladığını, hem ağrıyı azaltan hem de kan basıncı ve nabızda azalma gibi cevaplara neden olan endorfin salgısının artmasını da sağlayabileceğini ifade etmişlerdir. Ikonomidov ve Rehnström ⁽²⁵⁾ laparoskopik jinekolojik cerrahi operasyonu olacak hastalara müziğin operasyondan

sonra ağrı düzeyi, anksiyete ve yaşamsal bulgularına etkisini incelemek için yapmış oldukları çalışmada; hastalara işlemden önce kasetçalar ile 30 dakika süre ile müzik dinletmişlerdir. Araştırmanın sonunda müziğin cerrahi girişimden sonra kadınların anksiyete seviyesi, ağrı, kan basıncı ve solunum hızı değerlerinde müzik dinletilmeyen kadınlara göre azalma olduğunu bulmuşlardır. Yüksekol Doğan⁽²⁶⁾ preeklampsili gebelerde müziğin arteriyel kan basıncı ve anksiyeteye etkisini değerlendirmek için yapmış olduğu tez çalışmasında; deney grubundaki (n=30) gebelere 30 dakika süre ile müzik dinletmiş, kontrol grubuna hemşirelik bakımı vermiştir. Araştırmanın sonunda müziğin sistolik ve diastolik kan basıncını düşürdüğünü saptamışlardır. Toker ve Kömürcü⁽¹³⁾ preeklampsili gebelerde müziğin etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada; müdahale grubundaki (n=35) gebelere doğumdan önce beş gün, doğum sonrası iki gün olmak üzere 30 dakika müzikoterapi uygulamış, kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapmamış, rutin bakım vermişlerdir. Doğum öncesi dönemde beş gün boyunca müzikoterapi uygulanan deney grubundaki gebelerin (grup içinde) müzik dinledikten sonra ölçülen sistolik kan basınçları ortalamasının öncesine oranla anlamlı düzeyde düştüğü (4,75±5,97 birim) belirlenmiştir⁽¹³⁾.

Birkan (2014) arteriyel kan basıncı üzerine buselik makamının etkili olduğunu belirtmiştir⁽²⁷⁾.

Preeklampsili Gebelerin Anksiyetesinin Azaltılmasında Müziğin Kullanımı

Müzikle tedavi; hastaların olumsuz duygu durum halinden uzaklaşmasında ve motivasyonlarının artırılmasında rahatlatıcı bir yaklaşımdır. Hasta bireyin kendisini daha rahat ifade etmesine, rahatlamasına ve baş etme yöntemleri geliştirmesine fırsat sunar. Ayrıca müzik, kişinin sosyalleşmesinin artmasını sağlayan, psikotik bulguları azaltan, bilinç uyanıklığını arttıran bir tedavi biçimi olarak da kullanılmaktadır⁽²⁸⁻³⁰⁾. Aynı zamanda anksiyeteyi azaltıcı etki yaparak kas gevşemesine de neden olabilir⁽³¹⁾.

Antepartum dönemde hastaneye yatış, stres ve anksiyeteye neden olabilmekte, kişinin kendisini yalnız hissetmesine ve kaybetme korkusu yaşamasına sebep olabilmektedir. Gebelerde müzik stres ve ağrıyı azaltmakta, gevşemeyi sağlamaktadır. Bauer ve arkadaşları⁽³²⁾ doğum öncesi dönemde hastane yatışlarında müzik ve rekreasyon tedavisinin duygusal sıkıntı üzerine etkisini saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışmada hastaneye yatış ile ilişkili olan

duygusal sıkıntının müzik ile azaldığını bulmuşlardır. Nayak ve arkadaşları⁽³³⁾ primipar kadınların doğum eyleminin birinci döneminde ağrı algılamaları ve anksiyeteleri üzerine müziğin etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada müzik ile tedavinin kadınların ağrı ve anksiyetelerini azalttığını saptamışlardır.

Yüksekol Doğan'ın⁽²⁶⁾ preeklampsili gebelerde müziğin anksiyete ve kan basıncı üzerine etkisini değerlendirmek için yapmış olduğu randomize kontrollü deneysel çalışmada müdahale grubuna 30 dakika müzik dinletilmiş, müzik dinledikten 60 dakika sonra yapılan ölçümde kontrol grubunun kaygı puan ortalaması müdahale grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Toker ve Kömürcü⁽¹³⁾ preeklampsili gebelerle yapmış oldukları çalışmada; deney grubundaki (n=35) gebelere arka arkaya doğum öncesi beş gün, doğum sonrası iki gün olmak üzere toplam yedi gün günde bir kez 30 dk. müzikoterapi uygulanmış, kontrol grubuna ise rutin bakım vermiştir. Çalışmanın sonucunda; yapılan uygulama sonucunda anksiyete puanları açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu sonucunu bulmuşlardır.

Anksiyete üzerine acemaşiran makamının etkili olduğu belirtilmektedir. Acemaşiran makamı duygu ve düşünceleri canlandırıp ağrıyı hafifletmekte ve gevşemeye yardımcı olmaktadır⁽²⁷⁾.

SONUÇ

Tamamlayıcı ve alternatif terapiler ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, preeklampsisi ile ilgili çalışmaların olduğu görülmekte ancak bu çalışmaların yetersiz ve yeterli bilimsel kanıt düzeyinde olmadığı anlaşılmaktadır. Ancak müziğin kan basıncının kontrolünde ve anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğunu gösteren bulgular mevcuttur. Bu noktadan yola çıkarak preeklampside müziğin kullanım sonuçlarını değerlendiren kanıt düzeyine sahip çalışmaların artırılması gerekmektedir. Sağlık alanında teknolojik gelişme ve bilimsel bilgi düzeyinin artması sonucunda hemşirelerin rol ve sorumluluklarında değişimler kaçınılmaz olmuştur. Tamamlayıcı uygulamaların, günümüzde sağlık hizmet sunumu içinde bir tedavi yaklaşımı olarak kullanıldığı görülmekte olup; sağlık hizmet sunumunun önemli bir ögesi olan hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarını bakım süreci içinde kullanmaları ve bu konuda kendilerini geliştirmeleri alana önemli bir

katkı sunacaktır. Literatür incelendiğinde tamamlayıcı tedavilerin, hemşirelik bağımsız rolleri arasında olduğu görülmektedir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: AA, BB ve CC; veri toplama: AA, BB ve CC; sonuçların analizi ve yorumlanması: AA ve BB; araştırma metnini hazırlama: AA, BB ve CC. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: AA, BB, and CC; data collection: AA, BB, and CC; analysis and interpretation of results: AA and BB; draft manuscript preparation AA, BB and CC. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. Dix D. Hipertensive Disorders in Pregnancy. In: Lowdermilk LD, Perry ES, Cashion K, Alden RK, Eds. Maternity womens and health care. Canada; 2012. p. 654-669.
2. National High Blood Pressure Education Program Working Group in Pregnancy. Report of the national high blood pressure education program working group in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001;185 (2): 522-523.
3. Çulha G, Ocaktan MG, Çöl M. Ankara üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. Türkiye Klinikleri J MedSci , 2010; 30 (2): 639-49.[Crossref]
4. Shamsi U, Saleem S, Nishtar N. Epidemiology and risk factors of preeclampsia; an overview of observational Studies. Al Ameen J Med Sci 2013; 6(4): 292-300.
5. Turner AJ. Diagnosis and management of preeclampsia: An update. Int J Womens Health, 2010; (2):327-337. [Crossref]
6. Park M, Brewster U. Management of preeclampsia. Hospital Physician, 2007; 11:25-32.
7. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Ana Raporu 2005. URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor.pdf Erişim Tarihi: 5/5/2017.
8. Gilbert E, Harmon JS. Hipertansif Bozukluklar. In: Taşkın L, Eds.Yüksek riskli gebelik ve doğum. Ankara: Palme Yayıncılık; 2002. s. 488.
9. Wagner L. Diagnosis and management of preeclampsia. American Family Physician 2004;70 (12): 2317-2324.
10. Gary A, Dildy MD, Michael A, Belfort, Simulian J. Preeclampsia recurrence and prevention. Semin Perinatol, 2007;31:135-141. [Crossref]
11. Çoban A. Riskli gebelikler. In: Şirin A, Kavlak O, Eds. Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayın; 2008. s. 520-560.
12. Taşkın L. Riskli gebelikler. In: Taşkın L, Eds. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. s. 288-296.
13. Tokar E, Kömürçü N. Effect of turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: A randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia. Complementary Therapies in Medicine, 2017; 30: 1-9. [Crossref]
14. Zanini CRO, Jardim PCBV, Salgado CM et all. Music therapy effects on quality of life the blood pressure of hypertensive patients. Arq Bras Cardiol, 2009;93 (5): 495-500.
15. Kordi M, Vahed A, Talab FR , Lotfalizadeh SRMM. Anxiety during pregnancy and preeclampsia: A case-control study. J Midwifery Reprod Health. 2017; 5(1): 814-820.
16. Kalaivani GJ, Jeyavanthasanta N. Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Depression Among High-risk Pregnant Women. Indian Journal of Clinical Practice, 2013;24 (3): 257-265
17. Tossi M, Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N. The reduction of anxiety and improved maternal attachment to fetuses and neonates by relaxation training in primigravida women. Women's Health Bulletin 2014;1(1):1-6. [Crossref]
18. Karamızrak N. Ses ve Müziğin organları iyileştirici etkisi. Koşuyolu Heart Journal. 2014;17(1):54-57. [Crossref]
19. Yükseköl ÖD. Preeklampsili gebelerin kan basıncının düzenlenmesinde müzik terapi uygulaması. In: Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar. Başer M, Taşçı S, Eds. Ankara, 2015:19-23.
20. Gençel Ö. Müzikle Tedavi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2006;14(2):697-706.
21. Erer S, Atıcı F. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010;36 (1):29-32.
22. Siritunga S, Wijewardena K, Ekanayaka R, Mudunkotuwa P. Effect of Music on Blood pressure, Pulse Rate and Respiratory Rate of Asymptomatic Individuals: A Randomized Controlled Trial. Health 2013;5(4A):59-64. [Crossref]

23. Uyar M, Korhan E. Yoğun Hakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Azerine Etkisi. Ağrı, 2011;23(4):139-146. [\[Crossref\]](#)
24. Gagner-Tjellesen TD, Yurkovich EE, Gragert M. Use of Music Therapy and Other ITNIs in Acute Care. J. Psychosoc Nurs Ment Health, 2001;39(10):26-37. [\[Crossref\]](#)
25. Ikonomidou E, Rehnström A, Naesh O. Effect of Music on Vital Signs and Postoperative Pain, AORN Journal, 2004, 80(2): 269-278. [\[Crossref\]](#)
26. Yüksekol ÖD. Hafif preeklemsi tanısı ile hastaneye yatan gebelere dinletilen müziğin arteriyel kan basıncı ve anksiyete üzerine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Doktora tezi, 2017.
27. Birkan İZ. Müzikle tedavi, tarihi, gelişimi ve uygulamaları. Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi, 2014;(1):37-49.
28. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesine Etkisi.Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Sivas, 2009.
29. Covington H. Therapeutic Music for Patients with Psychiatric Disorders. Holistic Nursing Practice, 2001;15(2):59-69. [\[Crossref\]](#)
30. Gold C. The Use of Effect Sizes in Music Therapy Research. Music Therapy Perspectives; 2004;22(2):91-95. [\[Crossref\]](#)
31. Çiftçi H, Öztunç G. The Effect of Music on Comfort, Anxiety and Pain in the Intensive Care Unit: A Case in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2015;8(3):594-602.
32. Bauer CL et all. Alleviating Distress During Antepartum Hospitalization: A Randomized Controlled Trial of Music and Recreation Therapy. Journal of Women's Health ,2010;19(3):523-531. [\[Crossref\]](#)
33. Nayak D , Rastogi S, Kathuria OK. Effectiveness of Music Therapy on Anxiety Level, and Pain Perception in Primipara Mothers During First Stage of Labor in Selected Hospitals of Odisha. Journal of Nursing and Health Science 2014;3(2): 07-14. [\[Crossref\]](#)

COVID-19 ve Ruh Sağlığı

COVID-19 and Mental Health

Gülşah Çamcı 

Öz

Yeni koronavirüsün (COVID-19) neden olduğu enfeksiyon Çin'de başlamış ve tüm dünyaya yayılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu durum pandemi olarak ilan edilmiştir. COVID-19, tüm dünya için ruh sağlığı dahil olmak üzere yaşamın her alanında zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Hastalığın verdiği stres dışında, evde kalma, damgalama, sosyal mesafe, karantina ve izolasyon durumları ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. COVID-19 salgını; bireylerde anksiyete, stres, depresyon, post travmatik stres bozukluğu ve korkuya yol açmaktadır. Pandemielerde her birey için ruh sağlığı bakımı farklı düzeylerde (koruma, yükseltme ve klinik bakım) olmaktadır. Bireyler, aileleri ve sağlık profesyonelleri aracılığı ile duygusal desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. İzolasyon durumlarında online hizmetlerle ruhsal sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi gerekmektedir. Ayrıca medya, COVID-19'da ruh sağlığı için bir tehdit oluşturmaktadır. Bu sebeple güvenilir kaynaklardan güncel bilgiler edinilmelidir. Ayrıca hastanede ön cephedeki sağlık çalışanları enfekte olma ve virüsü ailelerine yayma korkusu yaşayabilmektedir. Sağlık çalışanlarının, ailelerine bulaştırma korkusunu azaltmak için kalacak yer, yeterli koruyucu ekipman; COVID-19'lu hastaların tedavisi, bakımı ve psikolojik sorunları için eğitim ve sağlık personeline psikolojik destek verilerek ruh sağlığı korunabilir. Bu derlemede, COVID-19'un ruh sağlığına olası etkilerinin açıklanması ve ruh sağlığının korunması için yapılması gerekenler amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, pandemi, ruh sağlığı, damgalama, anksiyete, salgın

ABSTRACT

The infection caused by the novel coronavirus (COVID-19) began in China and spread throughout the whole world. It was declared as a pandemic by the World Health Organization. COVID 19 poses challenges in all aspects of life including mental health for the whole world. Excepting the stress caused by the disease, stay at the home, stigma, social distancing, quarantine, and isolation cause deterioration of mental health. The COVID-19 outbreak causes anxiety, stress, depression, post-traumatic stress disorder, and fear in individuals. In pandemics, mental health care for each individual is at different levels (prevention, promotion, and clinical care). Individuals need emotional support through their families and healthcare professionals. In isolation situations, mental health services should be maintained with online services. Besides, the media has emphasized COVID-19 as a unique threat to mental health. Updated information should be obtained from safe sources. Also, healthcare workers at the front line in the hospital may have the fear of becoming infected and spreading the virus to their families. For healthcare workers, mental health can be protected by accommodation to reduce the fear of infecting their families, enough protective equipment, training for the treatment, care, and psychological problems of patients with COVID-19, and psychological support to healthcare professionals. This review aimed to explain the possible effects of COVID-19 on mental health and the things to be done to protect mental health.

Keywords: COVID-19, pandemic, mental health, stigma, anxiety, outbreak

Received/Geliş: 26.06.2020

Accepted/Kabul: 13.03.2022

Published Online: 15.04.2022

Cite as: Çamcı G. COVID-19 ve ruh sağlığı. Jaren. 2021;7(1):41-48.

Gülşah Çamcı

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye

 gulsah_camci@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-1463-0674

GİRİŞ

Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgını, Aralık 2019'un sonlarında Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan şehrinde yeni bir koronavirüs pnömonisi salgını olarak başlamıştır. Yeni COVID-19'un, bir deniz ürünleri toptancı pazarından kaynaklandığına inanılan salgın, kısa sürede katlanarak artmış ve dünyaya yayılmıştır ⁽¹⁻⁵⁾. Şiddetli akut solunum sendromu (SARS) ve Orta Doğu solunum sendromundan (MERS) sonra COVID-19, dünya çapında paniğe yol açan koronavirüsün neden olduğu üçüncü pandemidir ⁽⁶⁻⁸⁾. Yeni koronavirüs hastalığı 2019 salgını, 30 Ocak 2020'de Çin'in 34 bölgesinin tamamında enfeksiyon vakaları olduğunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından uluslararası halk sağlığı acil durumu ilan edilmiştir ⁽³⁾. COVID-19 yeni bir virüs olduğundan, dünya çapında hiçbir popülasyonun ona karşı antikorları bulunmamaktadır ⁽⁶⁾. Bu nedenle, herkesin enfeksiyon kapma olasılığı vardır ⁽⁶⁾. COVID-19 salgını, bugüne kadar bildirilen 106.003.620'den fazla vaka ve 2.311.000 doğrulanmış ölümle, dünyayı etkileyen büyük bir sağlık krizidir ⁽⁹⁾. Pandemiler, viral enfeksiyondan sadece yüksek ölüm oranını değil, aynı zamanda psikolojik ve ruhsal felaketi de dünyaya getirmektedir ^(10,11). COVID-19 salgını da olumsuz ruh sağlığı sonuçlarını tüm dünyaya getirmiştir ⁽¹²⁾. Bu derlemede, COVID-19'un ruh sağlığına olası etkilerinin açıklanması ve ruh sağlığının korunması için yapılması gerekenler amaçlanmıştır.

COVID-19 Salgınının Ruh Sağlığına Etkisi

COVID-19, pozitif vaka ve ölüm sayısındaki artışla, birçok kişide hem fiziksel sorunlara hem de büyük psikolojik sıkıntılara yol açmaktadır ^(1,13). Ek olarak, COVID-19 salgını, yaşam koşulları, sosyal yaşam, kişisel özgürlük ve ekonomik faaliyetlerde ciddi değişiklikler gerektiren benzeri görülmemiş bir küresel kriz yaratmaktadır ⁽¹⁴⁾. Hastalığın verdiği stres dışında, birçok kişinin uzak olduğu evde kalma, karantina ve izolasyon durumları ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır ^(15,16). COVID-19 salgını da, izolasyon ve karantina nedeniyle depresyon ve anksiyeteyi artırmıştır ^(17,18). Sevdiklerinden ayrı kalmak, kişisel özgürlüklerden mahrum kalmak, değişen rutin ve geçim sıkıntısı nedeniyle psikolojik sıkıntılar yaşanmaktadır ⁽¹⁷⁾. Eğer COVID-19 pozitif gelirse, destekleyici tedaviye ek olarak karantina/kendi kendine izolasyon gerekmektedir. Bununla birlikte dünyada, COVID-19 enfeksiyonu olma korkusu, sosyal damgalanma, izolasyon, depresyon, anksiyete, duygusal dengesizlik, ekonomik sorunlar, eksik ve/veya yanlış bilgi, gelecek korkusu

yaşatmaktadır. Eğer topluma yeterli psikolojik destek verilmezse, bu virüsün dünya çapında intiharları arttıracığı tahmin edilmektedir ⁽¹⁹⁾.

Virüsün yayılmasını yavaşlatmak için insanlar arasındaki teması azaltmak bilinçli bir çabadır. Sosyal mesafe/fiziksel mesafe, COVID-19 dahil bulaşıcı hastalıkların yayılmasını sınırlandıran bir halk sağlığı stratejisidir. Semptomu ve risk altında olmayan bir grup olsa bile, sosyal mesafe gözlenmelidir. İnsanlar evde kalmalı ve enfeksiyon bir kişiden diğerine yayıldığından halka açık yerlerden kaçınılmalıdır. Açık havada, diğer insanlardan en az bir metre uzakta kalmak için mesafe bırakılmalıdır ⁽⁶⁾.

Sosyal uzaklaşma ve kendi kendine karantina şüphesiz tüm insanlara, özellikle de çocuklar ve yaşlılar için strese neden olan düzenlemelerdir ancak bunlara uyulması gerekmektedir. İzole edilen yaşlılarda, dışlanmışlık, terk edilme ve ihmal edilme hissi olabilir. Bu özellikle, depresyon veya diğer ruh sağlığı sorunları olan yaşlılar için, zaten zor bir durumu çok daha zor hale getirebilmektedir. İnsanlar, salgın sırasında veya karantinadayken daha öfkeli, endişeli, stresli ve ajite olabilirler. Bu kişilerin sevdikleri ve sağlık profesyonelleri aracılığıyla duygusal desteğe ihtiyaçları vardır. Cep telefonu, internet insanların izolasyon hissini azaltmak için kullanılabilir. Profesyoneller, çevredeki kişilere ücretsiz online destek hizmeti sunmalıdır ⁽⁶⁾.

Çin'de Mart 2020'de Hubei eyaleti Wuhan'daki beş karantina tesisinden hastalar taburcu edilmeden önce online psikolojik değerlendirmeye alınmıştır. 714 COVID-19 hastasının %96.2'sinde post-travmatik stres bozukluğu saptanmıştır. Hastaların yarısı psikoeğitimi faydalı bulmuştur ⁽¹⁾. Çin'de 18 yaş ve üstü yapılan başka bir çalışmada COVID-19 salgınında, depresyon, anksiyete ve depresyon-anksiyete ikisinin prevalansı sırasıyla % 48.3, %22.6 ve % 19.4 bildirilmiştir. Katılımcıların %80'inden fazlası sıklıkla sosyal medyaya maruz kaldığını belirtmiştir. Diğer değişkenler kontrol altına alındığında, sosyal medyaya maruziyet, yüksek anksiyete ve depresyon-anksiyete kombinasyonu ile pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ⁽²⁰⁾. Çin'de yapılan diğer çalışmalarda da bireylerde orta veya şiddetli seviyede stres, anksiyete ve depresyon saptanmıştır ^(21,22). Çin'de COVID-19 salgını sırasında yapılan çalışmalarda, kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, kişilerarası çatışmalar, sosyal medyanın sıkı takibi ve düşük sosyal destek bireylerde stres, anksiyete, depresyon ve post travmatik stres semptomlarını

artıran faktörler olarak bulunmuştur ^(12,23,24). Çin'deki tedavi kılavuzlarına göre, COVID-19 hastaları izole hastanelerde tedavi görmek zorundadır. Sosyal izolasyon, algılanan tehlike, belirsizlik, fiziksel rahatsızlık, ilaç yan etkileri, başkalarına virüs bulaştırma korkusu ve sosyal medyadaki olumsuz haberler nedeniyle COVID-19 hastaları; yalnızlık, öfke, anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve post-travmatik stres belirtilerini yaşayabilmektedir. Bu da bireylerin sosyal ve mesleki hayatını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir ⁽¹⁾. Çin'de, sağlık otoriteleri ve akademik kuruluşlar tarafından birçok rehber ve uzman konsensüsü geliştirilmiştir. Online eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile ruh sağlığı girişimleri ülke çapında yaygın olarak benimsenmiştir ^(1,25-27).

İngiltere'de önceki toplum çalışmalarına kıyasla COVID-19 salgınının daha yüksek düzeyde anksiyete, depresyon ve travma semptomlarına neden olduğu bildirilmiştir. Anksiyete ve depresyon semptomları geliri düşük, gelir kaybı olan ve kendisinde ve ailesinde önceden sağlık sorunu olanlarda daha yüksek bulunmuştur ⁽¹⁴⁾. COVID-19 salgınında, anksiyete ve depresyon, madde kullanımı, yalnızlık, aile içi şiddet ve okulların kapalı olması nedeni ile çocuk istismarında önemli artışlar olması muhtemel görünmektedir. Bu endişe o kadar önemlidir ki, İngiltere'de psikolojik ilk yardım rehberliği yayınlanmış ve çeşitli önlemler planlanmıştır ⁽¹¹⁾. İlk olarak, toplumun fiziksel ve sosyal izolasyonu nedeniyle sekeller ve yalnızlıktan kaçınmak için çeşitli planlamalar yapılmaktadır. Dijital teknolojinin kullanımı sosyal mesafe için bir köprü oluşturabilir. İnsanların sürekli yer aldığı yoga, jimnastik, kongreler ve çalışma ortamları online aktivitelerle yönetilmelidir. Bazı işyerleri, insanların video bağlantıları üzerinden çalışabileceği ve bağlanabileceği sanal bir çalışma alanı oluşturmaktadır. İşverenler, sadece sosyal teması sürdürmek için, her çalışanın çalışma haftası boyunca günlük olarak bir gözetmen veya arkadaş sistemi aracılığıyla iletişimi sağlamalıdır. Sosyal medya, ruhsal sağlık desteği için güvenilir kaynaklara bireyleri ve grupları yönlendirmeye teşvik etmek için de kullanılmalıdır. Ayrıca, evdeki rutin hayatını sürdürmek de önemlidir. İkinci olarak, özellikle aile içi şiddet ve çocuk istismarı söz konusu olduğunda, gözetim, raporlama ve müdahale mekanizmalarının mevcut olması çok önemlidir. Üçüncüsü, ruh sağlığı sisteminin COVID-19 salgınının neden olduğu kaçınılmaz ruhsal zorluklara karşı hazırlamak ve topluma ruh sağlığı hizmeti vermek gerekmektedir. Ek olarak, tele tıp ve ruhsal sağlık ziyaretleri ile grup ve bireysel hizmetler sağlanması planlanmıştır ⁽¹¹⁾.

İspanya'da COVID-19 pandemisi nedeniyle yapılan çalışmada salgının başlangıcında, bireylerin semptom seviyeleri genellikle düşük olmasına rağmen, kronik hastalıkları olan genç bireyler daha fazla semptom bildirmiştir. Çalışmada 'evde kal' emri verildikten sonra bireylerde daha yüksek semptom seviyeleri saptanmıştır. Stres, anksiyete ve depresyon semptomlarının, evde kalma devam ettikçe artacağı tahmin edilmiştir. Çalışmada, pandeminin psikolojik etkilerini azaltmak, önlemek ve tedavi için psikolojik müdahaleler yapılması önerilmiştir ⁽²⁸⁾.

COVID-19 ve Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığı

Sağlık çalışanları, enfeksiyon önleme, enfeksiyon kontrolü, izolasyon ve halk sağlığı konularında her zaman önemli bir rol oynamaktadır. COVID-19 salgını ile mücadelede ön cephede yer almaktadırlar ⁽⁷⁾. Cephedeki sağlık çalışanları enfekte olma ve virüsü ailelerine yayma korkusu yaşayabilmektedirler ⁽²⁹⁾.

Çin'de COVID-19 pandemisi karşısında, sağlık personeli hem fiziksel hem de psikolojik baskı altında kalmıştır. Sağlık personel eksikliğini desteklemek için birçok gönüllü sağlık çalışanı alınmıştır ^(2, 21, 30). Özellikle pandemi servisi, yoğun bakımı ve acildeki sağlık çalışanlarında ruhsal sorunlar yaşanmıştır ⁽²¹⁾. Çin'de yapılan çalışmada hemşireler heyecanlanma, sinirlilik, dinlenmede isteksizlik ve psikolojik sıkıntı belirtileri göstermelerine rağmen psikolojik yardımı reddetmiş ve hiçbir sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. 12 sağlık personeli ile 30 dakikalık görüşme sonrası bu yardım reddinin çeşitli nedenleri bulunmuştur. Birincisi, enfekte olmak sağlık personeli için hemen bir endişe uyandırmamıştır. İşe başladıktan sonra bunun için endişelenmemişlerdir. İkinci olarak ailelerinin kendileri için endişelenmelerini istemeyerek virüsü evlerine götürmekten korkmuşlardır. Üçüncüsü sağlık çalışanları, hastanede karantina altına alınmaya istekli olmayan veya tedavi ile işbirliği yapmayan hastalarla kriz veya hastalık hakkında bilgi eksikliği nedeniyle nasıl başa çıkacaklarını bilmemişlerdir. Buna ek olarak, personel, kritik hastalarla karşılaştıklarında koruyucu ekipman sıkıntısı ve yetersizlik hissinden endişe duymuşlardır. Birçok personel bir psikoloğa ihtiyaç duymadıklarını, ancak daha fazla koruyucu malzemeye ve dinlenmeye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Son olarak, hastaların kaygı, panik ve diğer duygusal problemleri ile başa çıkmak için psikolojik beceriler konusunda eğitim ve mümkünse, ruh sağlığı personelinin bu hastalara doğrudan yardım etmek için hazır olmaları önerilmiştir ⁽²⁾.

Çin’de yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının, sağlık çalışanı olmayanlara göre daha çok uykusuzluk, anksiyete, depresyon, somatizasyon ve obsesif kompulsif semptomlar yaşadığı bulunmuştur. Kırsal alanlarda yaşamak, kadın olmak ve COVID-19 hastaları ile çalışmak, uykusuzluk, anksiyete, obsesif kompulsif semptomlar ve depresyon için risk faktörleridir ⁽³¹⁾. Başka çalışmada da kadın sağlık personeline anksiyete insidansı erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır ⁽³²⁾. 17-24 Şubat 2020 ‘de Çin’in 31 eyaletinde yapılan çalışmaya 348 hastaneden toplam 4679 doktor ve hemşire alınmıştır. Psikolojik sıkıntı, anksiyete ve depresyon semptomlarının prevalansı sırasıyla %15.9, %16 ve % 34.6 saptanmıştır ⁽³³⁾. Çin’de hemşireler üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin stres ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir. Çoklu regresyon analizinde, hemşirelerin stresini etkileyen ana faktörlerin çocukları, çalışma saatleri ve anksiyetenin olduğu gösterilmiştir. COVID-19 ile ön cephede savaşan hemşirelerin genellikle baskı altında hissettikleri bulunmuştur ⁽³⁴⁾.

Çin’de, sağlık personelinin yaşadıkları ruhsal sorunlara yönelik psikolojik müdahale önlemleri planlanmıştır. Birincisi, hastane personelinin geçici olarak ailelerinden soyutlanabileceği kalacak bir yer sağlanmıştır. Hastane ayrıca yiyecek ve günlük yaşam malzemelerini temin etmiştir. Ek olarak, aile üyelerinin endişelerini hafifletmek ve personelin aileleriyle hastanedeki rutinlerini paylaşmaları için videoya kaydetmelerine yardımcı olmuştur. İkincisi, hastalık bilgisi ve koruyucu önlemlere ek olarak, COVID-19’lu hastalarda psikolojik sorunların tanımlanması ve yardımcı olmaları için sağlık personeline eğitim düzenlenmiş ve oryante olmayan hastalarla başa çıkmaya yardımcı olmak için hastane güvenlik personeli görevlendirilmiştir. Üçüncüsü, sağlık personelin malzeme konusunda endişesini azaltmak için hastane koruyucu ekipmanlarının kullanımı ve yönetimi hakkında ayrıntılı kurallar geliştirmiştir. Dördüncüsü, sağlık personelinin stresini azaltmasına yardımcı olmak için nasıl rahatlayacağına dair eğitim ve boş zaman etkinlikleri uygun şekilde düzenlenmiştir. Son olarak, psikolojik danışmanlar, işyerinde dinlenme aralarında personeli ziyaret ederek karşılaştığı zorlukları ve sorunları dinlemiş ve buna göre destek olmuştur. Personelin ruh sağlığını korumak bulaşıcı hastalıkları daha iyi kontrol etmek için gerekmektedir ⁽²⁾.

Pakistan’da COVID-19’un ortaya çıkmasıyla, sağlık çalışanları, yüksek enfeksiyon riski, enfeksiyondan

korunmak için ekipman, izolasyon, tükenme ve aileyle iletişim eksikliği nedeniyle fiziksel ve psikolojik baskı altında hissetmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının yaşadığı şiddet, sadece tıbbi çalışanların karar verme kabiliyetini etkilemekle kalmayıp, genel refah ve ruh sağlığı sorunlarına neden olmuştur ⁽¹⁰⁾.

COVID-19 Salgınında Ruh Sağlığını Korumak

Dünya Sağlık Örgütü ve dünya genelindeki kamu sağlığı yetkilileri, COVID-19 salgınına kontrol altına almak için harekete geçmiştir. Bununla birlikte, bu kriz zamanı insanlarda büyük strese neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı Departmanı tarafından, salgın sırasında farklı hedef gruplarda zihinsel ve psikososyal refahı desteklemek için mesajlar yayınlamıştır. Bu mesajların bazıları topluma, sağlık çalışanlarına ve karantinadaki kişilere yönelik başlıklar altında yer almaktadır ⁽³⁵⁾.

Topluma Mesajlar

Öncelikle stres ile baş etmek için; iyi beslenilmeli, uykuya dikkat edilmeli ve her gün fiziksel egzersiz yapılmalıdır. Her gün sevdiğiniz veya size iyi gelen bir şey yapılmalıdır (örneğin, resim çizmek, kitap okumak, müzik dinlemek, film izlemek, arkadaşlarla sohbet, ibadet etmek,). Her gün bir arkadaşınız, aile üyeniz veya güvendiğiniz biriyle nasıl hissettiğiniz hakkında 5 dakika konuşulmalıdır. Günlük rutin oluşturup planınıza sadık kalınmalıdır. Alkol, uyuşturucu madde, kafein veya nikotin kullanımı en aza indirilmelidir. Kısa vadede yardımcı oluyormuş gibi görünseler de bunlar etkileri kaybolurken modunuzun düşmesine, kaygılanmanıza, uykuya dalmakta zorlanmanıza ve hatta agresif hissetmenize bile neden olabilmektedir. Sizin kontrolünüzde olan ve olmayan şeyler hakkında gerçekçi olunulmalıdır. Her şeye ragmen pozitif düşünölmeye çalışılmalıdır ^(36,37). Her gün sonunda (ister zihninizde ister kağıt üstünde) başkalarına nasıl yardımcı olduğunuz veya minnet duyduğunuz şeylere ilişkin kısa bir liste yapılabilir. Listenizde örneğin, “gergin olan birine nazik davranarak destek oldum” veya “arkadaşlarımin desteği için minnettarım” gibi şeylere yer verilebilir. Rahatlamak için bir faaliyet deneyin/ size uyan bir faaliyet seçilmelidir. Bunlar, şu anda yaptığınız şeyler olabileceği gibi geçmişte yaptığınız şeyler de olabilir. Örneğin; derin nefes alma, yoga, dans, kas gevşetme gibi ⁽³⁶⁾.

COVID-19, birçok coğrafi bölgede, birçok ülkeden insanı etkilemekte ve etkileyecektir. COVID-19 olan insanları, herhangi bir etnik kökene veya uyruğa ilişkilendirmeyin. Herhangi bir ülkeden herkese

empatik yaklaşın. COVID-19'dan etkilenen insanlar yanlış bir şey yapmadılar ve desteğimizi, şefkatimizi ve nezaketimizi hak etmektedirler ⁽³⁵⁾.

Hastalığı olan kişileri “kurbanlar”, “COVID-19 vakaları”, “hastalıklı” veya “COVID-19 aileleri” olarak değinilmemesi gerektiği belirtilmektedir. Onlar, “COVID-19’a sahip insanlar”, “COVID-19 için tedavi gören kişiler”, COVID-19’dan iyileşen insanlar “ve” COVID-19’dan iyileştikten sonra”, hayatlarına işleriyle, aileleriyle ve sevdikleriyle devam etmektedirler. Damgalamayı azaltmak için bir kişiyi COVID-19 tarafından tanımlanan bir kimliğe sahip olmaktan ayırmak önemlidir ⁽³⁵⁾.

COVID-19 hakkında sıkıntılı veya endişeli hissetmenize neden olan haberleri izlemeyi, dinlemeyi veya okumayı en aza düşürülmeli; yalnızca güvenilir kaynaklardan bilgi edinilmelidir. Gün içinde belirli saatlerde bir veya iki kez bilgi güncellemeleri alınmalıdır. Bir salgınla ilgili ani ve neredeyse sürekli haber raporu akışı, herkesin endişelenmesine neden olabilmektedir. Gerçekleri öğrenin; söylentiler ve yanlış bilgilendirmeleri değil ⁽³⁵⁾.

Kendinizi koruyarak başkalarına destek olun. Başkalarına ihtiyaç duydukları zamanda yardım etmek hem destek alan kişiye hem de yardımcıya fayda sağlayabilir. Örneğin, ek yardıma ihtiyaç duyabilecek komşularınız veya topluluğunuzdaki kişilerle telefonla iletişime geçilebilir. Bir topluluk olarak birlikte çalışmak, COVID-19’un birlikte ele alınmasında dayanışma yaratmaya yardımcı olabilmektedir ⁽³⁵⁾.

COVID-19’u yaşayan kişilerin olumlu ve umut dolu öyküleri dinlenmelidir. Örneğin, iyileşen insanların hikayeleri sevdiklerinizi desteklemek için anlatılabilir. Toplumda COVID-19’dan etkilenen bireyleri destekleyen kişiler ve sağlık çalışanları desteklenmelidir. Hayat kurtarmak ve sevdiklerinizi güvende tutmak için oynadıkları rol takdir edilmelidir ⁽³⁵⁾.

Covid 19 ile ilgili belirsizliğe yavaş yavaş kendinizi alıştırmak, kaygıya kapılmadan, varolan kaygınızı kontrol etmeye çalışarak, kendi gücünüzü küçümsemekten, dışarıdan gelen tehditi abartmadan, öz bakımınıza dikkat ederek ve ihtiyacınız olursa profesyonel yardım alarak yaşanan kaygı kontrol edilebilir ⁽³⁸⁾. Eğer herhangi bir semptomunuz varsa sağlık sistemine başvurulmalıdır. Olumlu düşünmek ve umutlu olmak gerekmektedir ⁽³⁷⁾.

Ruh sağlığı profesyonelleri sağlık hizmetlerinin diğer alanlarında çalışmalıdır. Pandemi durumunda hasta, toplum ve sağlık çalışanı daha çok psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır ⁽²¹⁾.

Sağlık Çalışanları İçin Mesajlar

Baskı altında hissetmek, sağlık çalışanları için olası bir deneyimdir. Mevcut durumda bu şekilde hissetmek oldukça normaldir. Stres ve onunla ilişkili duygular hiçbir şekilde işinizi yapamayacağınız ya da zayıf olduğunuzun bir yansıması değildir. COVID süresince ruhsal ve psikososyal sağlığını yönetmek, fiziksel sağlığını yönetmek kadar önemlidir ⁽³⁵⁾.

Bu zamanda kendinize iyi bakın. İş sırasında veya vardiyalar arasında yeterli dinlenme ve mola verme, fiziksel aktivite yapma, yeterli ve sağlıklı yiyecekler yeme ve ailenizle/arkadaşlarınızla iletişimde kalma gibi stresle başa çıkma stratejileri kullanılmaya çalışılmalıdır. Alkol, tütün veya ilaç kullanımı gibi yararsız başa çıkma stratejileri kullanmaktan kaçınılmalıdır. Uzun vadede, bunlar ruhsal ve fiziksel refahınızı kötüleştirebilir. COVID-19 salgını, birçok kişi için benzersiz ve benzeri görülmemiş bir olaydır. Stresinizi yönetmek için geçmişte sizin için işe yarayan yöntemleri kullanmak fayda sağlayabilmektedir. Nasıl stres atabileceğinizi en iyi bilen siz olmalısınız. Bu bir depar atmak değil; bu bir maratondur ⁽³⁵⁾.

Bazı sağlık çalışanları maalesef, damgalanma veya korku nedeniyle aileleri veya toplulukları tarafından kaçınma deneyimi yaşayabilmektedir. Bu, zaten zorlu bir durumu çok daha zor hale getirebilmektedir. Mümkünse, dijital alanlar sevdiklerinizle bağlantıda kalmak, teması sürdürmenin bir yoludur. Sosyal destek için iş arkadaşlarınıza veya diğer güvenilir kişilere başvurulmalıdır (iş arkadaşlarınız size benzer deneyimler yaşıyor olabilir) ⁽³⁵⁾.

Zihinsel, bilişsel ve psikososyal soruna sahip kişilerle iletişim için anlaşılır yollar kullanılmalıdır. Mümkünse, yalnızca yazılı bilgilere dayanmayan farklı iletişim biçimleri denenmelidir ⁽³⁵⁾.

COVID-19’dan etkilenen kişilere nasıl destek sağlanacağı ve mevcut kaynaklara nasıl ulaşacağı bilinmelidir. Bu özellikle psikososyal ve ruh sağlığı desteğine ihtiyaç duyanlar için önemlidir. Ruh sağlığı ile ilgili damgalama hem COVID-19 hem de ruh sağlığı sorunları için destek arama konusunda kişilerde isteksizliğe neden olabilmektedir ⁽³⁵⁾.

Karantinadaki Kişiler İçin Mesajlar

Sosyal ağlarla iletişim devam ettirilmelidir. Kişisel günlük rutinler mümkün olduğu kadar korunmaya çalışılmalı veya yeni rutinler yaratılmalıdır. Sağlık yetkilileri, salgının kontrol altına alınması için fiziksel ve sosyal mesafe sınırlaması tavsiye etmişse, telefon, e-posta, sosyal medya veya video konferans aracılığıyla iletişimde kalınmalıdır ⁽³⁵⁾.

Stresli zamanlarda, kendi ihtiyaç ve hislerinize dikkat edilmelidir. Keyif aldığınız ve dinlendirici bulduğunuz sağlıklı aktivitelerle uğraşılmalıdır. Düzenli uyku rutinleri korunmalı, düzenli egzersiz yapılmalı ve sağlıklı yiyecekler alınmalıdır. Gerçekçi ve pozitif düşüncede olunulmalıdır. Halk sağlığı kuruluşları ve tüm ülkelerdeki uzmanların, COVID-19 hastalarına en iyi tedaviyi sağlayabilmek için salgın üzerinde çalıştığı bilinmelidir ⁽³⁵⁾.

Salgınla ilgili sürekli haber akışı, herkesin sıkıntılı veya endişeli hissetmesine neden olabilmektedir. Sağlık profesyonelleri ve DSÖ web sitesinden günün belirli zamanlarında bilgi güncellemeleri takip edilmelidir ⁽³⁵⁾.

SONUÇ

COVID-19, tüm dünyada büyük bir halk sağlığı sorunudur. COVID-19 ile mücadelede, bireyin fiziksel sağlığı ile birlikte ruhsal sağlığına da dikkat edilmelidir. Bireyler, korku, stres, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Topluma, online hizmetlerle ruh sağlığı hizmeti sunulmalıdır. Sağlık personelinin ruh sağlığını korumak, pandemiye daha iyi kontrol etmek için gerekmektedir. Sağlık kurumları, sağlık personelinin ruh sağlığını korumak için gerekli hizmetleri vermelidir. Ülkemizde de COVID-19'un toplumun ruh sağlığına etkileri araştırılmalıdır. Mevcut ruh sağlığı girişimlerinin yeterliliği değerlendirilmelidir. COVID-19 tüm dünyada uzun süre daha devam ederse, toplumda ruh sağlığı sorunlarının artmasına neden olabilir. Ayrıca, toplumların ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyacı artabilir. Aynı zamanda yapılan bu derlemenin, konuya dikkat çekilerek yapılabilecek çalışmalara ışık tutabileceği öngörülmektedir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: GÇ; veri toplama: GÇ; sonuçların analizi ve yorumlanması: GÇ; araştırma metnini hazırlama: GÇ. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: GÇ; data collection: GÇ; analysis and interpretation of results: GÇ; draft manuscript preparation GÇ. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine* 2020;1-7. [\[Crossref\]](#)
2. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e15-e6. [\[Crossref\]](#)
3. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore* 2020;49(1):1-3.
4. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(4):300-2. [\[Crossref\]](#)

5. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e19. [\[Crossref\]](#)
6. Jiloha R. COVID-19 and Mental Health. *Epidemiology International* (E-ISSN: 2455-7048) 2020;5(1):7-9. [\[Crossref\]](#)
7. Smith GD, Ng F, Li WHC. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of Clinical Nursing* 2020;29(9-10):1425. [\[Crossref\]](#)
8. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity* 2020:102433. [\[Crossref\]](#)
9. Worldometer Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> 2020 (Erişim tarihi: 06.02.2020).
10. Rana W, Mukhtar S, Mukhtar S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 102080. [\[Crossref\]](#)
11. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine* 2020. [\[Crossref\]](#)
12. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry* 2020:102066. [\[Crossref\]](#)
13. Yao H, Chen JH, Xu YF. Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry* 2020;50:102015. [\[Crossref\]](#)
14. Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, et al. Anxiety, Depression, Traumatic Stress, and COVID-19 Related Anxiety in the UK General Population During the COVID-19 Pandemic. 2020.
15. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine* 2020. [\[Crossref\]](#)
16. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2020. [\[Crossref\]](#)
17. Venkatesh A, Edirappuli S. Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? *Bmj* 2020;369. [\[Crossref\]](#)
18. Park SC, Park YC. Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. *Psychiatry Investigation* 2020;17(2):85. [\[Crossref\]](#)
19. Thakur V, Jain A. COVID 2019-Suicides: A global psychological pandemic. *Brain, behavior, and immunity*. 2020. [\[Crossref\]](#)
20. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PloS One* 2020;15(4):e0231924. [\[Crossref\]](#)
21. Cullen W, Gulati G, Kelly B. Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine* 2020. [\[Crossref\]](#)
22. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020. [\[Crossref\]](#)
23. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry* 2020:0020764020915212. [\[Crossref\]](#)
24. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry* 2020;33(2). [\[Crossref\]](#)
25. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e17-e8. [\[Crossref\]](#)
26. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health* 2020;26(4):377-9. [\[Crossref\]](#)
27. Wind TR, Rijkeboer M, Andersson G, Riper H. The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions* 2020;20: 100317. [\[Crossref\]](#)
28. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública* 2020;36:e00054020. [\[Crossref\]](#)
29. Chung JP, Yeung WS. Staff mental health self-assessment during the COVID-19 outbreak. *East Asian Archives of Psychiatry* 2020;30(1):34. [\[Crossref\]](#)
30. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *Bmj* 2020;368. [\[Crossref\]](#)
31. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2020:1-9. [\[Crossref\]](#)
32. Huang J, Han M, Luo T, Ren A, Zhou X. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases* 2020;38:E001-E. [\[Crossref\]](#)
33. Liu Z, Han B, Jiang R, Huang Y, Ma C, Wen J, et al. Mental health status of doctors and nurses during COVID-19 epidemic in China. Available at SSRN 3551329. 2020. [\[Crossref\]](#)

34. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management* 2020. [\[Crossref\]](#)
35. World Health Organization (WHO). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>.
36. Basic Psychosocial Skills- A Guide for COVID-19 Responders, 26 May 2020. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders>
37. Kar SK, Arafat SY, Kabir R, Sharma P, Saxena SK. Coping with mental health challenges during COVID-19. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*: Springer; 2020. p. 199-213.
38. Kecmanovic J. Science-based Strategies to Cope with Coronavirus Anxiety. *The Conversation*. 3 April 2020. Available from: <https://www.thejakartapost.com/life/2020/04/03/7-science-based-strategies-to-cope-with-coronavirus-anxiety.html>

Enhanced Recovery After Surgery Protocols and Effective Time Management in Nurses

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri ve Hemşirelerde Etkin Zaman Yönetimi

Kübra Yılmaz , Ali Ganiyusufoğlu 

ABSTRACT

Time management means that using the time at an optimal level with minimal effort. Time management plays an important role in ensuring the functioning of the active organization, which makes the time management important especially in the areas that provide healthcare services. Nowadays, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocols, are consists of evidence-based findings and require multidisciplinary work, which have emerged with the development of surgical and anesthesia techniques. Nurses play a vital role in both health care services as well as ERAS protocols due to the structure of ERAS protocols, it is thought that nurses will use time effectively.

The relationship between nursing and time management was emphasized primarily within the scope of the study. In this direction, the time management process to be followed has been put forward. Finally, the effects of ERAS protocols on time management were stated. So the main purpose of this review is to highlight the effects of ERAS protocols on nurses time-effective procedure.

Keywords: ERAS, time management, nursing

Öz

Zaman yönetimi, zamanı en az çabayla optimal düzeyde kullanabilmek anlamı taşımaktadır. Zaman yönetimi özellikle etkin örgüt işleyişini sağlanmasında önemli rol oynamaktadır, bu da özellikle sağlık hizmeti veren alanlarda zaman yönetimini önemli hale getirmektedir. Günümüzde cerrahi ve anestezi tekniklerinin gelişmesi ile kanıta dayalı bulgulardan oluşan ve multidisipliner çalışma gerektiren ERAS (Enhanced Recovery After Surgery-Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme) protokolleri ortaya çıkmıştır. Hemşireler hem sağlık hizmetlerinde hem de ERAS protokollerinde anahtar rol oynamaktadır. ERAS protokollerinin yapısı gereği hemşirelerin zamanı etkin kullanmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında öncelikle hemşirelik ve zaman yönetimi arasındaki ilişki vurgulanmıştır. Bu doğrultuda izlenmesi gereken zaman yönetimi süreci ortaya konulmuştur. Son olarak da ERAS protokollerinin zaman yönetimi üzerinde ne gibi etkileri olduğu belirtilmiştir. Bu derlemenin amacı ise, ERAS protokollerinin hemşirelerin zamanı etkin kullanması üzerine olan etkisine ışık tutmaktır.

Anahtar kelimeler: ERAS, zaman yönetimi, hemşirelik

Received/Geliş: 11.02.2019

Accepted/Kabul: 25.01.2021

Published Online: 15.04.2022

Cite as: Yılmaz K, Ganiyusufoğlu A. Enhanced recovery after surgery protocols and effective time management in nurses. Jaren. 2021;7(1):49-54.

Kübra Yılmaz

Health Sciences Faculty, Nursing
Department, Ankara Yıldırım Beyazıt
University, Turkey

 kbrylmz3@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-1334-6353

A. Ganiyusufoğlu

0000-0002-8737-4691

Management and Organization
Department, Selcuk University, Turkey

INTRODUCTION

Time is a universal concept that repeatedly emphasized the significance of different aspect throughout the historical process. Although time is known and a stubborn fact, it is difficult to express a certain pattern, so there have been many different definitions of time. Time is just an asset that we can't afford to save, borrow, and buy with money and similar tools ⁽¹⁾. For each work performed, more or less time is required and there is no substitute for the time being used. Due to this feature, time can be expressed as the most expensive asset in the universe. Therefore, the management of this unique existence has become a necessity especially in today's world ^(2,3).

The concept of time is also very important for nurses who have to do quantitative and qualified work in a short time. Nurses may not be able to predict how they can organize their time or where they can begin in an intensive work pace. However, the concept of time should be included in the nursing functions with every aspect. Nowadays it is very important to learn how to use time effectively and efficiently ⁽⁴⁾.

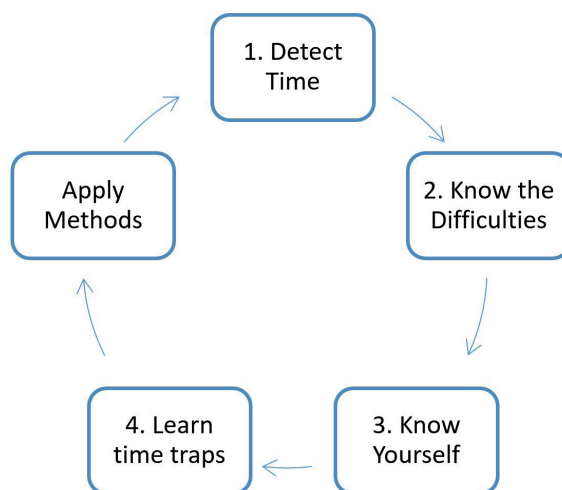
ERAS protocols enable nurses to manage their time effectively; it will primarily lead to effective and efficient work. It will also increase their professional happiness and motivation. These results will increase the quality of service provided to individuals and accelerate the healing process of patients.

1. Nursing and Time Management

Time management regulates how to do what needs to be done in the shortest time and with minimal effort. Time management directly affects the attitudes and behaviors of both managers and employees within the organization. The time should be well managed for an efficient and productive organization ⁽¹⁾.

Effective use of time is considered as a tool that helps the individual to program his/her personal and professional life. It is a method of balancing life in a way that is beyond the control of what is happening in the environment and business life as well as working life. Successful time management has nothing to do with more work, assess every day until the last minute, and be tired, exhausted at night. Successful time management is not to do things fast, but to make the right work with the right timing in the right time ⁽⁵⁾.

Time management is a process. In this context, the time management process is; detection of time, being aware of the difficulties to be faced, self-knowledge, knowledge of time traps and applying methods can be expressed in five stages ⁽⁶⁾.



Graphic 1. Time Management Process ⁽⁶⁾

In addition, a number of obstacles may arise against an effective time management. These barriers can be listed as planlessness, failure to set priorities, delayed, hasty, workaholic, routine and unnecessary works, indecisiveness, problem of devolution and messy working environment ⁽⁷⁾.

The right and effective management of the time becomes far more important, especially since it directly carries out activities related to human health in hospitals, polyclinics and similar places ⁽¹⁾. Since nurse is a health professional who gives direct care to the individual in every step of health care services, therefore the time management in nursing profession has been an important concept ⁽⁸⁾. Good management of time is of great importance in order to provide effective and quality nursing services in improving the effectiveness and efficiency of health institutions ^(9,10). However, nurses are experiencing a number of challenges while trying to perform an effective time management. Especially; lack of physical working conditions, unprogrammed seizure order, corruption in the management level and uncertainty in role description may prevent nurses from using their time efficiently ⁽¹¹⁾.

The main processes of time management in order to eliminate the problems experienced by the nurses;

analysis of time use, determination of time problems, self-definition of nurses, determination of goals and priorities in this direction; preparation of daily plans and programs, addition of program objectives to implementation plans and development of time management techniques can be realized ^(12,13).

In the literature, many time management studies were conducted for nurses. In this context, Bahçecik et al. (2004) reported that nurses have better time management, better planned visits and social activities, better manage their meetings and work more regularly. In a study on the nurses by Sayan (2005), argued that most of the nurses started their work and gave great importance to the transfer of authority ^(10,14).

In Sarı's (2018) study "Determination of opinions and practices related to time management of manager nurses" asked questions about time management in nurses working at Dokuz Eylül University for at least 10 years. As a result of the study, it was concluded that the administrator nurses could not manage their time well. Intensive Care Nursing And Time Management ⁽¹⁵⁾.

In Mirzaei et al. (2012) study "Nursing students' time management, reducing stress and gaining satisfaction: a grounded theory study" investigates how Iranian nursing students manage their time according to the circumstances and obstacles of their academic field. It was found that students allotted most of their time to academic tasks in an attempt to overcome their stress. The findings of this study indicate the need for these students to have time for the extra-curricular activities and responsibilities that are appropriate to their age ⁽¹⁶⁾.

In Bowers et al. (2008) reported that time was an extremely salient work condition for the nurses

interviewed. Under conditions of too little time and many interruptions, nurses compensated by developing strategies to keep up or catch up. These strategies included minimizing the time spent doing required tasks, creating new time and redefining work responsibilities ⁽¹⁷⁾.

Finally, in the study named "Intensive care nursing and time management" conducted by Özcanlı and İlğün (2018), it was concluded that the time which cannot be managed effectively and efficiently in the intensive care units may cause negativity in the patient's healing process ⁽¹⁸⁾.

Studies show that nurses experience some deficiencies in the effective use of time. This situation affects not only the nurse's working conditions but also the healing process of the patient. The application of ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocols, which are recently based on evidence-based applications, in nursing field is thought to help nurses to manage time effectively.

ERAS Protocols and Effective Time Management in Nurses

Developments in the areas related to anesthesia and surgery and the increase in the studies have revealed a different approach instead of the traditional approach to patients. This multidisciplinary approach, consisting of evidence-based findings and requiring multidisciplinary work, is called ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ^(19,21). The aim of ERAS protocols is to provide reduce mortality and morbidity, hospital stay, surgical stress response, postoperative pain and complications, effective cost and early discharge ^(22,23). The results of recent studies on ERAS protocols have shown that the targeted objectives have been achieved ^(24,27). ERAS protocols consist of 25 components and include the perioperative period ⁽²⁸⁾:

Preoperative	Intraoperative	Postoperative
<ul style="list-style-type: none"> - Patient Education and Counseling - The Prehabilitation - Mechanical Bowel -Preparation - Starvation - Nutrition Assessment / Nutritional Support - Preoperative Optimization - Premedication - Thromboprophylaxis - Antimicrobial Prophylaxis - Preparation of the Surgical Site 	<ul style="list-style-type: none"> -Anesthesia Protocol -Epidural Analgesia -Incision Selection -Prevention of Hypothermia -Multimodal Approach to Nausea and Vomiting -Liquid Management -Drains 	<ul style="list-style-type: none"> - Nazogastric Probe - Urine Catheter - Blood Sugar Management - Stimulation of Intestinal - Motility -Multimodal Analgesia - Nutrition - Early Mobilization - Discharge - Monitoring of Results

In the ERAS protocols, patients encounter the health professional from different standpoint from the outpatient clinic to discharge and then follow-up. This team includes Surgeon, Anesthesiologist, Nurse, physiotherapist and dietitian's [29,30]. Among them nurses play the most key role in preoperative patient training, application of starvation protocol, mechanical bowel preparation, antibiotic and thromboembolism prophylaxis, prevention of hypothermia in the intraoperative period, effective analgesia in the postoperative period, early mobilization, prevention of nausea and vomiting, ileus prophylaxis, and last but not the least discharge and monitoring of results ⁽³⁰⁻³³⁾.

Although ERAS protocols require multidisciplinary teamwork, the task of each healthcare professional is clearly defined and planned. This planning in the perioperative period is important in terms of time management. When working with ERAS protocols, planning is clearly defined with whom, when and how. The work to be done is determined as preoperative, intraoperative and postoperative period and is shared about who will do it. In this way, every work can be performed in a certain order within the desired time. In addition, determining the priorities and making a priority list in this framework will also provide significant advantages in terms of effective use of time ^(34,36). In addition, instead of performing high-level works, it is an important indicator that it is not a proper time management to take more time to work with less importance, to postpone the work or to make a hurry by leaving the work to the last minute. However, ERAS protocols can ensure effective time management by eliminating postponement and hastiness as they require correct implementation at the right time ^(34,36). As ERAS uses evidence-based applications instead of traditional methods in the protocols, it decreases the mortality and morbidity and decreases the workload and decreases the workload ^(22,23). For example, ERAS protocols do not recommend unnecessary antibiotic prophylaxis, bowel preparation and provide effective analgesia, to provide effective time management.

One of the most important studies on the workload of the ERAS protocols was performed by Hübner et al. Since 2011, more than 1,500 patients have been using the protocols in the hospital. Projet de Recherche's Nursing (PRN) has been used to evaluate the effect of nurses on the workload. The result of the

study showed that as the compliance of nurses with ERAS protocols increased, the workload decreased ⁽³²⁾. As the level of knowledge about ERAS protocols is increased in Turkey, it is thought that as the practices become widespread and adaptation increases, the workload of the nurse will decrease and the time will be used more effectively.

CONCLUSION

There have been recent developments in the implementation of ERAS protocols in Turkey. In 2016, two training and research hospitals from Turkey participated in the ERAS Implementation Program which organized by ERAS Society and the first step was taken to establish ERAS center of excellence in Ankara. In 2018, they organized their first congress and implemented a mobile application which was explained by the related experts ^(28,37). In addition, the number of studies on ERAS is increasing day by day ^(27,38,39). In contrast to these developments and evidence-based applications, factors that prevent the routine application of ERAS protocols in the clinic are as follows;

- The number of nurses working in the services is low and therefore the workload of the nurse is high due to the high number of patients per nurse,
- The bias of ERAS protocols will increase the workload,
- The need to learn protocols

ERAS protocols are evidence-based applications and evidence is increasing that patients achieve early recovery and achieve targeted goals ^(27,38,39). When the ERAS protocols are adapted, it is shown that the nurse reduces the workload and suggests that it provides effective time management for the application.

The nurse who implements ERAS protocols provides patient care with evidence-based practices, and also achieves advantages such as planning her own career by managing time better, following the literature and providing intellectual development, taking time out of their own. In this context, it is considered that the implementation of ERAS protocols, informing other health professionals and nurses about ERAS protocols and following the literature will be important in terms of providing effective time management of nurses.

Author contribution

Study conception and design: KY and AG ; data collection: KY and AG ; analysis and interpretation of results: KY and AG ; draft manuscript preparation KY and AG All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: KY ve AG ; veri toplama: KY ve AG ; sonuçların analizi ve yorumlanması: KY ve AG ; araştırma metnini hazırlama: KY ve AG . Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

REFERENCES

1. Çelik A, Şimşek MŞ, Soysal A. Zaman yönetimi: Yönetimsel zamanda etkinlik. Konya: Eğitim Bookstore Publishing. 2016.
2. Eren E. Yönetim ve organizasyon. İstanbul: Beta Publishing. 1993.
3. Drucker PF. Etkin yöneticilik. (Translate: Özden A, Tunalı N). İstanbul: Eti Publishing. 1994.
4. Kuşçu Karatepe H, Atik D. (2015). Hemşirelikte zaman yönetimi neden önemlidir. Sağlık ve Toplum 25(2), 30-33.
5. Arslantürk Y. Hemşirelerin genetik danışmanlık rollerine ilişkin farkındalık ve yetkinliklerinin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt University Institute of Health Sciences Nursing Department. Ankara: Master Thesis. 2015.
6. Kırır S. Yönetimsel anlamda zamanın etkin kullanımı ve bir araştırma. Ankara: Gazi Publishing. 2007.
7. Bayramlı Ü. Zaman yönetimi. Ankara: Seçkin Publishing. 2017.
8. Silahtaroglu, F. Akademisyenlerde zaman yönetimi. Gaziosmanpaşa University Institute of Social Sciences, Tokat: Master Thesis. 2004.
9. Ançel G. Hemşirelerde zamanı verimli kullanma. Hacettepe University Institute of Health Sciences Nursing Department, Ankara: Doctorate Thesis. 1996.
10. Sayan I. Yönetici hemşirelerde zaman yönetimi. Marmara University Institute of Health Sciences. İstanbul: Master Thesis. 2005.
11. Karakuş H. Hemşirelerin iş tatmin düzeyleri: Sivas ili örneği. Dicle University Social Sciences Institute Journal. 2011; 6: 46-57.
12. Karaoglan AD. Üst düzey yöneticilerin zaman yönetimi. Balıkesir University Institute of Natural and Applied Sciences. Balıkesir: Master Thesis. 2006.
13. Akatay A, Yelkikalan N. Zaman yönetimi ve yönetsel zamanın etkin kullanılması. Journal of Administration Sciences 2008; 6(1): 15-24.
14. Bahçecik N, Öztürk H, Şerbetçi G. Yönetici hemşireler için zaman yönetimi ölçeği ve zaman yönetimini etkileyen faktörler. Journal of Management 2004; 49: 67-78.
15. Sarı BA. Yönetici hemşirelerin zaman yönetimine ilişkin görüş ve uygulamalarının belirlenmesi. Celal Bayar University Institute of Social Sciences. Manisa: Master Thesis. 2018.
16. Mirzaei T, Oskouie F, Rafii F. Nursing students' time management, reducing stress and gaining satisfaction: a grounded theory study. Nursing & Health Sciences 2012; 14(1): 46-51. [Crossref]
17. Bowers, B. J., Luring, C., Jacobson, N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care. Journal of Advanced Nursing 33(4), 484-91. [Crossref]
18. Özcanlı D, İlgün S. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Zaman Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008; 12(1-2): 23-25.
19. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. 2003; 362: 1921-28. [Crossref]
20. Gündoğdu H. Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. Turkish Journal of Surgery 2017; 23(1): 35-40.
21. Ünlü H. Hızlı iyileşme protokolü ile total kalça veya diz artroplastisi yapılan yaşlı hastalarda hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2017; 3(2): 143-149.
22. Hübner M, Addor V, Slieker J, Griesser AC, Lécureux E, Blanc C, Demartines N. The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A retrospective cohort study. Int J Surg 2015; 24: 45-50. [Crossref]
23. Feldheiser A, Aziz O, Baldini G, Cox BPBW, Fearon KCH, Feldman LS, Gan TJ, Kennedy RH, Ljungqvist O, Lobo DN, Miller T, Radtke FF, Ruiz Garces T, Schrick T, Scott MJ, Thacker JK, Ytrebø LM, Carli M. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: Consensus statement for anaesthesia practice. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2016; 60(3): 289-334. [Crossref]

24. Esteban F, Cerdan F.J, Garcia-Alonso M, Sanzlopez R, Arroyo A, Ramirez JM, Fuentes M. A Multicentre comparison of a fast track or conventional postoperative protocol following laparoscopic or open elective surgery for colorectal cancer surgery. *Colorectal Dis* 2014; 16(2): 134-40. [\[Crossref\]](#)
25. Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CH, Lassen K, Nygren J, Hausel J, Soop M, Andersen J, et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr* 2005; 24(3): 466-77. [\[Crossref\]](#)
26. Relph S, Bell A, Sivashanmugarajan V, Munro K, Chigwidden K, Lloyd S, Yoong W. Cost effectiveness of enhanced recovery after surgery programme for vaginal hysterectomy: A comparison of pre and post-implementation expenditures. *Int J Health Plann Manage* 2014; 29(4): 399-406. [\[Crossref\]](#)
27. Bozkırlı BO, Gündoğdu RH, Ersoy PE, Akbaba S, Temel H, Sayın T. ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi? *Turkish Journal of Surgery* 2012; 28(3): 149-152. [\[Crossref\]](#)
28. ERAS Derneği. ERAS Protokolleri Temel Öğeleri. Access: <http://ERAS.org.tr/page.Php?id=10&Saglikcalisani=True>. Last Accessed: 07/08/2018.
29. Neville A, Lee L, Antonescu I, Mayo NE, Vassiliou MC, Fried GM, Feldman LS. Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery. *Br J Surg* 2014; 101(3): 159-70. [\[Crossref\]](#)
30. Çilingir D, Candaş B. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2017; 20(2): 139-143.
31. Çelik S, Gürcan M, Karadeniz Çakmak G, Taşdemir N, Dirimeşe E. Fast track cerrahi ve hemşirelik yaklaşımları. *Bilimsel Çalışmalar Dergisi* 2017: 66-76.
32. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, McNaught CE, MacFie J, Liberman AS, Soop M, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS(R)) society recommendations. *Clin Nutr* 2012; 31(6): 783-800. [\[Crossref\]](#)
33. Tektaş M, Tektaş N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin zaman yönetimi ve akademik başarıları arasındaki ilişki. *Selcuk University: The Journal of Institute of Social Sciences* 2010; 23: 221-229.
34. Josephs R. Zaman Yönetimi. (Translate: Koşar Ö). İstanbul: Epsilon Publishing. 1994.
35. Lewis D. Bir dakikada stres yönetimi. (Translate: Harmandağlı N). İstanbul: Arda's Publishing. 1993.
36. Scoot M. Zaman yönetimi. (Translate: Çelik AÇ). İstanbul: Rota Publishing. 1995.
37. ERAS Society. Access: <http://ERASSociety.org/Successful-First-ERAS-Society-Turkey-Congress/>. Last Accessed: 07/08/2018.
38. Çakabay B, Demirci S, Aksel B, Ünal E, Bayar S, Kocaoğlu H, Akgül H. Mide kanseri cerrahisinde fast-track ve geleneksel yöntemlerin karşılaştırılması. *Turkish Journal of Surgery* 2011; 27(2): 74-7. [\[Crossref\]](#)
39. Öndeş B, Bademci R, Sözen U, Tüzüner A, Karayalçın K. Major karaciğer rezeksiyonunda ERAS protokolü. *The Medical Journal of Okmeydanı Training and Research Hospital* 2013; 29(3):135-142. [\[Crossref\]](#)