

NJaren

HEMŞİRELİK AKADEMİK ARAŞTIRMA DERGİSİ
JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH IN NURSING

Nursing

Ağustos August 2022

Cilt Volume 8

Sayı Issue 2

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

ISSN 2149-4983

e-ISSN 2149-9306

İmtiyaz Sahibi / Owner

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi adına

Doç. Dr. Hakan BAŞAR

Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Okcan Basat

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Editörler / Editors

Dr. Çağlar ŞİMŞEK

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hasta Hakları Birimi, İstanbul, Türkiye

Uzm. Hem. Ebru POLATTİMUR

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

Uzm. Hem. Güldan KAHVECİ

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nutrisyon Hemşireliği Birimi, İstanbul, Türkiye

Uzm. Hem. Hatice ORMAN

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

Uzm. Hem. Şerife Özden ÖZDİNGİŞ

SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyabet Eğitimi 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

Dil Editörleri / Language Editors

Elif ARDIÇ

Connected Health Services, Belfast, UK

Çağrı MENTEŞ

Dijital Eğitim ve Yayıncılık, İstanbul

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

JAREN

HEMŞİRELİK AKADEMİK ARAŞTIRMA DERGİSİ JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH IN NURSING

Ağustos / August 2022

Cilt / Volume 8

Sayı / Issue 2

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 yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır.

© Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to Gaziosmanpaşa Education and Research Hospital. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden.

www.jarengteah.org

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. İkbal 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. Aysel 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

Doç. Dr. Besey ÖREN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik
Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul,
Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Emine AKÇİN ŞENYUVA

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

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 ÇIĞRIKÇI 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 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 Gülzade 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 ERİŞİM 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 İnternet 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 taşınması 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 katılmalıdırlar. 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.

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 online 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

- 53 **Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Durumları: Kesitsel Bir Çalışma**
Physical Health Status of Individuals with Mental Disorders: A Cross Sectional Study
Gül Dikeç, Funda Gümüş, Abdullah Atlı
- 63 **Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımına İlişkin Öğrenci Görüşleri**
Students' Opinions Regarding the Use of Simulation in Nursing Education
Ezgi Bağrıaçık, Nida Aydın, Ümran Dal Yılmaz
- 71 **Covid-19 Pandemi Sürecinde Uzaktan Eğitim Alan Hemşirelik Öğrencilerinde Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Eğitim Stresi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma**
The Effect of Motivational Interview-Based Counseling on Educational Stress in Distance Education Nursing Students During the Covid-19 Pandemic Process: A Randomized Controlled Study
Aydan Akkurt Yalçıntürk, Gizem Kubat Bakır
- 78 **Öğrenci Hemşirelerin Mesleki Değerleri ve İletişim Becerileri ile İş Birliği Süreçleri Arasındaki İlişki**
The Relationship between Professional Values of Student Nurses and Communication with Collaboration Skills
Leyla Baysan Arabacı, Ceyda Başoğlu, Kazım Acar, Nurşen Aksak, Ali Büyükkoçak

Derlemeler / Reviews

- 87 **Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Önemli Bir Güç: Hemşireler**
Nurses: The Important Power for Protecting and Developing of Children's and Adolescents' Mental Health
Cemile Hürrem Ayhan, Özgü Uluman, Sevim Buzlu
- 97 **Doğum Ağrısında Masajın Etkisi: Sistematik Derleme**
Effect of Massage on Labor Pain: A Systematic Review
Hülya Türkmen, Nazan Tuna Oram

Olgu Sunumu / Case Report

- 107 **Metastatik Kolorektal Kanseri Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**
Postoperative Nursing Care Patient With Metastatic Colorectal Cancer: Case Report
Zeynep Kızılıcak Özkan, Bülent Ünal

Physical Health Status of Individuals with Mental Disorders: A Cross Sectional Study*

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Durumları: Kesitsel Bir Çalışma

Gül Dikeç[✉], Funda Gümüş[✉], Abdullah Atlı[✉]

ABSTRACT

Aim: Patients with mental disorders have common psychological comorbidities, however there is limited studies about this issue in Turkey. This cross-sectional, descriptive study was conducted to evaluate the physical health of outpatients being followed up in the psychiatric clinic of a university hospital.

Methods: Data from a total of 137 patients were collected using a detailed information form. Physical health was assessed by questioning patients about substance use, health-promoting behaviors, exercise, diet, sleep, self-care, oral hygiene, elimination, and sex life and measuring their height, weight, and vital findings.

Results: It was determined that 21.9% of the participants had a physical disease. The patients slept an average of 8.24±2.24 hours per night and 59.9% did not feel rested when they woke up; 55.5% of the patients had bowel movements once a day; 55.5% were not satisfied with their sex life and 80.3% did not use any contraceptive methods. In addition, 33.6% of the patients reported experiencing pain, with headaches being the most common (13.9%). The mean body mass index of the participants was 25.26±4.94.

Conclusion: In this study, the results was similar with literature that patients with mental disorders physical health status should be improved. In order to improve the physical health of people with mental disorders, their lifestyle habits should be evaluated, and psychosocial interventions used to effect behavioral changes.

Anahtar kelimeler: Mental disorders, physical health, psychiatry

Öz

Amaç: Ruhsal bozukluğu olan bireylerin pek çok fiziksel hastalığının olmasına rağmen bu konu ülkemizde yeterince incelenmemiştir. Bu çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde ayakta takip edilen hastaların fiziksel sağlık durumlarının belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı araştırma deseninde yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya 137 birey katıldı. Çalışmada verilerin toplanmasında Bilgi Formu kullanıldı. Hastaların fiziksel sağlık davranışlarının değerlendirilmesinde; madde kullanımı, sağlığı geliştiren davranışlar, egzersiz, beslenme, uyku, öz bakım, ağız hijyeni, boşaltım ve cinsel yaşamlarına ilişkin sorular soruldu ve hastaların boy, kilo, beden kitle indeksi, yaşam bulguları ölçüldü.

Bulgular: Bu çalışmaya katılan hastaların %21,9'unun bir fiziksel hastalığı olduğu, günlük ortalama 8,24±2,24 saat uydukları, hastaların %59,9'unun uyandığında kendini dinlenmiş hissetmediği bulundu. Katılımcıların boşaltım alışkanlıkları değerlendirildiğinde %55,5'inin günde bir kez defakasyona çıktığı belirlendi. Katılımcıların %55,5'inin cinsel yaşamlarından memnun olmadığı, %80,3'ünün herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı belirlendi. Hastaların ağrı durumları değerlendirildiğinde %33,6'sının ağrı yaşadığı; en sık yaşanan ağrının %13,9 ile baş ağrısı olduğu belirlendi. Katılımcıların Beden Kitle İndekslerinin (BKI) ortalama 25,26±4,94 olduğu belirlendi.

Sonuç: Ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesinde, hastaların sağlıklı yaşam alışkanlıklarının tanımlanması, davranış değişikliği yaratan psikososyal müdahalelerden yararlanılması önerilebilir.

Keywords: Fiziksel sağlık, psikiyatri, ruhsal bozukluk

Received/Geliş: 27.07.2022
Accepted/Kabul: 04.08.2022
Published Online: 27.08.2022

Cite as: Dikeç G, Gümüş F, Atlı A. Physical health status of individuals with mental disorders: A cross sectional study. Jaren. 2022;8(2):53-62.

Gül Dikeç

Fenerbahçe University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Istanbul, Turkey
✉ guloban@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-7593-4014

F. Gümüş 0000-0002-3827-0909
Dicle University, Atatürk School of Health, Department of Nursing, Diyarbakır, Turkey

A. Atlı 0000-0003-3300-3665
Dicle University, Medical School, Department of Psychiatry, Diyarbakır, Turkey

*This study was presented VI. National and X. International Psychiatric Nursing Congress as a poster presentation on October 23-24, 2021, virtually.

INTRODUCTION

The nature of mental disorders and the psychotropic agents used to treat them adversely affect patients' physical health. The most common comorbidities reported in individuals with mental disorders are metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular diseases, respiratory diseases, cancer, and stroke. Psychotropic drug use has been associated with weight gain, unhealthy eating habits, physical inactivity, and higher risk of physical diseases⁽¹⁻⁴⁾. In addition, the adverse effect of physical illnesses on psychological well-being may result in poorer prognosis of the existing mental disorder. Neglect of these patients' physical health can occur for several reasons, including the patients not utilizing general health system services adequately due to unhealthy lifestyle habits or, even when they do seek healthcare services, being unable to express themselves adequately due to their low socioeconomic and sociocultural level. Furthermore, mental health professionals may not have enough information about physical illnesses or the somatic evaluation of patients' physical complaints. As a consequence of these circumstances and conditions, the lifespan of people with mental disorders is 15–20 years shorter than the general population^(1,4-6), with cardiovascular diseases being the leading cause of death⁽⁵⁾.

Adverse effects of the drugs used by patients with mental disorders include anorexia, somnolence, and sleep disturbances. Patients may sleep during the day, have difficulty falling or staying asleep at night, and not feel rested when they wake. This results in daytime fatigue and can cause impaired immune or endocrine responses⁽⁴⁾ and lead to a sedentary lifestyle. Exercise avoidance due to negative symptoms or social isolation also contribute to patients' sedentary behavior^(5,6). Sedentary lifestyle, an unhealthy diet high in fat and sugar^(2,3), plus psychotropic drug use cause patients to become overweight compared to the normal population⁽²⁾. Patients' reduced mobility and limited fiber and fluid consumption also result in elimination problems⁽⁷⁾.

Mental disorders are accompanied by a decline in self-care ability, including poor body and oral hygiene. Oral health problems are seen at a higher prevalence in patients with mental disorders compared to the general population. Tooth erosion is

common in tobacco and alcohol use, hypersalivation or dry mouth caused by psychotropic medications, or eating disorders, and causes dental problems such as receding gums, tooth decay, and tooth loss^(8,9).

Health-promoting behaviors are limited in individuals with mental disorders. Just as patients may neglect their routine psychiatric evaluations, they may not attend annual routine physical examinations and may not know about or practice monthly testicular or breast self-examinations. Although cancer prevalence is unknown in this population, patients do not utilize these services⁽¹⁰⁾. Because patients' pain experiences are also ignored, early diagnosis is not possible. Furthermore, psychotropic drugs disrupt patients' sexual patterns, and because mental health professionals talk less about sexuality with patients, they are less informed about contraceptive methods and sexually transmitted diseases⁽¹¹⁾.

When developing psychosocial interventions to improve the physical health and health behaviors of people with mental disorders, determining their physical diagnoses and evaluating their lifestyle behaviors are of critical importance. These behaviors include self-care habits, coping methods, diet, elimination, sleep, physical activity, oral health, sexuality, and health-promoting behaviors. Careful evaluation of all these parameters will enable holistic patient care. Although research on the physical health of patients with mental disorders has increased recently in Turkey, most of these studies have focused on metabolic syndrome. To our knowledge, no previous study has evaluated patients holistically in Turkey. Therefore, the aim of this study was to evaluate the physical health status of outpatients with mental disorders in our country.

MATERIALS AND METHODS

Study Design

This cross-sectional, descriptive study was performed in the psychiatry outpatient clinic of a university medical school between November 2018 and February 2020.

Participants

The universe of the study comprised all patients who were under follow-up in the psychiatry department of the hospital at the time of data collection. The study sample consisted of those patients who presented

to the psychiatry outpatient clinic for treatment during the study period. Sample size calculation was not performed; all patients who received outpatient treatment during the study period were invited to participate. At total of 137 individuals, including 74 females and 63 males, were included. Inclusion criteria were being under follow-up in the psychiatry outpatient clinic, being 18 years of age or older, having a psychiatric diagnosis according to the DSM-V, and the patient or their legal guardian consenting to participate in the study.

Data Collection Instruments

Data about the participants' sociodemographic characteristics, physical health, and lifestyle habits were collected using an information form created by the researchers in line with the literature^(8,12,13).

Information Form: This structured form was created by the researchers based on literature⁽¹⁻¹⁰⁾ and filled in by one of the researchers AA while taking the patient's history, measurements, and making observations. The form consists of a total of 50 questions in 4 sections: sociodemographic characteristics; clinical history; lifestyle behaviors and habits; and physical parameters and vital signs. Physical health and behavior evaluation included questioning patients about substance use, health-promoting behaviors, exercise, diet, sleep, self-care, oral hygiene, bowel movements, and sex life, and measuring the patients' height, weight, and vital signs. We also planned to record laboratory values from routine hemogram, biochemistry, and full urine test performed during a specific time period from the patients' charts or the hospital record system. However, these values could not be included in the study due to missing data.

Data Collection

Study data were collected via a one-to-one interview and physical evaluation that lasted about 30 minutes for each patient. After the patients and their relatives were informed about the study, data were collected, and measurements taken. The patients' vital signs were measured after a rest period of 10–15 minutes.

Data Analysis

The data were analyzed using SPSS version 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY) and expressed in number and percentage or mean and standard deviation.

Ethics

Before the start of the study, ethics committee approval was obtained from the Dicle University Faculty of Medicine Noninvasive Clinical Research Ethics Committee and permission to conduct the study was obtained from the Dicle University Hospital Chief Physician's office. All study participants or their legal guardians provided written informed consent prior to the study.

RESULTS

The mean age of the patients in this study was 31.81 ± 11.03 ; 54% were female and 46% were male (Table 1). According to the participants' clinical history, the mean duration of mental illness was 71.51 ± 73.93 months, duration of medication use was 49.74 ± 62.26 months, and the patients had been hospitalized a mean of 2.36 ± 2.55 times (Table 2). The participants' lifestyle behaviors and habits are presented in Table 3 and their vital signs and body measurements are given in Table 4.

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Participants (n=137)

Characteristic	Mean±SD	Min-Max
Age	31.81±11.03	18-66
Gender	N	%
Female	74	54
Male	63	46
Education Level		
Illiterate	8	5.8
Elementary school	23	16.8
Middle school	32	23.4
High school	37	27
University	37	27
Economic Status		
Low	28	20.4
Middle	86	62.8
High	23	16.8
Social Insurance		
Yes	107	78.1
No	30	21.9
Employment Status		
Working	41	29.9
Not working	96	70.1

Table 2. Clinical History of the Participants (n=137)

Characteristic	Mean±SD	Min-Max
Duration of Disease (months)	71.51±73.93	0-384
Duration of Medication Use (months)	49.74±62.26	1-384
Number of Hospital Admissions	2.36±2.55	0-20
Mental Disorder Diagnosis	N	%
Schizophrenia and Other Psychotic Disorders	20	14.6
Depressive Disorder	32	23.4
Bipolar Disorder	31	22.6
Anxiety Disorder	37	27
Alcohol and Substance Use Disorder	4	2.9
Dissociative Disorders	2	1.5
Other	11	8
Physical Disease		
Yes	30	21.9
No	107	78.1
Physical Disease Diagnosis		
Cardiovascular Disease	4	2.9
Diabetes Mellitus	3	2.2
Migraine	3	2.2
Asthma	1	0.7
Disc Herniation	5	3.6
Kidney Diseases	2	1.5
Epilepsy	1	0.7
Other	6	4.4
Adverse Drug Effects		
Yes	56	40.9
No	81	59.1
Experienced Adverse Effects	5	3.6
Weakness, Fatigue, Drowsiness, Sleepiness	18	13.1
Insomnia	8	5.8
Nausea, Vomiting, Anorexia	4	2.9
Weight Gain	5	3.6
Sexual Dysfunction	11	8
Other	20	7.3

Table 3. Lifestyle Behaviors of the Participants (n=137)

	N	%
Smoking		
Yes	75	54.7
No	62	45.3
Alcohol Use		
Yes	17	12.4
No	120	87.9
Substance Use		
Yes	9	6.6
No	128	93.4
Testicular/Breast Self-examination		
Yes	18	13.1
No	119	86.9
Exercise		
Yes	60	43.8
No	77	56.2
Special Diet	N	%
Yes	4	2.9
No	133	97.1
Appetite		
Increased	35	25.5
No change	71	51.8
Decreased	31	22.6
Feels Rested Upon Waking		
Yes	55	40.1
No	82	59.9
Problem Falling Asleep		
Yes	67	48.9
No	70	51.1
Daytime Sleepiness		
Yes	55	40.1
No	82	59.9
Bathing Frequency		
Every day	20	14.6
Every other day	15	10.9
Every 3-4 days	45	32.9
Every 5-6 days	57	41.6

Table 3. Continued

	N	%
General Appearance		
Well-groomed/Good self-care	101	73.7
Unkempt/Poor self-care	36	26.3
Teeth Brushing Frequency		
Never	19	13.9
Once a day	45	32.8
Twice a day	40	29.2
Three times a day	10	7.3
Once every other day	10	7.3
Occasionally	13	9.5
Dentures		
Yes	19	13.9
No	118	86.1
Halitosis		
Yes	30	21.9
No	107	78.1
Oral Mucosa		
Normal	122	89.1
Stomatitis	4	2.9
Hyperemic	6	4.4
Hemorrhagic	5	3.6
Bowel Movement Frequency		
Once a day	76	55.5
Twice a day	30	21.9
Once every other day	7	5.1
Once every 3 days	14	10.2
Laxative Use		
Yes	12	8.8
No	125	91.2
Problem When Urinating		
Yes	36	37
No	100	73
Sex Life		
Satisfied	61	44.5
Not satisfied	76	55.5

Table 3. Continued

	N	%
Contraceptive Method Used		
None	110	80.3
Condom	21	15.3
Intrauterine device (IUD)	1	0.7
Withdrawal	4	2.9
Tube Ligation	1	0.7
Sexually Transmitted Disease		
Yes	1	0.7
No	136	99.3
Menstrual Cycle		
Male	63	46
Regular	49	35.8
Irregular	18	13.1
Menopause	6	4.4
Pregnant	1	0.7
	Mean±SD	Min-Max
Daily Water Intake (glasses)	7.18±3.74	1-20
Number of Meals		
Main meals per day	2.56±0.69	1-5
Between-meal snacks per day	0.80±0.88	0-4
Sleep Duration (hours)	8.24±2.24	3-15
Number of Missing Teeth	2.20±4.64	0-32
Number of Decayed Teeth	1.97±1.5	0-8
Urination Frequency (times/day)	3.85±1.42	1-6

Table 4. Participants' Physical Parameters, Body Mass Index, and Vital Signs

Characteristic	Mean±SD	Min-Max
Height (cm)	167.67±9.00	150-192
Weight (kg)	70.99±14.20	43-110
Body Mass Index	25.26±4.94	17.68±38.2
Heart Rate (beats/min)	80.58±6.69	64-100
Systolic Blood Pressure (mmHg)	117.55±11.66	90-140
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	73.69±9.41	60-100
Respiratory Rate (breaths/min)	18.66±2.56	12-26

DISCUSSION

The aim of this study was to evaluate the physical health status of outpatients with mental disorders in Turkey and we determined that patients with mental disorders experienced adverse drug effects, the most common of which were sexual dysfunction, somnolence, insomnia, gastrointestinal symptoms, and weight gain. In addition, 21.9% of the participants had a physical disease, with cardiovascular disease, diabetes mellitus, and migraine being the most common. High prevalence of hypertension, hyperglycemia, and dyslipidemia has been reported previously in people with mental disorders, and these conditions are associated with cardiovascular disease. Smoking or alcohol use, unbalanced diet, weight gain due to psychotropic drug use, and physical inactivity also predispose patients to cardiovascular diseases ⁽²⁾. Moreover, increased appetite and weight gain caused by psychotropic drugs increases the risk of type 2 diabetes and metabolic syndrome, which are also associated with cardiovascular disease ⁽¹²⁾. In a study evaluating the relationship between long-term antipsychotic use and cardiometabolic risk in patients with mental disorders, approximately half of the patients did not have a healthy diet, 44% were obese, 23% had high triglycerides, 26% had high blood pressure, and 78% smoked, indicating high cardiometabolic risk ⁽⁵⁾. The use of olanzapine and clozapine was also reported to increase cardiometabolic risk.

In the present study, more than half of the participants used cigarettes or other tobacco products, 12.4% used alcohol, and 6.6% reported substance use. In another study, it was determined that half of patients diagnosed with schizophrenia smoked ⁽¹⁾. Tobacco or other substances are likely used by people with mental disorders for the purpose of self-medication, as a coping mechanism for patients with anxiety disorder or depression, and because they increase dopamine regulation in patients with psychotic disorder. However, the use of these substances can increase the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease or cardiovascular disease in patients ⁽²⁾.

In our study, 20.4% of the patients stated that they exercise daily. In recent years, exercise programs have been used to reduce patients' sedentary behavior, improve sleep hygiene, reduce social isolation, and reduce the symptoms of the disease, and have yielded favorable results ⁽¹⁴⁾. With more research on

this subject and the growing evidence that exercise improves mental health as well as physical health, exercise is recommended along with cognitive behavioral therapy and psychopharmacology for some mental disorders. However, it is reported that in practice, exercise is only recommended for patients with depression and anxiety disorders. Exercise is under recommended and overlooked in substance abuse, psychotic disorder, and bipolar disorder. Way et al., (2018) determined that 70% of mental health professionals recommend exercise to patients with symptoms of depression, anxiety, and stress ⁽¹⁵⁾. Mental health professionals informing patients about exercise and advising them to exercise regularly is an intervention that can both reduce their cardiovascular risks and increase their mental well-being. Patients should be informed about how often, for how long, and how exercise should be done. In the present study, 43.8% of the sample reported exercising; however, the fact that the information form used for data collection was not a standardized instrument and relies on patient self-report of the frequency, duration, and intensity of exercise can be considered a limitation of our study. It is important for mental health professionals to effect behavioral change and increase motivation to adopt health-promoting behaviors among patients with mental disorders. In this context, cognitive behavioral techniques and motivational interviewing can be recommended to increase patients' mobility. Ringen et al., (2018a) determined that although motivational interviewing did not affect physical activity levels in patients with psychosis, their smoking rates decreased significantly, thereby altering the patients' cardiovascular risk ⁽²⁾.

Only a small proportion of patients in our study reported performing breast or testicular self-examination, which is another health-promoting behavior. Similarly, it was reported previously that fewer women with mental disorders undergo cervical and breast cancer screening compared to the general population and that despite the patients' higher cancer risk, there are inequalities in the receipt of health care services ⁽¹⁰⁾. Another study revealed a relationship between the number of days with depression and anxiety reported by patients with mental disorders and the rate of mammography ⁽¹⁶⁾.

Water intake among patients in this study was at a good level. Patients with mental disorders are reported to exhibit variable water drinking behavior,

sometimes leading to fluid–electrolyte imbalances. Electrolyte imbalances can occur as a result of excessive water intake due to psychogenic polydipsia or thirst associated with psychotropic agents, especially in psychotic patients, or in patients with eating disorders who increase their water intake or restrict fluid and nutrient intake in order to lose weight. Insufficient fluid intake during depressive episodes, excessive fluid loss during manic episodes, and not replacing lost fluid or using lithium can also lead to fluid–electrolyte imbalances and impaired kidney function ⁽¹⁷⁾. For this reason, it is extremely important to encourage patients to drink 2–3 liters of water per day. Our results may have been influenced by the fact that our study period was long and included the summer months, and the location of the study is extremely hot in the summer, but the amount of fluid intake was also good in this period. In another study conducted in Turkey, 53.2% of the patients reported drinking 5–6 glasses of water a day ⁽¹³⁾, and our findings were consistent.

In our study, more than half of the patients reported no change in appetite and ate an average of 2.5 meals and 1 snack per day, and despite having physical illnesses, only 2.9% of the patients followed a special diet (diabetic or salt-free). It is known that patients often experience changes in appetite and eating habits during acute periods. Psychotic patients may refuse food due to delusions, patients eat less during mania while appetite may decrease or increase in depression, and the psychotropic agents used in the treatment of mental disorders often cause an increase in appetite and lead to weight gain. In a study of outpatients, 12.5% of the participants were on a special diet ⁽¹³⁾, while in another study, schizophrenic patients consumed more fat, carbohydrates, and alcohol and less fiber, fruit, vegetables, and fish than the general population ⁽¹⁾. Eating behavior is also affected by cultural factors, which may help explain some of the discrepancies between studies.

The participants in our study slept for a mean of 8.24±2.24 hours a night, more than half of them did not feel rested when they woke up, about half had difficulty falling asleep, and 40.1% reported daytime sleepiness. Sleep is an important factor in quality of life, and sleep problems are a common problem in people with mental disorders ^(18,19). Most mental illnesses are reported to be associated with sleep disruptions ⁽¹⁹⁾. One study showed that although patients' sleep patterns improved between admission and discharge, 47% still had sleep-related complaints

even at discharge. The authors emphasized that sleep disorders were more common in patients with depression or posttraumatic stress disorder in particular, and pharmacotherapy and psychotherapy were insufficient to regulate their sleep patterns. In the same study, it was determined that nearly half of the patients had difficulty falling asleep and over half did not feel rested when they woke up ⁽¹⁸⁾. Psychoeducational programs are recommended to improve patients' sleep hygiene, encourage healthy dietary habits, and increase exercise frequency ⁽⁴⁾.

Most of the patients in our study were observed to have good self-care. In the literature, it is stated that people with mental disorders often show a decline in self-care ability and health-promoting behaviors. A moderate level of self-care ability was observed in previous studies ⁽²⁰⁾. In a study conducted among schizophrenic patients, 37.3% stated that they experienced problems while performing daily care and 41.9% stated that they had difficulties in self-care due to fatigue and unwillingness ⁽²⁰⁾. The higher level of self-care among the patients in our study may be attributable to the fact that most of the patients lived with their families and received good care.

In contrast, it was observed that our patients had inadequate tooth brushing habits and had problems such as tooth decay, dentures, and halitosis. The patients' halitosis was likely caused by gum disease and tooth decay. Küçük et al. (2018) reported that 43.6% of the participants in their study had decayed or missing teeth ⁽¹³⁾. A strong relationship has been reported between mental disorders and the number of missing and filled teeth ⁽⁸⁾, and patients with schizophrenia were found to have significantly more missing and decayed teeth than control groups and the general population ⁽²¹⁾. This may be related to patients' negative symptoms, poor dietary intake, frequent smoking and alcohol use, consumption of sugary and carbohydrate-rich foods, inability to seek dental health services due to limited financial means, dry mouth due to psychotropic drugs, and/or insufficient oral hygiene and eating habits, and it has also been reported that the extrapyramidal side effects of antipsychotics can make tooth brushing difficult ^(8,21). Our findings were consistent with those in the literature.

When the participants' bowel habits were evaluated, it was determined that more than half had bowel movements once a day. It has been reported in previous studies that patients with mental disorders

frequently experience constipation problems that constipation is associated with depression, and that patients who have substance use disorders or are using anticholinergic drugs are at higher risk of constipation due to low mobility and fiber intake. In our study, more than half of the patients reported having bowel movements every day and 10.2% once every 3 days. The rate of constipation was lower in our sample compared to the reported prevalence of 22–40% in the general population of Turkey⁽⁷⁾. This may be attributable to the good fluid intake of the participants in our study or to their eating habits. However, while the participants' mean urination frequency of 4 times a day indicated adequate fluid intake, 37% of the patients also reported symptoms such as burning during urination or frequent urination. Therefore, it may be advisable for mental health professionals to request urine tests in addition to routine blood tests during patient evaluation.

The majority of the participants in this study were not satisfied with their sex life, did not use any method of contraception, and the women had irregular menstrual cycles. In a study conducted in Turkey, it was determined that 57.5% of the patients had reduced sex drive compared to pre-illness, 39% reported an impact on their sex life, 30.2% had no knowledge of sexually transmitted diseases, and 74% had sexual dysfunction according to a standardized assessment tool⁽¹¹⁾. Although sexuality is a basic human need, mental health professionals often overlook patients' sexual patterns for reasons such as they assume that patients with mental disorders do not have a sex life, they do not talk about it with patients, and they believe that talking about it may bring about different problems. Adverse sexual effects such as change in sexual patterns, decreased libido, or inability to orgasm may cause patients to discontinue treatment, which can increase relapses⁽²²⁾. On the other hand, it has also been pointed out that having multiple sexual partners, being the victim of sexual abuse, or having sex with intravenous drug users increase patients' susceptibility to sexually transmitted diseases, and the use of contraceptive methods is important to prevent unplanned pregnancies^(11,22). Montejo et al., (2018) reported that sexual activity helped patients with psychosis cope with their symptoms, increase their self-esteem, regulate their sleep and mood, and reduce their anxiety⁽²²⁾. Dinç et al., (2019) determined that the women with bipolar disorder in their study had more irregular menstrual cycles, masturbated more frequently, were more likely to have multiple partners,

and had more unplanned pregnancies and abortions when compared to the control group⁽²³⁾. It should not be forgotten that women with mental disorders may have unplanned or unwanted pregnancies and that drug use during pregnancy can cause teratogenic effects on the fetus; therefore, patients should be educated about sexually transmitted diseases and contraceptive methods.

In terms of pain experience, the participants mostly frequently reported headaches, knee and joint pains, and abdominal and back pain. Studies have reported that pain, especially headache or migraine, adversely affects mental health and often accompanies psychiatric diagnoses⁽²⁴⁾, and reduces quality of life⁽²⁵⁾. This is supported by our finding that headache was the most common pain experienced by patients in the present study. Moreover, it has been determined that individuals with mental disorders and chronic pain have a lower quality of life⁽²⁵⁾. There is no study in the literature that characterizes the pain experiences of people with mental disorders and the type, intensity, frequency, or contributing and mitigating factors. One reason for this may be that the pain of patients with mental disorders is evaluated as a mental symptom, and it may be called somatic complaint. It can be recommended that mental health professionals also evaluate pain, which is considered a fifth vital sign.

The mean BMI of the patients participating in this study was 25.26 ± 4.94 , indicating that they were overweight. Some previous studies have reported similar mean BMI values. In studies of patients with schizophrenia, the mean BMI was high⁽¹⁾, and 83.6% of the patients were obese. While our findings are similar to those of another study conducted in our country, the difference from results from other countries may be related to cultural factors and eating habits, or it may be due to the predominance of patients with anxiety and depressive disorders compared to schizophrenic patients in the present study⁽¹⁾. Being overweight or obese can increase cardiovascular risk, reduce body image satisfaction and self-esteem, and result in patients experiencing a secondary stigma due to their obesity^(3,12). Therefore, patients should be given guidance and education on healthy nutrition and followed at regular intervals.

Vital sign assessment of the patients in this study showed that their mean heart rate was 80.58 ± 6.69 beats per minute, respiratory rate was within normal range, and mean systolic and diastolic

blood pressures were also within the normal range (<130/<80 mmHg) for individuals younger than 60 years of age ⁽²⁵⁾. In other studies, the mean systolic blood pressure of patients with schizophrenia was reported to be 127.57±14.17 mmHg, and patients with mental disorders receiving inpatient treatment in psychiatry clinics were found to have mean systolic and diastolic blood pressures <130/<80 mmHg and heart rate of 80.75 beats per minute at the time of discharge ⁽¹²⁾. The results of this study are consistent with the literature.

Limitation of the Study

Limitations of this study are that it was conducted in a single center, that a standardized assessment tool could not be used, and that the patients' eating patterns could not be evaluated in terms of most frequently eaten food items. However, the strength of our study is that the inclusion of patient self-reports, objective measurements, and clinician observations yielded comprehensive data on these patients.

CONCLUSION

It was found that the most of participants of this study was young, female, graduated high school and university, had middle economic status, had social insurance, did not working. Most of them did not have a physical disease, experienced drug side effect and smoked. A small percentage of patients examined their breast or testis themselves, nearly half of them exercised regularly, did not eat special diet, could not feel themselves rested when they got up, had a good self-care ability, most of them had dental problems. As a result, it was found that there were some physical health problems among patients with mental disorders in this study. Psychiatric and mental health workers should train the patients about healthy nutrition habits, quitting smoking and dental care to protect dental health of patients. Psychiatric and mental health workers may also benefits psychoeducation program for sleep hygiene of patients. While their daily water intake was enough in this study, more than half of patients have one-time bowel movement in daily frequency. It was found most of participants did not feel satisfy action about their sexual life and did not use any kind of contraception. Psychiatric and mental health workers should interview the patients about their sexual life and also trained them about safe sexual habits. Although their vital signs were in normal line,

the participants' BMI was higher. High BMI may a sign of cardiovascular problem, risk of diabetes and metabolic syndrome. Psychiatric and mental health workers should be aware of the evaluation of these parameters. They should also evaluate the patients with mental disorders according to standardized measurements such Health Improvement Profile (HIP), developed to psychosocial program to enhance the physical of patients with mental disorders and benefit them.

Author contribution

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

Ethical approval

The study was approved by the Dicle University Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (Protocol no. 284/01.08.2018).

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: GD ve FG; veri toplama: AA; sonuçların analizi ve yorumlanması: GD; araştırma metnini hazırlama: GD, FG ve AA Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 284/01.08.2018).

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması


Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

REFERENCES

1. Jakobsen AS, Speyer H, Nørgaard HCB, Karlsen M, Hjorthøj C, Krogh J, et al. Dietary patterns and physical activity in people with schizophrenia and increased waist circumference. *Schizophrenia Research* 2018; 199:109-115. [\[Crossref\]](#)
2. Ringen PA, Faerden A, Antonsen B, Falk RS, Mamen A, Rognli EB, et al. Cardiometabolic risk factors, physical activity and psychiatric status in patients in long-term psychiatric inpatient departments. *Nordic journal of Psychiatry* 2018a; 72(4): 296-302. [\[Crossref\]](#)
3. Stefańska E, Lech M, Wendołowicz A, Konarzewska B, Waszkiewicz N, Ostrowska L. Eating habits and nutritional status of patients with affective disorders and schizophrenia. *Psychiatria Polska* 2018; 51(6): 1107-1120. [\[Crossref\]](#)
4. Schmutte T, Davidson L, O'Connell M. Improved sleep, diet, and exercise in adults with serious mental illness: Results from a pilot self-management intervention. *Psychiatric Quarterly* 2018; 89(1): 61-71. [\[Crossref\]](#)
5. Ringen PA, Falk RS, Antonsen B, Faerden A, Mamen A, Rognli EB., et al. Using motivational techniques to reduce cardiometabolic risk factors in long term psychiatric inpatients: a naturalistic interventional study. *BMC Psychiatry* 2018b; 18(1): 255. [\[Crossref\]](#)
6. Lee K, Choi H S, Han M. (). Effects of therapeutic lifestyle change mentoring on cardio-metabolic factors for schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2020; 34(1): 19-26. [\[Crossref\]](#)
7. Arlı ŞK. Evaluation of constipation risk among inpatients in surgery and internal medicine wards. *Turkish Journal of Colorectal Disease* 2019; 29:18-24. In Turkish [\[Crossref\]](#)
8. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders-a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016; 200: 119-132. [\[Crossref\]](#)
9. Latif T, Vieira, AR. Oral Health of Individuals with Mental Health Disorders. *Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal)* 2018; 3(2): 19-25. [\[Crossref\]](#)
10. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *American Journal of Preventive Medicine* 2013; 44(4): 392-398. [\[Crossref\]](#)
11. İncedere A, Küçük L. Sexual life and associated factors in psychiatric patients. *Sexuality and Disability* 2017; 35(1): 89-106. [\[Crossref\]](#)
12. Dikeç G, Arabaci LB, Uzunoglu GB, Mizrak SD. Metabolic side effects in patients using atypical antipsychotic medications during hospitalization. *Journal of Psychosocial Nursing And Mental Health Services* 2018, 56(4), 28-37. [\[Crossref\]](#)
13. Küçük L, Kaya H, Çömez T, Kaçar S, Kutlu Y, Zülfiyar H. Eating behaviors and related factors in psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing* 2018; 32(2): 194-199. [\[Crossref\]](#)
14. Lök S, Lök N. Efficiency of physical exercise programs on chronic psychiatric patients: a systematic review. *Current Approaches in Psychiatry* 2016; 8(4): 354-366. In Turkish [\[Crossref\]](#)
15. Way K, Kannis-Dymand L, Lastella M, Lovell GP. Mental health practitioners' reported barriers to prescription of exercise for mental health consumers. *Mental Health and Physical Activity* 2018; 14: 52-60. [\[Crossref\]](#)
16. Masterson EA, Hopenhayn C, Christian WJ. Self-reported mental health status and recent mammography screening. *Journal of Women's Health* 2010; 19(8): 1569-1576. [\[Crossref\]](#)
17. Bhatia MS, Goyal A., Rashmita SAHA, Doval N. Psychogenic Polydipsia-management challenges. *Shanghai Archives of Psychiatry* 2017;29(3): 180.
18. Schennach R, Feige B, Riemann D, Heuser J, Voderholzer U. Pre-to post-inpatient treatment of subjective sleep quality in 5,481 patients with mental disorders: A longitudinal analysis. *J Sleep Res* 2019; 28(4): 12842. [\[Crossref\]](#)
19. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalder K, Feige B, Nissen C, ... Riemann D. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin* 2016; 142(9): 969. [\[Crossref\]](#)
20. Taş S, Buldukoğlu K. Early period self-care ability and care requirements of schizophrenia patients after discharge. *Journal of Psychiatric Nursing* 2015; 9(1):11-22.
21. Yang M, Chen P, He MX, Lu M, Wang HM, Soares JC, Zhang XY. Poor oral health in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2018; 201: 3-9. [\[Crossref\]](#)
22. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry* 2018; 17(1): 3-11. [\[Crossref\]](#)
23. Dinç H, Boyacıoğlu NE, Keser Özcan N, Enginkaya S. Reproductive and sexual health in women with bipolar disorder: a comparative study. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2019; 32(1): 23. In Turkish [\[Crossref\]](#)
24. Sayılğan N, Domaç FM, Güleç H. Relationship between psychiatric comorbidity and quality of life in patients with migraine and tension type headache: preliminary report. *Cukurova Medical Journal* 2018; 44(1): 44-51. In Turkish [\[Crossref\]](#)
25. Abdin E, Chong SA, Vaingankar JA, Shafie S, Verma S, Luo N, et al. Impact of mental disorders and chronic physical conditions on quality-adjusted life years in Singapore. *Scientific Reports* 2020; 10(1): 1-8. [\[Crossref\]](#)

Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımına İlişkin Öğrenci Görüşleri

Students' Opinions Regarding the Use of Simulation in Nursing Education

Ezgi Bağrıaçık , Nida Aydın , Ümran Dal Yılmaz 

öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı Hemşirelik eğitimi gören öğrencilerin eğitimde simülasyon kullanımına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın örneklemini özel bir üniversitenin hemşirelik fakültesinde eğitim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 308 öğrenciden oluşmuştur. Veriler öğrencilerin tanıtıcı bilgilerini ve simülasyon uygulamalarına yönelik görüşlerini içeren sorulardan oluşan veri toplama formu ile elde edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ile veriler analiz edilmiştir.

Bulgular: Hemşirelik öğrencilerinin %84,4'ü simülasyon uygulamalarının oldukça yararlı olduğunu, tamamına yakını (%89) teorik bilgi ile simülasyon kullanımının birlikte olması gerektiğini, %47,1'i anlatılan konunun maket üzerinde demonstrasyon uygulamasının yapılmasının daha ilgi çekici olduğunu belirtmişlerdir. Öğrenciler, beceri öğrenmede klinik uygulamanın daha yararlı olduğunu düşünürken (%81,8), simülasyon uygulamalarının mesleki becerilerine ve klinik karar verme yetilerine katkı sağladığını, kendilerine güveni artırırken anksiyetelerini de azalttığını belirtmişlerdir.

Sonuç: Hemşirelik eğitimi veren okulların simülasyon uygulamalarını uygun teknoloji ile yapmaları ve müfredatlarda daha fazla zaman verilmesi önerilmektedir. Bu tür eğitim değişiklikleri daha donanımlı sağlık profesyonellerinin mezun edilmesine, hasta güvenliğinin sağlanmasına ve bakımın kalitesinin artmasına fayda sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Eğitim, hemşirelik, laboratuvar, simülasyon

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to evaluate the views of nursing students about the use of simulation in education.

Methods: The sample of the descriptive study consisted of 308 students who were educated in the nursing faculty of a private university and accepted to participate in the research. The data were obtained through a data collection form consisting of questions containing students' introductory information and their views on simulation applications. Data were analyzed with

Results: 84.4% of nursing students stated that simulation applications are very useful, almost all (89%) of them should be combined with theoretical knowledge and simulation use, 47.1% of the subject was more interesting to demonstrate on the model. While students thought that clinical practice was more useful in learning skills (81.8%), simulation practices contributed to their professional skills and clinical decision-making skills, and increased their confidence, while reducing their anxiety.

Conclusion: It is recommended that schools providing nursing education to perform simulation applications with appropriate technology and to give more time in curricula. Such training changes will help graduate more equipped healthcare professionals, ensure patient safety, and improve the quality of care.

Keywords: Education, nursing, laboratories, patient simulation

Received/Geliş: 11.08.2020

Accepted/Kabul: 05.08.2022

Published Online: 27.08.2022

Cite as: Bağrıaçık E, Aydın N, Dal Yılmaz Ü. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımına ilişkin öğrenci görüşleri. Jaren. 2022;8(2):63-70.

Nida Aydın

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi, Lefkoşa/KKTC

✉ nida.aydin@neu.edu.tr

ORCID: 0000-0002-3590-9092

E. Bağrıaçık 0000-0001-9061-1769

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi, Lefkoşa/KKTC

Ü. Dal Yılmaz 0000-0002-9482-6983

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi, Lefkoşa/KKTC

GİRİŞ

Hemşirelik; insan sağlığını korumak, geliştirmek, hastalara bakım vermek, güvende olduklarını hissetmelerini sağlamak ve topluma hizmet vermek amacıyla ortaya çıkan, gelişme gösteren ve teorik bilgi içeriği ile uygulama becerisinin birleşmesini gerektiren bir meslektir ⁽¹⁻³⁾. Hemşirelik eğitimi; duysal, bilişsel ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsamaktadır. Eğitim öğrencilerin, bakım ve karar verici, koruyucu, savunucu, yönetici, rehabilite edici ve eğitici rollerini kazandıracak yeterlikte olmalıdır. Öğrenme sürecinde eleştirel düşünebilen, etkin problem çözme becerisi kazanmış, teori ile uygulamayı birleştirebilen hemşireler mezun etmek, hemşirelik eğitimindeki temel amaçtır ^(1,3-5). Hemşirelik eğitiminde temel sorunlardan biri ise, öğrencilerin teorik bilgiyi klinik uygulamaya yeterince aktaramamasıdır. Bu sorun; eğitimcilerin teorik bilgiye uygulamadan daha çok önem vermeleri, öğrencilere öğrendikleri bilgiyi uygulamaya nasıl aktaracaklarını yeterince kavratamamaları, hemşirelik uygulama laboratuvarlarının gerçek klinik ortamı yeterince yansıtmaması, hastane uygulamalarında yaşanan sorunlar ile öğrencilere yeterli el becerisi kazandırmaya olanağı sunulamamasından kaynaklanmaktadır ^(1,3,5-7).

Bilimsel bilginin öneminin giderek artması sağlık bakım uygulamalarını hızla değiştirmektedir. Yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması, tedavi modellerinin değişiyor olması, hasta bakımı ve bakımın niteliğine olan bakış açısını da değiştirmektedir. Sürekli gelişim ve değişim gösteren bu durumlar karşısında, hemşirelik eğitiminde de güncel öğrenme araçlarının gelişimi ve kullanımı artmıştır ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hemşirelik eğitimi için altın standartları yayınlamış ve bu standartlara göre öğretme ve öğrenme teknikleri için eğitim programlarında elektronik öğrenme ve simülasyon yöntemlerinin kullanılmasını önermiştir ^(4,11).

Simülasyon; gerçek hayattaki klinik durumları taklit eden ve açıklayan öğrenme şeklidir. Simülasyon uygulamaları; öğrencilerin gerçek koşulları yansıtan bir durumda hastaya zarar verme riski olmadan sanal ya da yapay olarak deneyim kazandığı, klinik bir problem durumunda mantıklı düşünme ve karar verme fırsatı sağlayan bir yöntemdir ^(3,12,13). Simülasyon temelli hemşirelik eğitimi; güvenli bir

öğrenme ortamı oluşturarak, öğrencilerin bireye zarar verme korkusu olmadan teorik ve pratik bilgiyi bütünleştirmesi, eğitici ve akranları ile iş birliği içinde öğrenmesini sağlar ^(5,10,14,15).

Sağlık eğitiminde kullanılan simülasyonlar, ileri teknoloji içermeyen simülasyonlar (low-techsimulations) ve ileri teknoloji içeren simülasyonlar (high-techsimulations) olarak ayrılmaktadır.

- İleri teknoloji içermeyen simülasyonlar;
 - Hayvan modelleri,
 - Temel plastik mankenler,
 - Üç boyutlu organ modelleri ve
 - İnsan kadvraları ile simüle/standardize hastalar olarak gruplandırılmaktadır.
- İleri teknoloji içeren simülasyonlar ise;
 - Görüntüye dayalı simülasyonlar (screen-based simulations),
 - Gerçekçi, aslına uygunluğu yüksek girişimsel simülasyonlar (realistic, high-fidelity procedural simulators),
 - Gerçekçi, üst teknoloji ile interaktif insan simülasyonları (realistic high-tech interactive human simulators) ve
 - Sanal gerçeklik ve dokunmatik sistemler (virtual reality and haptic systems) olarak gruplandırılmaktadır ^(1,9,16,17).

Tıbbi bilginin artması, sağlık eğitimindeki değişiklikler, hasta güvenliğinin önemi, hastanın ve öğrencinin hazır bulunması, eğitimin standartlaştırılması, tekrar edilebilir olması ve gerçeklik düzeyi simülasyon uygulamalarının öğrenme çevresinde kullanımını artırmıştır ^(4,18). Hemşirelik eğitiminde de standardize hastanın yanı sıra simülasyonlar de kullanılmakta, son yıllarda yüksek gerçeklikli simülasyon kullanımı artmaktadır ⁽³⁾. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı; öğrencilerin bilgiyi geliştirmesi ve beceri kazanmasına katkı sağlarken, klinik uygulamalarda tecrübe eksikliğine bağlı yaşadığı korku ve anksiyeteyi azalttığı, sürekli tekrar olanağı ile öğrencinin performansını ve kendine güvenini artırdığı bilinmektedir ^(3,12,14).

Ülkemizde de simülasyon temelli hemşirelik eğitimi verilmektedir. Mesleki beceri laboratuvarlarında beceri eğitiminin geliştirilebilmesi, düzenlenebilmesi ve yapılandırılabilmesi için öğrenci görüş ve ifadeleri önemlidir.

Araştırma simülasyon eğitiminin olumlu yönlerini ortaya çıkarmak ve klinik alanda bir rehber oluşturmak için hemşirelik öğrencilerinin simülasyon kullanımına ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Öğrencilerin simülasyon uygulamalarına ilişkin görüşleri nelerdir?
- Öğrencileri göre simülasyon uygulamalarının mesleki uygulamalara katkısı nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Bu araştırma, tanımlayıcı niteliktedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer: Özel bir üniversitenin hemşirelik fakültesinde eğitim gören hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı üniversitede hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde ileri teknoloji içermeyen simülasyonlar teorik bilgiler ile eş zamanlı olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda öğrencilerin eğitiminde küçük grup çalışmaları, demonstrasyonlar ve role-play gibi yöntemler de kullanılmaktadır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme: 2019-2020 eğitim öğretim döneminde hemşirelik fakültesinde eğitim alan, daha önce klinik uygulamaya çıkmış, eğitimlerinde de simülasyon yöntemleri kullanılan ve bu yöntemlerin yarar-zarar ilişkisi hakkında fikir sahibi olan 2. sınıf ve 3. sınıf hemşirelik öğrencileri (N=356) araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş tüm araştırma evrenine ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma 2. sınıftan 148 ve 3. sınıftan 160 olmak üzere toplam 308 öğrenci tamamlanmış ve evrenin %86,5'ine ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları: Tanıtıcı bilgi formu ve araştırmacılar tarafından öğrencilerin simülasyon eğitimi ile ilgili düşüncelerini öğrenmek amacıyla oluşturulan yapılandırılmış simülasyon uygulamalarına yönelik veri toplama formu kullanılmıştır. Tanıtıcı bilgi formu ile öğrencilerin yaş, cinsiyet, öğrenim gördüğü sınıf gibi bilgileri elde edilmiştir. Simülasyon uygulamalarına yönelik hazırlanan 23 sorunun içeriğinde; öğrencilerin eğitimde simülasyon kullanımına, simülasyon uygulamalarının mesleklerine katkısına, bu eğitimin gerekliliğine ve sağladığı yararlar ve güçlükler gibi görüşlerini içeren bilgiler bulunmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları öğrencilerin ileri teknoloji içermeyen simülasyon uygulamaları ile eğitim alması ve yalnızca 2. ve 3. sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılmış olmasıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programı 18.0 versiyonu ile sayı, yüzde ve frekans olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Tarih: 25.06.2020, Karar: 2020/80-1121), Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin ve hemşirelik öğrencilerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Makalenin tüm aşamalarında araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin; yaş ortalamasının 21.5 (± 1.73) olduğu, %61'inin kadın, %51,9'unun 3. sınıf hemşirelik öğrencisi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinde simülasyon kullanımına ilişkin görüşleri Tablo.1'de verilmiştir. Öğrencilerin %64,6'sı kliniğe çıkmadan önce beceri ve yeterliklerin gelişmesi için kullanılan öğretim yöntemlerini yeterli bulmadığını ifade etmiştir. Araştırmadaki bireylerin %84,4'ü simülasyon kullanımını faydalı bulduğunu, %89'u eğitim yöntemi olarak teorik anlatım ile simülasyon uygulamalarının birlikte olmasını tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelik öğrencilerinin %64,9'u maketler ile hasta rolünün canlandırılmadığını, %89,6'sı maketlerin bilgisayar destekli olmadığını ve %55,2'si gerçeklik düzeyinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %39'u simülasyon uygulamalarının en çok "Hemşirelik Esasları" dersinde olması gerektiğini düşünürken, %70,8'i simülasyonun hemşirelik eğitiminde yaygın kullanıldığını, %78,6'sı aldıkları simülasyon uygulamalarının yeterli olmadığını, %55,2'si klinikte mesleki beceri uygulamalarında zorluk yaşadıklarını ve %81,8'i beceri öğrenmede klinik uygulamanın daha yararlı olduğunu ifade etmişlerdir.

Öğrenciler simülasyon uygulamalarının, öğrencilerin mesleki becerilerine katkı sağladığı (%94,5), kendilerine güvenlerini artırdığı (%85,4), klinik karar verme yetilerini geliştirdiği (%86), anksiyetelerini

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Simülasyon Uygulamalarına Yönelik Görüşlerinin Dağılımı (n=308)

Görüşler	n	%
Eğitimde kullanılan öğretim yöntemlerini yeterli bulma durumu		
Evet	109	35.4
Hayır	199	64.6
Eğitimde simülasyon kullanımını yararlı bulma durumu		
Evet	260	84.4
Hayır	48	15.6
Hemşirelik eğitimi yöntemi tercihi		
Teorik	23	7.5
Teorik ve Simülasyon	274	89.0
Simülasyon	11	3.6
Eğitimde kullanılan eğitim materyali tercihi		
Tahtaya yazı yazmak	22	7.1
Projeksiyon, fotoğraf, video kullanımı	108	35.1
Maket kullanımı	145	47.1
Teorik	33	10.7
Eğitimde kullanılan teknolojinin yeterlik durumu		
Evet	226	73.4
Hayır	82	26.6
Kullanılan maketlerin hasta rolünü canlandırma durumu		
Evet	108	35.1
Hayır	200	64.9
Kullanılan maketlerin bilgisayar desteği olma durumu		
Evet	32	10.4
Hayır	276	89.6
Kullanılan maketlerin yüksek gerçekliğe sahip olma durumu		
Evet	138	44.8
Hayır	170	55.2
Simülasyon uygulamalarını daha fazla kullanmayı isteme		
Hemşirelik Esasları	120	39.0
İç Hastalıkları Hemşireliği	15	4.9
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	80	26.0
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	61	19.8
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	32	10.4
Simülasyon uygulamalarının eğitimde yaygın kullanılma durumu		
Evet	218	70.8
Hayır	90	29.2
Yapılan simülasyon uygulamalarının yeterlilik durumu		
Evet	66	21.4
Hayır	242	78.6
Klinikte mesleki beceri uygulamada yaşanan zorluklar durumu		
Evet	170	55.2
Hayır	138	44.8
Mesleki beceri öğrenmede daha yararlı bulunan yöntem		
Klinik Ortam	252	81.8
Laboratuvar Ortamı	56	18.2

azalttığı (%77,6), eğitimin kalitesini artırdığı (%91,9) ve teorik bilgilerinin uygulamaya dönüşmesini sağladığı (%92,5) belirtilmiştir. Ayrıca öğrencilerin uygulamalarda öğrenci sayısının azaltılmasını (%92,9), öğretim elemanı sayılarının artmasını (%78,9), kullanılan simülasyon maketlerinin geliştirilmesini (%98,1) ve maketlerin daha teknolojik (sesli uyararı, doğru işleme tepki verme gibi.) olması gerektiğini (%99,4) ifade etmişlerdir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerin simülasyon kullanımına yönelik görüşleri incelendiğinde; büyük bir çoğunluğunun simülasyon eğitiminin yararlı olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Terzioğlu ve arkadaşlarının yaptığı fenomenolojik çalışmada öğrenciler, klinik uygulamaya çıkmadan önce laboratuvar ortamında verilen beceri geliştirme uygulamalarının yararlı

Tablo 2. Öğrencilerin Eğitimde Simülasyon Kullanımının Yararlarına ve Uygulamalarda Yaşanan Güçlüklerle İlişkin Görüşleri (n=308)

Görüşler	n	%
Mesleki becerilere katkı sağlar		
Evet	291	94.5
Hayır	17	5.5
Kendine güveni artırır		
Evet	263	85.4
Hayır	45	14.6
Klinik karar verme yetisini geliştirir		
Evet	265	86.0
Hayır	43	14.0
Anksiyeteyi azaltır		
Evet	239	77.6
Hayır	69	22.4
Eğitimin kalitesini artırır		
Evet	283	91.9
Hayır	25	8.1
Teorik bilginin uygulamaya dönmesini sağlar		
Evet	285	92.5
Hayır	23	7.5
Laboratuvar uygulamalarında öğrenci sayısı azaltılmalıdır		
Katılıyorum	286	92.9
Katılmıyorum	22	7.1
Laboratuvar uygulamalarında öğretim elemanı sayısı artırılmalıdır		
Katılıyorum	243	78.9
Katılmıyorum	65	21.1
Laboratuvarında kullanılan maketler geliştirilmelidir		
Katılıyorum	302	98.1
Katılmıyorum	6	1.9
Yüksek gerçekliğe sahip maketler kullanılmalıdır		
Katılıyorum	306	99.4
Katılmıyorum	2	0.6

olduğunu ifade etmiş; ancak kendilerini daha yeterli hissedebilmek için kullanılan maketlerin gerçeklik düzeylerinin yüksek olması gerektiğini önermişlerdir ⁽¹²⁾. Foronda ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir sistematik derlemede; hemşirelik öğrencileri ile farklı tipte simülasyon modelleri ile yapılan birçok çalışmanın sonuçları verilmiş ve öğrencilerin simülasyon uygulamalarının yararlı olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir ⁽¹⁹⁾. Burford ve arkadaşları ise çalışmalarında simülasyon eğitiminin hemşirelik öğrencilerine ekip ve profesyonelleşme açısından olumlu etkilerinin olduğunu belirtmiştir ⁽²⁰⁾. Öğrencilerin klinik uygulama öncesi simülasyon uygulamaları ile deneyim kazandıkları ve bu uygulamalardan bilgi ve beceri sağlayıp eksiklerini tamamladıkları düşünülmektedir.

Öğrenciler eğitim yöntemlerinden en çok teorik ve uygulamalı eğitim modelini ve simülasyon yöntemlerinden de maket uygulamalarının yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Durmaz ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerinin uygulama laboratuvarlarına yönelik görüşleri sorulduğunda, çalışmamızda olduğu gibi maket uygulamalarının artırılmasını istemiş ve bu uygulamaların daha anlaşılır olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir ⁽²¹⁾. Öğrenciler görsel ve işlevsel maketler ile öğrenmeyi pekiştirdiği ve bu yüzden maket üzerinde uygulama yapmayı daha çok tercih ettiği gözlenmiştir.

Araştırmada öğrenciler mevcut simülatörün düşük teknoloji olduğunu, hasta rolünü canlandıramadığını ve düşük gerçekliğe sahip eğitim uygulaması aldıklarını ifade etmişlerdir. Maketlerin geliştirilmesi ve yüksek gerçekliğe sahip sesli uyarılar içeren ve tepki verebilen simülatörlerin kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık eğitiminde kullanılan simülatörler birçok metot ve gerçekliktedir. Literatür incelendiğinde yüksek teknoloji, gerçekliği yüksek simülasyon kullanımının daha yararlı olduğu görülmektedir ^(12,21,22).

Bu çalışmada öğrencilerin çoğunluğu simülasyon uygulamalarının yetersiz olduğunu, klinikte uygulamaya başlarken zorlandıklarını ve beceri geliştirmede klinikleri daha faydalı bulduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca laboratuvar uygulamalarında öğrenci sayısının azaltılması ve öğretim elemanı sayılarının artırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Uygulama laboratuvarlarının ortak sorunu özellikle ortamların ve materyallerin alınmasının yüksek maliyetli oluşu, sınıfların kalabalık ve öğretim elemanının yetersiz olmasıdır. Bu durumlar

simülasyon eğitimi için yeterli saat ve uygun koşulların sağlanmasını olumsuz etkilemektedir ^(19,23,24).

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin simülasyon uygulamalarının kendilerine kattıkları konusunda sorular incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunun mesleki becerilerine katkı sağladığı, kendilerine olan güveni artırdığı, klinik karar vermeyi geliştirdiği, anksiyeteyi azalttığı, eğitimin kalitesini artırdığını ve teorik bilgilerinin uygulamaya dönmesini sağladığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Şendir ve Doğan'ın yaptıkları araştırmada simülasyon eğitiminin öğrencilerin karar verme ve öz etkinliklerinin olumlu etkilendiği bildirilmektedir ⁽²²⁾. Mete ve arkadaşlarının simülasyon eğitiminin öğrencilerin sorun çözme becerilerini geliştirdiği bildirilmektedir ⁽²⁵⁾. Simülasyon uygulamaları öğrencilerin bilinmeyen korkusunu azaltırken, kendine güveni artırmakta ve karar verme yetisini geliştirerek problem çözme sürecini hızlandırmaktadır ^(3,12,14,26).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularından öğrencilerin simülasyon eğitimi yararlı buldukları fakat simülatörleri düşük teknoloji ve düşük gerçeklikli buldukları saptanmıştır. Buna rağmen öğrenciler bu simülatörler ile kendilerini daha güvende ve klinik uygulamaya hazır hissetmektedirler. Hemşirelik öğrencileri simülasyon eğitiminin anksiyetelerini azalttığını ve eğitimin kalitesini artırdığını bildirmişlerdir. Hemşirelik eğitiminde, inovatif bir yöntem olan simülasyon uygulamalarının kullanımı 2010 yılından bu yana sürdürülmektedir. Simülasyon uygulamalarının yaygınlaştırılabilmesi için eğitimcilerin ve kurumların simülasyon uygulamalarının eğitimde kullanılması gerekliliğine inanması ve desteklemesi gerekmektedir. Uygulama için uygun olanakların sağlanması, eğitimlerin tüm sınıfları içerecek yatay ve dikey entegrasyon ile gerçekleşmesi, hemşirelik eğitimi veren okulların simülasyon laboratuvarlarını uygun ölçüde geliştirmesi ve müfredatlarda daha fazla zaman vermesi önerilmektedir. Bu tür eğitim değişiklikleri daha donanımlı mezunlar yetiştirilmesine, bakımın kalitesinin artmasına ve hasta güvenliğinin sağlanmasına katkı sağlayacaktır.

Yazar katkısı

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

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 1121/25.06.2020).

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: EB, NA and ÜDY; data collection: EB, and NA; analysis and interpretation of results: EB and NA; draft manuscript preparation EB, NA and ÜDY. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the Near East University Ethics Review Board (Protocol no. 1121/25.06.2020).

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. Görüş S, Bilgi N, Bayındır SK. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(2):25-29.
2. Ay FA. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2015.
3. Sarı D, Erdem H. Hemşirelik eğitiminde yüksek gerçekli simülasyon kullanımı: literatür incelemesi. Journal of Human Sciences 2017;14(4): 3690-3707. [\[Crossref\]](#)
4. Sezer H, Orgun F. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon modeli. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33(2):140-152.
5. Ünver V, Başak T. Simülasyona dayalı eğitimde senaryo yazma süreci. Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Hemşirelikte Bilişim Özel Sayısı 2016;2(1):70-78.
6. Zieber M, Sedgewick M. Competence, confidence and knowledge retention in undergraduate nursing students: A mixed method study. Nurse Education Today 2018;62:16-21. [\[Crossref\]](#)
7. Şimşek M, Çonoğlu G, Orgun F. Hemşirelik eğitiminde kazandırılması planlanan temel hemşirelik becerilerinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018;34(1):1-25.
8. Dil S, Uzun M, Aykanat B. Innovation in nursing education. Journal Of Human Sciences 2012;9(2):1217-1228.
9. Yıldırım D, Özer Z, Kocaağalar E, Bölüktaş, RP. Eğitimde inovasyon: sağlık eğitiminde simülasyon kullanımı BEYDER 2019;14(1): 33-41.
10. Uslusoy EÇ. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı: öğrenci görüşleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;9(2):13-18.
11. World Health Organization. WHO European strategy for nursing and midwifery education. Copenhagen; 2001.
12. Terzioğlu F, Kapucu S, Özdemir L, Boztepe H, Duygulu S, Tuna Z. et al. Simülasyon yöntemine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012;19(1):16-23.
13. Özbey H, Başdaş Ö. Hemşirelikte inovasyon. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2018;5(1-2):1-7.
14. Ahn H, Kim HY. Implementation and outcome evaluation of high-fidelity simulation scenarios to integrate cognitive and psychomotor skills for korean nursing students. Nurse Education Today 2015;35(5):706-711. [\[Crossref\]](#)
15. Akalın A, Şahin S. Simülasyona dayalı hemşirelik eğitiminde kuramlar. Arc Health Sci Res 2019;6(1):136-143. [\[Crossref\]](#)
16. Edeer AD, Dicle A. Ameliyat öncesi ve sonrası bakım yönetiminin bilgi işleme kuramına dayalı bilgisayar destekli simülasyonda yapılandırılması. DEUHYOED 2014;7(3):212-217.
17. Gündoğdu H, Dikmen Y. Hemşirelik eğitiminde simülasyon: sanal gerçeklik ve haptik sistemler. J Hum Rhythm 2017;3(4):172-176.
18. Edeer AD, Sarıkaya A. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon tipleri. HEAD 2015;12(2):121-125.
19. Foronda CL, Burgos MF, Nadeau C, Kelley CN, Henry MN. Virtual simulation in nursing education: a systematic review spanning 1996 to 2018. Simul Healthc 2020;15(1):46-54. [\[Crossref\]](#)
20. Burford B, Greig P, Kelleher M, Merriman C, Platt A, Richards E, et al. Effects of a single interprofessional simulation session on medical and nursing students' attitudes toward interprofessional learning and professional identity: a questionnaire study. BMC Med Educ 2020;20:65. [\[Crossref\]](#)
21. Durmaz A, Aklime D, Çakan E, Çakır Ş. Effect of screen-based computer simulation on knowledge and skill in nursing students' learning of preoperative and postoperative care management: a randomized controlled study. Comput Inform Nurs 2012;30(4):196-203. [\[Crossref\]](#)

22. Şendir M, Doğan P. Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı: sistematik inceleme. F.N. Hem. Derg 2015;23(1):49-56. [\[Crossref\]](#)
23. Sarmasoğlu Ş, Dinç L, Elçin M. Hemşirelik öğrencilerinin klinik beceri eğitimlerinde kullanılan standart hasta ve maketlere ilişkin görüşleri. HEAD 2016;13(2):107-115.
24. Demiray A, Kızıltepe SK, İlaslan N, Açıl A. Fiziksel muayene becerilerinin geliştirilmesinde yüksek gerçeklikli simülasyon kullanımına yönelik hemşirelik öğrencilerinin görüşleri. ACU Sağlık Bil Derg 2020;11(1): 132-140. [\[Crossref\]](#)
25. Mete M, Gümüş F, Zengin L, Erkan M, Sürücü HA, Yiğitalp G, et al. Mesleki beceri laboratuvarında uygulanan simülasyon yönteminin öğrencilerin sorun çözme becerileri üzerindeki etkisinin incelenmesi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2017;3(2):92-96.
26. Kapucu S, Bulut H. Turkish nursing students' views of their clinical learning environment: A focus group study. Pak J Med Sci 2011; 27(5): 1149-1153.

Covid-19 Pandemi Sürecinde Uzaktan Eğitim Alan Hemşirelik Öğrencilerinde Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Eğitim Stresi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma

The Effect of Motivational Interview-Based Counseling on Educational Stress in Distance Education Nursing Students During the Covid-19 Pandemic Process: A Randomized Controlled Study

Aydan Akkurt Yalçıntürk , Gizem Kubat Bakır 

Öz

Amaç: Araştırma Covid-19 pandemi sürecinde uzaktan eğitim alan hemşirelik öğrencilerinde motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın eğitim stresi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Aralık 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında bir üniversitede hemşirelik eğitimi alan, cerrahi hastalıkları hemşireliği dersini alan 60 öğrenci oluşturdu. Randomizasyon yöntemiyle ayrılan girişim grubundaki öğrencilere altı oturum motivasyonel görüşme uygulandı. Kontrol grubundaki öğrencilere ise uygulama yapılmadı. Araştırma verileri "Tanımlayıcı Bilgi Formu" ve "Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği" ile toplandı.

Bulgular: Öğrencilerin "Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği"nden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; girişim grubunda ön test toplam ortalama puan değeri 70,40±11,78 iken, son test ortalama değerinin 27,10±4,26'ya düştüğü belirlendi ($p<0,05$). Bununla birlikte son testte girişim grubunun ortalama puanının (27,10±4,26) kontrol grubundan anlamlı bir şekilde düşük olduğu (66,60±10,11) gözlemlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Motivasyonel görüşme temelli danışmanlık uygulaması Covid-19 pandemi sürecinde uzaktan eğitim alan hemşirelik öğrencilerinde ortaya çıkan eğitim stresini azaltmada etkilidir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi hastalıkları hemşireliği, COVID-19, eğitim stresi, hemşirelik öğrencisi, motivasyonel görüşme, uzaktan eğitim

ABSTRACT

Objective: The research was conducted to examine the effect of motivational interview-based counseling on educational stress in nursing students who received distance education during the Covid-19 pandemic process.

Methods: The sample of the study consisted of 60 students who received nursing education at a university and took the course of surgical diseases nursing between December 2020 and June 2021. Six sessions of motivational interviews were applied to the students in the intervention group who were separated by randomization method. The students in the control group were not applied. Research data were collected with "Descriptive Information Form" and "Nursing Education Stress Scale".

Results: When the average scores of the students from the "Nursing Education Stress Scale" are examined; In the intervention group, the pretest total mean score was 70.40±11.78, while the posttest mean value decreased to 27.10±4.26 ($p<0.05$). However, in the posttest, it was observed that the mean score of the intervention group (27,10±4.26) was statistically significantly lower than the control group (66,60±10.11) ($p<0,05$).

Conclusion: Motivational interview-based counseling is effective in reducing the educational stress of nursing students who receive distance education during the Covid-19 pandemic process.

Keywords: Surgical diseases nursing, COVID-19, educational stress, nursing student, motivational interview, distance education

Received/Geliş: 19.05.2022

Accepted/Kabul: 16.08.2022

Published Online: 27.08.2022

Cite as: Akkurt Yalçıntürk A, Kubat Bakır G. Covid-19 pandemi sürecinde uzaktan eğitim alan hemşirelik öğrencilerinde motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın eğitim stresi üzerine etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. Jaren. 2022;8(2):71-77.

Aydan Akkurt Yalçıntürk

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul,
Türkiye

✉ aydanyalcinturk@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5386-0624

G. Kubat Bakır 0000-0003-4294-0669

Maltepe Üniversitesi Hemşirelik
Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Hemşirelik eğitimi, hemşirelik mesleğine yönelik tutum, becerileri ve bilgi kazandırmayı amaçlayan ve uygulamalı olarak yürütülen bir eğitim programıdır⁽¹⁾. Hemşirelik öğrencileri bu eğitim programı süresinde hasta bireyin bakım sorumluluğunu alma ve uygulama sırasında hata yapma korkusu, beceri ve bilgi eksikliği, kendine güven duygusundaki yetersizlik, öğretim üyesi tarafından destek görmeme gibi farklı stres faktörleriyle karşılaşmaktadır^(2,3). Mankan ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin eğitim sürecinde birçok faktörden kaynaklı stres yaşadıklarını belirtmektedir⁽⁴⁾.

Aralık 2019 yılında Çin’de başladıktan sonra tüm dünyada görülmeye başlanan Covid-19 pandemisi yeni bir stres kaynağı olmuştur. Virüs hızla yayılan bulaşma özelliği nedeniyle kısa zamanda tüm dünyaya yayılmıştır⁽⁵⁾. COVID-19 pandemisi sürecinde pek çok ülkede üniversiteler uzaktan eğitim sistemini kullanmaya başlamıştır⁽⁶⁾. Uzaktan eğitim sistemi, öğrencilerin ve öğretim elemanlarının çevrimiçi teknolojiler yoluyla birbirleriyle etkileşim içinde bulunduğu bir eğitim şeklidir⁽⁷⁾. Uzaktan eğitim sistemi ile birlikte uygulaması olan derslerin uzaktan eğitim modeliyle işlenmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle laboratuvar ve klinik uygulamalı dersleri olan bölümlerde uygulamalı derslerin uzaktan eğitim modeliyle sürdürülmesinden kaynaklı öğrenciler zorluk yaşamaktadır⁽⁸⁾. Teori ve pratiğin bir arada sunulmaması, öğretim üyesi ve öğrenci arasında karşılıklı iletişimin azlığı, öğrencilerde mesleki uygulamaları yeterince öğrenememe ve teorik derslerde öğrendiklerini uygulamalara yanlış aktarma korkusu eğitim stresi yaratmaktadır. Ortaya çıkan bu eğitim stresi öğrencilerin motivasyonunu düşürmekte olup, öğrencilerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir⁽³⁾.

Sağlıklı/hasta bireylerin bakımından sorumlu olan hemşirelik öğrencilerinde çeşitli nedenlerle oluşan eğitim stresinin ortadan kaldırılması veya azaltılması öğretim elemanlarının sorumluluğundadır. Bunun için farklı yaklaşımların kullanılması önemli olmaktadır. Motivasyonel görüşme bu yaklaşımlardan biridir⁽³⁾. Bireyin şimdiki stres/ilgi ve problemlerine odaklanması ve danışan merkezli bir yaklaşım olması sebebiyle kullanılan motivasyonel görüşme eğitimin niteliğini arttırmak için kullanılabilir⁽⁹⁾.

Bu araştırmanın amacı; Covid-19 pandemi sürecinde uzaktan eğitim alan hemşirelik öğrencilerinde

motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın eğitim stresi üzerine etkisini incelemektir.

Araştırmanın hipotezi;

H1: Motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın uygulandığı öğrencilerde eğitim stres düzeyi motivasyonel görüşme uygulanmayan öğrencilere göre daha düşüktür.

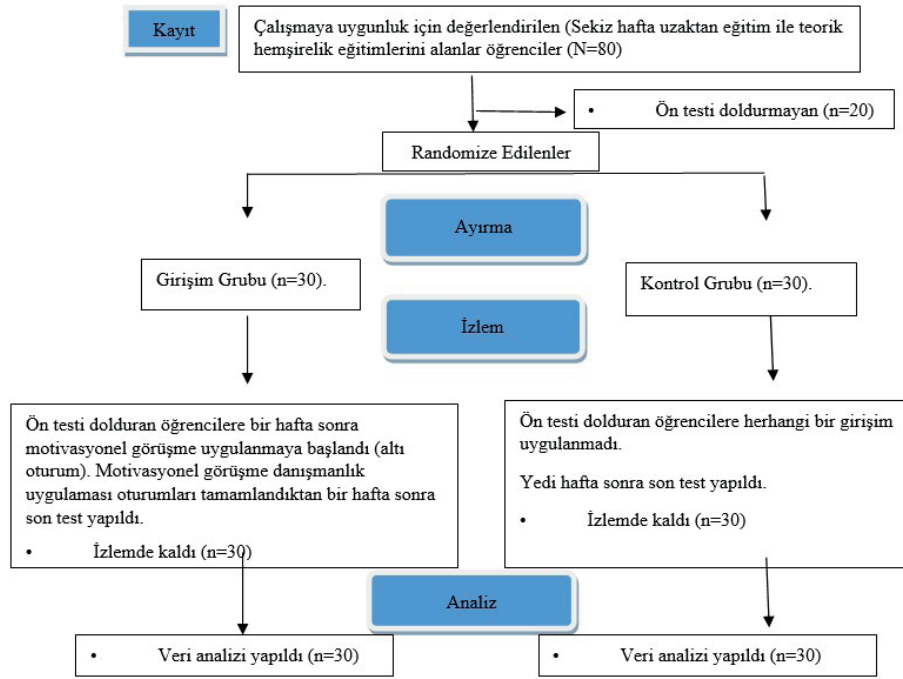
GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Aralık 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesinde yapıldı. Çalışmanın evrenini 2020-2021 akademik yılı bahar döneminde hemşirelik bölümü 2. sınıfta kayıtlı olan ve cerrahi hastalıkları hemşireliği dersini alan 80 öğrenci oluşturdu. Çalışmada örneklem sayısı G*Power yazılımı ile belirlendi. Bu çalışmada 0,55 etki büyüklüğü ve %95 güç düzeyine ulaşmak için girişim grubunda 28 katılımcı, kontrol grubunda 28 katılımcı olmak üzere örneklem sayısının en az 56 olması gerektiği belirlendi. Araştırmanın evreninde yer alan, ön testi dolduran 60 hemşirelik öğrencisi, öğrenci listesindeki sıralamasına göre 1 numaradan 60 numaraya kadar numaralandırıldı. Çalışmada yer alan öğrenciler www.random.org sitesinde generatör yardımıyla girişim veya kontrol gruplarına atandı (Şekil 1).

Veriler tanımlayıcı bilgi formu ve “Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği” ile toplandı. Literatür taranarak oluşturulan “Tanımlayıcı Bilgi Formu”nda öğrencilerin yaş, medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, mezun olduğu lise, yaşadığı yer, not ortalaması, uzaktan eğitim sistemine bağlandığı cihazdan oluşan toplam sekiz soru bulunmaktadır. Rhead (1995) tarafından geliştirilen Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Karaca ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan “Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği” toplam 32 maddeden oluşmaktadır^(10,11). Ölçekte uygulama ve akademik stres olarak iki adet alt boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0–96 arasındadır. Ölçek puanının yükselmesi stresin arttığını göstermektedir. Araştırmadaki Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak belirlendi.

Araştırmanın yapılabilmesi için eğitim kurumundan ve Etik Kurul’dan (Karar No:2020/15-03) onay alındı. Çalışmada kullanılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olan araştırmacılarından izin alındı. Hemşirelik öğrencilerden yazılı onam alındı.

Öğrenciler uygulama öncesi sekiz hafta cerrahi hastalıkları hemşireliği dersini aldı. Pandemi nedeniyle



Şekil 1. Consort 2010 Akış Şeması

öğrenciler bu dersi çevrim içi ortamda aldı. Klinik uygulamalarını çevrimiçi ortamda vaka analizleri yaparak gerçekleştirdi. Teorik eğitimden sonra örneklem grubundaki tüm öğrencilerden ön testte “Tanımlayıcı Bilgi Formu” ve “Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği” ni doldurmaları istendi. Girişim grubundaki öğrencilerle ön testi doldurduktan bir hafta sonra motivasyonel görüşme danışmanlık uygulamasına başlandı. “Motivasyonel Görüşme Uygulayıcı Eğitimi” almış olan araştırmacılar tarafından girişim grubundaki 30 öğrenciye altı oturum motivasyonel görüşme temelli danışmanlık uygulaması yapıldı. Çevrimiçi ortamda gerçekleştirilen her oturum 30 dakika sürdü. Oturumlara öğrenciler tek tek alındı (Şekil 2). Kontrol grubundaki 30 öğrenciye ise herhangi bir uygulama yapılmadı. Motivasyonel görüşme oturumlarının tamamlanmasından bir hafta sonra son testte tüm öğrencilerden tekrar “Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği” ni doldurmaları istendi.

Araştırmada verilerin analizi lisanslı SPSS 25,00 yazılımı ile yapıldı. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak belirtildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk testleriyle değerlendirildi. Kategorik bağımlı iki grup arası karşılaştırmalarda paired t testi ve ki-kare testi, bağımsız kategorik değişkenler arası farklılıkların karşılaştırılmasında bağımsız grup t testi kullanıldı. Analizlerde $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; girişim grubundaki öğrencilerin %46,7’sinin 18-20 yaş arasında, %80’inin kadın, %86,7’sinin bekar, %33,3’ünün düz lise mezunu olduğu, %80’inin çalışmadığı, %80’inin bir ilde yaşadığı, %63,3’ünün not ortalamasının 3,00-4,00 arasında olduğu ve %83,3’ünün uzaktan eğitim sistemine bilgisayarı aracılığıyla bağlandığı belirlendi. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise; %60’ünün 18-20 yaş arasında, %80’inin kadın, %93,3’ünün bekar, %30’unun düz lise mezunu olduğu, %86,7’sinin çalışmadığı, %86,7’sinin bir ilde yaşadığı, %60’ünün not ortalamasının 3,00-4,00 arasında olduğu ve %73,3’ünün uzaktan eğitim sistemine bilgisayarı aracılığıyla bağlandığı belirlendi. Tanımlayıcı özellikler bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Çalışmada öğrencilerin uygulamastresialt boyutundan aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; girişim grubunda ön test puan ortalama değeri $35,60 \pm 6,47$ iken, son test puan ortalama değerinin $14,63 \pm 3,02$ ’ye düştüğü belirlendi. Girişim grubunun uygulama stresi ön ve son test puan değerleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı ($p < 0,05$). Buna rağmen kontrol grubunda uygulama stresi ön ve son test puan değerleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Bununla birlikte son testte girişim

Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Uygulaması Oturumları	
1.Oturum	Açılış, Formların Uygulanması Araştırmacılar kendini tanıttı. Motivasyonel görüşme hakkında bilgi verildi. Hemşirelik eğitiminde kullanılan uzaktan eğitim sistemi hakkında sorular sorularak bilgi alındı. Bu oturumda, araştırmacı öncelikle rolünü, burada bulunma sebebini ve ne kadar zamanı olduğunu bildirdi.
2.Oturum	Görüşmenin Yapılandırılması ve Gündem Oluşturma Öğrencinin uzaktan eğitim sistemine yönelik neler düşündüğü ve deneyimlediği; sorun yaşadığı, stres yaratan durum veya durumlar belirlendi. Öğrencilerin gündem belirlemesi istendi. Bu noktada önemli olan öğrencinin uyum zorluğu yaşadığı sorunları saptamak ve öğrencinin bu sorunların farkına varmasını sağlamaktır.
3.Oturum	Değişim İçin Motivasyonu Yükseltme Bir önce yapılan oturumun özetiyle başlandı. Öğrenci ile uzaktan eğitim sistemi üzerinden haftayı nasıl geçirdiği konuşuldu. Karar dengesi kurularak uzaktan eğitim sistemi avantajları ve dezavantajları hakkında konuşuldu. Bu eğitim sisteminin avantajlarına vurgu yapıldı. Dezavantajları hakkında öğrencinin çözüm üretmesi sağlandı. Öğrenci ile hemşirelik eğitimi sırasında yaşadığı stres ve kullandığı baş etme yöntemleri hakkında konuşuldu. Bu sırada yansıtma dinleme yöntemi uygulandı.
4.Oturum	Destekleme ve Değişimi Konuşmak Bir önceki oturumun özetiyle başlandı. Uzaktan eğitim sistemi üzerinden haftayı nasıl geçirdiği konuşuldu. Empatik yaklaşımla şimdiki durumunun olumlu-olumsuz yanları tartışıldı. Olumlu yanları konusunda öğrenci cesaretlendirildi. Stresle başa çıkması için etkili baş etme yöntemleri öğretildi. "Geleceğe bakmak" yöntemi kullanılarak uzaktan eğitim sisteminin öğrenciye ne kattığı konusunda konuşuldu.
5.Oturum	Değerlendirme Bir önceki oturumun özetiyle başlandı. Uzaktan eğitim sistemi üzerinden haftayı nasıl geçirdiği ve uzaktan eğitim hakkındaki olumlu deneyimleri hakkında konuşuldu. Öğrenciden gelecekte beklenenleri ve hedefleri hakkında bilgi alındı.
6.Oturum	Özetleme ve Formların uygulanması Öğrencinin süreç boyunca neler hissettiği öğrenildi ve özetleme ile kapanış yapıldı.

Şekil 2. Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlık Uygulaması Oturumları

Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri (N=60)

Özellikler	Girişim grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		p değeri	
	n	%	n	%		
Yaş	18-20	14	46,7	18	60,0	0,30
	21-23	13	43,3	10	33,3	
	24-26	3	10,0	2	6,7	
Cinsiyet	Kadın	24	80,0	24	80,0	1
	Erkek	6	20,0	6	20,0	
Medeni Durum	Evli	4	13,3	2	6,7	0,67
	Bekar	26	86,7	28	93,3	
Lise Mezuniyet	Sağlık Lisesi	8	26,7	11	36,7	0,85
	Düz Lise	10	33,3	9	30,0	
	Anadolu Lisesi	9	30,0	9	30,0	
	Teknik Lise	3	10,0	1	3,3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	24,0	4	13,3	0,48
	Çalışmıyor	24	80	26	86,7	
Yaşadığı yer	İl	24	80,0	26	86,7	0,48
	İlçe	6	20,0	4	13,3	
Not ortalaması	1,00-1,99	2	6,7	3	10,0	0,76
	2,00-2,99	9	30,0	9	30,0	
	3,00-4,00	19	63,3	18	60,0	
Uzaktan eğitime bağlanılan cihaz	Bilgisayar	25	83,3	22	73,3	0,34
	Telefon	5	16,7	8	26,7	

Ki-kare testi ***p<0,05

grubunun ortalama puanının (14,63±3,02) kontrol grubundan anlamlı şekilde daha düşük olduğu (33,03±5,54) gözlemlendi (p<0,05) (Tablo 2).

Çalışmada öğrencilerin akademik stres alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; girişim grubunda ön test puan ortalama değeri 34,80±6,59 iken, son test puan ortalama değerinin 12,46±2,06'ya düştüğü belirlendi. Girişim grubunun uygulama stresi alt boyut ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı (p<0,05). Buna rağmen kontrol grubunda uygulama stresi ön ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi (p>0,05). Bununla birlikte son testte girişim grubunun ortalama puanının (12,46±2,06) kontrol grubundan anlamlı şekilde daha düşük olduğu (33,56±5,88) gözlemlendi (p<0,05) (Tablo 2).

Çalışmada öğrencilerin "Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği"nden aldıkları toplam ortalama puanlar incelendiğinde; girişim grubunda ön test toplam ortalama puan değeri 70,40±11,78 iken, son test ortalama değerinin 27,10±4,26'ya düştüğü belirlendi. Girişim grubunun ön ve son test toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı (p<0,05). Kontrol grubunda ön ve son test toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi (p>0,05). Bununla birlikte son testte girişim grubunun ortalama puanının (27,10±4,26) kontrol grubundan anlamlı şekilde daha düşük olduğu (66,60±10,11) gözlemlendi (p<0,05) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Motivasyonel görüşme temelli danışmanlık uygulamasının eğitim stresi üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmada girişim ve kontrol grubu öğrencileri arasında tanımlayıcı özellikler açısından

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın saptanmamış olması grupların tanımlayıcı özellikleri bakımından benzer olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada yapılan motivasyonel görüşme temelli danışmanlık uygulaması sonucunda öğrencilerin "Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği" puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği son test puanları incelendiğinde ölçek puan ortalamalarının girişim grubunda daha düşük olması motivasyonel görüşme uygulamasının eğitim stresi üzerinde olumlu yönde etkili olduğunu göstermiştir. Hemşirelik öğrencilerinde eğitim stresi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, Ağaçdiken ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada öğrencilerin Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği'den aldıkları puan ortalamalarının bu çalışma sonucuyla benzer olduğu görülmüştür⁽¹²⁾. Yapılan bir diğer araştırmada hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimleri esnasında çok fazla stres yaşadığı, stresin ise uygulama ve akademik stres alt boyutlarında eşit düzeyde olduğu saptanmıştır⁽¹³⁾. Khater ve arkadaşları tarafından (2014) yapılan çalışmada öğrencilerin yaklaşık olarak yarısının yüksek düzeyde stres yaşadığı ve bu stresin klinik alanda yapılan uygulama nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmiştir⁽¹⁴⁾. Acharya Pandey ve Chalise (2015) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin %74'ünün ortalamanın üzerinde akademik strese sahip oldukları saptanmıştır⁽¹⁵⁾. Fried ve arkadaşlarının (2016) lisans öğrencileri üzerinde yürüttükleri çalışmada motivasyonel görüşme uygulanan öğrencilerde stresin azaldığı belirlenmiştir⁽¹⁶⁾. Park ve arkadaşlarının öğrencilerle yaptığı çalışmada dört oturumda motivasyonel görüşme yapılmış ve öğrencilerin motivasyonel görüşme öncesi yüksek olan stres düzeylerinin azaldığı saptanmıştır⁽¹⁷⁾. Bu bulgular motivasyonel görüşme sırasında öğrencilerin sorularının yanıtlanması, gerekli konularda bilgilendirme yapılması, stres

Tablo 2. Öğrencilerin "Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği" alt boyut puan ortalamaları

		Girişim grubu (n=30)			Kontrol grubu (n=30)			Test Değeri	
		Ort±Ss	t	^a p	Ort±Ss	t	p	T	^b p
Uygulama Stresi	Öntest	35,60±6,47	16,69	0,01	35,4±6,64	1,52	0,13	0,12	0,90
	Sontest	14,63±3,02			33,03±5,54			-15,96	0,00
Akademik Stres	Öntest	34,80±6,59	17,57	0,02	34,76±6,69	0,85	0,40	0,01	0,98
	Sontest	12,46±2,06			33,56±5,88			-16,13	0,01
Toplam Stres	Öntest	70,40±11,78	19,00	0,00	70,16±11,88	1,34	0,18	0,07	0,93
	Sontest	27,10±4,26			66,60±10,11			-19,71	0,00

^aPaired-t testi

^bBağımsız t testi

***p<0,05

kaynakları konusunda farkındalık yaratılması, stresle baş etme konusunda danışmanlık verilmesi ve uzaktan eğitim sırasında yaşadığı sorunlara çözüm bulabilmesi için rehberlik edilmesinin öğrencilerin hemşirelik eğitimi sırasında yaşayabileceği stresi azaltacağını düşündürmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin pandemi sürecindeki eğitimleri boyunca hem uygulama hem de akademik alanında stres yaşadığı gözlemlendi. Bu stresi azaltmada motivasyonel görüşme temelli danışmanlık uygulamasının etkili olduğu belirlendi. Bu sonuç doğrultusunda öğrencilerin yaşadığı stresi azaltmaya yönelik stres nedenlerinin araştırılması ve stresle baş etmede motivasyonel görüşme temelli danışmanlık uygulamasının kullanılması önerilmektedir.

Yazar katkısı

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

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Maltepe Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 2020/15-03/27.11.2020).

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: GKB and AAY; data collection: GKB and AAY; analysis and interpretation of results: AAY; draft manuscript preparation GKB. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the Maltepe University Ethics Committee (Protocol no. 2020/15-03/27.11.2020).

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. Turan N, Durgun H, Kaya H, Ertaş G, Kuvan D. Hemşirelik öğrencilerinin stres durumları ile bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki ilişki. Jaren 2019; 5(1): 59-66.
2. Aslan H, Aktürk U. Nursing education stress levels of nursing students and the associated factors. Annals of Medical Research 2018; 25(4): 660-6. [\[Crossref\]](#)
3. Göger S, Çevirme A. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlik düzeyinin eğitim stresi üzerine etkisi. HEAD 2019; 16(4): 306-312
4. Mankan T, Polat H, Cengiz Z, Sevindik F. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(1): 10-5.
5. World Health Organization. 2020. Q&As on COVID-19 and related health topics, URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub>. May 12, 2020.
6. Yükseköğretim Kurulu. 2020. Basın açıklaması. URL: <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/21.10.2020>.
7. Yıldız E, Seferoğlu SS. Uzaktan eğitim öğrencilerinin çevrim içi teknolojilere yönelik öz yeterlik algılarının incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2020; 18 (1) , 33-46. [\[Crossref\]](#)
8. Emin KM. Covid-19 salgınının uygulamalı derslere etkisi ve bu derslerin uzaktan eğitimle yürütülmesi: Temel tasarım dersi örneği. Medeniyet Sanat Tasarım ve Mimarlık Fakültesi Dergisi 2020; 6(1): 44-56. [\[Crossref\]](#)
9. Dicle AN. Televizyon bağımlısı ilkökul öğrencilerinin bağımlılık düzeylerine motivasyonel görüşme psiko eğitim programının etkisi. Milli Eğitim 2019; 48(1): 665-684
10. Rhead M. Stress among student nurses: is it practical or academic? J Clin Nurs 1995; 4(6): 369-376. [\[Crossref\]](#)
11. Karaca A, Yildirim N, Ankaralı H, Açıkgöz F, Akkuş D. Hemşirelik eğitimi stres ölççeği'nin Türkçeye uyarlanması, Hemar-G 2014; 16(2): 29-40.
12. Ağaçdiken S, Mumcu Boğa N, Özdelikara A. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimine yönelik yaşadıkları stres düzeyinin belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(1): 25-41.
13. Fırat Kılıç H. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ve mesleki benlik saygısı arasındaki ilişki. HUEMFAD-JOHUFON 2018; 5(1): 49-59. [\[Crossref\]](#)

14. Khater WA, Akhu Zaheya LM, Shaban IA. Sources of stress and coping behaviours in clinical practice among baccalaureate nursing students. *International Journal of Humanities and Social Science* 2014; 4(6): 194-202.
15. Acharya PR, Chalise HN. Self-Esteem and academic stress among nursing students. *KUMJ* 2015; 13(50): 298-302. [[Crossref](#)]
16. Fried RR, Irwin JD. Calmly coping: A motivational interviewing via co- active life coaching (MI-VIA-CALC) pilot intervention for university students with perceived levels of high stress. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring* 2016; 14 (1): 16-33.
17. Park S, Choi J, Lee S, Oh C, Kim C, La S, et al. Designing a chatbot for a brief motivational interview on stress management: Qualitative case study. *J Med Internet Res* 2019; 21(4): e12231. [[Crossref](#)]

Öğrenci Hemşirelerin Mesleki Değerleri ve İletişim Becerileri ile İş Birliği Süreçleri Arasındaki İlişki*

The Relationship between Professional Values of Student Nurses and Communication with Collaboration Skills

Leyla Baysan Arabacı , Ceyda Başoğul , Kazım Acar , Nurşen Aksak , Ali Büyükoçak 

Öz

Amaç: Öğrenci hemşirelerin mesleki değerleri ile iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlanan bu çalışma, Türkiye’de 54 farklı üniversitede hemşirelik lisans programına kayıtlı olan ve mesleki bir derneğe üye olan 511 öğrenci hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelikte Mesleki Değerler Ölçeği (HMDÖ), İletişim Becerileri Envanteri (İBE) ve İş Birliği Süreci Ölçeği (İSÖ) ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programında tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Elde edilen bulgulara göre, araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %79,1’i kadın ve yaş ortalaması 20,91±1,98’dir. Öğrencilerin, %79,3’ü mesleğe karşı olumlu bakış açısına sahip olduğunu ve %56,4’ü de imkân olsa aynı mesleği tekrar seçebileceğini ifade etmiştir. %66,7’si çevre ile iletişimde kendisini dışı dönük biri olarak tanımlayan ve %74,6’sı grup çalışmalarına olumlu bakış açısına sahip olduğunu belirten öğrencilerin, HMDÖ, İBE ve İSÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Aynı zamanda öğrenci hemşirelerin mesleki değerleri ve iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda, öğrenci hemşirelerin yüksek düzeyde mesleki değerlere sahip olduğu, özellikle zihinsel ve davranışsal olmak üzere iletişim becerilerinin ve iş birliği yapabilme süreçlerinin iyi düzeyde (ortalamanın üzerinde) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrenci hemşirelerin mesleki değerleri ve iletişim becerileri, iş birliği yapabilme süreçlerini etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: İletişim becerisi, iş birliği, mesleki değer, öğrenci hemşire

ABSTRACT

Objective: The aim of the study is to examine the relationship between student nurses’ professional values and communication skills with cooperation processes.

Methods: This descriptive and correlational study was conducted with 511 students who registered undergraduate nursing degree programs in 54 different universities and a member of a professional association in Turkey. Data were collected by using the Introductory Information Form, Nursing Professional Values Scale (NPVS), Communication Skills Inventory (CSI) and Cooperative Learning Process Scale (CLPS) and were analyzed by using descriptive statistics and correlation analysis in SPSS 22.0 program.

Results: Of the students 79.1% were female and the mean age was 20.91 ± 1.98. Of the students 79.3% stated that they had a positive view of the profession, and 56.4% stated that they could choose the same profession again if possible. 66.7% of the students stated that they were extroverted in communication with the environment, and 74.6% had a positive perspective on group work. The total and subscale mean scores of the NPVS, CSI, and CLPS were above the average. At the same time, it was found that there was a statistically significant strong positive relationship between the professional values and communication skills of the student nurses and the cooperation processes ($p<0.05$).

Conclusion: In conclusion, it has been determined that student nurses have high professional values and their communication skills, especially mental and behavioral and cooperation processes are good level (above average). In addition, the professional values and communication skills of student nurses affect their cooperation processes.

Keywords: Communication skills, cooperation, professional value, student nurse

Received/Geliş: 02.03.2020
Accepted/Kabul: 05.08.2022
Published Online: 27.08.2022

Cite as: Baysan Arabacı L, Başoğul C, Acar K, Aksak N, Büyükoçak A. Öğrenci hemşirelerin mesleki değerleri ve iletişim becerileri ile iş birliği süreçleri arasındaki ilişki. Jaren. 2022;8(2):78-86.

Ceyda Başoğul

Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Adıyaman, Türkiye
✉ ceydayk@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7290-9123

L. Baysan Arabacı 0000-0002-0314-6350
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
İzmir, Türkiye

K. Acar 0000-0002-7172-5960
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir,
Türkiye

N. Aksak 0000-0002-8963-9980
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir
Hastanesi, İstanbul, Türkiye

A. Büyükoçak 0000-0002-7129-9199
İzmir SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma
Hastanesi, İzmir, Türkiye

* Araştırma, 25-27 Nisan 2019 tarihleri arasında Afyonkarahisar’da gerçekleştirilen 18. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Değerler, davranışa rehberlik eden tutumlar, inançlar ve önceliklerdir; bu nedenle, profesyonel/mesleki değerler hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur ve başkalarına yardım etme tutumunu, görünümünü ve istekliliğini içerir ⁽¹⁾. Mesleki değerler, hemşirelerin tüm uygulamaları için yol göstericidir ⁽²⁾. Hemşireler bakım verdikleri ortamlarda, tutum ve davranışlarını savunurken, etik ikilem yaşadıkları durumlarda karar aşamasında, bu değerlere gereksinim duyar ⁽³⁾. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) önemli olanın sağlıklı/hasta bireyin esenliği olduğunu vurgulayarak, en temel değerın yararlılık olduğunu kabul etmiştir. Hemşirelik mesleğinin temel değerleri eşitlik, alturizm, adalet, insan onuru ve doğruluğu içermektedir ^(4,5). Türk Hemşireler Derneği tarafından “Etik İlke ve Sorumluluklar” çerçevesinde hemşirelerin görevlerini yerine getirirken; zarar vermeme-yararlılık, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik etik ilkelerini benimsemeleri gerektiği bildirilmiştir ⁽⁶⁾. Bu değerler, hemşire adaylara ve hemşirelere, mesleki eğitimleri süresince ve daha sonra da hizmet içi eğitimlerle adım adım öğretilir. Hemşirelerin ve hemşire adaylarının sahip olduğu mesleki değerler, hizmet sundukları bireylerle, sağlık ekibinin diğer üyeleriyle ve toplumla etkileşim kurmada ve iş birliği sağlamada yol göstermektedir ^(7,8). Mesleki değerleri etkileyen faktörler incelendiğinde; mesleki kıdem, uzmanlık alanı gibi faktörlerin yanında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik faktörlerin de etkili olduğu belirlenmiştir ^(8,9). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerlerinin düzeylerini inceleyen çalışmalarda mesleki değerlerinin yüksek düzeyde olduğu belirtilmektedir ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Mesleki değerleri temel alan hemşirelik bakımının sunulmasında ve sonuçlarının olumlu olmasında hemşirelerin iletişim becerilerinin etkisi olabilir. Toplumda sağlıklı veya hasta bireylerin bakımında nitelikli hasta-hemşire iletişimi için uygun çevrenin oluşturulması, iletişimin başlaması, sürdürülmesi ve sonlandırılmasında önemli sorumlulukları olan hemşireler için iletişim becerileri çok önemlidir ⁽¹⁶⁾. Yapılan çalışmalar; hemşirelerin etkili iletişim becerilerine sahip olmasının hastalar üzerinde olumlu etkileri (*hastalık ve tedaviye uyum, hizmetten memnuniyetin artması, iyileşmeye motivasyonun artması*) olduğunu göstermiştir ^(17,18).

Hemşirelik uygulamalarında mesleki değerlere bağlılık ve güçlü iletişim becerileri mesleğin vazgeçilmez unsurlarıdır. Bunların yanında sağlık ekibinin bir üyesi olarak çalışan hemşireler için bu becerileri ortaya koyabileceği çalışma ortamındaki iş birliği yaklaşımı da çok önemlidir. Sağlık hizmeti sunumunda ekip üyelerinin işbirlikçi yaklaşımları amaca ulaşmada çok önemli bir rol oynar. Sosyal yapılandırmacı yaklaşıma göre, birey “*diğer bilgili bireylerle*” etkili bir iletişime geçtiğinde öğrenme potansiyeli ortaya çıkar. Başka bireylerle birlikte çalışıldığında, kendi başına yapılabileceklerden daha fazlası başarılabilir. Başarıların temelinde “*iş birliği*”nin payı büyüktür ⁽¹⁹⁾. Ekip içerisinde iş birliğinin yanında, ekip içi iletişimin etkinliği de ekip başarısını artıran önemli bir faktördür. İletişimin etkin olması için; ekip üyeleri arasında dinleme, diğer üyeleri anlamaya çalışma ve ilgili konuları ekip üyeleriyle paylaşma ve bilgilendirme gibi becerilerin kazanılmış olması gerekir ⁽²⁰⁾. Ayrıca dernek gibi mesleki bir gruba katılmak da mesleki değerler, iş birliği ve iletişim becerilerini geliştirme ve farkındalığı artırma açısından olumlu etkiler sağlayabilir. Literatürde, öğrenci hemşirelerin mesleki değerlerinin ne olduğu ve bu değerlerin iletişim ve iş birliği yetilerini nasıl etkilediğini araştıran araştırmalara rastlanamamıştır. Bu özden hareketle, bu çalışma bir mesleki derneğe üye olan öğrenci hemşirelerin mesleki değerleri ile iletişim ve iş birliği yapabilme becerileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma soruları; mesleki bir derneğe üye olan hemşirelik öğrencilerinin,

1. mesleki değerler düzeyi nasıldır?
2. iletişim becerileri düzeyi nasıldır?
3. iş birliği süreci düzeyi nasıldır?
4. mesleki değerleri ve iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın evrenini amaçlı örneklem yöntemine göre 2019 yılı Aralık ayı itibarı ile ÖHDER (*Öğrenci Hemşireler Derneği*) üyesi 7000 öğrenci hemşire oluşturdu. Evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılarak minimum örneklem sayısı 364 olarak hesaplandı. Elden ve e-posta yoluyla öğrencilere ulaşılması planlandığından olası kayıplar göz önünde bulundurularak gereken sayının (364) %50 fazla (546) sayıda öğrenciye ulaşılması planlandı.

Bu örneklem sayısına ulaşmak için Türkiye’de hemşirelik programı bulunan üniversiteler arasından basit rastgele sayılar yöntemiyle 54 üniversite belirlendi. 511 öğrenci çalışmaya katılmayı kabul etmiştir (yanıtlama oranı %93,5).

Verilerin toplanmasında dört form kullanılmıştır.

2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF); ilgili literatür taranarak öğrenci hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerini ve mesleğe ve grup çalışmalarına bakışını, çevre ile iletişimini belirlemek amacıyla hazırlanan, açık ve kapalı uçlu 11 sorudan oluşmaktadır.

2.2. Hemşirelikte Mesleki Değerler Ölçeği (HMDÖ); Weis ve Schank (2009) tarafından geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Geçkil ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır ⁽²¹⁾. Öz değerlendirmeye dayanarak hemşirelerin mesleki değerlerini değerlendiren ölçek beşli likert tipinde ve 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki ifadeler “çok önemlidir” ile “önemli değildir” arasında sıralanmakta ve 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 26-130’dur. Yüksek puan yüksek mesleki değerleri göstermektedir. Ölçekte 5 boyut değerlendirilmektedir. “Bakım Verme” boyutu 8; “Profesyonellik” boyutu 7; “Aktivizm” 5; “Adalet” 3; “Sadakat” boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı Geçkil ve ark.’nın (2012) çalışmasında 0,92 bulunmuştur ⁽²¹⁾. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur.

2.3. İletişim Becerileri Envanteri (İBE); Ersanlı ve Balcı’nın (1998) geliştirdiği iletişim becerilerini ölçen 45 maddelik ve beşli likert tipi envanterde, zihinsel, davranışsal ve duygusal olmak üzere üç alt boyut ve her alt boyut için 15 madde vardır. Maddeler için; “her zaman”, ve “hiçbir zaman” arasında seçenekler vardır. Genel (toplam) iletişim becerisi ve her bir boyut için yüksek puan, yüksek iletişim becerisini göstermektedir. Yapılan güvenilirlik çalışmasında test yarılama yöntemiyle $r = -0,64$, test tekrar test sonucunda ise $r = -0,68$ olarak bulunmuştur ⁽²²⁾. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur.

2.4. İş Birliği Süreci Ölçeği (İSÖ); Bay ve Çetin (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek tek boyutlu ve beş boyutlu olarak kullanılabilir. Tek boyutlu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,98 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin diğer 5 alt boyutları; bireysel sorumluluk (8 madde), grup süreci (4 madde), olumlu bağımlılık (11

madde), yüz yüze destekleyici etkileşim (11 madde), küçük grup becerileri (6 madde)’dir. Ölçek puan aralığı 40-200’dür. Yüksek puanlar daha iyi iş birliği süreci olduğunu, düşük puanlar iş birliği sürecinin kötü olduğunu göstermektedir ⁽¹⁹⁾. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.

Veriler, etik kurul onayı (06.02.2019/41) alındıktan sonra, 10 Şubat-15 Mart 2019 tarihleri arasında araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan 511 öğrenci hemşireye e-mail ya da elden ulaşılarak toplanmıştır. Elden toplanan veriler için önce öğrencilere araştırmacılar tarafından çalışma ile ilgili sözel bilgi verilmiş, daha sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onamları alındıktan sonra veri toplanmıştır. Benzer şekilde e-mail yoluyla toplanan veriler için; veri toplama araçlarının yer aldığı mailde öncelikle çalışma ile ilgili aydınlatıcı bilgi ve izinlere yer verilmiştir. Bu şekilde bilgilendirilen öğrencilerden katılmayı kabul edenler ve veri toplama araçlarını dolduranlardan veri toplanmıştır. Öğrenci mail adreslerine ilgili mesleki dernek desteği ile ulaşılmıştır. Veri toplama araçlarının kullanım izni alınmıştır. Anketlerin doldurulması yaklaşık 15-20 dk sürmüştür.

Çalışma verileri SPSS 22.0 paket programı ile çözümlenmiştir. Öğrenci hemşirelerin kişisel özelliklerine ilişkin değişkenler sayı yüzde analiziyle, mesleki değerler ve iletişim becerileri ile iş birliği yetileri tanımlayıcı analizle; sayısal değişkenlerin birbirleri ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde, istatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırma, yalnızca ÖHDER (Öğrenci Hemşireler Derneği) üyesi olan ve hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrencilerin görüşleri ile sınırlıdır ve tüm hemşirelik öğrencilerinin görüşlerini yansıtmamaktadır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan mesleki bir dernek üyesi öğrenci hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Öğrencilerin %79,1’i kadın ve yaş ortalaması 20,91±1,98’dir.

Öğrencilerin %75,9’u Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü lisans programında öğrenim görmekte, %63,8’i 3. ve 4. sınıfa devam etmektedir. %9,6’sı Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %79’3’ü mesleğe

karşı olumlu bakış açısına sahip ve %56,4'ü de imkân olsa aynı mesleği tekrar seçebileceğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %66,7'si çevre ile iletişimde kendisini dışa dönük biri olarak tanımlamakta ve %74,6'sı grup çalışmalarına olumlu bakış açısına sahip olduğunu belirtmektedir (Tablo 1).

Öğrencilerin Hemşirelikte Mesleki Değerler Ölçeği, İletişim Becerileri Envanteri ve İş Birliği Süreci Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları incelendiğinde; toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ortalamanın üzerinde bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (n=511)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	404 79,1
	Erkek	107 20,9
Yaş	18-22	448 87,6
	23-26	55 10,8
	27-30	8 1,6
Sınıf	1	69 13,5
	2	119 22,7
	3	163 31,9
	4	163 31,9
Okul Türü	Hemşirelik Fakültesi	61 11,9
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	388 75,9
	Sağlık Yüksekokulu	62 12,1
Mezun olunan lise	Anadolu lisesi	344 67,3
	Fen lisesi	17 3,3
	Sağlık meslek lisesi	49 9,6
	Diğer	101 19,8
Mesleğe bakışı	Olumlu	405 79,3
	Olumsuz	44 8,6
	Kararsız	62 12,1
Tekrar hemşireliği seçme durumu	Evet	288 56,4
	Hayır	223 43,4
Çevre ile iletişim	Dışadönük	441 19,4
	İçedönük	99 66,7
	Diğer	71 13,9
Grup çalışmalarına bakışı	Olumlu	381 74,6
	Olumsuz	98 19,1
	Diğer	32 6,3
TOPLAM	511	100,0

Tablo 2. Öğrencilerin Hemşirelikte Mesleki Değerler Ölçeği, İletişim Becerileri Envanteri İş Birliği Süreci Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=511)

ÖLÇEKLER	X±SS	Min-Max
Mesleki Değerler Ölçeği		
Bakım verme	34,31±6,19	8-40
Profesyonellik	27,90±5,50	7-35
Aktivizm	20,70±4,24	5-25
Adalet	12,53±2,48	3-15
Sadakat	12,27±2,53	3-15
Toplam	107,73±19,60	26-130
İletişim Becerileri Envanteri		
Zihinsel	55,37±7,18	15-75
Duygusal	50,79±8,59	15-75
Davranışsal	56,10±7,15	15-75
Toplam	162,27±21,19	45-225
İş Birliği Süreci Ölçeği		
Olumlu bağımlılık	43,71±8,65	11-55
Bireysel sorumluluk	33,57±8,65	8-40
Yüz yüze destekleyici etkileşim	46,16±7,84	11-55
Küçük grup becerileri	25,16±4,61	6-50
Grup süreci	16,28±3,56	4-20
Toplam	164,89±29,10	4-200

Öğrenci hemşirelerin mesleki değerler toplam ölçek puan ortalaması 107,73±19,60 (*ortalama üstü*)'dir. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla bakım verme için 34,31±6,19; adalet için 12,53±2,48; aktivizm için 20,70±4,24; sadakat için 12,27±2,53; profesyonellik için 27,90±5,50 bulunmuştur.

İletişim becerileri envanteri toplam ölçek puan ortalaması 162,27±21,19 (*ortalama üstü*)'dir. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla *davranışsal* alt boyutu için; 56,10±7,15; *zihinsel* alt boyutu için 55,37±7,18; *duygusal* alt boyutu için 50,79±8,59 bulunmuştur.

İş birliği süreci ölçeği toplam ölçek puan ortalaması 164,89±29,10 (*ortalama üstü*)'dir. Alt boyut puan ortalamaları ise küçük grup becerileri için 25,16±4,61; bireysel sorumluluk için 33,57±8,65; yüz yüze destekleyici etkileşim için 46,16±7,84; grup süreci için 16,28±3,56 ve olumlu bağımlılık için 43,71±8,65 bulunmuştur (Tablo 2). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri ve iletişim becerileri ile iş birliği süreçleri arasındaki ilişki Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin Hemşirelikte Mesleki Değerler Ölçeği, İletişim Becerileri Envanteri, İş Birliği Süreci Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=511)

ÖLÇEKLER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 MDÖ Top	1															
2 BV	0,954	1														
	0,000															
3 PRO	0,940	0,837	1													
	0,000	0,000														
4 AKT	0,935	0,841	0,867	1												
	0,000	0,000	0,000													
5 AD	0,934	0,900	0,833	0,850	1											
	0,000	0,000	0,000	0,000												
6 S	0,886	0,832	0,787	0,787	0,815	1										
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000											
7 İBE Top	0,006	-0,046	0,035	0,008	0,003	0,074	1									
	0,886	0,303	0,427	0,859	0,954	0,096										
8 ZİH	0,037	-0,011	0,058	0,032	0,033	0,102	0,939	1								
	0,402	0,806	0,190	0,470	0,455	0,021	0,000									
9 DUY	-0,072	-0,110	-0,047	-0,062	-0,072	-0,011	0,915	0,776	1							
	0,103	0,013	0,287	0,160	0,102	0,804	0,000	0,000								
10 DAV	0,068	0,008	0,103	0,066	0,046	0,129	0,920	0,843	0,730	1						
	0,123	0,856	0,020	0,136	0,298	0,003	0,000	0,000	0,000							
11 İSÖ Top	0,141	0,104	0,138	0,144	0,150	0,152	0,242	0,295	0,119	0,278	1					
	0,001	0,019	0,002	0,001	0,001	0,001	0,000	0,000	0,007	0,000						
12 OB	0,100	0,057	0,099	0,114	0,107	0,126	0,274	0,315	0,165	0,298	0,935	1				
	0,024	0,197	0,026	0,010	0,015	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
13 BS	0,167	0,129	0,166	0,170	0,173	0,162	0,202	0,265	0,084	0,231	0,925	0,792	1			
	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,057	0,000	0,000	0,000				
14 YDE	0,147	0,121	0,137	0,146	0,153	0,149	0,201	0,256	0,077	0,247	0,959	0,864	0,848	1		
	0,001	0,006	0,002	0,001	0,001	0,001	0,000	0,000	0,081	0,000	0,000	0,000	0,000			
15 KGB	0,153	0,117	0,152	0,147	0,160	0,166	0,219	0,268	0,099	0,260	0,930	0,797	0,891	0,880	1	
	0,001	0,008	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,026	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
16 GS	0,090	0,057	0,095	0,086	0,110	0,101	0,222	0,260	0,119	0,251	0,914	0,846	0,799	0,866	0,820	1
	0,042	0,199	0,032	0,051	0,013	0,023	0,000	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

Pearson Korelasyon analizi; * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

MDÖ: Mesleki Değerler Ölçeği; BV: Bakım verme; PRO: Profesyonellik; AKT: Aktivizm; AD: Adalet; S:Sadakat

İBE: İletişim Becerileri Envanteri; ZİH: Zihinsel; DUY: Duygusal; DAV: Davranışsal

İSÖ: İş Birliği Süreci Ölçeği; OB: Olumlu bağımlılık; BS: Bireysel sorumluluk; YDE: Yüz yüze Destekleyici Etkileşim; KGB: Küçük grup becerileri; GS: Grup süreci

Mesleki değerler ve iş birliği süreci; öğrenci hemşirelerin mesleki değerleri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,141$;

$p=0,001$). Bununla birlikte mesleki değerler ölçeği alt boyutları ile iş birliği süreçleri ölçeğinin alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3).

Mesleki değerler ve iletişim becerileri; Öğrenci hemşirelerin mesleki değerleri ile iletişim becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$). Ancak, mesleki değerler ölçeğinin bakım verme boyutuyla, iletişim becerileri ölçeğinin duygusal boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki; profesyonellik alt boyutuyla davranışsal alt boyut arasında, sadakat alt boyutuyla zihinsel ve davranışsal alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3).

İletişim becerileri ve iş birliği süreci; Öğrenci hemşirelerin iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= 0,242$; $p=0,000$). Bununla birlikte, iletişim becerileri envanterinin alt boyutları ile iş birliği süreçleri ölçeğinin alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Öğrencilerin mesleki değerler düzeyi nasıldır?

Araştırma sonuçlarına göre; mesleki bir dernek üyesi hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerlerinin ($107,73\pm 19,60$) yüksek olduğu, alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe sırasıyla bakım verme, profesyonellik, aktivizm, adalet ve sadakat olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde bu konuda yapılan bir araştırmada hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerler ölçeği puan ortalamasının $132,37\pm 15,84$ olduğu belirlenmiştir. "İnsan Onuru" alt boyutunun ($47,87\pm 5,99$) en yüksek puana sahip alt boyut olduğu belirlenmiştir⁽¹⁰⁾. Öğrencilerin mesleki değerlerinin incelendiği diğer bir çalışmada da; ilk sıradaki değer insan onuru (%41,4) olduğu belirtilmiştir⁽²³⁾. Diğer bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin profesyonel tutum düzeylerinin ($113,43\pm 15,39$) yüksek olduğu saptanmış ve ölçeğin alt boyutlarından en iyi puanı otonomi ve yeterlilik, sürekli eğitim, en düşük puanı ise bilimsel bilgi yükünün artırılmasına katkıda bulunma alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir⁽²⁴⁾. Chisholm-Ford ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerlerinin yüksek düzeyde olduğu, güven boyutunun en yüksek, bakım verme boyutunun en düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir⁽¹⁾. Başka bir çalışmada ise bakım verme boyutu en yüksek düzeyde bulunmuştur⁽²⁵⁾. Hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerlerini ele alan literatür incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği

görülmektedir. Ayrıca mesleki bir derneğe üye olan hemşirelik öğrencileri grubunun örgütlenme bilinci ve farkındalığı yüksek olması nedeniyle mesleki değerler düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda mesleki değerlerden bakım verme ilk sırada yer alırken, literatürde farklı değerlerin ilk sırayı alabildiği görülmüştür. Bu farklılığın katılımcıların kültürel ve eğitim sistemi farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin iletişim becerileri düzeyi nasıldır?

Çalışma sonuçlarına göre; hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri puan ortalamalarının ($162,27\pm 21,19$) yüksek olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışma sonuçlarında da benzer biçimde hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur^(15-18,26). Hemşirelik öğrencilerinin hem mesleki değerlerinin hem de iletişim becerilerinin olumlu yönde ortalamanın üzerinde olması, lisans hemşirelik program içeriklerinin bu iki yetiyi kazandırmada etkili olduğunu düşündürmektedir.

Öğrencilerin iş birliği süreci düzeyi nasıldır?

Çalışmamızda, hemşirelik öğrencilerinin iş birliği süreci ($164,89\pm 29,10$) ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin mesleki bir derneğe üye olma girişimi, iş birliğine açık bir yaklaşıma sahip olduklarını düşündürmektedir. Meslektaşları ve diğer ekip üyeleriyle aynı ortamda uzun süre birlikte çalışmayı gerektiren hemşirelik mesleği için iş birliği önemlidir⁽²⁷⁾. Hasta bakımında önemli ve etkin bir role sahip hemşireler arasındaki güçlü iletişim ve iş birliği, bakım kalitesini artırmanın yanında hastalar için terapötik ortam oluşturur. İş birliğinin olmaması ise hiyerarşik tutumlar, zayıf kişilerarası ilişkiler, ve istenmeyen davranışlara yol açabilir⁽²⁸⁾. Ancak hemşirelik bakımı için önemli olan bu konuda, hemşirelik öğrencilerinin iş birliği süreci ile ilgili yapılmış bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu çalışma sonuçlarının bu açıdan bakıldığında önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin iş birliğine dayalı öğrenme süreçleri değerlendirildiğinde temel öğelerin yüksekten düşüğe doğru; küçük grup becerileri, bireysel sorumluluk, yüz yüze destekleyici etkileşim, grup süreci ve olumlu bağımlılık olarak sıralandığı görülmektedir. Kişilerarası beceriler ve küçük grup becerileri, başarılı bir iş birliğine katkı sağlama için gereklidir. Yüz yüze destekleyici etkileşimde; bireyler cesaret verme, övme, yardım etme, destekleme yoluyla birbirlerinin başarılı

olmasını teşvik eder. Grup süreci ise, grup üyelerinin amaçlara ulaşma ve etkili iş ilişkilerinin gelişimini belirledikleri zaman ortaya çıkar. Öğrenciler iş birliği gerektiren çalışmalarında, iletişim ile ilgili zorluklar ortaya çıktığında, grup sürecine girmeli ve etkin bir şekilde grup olarak çalışmalarına engelleyen sorunları belirlemeli ve çözmelidir. Olumlu bağımlılık, diğerleri başarılı olmadıkça bizim de başarılı olamayacağımız bir şekilde diğerlerine bağlanma anlamına gelen bir algıdır ^(19,29). Bu bilgiler bağlamında çalışma bulguları, hemşirelik eğitiminde grup çalışmaları ve bireysel sorumluluk alabildikleri uygulamaların etkin olduğunu göstermekle birlikte, iş birliği sürecinin daha aktif olması için grup üyeleriyle etkileşim, grup sürecine dahil olabileme ve grup üyelerine bağlılığı da içermesinin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Öğrencilerin mesleki değerleri ve iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

Çalışma sonuçlarına göre; hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki saptanmıştır. Birimoğlu Okuyan, Çağlar ve Erden'in yaptıkları tanımlayıcı bir çalışmada (2021), hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri orta düzeyde ve ekip çalışmasına yönelik tutumlarının yüksek seviyede olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada ekip çalışanları arasında sürekli ve sağlıklı ilişki olması gerektiğini, ekibin bağlı olduğu bir ortak değer sisteminin olması gerektiğini ve sağlık çalışanlarının ekip ve iş birliği becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini belirten öğrencilerin ekip çalışması tutumları ölçek puanının diğer katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ⁽³⁰⁾. Bu çalışma bulguları bizim çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. İşbirliğinin *“meslektaşlar arasında otoritenin paylaşılmasına, karar vermeye, bilgi ve deneyime dayanan kişilerarası ilişkiler”* ⁽³¹⁾ olduğu bilgisiyyle ve temel öğeleri *(olumlu bağımlılık, yüz yüze destekleyici etkileşim, bireysel sorumluluk, kişilerarası ve küçük grup becerileri ve grup süreci)* göz önüne alındığında, iletişim becerilerinin bu süreci şekillendirici olduğu düşünülebilir. Ayrıca öğrenci hemşirelerin mesleki bir derneğe üye olmaları, mesleğe aidiyet, etkileşim, paylaşım, grup çalışması, sorumluluk alma gibi becerileri geliştirme olanağı sağlayabilir.

Sağlık bakımında günümüzdeki değişimler göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelik etik kodları ve yürütülen sağlık politikalarına göre hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda daha güçlü iş birliğine gereksinimleri vardır ⁽³²⁾. Kanada'daki bir hastanede

yapılan kesitsel bir çalışmada açık iletişimi, işbirlikçi etkileşimi ve karşılıklı amaçları destekleyen değer ve davranışların klinikte çatışma yönetiminde etkili olduğu ve olumlu bir ortam oluşturduğu belirtilmiştir ⁽³³⁾. Çalışma bulguları, bu güçlü iş birliğinin, öğrenci hemşirelerin profesyonel mesleki değerlerinin ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile mümkün olduğunu göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Başka bir ifadeyle, hemşireler arasındaki güçlü iş birliği, hasta bakımında etkili iletişim becerileri ile mesleki değerlere bağlı bir hizmet sunumunu sağlayacaktır. Bu açıdan çalışma bulguları hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri ve iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri arasındaki anlamlı ilişkiyi ortaya koyması bakımından değerlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma, mesleki bir derneğe üye olan hemşirelik öğrencilerinin yüksek mesleki değerlere sahip olduğunu, özellikle zihinsel ve davranışsal olmak üzere iletişim becerilerinin ve iş birliği yapabilme süreçlerinin iyi düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, öğrenci hemşirelerin, mesleki değerleri ve iletişim becerileri ile iş birliği yapabilme süreçleri ilişkili bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, nitelikli ve kaliteli bir bakım için diğer ekip üyeleri ile amaca uygun biçimde çalışmanın bu denli önemli olduğu bir meslek grubu olan hemşirelerin, ekip üyeleri ile birlikte uyum içinde çalışabilmelerinde, sahip oldukları profesyonel mesleki değerleri ve iletişim becerileri önemli belirleyicilerinden biridir. Öğrenci hemşirelerin mesleki değerlerini etkileyen çeşitli faktörleri ve mesleki değerlerin farklı hemşirelik uygulama alanlarındaki düzeylerini belirlemeye ve mesleki değerlerin düzeyini yükseltmek için planlanan girişimlere yönelik çalışmaların yapılması önerilir.

Geleceğin aday hemşirelerinin ekip üyeleri ile uyum ve iş birliği içinde çalışabilmesi için iletişim becerilerinin ve mesleki değerlerinin geliştirilmesinin gerekli ve önemli olduğunu göstermesi bakımından araştırma sonuçları önemli ve anlamlıdır. Ayrıca, literatürde bu konuda yapılan bir çalışmanın bulunmaması nedeniyle bu çalışmanın alan için bir ilk olduğu ve farkındalık sağlamada bir adım olduğu düşünülmektedir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: LBA, KA, NA ve AB; veri toplama: KA, NA ve AB; sonuçların analizi ve yorumlanması: LBA ve CB; araştırma metnini

hazırlama: LBA ve CB. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 41/06.02.2019).

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: LBA, KA, NA and AB; data collection: KA, NA and AB; analysis and interpretation of results: LBA and CB; draft manuscript preparation: LBA and CB. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the İzmir Kâtip Çelebi University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (Protocol no. 41/06.02.2019).

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. Chisholm-Ford SL, Anderson-Johnson P, Waite MJ, Garriques-Lloyd SN. Professional values of baccalaureate nursing students in Jamaica. *J Nurs Educ Pract.* 2016;7(3):47-56. [\[Crossref\]](#)
2. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.* 2012 Dec 23;15(4):275-82.
3. Aydın İP. Yönetmelik mesleki ve örgütsel etik. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2014. Sayfa no: 39-48
4. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2014; 5(3): 137-142. [\[Crossref\]](#)
5. Shaw HK, Degazon C. Integrating the core professional values of nursing: a profession, not just a career. *J Cult Divers.* 2008 Spring;15(1):44-50.
6. Türk Hemşireler Derneği (THD). Hemşireler için etik ilke ve prensipler [internet]. 2009. [Erişim tarihi: 24 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf>
7. Rassin M. Nurses' professional and personal values. *Nurs Ethics.* 2008 Sep 1;15(5):614-30. [\[Crossref\]](#)
8. Sellman D. Professional values and nursing. *Med Heal Care Philos.* 2011;14(2):203-8. [\[Crossref\]](#)
9. Fisher M. A Comparison of professional value development among pre-licensure nursing students in associate degree, diploma, and bachelor of science in nursing programs. *Nurs Educ Perspect.* 2014;35(1):37-42. [\[Crossref\]](#)
10. Karadağlı F. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2016;9(2):81-91.
11. Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. Personal and professional values held by baccalaureate nursing students. *Nurs Ethics.* 2017;24(6):716-31. [\[Crossref\]](#)
12. Ozturk Donmez R, Ozsoy S. Factors influencing development of professional values among nursing students. *Pak J Med Sci.* 2016;32(4):988-93. [\[Crossref\]](#)
13. Arkan G, Sarıgöl Ordın Y, Öztürk Haney M. Hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2019;10(3): 443-50. [\[Crossref\]](#)
14. Abou Ramadan, AH, El-Demerdash SM. The relationship between professional values and clinical decision making among nursing student. *J Nurs Heal Sci.* 2017;6(6):19-26.
15. Martin P, Yarbrough S, Alfred D. Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):291-6. [\[Crossref\]](#)
16. Özdemir G, Kaya H. Midwifery and nursing students' communication skills and life orientation: correlation with stress coping approaches. *Nurs Midwifery Stud.* 2013;2(2): 198-205. [\[Crossref\]](#)
17. Arifoğlu B, Sala Razi G. Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2011;4(1):7-11.
18. Tutuk A, Al D, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Derg.* 2002;6(2):36-41.
19. Bay E, Çetin B. İşbirliği süreci ölçeği (isö) geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilim Dergisi.* 2012;9(1):1063-75.
20. Özler DE, Koparan E. Takım performansına etki eden takım çalışmasına ilişkin faktörlerin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Akademik Bakış.* 2006;8:1-29.
21. Geçkil E, Ege E, Akin B, Göz F. Turkish version of the revised nursing professional values scale: Validity and reliability assessment. *Jpn J Nurs Sci.* 2012;9(2):195-200. [\[Crossref\]](#)

22. Ersanlı K, Balcı S. İletişim becerileri envanterin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 1998;10:7-12.
23. Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. Hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(1):18-26.
24. Ak B, Cerit B, Dikmen Y, Erol F. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel tutumları ve etkileyen faktörler. *Sted*. 2018;27(4):232-42.
25. Lin YH, Wang LS, Yarbrough S, Alfred D, Martin P. Changes in Taiwanese nursing student values during the educational experience. *Nurs Ethics*. 2010;17(5):646-54. [\[Crossref\]](#)
26. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 2011;26(4):152-9.
27. Temuçin E, Dolu İ, Kargın M. Hemşire-hemşire işbirliği ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği: klinikte çalışan hemşire örnekleme. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(1):1-7. [\[Crossref\]](#)
28. Moore J, Prentice D, Salfi J. A mixed-methods pilot study of the factors that influence collaboration among registered nurses and registered practical nurses in acute care. *Clin Nurs Stud*. 2017;5(4):1-11. [\[Crossref\]](#)
29. Johnson DW, Johnson RT. Making cooperative learning work. *Theory Into Practice*. 1999;8(2):67-73. [\[Crossref\]](#)
30. Birimoglu Okuyan C. , Çağlar S. , Erden Ç. Hemşirelik öğrencilerinin ekip çalışmasına yönelik tutumları, profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler: Tanımlayıcı bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 9(4): 324-332. [\[Crossref\]](#)
31. Dougherty MB, Larson EL. The nurse-nurse collaboration scale. *J Nurs Adm*. 2010;40(1):17-25. [\[Crossref\]](#)
32. Lemetti T, Stolt M, Rickard N, Suhonen R. Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2015;62(2):248-66. [\[Crossref\]](#)
33. Siu H, Spence Laschinger HK, Finegan J. Nursing professional practice environments: setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *The Journal of Nursing Administration*. 2008; 38(5): 250-257. [\[Crossref\]](#)

Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Önemli Bir Güç: Hemşireler

Nurses: The Important Power for Protecting and Developing of Children's and Adolescents' Mental Health

Cemile Hürrem Ayhan , Özgü Uluman , Sevim Buzlu 

Öz

Çocuk ve ergenlerin %10-20'si herhangi bir zamanda ruhsal bir rahatsızlığa maruz kalmakta ve sadece %25'i profesyonel yardım almaktadır. Bu dönemde görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi sekteye uğratarak çocuk ve gençlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilmektedir. Çocukluğun özel bir gelişim evresi olduğu ve çevresel faktörlerden etkileneceği de göz önünde bulundurulduğunda, ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesinin önemi büyüktür. Çocuk ve ergenin ruh sağlığında koruyucu önlemler planlanırken çocuk ve ergenin gelişim aşaması, ruhsal bozukluklara karşı savunmasızlık derecesi, ruhsal bozukluğun nasıl ifade edildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla ruhsal bozuklukları anlamak ve koruyucu önlemleri belirlemek için gelişimsel bir bakış açısı gerekmektedir. Literatürde çocuk ve ergen ruh sağlığında koruyucu önlemler; tarama programları, ev ziyaretleri, ebeveyn eğitimleri, okul tabanlı programlar olarak belirtilmektedir. Bu derlemenin amacı; çocuk ve ergenlere yönelik koruyucu ruh sağlığı girişimleri, bu girişimlerin etkinliği ve hemşirelerin bu girişimlerdeki rolüne dikkat çekmektir.

Anahtar kelimeler: Çocuk ergen ruh sağlığı, psikososyal girişimler, koruyucu önlemler, hemşirelik

ABSTRACT

The burden of disease related to mental disorders in children and adolescents is great. 10-20% of children and adolescents are exposed to mental illness and only 25% have been received professional help. The mental disorders that may be seen during this period have interfered with normal psychological development and prevented child and adolescent from reaching their ideal functioning. The development of mental health and the prevention of mental disorders among children and adolescent being aware of the fact that childhood is a special developmental stage and will be affected by environmental factors is special issue. When preventive measures are planned in child and adolescent mental health, the stage of development of the child, the degree of vulnerability to mental disorders, how the disorder is expressed must be considered. Therefore, a developmental perspective is needed to understand mental disorders and to identify preventive measures. Preventive measures in child and adolescent mental health are included in the literature as screening programs, home visits, parental education, and school-based programs. The purpose of this literature review is to examine preventive interventions and effectiveness of these interventions for children and adolescent mental health.

Keywords: Child and adolescent mental health, psychosocial intervention, preventive intervention, nursing

Received/Geliş: 08.07.2018
Accepted/Kabul: 18.10.2020
Published Online: 15.06.2022

Cite as: Ayhan Balık CH, Uluman Ö, Buzlu S. Çocuk ve Ergenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir güç: Hemşireler. Jaren. 2022;8(2):87-96.

Cemile Hürrem Ayhan

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Van, Türkiye

✉ hurremayhan@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-6326-2177

Ö. Uluman 0000-0002-9734-0022
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kars, Türkiye

S. Buzlu 0000-0002-1668-4182
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Çocuk ve ergen ruh sağlığı, ideal psikolojik sağlık ve işleve sahip olma ve bunu sürdürübilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır ⁽¹⁻³⁾. Ruhsal açıdan iyi olan çocuk ve ergenler; olumlu kimlik ve öz-değer duygusu geliştirmiştir; sağlıklı kişilerarası ilişkileri başlatır, geliştirir, devam ettirebilir ve bu ilişkiden doyum sağlayabilir; kendine güvenli ve girişkendir, üretkendir ve öğrenme becerisine sahiptir; kendinin ve diğer kişilerin farkındadır ve empati kurabilir; gelişimsel zorluklarla baş etme ve büyümeyi en üst düzeye çıkarmak için kültürel kaynakları kullanma kapasitesine sahiptir ⁽⁴⁾. Bu dönemde görülebilecek ruhsal bozukluklar normal gelişimi aksatarak çocuk ve ergenlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilmektedir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığında (ÇERS) yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ruh Sağlığı Raporu (2017), çocuklar arasında ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığının farklı ülkelerde %10 ile %20 arasında değiştiğini ve sadece %25'inin profesyonel yardım aldığını belirtmektedir ⁽⁵⁾. Ayrıca ruh sağlığı sorunlarının yaklaşık olarak %50'sinin 14 yaşından önce başladığı vurgulanmaktadır ^(5,6). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde on gençten birinde tanı alacak düzeyde ruhsal rahatsızlık yaşanmakta, ancak bunların yalnızca bir tanesi gerekli tedaviyi almaktadır ⁽⁷⁾. Nijerya, Arap Emirlikleri, Sudan gelişmekte olan ülkelerde de benzer prevalans düzeyleri bildirilmiştir ⁽⁸⁾. Dünyanın çoğu bölgesinde çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı ihtiyaçları yetersiz düzeyde karşılanmaktadır. ABD'de çocukların sadece % 5-10'u ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaktadır ⁽⁹⁾.

Türkiye'de ise ÇERS epidemiyolojisi ile ilgili en kapsamlı çalışma olan Ruh Sağlığı Profili (1998) araştırmasına göre ise; genel olarak çocuk ve gençlerde sorun davranışların yaklaşık %11 oranında olduğu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde en sık depresif bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir. Ergenlik dönemi birçok psikiyatrik bozukluk riskini beraberinde getirmektedir. Bunlar arasında kişilik bozuklukları, şizofreni, affektif bozukluklar, sigara, alkol, madde kullanımı gibi bağımlılıklar sayılabilir ⁽¹⁰⁾. Türkiye'nin Erken Çocukluk Dönemi (1-3 Yaş) Ruh Sağlığı Profiline Belirlenmesi (2009) çalışmasına göre; katılımcıların yaklaşık %60'ı çocuklarında ruhsal ya da gelişimsel bir sorun olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir ⁽¹¹⁾. Çocuklarda sorun davranış oranı

%9,3 olarak saptanmıştır ⁽¹⁰⁾. Çocuk ergen psikiyatri kliniğine başvuru yapan olguların tanıları ve sosyo-demografik özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada (2015), hastalarda, en sık olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%20,6), diğer yıkıcı davranış bozuklukları (%12,4) ve anksiyete bozukluğu (%10,2) olarak saptanmıştır ⁽¹²⁾.

Yapılan prevalans çalışmaları, çocuk ve ergenliğin özel bir gelişim evresi ve bu dönemde oluşacak problemlerin normal gelişimi aksatacağı göz önüne alındığında çocuk ergen ruh sağlığının gelişiminin ve ruhsal bozuklukların önlenmesinin önemi büyüktür.

Çocuk ve ergenin ruh sağlığını korumak için önleme çalışmalarının geliştirilmesinin 3 ana nedeni:

- (1) Belirli ruhsal bozukluklar, çocuk ve ergen gelişiminin belirli evrelerinde ortaya çıktığından, tarama programları ve bu bozukluklara yönelik girişimler bu bozuklukların en çok görüldüğü döneme yönlendirilmesi;
- (2) Çocukluk ve ergenlik dönemindeki ruhsal bozukluklar yetişkinlik çağındaki hastalıklarla ilişkili olduğundan erken müdahalenin, uzun vadeli hastalık olasılığını önleyebilmesi veya azaltabilmesi;
- (3) Etkili girişimler aracılığıyla birey ve ailede ruhsal bozuklukların yükünü azaltarak, sağlık sistemleri ve toplum için maliyetinin düşürülmesi olarak belirlenmiştir ^(5,13).

Çocuk ve ergenin ruh sağlığını koruyucu önlemler planlanırken; çocuğun gelişim aşaması, ruhsal bozukluklara karşı savunmasızlık derecesi, bozukluğun nasıl ifade edildiği göz önünde bulundurulması gereken konulardır. Dolayısıyla ruhsal bozuklukları anlamak ve koruyucu önlemleri belirlemek için gelişimsel bir bakış açısı gerekmektedir.

Yaşamın ilk birkaç yılında bebek ve küçük çocuklarda bağlanma bozuklukları gelişebilmektedir. Bu sorunlar çocuk istismarı ve ebeveynlerin ihmaliinden kaynaklanabilmektedir. Örneğin, postpartum dönemde veya sonrasında ruhsal bir rahatsızlığı olan anne çocuğu ile ihtiyacı olan duygusal bağı kurmakta zorlanabilmektedir. Değerlendirilmesi gereken bir diğer ruhsal bozukluk ise yaşamın ilk üç yılında ortaya çıkan yaygın gelişimsel (otizm) bozukluktur. Doğru ve erken teşhis ebeveynlerin uygun tedavi kaynaklarına ulaşmasını sağlayabilmektedir ^(13,14).

Tablo 1. Gelişim Dönemlerine Göre Çocuk ve Ergenlerde Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Sorunlar

Yaş	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Hastalık																		
Bağlanma Sorunları																		
Yaygın Gelişimsel Bozukluklar																		
Yıkıcı Davranış Bozuklukları																		
Duygudurum Ve Anksiyete Bozuklukları																		
Madde Kullanım Bozuklukları																		
Yetişkin tipi Psikoz																		

(Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, WHO 2005)

Dört ile altı yaş arasındaki çocuklarda en yaygın ruhsal sorunlar ise, aşırı hareketlilik ve davranış bozukluklarıdır. Aşırı hareketlilik, çocuğun sosyal gelişimi üzerinde derin etkileri olan davranış bozuklukları için başlıca risk faktörlerindedir. Tedavi edilmediğinde ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de sıklıkla devam eder ve okuldan ayrılma, antisosyal davranışlar gibi sorunlara neden olabilir. Daha sonraki çocukluk çağında (12-18 yaş), madde kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir ^(13,14).

Travma, genetik rahatsızlıklar, toksinlere maruz kalma gibi etkenlerin fiziksel sağlık sorunlarına yol açtığı gibi ruh sağlığını da etkileyebildiği bilinmektedir. Bazı çocuk ve ergenler, fiziksel, duygusal ve / veya cinsel istismar, şiddet veya savaş, evsizlik, göç, yoksulluk gibi zor durumlara maruz kalabilmektedirler. Bu zor koşullar ve ruh sağlığı sorunları çeşitli şekillerde birbiri ile ilişkilendirilebilir. Örneğin, cinsel istismara uğrayan bir çocuk travma sonrası stres bozukluğu için risk altındayken; bir ergen depresif duygularla başa çıkmak için alkol veya madde kullanabilmektedir.

Ruh sağlığı sorunları ve zor koşullar arasındaki ilişkinin niteliği ne olursa olsun, çocuk ve ergenlerin ihtiyaçlarını karşılamak için önleme stratejilerinin belirlenmesi önemli ve gereklidir ^(13,14).

Dünya Psikiyatri Birliği (WPA) 2003 yılında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Küresel Programını başlatmıştır. Program, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Müttefik Meslekler Birliği (IACAPAP) ile birlikte yürütülmüştür. Program; Farkındalık, Önleme ve Tedavi olmak üzere üç ana alana odaklanmıştır.

Genel hedefleri ise şunlardır:

- Toplum bireysel ve organizasyonel düzeyde çocuk ve ergenin ruhsal hastalık ve sorunları, yaygınlığı ve çözüm olasılıkları hakkında bilinçlendirmek,
- Çocuk ve ergen ruhsal bozukluklarının önlenmesini teşvik etmek ve ruhsal gelişime katkıda bulunacak girişimleri desteklemek,
- Ruhsal bozuklukları olan çocuk ve ergenlere yönelik tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi için destek sunmayı ve kanıta dayalı tedavi yöntemlerini kullanmayı teşvik etmek ⁽¹⁵⁾.

Avrupa'da, çocuklar için ruh sağlığı hizmetleri yetişkinlere göre daha az gelişmiştir. Uzman personelin azlığı, pratisyen hekimlerin ve pediyatristlerin çocuk psikiyatrisi alanında kısıtlı eğitimi ve okul sağlığı kapsamında psikolojik yaklaşımların ve hizmetlerin yetersiz olması başlıca sorunlardandır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterliliği, ulusal gelir düzeyi ile de ilişkilidir ^(15,16).

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığında Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Genel olarak, bunlar risk faktörleri ve koruyucu faktörler olarak tanımlanabilmektedir ⁽¹⁷⁾. Risk faktörleri, ruh sağlığı sorunları ve hastalıklarının ortaya çıkma ihtimalini artıran faktörleri, koruyucu faktörler ise, riske maruz kalmanın etkilerini hafifleten faktörleri belirtir. Risk faktörleri biyo-psiko-sosyal alanlara göre sınıflandırılabilir ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Genetik veya kromozomal anomaliler, alkol veya nikotin gibi intrauterin toksinlere maruz kalma, prematüre doğum, erken gelişme sırasında kurşun gibi toksinlere maruz kalma, epilepsi veya beyin hasarı gibi kronik fiziksel engellilik, çocuk ve ergen ruh sağlığında biyolojik risk faktörlerinin en yaygın olanlarıdır ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Ebeveynde depresyon, alkolizm ve antisosyal kişilik, bebek-ebeveyn bağlanma sorunları, anne baba reddi, tek ebeveyn, evlilikte anlaşmazlık ve aile içi şiddet, fiziksel istismar, cinsel istismar, çocuk ve ergen ruh sağlığındaki psikolojik risk faktörleri arasında yer almaktadır ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Yoksulluk, dezavantajlı bir azınlık grubu üyeliği ve felaket (örneğin, sivil afet veya savaş) ise sosyal risk faktörleri olarak dikkati çekmektedir.

Koruyucu faktörler ise; kolay mizaç, en az bir ebeveynden iyi bir destek, tutarlı bir aile ortamı ve iyi bir okul ortamı, spor için yeterli toplum kaynakları ve olumlu sosyal beceriler olarak tanımlanabilir ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Koruyucu faktörler, risk faktörlerinin etkisini hafifleterek veya benlik saygısını artırarak ruhsal açıdan iyi oluşluğu sağlar. Bu nedenle, önleme çalışmaları; risk faktörlerini ortadan kaldırmayı (örneğin gebelik sırasında sigara ve alkollü içecek tüketiminin durdurulması), etkilerini azaltmayı (örneğin, sosyal olarak dezavantajlı kadınlar için doğum öncesi yeterli bakım ve beslenme sağlayarak prematüre doğum sıklığının azaltılması) veya koruyucu faktörleri arttırmayı (örneğin, iyi bir okul ortamının ve sosyal beceri geliştirme olanaklarının sağlanması) hedeflemelidir ⁽¹⁴⁾.

Risk ve koruyucu faktörler çocuk veya ergenin gelişim aşamasına göre değişebilmektedir. Örneğin, aile erken çocukluk dönemlerinde daha etkili iken; ergenlik döneminde akran çevresinin ve çocuğun sosyalleşme alanı olan okulun ruh sağlığı üzerindeki etkisi daha fazladır ⁽¹⁴⁾. Koruyucu önlemlerin planlamasında çocuk ve ergenin bulunduğu gelişim dönemine özgü risk faktörleri kontrol altına alınırken koruyucu faktörleri destekleyen çalışmalar yapılmalı ve çocuk ve ergenin psikolojik sağlamlılığı geliştirilmelidir.

ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞINDA KORUYUCU ÖNLEMLER

Önleme girişimleri bilgi, beceri ve gerekli kaynakları aktararak toplum, aile ve bireyin “başa çıkma” kapasitesinin arttırılmasını (fiziksel, duygusal, sosyal, eğitsel, ekonomik ve kültürel) hedefleyen bir süreçtir ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Çocuk ve ergen ruh sağlığında koruyucu önlemler; bir bütün olarak ya da özellikle psikiyatrik bozukluğa sahip olma riski taşıyan gruplardaki genel veya belirlenmiş psikopatolojiyi ortadan kaldırmayı/azaltmayı veya iyileştirmeyi amaçlayan girişimler anlamına gelmektedir.

Ruh sağlığında koruyucu önlemler, psikiyatrik bir bozukluğun gelişim sürecine göre uygulanan girişimlere göre sınıflandırılabilir ⁽¹⁸⁾.

Birincil Koruyucu Önlemler; ruh sağlığını bozan, zorlayıcı nitelik taşıyan ya da zararlı olma potansiyeli gösteren sosyal koşullar hedef alınarak toplumda ruhsal bozuklukların ortaya çıkma oranını düşürme, ruhsal hastalıklara sebep olan sosyal koşulları ortaya çıkarma, tanıma, stres yaratıcı ve potansiyel olarak zararlı olan etyolojik sebepleri etkisiz hale getirmeyi ve bunlarla mücadele etmeyi, toplumu bu konuda uyarmayı ve eğitmeyi içerir ⁽¹⁸⁾.

İkincil Koruyucu Önlemler; ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile prevalansını, mortalite ve morbiditeyi düşürme çalışmalarıdır. Ortaya çıkan ruhsal sorunların erken teşhis ve tedavisini sağlamak esastır (krize müdahale, şiddet mağdurlarına psikososyal destek vb.) ⁽¹⁸⁾.

Üçüncül Koruyucu Önlemler; ruhsal hastalık tedavi edildikten ya da kronikleştikten sonra devam eden işlev bozukluklarını azaltma çalışmalarıdır. Bireyin işlevselliğini yeniden kazanmasını sağlamaya çalışan rehabilitasyon çalışmaları ile yürütülür ⁽¹⁸⁾.

IOM (Institute of Medicine-1996) koruyucu önlemlerle birlikte, önleme ile bakım arasındaki ruhsal bozukluklara yönelik tüm müdahale girişimlerini ortaya koyan sınıflandırma sisteminin gerekliliğinden yola çıkarak “**Ruhsal Bozukluklara Yönelik Ruh Sağlığı Girişimleri Spektrumu**” nu geliştirmiştir ⁽¹⁹⁾.

Bu sistemde; önlemeye yönelik üç bileşen (evrensel, seçici, belirlenmiş önleme), tedaviye yönelik iki bileşen (olgu tanılama ve standart tedavi) ve sağlığın sürdürülmesine yönelik iki bileşen (tedaviye uyum ve rehabilitasyon) tanımlanmıştır.

- Önlemeye yönelik üç bileşen;
 - Evrensel Önleme: belirli bir alandaki nüfusun tamamına önerilir (örneğin doğum öncesi bakım).
 - Seçici Önleme: belirli gruplara (örneğin ekonomik olarak dezavantajlı, tek ebeveynli çocuklar) veya stresli olay yaşayanlara (örneğin, okul değişimi ya da anne babanın boşanması) önerilir
 - Belirlenmiş Önleme: Suça sürüklenmiş çocuklar, ebeveyninde ruhsal hastalık olan çocuklar gibi yüksek riskli gruplara önerilir ⁽²⁰⁾.

Yaşamın erken dönemlerinde çocuk ruh sağlığı ile ilgili önleyici girişimlerin ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek sorunları çözmeye çalışmaktan daha etkili olduğu bilinmektedir ⁽²¹⁾. İlgili literatür incelendiğinde çocuk ve ergenlerde ruh sağlığının geliştirilmesi ile ilgili koruyucu önlemler dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar taramalar, ev ziyaretleri, ebeveyn eğitimleri ve okul tabanlı programlardır.

Tarama Programları

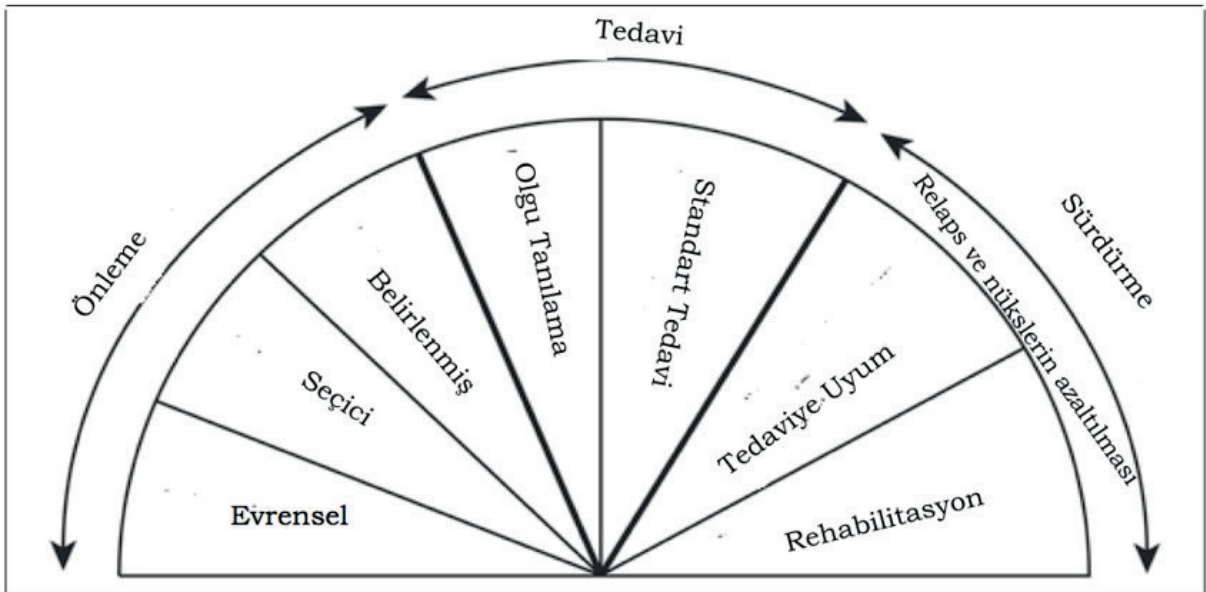
Tarama, duygusal ve davranışsal sorunları tanıyan ve erken bir aşamada yardım sağlayan müdahalenin ilk adımıdır ⁽¹⁴⁾. Taramaların risk grupları ve hastalıklı

bireyleri belirlemedeki önemi bilinmekle birlikte, konu ile ilgili yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan ve uygulanmaya başlayan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının amaçlarından biri çocuk ve ergenlerde psikososyal gelişimi destekleme programlarının sağlıklı çocuk izlem ve destek programlarına entegre edilmesidir ⁽²²⁾. Bu kapsamda 0-6 yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) programı içeriğinin sağlıklı çocuk izlem protokolleri kapsamına alınması hedeflenmiştir ⁽²²⁾. Hemşireler birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif olarak yer almaktadır. Özellikle riskli grupların ve sorun davranışların belirlenmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Literatürde, çocuk ve ergenlerde ruh sağlığı taramaları için sıklıkla kullanılan ölçüm araçları Tablo-2'de verilmiştir.

Ev Ziyareti (Gebelik Süresince- 2 Yaş)

Ebeveynler için ev ziyareti birçok ülkede kullanılan ve başlangıçta bebek ölüm oranını düşürmeyi amaçlayan evrensel genel sağlık hizmetinin bir şeklidir. İçerik, zaman ve amaç bakımından farklılık gösteren çeşitli programları kapsar.

İngiltere'de, hemşire-ev ziyareti programının 15 yıllık izlem randomize kontrollü çalışması yapılmıştır. Doğumdan önce başlayan ve bebek 2 yaşına gelene kadar süren ev ziyaretleri, risk altındaki ailelere (19 yaşından küçük anneler, evlenmemiş veya düşük sosyoekonomik düzey) uygulanmıştır. Programın



Şekil 1. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Ruh Sağlığı Girişimleri Spektrumu (IOM 1996)

Tablo 2. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Taramalarında Kullanılan Ölçüm Araçları

Ölçüm Aracı	Madde sayısı ve özellikleri	Uygulama yaşı	Psikometrik özellikleri
SDQ/GGA (Güçlüklükler ve Güçsüzlükler Anketi)⁽²³⁾ Çocuk ve ergenlerle davranışsal ve duygusal sorunları tanımlamaya yönelik kullanılan ölçek. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar	25 madde 4-16 yaş için ana-baba ve öğretmen formu 11-17 yaş için ergen formu	4-17 yaş	Türkçe versiyon iç tutarlık: Anne-baba: 0,84 Ergen:0,73
Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği-CDDÖ (Child Behavior Check-List – CBCL)⁽²⁴⁾ 4-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sorun davranışlarını (içe yönelim-dışa yönelim) değerlendirmek için geliştirilmiştir.	Ebeveyn/Öğretmen Formu (4-18 yaş): 118 madde Ebeveyn formu (1.5-5 yaş): 99 madde	1,5- 5 yaş 6-18 yaş	6-18 yaş Türkçe versiyon:0,66-0,92

çocuk ihmali ve aile içi şiddet prevalansını azalttığı belirlenmiştir. Program aynı zamanda, özellikle evden kaçmaya ve tutuklanmaya neden olan antisosyal davranış prevalansını da azaltmıştır ⁽²⁵⁾. Finlandiya’da yapılan hemşire-ev ziyaretlerinin 15 yıllık bir izlem çalışmasında ise, çocuk davranışı kontrol listesinde (CBCL) ölçülen psikiyatrik semptomlarda bir azalma olduğu bildirilmiştir ⁽²⁶⁾. Beş ülkede (Yunanistan, İngiltere, Finlandiya, Yugoslavya, Kıbrıs) ev ziyaretlerinin etkinliğini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada ise 2 yıl sonra, Finlandiya ve İngiltere’de anne-çocuk etkileşimi üzerinde olumlu bir etki gözlenmiştir ⁽²⁷⁾.

Durlak ve Wells (1997) 177 önleme çalışmasının bir derlemesinde, primipar annelere yapılan ev ziyaretlerinin ebeveynlik üzerine yüksek bir etki büyüklüğüne sahip olduğunu tespit etmiştir ⁽²⁸⁾. Önleme programlarının bir meta-analizinde ev ziyaretinin ebeveynlik üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve annede depresyon ve çocuktaki davranış sorunları tanı ve tedavisinin gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmiştir ⁽²⁹⁾.

Sonuç olarak; hemşirelerin özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındaki ev ziyaretleri sırasında verdikleri eğitimlerin uzun süreli olumlu sonuçları olduğu, doğumdan önce başlayıp iki yaşına dek süren ev ziyaretlerinin ebeveynlerin ebeveynlik becerilerini geliştirdiği, çocuklarda davranış sorunlarını azalttığı, bilişsel gelişimi arttırdığı ve doğum sonu depresyonu azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur ^(28,29).

Ebeveyn Eğitimi (2-5 Yaş)

Çocuğun bakımından sorumlu kişiler birçok fiziksel durumu kolaylıkla tanıyabilse de ruhsal bozukluklar çoğu zaman anlaşılabilir değildir. Ebeveynler çocuklarının gelişiminde birincil etkiye sahip olduklarından, ebeveynlik becerilerini güçlendirmek

için ebeveyn eğitiminin geliştirilmesine büyük önem verilmektedir. Ebeveynlik eğitimlerinin, ebeveynin güveninin artmasına, stresin azalmasına ve aile ilişkilerinin gelişmesine yol açtığı bilinmektedir ⁽³⁰⁾. Ebeveyn eğitim programları ebeveynleri bilgilendirmek ve çocuklarıyla daha yakın ilişkiler kurmayı teşvik etmek için tasarlanmış programlardır. Bu programlar genellikle haftalık aile veya grup oturumlarını içeren, davranışsal ya da ilişki temelli programlardır ⁽³¹⁾.

Anne- baba eğitimi konusunda sürdürülmekte olan çalışmalar, programların etkin olması için;

- Anne-babalığa ilişkin yeni becerilerin deneyimlenmesi,
- Anne-babaların, öğrendiği yeni becerileri evde çocuğu ile olan etkileşiminde uygulaması,
- Olumsuz davranışların belirlenmesi ve bunların yerine olumlu ilişkiler geliştirmek için yöntemlerin öğretilmesi,
- Anne-babalar arasındaki ilişki sorunlarının ele alınması,
- Eğitimin temel amacının risk faktörlerini azaltmaya, koruyucu faktörleri ise güçlendirmeye yönelik olması gerektiğini vurgulamaktadır ^(31,32).

Dünyada uygulanan ebeveyn programları incelendiğinde çeşitli nitelikte ve sayıda programların olduğu görülmektedir. Uygulanan ebeveyn programlarının en çok davranım bozukluğu olan ve yüksek düzeyde yıkıcı davranışlar sergileyen çocuklarda etkili olduklarına ilişkin kanıtlar elde edilmiş ve bu programların, suçun önlenmesinde, diğer yöntemlerden daha etkili olduğu belirtilmiştir ^(33,34). 26 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde ebeveyn eğitiminin, çocuk davranışlarının iyileştirilmesi ve ebeveynliğin gelişimi üzerine etkili olduğu belirtilmiştir ⁽³⁵⁾. Aile ortamındaki

sorunların, çocukları davranışsal ve duygusal açıdan etkilediği varsayımından yola çıkarak geliştirilen “Aile Değerlendirme-Family Check-up” programının çocuklarda dışsallaştırma ve içselleştirme problemlerinin önlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır⁽³⁶⁾.

Davranışsal temelli Üç P (Triple P-Positive Parenting Program) programı ve İnanılmaz Yıllar (Incredible Years) programı hemevrensel olarak uygulanması hem de hemşirelerin aktif olarak yürüttüğü programlar olması açısından önemlidir. Üç P programı, Avustralya⁽³⁷⁾ ve Almanya’da denenmiştir⁽³⁸⁾. Bu iki denemede, katılımcılar ebeveynlik becerilerinde gelişme, çocuktaki sorun davranışlarda ve aile stresinde azalma olduğunu belirtmişlerdir^(37,38). Düşük gelirli aileler için hedeflenmiş bir program olan Incredible Years ebeveyn eğitim programı sonuçlarına göre, çocuk davranış sorunlarının başlangıç şiddeti ile ilgili olarak çocuk davranışlarında iyileşme olduğu gözlenmiştir⁽³⁹⁾. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada bu program ile dışa dönük davranışları⁽³⁴⁾ ve karşıt gelme bozukluğu olan 4-7 yaş arasındaki çocuklarda içselleştirme sorunlarını azalttığı görülmüştür⁽⁴⁰⁾.

Ülkemizde ebeveyn eğitimi programları Anne Çocuk Eğitim Programı (AÇEP) ile başlamıştır. Program sonunda AÇEP Programına katılan annelerin çocukları zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim açısından programa katılmayan annelerin çocuklarından olumlu yönde daha farklı olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda annesi AÇEP eğitimi almış çocukların kişilik ve sosyal gelişim açısından daha az bağımlı, fiziksel ve sözel olarak daha az saldırgan oldukları görülmüştür⁽³²⁾. Bir başka ebeveyn eğitimi programı ise Gelişimsel Eğitim Programı (GEP)’dir. Halk Eğitim Merkezlerinde 0–2 ve 2–4 yaş çocukları olan annelere uygulanan programda annenin çocuğu ile birlikte oynayabileceği şekilde hazırlanan basit oyunlarla; anne çocuk etkileşiminin sağlanması, çocuğun gelişiminin desteklenmesi ve yaşadığı çevrenin, ev ortamının çocuğun gelişimine göre düzenlenmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda çocuğu ile birlikte oynayan annenin çocuğunu gözleyerek onu daha iyi tanınması da sağlanmaktadır⁽⁴¹⁾. Ülkemizde çoğunlukla okul öncesi dönemdeki sağlıklı çocuklara özgü var olan bu programlar yeterli sayıda değildir ve programlarda genellikle hemşireler yer almamaktadır⁽³²⁾.

Ulusal ruh sağlığı eylem planı çerçevesinde konu ile ilgili olarak topluma dayalı ebeveyn destek programlarının (MEB ana-baba okulu programları vb.) mevcut erken çocukluk programları ile entegre

biçimde çalışması için kurumlar arası iş birliğinin sağlanması hedeflenmiştir⁽²²⁾.

Okul Tabanlı Programlar 5-18 Yaş

Doğal bir ortam olan okul, önleyici programlar için özellikle uygun bir yer olabilir. Okulda, çocuklar ebeveynleri dışındaki yetişkinlerle karşılaşır. Dünya Sağlık Örgütü, okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporlarda okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu ekipte yer alması gereken kişiler ve hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyendir⁽⁴²⁾. Öğretmenler, psikolojik danışmanlar ve okul hemşireleri psikolojik sorunlarla karşı karşıya olan çocukları tanılamada kilit noktadadır.

Okul temelli önleme programlarının metaanalizinde, problem çözme ve duygu odaklı eğitim programlarının küçük çocuklarda (2-7 yaş) büyük çocuklara (7-11 yaş) kıyasla daha etkili olduğu belirtilmiştir⁽²⁸⁾. Davranışsal programların ise, orta düzeyde bir etki boyutuna sahip olduğu belirtilmiştir⁽²⁸⁾. Bilişsel davranışçı temelli girişimlerin madde bağımlılığı ve depresyon için etkili bir koruyucu program olduğu, sosyal beceri eğitiminin saldırganlık ve alkol kullanımını önlemede etkili olduğu belirtilmektedir⁽⁴³⁾.

Botvin ve ark. (1995), madde kötüye kullanımını önlemek amacıyla Yaşam Becerileri eğitiminin etkinliğini inceleyen çalışmalarında 6 yıllık izlemde müdahale grubunda madde kullanımının %44 daha az olduğunu belirtmişlerdir. Program, madde kullanımının etkileri ve akran baskısına direnmeye yönelik sosyal becerileri içermektedir⁽⁴⁴⁾.

Amerika’da uygulanan evrensel bir önleme programı ise “Okul Ruh Sağlığı” projesidir. Bu program okul ve toplum ruh sağlığı kurumları arasındaki iş birliği ile tanı, tedavi ve önleme politikalarını içermektedir. Ülkedeki tüm okulların, gelişmiş öğrenme ve davranışla ilişkili olan programı uyguladığı düşünülmektedir⁽⁴⁵⁾. Amerika’da yapılan bir başka araştırmada ise, saldırgan davranışları olan okul öncesi çocuklara sosyal beceri eğitimi, ebeveyn eğitimi ve öğretmen merkezli girişimleri içeren FastTrack programı uygulanmıştır ve üçüncü sınıfın sonunda, müdahale grubundaki çocukların %37’sinde davranış sorununun bulunmadığı, buna karşılık kontrol grubunda %27’lik bir artış olduğu belirtilmiştir⁽⁴⁶⁾. Önleme çalışmalarının bir meta-analizinde etkin koruyucu programların;

1. Çok bileşenli olması (aile, okul ve akran grubunu hedef alan),
2. Aktif sosyal beceri eğitimini içermesi,
3. Yeterli süre ve yoğunlukta olması,
4. Etiyolojik temelini olması ve
5. Güçlü ebeveyn-çocuk veya yetişkin-çocuk ilişkilerini teşvik etmesi⁽⁴⁷⁾ gerektiği vurgulanmıştır.

Ulusal ruh sağlığı eylem planı çerçevesinde konu ile ilgili olarak ergen risk davranışlarını azaltmaya yönelik programların geliştirilmesi için çalıştay düzenlenmesi ve okul çağı çocukları için okul ruh sağlığı programlarının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir⁽²²⁾.

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte "Okul Hemşiresi"nin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmakla birlikte okullarda nasıl istihdam edilecekleri net değildir. Bu alandaki ihtiyaç rehberlik ve psikolojik danışmanlarla karşılanmaktadır⁽⁴⁹⁾.

SONUÇ

Sonuç olarak 20. yüzyılda çocuk ergen ruh sağlığında önemli ilerlemeler yaşanmasına rağmen hala pek çok çocuk ve ergenin ruh sağlığı gereksinimleri karşılanamamaktadır. Çocukluk ve ergenlik çevresel faktörlerden etkilenen özel bir gelişim evresidir. Çocuk dönemi ve ergenlik döneminde yaşanan ruhsal sorunların yetişkinlikte de devam edebildiği ve üretkenliği azalttığı göz önüne alındığında, sorunların oluşmadan önlenmesi önemli ve gereklidir. Dünyada ve ülkemizde ÇERS hemşiresine gereksinim giderek artmaktadır. Bu alanda yetişmiş hemşireler riskli çocukların belirlenmesinde ve erken müdahaleler planlayarak, çocuk ve ergenin ruh sağlığının geliştirilmesinde önemli noktadır. Ülkemizde "Çocuk ve Adölesan Psikiyatri Hemşiresi" 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte psikiyatri hemşireliğinin alt dalı olarak kabul edilmiştir. Bu kapsamda "Çocuk ve Adölesan Psikiyatri Hemşiresi"nin görev yetki ve sorumlulukları "hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra" hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık olarak belirtilmiştir. Çocuk ve ergenin ruh sağlığında iyi kanıtlar sunan önleyici programların eğitim ve danışmanlık odaklı olduğu göz önüne alındığında bu alanda multidisipliner bir yaklaşım benimsenerek sağlık sistemi, okul ve aileler arasındaki işbirliğinin sağlanmasında ve geliştirilen

programların uygulanmasında hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: CHA, OU, SB; veri toplama: CHA ve OU; sonuçların analizi ve yorumlanması: CHA ve OU; araştırma metnini hazırlama: CHA, OU, SB. 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: CHA, OU and SB; data collection: CHA and OU; analysis and interpretation of results: CHA and OU; draft manuscript preparation CHA, OU and SB. 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. World Health Organization. The World health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope. World Health Organization, 2001.
2. Buldukoğlu K. Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Kavramsal Temelleri. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics 2015;1(2):1-7.
3. Yiğit R. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Sorunları. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics 2018;4(2):117-22.
4. Dawes A. Child and adolescent mental health. In: Foster D, Freeman M, Pillay Y, Eds. Mental Health Policy Issues for South Africa. Cape Town, Multimedia Publications;1997.
5. World Health Organization. Mental health Atlas 2017. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Ançel G. Türkiye'de Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı: Epidemiyoloji, Hizmet Sunumu ve Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics 2015;1(2):8-14.

7. US Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Rockville, 1999.
8. Sturm R, Ringel JS, Andreyeva T. Geographic disparities in children's mental health care. *Pediatrics* 2003;112(4):e308. [\[Crossref\]](#)
9. Fayyad JA, Jahshan CS, Karam EG. Systems development of child mental health services in developing countries. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2001;10(4): 745-62. [\[Crossref\]](#)
10. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. 1998. Ankara.
11. Karabekiroğlu K, Uslu R, Türkiye'nin 1-4 yaş ruh sağlığı profili. In 20.Ulusal Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı:128. 25-28 Nisan 2010 Bodrum, Türkiye,2010.
12. Demirkaya SK, Aksu H, Yılmaz N, Özgür BG, Eren E, Avcil SN. Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;16(1):4-8.
13. Nurcombe B. The principles of prevention in child and adolescent mental health. In: Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer M.L, Sartorius N, Okasha A, Eds. *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd; 2007: p-p:53-64.
14. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. World Health Organization, 2005.
15. Belfer ML, Remschmidt H, Nurcombe B, Okasha A, Sartorius N. A global programme for child and adolescent mental health: a challenge in the new millennium. In: Remschmidt H,
16. Nurcombe B, Belfer M.L, Sartorius N, Okasha A, Eds. *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd;2007. P.1-11.
17. Levav I, Jacobsson L, Tsiantis J, Kolaitis G, Ponizovsky A. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(6):395-01. [\[Crossref\]](#)
18. Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal 395 interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(7):686-94. [\[Crossref\]](#)
19. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York 1964. II" *Psychiatry and Public Policy*," *Am J Psychiatry* 1965;122(55-60):94. [\[Crossref\]](#)
20. Muñoz RF, Mrazek PJ, Haggerty RJ. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *Am Psychol* 1996;51(11):11-6. [\[Crossref\]](#)
21. Cho S.M, Shin Y.M. The promotion of mental health and the prevention of mental health problems in child and adolescent. *Korean J Pediatr* 2013;56(11): 459-64. [\[Crossref\]](#)
22. Hodder RK, Freund M, Bowman J, Wolfenden L, Campbell E, Wye P et al. A cluster randomised trial of a school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and illicit drug use in secondary school students: study protocol. *BMC Public Health* 2012;12(1):1009. [\[Crossref\]](#)
23. TC Sağlık Bakanlığı. "Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)." Ankara, TC Sağlık Bakanlığı 2011.
24. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler Ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2008; 15:65-74.
25. Erol N, Arslan LB, Akçakın M. The adaptation and standardization of the Child Behavior Check list among 6-18 year old Turkish Children. In:Sergeant J Ed. *European Approaches to hiperkinetic disorders*. Zurich: Fotorotor, Egg 1995:109-13.
26. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Jr MA, Smith E, Olds DL et al. Preventing child 415 abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *JAMA* 2000;284(11):1385-91. [\[Crossref\]](#)
27. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *J AmAcad Child AdolescPsychiatr* 1996;35(12):1665-72. [\[Crossref\]](#)
28. Puura K, Hilton D, Mantymaa M, Tamminen T, Roberts R, Dragonas T et al. The outcome 420 of the European early promotion project: Mother-Child interaction. *Int J Ment Health Promot* 2005;7(1):82-94. [\[Crossref\]](#)
29. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997;25:115-52. [\[Crossref\]](#)
30. Health Development Agency. Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. 2004.
31. Tyano S,Flaisman A. Public Awareness of Child and Adolescent Mental Health: A Review of Literature. In: Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer M.L, Sartorius N, Okasha A, Eds. *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd;2007. P.13-26.
32. Sanders MR, Bor W, Morawska A. Maintenance of Treatment Gains: A Comparison of 430 Enhanced, Standard, and Self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:983-98. [\[Crossref\]](#)
33. Arkan B, Üstün B. Ebeveyn eğitim programlarını değerlendirme rehberi. *Dokuzeylül Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 2010;3(2):102-7.
34. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P-Positive Parenting Program system approach, *Aggress Violent Behav* 2006; 11(2):176-93. [\[Crossref\]](#)

35. Bayer J, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, Macdonald M, Wake M. Growing the evidence base for early intervention for young children with social, emotional and/or behavioural problems, Department of Human Services. Victoria: A systematic review for Strategic Planning Branch. 2008.
36. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 1996;27(2):171-86. [\[Crossref\]](#)
37. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, Patton G. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental 445 health, and academic outcomes. *J Adolesc Health* 2007;40(4):357-e9. [\[Crossref\]](#)
38. Heinrichs N, Bertram H, Kuschel A, Hahlweg K . Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: Barriers to research and program participation. *Prev Sci* 2005;6(4):275-86. [\[Crossref\]](#)
39. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, Robertson D, Sanders MR. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prev Sci* 2005;6(4):287-304. [\[Crossref\]](#)
40. Reid JM, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the incredible years intervention for oppositional-defiant disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behav Ther* 2003; 34(4):471-91. [\[Crossref\]](#)
41. Herman KC, Borden LA, Reinke WM, Webster-Stratton C. The impact of the Incredible Years parent, child, and teacher training programs on children's cooccurring internalizing symptoms. *Sch Psychol Q* 2011;26(3):189-201. [\[Crossref\]](#)
42. Ömeroğluturan T. Halk eğitimi merkezlerinde uygulanan anne eğitimi kurslarına genel bir bakış. *Milli Eğitim Dergisi* 1999. 460
43. Sağlık bakanlığı Genelge. Okul Sağlığı Hizmetleri. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008, Sayı:B.10.0.TSH.0.12.00.06
44. Hoagwood K, Ervin HD. Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Children: A 10-Year Research Review. *J Child Fam Stud* 1997; 6(4):435-51. [\[Crossref\]](#)
45. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population. *JAMA* 1995;273(14):1106-12. [\[Crossref\]](#)
46. Weist MD, Albus KE. Expanded school mental health: Exploring program details and developing the research base. *Behav Modif* 2004;28(4):463-71. [\[Crossref\]](#)
47. Rones M, Hoagwood K. School-based mental health services: A research review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000;3(4):223-41. [\[Crossref\]](#)
48. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer K, Seybolt D, Morrissey-Kane E et al. What 470 works in prevention: Principles of effective prevention programs. *Am Psychol* 2003;58(6-7):449-56. [\[Crossref\]](#)
49. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Okul Sağlığı Hemşiresi: Görev Yetki ve Sorumlulukları, Hemşirelik Yönetmeliği. 19 Nisan 2011 salı Resmî Gazete Sayı: 27910

Doğum Ağrısında Masajın Etkisi: Sistematik Derleme

Effect of Massage on Labor Pain: A Systematic Review

Hülya Türkmen , Nazan Tuna Oran 

öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı doğum ağrısında masaj uygulamasının etkisine yönelik yapılan çalışmaların sonuçlarını sistematik olarak gözden geçirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2000-2017 tarihleri arasında yayınlanmış olan orijinal müdahale çalışmaları Pubmed, Science Direct, Cochrane Library, Wiley Online Library veri tabanlarında kontrol edilerek yürütülmüştür. Tarama doğum ağrısında masaj uygulamanın etkisi kapsamında yapılmış randomize kontrollü müdahale çalışmaları (RKÇ) ve randomize olmayan kontrollü müdahale çalışmaları incelenerek İngilizce dilinde "labor pain" ve "massage" anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaların çalışmaya dahil edilme ölçütleri PICO'ya (Population, Intervention, Comparison, Outcome) uygun olarak belirlenmiştir. Tarama da ilgili başlıklar ve özetler incelemeye alınmıştır (n=95). 2000-2017 tarihleri arasında yayınlanan çalışmalar (n=93) arasında başlık ve özetlere göre çalışma ile ilgili olmayan çalışmalar tespit edilmiştir (n=54). Müdahale araştırması olmayan (n=14) ve tam metne ulaşılamayan makalelerin (n=10) çıkarılması sonucunda değerlendirmeye 15 makale alınmıştır. Ancak 5 makalenin yinelenmediği saptanmış ve tarama sonucunda toplam 10 makaleye ulaşılmıştır.

Bulgular: İncelemeye alınan randomize ve randomize olmayan kontrollü müdahale çalışmaların örneklemi min.20-max.51 doğumun I. evresinde olan çoğunlukla primipar gebeler oluşturmaktadır. Sistematik inceleme sonucunda omuz, sırt, abdominal bölge, sakrum, el ve ayak gibi bölgelere yaklaşık 30 dakika masaj uygulamasının özellikle aktif fazda olmak üzere doğumun I. evresinde ağrı algısını azalttığı bulunmuştur.

Sonuç: Doğumun I. evresinde omuz, sırt, abdominal bölge, sakrum, el ve ayak gibi bölgelere masaj uygulanmasının doğum ağrısının azaltılmasında etkili olduğu, çalışmaların sonucunda bulunmuştur. Bu nedenle doğum eyleminde masaj uygulamasının ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında daha yaygın hale getirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum, doğum ağrısı, masaj, bakım

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to systematically review the findings of the studies conducted about the effect of massage on labor pain.

Material and Methods: The study was carried out by checking original intervention studies published between 2000-2017, on Pubmed, Science Direct, Cochrane Library, Wiley Online Library databases. The review was performed in English using the keywords, "labor pain" and "massage" by examining randomized controlled intervention studies (RCTs) and non-randomized controlled intervention studies conducted under the influence of massage application at labor. The inclusion criteria for the study were determined in accordance with the PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). Related topics and abstracts were also examined in the screening (n=95). Among the studies published between 2000 and 2017 (n=93), studies not related to the study were determined according to the title and summaries (n=54). Fifteen articles were received to evaluate of non-experimental research articles and unreachable full texts. However, 5 articles were found to have been repeated and a total of ten articles were found as a result of the search.

Results: Sampling of randomized and non-randomized controlled intervention studies in the review was min.20-max.51 and phase 1 of delivery are generally primiparous pregnancies. As a result of the systematic review, it was found that massage for 30 minutes to areas such as the shoulders, back, abdominal region, sacrum, hand and foot reduces the pain perception in the first stage of labor, particularly in the active stage.

Conclusion: It is found that massaging areas such as shoulders, back, abdominal areas, sacrum, hand and foot in the first stage of labor is effective in reducing the labor pain. For this reason, it is suggested that massaging in labor is made more widespread in health institutions in our country.

Keywords: Labor, labor pain, massage, care

Received/Geliş: 24.01.2019

Accepted/Kabul: 25.11.2019

Published Online: 27.08.2022

Cite as: Türkmen H, Tuna Oran N. Doğum ağrısında masajın etkisi: Sistematik derleme. Jaren. 2022;8(2):97-106.

Hülya Türkmen

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

✉ hulyayurter@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6187-9352

N. Tuna Oran 0000-0003-2103-6769

Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Ebelik Bölümü, İzmir, Türkiye

GİRİŞ

Doğum kadının hayatında çok özel bir yaşam olayı olmasına rağmen stresli bir durum olarak da yaşanabilmektedir⁽¹⁾. Kadınlar bu özel yaşam olayında ağrı, korku, tükenme ve diğer birçok duyguyu bir arada yaşayabilmektedir⁽²⁾. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Sınıflandırma Komitesi, ağrının sadece duyu reseptörleri ve duyu yollarındaki uyarılma ile ortaya çıkmadığını aynı zamanda psikolojik bileşenlerin de eşlik ettiğini belirtmektedir⁽³⁾. Yani kadınların geçmişteki ağrı deneyimleri ve baş etme becerileri, doğum ağrı algılarını etkileyebilmektedir⁽⁴⁾. Şiddetli ağrı, yorgunluk, korku ve olumsuz duygular doğum eylemi ilerledikçe maternal ve fetal sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olarak obstetrik sonuçları da kötüleştirebilmektedir^(1,5-7). Doğumda annelerin doğum ağrısından korkması ve endişe duyması nedeniyle kadınların sezaryen doğumu tercih etme oranları artış göstermektedir⁽²⁾. Türkiye’de bu nedenle sezaryen oranında artış meydana geldiği ve 2002 yılında sezaryen doğum oranı %21 iken 2015 yılında %53.1’e ulaştığı bilinmektedir⁽⁸⁾. Uterus kontraksiyonları ve servikal dilatasyon nedeni ile oluşan doğum ağrısı akut, keskin, kramp tarzında, yorucu ve artan şekilde görülmektedir. Doğum ağrısını hafifletebilmek için farmakolojik yöntemler kullanılabilir. Ancak bu yöntemlerin hergebeğe uygulanması yan etkileri açısından uygun değildir^(1,3). Bu nedenle farmakolojik olmayan yöntemler doğum eyleminde tercih edilebilir. Doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması annenin doğum eylemine aktif bir şekilde katılmasına ve böylelikle de anne memnuniyetinin artmasına yol açmaktadır⁽¹⁾. Doğum ağrısında çeşitli nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi olan masaj, rahatsızlıkların giderilmesi ve hafifletilmesi için yüzyıllardır kullanılan geleneksel bir nonfarmakolojik tedavi yöntemidir. Masaj, vücudun yumuşak dokularının sistematik olarak manipüle edilmesi olarak tanımlanmaktadır⁽⁹⁻¹⁷⁾. Masaj 100’ün üzerinde farklı yöntemle uygulanmaktadır⁽¹⁸⁾. Doğumda ağrı algısını azaltmak ve rahatlığı arttırmak amacıyla ebeler tarafından gebelere genellikle rutin olarak sırt ya da sakral masaj şeklinde uygulanmaktadır^(9-17,19). Eflöraj, petrisaj, friksiyon, tapotman ve vibrasyon tekniklerinin kullanıldığı İsveç masajı da doğum eyleminde güvenle kullanılmaktadır^(9,18,20). Brezilya da yapılan bir çalışmada (2015) 188 gebede doğum ağrısını azaltmak için doğumda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler incelenmiş ve %55.9’una elle masaj yapıldığı bildirilmiştir⁽²¹⁾.

Masajın zihni ve kasları rahatlattığı ve ağrı eşiğini arttırdığı ileri sürülmektedir^(20,22-24). Masajın ağrıyı azaltmadaki etki mekanizması kapı kontrol teorisi ile açıklanmaktadır. Bu teoriye göre masajla, derideki dokunma reseptörleri uyarılmakta ve uyarının beyne iletileceği spinal kord kapısı açılmaktadır. Spinal kord aracılığı ile beyne ulaşan uyarılar hoş bir duyu olarak algılanmakta ve genel bir rahatlama sağlamaktadır. Dokunma reseptörlerinin iletimi ağrı iletiminden daha hızlı olduğu için ağrı iletimi kapısının daralmasına yol açmaktadır. Böylece ağrının beyne iletimi azaltılarak, ağrı algısı azaltılmaktadır^(4,10,20,23-26). Masajın ağrıyı azaltmadaki bir diğer etkisi endorfin teorisi ile açıklanmaktadır. Bu teoriye göre deri üzerine yapılan mekanik uyarılar, beta endorfin düzeyini yükseltmekte ve bunun sonucunda da ağrının algılanması azalmakta ya da ortadan kalkmaktadır^(23,25,27). Ayrıca masaj uygulandığı bölgede kan dolaşımını da arttırmaktadır. Dolaşımın artması sonucunda bölgenin oksijenlenmesi artmakta ve laktik asit gibi iritan maddelerin bölgede toplanması azalmakta böylece ağrının hafiflediği belirtilmektedir. Bunun yanında duygusal temas nedeniyle genel iyi durum hissi tetiklenmekte ve ağrı algısı azalmaktadır^(9,10,13,18,20,22,25,27,28). Yapılan çalışmalarda masajın, analjezik ve anksiyolitik etkileri olan oksitosin salınımını uyardığı bildirilmektedir. Doğumda masaj uygulanması sonucunda artan oksitosin salınımının bir diğer etkisi ise etkili uterus kontraksiyonlarını sağlayarak doğumun süresini kısaltmasıdır^(9,28,29). Doğumda ağrı algısının azalması ve doğum süresinin kısalması sonucunda da obstetrik sonuçlar olumlu yönde gelişmektedir⁽¹¹⁾.

Doğum ağrısı obstetrik sonuçları olumsuz yönde etkileyebildiği için önemli bir problem olarak görülmektedir. Doğumda ağrı yaşama korkusu nedeniyle sezaryen oranları hem dünyada hem de ülkemizde artış göstermeye başlamıştır. Bu nedenle doğum ağrısının azaltılması açısından doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması önem kazanmıştır. Nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan masajın doğum ağrısında etkili olabilmesi için doğumun hangi evresinde, hangi bölgelere ve ne kadar süre uygulanması konusunda bir standart bulunmamaktadır. Bu nedenle bu derleme dünyada yapılan çalışmaların incelenmesi sonucunda ebelere bir kaynak oluşturacaktır. Bu çalışmanın amacı doğum ağrısında masaj uygulamasının etkisine yönelik yapılan çalışmaların sonuçlarını sistematik olarak gözden geçirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Stratejisi

Bu sistematiik derleme; Centre for Reviews and Dissemination (CRD) 2009 rehberi doğrultusunda yapılmıştır⁽³⁰⁾. Literatür taraması İngilizce olarak “doğum ağrısı (labor pain)” ve “masaj (massage)” anahtar kelimeleri kullanılarak Pubmed, Science Direct, Cochrane Library, Wiley Online Library veri tabanlarında yapılmıştır. Tarama Aralık 2017 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Dahil Edilme Ölçütleri

Yüksek dereceli kanıt düzeyine ulaşmak için araştırmaya 2000 ile 2017 tarihleri arasında yayınlanmış doğum ağrısında masaj uygulamanın etkisi kapsamında yapılmış randomize kontrollü müdahale çalışmaları (RKÇ) ve randomize olmayan kontrollü müdahale çalışmaları, uluslararası literatürde İngilizce olarak yazılmış, tam metin makaleler dahil edilmiştir. Diğer dahil edilme ölçütleri PICO'ya (Population, Intervention, Comparison, Outcome) uygun olarak belirlenmiştir. Buna göre;

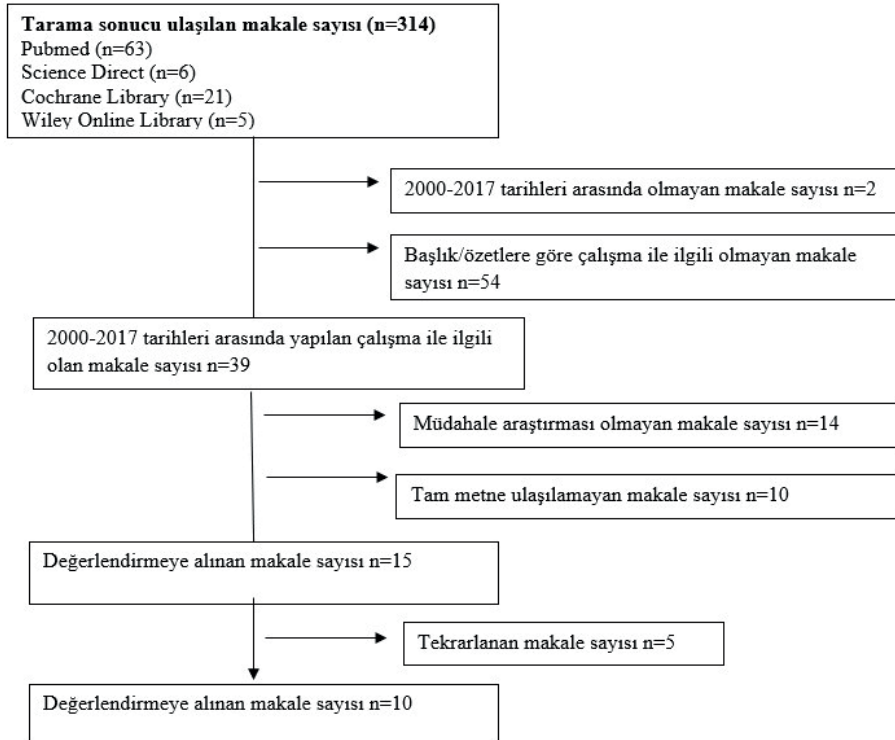
- Katılımcıların vaginal doğum yapan gebeler olduğu
- Müdahale olarak doğumda masaj girişiminin uygulandığı

- Girişimlerde masaj uygulaması ile standart bakımın kıyaslandığı
- Doğumda masaj girişiminin doğum ağrısına olan etkisinin değerlendirildiği çalışmalar sistematiik derlemeye alınmıştır.

İngilizce dışındaki dillerde yazılmış olan makaleler, derlemeler, olgu sunumları, tezler, nitel çalışmalar, kongre kitabında yayınlanan bildiriler, tam metnine ulaşılamayan makaleler çalışmanın dışlanma ölçütlerini oluşturmuştur. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun toplam on makale araştırma kapsamına alınmıştır (Şekil 1).

Makale Seçimi

Tarama ilk aşamada dört veri tabanında yürütülmüş ve “labor pain” ve “massage” anahtar kelimeleri kullanılarak elde edilen çalışmaların başlıkları ve özetleri bağımsız olarak çift kopya halinde incelemeye alınmıştır (n=95). 2000-2017 tarihleri arasında yayınlanan çalışmalar (n=93) arasında başlık ve özetlere göre doğum ağrısında masaj uygulamasının etkisini araştırmayan çalışmalar tespit edilmiştir (n=54). İncelemeye alınan 39 çalışmanın müdahale araştırması olma durumu incelenmiş ve müdahale araştırması olmayan (n=14) makaleler çıkarılmıştır. Daha sonra kalan 25 makalenin tam metinleri incelenmiştir. Tam metne ulaşılamayan makalelerin



Şekil 1. Dahil Edilen Araştırmaların Tarama Stratejisi

(n=10) çıkarılması sonucunda değerlendirmeye 15 makale alınmıştır. Ancak 5 makalenin yinlendiği saptanmış ve tarama sonucunda toplam 10 makaleye ulaşılmıştır. Dâhil edilen araştırmaların tarama stratejisi Şekil 1'deki gibidir.

Değerlendirme Yöntemi

Kalan 10 makale için çalışmaların kalitesi açısından çalışmanın türü, çalışmanın amacı, örneklem büyüklüğü ve özellikleri, müdahale yöntemi, müdahalenin etkinliğini değerlendiren ölçüm araçları, bulguların analizi, tartışma ve sonuç üzerinden genel bir değerlendirme yapılmıştır. Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunlardır;

- Çalışmanın amacı uygun biçimde verilmiş mi?
- Çalışmada örneklem sayısı yeterli mi?
- Çalışmanın gereç ve yöntemi konuya uygun mu?
- Çalışmada kullanılan ölçüm araçları geçerli ve güvenilir mi?
- Bulgular açıkça belirtilmiş mi?
- Bulgularda verilen önemli sonuçlar tartışılmış mı?
- Sonuçlar belirtilmiş mi?

BULGULAR

Bu çalışmada araştırma kriterlerine uygun olan on müdahale araştırma makalesi incelenmiştir. Makalelerin tamamı İngilizce olarak yazılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulgular "Çalışmanın Türü, Örneklem, Müdahale, Ölçüm Araçları ve Araştırma Bulguları" başlıkları altında gruplandırılarak sunulmuştur (Tablo 1).

Çalışmanın Türü

İnceleme kapsamına alınan çalışmaların 7'si RKC (1,31-36), 3'ü ise randomize olmayan kontrollü müdahale çalışmasıdır (Tablo 1)^(2,5,6).

Örneklem

Araştırmalar 2000 ve 2017 yılları arasında yapılmıştır. İncelemeye alınan araştırmaların örneklemini doğum eyleminin I. evresinde olan gebeler oluşturmaktadır. İncelemeye alınan araştırmaların örneklemini min. 20- max. 51 doğumun I. evresinde olan çoğunlukla primipar gebeler oluşturmaktadır.

Müdahaleler

Doğum eyleminde masaj uygulamasının algılanan doğum ağrısı üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda doğumun I. evresinde gebelerin omuz, sırt, abdominal bölge, sakrum, el

ve ayak bölgelerine masaj uygulaması 30 dakika yapılmıştır^(1,6,31,32,35,36). İki çalışmada gebelerin sadece alt sırt bölgesine 30 dakika masaj uygulanmıştır^(2,34). İki çalışmada müdahale grubuna farklı sürelerde sakrum, kalça, omuzlar, bel, ayak ve ele eflöraj şeklinde uygulanan İsveç masajı uygulanmış ve doğumun aktif fazında gebelerin ağrı skorları sorgulanmıştır^(5,33). Doğum ağrısında nefes teknikleri ve masajın doğum ağrısı üzerine olan etkisi amacıyla yapılan bir çalışmada nefes teknikleri ile birlikte alt ve üst sırt masajı uygulanmış ve gebelerin ağrı skorları sorgulanmıştır (Tablo 1)⁽³⁶⁾.

Çalışmalar masajın uygulandığı doğum fazı açısından incelendiğinde dört çalışmada doğumun aktif fazında^(1,6,32,35), bir çalışmada doğumun hem latent hem de aktif fazında masaj uygulaması yapılmış ve gebelerin ağrı skorları sorgulanmıştır (Tablo 1)⁽³¹⁾.

İncelenen iki çalışmada masaj uygulamasının ağrı üzerine olan etkisinin yanında anksiyete düzeyi üzerine olan etkisi de saptanmıştır (Tablo 1)^(1,31).

Ölçüm Araçları

İncelenen çalışmaların birinde ölçüm aracı olarak 0 ile 5 arasında ağrıyı bildiren skaladan oluşan kendi kendine bildirilen mevcut ağrı yoğunluğu ölçeği (PPI) kullanılmıştır. PPI skalası, 0-ağrı yok, 1-hafif ağrı, 2-orta dereceli ağrı, 3-rahatsız edici ağrı, 4-şiddetli ağrı, 5-dayanılmaz ağrı şeklinde değerlendirilmektedir⁽¹⁾. Diğer bir çalışmada ise mevcut davranış yoğunluğu ölçeği kullanılmıştır (PBI). PBI, ağrının mevcut bulgularının davranışsal belirtilerini değerlendirmek için kullanılan beş kategorili bir davranışsal gözlem ölçeğidir: Bu ölçek 0-normal solunum, 1-kontraksiyonlar sırasında solunum sıklığı veya volümünde değişiklik, 2-kontraksiyonların gevşemesi sırasında duran solunum zorluğu, 3-kontraksiyonlar arasında devam eden solunum zorluğu, 4-ajitasyon belirtileri şeklinde değerlendirilmektedir (Tablo 1)⁽³¹⁾.

İnceleme altına alınan üç çalışmada ağrı seviyesini belirlemek için McGill Ağrı Ölçeği'nin (SF-MPQ) kısa formu kullanılmıştır. SF-MPQ'nun ana bileşeni ağrının farklı yönleri ile ilgili bir dizi sorudan oluşmaktadır; 11 duyu, 4 duygusal olmak üzere 15 tanımlayıcıdan oluşmaktadır. SF-MPQ kendi kendine bildirilen mevcut ağrı yoğunluğu ölçeği (PPI) indeksini ve Visüel Analog Skala'yı (VAS) içermektedir. 1-12 arasında yer alan ifadeler ağrı deneyiminin duygusal (zonklama, şimşek çarpar gibi, sızlama, keskin, bıçak batır gibi, kramp tarzında, kemirici, acı verici, sıcak-yanma şeklinde, hassas, ezici, parçalayıcı) boyutunu temsil

Tablo 1. İncelemeye Alınan Araştırmaların Özellikleri

Çalışma	Çalışmanın türü/Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Araştırma Bulguları
Mortazavi ve ark. (2012)	RKÇ Primipar gebeler Müdahale n: 40 Kontrol n: 40 Birebir destek n:40	Doğum eyleminin 1. evresinde 3-4 cm (latent faz), 5-7 cm (aktif faz) ve 8-10 cm (geçiş fazı) servikal dilatasyonda 30 dakika gebelerin tercihine göre omuz, sırt, abdominal bölgeye eflöraj ve sakral bası uygulanmıştır (sakral bası n=25, omuz masajı n=3, eflöraj n=1, kombine masaj n=6). Masaj, birebir destek ve kontrol grubuna standart bakım verilmiştir. Müdahaleden 30 dakika sonra ağrı seviyeleri, anksiyete ve memnuniyet durumu sorgulanmıştır.	Ağrı: Kendi kendine bildirilen mevcut ağrı yoğunluğu ölçeği (PPI) Anksiyete: Visüal Analog Skala (VAS)	Masaj grubunun doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazındaki ağrı seviyeleri diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0.05). Aktif fazın süresi masaj grubunda 2.6 saat, birebir destek alan grupta 5.7 saat, kontrol grubunda ise 7.5 saat bulunmuştur (p<0.001). Masaj grubunda doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazında anksiyete durumu (p<0.001) kontrol grubundan düşük, memnuniyet düzeyi (p<0.05) ise yüksek bulunmuştur.
Chang ve ark. (2002)	RKÇ Primipar gebeler Müdahale n: 30 Kontrol n: 30	Müdahale grubuna latent fazda ve 3-4 cm servikal dilatasyon döneminde (latent faz) 30 dakika abdominal eflöraj sakral bası, omuz ve sırta friksiyon şeklinde masaj uygulanmıştır. Masaj uygulaması 5-7 cm (aktif faz) ve 8-10 cm (geçiş fazı) servikal dilatasyonun olduğu dönemde tekrar edilmiştir. Ağrı skorları her masaj uygulaması sonrasında (latent, aktif ve geçiş fazında) sorgulanmıştır. Kontrol grubuna ise sadece standart bakım verilmiştir.	Mevcut davranış yoğunluğu ölçeği (PBI) uygulanmıştır. Anksiyete: Visüal Analog Skala (VAS)	Araştırmanın sonucunda ağrı seviyesi Latent faz (Masaj: 0.73±0.52; Kontrol: 1.30±0.53; p=0.000), Aktif faz (Masaj: 1.73±0.45; Kontrol: 2.17±0.59; p=0.002) Geçiş fazı (Masaj: 2.17±0.53; Kontrol: 2.87±0.78; p=0.000) Masaj grubunun anksiyete durumu latent faz da kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (p=0.04)
Chang ve ark. (2006)	RKÇ Primipar gebeler Müdahale n: 30 Kontrol n: 30	Müdahale grubuna 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm servikal dilatasyonda 30 dakika sakral bölge ile birlikte baş, omuzlar/sırt, alt abdomen, el ve ayak bölgelerine masaj uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise sadece standart bakım verilmiştir. Ağrı skorları 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm servikal dilatasyonda sorgulanmıştır.	McGill Ağrı Ölçeği KısaFormu (SF-MPQ)	Masajın 3-4 cm ve 5-7 cm dilatasyonda ağrı algı düzeyini azalttığı, 8-10 cm dilatasyonda ise iki grup arasında ağrı açısından bir fark olmadığı bulunmuştur.
Karami ve ark. (2007)	Randomize Olmayan Kontrollü Müdahale çalışması Primipar gebeler Müdahale n: 30 Kontrol n: 30	Müdahale grubuna 4 cm'lik servikal dilatasyonda 30 dakika sakrum, kalça, omuzlar, bel, ayak ve ele eflöraj şeklinde İsveç masajı uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise sadece standart bakım verilmiştir. Doğum eyleminin 4 cm (Müdahale öncesi, müdahale sonrası) 8 ve 10 cm servikal dilatasyonda ağrı skorları ölçülmüştür.	Visüal Analog Skala (VAS)	Müdahaleden hemen sonra (4 cm) (p=0.009), 8 cm dilatasyon döneminde (p=0.014) ve 10 cm dilatasyonda (p=0.01) iki grup arasında ağrı skorları açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.
Janssen ve ark. (2012)	RKÇ Primipar gebeler Müdahale n: 37 Kontrol n: 40	Müdahale grubuna 5 saat İsveç masajı uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise sadece standart bakım verilmiştir. Ağrı skorları 3-4 cm, 5-6 cm ve 7-8 cm dilatasyonda toplam 3 kez ölçülmüştür.	McGill Mevcut Ağrı yoğunluğu Ölçeği	Masaj uygulanan grupta kontrol grubuna göre ağrı skorları düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. 3-4 cm (Masaj:13.3, kontrol: 16.9, p=0.82). 5-6 cm (Masaj:13.3, kontrol: 15.8, p=0.48). 7-8 cm (Masaj:19.4, kontrol: 28.3, p=0.28).

Tablo 1. Devamı

Çalışma	Çalışmanın türü/Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Araştırma Bulguları
Kamalifard ve ark. (2012)	Müdahale çalışması Primipar gebeler MI n:20 MII n:20 BI n:20 BII n:22	Doğumda masaj ve nefes tekniklerinin doğum ağrısına etkisini incelemişlerdir. Masaj I (MI): 4 ve 8 cm dilatasyonda olan 20 primipar gebeye epigastrik, femur, sakrum, omuz ve ayak bölgesine 30 dakika masaj uygulamışlardır. MII: 6 ve 10 cm dilatasyonda olan 20 primipar gebeye epigastrik, femur, sakrum, omuz ve ayak bölgesine 30 dakika masaj uygulamışlardır. Nefes teknikleri BI: 4 ve 8 cm dilatasyonda olan 20 primipar gebeye, BII ise 6 ve 10 cm dilatasyonda olan 22 primipar gebeye nefes teknikleri (30 dakika) uygulanmıştır. (Masaj uygulama ve nefes teknikleri uygulanan gebelerin 4, 8, 6 ve 10 cm servikal dilatasyon olduğu dönemlerde ağrı seviyeleri belirlenmiştir. Her bir ağrı ölçümünde müdahale edilen gruplar o servikal dilatasyonda müdahale edilmeyen grupların kontrolü olduğu düşünülerek ağrı seviyeleri kıyaslanmıştır) Ağrı seviyeleri dilatasyonun belirlenmesinden 30 dakika sonra ölçülmüştür.	Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (NRS)	Yapılan çalışmanın sonucunda 4 (p=0.045) ve 6 cm (p=0.014) dilatasyonda uygulanan masajın ağrı skorlarını azalttığı bulunmuştur.
Gallo ve ark. (2013)	RKÇ Primipar gebeler Müdahale n: 23 Kontrol n: 23	Doğumun aktif fazında (4-5 cm servikal dilatasyonda) müdahale grubuna masaj (T10-S4; hipogastrik pleksus yolu ve pudendal sinir) (Frikasyon, yoğurma ve sakral basınç şeklinde uygulanmıştır) uterin kontraksiyonlar süresince 30 dakika uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise sadece standart bakım vermişlerdir. Müdahale öncesi ve hemen sonrasında gebelerin ağrı skorları sorgulanmıştır.	Visüel Analog Skala (VAS) McGill Mevcut Ağrı Yoğunluğu Ölçeği	Müdahale sonrası ağrı skorları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Müdahale sonrası VAS: müdahale 52mm, kontrol 72mm (p<0.05).
Taghinejad ve ark. (2010)	RKÇ Primipar gebeler Masaj terapi n: 51 Müzik terapi n: 50	Doğumda 3-4 cm servikal dilatasyonda masaj grubuna 30 dakika abdomen, omuzlar, sırt ve pubik bölgeye masaj uygulanmıştır. Müzik terapi grubuna ise 3-4 cm servikal dilatasyonda 30 dakika boyunca sözleri olmayan, yumuşak, geleneksel tipte müzik dinletilmiştir.	Visüel Analog Skala (VAS)	Masaj uygulaması yapılan grubun ağrı düzeyleri müdahale sonrasında müzik terapisi yapılan gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur Müdahale sonrası ağrı Masaj: 3.47±0.879; Müzik: 4.1±1.05 (p=0.009). Ayrıca her iki grupta müdahale öncesine göre müdahale sonrasında ağrı skorlarında azalma yaşandığı bildirilmiştir (p=0.01).

Tablo 1. Devamı

Çalışma	Çalışmanın türü/Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Araştırma Bulguları
Yıldırım ve Sahin (2004)	RKÇ Primipar gebeler Müdahale n: 20 Kontrol n: 20	Doğumun latent fazında yavaş, derin solunum teknikleri, doğumun aktif fazında ise göğüs solunumu teknikleri uygulandı. Doğumun II. evresinde abdominal üfleli solunum tekniği uygulandı. Solunum tekniklerinin yanında hemşire tarafından gebe kadınlara alt ve üst sırt masajı uygulandı. Ayrıca gebelere abdominal bölgelerine parmaklarını kullanarak yumuşak masaj yapmaları söylendi. Kontrol grubuna ise sadece standart bakım vermişlerdir. 2,4,6,8,10 cm servikal dilatasyonda ağrı skorları sorgulanmıştır.	Visüel Analog Skala (VAS)	2,4,6,8,10 cm servikal dilatasyonda ağrı skorları müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. 2 cm: Müdahale:1.75±0.71, Kontrol: 3±1.48 (p=0.002). 4 cm: Müdahale:3.75±1.20, Kontrol: 6.35±1.42 (p=0.000). 6 cm: Müdahale:5.80±1.15, Kontrol: 8.35±1.08 (p=0.000). 8 cm: Müdahale:7.85±1.22, Kontrol: 9.55±0.51 (p=0.000). 10 cm: Müdahale:9.15±0.93, Kontrol: 10.00±0.00 (p=0.001).
Erdoğan ve ark. (2017)	Randomize Olmayan Kontrollü Müdahale çalışması Primipar ve multipar gebeler Müdahale n: 31 Kontrol n: 31	Doğum eyleminde 3-4 cm servikal dilatasyonda (latent faz), 5-7cm servikal dilatasyonda (aktif faz) ve 8-10 cm servikal dilatasyonda (geçiş fazında) alt sırt bölgesine 30 dakika masaj uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise sadece standart bakım vermişlerdir. Ağrı seviyesi her fazda masaj uygulamasından sonra sorgulanmıştır.	Visüel Analog Skala (VAS)	Latent fazda VAS skoru Masaj grubu:5.2 ± 0.9, Kontrol grubu: 7.3 ± 1.3 (p= 0.000) Aktif fazda VAS skoru Masaj grubu: 6.6 ± 1.6, Kontrol grubu: 8.8 ± 1.0 (p =0.000) Geçiş fazında VAS skoru Masaj grubu: 6.7 ± 2.7, Kontrol grubu: 9.2 ± 2.4 (p =0.000)

etmektedir. 13-16 arasında yer alan ifadeler ise ağrı deneyiminin duygusal boyutunu (yorucu, berbat, korkunç, cezalandırıcı) temsil etmektedir (Tablo 1) (32-34).

İncelenen dört araştırmada ağrı seviyelerini belirlemek için 10 cm çizgi şeklinde olan VAS kullanılmıştır. Skalada, çizginin sağ ve sol uçları sırasıyla 0-ağrısız ve 10-en şiddetli ağrı olarak belirtilmektedir (2,5,35,36). Bir çalışmada ise hem VAS hem de McGill Mevcut Ağrı Yoğunluğu Ölçeği kullanılmıştır (34). Bir diğer çalışmada ağrı seviyelerini belirlemek için 0 (ağrı yok)-10 (şiddetli ağrı) şeklinde olan Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (NRS) kullanılmıştır (Tablo 1) (6).

Araştırma Bulguları

Bu sistematiik derlemeye dâhil edilen araştırmalarda, doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarında baş, omuz, sırt, abdomen, sakrum, kalça, el ve ayaklar gibi bölgelere yaklaşık 30 dakika uygulanan masajın ağrı algısını azalttığı görülmüştür (Tablo 1) (1,2,5,6,31,34-36).

İncelenen araştırmalarda doğum ağrısının yanı sıra masajın anksiyete üzerine etkisini inceleyen

çalışmalarda masaj uygulamasının doğumun latent, aktif ve geçiş fazında anksiyete seviyesini azalttığını saptamışlardır (1,31). Ayrıca incelenen çalışmalarda masaj uygulamasının doğumun aktif fazının süresini kısalttığını ve gebelerin memnuniyet düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Tablo 1) (1).

TARTIŞMA

Doğumda ağrının giderilmesine yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar, aktif mekanizmaya bağlı olarak annelere ve bebeklerine önemli yararlar sağlayabilmektedir. Bu nonfarmakolojik yöntemlerin etkili bir şekilde kullanılması doğumun hoş bir deneyim olarak yaşanmasına olanak sunabilmektedir. Doğum eyleminde nonfarmakolojik tedavilerin artan kullanımına rağmen, doğumda ağrı yönetimi için bu tedavilerin birçoğunun etkinliğini değerlendirmek için iyi tasarlanmış deneysel çalışmalar yetersizdir. Bu yöntemlerden bir tanesi olan doğum ağrısında masaj uygulamasının etkisi birkaç müdahale çalışmasında test edilmiş ve kanıtlanmıştır. İncelemeye dâhil edilen on çalışmadan elde edilen bulgular doğumda masaj uygulamasının ağrı algısını azaltmada fayda

sağladığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda doğum eyleminin I. evresinde alt abdomen, baş, omuzlar, sırt, femur, kalça, el, ayak ve sakrum bölgesine masaj uygulaması şeklinde müdahaleler yapılmıştır. İncelenen araştırmalarda masaj uygulamasının hiçbir yan etkisine rastlanmamıştır. İncelenen araştırmalarda doğum eyleminin I. evresinde masaj uygulamasının doğum ağrısı üzerinde azaltıcı etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır (1,2,5,6,31-36). Kadınlar, doğum esnasında yoğun ağrı hissedebilirler. Doğumda artan ağrı hissi maternal kaygı ve obstetrik müdahale riskini arttırabilir (1,5-7). Bulgularımız doğumda masaj uygulamasının ağrının hafifletilmesi sonucunda ağrının neden olabileceği olumsuz obstetrik sorunların önüne geçerek tıbbi müdahalelerin azaltılmasına katkıda bulunabileceğini ve bu nedenle intrapartum bakımında önemli bir yer oluşturduğunu göstermiştir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da doğumda masaj uygulamasının etkili olduğu bildirilmektedir. Tzeng ve Su'nun (2008) Tayvan'da çeşitli nonfarmakolojik ağrıyı giderme yöntemlerini (Masaj, pozisyon değişikliği, sıcak uygulama, relaksasyon ve nefes teknikleri) uyguladıkları çalışmada doğumda alt sırt bölgesinin ağrısında masaj uygulamasının kadınların %65.3'ünde etkili olduğunu bildirmişlerdir (37). Brown ve ark. (2001) çeşitli nonfarmakolojik ağrıyı giderme yöntemlerini (Nefes teknikleri, relaksasyon teknikleri, akupressure, masaj, müzik, hidroterapi, sıcak/soğuk uygulamalar, imajinasyon) uyguladıkları çalışmada masaj uygulanan gebelerin %36'sının doğum ağrısının azaldığını açıklamışlardır (38). Simkin ve O'Hara (2002) nonfarmakolojik yöntemler konusunda yayınladıkları sistematik derlemede doğumda masaj uygulamasının özellikle sakral bölgedeki doğum ağrısı ile baş etmeyi arttırdığını açıklamışlardır (11). Field ve ark. (1997) yaptıkları randomize kontrollü müdahale çalışmasında, 3-5 cm servikal dilatasyonda baş, omuzlar/sırt, sakrum, el ve ayak masajının doğum ağrısını azalttığını bildirmişlerdir (39). Refleksoloji, masaj ve diğer manuel uygulamaların doğum ağrısına etkisi ile ilgili yapılan bir Cochrane Collaboration Review tarafından yapılan beş çalışmanın bir meta-analizi yapılmıştır (n=326). Çalışma sonucunda doğum eyleminin I. evresinde masaj uygulanan gruplarda ağrı düzeyleri düşük bulunmuştur (40). Gayeski ve ark. (2015) doğumda elle uygulanan masajdan gebelerin %58.1'inin memnun kaldığını belirtmişlerdir (21). Literatür masaj uygulamasının doğum ağrı algısını azaltıcı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Değerlendirmeye alınan tüm çalışmaların sonucunda masajın doğum ağrı algısını azaltıcı etkisinin olduğu görülmektedir. Tüm bu incelemeler sonucunda doğumun I. evresinde baş, omuz, sırt, abdomen, sakrum, kalça, el ve ayaklar gibi bölgelere yaklaşık 30 dakika masaj uygulanması hissedilen ağrı algısının azaltılmasında etkili olmaktadır. Rahatlatıcı, gevşetici ve ağrıyı azaltıcı etkisi bulunan masaj anne ve fetüs sağlığı üzerine olumsuz bir yan etkisi olmayan yararlı bir uygulamadır. Masajın doğum eyleminde uygulanması sonucunda toplum tarafından korkulu bir yaşam olayı olarak düşünülen doğumun hoş bir deneyim olarak hatırlanması sağlanabilecektir. Bu nedenle doğum eyleminde masaj uygulamasının ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında daha yaygın hale getirilmesi çalışma sonucunda önerilmektedir. Bu amaçla doğum eyleminde aktif rolleri bulunan ebeler masaj uygulaması konusunda eğitilmelidir. Bu sistematik derleme ebelere doğum ağrısı yönetiminde bir kaynak oluşturacaktır.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: HT ve NTO; veri toplama: HT ve NTO; sonuçların analizi ve yorumlanması: HT ve NTO; araştırma metnini hazırlama: HT ve NTO. 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: HT and NTO; data collection: HT and NTO; analysis and interpretation of results: HT and NTO; draft manuscript preparation HT and NTO. 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. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Rahimpour SFV. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2012;286:19-23. [\[Crossref\]](#)
2. Erdogan SU, Yanikkerem E, Goker A. Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2017;28:169-75. [\[Crossref\]](#)
3. The International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy Pain Terminology, www.iasp-pain.org. (Erişim Tarihi: 16.12.2017).
4. Trout KK. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 2004;49(6):482-8. [\[Crossref\]](#)
5. Karami NK, Safarzadeh A, Fathizadeh N. Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2007;12(1): 6-9.
6. Kamalifard M, Shahnazi M, Melli MS, Allahverdizadeh S, Toraby S, Ghahvechi A. The efficacy of massage therapy and breathing techniques on pain intensity and physiological responses to labor pain. *Journal of Caring Sciences*, 2012;1(2):73-8.
7. Gönenç İM, Terzioğlu F. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;1(3):129-43. [\[Crossref\]](#)
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara 2016. ISBN: 978-975-590-627-0.
9. Kömürçü N, Ergin AB, Çalışkan E, Buckley SJ, Çalık KY, Çoker H ve ark.. Doğum ağrısının kontrolünde non-farmakolojik yöntemler. Kömürçü N editör. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*.2. Baskı. Nobel tıp kitabevleri. İstanbul, 2014: s.64-76. ISBN: 978-605-335-001-9.
10. Mucuk S, Başer M. Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009;12(3):61-6.
11. Simkin PP, O'Hara MA. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 2002;186(5):131-59. [\[Crossref\]](#)
12. Wee M. Alternative pain relief techniques. *Women's Health Medicine* 2005;2(4):21-4. [\[Crossref\]](#)
13. Simkin, P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 2004;49(6):489-504. [\[Crossref\]](#)
14. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005;8:124-30.
15. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: A systematic review. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 2004;191:36-44. [\[Crossref\]](#)
16. Arendt KW, Tessmer-Tuck JA. Nonpharmacologic labor analgesia. *Clinics in Perinatology*, 2013;40:351-71. [\[Crossref\]](#)
17. Habanananda T. Non-pharmacological pain relief in labour. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 2004;87(3):194-202.
18. Demir Y. Non-pharmacological therapies in pain management. *Pain management-Current Issues and Opinions*. Racz G. editor. 2012: p.485-502. ISBN 978-953-307-813-7.
19. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003;7:14-20.
20. Yavuz M. Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, Ağrı Doğası ve Kontrolü, Aslan F.E editör. *Avrupa Tıp Kitapçılık LTD.ŞTİ*, 1. Basım, 2006;s.136-47. ISBN: 975-6257-17-2.
21. Gayeski ME, Bruggemann OM, Monticelli M, Atherino dos Santos EK. Application of nonpharmacologic methods to relieve pain during labor: the point of view of primiparous women. *Pain Management Nursing*, 2015;16(3):273-84. [\[Crossref\]](#)
22. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010; 4. Art. No.: CD003521. [\[Crossref\]](#)
23. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Tıp Bülteni*, 2010; 44(3):137-44.
24. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010;3:93-8.
25. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011:83-92.
26. Field, T. Pregnancy and labor massage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2010;5(2):177-81. [\[Crossref\]](#)
27. Rathfisch G. Doğuma yön veren rehber: ağrı, doğal doğum felsefesi. *Nobel Tıp Kitabevleri*, 2012; s.91-117.
28. Bolbol- Haghghi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2016;10(4):12-5. [\[Crossref\]](#)
29. Abasi Z, Abedian Z. The effect of massage on the duration of first stage of labor. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2009;107:393-6. [\[Crossref\]](#)
30. Centre for Reviews and Dissemination. Guidance for undertaking reviews in health care. University of York. 2009. ISBN 978-1-900640-47-3.

31. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 2002;38(1):68-73. [\[Crossref\]](#)
32. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Nursing Research*, 2006;14:190-97. [PubMed: 16967401]. [\[Crossref\]](#)
33. Janssen P, Shroff F, Jaspar P. Massage therapy and labor outcomes: a randomized controlled trial. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 2012;5(4):15-20. [\[Crossref\]](#)
34. Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G et. al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2013;59:109-16. [\[Crossref\]](#)
35. Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Journal of Women's Health*, 2010;6(3):377-81. [\[Crossref\]](#)
36. Yildirim G, Sahin NH. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Research and Management*, 2004;9(4):183-7. [\[Crossref\]](#)
37. Tzeng Y, Su T. Low back pain during labour and related factors. *Journal of Nursing Research*, 2008;16(3):231-40. [\[Crossref\]](#)
38. Brown ST, Douglas C, Flood LP. Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *Journal of Perinatal Education*, 2001;10(3):1-8. [\[Crossref\]](#)
39. Field T, Hernandez-Reif M, Taylor S, Quintino O, Burman I. Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1997;18:286-91. [\[Crossref\]](#)
40. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour (review). *Cochrane Library*, 2012;2:1-43. [\[Crossref\]](#)

Metastatik Kolorektal Kanseri Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Postoperative Nursing Care Patient With Metastatic Colorectal Cancer: Case Report

Zeynep Kızılıcak Özkan , Bülent Ünal 

öz

Bu çalışmada amaç metastatik kolorektal kanser nedeniyle eş zamanlı anterior rezeksiyon, sağ hepatektomi ve kolesistektomi yapılan bir hastanın Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre NANDA - I Taksonomi II sınıflama sistemini uygulayarak ameliyat sonrası hemşirelik bakımını sunmaktır. Çalışma Temmuz 2018 - Ekim 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi. Hastaya etkisiz sağlık bakımı, bulantı, dengesiz beslenme; beden gereksiniminden az, bozulmuş gastrointestinal motilite işlevi, aktivite intoleransı riski, etkisiz solunum örüntüsü, banyo yapmada öz bakım eksikliği, uyku örüntüsünde bozulma olmak üzere sekiz hemşirelik tanısı koyuldu. Uygun hemşirelik girişimleri uygulandı ve bakımın sonuçları değerlendirildi. Sonuç olarak Gordon'un FSÖ modeli ve NANDA'nın hemşirelik tanılama sistemi baz alınarak uygulanan hemşirelik bakımının postoperatif derlenmeyi hızlandırdığı gözlemlendi.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakımı, metastatik kolorektal kanser, postoperatif dönem, eş zamanlı rezeksiyon, Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli

ABSTRACT

The aim of this study was to present postoperative nursing care according to the Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model, applying the Nursing Diagnosis NANDA - I Taxonomy II classification system in a patient who underwent simultaneous anterior resection, right hepatectomy and cholecystectomy for metastatic colorectal cancer. The study was conducted in a university hospital between July 2018 and October 2018. The patient was diagnosed as eight nursing diagnoses ineffective health maintenance, nausea, imbalanced nutrition: less than body requirements, dysfunctional gastrointestinal motility, risk for activity intolerance, ineffective breathing pattern, bathing self-care deficit, disturbed sleep pattern. Appropriate nursing interventions were performed and the results of the care were evaluated. As a result, it was observed that the nursing care applied based on Gordon's FSP model and NANDA's nursing diagnostic system accelerated postoperative recovery.

Keywords: Nursing care, metastatic colorectal cancer, postoperative period, simultaneous resection, Model of Marjory Gordon's Functional Health Patterns

Received/Geliş: 05.02.2019
Accepted/Kabul: 24.09.2019
Published Online: 15.06.2022

Cite as: Kızılıcak Özkan Z, Ünal B. Metastatik kolorektal kanseri olan hastanın ameliyat sonrası hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Jaren. 2022;8(2):107-113.

Zeynep Kızılıcak Özkan

Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Edirne,
Türkiye

✉ zeynepkizilicak26@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-1892-241X

B. Ünal 0000-0003-2538-7961

İstanbul Aydın Üniversitesi VM Medical
Park Florya Hastanesi, Genel Cerrahi
Ana Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

GİRİŞ

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer- IARC) 2018 yılı raporunda küresel boyutta en sık (%10,2) gözlenen ve en çok kansere bağlı ölüme (%9,2) neden olan kanserler içerisinde kolorektal kanserlerin üçüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir ⁽¹⁾. Ülkemizde 2015 yılı kanser verilerine göre kolorektal kanserler kadınlarda yüz bin kişide 14,4 insidansla, erkeklerde yüz bin kişide 23,1 insidansla en sık karşılaşılan kanserler arasında ilk üçte yer almaktadır ⁽²⁾. Kolorektal kanser en sık karaciğer olmak üzere akciğer, periton, beyin, uzak lenf nodları ve diğer organlara (adrenal bez, dalak vb.) metastaz yapmaktadır ⁽³⁾. Kolorektal kanserin ve metastazlarının primer tedavisi cerrahidir ve cerrahi tedavi yaşam süresini uzatmaktadır ⁽⁴⁾. Karaciğer metastazlarının uygun hastalarda sistemik/kısmi hepatektomi ile küratif rezeksiyonu yapılabilmektedir ⁽⁵⁾. Eş zamanlı cerrahi rezeksiyonlar düşük morbidite ve mortalite oranları ile seçilmiş hastalarda yaşam süresini arttıran güvenli bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir ^(6,7).

Kolorektal kanser tanısı koyulan hastalarının tedavi ve bakımını cerrah, girişimsel radyoloji, medikal ve radyasyon onkolojisi uzmanları, hemşire (uzman klinik hemşiresi ve palyatif bakım hemşiresi vb.), ekip koordinatörü gibi birçok sağlık profesyonelinin içeren multidisipliner ekibin üstlenmesi kanıt düzeyi C olarak önerilmektedir ^(8,9). Hemşireler, hemşirelik bakımını organize edip sistemik hale dönüştürerek hastanın sorunlarını tanılamakta ve sağlığının geliştirilmesinde gerçekçi hemşirelik girişimlerini sunmaktadırlar ⁽¹⁰⁾. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü (FSÖ) modeli hastaya ait verilerin sistematik şekilde toplanması ve gruplandırılmasında standardizasyon sağlamaktadır ⁽¹¹⁾. Bu hemşirelik modeli ile birey 11 fonksiyonel kategoride biyopsikososyal olarak bütüncül olarak değerlendirilmektedir ⁽¹²⁾.

Bu çalışmada amaç metastatik kolorektal kanseri (mKRK) nedeniyle eşzamanlı anterior rezeksiyon, sağ hepatektomi ve kolesistektomi yapılan bir hastanın ameliyat sonrası NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association- International) Taksonomisi II sınıflama sistemine göre hemşirelik bakımını sunmaktır.

OLGU SUNUMU

Altmış bir yaşında evli olan kadın hasta, ev hanımıdır. Sigara/alkol kullanımı bulunmamaktadır. Geçirilmiş ameliyatları sağ kol fraktür redüksiyonu, tüp ligasyonu ve apendektomidir. Hasta rutinde 5 yıldır Metoprolol Suksinat 50 mg 1*1 ve Lansoprazol 30 mg 1*1 kullanmaktadır. Yaşam bulguları normal (Kan basıncı: 110/70mmHg, Nabız: 84atım/dk ve vücut sıcaklığı: 36.4°C), ASA skoru 2'dir.

Hasta 3 ay önce halsizlik, kilo kaybı (~10 kg), midede yanma, konstipasyon şikayetleri ile dış merkezde gastroenteroloji polikliniğine başvurmuştur. Hemogloblin ve Hematokrit değerinde düşüklük (11g/dl Referans aralığı: 12-15 ve 33,8% Referans aralığı: 34,8-45,0) ve tümör marker değerlerinde yükseklik (CEA: 638,1 ng/ml; Ca 19-9: 219,81 U/ml; Ca 15-3: 32,67 U/ml; Ca 125: 22,9 U/ml ve AFP: 6,925 ng/ml) saptanmıştır. Yapılan endoskopik (Temmuz 2018) ve radyolojik tetkiklerin sonucunda kolonda sigmoid fleksura düzeyinde 4,5 cm'lik bir segmentte 2 cm'e varan kitle lezyonu ve karaciğer sağ lob 8. segmentte 8 cm çapında metastatik lezyon saptanmış ve hastaya mKRK tanısı koyulmuştur. Hasta tedavi amacı ile üniversite hastanesi cerrahi onkoloji bölümüne yönlendirilmiştir. Hastaya Ağustos 2018'de cerrahi öncesi rezidü karaciğer rezervini yeterli hale getirmek amacı ile perkütan portal ven embolizasyonu uygulanmıştır. Hastanın Eylül 2018'de ameliyat için genel cerrahi servisine yatışı yapılmıştır. Hastaya genel anestezi altında low anterior rezeksiyon, sağ hepatektomi ve kolesistektomi yapılmıştır. Postoperatif 0. ve 1. günde cerrahi yoğun bakım ünitesinde izlenen hastada foley sonda, santral venöz katater ve 2 adet dren bulunmaktadır. Nazogastrik tüpün 1.günde çekilmesinin ardından rejim I ile oral alıma başlanmıştır. Hasta postoperatif 2.gün servise çıkarılmış ve ilk mobilizasyonu aynı gün oda içinde gerçekleşmiştir.

Hastaya rutin ilaçlarına ek olarak Ornidazol 500 mg 2*1, İmipenem Silastatin Sodyum 500 mg 4*1, Asetilsistein 300 mg 3*1, Parasetamol 100 mg 3*1, Tramadol Hcl 100 ml (lüzum hali) intravenöz (IV) olarak, Enoksaparin Sodyum 4000 ml 2*1 subkutan olarak, TPN solüsyonu tek torba karışımı (all in one) 2580 ml (ilave: potasyum klorür 60 ml, multivitamin 10 ml ve eser element 10 mg), TDP 200 ml 2*1 ve Albümin infüzyonu 2*1 olarak IV yoldan uygulanmıştır.

Gordon'un FSÖ modeline göre hastanın hemşirelik süreci yönetimi

1. Sağlığı algılama/Sağlık yönetimi

Hasta kalın bağırsağında ve karaciğerinde yaraları olduğunu, ameliyatla bu yaralarından kurtulduğunu ifade etti. Şu anki fonksiyonel kayıplarını geçici bir durum olarak algıladığı ve tedaviye genellikle uyumlu olduğu belirlendi. Hasta ameliyat sonrası eski sağlığına kavuşmak için nasıl beslenmesi gerektiğini bilmediğini ve drenle taburcu edildiği için dren takibine ilişkin bilgilendirmeye ihtiyacı olduğunu ifade etti. Hastanın sağlık kontrolleri ve onkolojik takibin önemi hakkında yönlendirmeye gereksinimi olduğu saptandı. Evde 20 gün boyunca kullanması için antitrombotik ilaçlar reçete edildi.

Hemşirelik Tanısı 1: Etkisiz sağlık bakımı (Alan 1: Sağlığı geliştirme, Sınıf 2: Sağlık yönetimi, Kod: 00099)

Amaç: Hastanın tedavi sürecine, postoperatif beslenme düzenine ve evde bakımına yönelik bilgi eksikliğini gidermek, sağlığını geliştirmek için sorumluluk almasını sağlamak.

Hemşirelik girişimleri: Hasta yeni beslenme düzeni hakkında bilgilendirildi. Sindirimi kolay yüksek kalorili, yüksek proteinli, az yağlı ve vitamin bakımından zengin yiyecekler alması, peristaltizmi uyaracak besinlere (kepekli ekme, meyve vb.) her öğünde yer vermesi, hazır gıdaları tüketmemesi konusunda bilgi verildi. Günlük en az 2000 ml sıvı alması önerildi. Sağlığı geliştirmek için fiziksel aktivite düzeyi artırıldı. Hastanın/bakım vericinin dren takibi için sorumluluk alması sağlandı. Dren güvenliği için bağlantılarının kıvrılmamasına ve tıkanmamasına özen göstermesi, enfeksiyon riskine karşı dreni insizyon hattından 90 cm aşağıda tutması gerektiği belirtildi. Dren bakımında 24 saatte gelen drenaj miktarını izlemesi ve drenaj miktarı 50ml> olduğunda drenin çekilmesi için ilgili sağlık kurumuna başvurması gerektiği hakkında bilgilendirildi. Olası komplikasyon (anastomoz kaçağı, enfeksiyon vb.) belirtileri (ateş, distansiyon vb.) ve enfeksiyon

kontrolünde el hijyeninin önemi anlatıldı. Hastaya taburculuk sonrası evde kullanacağı antitrombotik ve analjezik ilaçların kullanımı, klinik kontrolün önemi, yaşı ve hastalığı nedeniyle gerekli tarama yöntemleri (mamografi, kolonoskopi vb.) hakkında açıklama yapıldı.

Değerlendirme: Hasta sağlık uygulamaları hakkındaki bilgisinin arttığını belirtti ve sağlığını geliştirme konusunda sorumluluk aldı. Hastada komplikasyon gözlenmedi.

2. Beslenme ve metabolik

Üç ay öncesinde yaklaşık 10 kg kaybeden hasta postoperatif 7 gün boyunca total parenteral beslenme ile desteklendi ve 1.günde oral alımına izin verildi. Postoperatif 2.günden itibaren kusmaları olan hastanın 4.günde oralı alımı durduruldu ve 5.günde tekrar oral alım başlatıldı. Hastaya postoperatif 0-5. günlerde Albümin infüzyonu 2*1 yapıldı. Hasta mevcut diş protezini kullanmadığını, protezi takarken midesinin bulandığını belirtti. Hasta enteral solüsyonları ameliyat sonrası tolere etmede zorlandığını belirtti. Ayrıca Rejim I'den rejim II'ye geçiş sırasında kusma korkusu nedeniyle besinlere karşı önyargılı davrandığı ve metabolik gereksinimlerini karşılamaya yetmeyecek düzeyde besin aldığı ve kusma ile sonuçlanan bulantıları olduğu gözlemlendi (Tablo 1).

Hemşirelik Tanısı 2: Bulantı (Alan 12: Konfor, Sınıf 1: Fiziksel konfor, Kod: 00134)

Amaç: Bulantıyı azaltmak.

Hemşirelik girişimleri: Hekim istemiyle öğünlerin öncesinde antiemetik ilaç uygulandı. Yağlı besinlerden uzak durması sağlandı. Öğünler sıklaştırıldı, porsiyonlar azaltıldı. Öğün sonrasında hastanın yarı oturur pozisyonunda dinlenmesi sağlandı. Karbonatlı gargara ile ağız bakımı verildi. Kusma içerik ve miktar yönünden izlendi. Yüz bölgesine soğuk kompres uygulandı ve odanın havalandırılması sağlandı. Aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapıldı ve hasta dehidratasyon riski açısından değerlendirildi.

Tablo 1. Hastanın Postoperatif Beslenme ve Aktivite Durumuna İlişkin Çıktıları

	1.gün (RI)	2.gün (RI)	3.gün (RI)	4.gün (RI)	5.gün (RI)	6.gün (RII)	7.gün (RII)
Alınan enteral sıvı miktarı (ml)	50	200	400	-	400	800	1500
Kusma miktarı (ml)	-	200	500	300	100	50	-
Mobilizasyon sıklığı	3 kez*	6 kez*	9 kez*	6 tur [†]	15 tur [†]	15 tur [†]	16 tur [†]

RI; Rejim I (açık sıvı diyet), RII; Rejim II (yumuşak diyet), RIII; Rejim III (normal diyet) *Oda içi ~15 adımlık yürüyüş; [†]Her tur ~8 dakika sürmektedir.

Değerlendirme: Hastanın postoperatif 5.günden itibaren bulantıları azaldı ve 7.günden itibaren bulantı gözlenmedi. Balansın dengede devam ettiği belirlendi.

Hemşirelik Tanısı 3: Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az (Alan 2: Beslenme, Sınıf 1: Yeme, Kod: 0002)

Amaç: Hastanın besin tolerasyonunu arttırmak ve metabolik gereksinimlerini karşılamak.

Hemşirelik girişimleri: İştahı artırmak için yemek öncesi/sonrası ağız bakımı verildi. Bulantıya neden olabilecek kötü görüntü ve kokular ortadan kaldırıldı. Öğün saatleri invaziv işlemlerden hemen sonra olmayacak şekilde düzenlendi. Beslenmenin ameliyat sonrası derlenmedeki önemi hakkında bilgi verildi. Kalori ve protein bakımından zengin yiyecekler alması sağlandı. Bağırsak sesleri dinlendi, abdominal distansiyon belirtileri ve serum albümin düzeyi, hemoglobinin, total protein vb. beslenme ile ilişkili laboratuvar değerleri izlendi.

Değerlendirme: Hastanın bağırsak seslerinde artış oldukça (Postoperatif 4.günde 4, 5.günde 6 ve 6.günde 7 kez duyuldu.) ve kusma miktarı azaldıkça besin tolerasyonu arttı. Postoperatif 6. günde hastanın rejim II'ye ve 7. günde rejim III'e geçiş sağlandı. Albümin düzeyinin postoperatif dönemde 1,2-4,3 g/dl aralığında, Hemoglobin düzeyinin 8,7-11,6 g/dl ve total protein değerinin 4,9-7,3 g/dl aralığında değişiklik göstermiştir.

3.Boşaltım

Hastanın postoperatif 1. ve 2. günde abdominal distansiyonun olduğu gözlenirken, gaz çıkışının 3. günde gerçekleştiği görüldü. Foley sondası 4. günde çekildi.

Hemşirelik Tanısı 4: Bozulmuş gastrointestinal motilite işlevi (Alan 3: Boşaltım ve gaz değişimi, Sınıf 2: Gastrointestinal fonksiyon, Kod: 00196)

Amaç: Hastanın ilk dışkı çıkışını sağlamak, abdominal distansiyonu gidermek ve normal bağırsak boşaltımını sağlamak.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın günlük yaşamındaki bağırsak boşaltım alışkanlığı sorgulandı. Her gün kahvaltı öncesi ılık su içmesi sağlandı ve her gün aynı saatte defekasyon ihtiyacını karşılaması için

desteklendi. Peristaltizmi uyaran sıvı ve besinlere (meyve suyu, haşlanmış sebze vb.) diyetle yer verildi ve sevdiği sıvıları (ayran vb.) alması sağlandı. Enteral sıvı alımı artırıldı (en az 2000 ml) ve aldığı çıkardığı sıvılar izlendi. Yatak dışı aktivite düzeyi artırıldı ve distansiyonu azaltmak için yatak içinde tolere edebildiği kadarıyla dizini göğsüne çekmesi sağlandı. Hastaya yemek sonrası semi fowler pozisyonu verildi. Bağırsak sesleri takip edildi ve hekim istemi ile potasyum (Potasyum Sitrata+Potasyum Bikarbonat içeren efervesan tablet) ve parenteral sıvı takviyesi yapıldı.

Değerlendirme: Hastanın ilk dışkı çıkışı lavman uygulaması ile postoperatif 7. günde gerçekleşti.

4. Aktivite-Egzersiz

Hastanın postoperatif dönemde yatak içinde kalma süresinin fazla olduğu, yatak içi aktivitelere aktif olarak katılım sağladığı, mobilize olmak için psikolojik olarak istekli olduğu gözlemlendi. Mobilizasyon sonrası yorgunluk ve halsizliği olduğunu ifade eden hastada nabız artışı (14 atım) olduğu gözlemlendi. Hastanın kendi kendine yıkanma aktivitelerinde bağımlı olduğu gözlemlendi. Hastanın ameliyattan önceki gece banyo yaptığı belirlendi. Sekresyon atılımında zorlandığı ve öksürme sırasında cerrahi dikişlerine zarar gelebileceği konusunda endişelendiği belirlendi. Triflow egzersizlerini uygularken inspirasyonda ve ekspirasyonda akciğer kapasitesinin 600 ml'nin altında olduğu gözlemlendi (Tablo 1).

Hemşirelik Tanısı 5: Aktivite intoleransı riski (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 4: Kardiyovasküler/pulmoner yanıtlar, Kod: 00092)

Amaç: Hastanın fiziksel aktivite düzeyini arttırmak.

Hemşirelik girişimleri: Hasta mobilizasyonun yararı ve peristaltizmin sağlanması için mobilizasyonun gerekliliği konusunda bilgilendirildi ve mobilizasyon sıklığı/süresi izlendi. Hastanın mobilizasyonundaki artış olumlu geri bildirimle desteklendi. Aktivite aralarında dinlenme periyodlarına yer verildi. Yatak içinde aktif ROM egzersizleri uygulandı. Aktivite öncesi ve sonrasında nabız, solunum sayısı vb. kardiyak ve pulmoner değerler izlendi. Gece uykusu ve beslenme durumu değerlendirildi ve uyku kalitesini ve besin alımını arttırmaya yönelik önlemler alındı.

Değerlendirme: Hasta postoperatif ilk 3 gün oda içerisinde mobilize edildi. Mobilizasyon sıklığı ve

süresinin postoperatif derlenme ile eş zamanlı olarak arttığı görüldü. Düşük Hemoglobulin değeri, yeterli uyuyamama ve yeterli beslenememe nedeniyle hastanın aktivite toleransının düşük olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelik Tanısı 6: Etkisiz solunum örüntüsü (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 4: Kardiyovasküler/Pulmoner yanıtlar, Kod: 00032)

Amaç: Hastanın ventilasyonunu yeterli düzeye getirmek.

Hemşirelik girişimleri: Hastaya derin solunum/öksürük egzersizleri ve triflow ile solunum egzersizleri yaptırıldı. Öksürme egzersizleri sırasında hastanın abdominal korse takması sağlandı. Solunum sayısı, ritmi, derinliği vb. özellikler ile sekresyonun karakteri takip edildi. Semi fawler pozisyonu verildi ve hekim istemi ile mukolitik ilaç uygulandı.

Değerlendirme: İspirasyonda triflowda kaldırılan top sayısı postoperatif 4. gün 1, 6.gün 2 olarak gözlemlendi. Sekresyon karakterinin beyaz ve koyu kıvamlı olduğu ancak hastanın sekresyonları postoperatif 4. günden itibaren daha rahat çıkarabildiği gözlemlendi.

Hemşirelik Tanısı 7: Banyo yapmada öz bakım eksikliği (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 4: Öz bakım, Kod: 00108)

Amaç: Hastanın vücut temizliğini sağlamak.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek günlük yatak banyosu verildi. Saçları bone ile temizlendi ve tarandı. Banyo sonrası cilt nemlendirildi ve temiz giysiler giymesi sağlandı. Yatak banyosu verilirken cilt bütünlük açısından değerlendirildi ve pansumanın ve dren giriş yerlerinin kuru kalması sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın bireysel hijyen gereksinimi karşılandı.

5. Uyku Dinlenme

Hasta az uyuduğunu ve dinlenmiş hissetmediğini ifade etti. Hastanın ameliyat sonrası gündüz uykularının olduğu belirlendi. Hasta uykusunun fiziksel etkenler (bulantı, sekresyon çıkarmama vb.) ve çevresel etkenler (tedavi bakım yoğunluğu vb.) nedeniyle bölündüğünü belirtti.

Hemşirelik Tanısı 8: Uyku örüntüsünde bozulma (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 1: Uyku dinlenme, Kod: 000198)

Amaç: Hastanın uyku örüntüsünü düzenlemek.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın gece uykusunu bölmek için tedavi uygulamaları gündüz saatlerinde yoğunlaştırıldı. Özellikle kan ürünleri transfüzyonu ve albümin infüzyonu gibi uygulamalar hastanın uyku saatinden (gece 23.00) önce tamamlandı. Gece uyku süresi ve kalitesi iyileştirilmek için rutin uyku düzeni için gereken koşullar (karanlık ortam, sessizlik vb.) sağlandı. Masaj gibi nonfarmakolojik girişimler uygulandı. Hastanın gündüz aktif ve uyanık olması sağlandı. Foley kateter çekildikten sonra (postoperatif 4.gün) uyku öncesi mesanenin boşaltılması sağlandı.

Değerlendirme: Hasta gündüz uyku saatinin ½ saati geçmediğini, geceleri uyku süresinin arttığını belirtti. Uygulanan girişimlerden memnun kaldığını ifade etti.

6. Bilişsel - Algısal

Hastanın oryante ve koopere, bilişsel fonksiyonlarının (dikkat, hafıza vb.) yeterli düzeyde olduğu belirlendi. Etkin iletişim kurduğu görüldü. Hastaya refakat eden yakının sağlık profesyoneli olması nedeni ile tedavi ve bakım sürecinin işlerliğinin iyi olduğu gözlemlendi. Örneğin; hemşirelik bakım uygulamalarının (triflow uygulaması ve abdominal korse kullanımı vb.) doğru uygulanması, sağlık profesyonellerince yapılan bilgilendirmenin yeterli algılanması vb.

7. Kendini algılama

Hastanın ameliyata bağlı fiziksel değişimlerden beden imajının etkilenmediği belirlendi. Hastanın fizyolojik durumundaki değişikliğin geçici olduğunu kabul ettiği ve eski sağlığına tekrar kavuşabilmek için inancının ve geleceğe yönelik istek ve umutlarının olduğu belirlendi.

8. Rol-İlişki

Hasta aile ilişkilerinde problem yaşamadığını ameliyatının aile örüntülerinde işlevselliği etkilemediğini belirtti.

9. Cinsellik üreme

Hastanın 48 yaşında menapoza girdiği belirlendi. Hasta cinsel yaşamında son dönemde herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etti.

10. Baş etme – Stres toleransı

Hastalığın ve ameliyatın fizyolojik ve psikolojik etkileri (günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, sosyal izolasyon vb.) ile hastanın başa çıkmak için mücadele ettiği ve sosyal destek alabildiği gözlemlendi. Hasta önceki ameliyat deneyimleri nedeniyle postoperatif dönemin geçici bir süreç olduğunu ve sağlığına tekrar kavuşacağını bildiğini ifade etti.

11. Değer – İnanç

Hastanın sağlığı ile ilgili kararlarda ailesine danıştığı belirlendi. Hasta, ailesinin ve yakınlarının manevi destek sağladığını ifade etti.

TARTIŞMA

Metastatik kolorektal kanser; halsizlik, kilo kaybı, yorgunluk, sağ alt kadranda ağrı, iştahsızlık, bağırsak alışkanlığında değişiklik gibi şikayetlerle karakterizedir. Nadiren sarılık gözlenmekle beraber laboratuvar bulguları da sıklıkla normal seyretmektedir ^(13,14). Primeri kolorektal kanser olan metastatik karaciğer lezyonu bulunan hastada da benzer şikayetlerin olduğu ve laboratuvar bulgularının (Hemoglobin ve Hematokrit değerleri hariç) normal olduğu gözlemlendi.

Kolorektal kanser riski 50 yaş üstü grupta görülme oranı daha yüksektir ⁽¹⁵⁾. Literatürde karaciğer ve kalın bağırsak ameliyatları sonrası hastalarda yorgunluk, aktivite intoleransı, abdominal distansiyon, iştahsızlık, pıhtılaşma mekanizmasında bozukluk, solunum fonksiyonlarında değişiklik, bağırsak boşaltımında bozukluk vb. sorunların görüldüğü belirlenmiştir ⁽¹⁴⁾. Abelson ve ark. çalışmalarında kolorektal cerrahi sonrası hastaların postoperatif dönemde yara bakımı, bağırsak fonksiyonlarında değişim, günlük yaşam aktiviteleri gibi konularda bilgi ve bakım gereksinimi olduğunu belirtmektedirler ⁽¹⁶⁾. Çalışmada hastanın Gordon'un FSÖ modeline göre sağlığı algılama/sağlık yönetimi, beslenme ve metabolik, eliminasyon, aktivite/egzersiz, uyku/dinlenme alanlarında sorun yaşadığı belirlendi. Hastada postoperatif dönemde görülen sorunların literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Kolon cerrahisi sonrası bağırsak hareketlerindeki azalmaya bağırsak manipülasyonu, anestetik ilaçlar, ameliyat süresinin uzunluğu gibi birçok faktörün etki ettiği belirtilmektedir ⁽¹⁷⁾. Hastada bağırsak hareketlerine geri dönüşte uzamanın (ilk gaz çıkışı 3.günde gerçekleşmiştir.) nedenleri; açık cerrahi, bağırsak manipülasyonu ve uzun ameliyat süresi olarak gösterilebilir.

Muangkaew ve ark. çalışmalarında eş zamanlı mKRK cerrahisi geçiren hastalarda yumuşak diyetle geçiş günü ortalama 6 gün olarak belirtilirken ⁽¹⁸⁾ çalışmada hastanın postoperatif 6. günde rejim 2'ye geçiş yaptığı belirlendi.

Eş zamanlı mKRK cerrahisi geçiren hastalarda yapılan çalışmalarda postoperatif yatış sürelerinin ortalama 8-15 gün olduğu bildirilirken ^(7,18) hasta ameliyat sonrası 10. günde tek dren ile taburcu edilmiştir. Hastanın evde bakımı devam etmiş, postoperatif 20. gün dreni çekilmiş ve süturları alınmıştır.

SONUÇ

Çalışmada Gordon'un FSÖ modeli ve NANDA'nın hemşirelik tanılama sistemi baz alınarak uygulanan hemşirelik bakımının, postoperatif derlenmeyi hızlandırdığı gözlemlendi. Hemşirelik bakımında model kullanmak, hastanın bütüncül yaklaşımla bireysel olarak değerlendirilmesine olanak sağlamakta ve hemşirelik sürecinin kolay ilerlemesine yardım etmekte ve kaliteli hemşirelik bakımı ile hasta hemşire ilişkisinde güveni ve işbirliğini beraberinde getirmektedir. Cerrahi hemşirelerinin günümüzde sıklıkla karşımıza çıkan mKRK vakalarında, postoperatif hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak ve hastanın bakıma katılmasını sağlamak amacıyla, Gordon'un FSÖ modeli ve NANDA'nın hemşirelik tanılama sisteminden yararlanması önerilebilir.

Yazar katkısı

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

Etik kurul onayı

Hastadan araştırmaya gönüllü olarak katılım gösterdiğine ilişkin yazılı ve sözlü onay alındı.

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: ZKÖ, and BÜ; data collection: ZKÖ, and BÜ; analysis and interpretation

of results: ZKÖ and BÜ; draft manuscript preparation ZKÖ and BÜ. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

Written and verbal consent was obtained from the patient that he voluntarily participated in the study.

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. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. 2018. URL: https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf. December 21, 2018.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. 2018. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. Şubat 21, 2019.
3. Watanabe T, Muro K, Ajioka Y, Hashiguchi Y, Ito T, Saito Y, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol* 2018; 23(1):1-34. [\[Crossref\]](#)
4. American Cancer Society. 2018. URL: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>. December 21, 2018.
5. American Cancer Society, Colorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019. 2018. URL: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>. December 21, 2018.
6. Kırkıl C, Gültürk B. Kolorektal kanserin karaciğer metastazlarında cerrahi tedavi. *Fırat Tıp Dergisi* 2015; 20(1):1-7.
7. Luo Y, Wang L, Chen C, Chen D, Huang M, Huang Y et al. Simultaneous liver and colorectal resections are safe for synchronous colorectal liver metastases. *J Gastrointest Surg* 2010; 14:1974-80. [\[Crossref\]](#)
8. Dervenis C, Xynos E, Soltropoulos G, Gouvas N, Boukovinas I, Agalanos C et al. Clinical practice guidelines for the management of metastatic colorectal cancer: a consensus statement of the Hellenic Society of Medical Oncologists (HeSMO). *Annals of Gastroenterology* 2016; 29(4):390-416. [\[Crossref\]](#)
9. Moran B, Cunningham C, Singh T, Sagar P, Bradbury J, Geh I, et al. Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland (ACPGBI): guidelines for the management of cancer of the colon, rectum and anus (2017) - surgical management. *Colorectal Dis* 2017; 19 (Suppl 1):18-36. [\[Crossref\]](#)
10. Guimarães TMR, Amorim CT, Barbosa EFF, Mrellys DaSilva F, Farias CEL, Lopes BS. Nursing care to a patient having pulmonary tuberculosis disease and comorbidities: case report. *Journal of Research: Fundamental Care Online*. 2018; 10(3):683-9. [\[Crossref\]](#)
11. Acaroğlu R, Kaya H. NANDA Hemşirelik tanıları: tanımlar & sınıflandırma 2015-2017. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
12. Birol L. Hemşirelik süreci. İzmir: Ezgi Matbaacılık, 2004:133-201.
13. Akarsu M. Karaciğerin Kitle Lezyonları ve Kanseri. In: Sivri B, Gönen Ö (Çev.Eds). *Gastroenteroloji tanı ve tedavi*. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007. s. 696-726.
14. Olgun N, Aslan FE, Fındık UY. Karaciğer Hastalıkları. In: Karadakovan A, Aslan FE (Eds). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2011. s.757-92.
15. Aslan FE, Arlı ŞK. Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde Bakım. In: Aslan FE (Ed). *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017. s.473-512.
16. Abelson JS, Chait A, Shen MJ, Charlson M, Dickerman A, Yeo H. Sources of distress among patients undergoing surgery for colorectal cancer: a qualitative study. *Journal of Surgical Research* 2018; 226:140-9. [\[Crossref\]](#)
17. Keller D, Stein S. Facilitating return of bowel function after colorectal surgery: alvimopan and gum chewing. *Clin Colon Rectal Surg* 2013; 26(3):186-90. [\[Crossref\]](#)
18. Muangkaew P, Cho JY, Han HS, Yoon YS, Choi YR, Jang JY, et al. Outcomes of simultaneous major liver resection and colorectal surgery for colorectal liver metastases. *J Gastrointest Surg* 2016; 20(3):554-63. [\[Crossref\]](#)