

TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI TURKISH JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND RESEARCH DERGİSİ

Cild/Volume:01

Sayı/Number:02

Yıl/Year:2018



Deoxyribonucleic acid (DNA) is a nucleic acid that contains the genetic instructions used in the development and functioning of all known living organisms and many viruses. The main role of DNA molecules is the long-term storage of information. DNA is often compared to a set of blueprints or a recipe, or a code, since it contains the instructions needed to construct other cellular components, such as proteins and RNA molecules. The DNA segments that carry this genetic information are called genes, but other DNA sequences have structural purposes, or are involved in regulating the use of this genetic information.

Chemically, DNA consists of two long polymers of simple units called nucleotides, with backbones made of sugars and phosphate groups joined by ester bonds. These two strands run in opposite directions to each other and are therefore anti-parallel. Attached to each sugar is one of four types of molecules called bases. It is the sequence of these four bases along the backbone that encodes information. This information is read using the genetic code, which specifies the sequence of the amino acids within proteins. The code is read by copying stretches of DNA into the related messenger RNA, in a process called transcription.

Within cells, DNA is organized into long structures called chromosomes. These chromosomes are duplicated before cells divide, in a process called DNA replication. Eukaryotic organisms (animals, plants, fungi, and protists) store most of their DNA inside the cell nucleus and some of their DNA in organelles, such as mitochondria or chloroplasts. In contrast, prokaryotes (bacteria and archaea) store their DNA only in a single circular chromosome, called the nucleoid. Within the chromosomes, chromatin fibers are packaged with histone proteins. These structures guide the interactions between DNA and other proteins, helping control which genes are transcribed.



ANKARA
YILDIRIM BEYAZIT
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Derginin Sahibi

Prof. Dr. Metin DOĞAN

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.

Bas Editör

Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN

Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

Teknik Editörler

Arş. Gör. Oğuzhan METE, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Taşkın ÖZKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Çağlar SOYLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Biyoistatistik Editörleri

Prof. Dr. Selim Yavuz SANİSOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Pervin DEMİR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Yazı İşleri Müdürü

Dr. Öğretim Üyesi Metin DİNÇER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Sekreterva

Arş. Gör. Mustafa KARABULUT, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Kürşad KARAKOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Redaktörler

Arş. Gör. Elmas AKIN ALTINCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Dr. Sibel PEKSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergi'si (TUSBAD), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bir yayın organıdır.

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof.Dr. Nazan AKTAŞ, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye
Prof.Dr. Yeşim BAKAR, Bakırçay Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Prof.Dr. Mehmet GÜNAY, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof.Dr. Ayşegül GÜVEN, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof.Dr. İsmail Hakkı DEMİRCİOĞLU, T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Ankara
Prof.Dr. Sevim SAVAŞER, Biruni Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç.Dr. Müdriye YILDIZ BIÇAKÇI, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç.Dr. Tarık TUNCAY, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Editör Kurulu

Prof.Dr. Cengiz ÖZBESLER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü
Prof.Dr. Baki YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Spor Bilimleri Bölümü
Doç.Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü
Doç.Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Lale Sariye AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Metin DİNÇER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Fatma Elif KILINÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Gelişimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Adres: ‘‘Etlik Dođu Kampüsü’’ Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi Keçiören Belediyesi Yüzme Havuzu Üstü

Keçiören/ANKARA

E-mail: saglikbilfakulte@ybu.edu.tr

Tel: (0312) 324 1555/ 1908/1909/1910/1911

Belgegeçer (Faks): (0312) 906 2967

Derginin Bu Sayısında Görev Alan Hakemlerimiz

Aysun YÜKSEL, Cumhuriyet Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Ayten ARIÖZ DÜZGÜN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Ertuğrul DEMİRDEL, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Esra KILIÇ CEYHAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Keziban AVCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Lale AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Melahat DEMİRBİLEK, Ankara Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Nural ERZURUM ALİM, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Nuriye ÖZENGİN, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Seda KARSAVURAN, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetim Bölümü

Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sibel KÜÇÜK, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Şükrü Anıl TOYGAR, Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Yahya ÖZDOĞAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Yeşim BAKAR, Bakırçay Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Yusuf ÇELİK, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetim Bölümü

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Pelvik Taban Kas Kuvveti ile Mesane Semptom Ciddiyeti ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkisi

Şeyda TOPRAK ÇELENAY¹, Yasemin KARAASLAN², Kemal OSKAY³, Faruk KÜÇÜKDURMAZ⁴

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, aşırı aktif mesaneli (AAM) kadınlarda pelvik taban kas kuvveti (PTKK) ile mesane semptom ciddiyeti ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: AAM tanısı olan 40 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların fiziksel ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Hastaların PTKK'si perineometre cihazı ile, AAM'ye bağlı görülen semptomların ciddiyeti Aşırı Aktif Mesane-V8 Anketi (AAM-V8) ile, sıkışma hissi Hasta Sıkışma Hissi Ciddiyet Algısı Ölçeği (HSHCAÖ) ve kaygı düzeyi Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile değerlendirilmiştir. Analiz için Pearson ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: AAM'li hastalarda PTKK ile AAM-V8 ($p < 0,001$; $r = -0,568$), sıkışma hissi ($p = 0,004$; $\rho = -0,447$) ve sürekli kaygı skoru ($p = 0,010$; $r = -0,440$) arasında orta derecede negatif ilişki bulunmuştur. PTKK ile durum kaygı skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = 0,451$; $r = -0,134$).

Sonuç: Bu çalışmada, AAM'li kadınlarda PTKK, AAM ile ilişkili semptomlarının ciddiyeti ve sürekli kaygı düzeyi ile negatif bir ilişkili olduğu görüldü. AAM semptomları ve kaygı düzeyinin azalması için bu hastaların tedavisinde PTKK'nin artırılması göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aşırı Aktif Mesane, Kaygı, Sıkışma Hissi, Pelvik Taban Kas Kuvveti

The Relationship Between Pelvic Floor Muscle Strength and Bladder Symptom Severity and Anxiety Level in Women with Overactive Bladder

Şeyda TOPRAK ÇELENAY¹, Yasemin KARAASLAN², Kemal OSKAY³, Faruk KÜÇÜKDURMAZ⁴

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the relationship between pelvic floor muscle strength (PFMS) and bladder symptom severity and anxiety level in women with Overactive Bladder (OAB).

Method: Forty women with OAB were included in the study. Physical and clinic characteristics of the patients were recorded. The PFMS of the patients with perineometer, symptoms severity related to OAB with Overactive Bladder-V8 Questionnaire (OAB-V8), urgency with Patient Perception of Intensity of Urgency Score (PPIUS) and anxiety level with Spielberger State Trait Anxiety Inventory were evaluated. Pearson and Spearman correlation tests were used for analysis.

Results: It was found a moderate negative correlation between the PFMS and OAB-V8 ($p < 0.001$; $r = -0.568$), PPIUS ($p = 0.004$; $r = -0.447$) and trait anxiety scores ($p = 0.010$; $r = -0.440$). It was not detected a significant correlation between the PFMS and state anxiety scores ($p = 0.451$; $r = -0.134$).

Conclusion: In this study, it was seen a negative correlation between the PFMS and symptoms severity related to OAB, and trait anxiety level in women with OAB. It should be taken into account increasing the PFMS in treatment of these patients for decreasing the AAM symptoms and anxiety level.

Keywords: Overactive Bladder, Anxiety, Urgency, Pelvic Floor Muscle Strength

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

² Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

³ Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Üroloji Polikliniği, Ankara

⁴ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Şeyda TOPRAK ÇELENAY

E-posta adresi: sydtoprak@hotmail.com

ORCID No: 0000-0001-6720-4452

Gönderi Tarihi: 27.10.2018

Kabul Tarihi: 28.11.2018

GİRİŞ

Aşırı Aktif Mesane (AAM), Uluslararası Kontinans Derneği tarafından “Sıkışma tipi inkontinans ile birlikte olan ya da olmayan, genellikle artmış gece veya gündüz idrara çıkma sıklığı ile seyreden ani sıkışma hissi” şeklinde tanımlanmıştır (1). Dünya genelinde milyonlarca insanın yaşamını etkileyen prevalansı yüksek bir sendrom olan AAM, kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmektedir (2,3) ve yaşlanmayla birlikte semptomlar artmaktadır (4).

AAM'nin patofizyolojisi tam açıklanamamış olup farklı görüşler bulunmaktadır. Mesane (özellikle detrüsr kası) tek başına AAM oluşumundaki tüm problemleri açıklayamazken, holistik yaklaşımla sinir sistemi, üretra ve pelvik tabandaki problemlerinde AAM oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir (5). Stres inkontinanslı kadınlarda olduğu gibi AAM'li, urge ve mikst inkontinansı bulunan kadınlarda da pelvik taban kas fonksiyonunun bozulduğu görülmüştür (6,7). Pelvik taban kas kuvvetinin (PTKK) artması ile intraüretal basınç artışının meydana geldiği, bunun sonucunda pudental ve sempatik uyarılarda artış olduğu ve artan bu uyarıların medulla spinalisin sakral bölgesinde, mesanenin sempatik innervasyonu üzerinde uyarıcı bir etki oluşturarak detrüsr kasının gevşemesine neden olmaktadır. Bu teoriye reflex inhibisyon teorisi (üretro-detrüsr refleksi) denmektedir (8-10). Böylece AAM semptomlarında PTKK önemli bir rol üstlenmektedir.

Ayrıca AAM problemi, doğrudan kadının yaşamını tehdit etmemesine rağmen, kadının aile içi ve sosyal yaşantısını fiziksel ve psikolojik yönden önemli derecede etkileyebilmektedir (11-13). Hastalar AAM şikayetlerine bağlı olarak sürekli tuvalete gitme ihtiyacı, sıvı tüketiminin azaltılması, sosyal aktivite ve fiziksel aktivite kısıtlılığı, idrar kaçırma ya da sıkışma hislerine bağlı utanma gibi sorunlar hastaların yaşam kalitesini azaltır ve kaygı düzeylerini artırabilmektedir. Bu nedenler bireyleri depresyona daha yatkın hale getirmekte ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir (14-16). Dolayısıyla, AAM'li hastalarda kaygı düzeyinin dikkate alınması, değerlendirilmesi ve ilişkili olduğu nedenlerin araştırılması büyük önem taşımaktadır (11).

Bu çalışmamızın amacı, AAM'li kadınlarda pelvik taban kas kuvvetinin mesane semptom ciddiyeti ve kaygı düzeyi ile ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM

Araştırmada korelasyon çalışma dizaynı kullanılmıştır. Çalışma, Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji polikliniklerinde gerçekleştirilmiş; Helsinki Beyannamesi'nin kurallarına göre yapılmıştır. Çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay numarası:

2018/07/01). Hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir ve onam formları alınmıştır.

Üroloji polikliniğinde değerlendirilip AAM tanısı alan 51 kadın çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 20-65 yaş arası AAM tanısı olan kadınlar ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmasıdır. Dahil edilmeme kriterleri ise, hastaların gebe olması, eşlik eden nörolojik bir rahatsızlığın olması, değerlendirme ve/veya uygulamalarda kooperasyonu engelleyecek mental bir problemin varlığının olmasıdır.

Bütün katılımcıların fiziksel, demografik ve klinik bilgileri değerlendirme formuna kaydedilmiştir. PTKK, mesane semptomları ve kaygı düzeyleri aynı fizyoterapistler (ŞTÇ, YK) tarafından değerlendirilmiştir.

PTKK ölçümünde objektif bir ölçüm sağlamak için PFX perineometre (Cardio Design Pty Ltd, Australia) kullanılmıştır. Olgudan litotomi pozisyonunda yatması istenmiş ve perineometrenin probu hastanın vajeni içerisine yerleştirilmiştir. Hastadan önce gevşemesi sonra da nefesini tutmadan idrarını ya da büyük abdestini tutar gibi probu içine doğru çekerek 5 sn. boyunca sıkması istenmiştir. Perineometrenin gösterge değerleri 0-12 kilo Pascal (kPa) arasında olup, perineometredeki ilk değer ve son değer arasındaki fark PTKK olarak belirlendi. Üç kez tekrarlanan değerlendirmelerin ortalaması kaydedildi.

Hastaların AAM'ye bağlı görülen semptomların ciddiyetini değerlendirmek için Aşırı Aktif Mesane-V8 Anketi (AAM-V8) kullanılmıştır.

Coyne ve ark. (17) tarafından 2002 yılında geliştirilmiş olan AAM-V8'in Türkçe geçerlik çalışmaları 2012'de Tarcan ve ark. (18) tarafından yapılmıştır. Bu formda toplam 8 soru vardır ve her bir soruya verilen cevaplar 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Toplam skor 0 ile 40 ise arasında değişebilmekte olup toplam skor arttıkça AAM semptomların ciddiyeti de artmaktadır.

Kadınların sıkışma hissini ölçmek için Hastaların Sıkışma Hissi Ciddiyet Algısı Ölçeği (HSHCAÖ) kullanılmıştır. Bu ölçeğe göre "0" ani idrara sıkışma hissini olmadığını, "1" hafif düzeyde idrara sıkışma hissini olduğunu, "2" orta düzeyde idrara sıkışma hissini olduğunu, "3" şiddetli idrara sıkışma hissini olduğunu, "4" sıkışma tip inkontinansı olduğunu ifade etmektedir (19).

Çalışmada kaygı düzeyinin değerlendirilmesi için Spielberger Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Spielberger (20) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye çevrilmiş formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1985'te Öner ve ark. (21) tarafından yapılmıştır. Ölçek 20'şer maddelik iki ayrı alt ölçekten oluşmaktadır. Durum kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durumdan ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir. Her iki ölçekte likert tipi olup ayrı ayrı puanlanır ve değerlendirilir. Ölçeklerden alınan toplam puanlar en küçük 20 en yüksek 80 olup, puanın artması kaygı düzeyinin artmasını göstermektedir (21).

Ön çalışma kapsamında, 10 birey çalışmaya alındı. Çalışma için gerekli örneklem büyüklüğünü belirleyebilmek amacı ile G*Power (G*Power Ver. 3.0.10, Franz Faul, Universität Kiel, Germany) paket programı kullanılmıştır. Çalışmaya $r=0,42$ etki genişliği, $\alpha=0,05$ tip I hata, $\beta=0,20$ tip II hata ile % 80 güç elde edebilmek için en az 39 olgudan oluşan bir örneklem alınmasına gerek olduğu hesaplanmıştır.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Shapiro Wilk testi) incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapma, normal dağılmayan değişkenler için ortanca ile çeyrekler arası genişlik değerleri ve kategorik değişkenler için sayı (%) değerleri kullanılarak verilmiştir. PTKK ile mesane semptom ciddiyeti ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki verilerin normal dağılıp dağılmama durumuna göre Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile analiz edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

AAM'li 51 kadın hasta hekim tarafından değerlendirilmiştir ve fizyoterapi kliniğine gönderilmiştir. Üç hasta gebe olduğundan, 2 hasta

kooperasyonu engelleyecek mental problemin varlığından, 2 hasta nörolojik rahatsızlığından ve 4 hasta kişisel sebeplerle katılmayı reddetmesinden dolayı çalışma 40 hasta (yaş: $47,27\pm 11,47$ yıl, vücut kütle indeksi: $31,12\pm 5,95$ kg/m^2) ile tamamlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların fiziksel, demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. AAM'li kadınların fiziksel, demografik ve klinik özellikleri

	AAM'li kadınlar (n=40)	
Yaş (yıl, X±SS)	47,28±11,48	
VKİ (kg/m^2 , X±SS)	31,12±5,95	
Medeni Hali (n, %)		
Bekar	7	17,5
Evli	33	82,5
Eğitim Durumu (n, %)		
Okuryazar	6	15
İlköğretim	21	52,5
Ortaöğretim	4	10
Lise	3	7,5
Üniversite	5	12,5
Lisansüstü	1	2,5
Pelvik Cerrahi (n, %)		
Yok	28	70
Var	12	30
Kabızlık (n, %)		
Evet	24	60
Hayır	16	40
Kronik Öksürük (n, %)		
Evet	17	42,5
Hayır	23	57,5
Sigara Kullanımı (n, %)		
Evet	11	27,5
Hayır	29	72,5
Doğum Tipi (n, %)		
Sezeryan	6	15
Vajinal	25	62,5
Her ikisi	6	15
Doğum Yok	3	7,5
Menstrual Durum (n, %)		
Düzenli Adet	20	50
Düzensiz Adet	4	10
Doğal Menopoz	14	35
Tıbbi Menopoz	2	5
Gebelik Sayısı (X±SS)	3,43±1,88	
Doğum Sayısı (X±SS)	2,78±1,56	

X±SS=ortalama±standart sapma VKİ: Vücut Kütle İndeksi

Hastaların PTKK, AAM-V8, HSHCAÖ, durum

kaygı ve sürekli kaygı puanları sırasıyla $4,53 \pm 2,07$ kPa; $27,80 \pm 7,39$; $3,0 (1,0)$; $40,77 \pm 8,83$ ve $49,73 \pm 8,21$ olarak hesaplanmıştır. AAM'li kadınlarda PTKK ile AAM-V8 ($p < 0,001$, $r = -0,568$), sıkışma hissi ($p = 0,004$, $\rho = -0,447$) ve sürekli kaygı skoru ($p = 0,010$, $r = -0,440$) arasında orta derecede negatif yönde ilişki bulunmuştur. PTKK ile durum kaygı skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p = 0,451$, $r = -0,134$).

TARTIŞMA

Çalışmada, AAM'li kadın hastalarda PTKK ile AAM semptom ciddiyeti, sıkışma hissi ve sürekli kaygı düzeyi arasında negatif yönde orta dereceli bir ilişki saptanmıştır. PTKK ile durum kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Pelvik taban ve mesane fonksiyonları arasında önemli ilişkiler bulunmaktadır. Özellikle AAM semptomlarına bağlı olarak hastalar pelvik taban kaslarını özellikle puborektal, eksternal üretral sfinkter ve eksternal anal sfinkter kaslarını kasarak üreto-detrüsör refleksi ile sık idrara çıkma veya ani sıkışma hislerini kontrol altına almaya çalışmaktadırlar. Bunun sonucu olarak, AAM'li hastalarda pelvik taban kaslarında da aşırı bir aktivite, yeterince gevşeyememe ve böylece pelvik taban kas fonksiyonlarında bozulmalar ve intraüretal basınçta azalmalar söz konusu olabilmektedir. Shafik ve arkadaşları (8) da benzer şekilde, PTKK'yı değerlendirmek için intraüretal basınçları incelemiş ve bu basıncın yüksek olmasının yani PTKK'nin artmasının mesane üzerindeki inhibisyonu arttırdığını saptamıştır. Benzer olarak, Artibani'nin bir çalışmasında (9) da

zayıf pelvik taban kaslarına sahip hastalarda intraüretal basınçların düşük olduğu ve detrüsör kas kontraksiyonlarının tetiklendiği gösterilmiştir ve bu sonuçların AAM semptomlarının artmasına neden olabileceği ifade edilmiştir. Bo ve arkadaşlarının bir çalışmasında (10) da mekanik ve elektriksel uyarılar ile pelvik taban kaslarının kuvvetlendirilmesi sonucu pelvik taban kasları ve üretra kaslarının kontraksiyonuyla mesane inhibisyon mekanizmasının aktifleştiği ve mesane dolmuş fazında daha az uyarılmalar olduğu göstermişlerdir. Bu çalışmada ise AAM'li kadınlarda PTKK, AAM semptom ciddiyeti ve sıkışma hissi düzeyi değerlendirilmiştir, ve PTKK ile semptom ciddiyeti ve sıkışma hissi düzeyinde negatif yönde orta dereceli bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak, PTKK azalması AAM semptomlarının ve sıkışma hissinin artmasına neden olabilmektedir. Böylece AAM'nin tedavisinde konservatif bir yöntem olan pelvik taban kas eğitiminin verilmesi hastaların semptomlarının azaltılmasında önemli olabilmektedir.

AAM, her yaşta kadını etkileyerek biyo-psiko-sosyal değişimlere neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlar bütünüdür (22). Dolayısıyla kadınların AAM'ye bağlı huzursuzluk, kaygı, özgüven kaybı, depresyon ve sosyal izolasyon gibi durumları yaşama ihtimali artmaktadır. PTKK'nin azalması, AAM oluşumunda rol oynayıp semptomların oluşumuna sebep olduğundan stres, kaygı ve depresyon gibi çeşitli psikolojik problemlere yol açabilmektedir. AAM'li hastalarda kaygı bozuklukları %12 ile

%16 arasında olup kaygı ve AAM şiddeti arasında güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (23). Macaulay ve arkadaşları (24) idrara çıkma sıklığı ve sıkışma hissi ile kaygı ve depresyonu düzeyi arasında ilişkili bulmuşlardır. Melotti ve arkadaşları (25) şiddetli depresyon ve kaygı durumunun AAM semptomlarından gece idrara kalkma ve sıkışma tip inkontinans ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir epidemiyolojik çalışmada gece idrara kalkma ile depresyon prevalansının ilişkili olduğu gösterilmiştir (26). Ayrıca bazı çalışmalarda kadınlarda yüksek kaygı düzeyi ile mesane semptomları ve sıkışma hissi arasındaki ilişki saptanmıştır (27-30). Knight ve arkadaşları (31) da AAM'li olan kadınlarda AAM'si olmayan kadınlara göre kaygı düzeyinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada ayrıca pelvik taban kas aktivitesi elektromyografi (EMG) ile kasılma ve gevşemede değerlendirilmiştir. AAM'si olan ve olmayan kadınlarda pelvik taban kas EMG cevaplarında anlamlı fark bulunmamış ve AAM'si olan kadınlarda pelvik taban EMG cevapları (hem kasılmada hem de gevşemede) ile kaygı düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır (31). Bu çalışmada ise PTKK ile kaygı düzeyindeki ilişki tarafımızca incelenmiştir, ve perineometre cihazı ile ölçülen PTKK ile sürekli kaygı düzeyi arasında negatif yönde orta dereceli bir ilişki bulunmuştur. Bu durum PTKK zayıflamasının AAM semptomlarını artırmasına neden olarak hastaların bu konu ile ilgili sürekli kaygı düzeylerinin artmasına neden olmuş olabilmektedir. Bu hastaların tedavisinde pelvik taban kas eğitimi bu

hastalarda görülen biyolojik değişimlerin yanında psiko-sosyal değişimlerin azaltılmasına da destek olabilmektedir.

Çalışmanın limitasyonu, bir korelasyon araştırması olmasıdır. Korelasyon araştırmalarının en büyük zayıflığı, neden-sonuç ilişkilerini vermede sınırlı olması ve kontrol grubunun bulunmamasıdır. Ancak çalışmamız bu konu ile ilgili AAM'li kadınlarda PTKK'nin mesane semptom ciddiyeti ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koymakta önemli olup diğer çalışmalar için bir referans niteliğindedir.

SONUÇ

Bu çalışmada, AAM'li kadınlarda PTKK, AAM ile ilişkili semptomlarının ciddiyeti ve sürekli kaygı düzeyi ile negatif bir ilişkili olduğu görülmüştür. AAM semptomları ve kaygı düzeyinin azalması için kliniklerde bu hastaların tedavisinde PTKK'nin artırılmasına yönelik hastaya özel uygun egzersiz programlarının oluşturulması göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Neurourol Urodyn*. 2010 Jan; 21(1):5-26.
2. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*. 2006 Dec; 50(6):1306-14.
3. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How wide spread are the symptoms of the overactive bladder and how are they managed? A population-based study. *BJU Int*. 2001 Jun; 87(9):760-6.
4. Lugo Salcedo F, Sánchez Borrego R, Bueno ER, Sanz TO, García PB, Munné JG, C, et al. Assessment of female prevalence of overactive bladder (OAB) in Barcelona using a self-administered screening questionnaire: The Cuestionario de Autoevaluación del

- Control de la Vejiga (CACV). *Int Urogynecol J*. 2013 Sep; 24(9):1559-66.
5. Mostwin JL. Pathophysiology: The varieties of bladder overactivity. *Urology*. 2002 Nov; 60(5):22-6.
 6. Gunnarsson M, Mattiasson A. Circumvaginal surface electromyography in women with urinary incontinence and in healthy volunteers. *Scand J Urol Nephrol Suppl*. 1994; 157:89-95.
 7. Gunnarsson M, Mattiasson A. Female stress, urge, and mixed urinary incontinence are associated with a chronic and progressive pelvic floor/vaginal neuromuscular disorder: an investigation of 317 healthy and incontinent women using vaginal surface electromyography. *Neurourol Urodyn*. 1999; 18(6):613-21.
 8. Shafik A, Shafik IA. Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol*. 2003 May; 20(6):374-7
 9. Artibani W. Diagnosis and significance of idiopathic overactive bladder. *Urology*. 1997 Dec; 50(6A Suppl):25-32
 10. Bo K, Berghmans LCM. Nonpharmacologic treatment for overactive bladder-pelvic floor exercises. *Urology*. 2000 May; 55(5A Suppl):7-11
 11. Lai H, Gardner V, Vetter J, Andriole GL. Correlation between psychological stress levels and the severity of overactive bladder symptoms. *BMC Urol*. 2015 Mar; 15:14.
 12. Çankaya A, Oskay ÜY. Assessment of bladder diaries of women diagnosed with overactive bladder syndrome. *Gulhane Med J*. 2014 Sep; 56(3):169-73.
 13. Patterson A. Behaviour change to treat overactive bladder syndrome. *Nurs Times*. 2011 Nov; 107(46):16-9.
 14. Freeman RM, Adekanmi OA. Overactive bladder. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005 Dec; 19(6):829-41.
 15. Wang Y, Xu K, Hu H, Zhang X, Wang X, Na Y, et al. Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life of overactive bladder in China. *Neurourol Urodyn*. 2011 Nov; 30(8):1448-55.
 16. Smith AL, Wein AJ. Contemporary management of overactive bladder. *Postgrad Med*. 2012 Jan; 124(1):104-16.
 17. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. *Qual Life Res*. 2002 Sep; 11(6):563-74.
 18. Tarcan T, Mangır N, Özgür MÖ, Akbal C. OAB-V8 aşırı aktif mesane sorgulama formu validasyon çalışması. *Üroloji Bülteni*. 2012; 21:113-6.
 19. Cartwright R, Srikrishna S, Cardozo L, Robinson D. Validity and reliability of the patient's perception of intensity of urgency scale in overactive bladder. *BJU Int*. 2011 May; 107(10):1612-7
 20. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. *Manual for the state-trait anxiety inventory: STAI ("Self-evaluation Questionnaire")*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
 21. Öner N, Le Compte A. *Sürekli Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2. baskı. İstanbul, Türkiye: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
 22. Wattanayingcharoenchai R, Manonai J, Vannatim N, Saritapirak S, Insomboon C, Chittacharoen A. Impact of stress urinary incontinence and overactive bladder on quality of life in Thai women attending the urogynecology clinic. *J Med Assoc Thai*. 2007 Jan; 90(1):26-31.
 23. Lai HH, Rawal A, Shen B, Vetter J. The relationship between anxiety and overactive bladder or urinary incontinence symptoms in the clinical population. *Urology*. 2016 Dec; 98:50-7.
 24. Macaulay AJ, Stern RS, Holmes DM, Stanton SL. Micturition and the mind: psychological factors in the aetiology and treatment of urinary symptoms in women. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Feb; 294(6571):540-3.
 25. Melotti IGR, Juliato CRT, Tanaka M, Riccetto CLZ. Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2018 Jan; 37(1):223-8
 26. Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, Norgaard JP, Rosen RC, McKinlay JB. Nocturia and quality of life: results from the Boston area community health survey. *Eur Urol*. 2012 Jan; 61(1):78-84.
 27. Alves AT, Jácómo RH, Gomide LB, Garcia PA, Bontempo AP, Karnikoski MG. Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Jul; 36(7):1-9.
 28. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int*. 2008 Jun; 101(11):1388-95.
 29. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence of burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol*. 2003 May; 20(6):327-36.
 30. Milsom I, Kaplan SA, Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS. Effect of bothersome overactive bladder symptoms on health-related quality of life, anxiety, depression, and treatment seeking in the United States: results from EpiLUTS. *Urology*. 2012 Jul; 80(1):90-6.
 31. Knight S, Luft J, Nakagawa S, Katzman WB. Comparisons of pelvic floor muscle performance, anxiety, quality of life and life stress in women with dry overactive bladder compared with asymptomatic women. *BJU Int*. 2012 Jun; 109(11):1685-9.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Özel Bir Hastanede Organizasyonel Koordinasyonun Birim Kalite Sonuçları ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Fadime BAŞTÜRK¹, Emine ORHANER²

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, organizasyonel koordinasyonun hastane kalite hedeflerine olan etkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın ana sonuç ölçütlerini, Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği ve Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği puanları oluşturmuştur. Araştırmanın verileri özel bir hastanede sabit çalışma birimi olan 258 katılımcıdan toplanmıştır. Veriler araştırmacıların geliştirdiği birim düzeyinde hastane hedeflerini, koordinasyon mekanizmalarının yeterliliğini ve koordinasyon sorunlarını inceleyen Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği (22 madde) ve hastane içindeki oluşumlar (grup, ekip, birim vb.) arası koordinasyon düzeyini ölçmek için 37 maddelik bir Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçeklerin puanlaması beşli likert tarzında yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %66'sı (n=170) kadındı; çoğunluğu lise (%34; n=88), ön lisans (%29; n=74) ve lisans (%24; n=64) mezunu; %40'ı (n=102) 26-35 yaş grubunda idi. Cronbach α güvenilirlik katsayısı Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği'nde 0,754, Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği'nde ise 0,962 olarak hesaplanmıştır. Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği maddeleri toplam varyansın %62,4'ünü açıklayan üç faktör altında toplanmıştır. Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği değişkenleri toplam varyansın %72,9'unu açıklayan yedi faktör altında toplanmıştır. Birim hedeflerine ulaşma düzeyini olumlu yönde en çok etkileyen değişkenin, Uyum faktörü olduğu bulunmuştur. Koordinasyon modelleri ve bu modelleri oluşturan faktörlerin birbirleri ile hem çoklu, hem karşılıklı, hem farklı, hem de benzer yönlerde etkileşimlere sahip olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada örgütsel koordinasyonu kapsayıcı bir şekilde değerlendirmede kullanılacak ölççekler geliştirilmiş, örgütsel bir ortamda denenmiş ve koordinasyon kapsamının bir sağlık kurumunda kurumsal sonuçlara olan etkisi gösterilmiştir. Böylece sağlık sistemi gibi karmaşık sistemlerin yönetimi için bir türlü uygulama ve gerçeklik düzeyine çıkamayan etkili koordinasyonun sağlanması konusunda bir temel oluşturulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Koordinasyon, Örgütsel hedefler, Bölümlerarası ilişkiler, Hastaneler, Kalite iyileşmesi

Organizational Coordination and Its Relationship with the Quality Evaluations of the Departments in A Private Hospital

Fadime BAŞTÜRK¹, Emine ORHANER²

ABSTRACT

Aim: This study aimed to determine the effect of organizational coordination on hospital quality targets.

Methods: The main outcome measures of the study were Unit Coordination Performance Scale and Inter-Unit Coordination Level Scale scores. The data of the study were collected from 258 participants who had fixed positions in a private hospital. The data were collected by the Unit Coordination Performance Scale (22 items) evaluating hospital targets at the unit level and the effectiveness of the coordination mechanisms and the 37-item Inter-Unit Coordination Level Scale assessing the coordination level between the different units (groups, teams, units, etc.) in the hospital. Scoring was done in a five-point likert style.

Results: 66% of the participants (n = 170) were female, the majority of them had high school (34%; n = 88), pre-license (29%; n = 74) and bachelor's degree (24%; n = 64) education, 40% (n = 102) were in the 26-35 years age group. The Cronbach α reliability coefficient was calculated as 0.754 for the Unit Coordination Performance Scale and 0.962 for the Inter-Unit Coordination Level Scale. The Unit Coordination Performance Scale items were grouped under three factors explaining 62.4% of the total variance. The Inter-Unit Coordination Level Scale was grouped under seven factors explaining 72.9% of the total variance. It was found that the variable that most positively affected the achievement of the unit targets was the Adaptation factor. Coordination models and the factors forming these models have been found to have interactions with each other both in mutual, multiple, concordant, and discordant ways.

Conclusion: In this research, scales that can be used to evaluate organizational coordination in an inclusive manner have been developed, tested in an organizational environment and the scope of coordination has been shown to have an effect on institutional outcomes in a health institution. Thus, this study serves as a basis for the management of complex systems such as hospitals to ensure effective coordination, which is difficult to implement in reality.

Keywords: Coordination, Interdepartmental relations, Organizational goals, Hospitals, Quality improvement.

¹ Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü

² Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Sorumlu Yazar: Fadime BAŞTÜRK

E-posta adresi: f.arslanbasturk@gmail.com ORCID No: 0000-0003-2928-824X

Gönderi Tarihi: 15.10.2018

Kabul Tarihi: 27.11.2018

GİRİŞ

Koordinasyon; çok boyutlu, bilişsel, sosyal, yönetsel ve teknik bir olgu olup; bu özelliklerin bir gereği olarak ekonomi, bilgisayar bilgi sistemleri, dilbilim, yönetim, örgütsel davranış, psikoloji, sosyoloji, iletişim, tıp, kimya, eğitim gibi farklı disiplinleri ve disiplinler arası alanı kapsayan çok yönlü bir araştırma alanına sahiptir. Yönetişim ise konuların belirlenmesi, politika analizi, karar alma, uygulama ve değerlendirme gibi politika oluşturma sürecinin her alanında geçerlidir (1).

Bugün Ay'a heyet göndermek, bir projeyi tamamlamak, bir sistemi daha etkili hale getirmek veya bir politikayı daha işlevsel kılmak; amacın ne olduğuna bakılmaksızın bunların hepsinde koordinasyon gereklidir (2). Organizasyonlar, gücünü birden fazla kişinin koordineli çalışmasından, birden fazla birimin koordineli işleyişinden, çoklu sermaye akışlarının planlama çabalarının koordineli yönetiminden, ürünlerin koordineli olarak teslim edilmesinden, çalışanların zamanlanmış, kontrollü operasyona sosyalleştirilmesinden ve toplumların ve piyasa müşterilerinin ihtiyacı olan örgütsel çıktılarının koordinasyonundan alır. Bu nedenlerle örgütsel koordinasyon çalışmaları mikro düzeyden (birey gibi) makro düzeylere (örgüt gibi), teoriden uygulamaya çok geniş bir alanı kapsamaktadır 3.

Literatürde koordinasyonla ilgili çok sayıda araştırma olmakla birlikte (1,4-13), koordinasyonun nasıl sağlanacağı, sağlık

kurumlarındaki örgütsel sorunların, hedeflerin ve örgütün kalitesinin koordinasyonla nasıl ilgili olduğu veya koordinasyon kapsamına girip girmediği belirsiz kalmaktadır. Dolayısıyla, geniş bir kapsama yayılan çalışmalar konuyu genellikle teorik yönden incelemiş, koordinasyonla ilgili faktörler büyük oranda bir arada değerlendirilmemiştir.

Organizasyonel koordinasyonun hastane kalite hedeflerine etkisinin incelendiği bu çalışmada; performansın ve kalitenin sürücüsü olan koordinasyon düzeyinin hastane hedeflerine etkilerinin ortaya çıkarılması ve hastanelerin kısmen kontrolü dışında kalan bu etkilere yönelik koordinasyon mekanizmalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın ana sonuç ölçütlerini Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği ve Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği puanları oluşturmuştur.

YÖNTEM

Araştırma tasarımı

Bu çalışma, kesitsel tanımlayıcı analitik nitelikte bir araştırmadır.

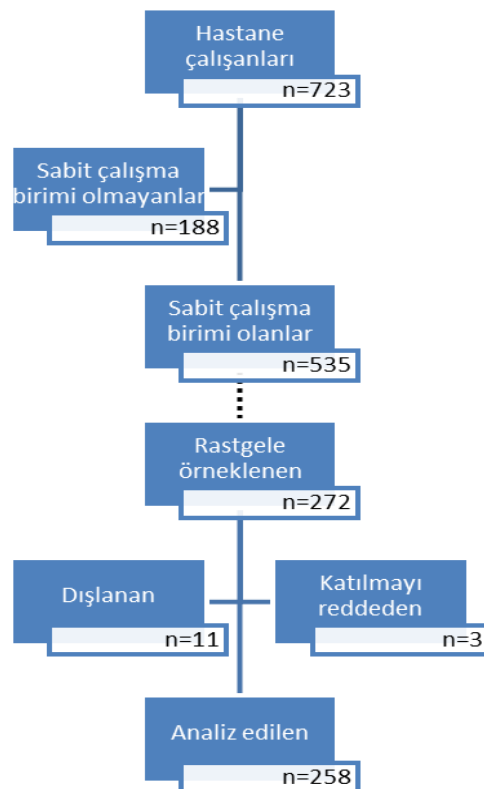
Ortam

Araştırma özel bir hastanede, Aralık 2017-Mart 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma raporlaması STROBE rehberindeki kurallara göre gerçekleştirilmiştir (14). Çalışmanın

gerçekleştirilmesi için hastane yönetiminden ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan (Tarih: 09/10/2017, No: 142105) izin alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı açıklanarak bilgilendirilmiş sözel ve yazılı olurları alınmıştır.

Katılımcılar

Bu çalışmanın araştırma evrenini, sabit bir çalışma birimi olmayan hekimler, temizlik elemanları ve diğer çalışanlar dışında; özel bir hastanenin birimlerinde çalışanlar oluşturmaktadır. Araştırma anketi maddelerinden %5 veya daha fazlasını boş bırakan, çift işaretleyen ya da cevaplarında tutarsızlık gözlenen toplam 11 kişi araştırmadan çıkarılmıştır. Toplam 258 katılımcıdan elde edilen veriler analiz edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Araştırma Katılımcı Akışı.

Örneklem hesabı

Örneklem hesabı için Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği puan ortalamaları esas alınmıştır. Post-Hoc örneklem hesabında, Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği puan ortalaması 3,0 standart sapması 1,0 alındığında %95 güven aralığında, 0,123 (düşük) etki genişliğinde bir tahmin yapmak için 257 kişilik bir örneklemin gerektiği hesaplanmıştır (15).

Değişkenler

Araştırma anket ve ölçekleri ayrıntılı literatür taraması ve uzman görüşleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Geliştirilen ölçeklerin içerik geçerliliği organizasyonel koordinasyon modeline dayandırılmıştır (16-18). Çok boyutlu bir yapısı olan koordinasyonu ölçmek, ancak çoklu bir yaklaşımla mümkündür. Bu nedenle ölçeğin koordinasyon faktörlerini bir bütün olarak içermesi önerilmektedir (19,20).

Koordinasyonu ölçmek için ortaya çıkan durumlar ve sonuçların kullanılması önerilmiştir (21). Bunun yanında koordinasyon performansı birimler arası etkili çalışma ilişkileri, karşılıklı sorumlulukları yerine getirme, koordinasyonun tatmin ediciliği, birim etkinliği üzerindeki pozitif ve negatif etkilerini sorgulayan bir ölçekle değerlendirilmiştir (22). Yine koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan sorunlar ve koordinasyonu sağlamak için kullanılan mekanizmaların yeterliliği ve koordinasyon

çabaları koordinasyonu ölçmede kullanılmıştır (23–25).

Hastane hedeflerini ölçmek için sağlıkta akreditasyon sistemindeki tanımlamalar kullanılmıştır (26). Bu araştırmada katılımcılara demografik faktörleri içeren soruların yanında araştırmacıların hazırladığı iki ölçek uygulanmıştır. Birim düzeyinde hastane hedeflerini, koordinasyon mekanizmalarının yeterliliğini ve koordinasyon sorunlarını inceleyen Birim Koordinasyon Performansı Ölçeğinde 22 madde bulunmaktadır. Bu maddeler arasında hastane kalite hedeflerine ulaşma düzeyini ölçen 10 adet kalite hedefi ve tanımları değerlendirilmiş ve bu hedeflere ulaşma durumu beşli likert ölçeği ile ölçülmüştür (1-çok kötü, 5-çok iyi).

Hastane içindeki oluşumlar (grup, ekip, birim vb.) arası koordinasyon düzeyini ölçmek için araştırmacılar tarafından 37 maddelik bir Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçekteki ifadelerin daha önce tanımladığımız yedi faktör altında sıralanacağı öngörülmüştür. Buradaki ifadelerin değerlendirilmesinde de, 1- Hiç yok, 2-Düşük, 3-Orta, 4-Yüksek, 5-Çok Yüksek şeklinde beşli likert ölçeği kullanılmıştır.

Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS v22 (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler; sayı, yüzde ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Normal

dağılıma uygunluk, Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı için güvenilirlik analizi ve geçerlilik için de açıklayıcı faktör analizi ile Barlett testi yapılmıştır. Faktörler arası ilişkiyi saptamak ve hipotezleri test etmek için korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır.

BULGULAR

Katılımcılar

Katılımcıların %66'sı (170 kişi) kadındı; %34'ü (88 kişi) lise, %29'u (74 kişi) ön lisans, %24'ü (64 kişi) lisans mezunu idi. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %29'u (75 kişi) 18-25 yaş grubunda, %40'ı (102 kişi) 26-35 yaş grubunda, %20'si (51 kişi) 36-45 yaş grubunda, %12'si ise 46 ve üzeri yaş grubundaydı. Katılımcıların %74'ü (191 kişi) 3 yıl veya daha az bir süredir kurumda çalışmaktaydı.

Ölçeklerin Güvenilirliği

Ölçek maddelerinin iç güvenilirliğini gösteren Cronbach α katsayısı, Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği'nde (0,754-'oldukça güvenilir') ve Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği'nde (0,962-'yüksek derecede güvenilir') bulunmuştur

Faktör Analizi Sonuçları

Faktör analizinde, her iki ölçeğin KMO ölçümü 0,5'ten daha büyük ve Bartlett'in küresellik testi anlamlı bulunmuştur (Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği: KMO=0,911;

Bartlett=3594,107, $p<0,001$ ve Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği: KMO= 0,924; Bartlett=7946,102, $p<0,001$).

Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği'ne uygulanan maddeler, toplam varyansın %62,4'ünü açıklayan, özdeğeri 1'den büyük üç faktör altında toplanmıştır. Araştırma modeli ile uyumlu bir şekilde oluşan üç faktör "Hedefler", "Mekanizmaların Yetersizliği", ve "Sorunlar", boyutu olarak adlandırılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1 ve 2'de, ölçeklerin maddeleri ve model değişkenler ile açıklayıcı faktör analizinin varimax döndürülmüş bileşen matrisi, maddelerin faktör yükleri ve diğer istatistiksel değerler verilmiştir. Genel kabule göre 350 kişilik bir örnekleme 0,3 üzeri yükler anlamlı kabul edilebilirken, örneklem sayısı 200'e düştüğünde bu rakam 0,4 olmaktadır (27). Maddelerin faktör yükleri 0,609 ile 0,857 arasında değer aldığından ölçeklerde yer alan maddelerin ayırt edicilikleri oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Tüm boyutlar için Cronbach- α güvenilirlik puanları 0.853 veya daha yüksektir. Ayrıca maddelerin her biri ortak varyansın 0,5'ten fazlasını açıklamaktadır. Diğer taraftan, ölçek maddeleri araştırma modelimize uygun bir şekilde faktörleşmiştir.

Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği'ne uygulanan faktör analizi sonucuna göre değişkenler toplam varyansın %72,9'unu açıklayan, özdeğeri 1'den büyük yedi faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler, toplam varyansı

açıklamaktadır. Araştırma modeli ile uyumlu bir şekilde oluşan 7 faktör; "Değerlilik", "Düzenleme", "Uyum ve Bütünlük", "İletişim Kalitesi", "Farkındalık", "İş birliği" ve "Bağlantılılık" boyutu olarak tanımlanmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Birim Koordinasyon Performansı Ölçeği ve Madde Değerleri.

	Ort.	SS	Yük	Ortak Varyans
Hedefler ($\alpha =0,936$)				
1. Zamanlılık	3,065	1,108	0,839	0,733
2. Uygunluk	3,155	1,125	0,833	0,717
3. Süreklilik	3,096	1,095	0,830	0,728
4. Hasta Odaklılık	3,058	1,112	0,791	0,661
5. Hasta Güvenliği	3,244	1,050	0,785	0,658
6. Verimlilik	3,000	1,076	0,744	0,572
7. Etkililik	3,108	1,023	0,740	0,602
8. Sağlıklı Çalışma Ortamı	2,957	0,995	0,740	0,616
9. Etkinlik	3,329	1,096	0,735	0,609
10. Hakkaniyet	2,903	1,074	0,730	0,563
Mekanizmaların Yetersizliği ($\alpha =0,865$)				
1. Zaman (vakit) yetersizliği	3,170	1,092	0,801	0,711
2. Kaynak (malzeme, insan gücü vs.) yetersizliği	3,143	1,090	0,767	0,649
3. Düzenleme ve planlamaların yetersizliği	3,062	1,067	0,715	0,590
4. Yetkilerin yetersizliği	3,116	1,123	0,703	0,602
5. Değişimde alışkanlıkların değiştirilememesi	3,112	1,065	0,689	0,538
6. Etkilerin (teşvik, ödül vb.) yetersizliği	3,116	1,213	0,676	0,508
Koordinasyon Sorunları ($\alpha = 0,869$)				
1. Fazlalıklar (tekrarlar)	3,042	1,0634	0,745	0,618
2. Çelişkili durumlar (tutarsızlık)	3,081	1,093	0,739	0,664
3. Gerçekleşen hatalar veya kazalar	2,879	1,121	0,735	0,670
4. Gruplar ve kişiler arası çatışmalar	3,205	1,123	0,679	0,570
5. İşlerin kesintiye uğraması (tamamlanamaması)	2,938	1,100	0,675	0,593
6. Boşlukların (belirlenmemiş konular) olması	3,007	1,013	0,672	0,558

Korelasyon Analizi

Araştırmadaki nümerik değişkenler arasındaki korelasyonlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 2a. Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği ve Madde Değerleri.

	Ort.	SD	Yük	Ortak Varyans
Değerlilik $\alpha =0,949$				
1. Kişilerin birbirlerine güvenmesi	3,058	1,055	,794	0,803
2. Kişilerin birbirlerine saygı ve anlayış (hoşgörü) göstermesi	3,031	1,069	,785	0,793
3. Kişilerin birbirlerini önemsemesi (kişiye değer verme)	2,976	1,087	,784	0,769
4. Kişilerin birbirlerine adil ve etik davranması	2,941	1,073	,782	0,748
5. İşlere gereksinim duyma	3,120	1,015	,776	0,773
6. İşleri önemseme (işe değer verme)	3,073	1,057	,724	0,728
7. İşleri benimseme (iş sahiplenme)	3,135	1,105	,680	0,709
8. İstekli olma	3,093	1,047	,656	0,665
Düzenleme $\alpha =0,914$				
1. Değişimler olduğunda güncelleme yapma	2,976	0,929	0,811	0,754
2. Sorunları çözme (iyileştirme)	2,930	0,963	0,807	0,771
3. Değerlendirme yapma (izleme, ölçme, müzakere etme gibi)	2,953	0,957	0,750	0,745
4. Geribildirim yapma	2,976	0,970	0,738	0,706
5. Denge sağlama (uygun sıraya koyma gibi)	3,011	0,914	0,722	0,725
6. Verdiği sözlere (taahhütlere) uyma	3,023	0,974	0,609	0,602
Uyum ve Bütünlük $\alpha =0,895$				
1. Görev konusunda uyum sağlama (doğru işi yapma)	3,034	0,888	0,802	0,748
2. Yöntem konusunda uyum sağlama (iş doğru yöntemle yapma)	2,996	0,956	0,750	0,701
3. Mekan konusunda uyum sağlama (iş yerinde yapma)	3,038	0,885	0,716	0,685
4. Kişi konusunda uyum sağlama (iş doğru kişinin yapması)	3,077	0,955	0,702	0,677
5. Tüm unsurların (ilgili tüm kişiler, işler, malzemeler vb.) Göz önüne alınması	3,007	0,912	0,690	0,671
6. Zamanlama konusunda uyum sağlama (iş zamanında yapma)	2,907	0,965	0,643	0,613

Korelasyon analizi sonucu yaş sonucu ile Çalışma Süresi ($r= 0,296$, $p<0,01$), Eğitim ($r=0,234$,

$p<0,01$), Hedefler ($r=-0,246$, $p<0,01$) Yetersiz Mekanizmalar ($r=0,203$, $p<0,01$), Sorunlar ($r=0,146$, $p<0,05$), Uyum ($r=-0,139$, $p<0,05$) ve İletişim ($r=-0,157$, $p<0,05$) değişkenleri arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 2b. Birimler Arası Koordinasyon Düzeyi Ölçeği ve Madde Değerleri.

	Ort.	SD	Yük	Ortak Varyans
İletişim Kalitesi $\alpha =0,906$				
1. Uygun içerikte (açık, anlaşılır, sade/öz vb.) İletişim kurma	3,011	0,927	0,773	0,772
2. Yeterli sıklık ve sürede kesintisiz iletişim kurma	3,023	0,924	0,757	0,760
3. Gerekli bilgilere ve kişilere erişim kolaylığı	2,976	1,032	0,751	0,771
4. İlgili konuda ve ilgili kişi ile iletişim kurma	2,984	0,970	0,710	0,710
5. Diğerlerini etkileyen yönünün bilinmesi	3,038	0,872	0,688	0,654
Farkındalık $\alpha =0,902$				
1. Yetkinliğin (bilgi, beceri, yetenek vb.) olması	3,143	0,973	0,769	0,771
2. Dikkatin işe odaklanması	3,166	0,903	0,751	0,762
3. İşlerle ilgili öngörü sahibi olma (geleceğe yönelik etkilerin tahmini)	3,120	0,936	0,735	0,785
4. Doğru algılama (konunun doğru anlaşılması ve tanımlanabilmesi)	3,077	0,874	0,691	0,700
5. Sorumluluk sahibi olma	3,124	0,966	0,622	0,606
İş birliği $\alpha =0,881$				
1. Etkinliklere (toplantı, eğitim vb.) katılma	3,279	1,001	0,806	0,776
2. Herhangi bir zorunluluk olmadan katkı (özveri) sağlama	3,131	0,915	0,786	0,742
3. Yardımlaşma	3,166	1,035	0,732	0,729
4. Bilgi, fikir, malzeme vb. paylaşma	3,151	0,923	0,703	0,745
Bağlantılık $\alpha = 0,853$				
1. Bağımlılık; bağımlı ve ilişkili olma düzeyi (ortak çalışma gerekliliği)	3,003	0,871	0,857	0,803
2. Doğrudan (aracı olmadan) etkileşimde bulunma sıklığı	3,073	0,890	0,818	0,787
3. Dolaylı olarak etkileşimde bulunma sıklığı	3,089	0,901	0,787	0,745

Çalışma Süresi değişkeni ile Değişim ve Yenilik Yapma Sıklığı ($r=-0,124$, $p<0,05$), Hedefler ($r=-0,159$, $p<0,05$) ve İletişim ($r=-0,128$, $p<0,01$) değişkenleri arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Eğitim değişkeni ile

Hedefler ($r=-0,134$, $p<0,05$), Yetersiz Mekanizmalar ($r=-0,174$, $p<0,01$) ve Bağlantılılık ($r=-0,196$, $p<0,01$) değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Değişim ve Yenilik Yapma Sıklığı değişkeni ile Kurul, Komite ve Ekiplerin İşlevselliği ($r=0,265$, $p<0,01$), Yetersiz Mekanizmalar ($r=0,402$, $p<0,01$), ve Sorunlar ($r=0,231$, $p<0,01$), faktörleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Kurul, Komite ve ekiplerin İşlevselliği ile Yetersiz Mekanizmalar ($r=0,381$, $p<0,01$) ve Sorunlar ($r=0,270$, $p<0,01$) faktörleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Diğer faktörlerin kendi aralarındaki korelasyonu değerlendirdiğimizde Bağlantılılık, Yetersiz Mekanizmalar ve Sorunlar faktörü dışında tüm faktörler arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin anlamlılık düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. İşbirliği, Bağlantılılık, Farkındalık faktörleri ile Yetersiz Mekanizmalar faktörü arasında ise bir ilişki bulunamamıştır. Yetersiz Mekanizmalar ve Sorunlar faktörlerinin kendi aralarındaki ilişki ($r=0.624$ $p<0,01$) pozitif yönde iken diğer faktörlerle olan ilişkisi negatif yöndedir (Tablo 3).

Regresyon Analizi

Faktörlerin doğrudan veya dolaylı olarak birbirlerine olan etkisini ölçmek için çoklu lineer regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı olarak ele alınan değişkenleri (Hedefler, Yetersiz Mekanizmalar ve Sorunlar) en çok etkileyen

değişkenler tespit edilerek aralarındaki karmaşık yapı tanımlanmıştır. Değerlendirmeye alınan bağımlı değişken için tüm değişkenler girilmiş, en uygun modele ulaşana kadar değişken eleme ve ekleme yöntemleri sırası ile denenmiş, elde edilen en uygun model Tablo 4’te raporlanmıştır.

Tablo 3. Demografik değişkenlerle koordinasyon faktörleri arasındaki ilişkilere ait korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri.

	Yaş	Çalışma süre	Eğitim	DYS	KKEİ	Hedefler	YM	Sorunlar	Bağlantılılık	Uyum	İşbirliği	Düzenleme	Farkındalık	İletişim
Çalışma süre	0,29 6**	1												
Eğitim	0,23 4**	0,09 3	1											
DYS	0,06 9	-0,12 4*	0,08 8	1										
KKEİ	0,07 1	-0,09 3	-0,01 6	0,26 5**	1									
Hedefler	-0,24 6**	-0,15 9*	0,13 4*	0,10 5	-0,07 9	1								
YM	0,20 3**	-0,02 5	0,17 4**	0,40 2**	0,38 1**	0,32 3**	1							
Sorunlar	0,14 6*	-0,05 7	0,07 0	0,23 1**	0,27 0**	-0,42 4**	0,62 4**	1						
Bağlantılılık	-0,02 9	0,03 2	0,19 6**	0,10 3	0,02 2	0,13 2*	0,01 0	-0,17 1**	1					
Uyum	-0,13 9*	0,03 9	-0,04 1	0,08 6	0,07 2	0,51 8**	0,20 5**	-0,37 5**	0,45 5**	1				
İş birliği	-0,06 7	-0,06 7	-0,01 1	0,07 7	-0,00 7	0,20 2**	0,01 2	-0,12 9*	0,29 5**	0,38 1**	1			
Düzenleme	-0,09 9	-0,11 9	-0,08 7	0,05 1	-0,00 5	0,41 1**	-0,20 6**	-0,28 7**	0,27 7**	0,54 8**	0,54 2**	1		
Farkındalık	-0,09 1	-0,08 5	0,06 4	0,09 1	0,08 4	0,30 7**	-0,10 9	-0,19 6**	0,39 1**	0,52 7**	0,50 9**	0,51 8**	1	
İletişim	-0,15 7*	-0,12 8*	-0,00 5	0,11 5	-0,10 6	0,35 1**	-0,19 7**	-0,26 8**	0,40 9**	0,49 3**	0,53 3**	0,49 7**	0,62 2**	1
Değerlili k	-0,09 2	-0,10 2	0,01 5	0,09 8	0,01 3	0,40 3**	-0,19 7**	-0,36 0**	0,36 7**	0,59 4**	0,51 5**	0,57 9**	0,63 9**	0,58 4**

DYS: Değişim ve Yenilik Yapma Sıklığı; KKEİ: Kurul Komite ve Ekiplerin İşlevselliği; YM: Yetersiz Mekanizmalar; * $p = 0,05$; ** $p < 0,01$. Anlamlılık düzeyleri çift yönlüdür.

Demografik değişkenlerden metrik olan veya artış gösteren kategorik değişkenler giriş modeline dahil edilmiştir. Analiz sonucunda giriş tüm modeller için değişkenlerinden en az birinin β değeri sıfırdan farklı olduğu için H_0 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4. Koordinasyon Modellerinin Hedefler, Yetersiz Mekanizmalar ve Sorunlar Üzerine Etkisini Belirlemeye Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Modeller		Değişkenler		
		Hedefler	Yetersiz Mekanizmalar	Sorunlar
Demografik (Kişisel) Model	Yaş	-0,114*		
	Çalışma Süresi	-0,086*		
	Eğitim		0,108*	
Birim Koordinasyon Modeli	DYS	0,184**	0,260***	
	KKEİ		0,172***	
	Hedefler		-0,119*	-0,140*
	YM	-0,139*		0,529***
	Sorunlar	-0,218**	0,445***	
Birimler Arası Koordinasyon Modeli	Bağlantılılık	-0,122*	0,120*	
	Uyum	0,359***		-0,118*
	İş birliği		0,141**	
	Düzenleme	0,125*		
	Farkındalık			
	İletişim Kalitesi		-0,122*	
	Değerlilik			-0,129*
Regresyon Değerleri	F	22,53	40,37	58,43
	DF	8,249	7,250	4,253
	R	0,648	0,728	0,635
	R ²	0,420	0,531	0,403
	DW	1,694	2,110	1,752
	Tolerans	0,517	0,628	0,554
	VIF	1,934	1,593	1,804

F: Modelin anlamlılığını gösteren ANOVA F değeri; DW: Değişkenler arası otokorelasyon Durbin Watson; VIF: Variance Inflation Factor (varyans artış faktörü); DHS: Değişim ve Yenilik Yapma Sıklığı; KKEİ: Kurul Komite ve Ekiplerin İşlevselliği; YM: Yetersiz Mekanizmalar; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$; +: .

Bağımsız değişkenlerin Hedefler değişkenine olan etkileri incelendiğinde; tüm değişkenlerin dahil edildiği model hedefler değişkenindeki değişimin %42,0'sini açıklamaktadır. En yüksek etki ve anlamlılık derecesine sahip değişken Uyum faktörüdür ($\beta=0,359$, $p < 0,001$). Sorunlar faktöründeki bir birimlik artış ise Hedefler faktörünü 0,22 birim azaltmaktadır ($\beta=-0,218$, $p < 0,01$). Modelde, hedefler değişkenini etkileyen diğer değişkenler; Değişim ve Yenilik Yapma Sıklığı ($\beta=0,184$, $p=0,01$); Yetersiz Mekanizmalar ($\beta=-0,139$, $p < 0,05$), Düzenleme ($\beta=0,125$, $p < 0,05$), Bağlantılılık ($\beta=-0,122$, $p < 0,05$), Yaş ($\beta=-0,114$, $p < 0,05$) ve Çalışma Süresidir ($\beta=-0,086$, $p < 0,10$).

Koordinasyon modellerinin Yetersiz Mekanizmalara etkisini incelediğimizde değişkenlerin modeli %53,1 oranında anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmüştür ($R^2=0,531$, $F=40,37$, $p < 0,001$). İş Birliği ($\beta=0,141$, $p < 0,05$) ve Bağlantılılık ($\beta=0,120$, $p < 0,10$) değişkenlerinin; Yetersiz Mekanizmalar değişkenini arttırması ilginç bir bulgudur. İletişim Kalitesi değişkeni ise Yetersiz Mekanizmaları azaltmaktadır ($\beta=-0,122$, $p < 0,01$). Yetersiz mekanizmaları pozitif yönde en çok etkileyen değişken Sorunlar ($\beta=0,445$, $p < 0,001$) faktörüdür. Bununla birlikte, Değişim ve Yenilik Yapma Sıklığı ($\beta=0,260$, $p < 0,001$) ve Kurul Komite ve Ekiplerin İşlevselliği ($\beta=0,172$, $p < 0,001$) Yetersiz Mekanizmaları arttırırken Hedefler ($\beta=-0,119$, $p < 0,01$) azaltmaktadır.

Koordinasyon Modellerinin Sorunlara Etkisini incelediğimizde ise; Yetersiz Mekanizmalar 0,529 etki gücü ile $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde sorunları arttıran en etkili değişken olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerden Hedefler, Değerlilik ve Uyum $p<0,01$ anlamlılık düzeyinde Sorunları azaltmaktadır ($R^2=0,403$; $F= 58,43$; $p<0,001$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, koordinasyonun kapsamını gösteren faktörlerin, araştırma kuramına uygun olarak önerilen ifadelerden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre koordinasyon modelleri ve bu modelleri oluşturan faktörler birbirleri ile hem çoklu, hem karşılıklı, hem farklı, hem de benzer yönlerde etkileşimlere sahiptir. Ayrıca yapılan tüm analizlerde birim hedeflerine ulaşma düzeyini olumlu yönde en çok etkileyen değişkenin Uyum faktörü olduğu bulunmuştur. Etkileşim çift taraflıdır. Bu sonuç temel koordinasyon göstergesi olarak vurgulanan Uyum faktörü ve Hedeflerle ilişkisine yönelik görüşümüzü doğrulamaktadır.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmada, örgütsel koordinasyonun seviyeleri ve gerçekleştiği düzeyler tanımlanmış koordinasyon düzeyini ölçmek için özel bir hastanenin birimleri seçilmiştir. Çalışmada, birimler arası seviye ile birim seviyesi karşılaştırılmıştır. Bu seviyeler organizasyonun kendi içindeki çoklu seviyelerini sınırlandırmada

aynı zamanda organizasyonun tümünü temsil etmede kuvvetli bir bütünlük sağlar. Ancak sadece bir hastaneden elde edilen ölçüm sonuçları ile koordinasyonun hastanelere etkisiyle ilgili genelleme yapılması mümkün değildir. Yine de ölçüm faktörlerinin etkisi noktasında önemli çıkarımlar yapılabilir.

Mikro ve makro etkilerin mezo kavşağında, ortaya çıkan olgularla ilgili yapılacak çalışmalarda grupların ideal olduğu belirtilmiştir (27). Bu açıdan çalışmamızın önemli bulgular sağladığını düşünmekteyiz.

Birimler arası koordinasyon düzeyinin birim koordinasyon performansı ile ilişkisini incelediğimizde; birimler arası koordinasyon düzeyi ile birim koordinasyonun hedeflenen sonuçları ile pozitif, hedeflenmeyen sonuçları ile negatif yönde etkileşimlerin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, birim koordinasyonunun hem hedeflenen hem de istenmeyen sonuçları arasında hem farklı hem de benzer yönlerde etkileşimler olduğu belirlenmiştir. Birimlerde, koordinasyon mekanizmalarının yetersizliği ve koordinasyon sorunları birim hedeflerine ulaşma düzeyini azaltmaktadır. Bunun tersi de geçerli olabilir. Organizasyonlarda koordinasyonun etkili bir şekilde sağlanması ile hatalar önlenebilir, sorunlar çözülebilir ve örgütsel etkinliği geliştiren kazanımlar sağlanabilir. Örneğin trafik koordinasyonunu inceleyen bir çalışmada, Fatih Sultan Mehmet Köprüsü üzerinde koordinasyonun etkili bir şekilde sağlanması durumunda trafikte

bekleme süresinin önemli ölçüde azaltılacağı bulunmuştur (28).

Bir çalışmada, hekimler tarafından bildirilen en yaygın kalite problemlerinin koordinasyon sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (29). Başka bir çalışmada, hemşirelik bakımı esnasında iyi koordine edilmiş ekiplerin iyi koordine edilmemiş ekiplere göre müşterilerin ihtiyaçlarını daha iyi yerine getirdiği ortaya konmuştur (30). Yine üretim, pazarlama ve lojistik bölümleri arasındaki koordinasyonun işletme performansını nasıl etkilediğine dair birçok araştırma yapılmış ve bu bölümler arasındaki koordinasyon ile işletme performansı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (31). Özkan ve Orhaner (32) de çalışmalarında yalın yönetim uygulamalarının örgütsel gelişim ve iyileşme için faydalı olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çoklu regresyon analizinden elde edilen sonuca göre birim koordinasyon modelinde değişim ve yenilik yapma sıklığı hedeflere ulaşma düzeyini arttırırken yetersiz mekanizmalar ve koordinasyon sorunları hedeflere ulaşma düzeyini azaltmaktadır. Ayrıca koordinasyon sorunları, değişim ve yenilik yapma sıklığı ve kurul komite ve ekiplerin işlevselliği faktörleri yetersiz mekanizmaları arttırırken hedeflere ulaşma düzeyinin yetersiz mekanizmaları azalttığı tespit edilmiştir. Bu iki sonuç birlikte değerlendirildiğinde ortaya ilginç bir bulgu çıkmaktadır. Birinci bulguda yetersiz mekanizmalar ve koordinasyon sorunları hedeflenmeyen ve istenmeyen durumlardır. Bu

ikisi arttığında değişim ve yenilik yapma ihtiyacı doğmakta ve hedeflere ulaşma yönünde etkisi artmaktadır. Ancak durum değişikliği nedeniyle yetersiz mekanizmalar artsa da hedefler üzerinde değişim ve yenilik yapma sıklığı ve uyum daha güçlü bir etki göstermekte, hedeflere ulaşma düzeyinin artmaya başlaması ile yetersiz mekanizmaların etkisi azalmaktadır. Bu tespit, koordinasyon faktörlerinin ele alınan konu çerçevesinde birbirlerini nasıl dengelediğini açıklamakta ve faktörler arasındaki etkileşimlerin özelliğinin ele alınan konu çerçevesinde belirlendiğini göstermektedir. Ayrıca, korelasyon analizinde, hedeflerle değişim ve yenilik yapma sıklığı arasında bir ilişki bulunamaması sonucu da bu çıkarımı desteklemektedir.

Çoklu faktörlerin birlikte etkisini değerlendiren çoklu modele sorunlar ve mekanizmaların yetersizliği ile birlikte dahil edilen değişim ve yenilik yapma sıklığı, birim hedeflerine ulaşma düzeyini diğerlerine göre pozitif yönde arttırmıştır. Dolayısı ile, sorunlar arttığında değişim ve yenilik yapma sıklığının değeri artmaktadır. Bunlara ilave olarak, bu sonuçlar koordinasyonu değerlendirmede çoklu analiz yöntemlerinin kullanımının, daha uygun olduğu tespitini güçlendirmektedir.

Hedefleri her zaman organizasyonel koordinasyonun sonucu olarak kabul edemeyiz. Örneğin, verimlilik hedefi normal bir zamanda bir hastanede önemli bir hedef olabilir, ancak bir kişinin hayati durumu söz konusu olduğunda

gerekli müdahalelerin zamanında yapılması verimlilik hedefinin çok ötesine geçer ve çoğu zaman onunla çelişir. Başarı, daha fazla hasta görmek değil, en yüksek risk altındaki hastalara bakmak ve sağlıklı olanların sağlığını korumak için iyi bir koordinasyon ve iletişim sağlamaktır. Böyle durumlarda değer stratejisi benimsenmelidir. Değer stratejisi, “müşteri memnuniyetiyle sonuçlanan süreçleri koordine etmenin temeli” olarak tanımlanmıştır (33).

Hastanın cerrahi bir operasyon geçireceğini farz edelim. Hastanın durumunda normalden sapma olduğunda önceden planlanmış yöntemlerin değiştirilmesi maliyetleri artırarak verimliliği düşürebilir. Ancak burada hastanın sağlığı her şeyden önemlidir. Ayrıca bu durumda değerlilik faktörü ile hedeflerin ilişkisine dair bir işaret vardır. Değerlilik faktörü uyumu arttırarak, hedeflere ulaşmayı olumlu yönde etkiler. Böylece hedeflerin kendi arasındaki koordinasyonda sağlanmış olur.

Bağlantılılık, koordinasyon araştırmalarında sıkça kullanılan ve önemli yeri olan bir faktördür. Bu açıdan bulgularımız diğer araştırmalardaki sonuçları desteklemektedir. Bağlantılılık, iletişim kalitesine odaklanarak veya ilgili olarak yapılan bu çalışmalarda aynı zamanda diğer faktörlerin, duruma göre değişen etkisini ve rolünü; açık bir şekilde görmek mümkündür. Örneğin, bir çalışmada bağlantılılığın (hasta kabulü ve/veya doktor ziyaretleri ile aktörlerin ağa katılımı) toplam yatış masraflarının veya maliyetinin

ortalaması ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (34).

Ekip iletişimi bağımlılıkların belirsiz olduğu karmaşık zihinsel görevlerde ve ekip üyelerinin birbirleri ile veya görev hakkında fazla bilgi sahibi olmadıkları, görevlerin erken aşamalarında daha önemlidir. Bununla birlikte, bağımlılıkların daha öngörülebilir olduğu, yönetimin kolayca programlanabileceği mekanik görevlerde ve üyelerin birbirlerini iyi tanıdıkları veya etkili iş bölümü uygulanan görevlerin sonraki aşamalarında ekip iletişiminin gerekliliği azalır (23). Bir bölümde meydana gelen aksaklığın ilgili diğer bölümleri etkileme durumu varsa, haberleşme koordinasyonu sağlamada daha da önemli olur (5).

Ekip çalışması etkinliği ile ilgili yapılan başka bir araştırmada, iletişimin ayrıca ekip üyelerinin kişisel gelişimleri, memnuniyetleri ve tekrar aynı ekiple çalışma isteklerini etkileyerek ekip çalışmasının etkinliğini arttırdığı bulunmuştur (35). Bir başka çalışmada, bireylerin bilişsel kümelerinin kombinasyonlarındaki kalıpların, takım davranışsal sürecinin (geçiş ve eylem), takım motivasyonu ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gözlenmiştir (36). Mathieu ve Schulze (37), takım süreçlerinde, “üyelerin bilgisi” ve “resmi planların kalitesi” olmak üzere iki takım niteliğinin epizodik takım geçişi ve kişilerarası süreçlere aracılık ettiğini, ayrıca takım süreçlerinin epizodik modelinin kullanıldığı bu çalışmada dinamik planlamanın (olasılıksal ve reaktif planlama) performansla pozitif olarak

ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte, politikaların uygulanma sürecinde planlar ile uygulamanın ne derecede uyduğu değerlendirilmiş; söylem ile eylem arasındaki farkın yaygın olduğu bulunmuştur (38,39).

İletişim sıklığı ve kişilerin birbirlerine bağımlı olması amaca odaklı olarak dengelenmediğinde ve kaliteli bir iletişim kurulmadığında bağlantılılık ve iş birliği ile birlikte yetersiz mekanizmalar da artacaktır. Etkili bir koordinasyon için bağlantılılığın muhakkak gerekli olduğu tezi duruma göre geçerli olacaktır. Unutulmamalıdır ki, bazen olumsuz bir durum; odaklı bir bakışı zorunlu kıldığından, daha iyisini görmemizi engelleyen bağlardan kurtulmamız için; fırsatlar sunar. Böylece istenen bir sonucu elde etmek kolaylaşır.

SONUÇ

Koordinasyonu oluşturan çoklu unsurların gerekli olduğu ölçü anlık olarak değişmekte, bu unsurların eksikliği veya fazlalığı koordinasyon kalitesini belirlemektedir. Bu çalışmada, koordinasyon seviyesini gösteren (düşük veya yüksek olduğunda ortaya çıkan sonuçlar) faktörlerin hem süreç hem de sonuç aşamalarında neler olduğuna odaklanılmıştır. Diğer taraftan bu çalışmada, bu faktörlerin koordinasyonun özü olan ve koordinasyon ilkelerinin geçerliliğini sağlayan temel bağlamla olan bileşimi de ortaya çıkarılmıştır. Çalışmamızda, koordinasyonun değerlendirilmesinde önemli bir boşluk oluşturan

kapsayıcı bir ölçek sunulmuştur. Bu ölçek örgütsel bir ortamda denenmiş ve ölçeğin kurumsal sonuçlara olan etkisi gösterilmiştir. Böylece özellikle sağlık sistemi gibi karmaşık, yoğun, dinamik vb. çok sorunlu sistemlerin yönetimi için ısrarla vurgulanmasına ve birçok çaba harcanmasına rağmen bir türlü uygulama ve gerçeklik düzeyine çıkamayan etkili koordinasyonun sağlanması konusunda bir temel oluşturulmuştur. Bu yönü ile çalışmamız özellikle yerli literatürde belirgin bir boşluğu doldurmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Althaus C, Bridgman P, Davis G. The Australian policy handbook. Allen & Unwin Sydney; 2007.
2. Alexander E. How organizations act together: Interorganizational coordination in theory and practice. Routledge; 2014.
3. McPhee RD, Iverson JO. Activity coordination and the Montreal School. Organ Organ Mater agency, discourse. 2013;109–24.
4. Yıldırım S. Koordinasyon Yöntemlerinin Yönetel Başarıya Etkilerinin Araştırılması. Kocaeli Üniversitesi; 1998.
5. Kaşoğlu AM. İşletme Yönetiminde Koordinasyonun Önemi. Marmara Üniversitesi; 1994.
6. Osifo C. Organization and coordination: An intra-and inter performance perspective. 2012;
7. Gittel JH. High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. McGraw-Hill New York; 2009.
8. Akın U. Metropolitan Kent Yönetiminde İletişim Ve Eşgüdümün Bilişim Teknolojileri Işığında Değerlendirilmesi: İstanbul Örneği. Fen Bilimleri Enstitüsü; 2004.
9. Hughes CE, Ritter A, Mabbitt N. Drug policy coordination: Identifying and assessing dimensions of coordination. Int J Drug Policy. 2013;24(3):244–50.
10. Ren Y, Kiesler S, Fussell SR. Multiple group coordination in complex and dynamic task environments: Interruptions, coping mechanisms, and technology recommendations. J Manag Inf Syst. 2008;25(1):105–30.
11. Okhuysen GA, Bechky BA. 10 coordination in organizations: An integrative perspective. Acad Manag Ann. 2009;3(1):463–502.
12. Scheerer A, Hildenbrand T, Kude T. Coordination in large-scale agile software development: A multiteam systems perspective. In: System Sciences (HICSS), 2014 47th Hawaii International Conference on. IEEE; 2014. p. 4780–8.
13. Zackrisson EJ, Seibold DR, Rice RE. Organizational Coordination and Communication: A Critical Review and

- İntegrative Model. *Ann Int Commun Assoc.* 2015;39(1):195–233.
14. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med.* 2007;4(10):1623–7.
 15. Lenth R. Java Applets for Power and Sample Size [Computer software]. 2009.
 16. Biostein S. The coordination dimensions scale: A tool to assess interorganizational relationships. *J Soc Soc Welf.* 1983;10:424.
 17. Espinosa JA, Cummings JN, Pickering C. Time separation, coordination, and performance in technical teams. *IEEE Trans Eng Manag.* 2012;59(1):91–103.
 18. Welsh WN, Knudsen HK, Knight K, Ducharme L, Pankow J, Urbine T, et al. Effects of an organizational linkage intervention on inter-organizational service coordination between probation/parole agencies and community treatment providers. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res.* 2016;43(1):105–21.
 19. Kozłowski SWJ, Chao GT, Grand JA, Braun MT, Kuljanin G. Advancing multilevel research design: Capturing the dynamics of emergence. *Organ Res Methods.* 2013;16(4):581–615.
 20. Kozłowski SWJ, Bell BS. Work groups and teams in organizations: Review update. 2013;
 21. LePine JA, Piccolo RF, Jackson CL, Mathieu JE, Saul JR. A meta-analysis of teamwork processes: tests of a multidimensional model and relationships with team effectiveness criteria. *Pers Psychol.* 2008;61(2):273–307.
 22. Sherman JD, Keller RT. Suboptimal assessment of interunit task interdependence: Modes of integration and information processing for coordination performance. *Organ Sci.* 2011;22(1):245–61.
 23. Espinosa A, Kraut R, Slaughter S, Lerch J, Herbsleb J, Mockus A. Shared mental models, familiarity, and coordination: A multi-method study of distributed software teams. *ICIS 2002 Proc.* 2002;39.
 24. Espinosa JA, Armour F, Boh WF, Clark MA. A Self-Fueling Coordination Model for Enterprise Architecting Effectiveness. In: *System Science (HICSS), 2012 45th Hawaii International Conference on.* IEEE; 2012. p. 4240–9.
 25. Crowston K. The bug fixing process in proprietary and free/libre open source software: A coordination theory analysis. In: *Business Process Transformation.* Routledge; 2015. p. 85–116.
 26. Şencan İ, editor. *TC Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Hastane Seti.* Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı; 2015.
 27. Yaşloğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Derg.* 2017;46:74–85.
 28. Üstün T. Ülkemiz Trafik Olay Yönetiminde Kurumlararası Koordinasyonun Planlanması. *Bahçeşehir Üniversitesi;* 2005.
 29. Audet A-MJ, Doty MM, Shamasdin J, Schoenbaum SJ. Physicians' Views on Quality of Care: Findings from the Commonwealth Fund National Survey of Physicians and Quality of Care. *New York: Commonwealth Fund.* 2005.
 30. Sakai M, Naruse T, Nagata S. Relational coordination among home healthcare professions and goal attainment in nursing care. *Japan J Nurs Sci.* 2016;13(3):402–10.
 31. Karahan A. Üretim, Lojistik ve Pazarlama Departmanları Arasındaki Koordinasyonun İşletme Performansına Etkisi. *Gaziantep Üniversitesi;* 2011.
 32. Özkan O, Orhaner E. Özel Hastane Yöneticilerinin Yalın Yönetime Yönelik Görüşleri; Ankara İli Örneği. *Türkiye Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg.* 2018;1(1):1–12.
 33. Tarım M. Sağlık sektöründe değer temelli yönetim. *SD-Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg.* 2017;(43):74–5.
 34. Uddin MS, Hossain L. Social networks enabled coordination model for cost management of patient hospital admissions. *J Healthc Qual.* 2011;33(5):37–48.
 35. Arkan S. Ekip çalışmasının etkinliğinde iletişiminin rolü: müşterilerle doğrudan ilişki içerisinde olan ekiplerde bir uygulama. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Tur işletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı.* 2008;
 36. DeChurch LA, Mesmer-Magnus JR. The cognitive underpinnings of effective teamwork: A meta-analysis. *J Appl Psychol.* 2010;95(1):32.
 37. Mathieu JE, Schulze W. The influence of team knowledge and formal plans on episodic team process-performance relationships. *Acad Manag J.* 2006;49(3):605–19.
 38. Brunsson N. The northern lights: Organization theory in Scandinavia. In: Czarniawska-Joerges B, Sevón G, editors. *The Northern Lights: Organization Theory in Scandinavia.* Copenhagen: Liber; 2003. p. 201–22.
 39. Sundewall J, Sahlén-Andersson K. Translations of health sector SWAps—a comparative study of health sector development cooperation in Uganda, Zambia and Bangladesh. *Health Policy (New York).* 2006;76(3):277–87.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hastane Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dijital Pazarlama Yaklaşımının Kullanımına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi*Mehmet ÇİNİBULAK¹***ÖZ**

Amaç: Araştırma, özel hastane yöneticilerinin sağlık hizmetleri pazarlamasında dijital pazarlama yöntemlerinin kullanımına ilişkin bakış açılarının ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırma, fenomenolojik yaklaşım olarak niteliksel bir çalışma şeklinde tasarlanmıştır. Ankara ilindeki özel hastanelerde görev yapan hastane yöneticileriyle yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Ondört gönüllü katılımcıyla gerçekleştirilen görüşmeler sonrası elde edilen verilere, içerik analizi yöntemi uygulanmıştır.

Bulgular: Yapılan analiz sonucunda; üç ana tema ve bunlara bağlı yedi alt tema ortaya konulmuştur. Bu ana temalar; 'Zorunluluk', 'Rekabet avantajı' ve 'Tamamlayıcılık'tır. Hastane yöneticileri, kurumlarının pazarlama faaliyetlerinde dijital pazarlama yöntemlerinin kullanımını bir zorunluluk olarak değerlendirmişlerdir. Yöneticiler, dijital pazarlama yöntemlerini profesyonelce ve etkin olarak kullanan kurumların sektördeki diğer rakiplerine karşı rekabet avantajı elde ettiklerini ifade etmişlerdir. Dijital pazarlama yöntemlerinin geleneksel pazarlama yöntemleriyle birlikte kullanılması gerekliliğini belirten yöneticiler, dijital pazarlamanın tamamlayıcılık özelliğini de vurgulamışlardır.

Sonuç: Teknik süreçlere sahip dijital pazarlama yaklaşımının uygulanabilmesi için kurumların gerekli altyapıya sahip olmaları gerekmektedir. Bu bakımdan kurum yöneticilerinin dijital pazarlamaya bakış açılarını değiştirmek ve onların bu alana olan farkındalıklarını artırmak önemlidir. Ayrıca kurumların dijitalin değişen hızını takip edip yeni trendleri öğrenmeleri, dijital pazarlamanın başarısını sürekli kılarak bu alanda kalıcı bir başarı yakalayabilmeleri için bir fırsattır.

Anahtar Kelimeler: Dijital, Pazarlama, Sağlık hizmetleri pazarlaması

Evaluation of Hospital Managers Views on the Use of Digital Marketing Approach in Health Services Marketing*Mehmet ÇİNİBULAK¹***ABSTRACT**

Aim: The study was carried out to determine the perspectives of private hospital managers on the use of digital marketing methods in health services marketing.

Method: In this study, face-to-face interviews were conducted with the administrators of the private hospitals in Ankara. Questionnaire was used as data collection method in the study. Content analysis was applied to data obtained after semi-structured interviews with 14 volunteer participants.

Results: As a result of the analysis; three main themes and seven sub-themes related to them have been introduced. These main themes are; 'Necessity', 'Competitive advantage' and 'Complementarity'. Hospital administrators consider the use of digital marketing methods in their marketing activities as a necessity at the present time. The administrators stated that the institutions that use digital marketing methods effectively at a professional level achieved a competitive advantage against other competitors in the sector. Managers, who state that digital marketing methods should be used in conjunction with traditional marketing methods, emphasized the complementarity of digital marketing.

Conclusion: In order to implement the digital marketing approach with technical processes, the institutions should have the necessary infrastructure. In this respect, it is important to change the perspectives of corporate managers to digital marketing and to increase their awareness of this area. In addition, by following the changing speed of digital and learning new trends, digital marketing is an opportunity to achieve a lasting success in this field.

Keywords: Digitalis, Marketing, Marketing of health services

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Sorumlu Yazar: Mehmet ÇİNİBULAK

E-posta adresi: mehmet.cinibulak06@gmail.com

ORCID No: 0000-0002-4131-9419

Gönderi Tarihi: 04.12.2018

Kabul Tarihi: 21.01.2019

GİRİŞ

Pazarlamayı bir faaliyetler süreci olarak tarif edersek; bu süreci gerçekleştirecek olan tarafların, hedef kitlelerinin iyi bir şekilde analizini yapıp, bu sayede pazarın gereksinimlerini ve isteklerini doğru bir şekilde tespit edip, hatta hedef kitlesinde yer alan bireyleri de ürünün (mal, hizmet ya da düşünce) tasarım sürecine dahil ederek yaratılan ürünün fiyat, yer ve zaman açısından en uygun şartlarda sunumunu gerçekleştirmesidir (1).

Gelişen, dönüşen ve farklılaşan pazarlama yaklaşım ve yöntemleri çok farklı seviyelere ulaşmıştır. Pazarlamanın geleceğini dijital olarak gören saha profesyonelleri tarafından, internet ve bilgi teknolojilerinin pazarlamayı kökünden değiştirdiği ifade edilmektedir. Bugünlerde pazarlama, geleneksel yaklaşımdan modern yaklaşımın temelini oluşturan dijital boyuta geçiş süreci yaşamaktadır (2). Genel olarak pazarlamanın yarısını düşündüğümüzde ise tüketiciliğin doğasının değişmeye devam edeceği, tüketim ortamlarının gelişmesinin süreceği ve tüketim araçlarının farklılaşacağı söylenebilir (3). Sağlık hizmetleri pazarlaması, hastaların tıbbi ve diğer tüm gereksinimlerine odaklanarak çalışmalarını yürütmek isteyen sağlık kurumları için vazgeçilmez bir unsur olup çok büyük bir gelişim göstermiştir (4). Sağlık sektöründe pazarlama veya iletişim amaçlı olarak dijital pazarlamanın kullanılması ise günümüzde bir gerçek haline dönüşmüştür (5). Bu sebeple sağlık sektörü için dijital platformlar pazarlama

açısından önemli ve anlamlı bir hale gelmiştir (6). Bununla birlikte, pazarlamanın tüm boyutlarını sağlık sektörü için düşünülemez. Farklı sektörlerde uygulanan, tüketicinin bizzat ürünün aktif tanıtım sürecinin içinde olması olarak tanımlanan deneyimsel pazarlama ve ürün tanıtım sürecinde duyuların kullanımının tüketici için önemliliği noktasına dayanan duyuşal markalama yöntemleri çok verimli sonuçlar yaratsa da sağlık sektöründe bu uygulamaların yapılabirlik düzeyi oldukça düşüktür (7). Sağlık hizmetleri pazarlaması, sağlık hizmeti talep eden bireyin ihtiyaçları ve sunulan hizmet özellikleri arasındaki uyumu sağlayarak, sağlığın teşviki ve hizmet alıcıların memnuniyetine odaklanan bilimsel stratejilere dayalı pazarlama ilkelerinden oluşan entegre bir süreçtir (8). Sağlık hizmetleri pazarlamasının başarısını etkileyen en önemli faktörler şunlardır (8):

- Hizmet sağlayıcılar ve hastalar arasındaki kaliteli iletişim,
- Sağlanan hizmetlerin kalitesi,
- Daha düşük maliyetler,
- Hizmete erişim kolaylığı ve kullanılabilirliği,
- Hizmetin güvenilirliği ve sürekliliği,
- Fiziksel tesislerin niteliğidir.

Sağlık sektöründeki sağlık hizmetleri pazarlama faaliyetlerini profesyonelce ve etkin bir seviyede

gerçekleştiren kurumlar, özel hastanelerdir. Özel hastanelerde kurumsal pazarlama departmanlarının ve bunlara bağlı olarak kurumsal pazarlama, anlaşmalı kurumlar, iletişim ve medya, halkla ilişkiler, hasta ilişkileri ya da hasta hizmetleri gibi alt birimlerin kurulması, bu durumun apaçık kanıtıdır. Bu görevlerde alanında uzman ve bu konuda eğitimleri ve deneyimleri uyumlu kişilerin istihdam edilmesine özen gösterilmektedir. Bu duruma rağmen, diğer sektörlerde modern pazarlama döneminin yaşandığını ama sağlık sektöründe bu konuda zamanın yakalanamadığı belirtilmelidir. Yine de son dönemde sağlık hizmetleri pazarlamasında kullanılan dijital pazarlamanın sağlık hizmetleri pazarını büyüttüğü ve bunu global erişim ve sağlık turizmi sayesinde gerçekleştirdiği ifade edilebilir. Sağlık kurumlarının pazarlama faaliyetlerinde; sosyal medyadan e-postaya, web sitesinden mobil uygulamalara kadar dijital pazarlama yöntemlerinin kullanımında dikkat etmeleri gereken hususlar şunlardır (9):

- Kullanılan tüm dijital pazarlama yöntemleri arasında geçiş ve uyum sağlamak,
- Güncellemeleri yapmak,
- İletişimi etkin yönetmek,
- Kullanıcıları katılımcıya dönüştürmektir. Sağlık kurumlarının unutmaması gereken bir diğer husus da dijital pazarlamanın gelişimini tetikleyen dijital teknolojilerin aynı zamanda pazarlama stratejilerinin oluşumuna da katkı sağladığıdır (10). Bu çalışma, özel hastanelerde görev yapan

hastane yöneticilerinin sağlık hizmetleri pazarlamasında dijital pazarlama yaklaşımının ve ona ait yöntemlerin kullanılmasına dair görüşlerini ortaya koymak ve bunları değerlendirmek için gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen bu çalışmanın diğer amaçlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Özel sağlık kurumlarının pazarlama faaliyetlerinde dijital pazarlama yaklaşımının yerinin ortaya konulması,
- Özel sağlık kurumlarının yöneticileri ve ilgili birim sorumlularının dijital pazarlamaya yönelik düşüncelerinin tespit edilmesi ve karşılaştırılması
- Hastanelerin pazarlama faaliyetlerinde dijital pazarlama yöntemlerini ne derece etkin kullandığının belirlenmesi,
- Dijital pazarlama yaklaşımının sağlık hizmetleri pazarlamasında kullanılmasının ortaya çıkardığı sonuçların ortaya konulması,
- Geleneksel pazarlama yaklaşımı ile dijital pazarlama yaklaşımının pazarlama faaliyetleri sürecinde birlikte kullanım durumlarının incelenmesidir.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, Ankara ilindeki 36 özel hastanede görev yapan hastane yöneticileri oluşturmaktadır. Katılımcılar, çalışmada yer almayı kabul eden 10 hastane arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Bu bağlamda; Temmuz 2018 döneminde sağlık kurumlarında genel müdür, hastane yöneticisi,

birim sorumlusu unvanlarında görev alan bütün çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ayrıca görüşmelerin yapılabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nden etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma sonucu elde edilen veriler, sağlık kurumlarında yönetici olarak görev yapan 14 gönüllü katılımcıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler sonrasında oluşmuştur. Çalışma sürecinde görüşmelere, veri doygunluğu elde edilene kadar devam edilmiştir. Görüşmeler esnasında gönüllü katılımcılara üç sorudan oluşan görüşme soruları yöneltilip bu sorulara cevap vermeleri istenmiştir. Görüşmeleri kayıt altına almak için ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Ayrıca görüşülen katılımcıların mesleki ve yöneticilik tecrübelerine ilişkin demografik bilgileri de çalışma sürecinde elde edilmiştir. Yapılan araştırma, yapıldığı dönemi ve Ankara ilindeki 10 özel hastaneyi temsil etmektedir. Türkiye geneline ve kamu ile özel diğer hastanelere genellenemez.

BULGULAR

Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması 36.1 (min:28, max:46), %57.2'si kadın, %42.8'i erkek ve %64.3'ü lisans mezunu, %21.4'ü (n:3) ön lisans mezunu, %14.3'ü yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %42.9'u uzman, %28.5'i yönetici, %14.3'ü ise yönetmen (görüşme yapılan kurumda birim yöneticisi için kullanılan unvan) ve sorumludur. Ayrıca yöneticilerin mesleki tecrübe sürelerinin ortancası 11.1 yıl (min:5, max:16) iken, yöneticilik tecrübe

sürelerinin ortancası 4.8 yıl (min:2, max:15) idi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

		n (%)
Yaş*		36.1 (28-46)
Cinsiyet	Kadın	8 (57.2)
	Erkek	6 (42.8)
Medeni Durum	Bekar	5 (35.7)
	Evli	9 (64.3)
Pozisyon	Yönetici	4 (28.5)
	Yönetmen	2 (14.3)
	Sorumlu	2 (14.3)
	Uzman	6 (42.9)
Eğitim Seviyesi	Ön Lisans	3 (21.4)
	Lisans	9 (64.3)
	Yüksek Lisans	2 (14.3)
Meslekte Çalışma Süresi* (yıl)		11.1 (5-16)
Yönetici Olarak Çalışma Süresi* (yıl)		4.8 (2-15)
	Toplam	14 (100)

* Medyan (en küçük değer-en büyük değer)

Elde edilen verilere uygulanan içerik analizi sonucu 3 ana tema ve bu ana temalara bağlı olarak yedi alt tema belirlendi. Belirlenen ana ve alt temalar şunlardır:

1. Zorunluluk

- Yeni trend
- Hedef kitle
- Bilgi aktarımı

2. Rekabet avantajı

- Ulaşım

- Geri dönüşüm-etkileşim
- Ölçülebilirlik
- Maliyet

3. Tamamlayıcılık

Zorunluluk: Gönüllü katılımcılar, sağlık hizmetleri pazarlamasının geldiği nokta itibariyle, dijital pazarlama yaklaşımının ve ona özgü yöntemlerinin kullanılmasını günümüz pazarlama dünyasında artık bir zorunluluk olarak değerlendirmektedir. Pazarlama faaliyetlerinde dijital pazarlamaya yer vermeyen sağlık kurumlarının, sektör pazarında yer almasının çok zor olduğunun yöneticiler tarafından altı çizilmektedir. Sağlık kurumlarında görev alan yöneticiler, kendi kurumlarının sağlık hizmetleri pazarında varlığını devam ettirebilmesinde dijital pazarlamanın önemini olduğunu da vurgulamışlardır. Zorunluluk temasına ilişkin olarak ortaya çıkan alt temaları incelediğimizde ise; dijital pazarlama yaklaşımının, pazarlama alanında yeni bir trend olduğu gerçeği katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Ayrıca katılımcılar, sağlık kurumlarının günümüzde büyüyen hedef kitleleriyle iletişim kurarak geniş kapsamlı bilgi aktarımı yapmasında dijital pazarlama yöntemlerinin kilit bir role sahip olduğunu da belirtmişlerdir.

"Günümüzde dijitalleşen dünya ve toplum ile sağlık hizmetlerinin pazarlamasında dijital mecralarda var olmak büyük bir zorunluluk haline gelmiştir." (No:11, K)

"Ülkemiz sağlık sektöründe izin verilen kriterlere göre; internet sitelerinde, blog sayfalarında, arama motorlarında, sosyal medya kanallarında ve mobil uygulamalarda hedef kitlelere erişim ve bilgi aktarımı gerçekleştirmek için dijital pazarlamaya yer verilmektedir." (NO:14, K)

"Her geçen gün internet kullanıcı sayısı artmakta ve dijital pazarlama yöntemleri gelişmekte, bu sebeplerle kurumlar dijital pazarlamaya daha çok ilgi göstermekte... Bu durumda dijital pazarlamanın yeni bir trend olduğunu kanıtlamaktadır." (No:14, K)

Rekabet avantajı: Yöneticiler, sağlık sektöründeki rekabet düzeyinin yıllar geçtikçe yükseldiğini ifade edip, bu yüksek rekabet düzeyi ortamında rakiplerine karşı öne geçmek için dijital pazarlamanın bir rekabet avantajı unsuru olduğunu belirtmişlerdir. Dijital pazarlamayı, pazarlama iş süreçlerine daha hızlı adapte eden, dijital yöntemleri daha etkin ve verimli kullanan kurumların pazar payını artırabileceklerini, marka değerlerini yükseltebileceklerini ve böylece rakiplerine göre bir adım öne geçebileceklerini dillendirmişlerdir. Çalışmada rekabet avantajı temasına bağlı olarak ortaya çıkan alt temaları incelediğimizde ise kurumların dijital pazarlama yaklaşımını benimsemeleri durumunda, rakiplerine göre mevcut hedef kitlelerine daha kolay ulaşım sağlayabilecekleri ve onlardan geri dönüt alarak etkileşim oluşturabilecekleri katılımcılar tarafından görüşmelerde ifade edilmiştir. Ayrıca görüşmelerde katılımcılar, pazarlama faaliyetlerinde dijital pazarlama

yöntemlerini profesyonelce uygulayan kurumların faaliyetlerine ilişkin ölçülebilir veriler elde edebileceklerinin ve pazarlama harcamalarında daha az maliyete katlanacaklarının altını çizmişlerdir.

"Dijital yöntemler sayesinde pazarlamacılar insanların neleri aradığını yani neye ilgisi ve ihtiyacı olduğunu öğrenebiliyorlar, bu durum da kurumlar için rekabet avantajı sağlamaktadır." (No:2, E)

"Dijital pazarlamanın pazara erişim gücünü yükseltme ve pazarlamayı kolaylaştırıcı etkisi var... Ölçebildiğin şeyi yönetebiliyorsun. Ölçebildiğin boyutta etkin stratejiler oluşturma şansın oluyor. Bu hususta dijitalin verileri ölçülebilirlik niteliği taşıyor."(No:4, E)

"Sağlık kuruluşlarında dijital pazarlama, özellikle son on yılın dijitalleşme çılgınlığı ile birlikte bugün hiç olmadığı kadar kurumlar için önemli bir rekabet avantajı unsuru durumundadır." (No:7, K)

"Çalıştığım kurumda pazarlama faaliyetlerimiz için dijital pazarlama yöntemlerini kullanmamız sayesinde, hem hedef kitemize daha hızlı ulaşıyoruz, onlardan geri dönüşler alıp etkileşime geçiyoruz ve en önemlisi pazarlama maliyetlerimizi ciddi oranda düşürüyoruz.." (No:9, K)

Çalışmamıza katılan hastane yöneticilerine göre, kurumlarında dijital pazarlamanın etkin

kullanılması durumunda, kuruma şu hususlar da önemli avantajlar sağlayacaktır:

- Hedef kitleye daha kolay bir şekilde ulaşılarak daha kısa sürede, daha etkin ve daha sık bir şekilde bilgi akışı sağlanabilecektir.
- Kurum ve çalışanlarıyla hasta arasında karşılıklı bir iletişim ve etkileşim ortamı oluşacaktır.
- Pazarlama birimlerine, gerçekleştirdikleri faaliyetlere dair nicel veri elde etme imkanı sağlayıp onların pazarlama faaliyetlerine ilişkin ölçülebilir sonuçlar elde etmesine imkan sağlayacaktır..
- Pazarlama giderleri, dijital pazarlama yöntemlerinin etkili kullanımıyla birlikte azalış gösterecektir.

Tamamlayıcılık: Profesyonellerin saha pazarlaması tabirini kullandığı geleneksel pazarlama yaklaşımından vazgeçilmemesi gerekliliği vurgulanmış ve kurumların dijital pazarlama ile geleneksel pazarlamayı bir arada kullanması ve bunların birbirini tamamlaması gerektiğine dikkat çekilmiştir.

"Birbirinin yerini almıyor, birbirini tamamlayan şeyler dijital ve geleneksel (saha, konveksiyonel) pazarlama ve yöntemleri. Bu, tamamlayıcı bir süreçtir." (No:1, E)

"Saha ve dijital pazarlama tamamlayıcı özellik gösterir. İki yöntemden de vazgeçilmez. Biri diğerinden üstün değildir." (No:2, E)

"Dijital pazarlama tek başına pazarlamanın içinde yetersiz kalır onu sahaya tamamlamalıyız ve bütünleştirmeliyiz."(No:12, K)

TARTIŞMA

Günümüzde pazarlama alanının geldiği nokta ile sağlık sektöründeki pazarlama iş süreçlerinin geldiği noktanın aynı paralel seviyede olmadığı katılımcı görüşlerine dayanarak söylenebilmektedir. Bunun sebebi, sağlık sektörünün kendi iç dinamikleri ve sağlık sektöründeki pazarlama faaliyetlerinin profesyonellik seviyesinin istenilen düzeyde olmaması olarak düşünülebilir. Lakin sağlık kurumlarının bu durumun ve sebeplerinin farkında olmadığını söyleyemeyiz. Sağlık kurumlarının, sağlık sektörünün kendi iç dinamiklerinden kaynaklı olarak pazarlama süreçlerini olumsuz etkilediği düşünülen durumların üstesinden gelmek için çalışmalar yürüttüğünü ve sağlık hizmetleri pazarlama faaliyetlerinin profesyonellik seviyesini yükseltmeye çalıştığı görüşmelerdeki kullanıcı görüşlerinin yorumlanmasıyla ifade edilebilir. Katılımcılar, sağlık sektörünün pazarlama dünyasını yakından takip ettiğini ve oluşan yeni yaklaşımları sağlık sektörüne adapte etmeye çalıştıklarının altını çizerek dijital pazarlama süreçlerini kurumlarında hayata geçirmek istediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum, sağlık kurumlarının bu alana ilişkin farkındalıklarını ve pazarlama süreçlerinde dijitalle yer verme hususunda isteklerini ortaya koymaktadır. Literatür ve katılımcı görüşleri, sağlık sektöründe pazarlamanın gelişim düzeyiyle

dijital pazarlamanın yaygınlaşmasını ilişkilendirmektedir. Sağlık hizmetlerini talep eden bireylerin bilgi gereksinimlerinin arttığı bu sebeple sahip oldukları bilgi kaynaklarının sayısının artırılması gerektiği ve bu amaçla sosyal medyanın ve kurumsal web sitelerinin aktif kullanımının gerekliliği ortaya çıkmıştır (11-14). Çalışma sürecinde katılımcılarla yapılan görüşmelerde de sağlık kurumlarının dijital pazarlamaya karşı duyarsız kalmamaları gerektiği, pazarlama faaliyet süreçlerinde dijital pazarlama yaklaşımını benimsemiş bir şekilde dijital pazarlama yöntemlerini kullanmaları gerektiği ortaya konulmuştur. Böylece dijital pazarlamanın sağlık hizmetleri pazarlamasında önemli bir husus olduğu ve kurumlarının dijital pazarlama yöntemlerini kullanmaları gerektiği hem literatür hem de katılımcı görüşleri tarafından desteklenmiştir. Sağlık kurumlarının pazarlama süreçlerinde sadece dijital pazarlama yaklaşımını benimsemesinin rekabet avantajı sağlamada yetmeyeceği unutulmamalıdır. Yine aynı şekilde sağlık kurumlarının, pazarlama faaliyetlerinde sadece dijital pazarlama yöntemlerini tercih etmesinin onlar adına sürdürülebilir bir başarı elde etmek için yetersiz kalacağı açıktır. Çünkü dijital pazarlama yaklaşımını kullanarak rekabet avantajı sağlamayı hedefleyen sağlık kurumları, dijital pazarlama için gerekli alt yapıyı kurmaları ve dijital yöntemler hususunda etkin kullanım sağlamaları gerekmektedir. Bu sayede dijital pazarlama yaklaşımını benimseyen sağlık kurumları, bu kanal aracılığıyla hedef kitlelerine en yeni hizmetlerini tanıttıkları ve onlar üzerinde

hizmetlerin yararları hakkında farkındalık yaratmış olacaktır (15). Dijital pazarlamayı, pazarlama süreçlerine başarılı bir şekilde adapte eden sağlık kurumları, etkin dijital pazarlama faaliyetleri yürütmeleri sayesinde kendilerine yönelik toplumsal algıları yönetmede ve itibar inşasında başarı göstereceklerdir (4). Dijital reklamlar sayesinde kendilerini tercih eden hastalara hizmet verme tecrübesini yaşayan sağlık kurumları, dijital pazarlamanın etkin gücünü keşfedecek ve dijital pazarlama alanına yönelik faaliyetlerini artıracaklardır (16). Dijital pazarlama araçlarını sağlık alanında kullanmanın bir diğer önemli kazanımı da maliyetlerinin diğer pazarlama araçlarına oranla düşük olmasıdır (6). Ayrıca sağlık kurumlarının, pazarlama süreçlerinde dijital pazarlama yöntemlerini geleneksel pazarlama ile birlikte faaliyetlerine adapte etmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde kullanıcı görüşlerinden hareketle tek boyutlu olarak dijital yöntemleri ya da geleneksel pazarlamayı kullanan sağlık kurumları, bazı noktalarda eksik kalacak ve kalıcı bir başarı yakalayamamakla birlikte aynı zamanda rekabette de geriye düşme riskiyle karşılaşacaklardır.

SONUÇ

Genel hatlarıyla konuyu değerlendirdiğimizde, tüm hizmet sektörleri gibi sağlık sektörünün de pazarlama bilimine ihtiyacı olduğu ortaya çıkmaktadır. Özel hastanelerdeki pazarlama politikalarının eksikliği ve iş yapma süreçlerindeki profesyonellik seviyesinin düşük oluşu bu

görüşmelerde ortaya çıkan iki temel problem alanıdır. Bu problem alanlarının çözümü için sağlık kurumları, kurumsal gelişimlerini ve profesyonelliklerini yükseltmeye çalışmalıdırlar. Bu alandaki profesyonelleşmeye çaba gösterip ilgili personellerinin niteliğini yükseltmeyi hedef edinmelidirler. Gerekirse pazarlama alanında ajanslar gibi uzman kurumlardan destek alabilir ya da ortak çalışabilirler. Ayrıca diğer sektörlerdeki pazarlama uygulamalarının entegrasyonunu, faaliyet süreçlerine adapte etmeleri gerekmektedir. Tüm bu süreçlerin tamamlanması durumunda sağlık hizmetleri pazarlamasında dijital pazarlama yaklaşımının kullanımını, bir pazarlama inovasyonunun gerçekleşmiş olması olarak nitelendirebiliriz. Ayrıca sağlık kurumlarının en büyük hedef kitlesi olan hasta bireylerin, dijital pazarlamaya ilişkin algıları; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve yaş grubu değişkenlerine göre olarak farklılaştığı unutulmamalıdır (17). Bu sebeple sağlık kurumları, dijital ortamlarda yer alamayan bireylere ve global olarak tüm hedef kitlelere erişim sağlamak için pazarlama süreçlerinde dijital pazarlama yaklaşımını geleneksel pazarlama yöntemleriyle birlikte kullanmaya çalışmalı ve faaliyetlerini bu şekilde hayata geçirmek için çaba sarf etmelidir. Bu şekilde planlama yapmayan sağlık kurumlarının ise hedef kitlelerini rakiplerine kaptırma, rekabet gücünün azalması gibi olumsuz durumlarla karşılaşabilme ihtimalleri olacaktır. Sonuç olarak, pazarlamanın dijital boyutu içerisinde sağlık sektörünün yer alabilmesi, sağlık kurumlarının bu

alandaki dijital pazarlama uygulamalarını ne derece etkin kullandıklarıyla orantılı olacaktır. Günümüz pazarlama süreçlerinde dijital boyut göz ardı edilemeyecek bir öneme sahiptir. Sağlık kurumları yöneticilerinin bu gerçeğin farkında oldukları çalışma sonucunda ortaya konulmuştur. Yöneticiler aynı zamanda farkındalıklarının yanında pazarlama faaliyetlerine dijital pazarlama yaklaşımını adapte etmeye çalıştıkları da belirlenmiştir. Literatüre sağlık pazarlaması alanında katkı sunacağını düşündüğümüz bu çalışmanın ardından, hastane perspektifinden farklı olarak ilaç, tıbbi cihaz ve sağlık sigortaları gibi sağlık sektörünün farklı paydaşlarının dijital pazarlamaya ilişkin yaklaşımlarının ortaya konması literatüre farklı katkılar sağlayacağı düşüncesindeyiz. Ayrıca saha profesyonellerinin de bu çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlara dikkat ederek üretecekleri pazarlama, politika ve stratejilerine daha zengin bir perspektiften yaklaşarak profesyonellik açısından daha hızlı bir gelişim gösterebileceklerini ifade etmememiz uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akkılıç ME. 101 soruda pazarlama. İstanbul: Türkmen Kitapevi; 2016.

2. Kotler P, Kartajaya H, Setiawan I. Marketing 4.0 moving from traditional to digital. New Jersey: Wiley; 2016.
3. Ritzer G. Büyüdü bozulmuş dünyayı büyülemek. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2016.
4. Radu M, Radu G, Condurache A, Purcarea V. The influence of digital media on the success of a healthcare unit. J Med Life. 2018; 11(3): 254-6.
5. Radu G, Solomon M, Gheorghe CM, Hostuic M, Bulescu IA, Purcarea VL. The adaptation of healthcare marketing to the digital era. J Med Life. 2017; 10(1): 44-6.
6. Kayın B. Dijital pazarlama ve dijital pazarlamanın marka yönetimine etkisi. İstanbul: Yüksek Lisans tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
7. Batı U. Markethink ya da farketthink deneyimsel pazarlama ve duyuşsal markalama. İstanbul: Kitap Kulübü; 2017.
8. Yaghoubi M, Rafiei S, Khosravizadeh O, Mirbahaeddin E. A systematic review of factors influencing healthcare services marketing in Iran. Bali Medical Journal. 2017; 6(2): 268-78.
9. Öksüz B, Altıntaş V. Sağlık turizminde dijital iletişim kanallarının kullanımı. Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi. 2017; 14(1): 59 – 75.
10. Kannan P, Alice H. Digital marketing: A framework, review and research agenda. International Journal of Research in Marketing. 2017; 34(1): 22-45.
11. Müller J, Pommeranz B, Weisser J, Voight K. Digital, socialmedia, and mobile marketing in industrial buying: Still in need of customer segmentation? Empirical evidence from Poland and Germany. Industrial Marketing Management. 2018; 73(24): 70–83.
12. Dapiapis N. Pazarlama iletişimi açısından internet ortamında kullanılan ağızdan ağıza pazarlama tekniklerinin marka tercihine etkisi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015; 1(1): 157 – 82.
13. Bulunmaz B. Gelişen teknolojiyle birlikte değişen pazarlama yöntemleri ve dijital pazarlama. TRT Akademi. 2016; 1(2): 348 – 65.
14. Koçak A, Tümer E, Erişke T. İletişimin yeni yüzü: dijital pazarlama ve sosyal medya pazarlaması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2018; 17(66): 493 – 504.
15. Kramer J, Wohlfarth M. Market power, regulatory convergence, and the role of data in digital markets. Telecommunications Policy. 2018; 42(8): 154–71.
16. Zengin S. Türkiye'deki özel hastanelerin dijital pazarlama faaliyetleri ve internet sitelerinin pazarlama amaçlı kullanım analizi. İstanbul: Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
17. Temel K. Sağlık hizmetleri pazarlamasında reklam ve sosyal medyanın rolü. Hastane Öncesi Dergisi. 2016; 1(2): 27 – 37.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Kamu Hastanelerinde Performans Yönetimi: Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karne Uygulaması ile ilgili Algılarının Değerlendirilmesi*Ümit ARSLAN¹, Emine ORHANER²*

ÖZ

Amaç: Araştırmanın amacı; kamu hastanelerinde kurumsal performansı ölçmek için uygulanan verimlilik karne uygulamasının, stratejik yönetim ve performansın boyutları açısından hastane yöneticileri tarafından nasıl algılandığını belirlemektir.

Yöntem: Çalışma, Ankara ilinde kamu hastanelerinde görev yapan 226 yönetici ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algıları ve verimlilik karne uygulaması algıları değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans ve yüzde dağılımları, keşifsel faktör analizi, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, verimlilik karne eğitimi alan yöneticilerin stratejik yönetim algısı, karne eğitimi almayan yöneticilere göre anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet ile hasta memnuniyeti; verimlilik karne eğitimi alma durumu ile verimlilik ve hizmet kalitesi; yatak sayısı ile hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti alt boyutları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Hastane yöneticilerinin, %81.9'u verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin etkin yönetilmesini sağladığını, % 72.6'sı verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin kurumsal performansını artırmasında önemli rolü olduğunu belirtmiştir. Ayrıca yöneticilerin %78.8'i verimlilik karnesinin yöneticilerin performansını artırdığını düşünmektedir. Yapılan korelasyon analizlerinde yöneticilerin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algı ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hastane yöneticileri verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak görmektedirler. Verimlilik karnesinin hastane yöneticileri aracılığı ile çalışan katılımını da sağlayarak etkin olarak kullanılması, hastanelerin kurumsal performansını artıracak ve kurumsal hedeflere ulaşmasını kolaylaştıracaktır.

Anahtar kelimeler: Kamu Hastaneleri, Hastane Yöneticileri, Performans, Verimlilik.

Corporate Performance Management in Public Hospitals: Evaluation of Public Hospital Managers' Perceptions of Efficiency Card Application*Ümit ARSLAN¹, Emine ORHANER²*

ABSTRACT

Aim: The aim here is to determine how the efficiency card application implemented to corporate performance in public hospitals is perceived by hospital managers in terms of the strategic management and dimensions of performance.

Method: The study was conducted with 226 managers working in public hospitals in Ankara. The survey method was used as the data collection tool. The study evaluates the hospital managers' perceptions of strategic management of the efficiency card and the efficiency card application. The data obtained from the study were evaluated using percentage distributions, exploratory factor analysis, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis test and correlation analysis.

Results: In the study, the strategic management perception of the managers who received the training on the efficiency card application was found to be significantly different compared to the managers who did not. A significant relationship was observed between gender and patient satisfaction as well as between the status of obtaining the training on efficiency card application and quality of service. 81.9% of the hospital managers stated that the efficiency card provided effective management of public hospitals, 72.6% of them suggested that it played an important role in increasing the corporate performance of the hospitals. 78.8% of managers think that the efficiency card improves the performance of managers. In the correlation analyses, a moderate relationship was observed between the managers' perception of strategic management and the efficiency card application.

Conclusion: The mean score of the public hospital managers' perceptions of strategic management and the efficiency card application was found to be high. The public hospital managers perceive the efficiency card as a strategic management tool. The efficient use of the efficiency card by providing hospital participation by the managers of the hospital will increase the institutional performance of hospitals and facilitate the achievement of the institutional goals.

Keywords: Efficiency, Hospital managers, Performance, Public Hospital.

¹Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü

²Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Sorumlu Yazar: Ümit ARSLAN

E-posta adresi: umitars@hotmail.com

ORCID No: 0000-0002-9781-3723

Gönderi Tarihi: 05.11.2018

Kabul Tarihi: 27.11.2018

GİRİŞ

Hastanelerde performans yönetiminin önemi her geçen gün artmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde çok hızlı bir değişimin yaşandığı bir başka gerçektir. Bu nedenle, hastanelerde uygulanan performans yönetim uygulamalarına ilişkin yönetici yaklaşımlarının belirlenmesi büyük önem arz etmektedir.

Performans yönetimi, son yıllarda kamu sektörü reformlarının köşe taşı konumundadır. Performans yönetimi, kamu sektörü için sadece bir değer göstermesi beklenmeyen, aynı zamanda sürekli ileriye doğru verimli ve etkili aktiviteler sergileyen bir doktrin olarak geliştirilmiştir (1).

Performans yönetimi, çoğunlukla süreç yönetimi olarak anılan, kalite, güvenlik, hasta memnuniyeti ve ödeme gücü gibi göstergelerin değerlendirildiği bir stratejidir. Performans yönetiminin temeli kaynakların etkili kullanımınıdır. Bunu yaparken süreçleri ölçen ve sonuçları anlamamızı sağlayan anahtar performans göstergelerinden yararlanır. Performans yönetimi; davranış değişikliği, liderlik ve vizyon ile ilgilidir (2).

Performans yönetimi, bireylerin ve ekiplerin performansını belirleme, ölçme, geliştirme ve performansın organizasyonun stratejik hedefleri ile uyumlu hale getirilmesi için yapılan kesintisiz bir süreçtir (3).

Kamu hastaneleri eğitim ve araştırma faaliyetlerini kâr amacı gütmeksizin yaparak topluma sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır. Bununla birlikte sınırlı kaynaklarını en verimli şekilde kullanarak, sağlık

hizmeti vermek zorundadırlar. Bu nedenle hastanelerin etkin olması, etkin olmayan kaynakların da ekonomiye kazandırılması son derece önemlidir (4).

Sağlık hizmeti gibi çok girdili ve kendine özgü özellikler taşıyan hizmetlerin sunumu sırasında bir taraftan sağlık hizmetini kaliteli vermek ve hasta memnuniyetini sağlamak diğer taraftan kaynakların etkin kullanımını oldukça önemlidir. Sağlık harcamalarının azaltılması için kurumların verimli ve etkin çalışmaları gerekmektedir.

Bunu sağlamak için sağlık kurumlarının elindeki kaynaklara göre verimli ve etkin çalışmalarını sağlayacak düzenlemeleri yapmak, stratejiler belirlemek ve bunları uygulayarak uygulama sonunda sağlanan verimlilik düzeyini belirlemek kurumlar için kaçınılmaz olmuştur.

Kamu hastanelerinin etkin yönetilmesini sağlamak için 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuş ve kuruma bağlı olarak illerde Kamu Hastane Birlikleri oluşturulmuştur.

İllerde kurulan Kamu Hastane Birlikleri yapısı ülkemizde sağlık hizmetleri sunumuna yeni bir yaklaşım getirerek, performans değerlendirme sistemi ile hastanelerin kaynak kullanımını ve tahsisini iyileştirerek hastanenin yönetim performansını iyileştirmeyi hedeflemiş bunun yanında hizmet kalitesi ve memnuniyet kriterlerini de gözetilen bütüncül bir yapı oluşturmayı amaçlamıştır (5).

Hastanelerde hem finansal hem de idari yönden verimliliği sağlarken, çalışan memnuniyetini de sağlayacak uygulamalara ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla kamu hastanelerinin verimli ve etkin çalışması amacı ile kurumsal, yapısal değişiklikler yapılmış; bilimsel çerçevede performans ölçüm standartları geliştirilmiştir. Kurumsal Karne Modeli (Balans Skor Kart) temel alınarak oluşturulan Kamu Hastaneleri Verimlilik karnesi, kamu hastanelerinde kurumsal performansı ölçmek için kullanılan temel ölçüm aracı olarak 2012 yılında uygulamaya konulmuştur (6).

Kamu hastanelerinde kullanılan verimlilik karnesi balans skor kart uygulaması esas alınarak hazırlanmıştır. Balans skor kartı yöntemi, organizasyonun misyonunu ve stratejilerini kapsamlı bir performans göstergesi setine dönüştürerek performans ölçümü ve yönetimi için bir çerçeve oluşturan, ölçme esasına dayalı bir stratejik performans yönetim sistemidir (7).

Performans karnesi, günümüzün rekabet koşullarının gereği olan müşteri tatmini, çalışanların tatmini, kalite, yenilik gibi finansal olmayan performans ölçülerine de ağırlık vererek sağlıklı bir performans bilgisi sunmayı sağlar (8).

Bu kapsamda kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin, performans karnesi olarak kullanılan verimlilik karnesine bakış açıları, kurumu hedeflerine yöneltmek ve kurumsal hedefleri gerçekleştirmek için gerekli yönetsel çabayı göstermeleri açısından son derece önemlidir.

Ginsburg'a göre, yöneticiler sağlık kuruluşunun yönetiminde performans ile ilgili göstergelere en fazla ihtiyaç duyan kişilerdir. Hastane yöneticilerinin hastane performans göstergeleri hakkında neler düşündükleri konusunda ise sınırlı sayıda araştırma mevcuttur (9).

YÖNTEM

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evreni Ankara ilindeki kamu hastaneleri yöneticileridir. Ankara ilinde toplam 37 kamu hastanesi bulunmaktadır. Askeri hizmetlerden Sağlık Bakanlığına devrolan üç hastanede verimlilik karne uygulaması yeni başladığından bu hastaneler çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kapsamında, toplam 34 hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerdeki toplam sözleşmeli yönetici sayısı 324'tür. Araştırmada 226 yöneticiye anket uygulanmıştır.

Veri toplama aracı

Araştırmada hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması ile ilgili stratejik yönetim algıları ve verimlilik karne uygulaması algıları, hazırlanan anket formları ile değerlendirilmiştir.

Stratejik Yönetim Algısı Anketi; verimlilik karnesi bir stratejik yönetim aracı olduğundan verimlilik karnesinin hastane yöneticileri tarafından stratejik yönetim aracı olarak nasıl algılandığını belirlemek için stratejik yönetim algısı anketi oluşturulmuştur. Anket sorularının hazırlanmasında Ülgen ve Mirza,

(10); Kırılmaz, (11); diğer literatür bilgilerinden ve uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. 14 sorudan oluşan ankette yapılan faktör analizinde iki boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Boyutlar stratejik vizyon ve kontrol boyutu ile stratejik davranış boyutu olarak adlandırılmıştır. Anketin *Cronbach Alpha* (α) değeri 0,93'tür.

Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Anketi: hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması ile ilgili düşüncelerinin belirlenmesi amacı ile verimlilik karne uygulaması algısına yönelik 22 soru hazırlanmıştır. Anket sorularının hazırlanmasında akademik çalışmalardan (11,12,13), diğer kaynaklardan (14,15) ve uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Anketin keşifsel faktör analizi sonucu anket, beş faktörlü 18 sorudan oluşturulmuştur. Anketin *Cronbach Alpha* (α) değeri 0,86'dır.

Araştırma verilerinin analizi

Araştırma kapsamında anket uygulaması yapılan hastanelerin yöneticilerinden elde edilen verilere; SPSS 22.0 paket programı kullanılarak; frekans ve yüzde analizi, keşifsel faktör analizi, korelasyon analizi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin demografik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik, çalışma ve kurumlarına ilişkin özellikleri (n=226)

Cinsiyet	n	%
Kadın	77	34,1
Erkek	149	65,9
Ünvan		
İdari ve Mali İşler Müdürü*	36	15,9
İdari ve Mali İşler Müdür Yrd.	61	27,0
Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	12,4
Sağlık Bakım Hiz. Müdür Yrd.	32	14,2
Başhekim	26	11,5
Başhekim Yardımcısı	43	19,0
Verimlilik Karnesi Eğitimi Alma Durumu		
Evet	94	41,6
Hayır	132	58,4
Yatak Sayısı		
0-99	35	15,5
100-199	38	16,8
200-299	30	13,3
300-399	19	8,4
400 yatak ve üzeri	104	46
Hastane Türü		
Devlet Hastanesi	82	36,3
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	144	63,7
Hastane Yöneticilik Süresi		
0-5 yıl	85	37,6
6-10 yıl	60	26,5
11-15 yıl	41	18,1
16-20 yıl	23	10,2
21 yıl ve üzeri	17	7,5
Toplam	226	100,0

* Kalite ve Destek Müdürleri de dahil edilmiştir.

Tablo 1'e göre araştırmaya katılanların hastane yöneticilerinin % 34,1'i kadın (n=77), % 65,9'u (n=149) erkektir.

Yöneticilerin %41,6'sının (n=94) verimlilik karnesi ile ilgili eğitim aldığı, %58,4'ünün (n=132) ise verimlilik karnesi uygulaması ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı görülmüştür. Bu oranın düşük olmasının nedeni yöneticilerin 2-3 yılda bir değişiyor olması ile açıklanabilir. Araştırmaya katılan yöneticilerin % 36,3'ü (n=82) devlet

hastanelerinde, %63,7'si (n=144) eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapmaktadır.

Hastane yöneticilerinin %37,6'sının 0-5 yıl (n=85), %26,5'i 6-10 yıl (n=60), %18,6'i 11-15 yıl (n=41), %10,2'si 16-20 (n=23) ve %7,5'inin 21 yıl (n=17) ve üzeri hastane yöneticiliği yapmış olduğu görülmektedir. Toplam hastane yöneticilik süresi 0-5 yıl olanların oranı yüksektir. Bunun nedeni hastanelerde sözleşmeli yöneticilik modelinin yeni başlamış olması nedeni ile yöneticilerin sık değişmesidir.

Hipotezlere ilişkin bulgular

Araştırmada hipotezlerinin analizinde, veriler normal dağılım göstermediğinden, non parametrik testlerden ikili gruplar için Mann Whitney U testi, çoklu gruplar için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

H1 Hipotezine ilişkin bulgular

-H1a. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, demografik verilere göre farklılık göstermektedir.

Yapılan analizlerde hastane yöneticilerinin cinsiyet, unvan, hastane yatak sayısı, hastane türü ve hastane yöneticilik yılı ile stratejik yönetim algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yöneticilerin verimlilik karne eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim algıları arasındaki fark ise anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 2'de verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerin stratejik yönetim algısının eğitim almayan yöneticilerden daha yüksek ve anlamlı

olduğu görülmektedir ($p=0,020$).

-H1b. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı, demografik verilere göre farklılık göstermektedir.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile demografik özellikleri arasında bir fark bulunmamıştır.

Tablo 2. Verimlilik karne eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı Mann Whitney U testi analiz bulguları

	Karne Eğitimi Alma Durumu	n	Ortalama Sırası	Z	P
Stratejik Yönetim Algısı	Evet	94	125,30	-2,335	,020
	Hayır	132	105,10		
Verimlilik karne uygulaması algısı	Evet	94	122,37	-1,722	,085
	Hayır	132	107,19		
	N	226			

$p<0,05$

H2 Hipotezine ilişkin bulgular

-H2a. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ile verimlilik karne eğitimi alma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 3). Diğer demografik değişkenler ile anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karne eğitimi alma durumu ile stratejik vizyon ve kontrol alt boyutu ($p=0,034$ $p<0,05$) ve stratejik davranış alt boyutu ($p=0,020$ $p<0,05$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 3). Verimlilik karne eğitimi alan yöneticilerin, almayan yöneticilere göre stratejik vizyon ve

kontrol ve stratejik davranış algı ortalamaları daha yüksektir. H2a hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 3. Karne eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim alt boyutları Mann Whitney U testi analizi bulguları

	Karne Eğitimi	n	Ortalama sırası	Z	P
Stratejik vizyon ve kontrol	Evet	94	124,32	-2,114	,034
	Hayır	132	105,79		
Stratejik davranış	Evet	94	125,29	-2,324	,020
	Hayır	132	105,10		
	N	226			

-H2b. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

Verimlilik karne uygulaması algısı verimlilik, etkililik, hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi ve şeffaflık alt boyutlarından oluşturulmuştur.

Buna göre hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi alt boyutları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan analizlerde etkililik ve şeffaflık boyutları ile anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyeti boyutlarında ise bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4). Buna göre verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları ile demografik verilerin analizi sonucunda:

- Verimlilik karne eğitimi alma durumu değişkeni ile verimlilik alt boyutu ve hizmet kalitesi alt boyutu,

- Yatak sayısı değişkeni ile hasta memnuniyeti alt boyutu ve hizmet kalitesi alt boyutu,
- Cinsiyet değişkeni ile hasta memnuniyeti alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları ve demografik veriler analiz bulguları

Alt boyut/değişkenler	Test değeri	p	Hipotez sonucu
Verimlilik			
Karne eğitimi alma durumu	-2,157	,031	Kabul
Unvan	7,062	,216	Ret
Yatak sayısı	6,337	,175	Ret
Hastane türü	-,910	,363	Ret
Toplam hizmet süresi	4,144	,387	Ret
Hastane yöneticilik süresi	3,223	,521	Ret
Sözleşmeli yöneticilik süresi	4,205	,240	Ret
Hasta Memnuniyeti			
Yaş	4,656	,321	Ret
Cinsiyet	-2,062	,039	Kabul
Karne eğitimi alma durumu	-1,250	,211	Ret
Unvan	8,625	,125	Ret
Yatak sayısı	10,887	,028	Kabul
Hastane türü	-,882	,378	Ret
Toplam hizmet süresi	5,473	,242	Ret
Hastane yöneticilik süresi	2,443	,655	Ret
Sözleşmeli yöneticilik süresi	5,687	,128	Ret
Hizmet Kalitesi			
Yaş	3,887	,421	Ret
Cinsiyet	-,935	,350	Ret
Karne eğitimi alma durumu	-2,237	,025	Kabul
Unvan	7,857	,164	Ret
Yatak sayısı	10,008	,040	Kabul
Hastane türü	-,421	,674	Ret
Toplam hizmet süresi	4,144	,387	Ret
Hastane yöneticilik süresi	3,066	,547	Ret
Sözleşmeli yöneticilik süresi	1,518	,678	Ret

-Verimlilik karne eğitimi alma durumu ile verimlilik alt boyutu ($p=0,031$, $p<0,05$) ve hizmet kalitesi alt boyutu ($p=0,025$, $p<0,05$) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4). Verimlilik karne eğitimi alan yöneticilerin hizmet kalitesi ve verimlilik algısı puan ortalamaları, eğitim almayan yöneticilerden daha yüksektir.

-Yatak sayısı değişkeni ile hasta memnuniyeti alt boyutu ($p=0,028$, $p<0,05$) ve hizmet kalitesi ($p=0,040$, $p<0,05$) alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Mann Whitney U testi ile gruplar karşılaştırılmış ve fark olan gruplar tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Yatak sayısı ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişki gruplar arası fark analizine ilişkin Mann Whitney U testi bulguları

Boyut	Yatak sayısı	n	Ortalama sırası	Z	P
Hasta Memnuniyeti	200-299	30	83,43	-3,191	,001
	400 ve üzeri	104	57,73		
	100-199	38	29,21	-2,237	,025
	200-299	30	39,91		
Hizmet Kalitesi	200-299	30	81,22	-2,957	,003
	400 ve üzeri	104	58,24		

200-299 yatak sayısına sahip hastanelerde görev yapan yöneticilerin verimlilik karnesi uygulaması alt boyutlarından hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi algısı, 400 yatak ve üzerinde görev yapan yöneticilerden daha yüksek bulunmuştur. 400 yatak ve üzeri hastaneler eğitim ve araştırma hastaneleridir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet hastanelerine göre iş yükünün fazla olması, hizmet çeşitliliği, personel yetersizliği vb.

özellikleri daha karmaşık yapıdadır. Bu hastanelerde görev yapan yöneticilerin verimlilik karnesine yönelik algı ortalamalarının düşük olmasının nedeni, hastanelerin yukarıda sayılan özellikleri ile açıklanabilir.

-Cinsiyet ile hasta memnuniyeti alt boyutu arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,039$ $p<0,05$). Kadın yöneticilerin hasta memnuniyeti algısı erkek yöneticilerden daha yüksektir. Bir başka deyişle kadın yöneticiler, erkek yöneticilere göre verimlilik karnesinin hasta memnuniyetine olan etkisinin daha fazla olduğunu düşünmektedirler.

H2b hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

H3 Hipotezine ilişkin bulgular

H3.Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

Tablo 6. Stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı korelasyon analizi bulguları

Spearman's rho		Stratejik yönetim algısı	Verimlilik karne uygulaması algısı
Stratejik yönetim algısı	r	1,000	,665**
	p	.	,000
Verimlilik karne uygulaması algısı	r	,665**	1,000
	p	,000	.
	n	226	226

**0,01

Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ($r=0,665$; $p=0,00$) ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6). **Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır. H3 hipotezi kabul edilir.

Diğer bir deyişle hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı arttıkça verimlilik karne uygulaması algısı da artmaktadır.

Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısına ilişkin bulgular

Tablo 7. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısına ilişkin bulguları

	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	\bar{X}	S.S.
Verimlilik karnesi;							
Stratejik Vizyon ve Kontrol							
Hastanemizin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağlar.	0.4	2.7	7.6	59.7	29.6	4,15	,70
Hastanemizin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmasını kolaylaştırır.	0,4	5.8	9.7	55.3	28.8	4,06	,80
Hastanemizin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterir.	0.0	3.5	8.8	55.8	31.9	4,15	,72
Üst kurumsal hedeflerin çalışanlar ile paylaşılmasını sağlar.	0.0	7.5	15.5	54.4	22.6	3,92	,82
Hastanemizde ölçme ve raporlama sistemi oluşturur.	0,4	1.8	8.8	57.1	31.9	4,18	,69
Hastanemizde karar almayı kolaylaştırır.	0,9	5.3	18.1	51.3	24.3	3,92	,84
Geribildirim sağlayarak, kurumsal hedeflerden uzaklaşmayı önler.	0,0	2.7	15.9	59.3	22.1	4,00	,69
Hastanemizde kurumsal yönetim stratejilerinin uygulanmasını teşvik eder.	0.4	4.4	15.0	57.1	23.0	3,97	,77
Kurumsal performansımız üst kurumumuz tarafından takip edilir.	0.9	3.1	8.8	55.8	31.4	4,13	,76
Stratejik davranış							
Hastanemizin verimlilik karnesi sonuçlarını takip ederim.	0,4	4.9	10.6	55.8	28.3	4,06	,78
Verimlilik karnesinde düşük puan alınmış gösterge varsa, sorumlu olduğum alanlarda gerekli önlemleri alırım.	0.9	2.2	5.3	44.2	47.3	4,34	,75
Stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullanırım.	0.4	8.4	9.7	56.6	24.8	3,96	,85
Hastane performans hedeflerine ulaşmak için çalışanları teşvik ederim.	0,9	0,9	10,2	55,3	32,7	4,18	,71

Ortalama: 1,0-2,33: Düşük Katılım, 2,34-3,66: Orta Düzeyde Katılım, 3,67-5,0: Yüksek Katılım

Tablo 7 incelendiğinde, hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin stratejik yönetim boyutunda

en yüksek ortalamanın “verimlilik karnesi hastanemizde ölçme ve raporlama sistemi oluşturur” (\bar{x} =4.18) ifadesi olduğu; en düşük ortalama ile cevaplanan ifadelerin ise “verimlilik karnesi üst kurumsal hedeflerin çalışanlar ile paylaşılmasını sağlar” (\bar{x} =3.92) ve “hastanemizde karar almayı kolaylaştırır” (\bar{x} =3.92) ifadeleri olduğu görülmektedir.

Tablo 7’deki sonuçlara göre, araştırmaya katılan yöneticilerin büyük çoğunluğu verimlilik karnesinin *stratejik vizyon ve kontrol boyutuna* ilişkin olarak, verimlilik karne uygulamasının hastanelerinin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağladığı, hastanelerin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterdiği, hastanelerde ölçme ve raporlama sistemi oluşturduğu, verimlilik karnesinin aynı zamanda geribildirim aracı olarak hastanenin performans göstergelerine ilişkin geri bildirim sağlayarak, kurumsal hedeflerden sapmayı önlemeyi sağladığı özelliklerine yüksek katılım göstermişlerdir. Yine yöneticilerin büyük çoğunluğu verimlilik karnesinin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmayı kolaylaştırdığı ve üst kurum tarafından da hastanelerin kurumsal performansın takip edildiğini belirtmiştir.

Yöneticiler, yukarıda açıklanan stratejik vizyon ve kontrol alt boyutundaki ifadelerle \bar{x} =4.05 ortalama ile yüksek katılım göstermişlerdir. Yöneticilerin verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak gördüklerini söyleyebiliriz.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algısı alt boyutlarından *stratejik davranış alt boyutuna* bakıldığında; hastanemizin

verimlilik karnesi sonuçlarını takip ederim $\bar{x}=4.06$, verimlilik karnesinde düşük puan alınmış gösterge varsa, sorumlu olduğum alanlarda gerekli önlemleri alırım $\bar{x}=4.34$, stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullanırım $\bar{x}=3.96$, hastane performans hedeflerine ulaşmak için çalışanları teşvik ederim ifadelerine $\bar{x}=4.18$ ortalama ile cevap verdikleri görülmektedir. Yöneticiler stratejik davranış boyutundaki ifadelere $\bar{x}=4.13$ ortalama ile yüksek katılım göstermişlerdir. Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin çoğunun, verimlilik karnesi uygulaması hakkında bilgi sahibi oldukları, verimlilik karnesi sonuçlarını takip ettikleri ve stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullandıkları görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi uygulaması algısına ilişkin bulgular

Tablo 8’de *etkililik boyutunda*; en yüksek katılım, “verimlilik karnesi uygulaması kamu hastanelerinin daha etkin yönetilmesini sağlar” ($\bar{x}=3.99$) ifadesi, en düşük katılım “verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, hastanelerin performansını ölçmek için yeterlidir” ($\bar{x}=3.38$) ve “verimlilik karnesi çalışanların performansını artırır” ($\bar{x}=3.49$) ifadeleridir. Yine yöneticiler diğer ifadelere, “verimlilik karnesi hastanelerin kurumsal performansını artırmasında oldukça etkilidir” $\bar{x}=3.94$, “yöneticilerin performansının artmasını sağlar” ifadesine $\bar{x}=3.88$, “hastanelerin üst kurumsal hedeflere ulaşması için önemli bir araçtır” ifadesine $\bar{x}=3.97$ ortalama ile yüksek katılım göstermişlerdir.

Tablo 8. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi algısına ilişkin bulguları

Verimlilik karnesi uygulaması:	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	\bar{x}	S.S.
Etkililik							
Kamu hastanelerinin daha etkin yönetilmesini sağlar.	2.2	2.7	13.5	61.5	20.4	3,99	0,68
Çalışanların performansını artırır.	1.8	31.4	11.9	44.7	10.2	3,49	0,89
Yöneticilerin performansının artmasını sağlar	1.3	8.0	11.9	58.0	20.8	3,88	0,86
Verimlilik karnesi hastanelerin kurumsal performansını artırmasında oldukça etkilidir.	3.1	6.7	16.3	59.6	13.0	3,94	0,71
Hastanelerin üst kurumsal hedeflere ulaşması için önemli bir araçtır.	0.9	4.4	14.6	56.2	23.9	3,97	0,80
Verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, hastanelerin performansını ölçmek için yeterlidir.	5.3	13.7	26.5	45.6	8.8	3,38	1,00
Hizmet kalitesi							
Tıbbi bakım kalitesinin artmasını sağlar.	1.4	6.6	15.0	62.7	14.2	3,84	0,75
Kalite anlayışının sürekli olmasını teşvik eder.	2.4	7.1	12.8	64.4	13.7	3,86	0,73
Hizmet süreçlerinde belirgin iyileşmeler sağlar.	3.6	4.4	15.5	61.4	15.0	3,89	0,71
Hasta memnuniyeti							
Süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile hasta şikayetlerinin azaltılmasını sağlar	0.9	4.4	18.6	63.3	12.8	3,82	0,73
Hastaların hastaneye olan bağlılığını artırır.	0.4	11.9	29.6	50.9	7.1	3,52	0,81
Hasta memnuniyetinin artmasını sağlar.	0.4	6.6	19.5	63.7	13.3	3,86	0,68
Verimlilik							
Mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar.	0.9	4.0	14.2	58.0	23.0	3,98	0,78
Hizmet süreçlerindeki verimsizliği azaltır.	0.4	4.0	18.6	58.6	18.1	3,90	0,74
Daha iyi sağlık çıktıları elde etmemizi sağlar.	0.4	5.2	12.8	61.5	19.9	3,95	0,76
Şeffaflık							
Paydaşlarla bilgi paylaşımı açısından şeffaflık sağlar.	1.3	5.8	13.7	61.9	17.3	3,88	0,80
Yöneticilerin performansa göre atanmasını sağlar	15.5	14.6	26.3	32.7	8.8	3,03	1,20
Kamuda hesap verebilirliği kolaylaştırır.	4.4	11.5	16.8	52.7	14.6	3,61	1,01

Yöneticilerin %81.9'u verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin etkin yönetilmesini sağladığı, %72.6'sı, verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin kurumsal performansının artmasında etkili olduğunu düşünmektedir

En az katılım ise % 54.4 oranı ile “verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, hastanelerin performansını ölçmek için yeterlidir” ifadesidir. Diğer en az katılım ifadesi % 54.9 katılım oranı ile “verimlilik karnesi çalışanların performansını artırır” ifadesidir. Yöneticilerin yaklaşık %45'i verimlilik karnesinin çalışan performansına etkisi olmadığını düşünmektedir. Bununla birlikte yöneticilerin % 78.8'i verimlilik karnesinin yöneticilerin performansını artırdığı ifadesine katıldıkları görülmüştür.

Hizmet kalitesi boyutundaki ifadelerle baktığımızda; yöneticilerin, “verimlilik karnesi tıbbi bakım kalitesinin artmasını sağlar” ifadesine ortalama $\bar{x}=3.84$, “kalite anlayışının sürekli olmasını teşvik eder” ifadesine ortalama $\bar{x}=3.86$ ve “hizmet süreçlerinde belirgin iyileşmeler sağlar” ifadesine $\bar{x}=3.89$ ortalama ile yüksek katılım sağladıkları görülmektedir.

Hasta memnuniyeti boyutunda; en yüksek katılım verimlilik karnesi hasta memnuniyetinin artmasını sağlar ($\bar{x}= 3.86$) ve en düşük katılım hastaların hastaneye olan bağlılığını artırır ($\bar{x}=3.52$) ifadeleridir. Verimlilik karnesi süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile hasta şikayetlerinin azaltılmasını sağlar ifadesine de $\bar{x}=3.82$ ortalama ile yöneticiler yüksek katılım sağlamıştır. Hasta memnuniyeti

boyutu sağlık hizmetleri performansı açısından önemli bir gösterge olarak kullanılmaktadır

Verimlilik boyutundaki ifadelerden “verimlilik karnesi uygulaması mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar” ifadesine $\bar{x}=3.98$ ortalama ile, “hizmet süreçlerindeki verimsizliği azaltır” ifadesine $\bar{x}=3.90$ ortalama ile ve “daha iyi sağlık çıktıları elde etmemizi sağlar” ifadesine $\bar{x}=3.95$ ortalama ile yöneticilerin yüksek katılım sağladığı görülmektedir. Bir başka ifade ile yöneticilerin yaklaşık %80'inin verimlilik boyutundaki ifadelerle katıldıkları görülmektedir.

Şeffaflık boyutunda; en yüksek katılım “verimlilik karnesi paydaşlarla bilgi paylaşımı açısından şeffaflık sağlar” ($\bar{x}=3.88$) ve en düşük katılım verimlilik karnesi yöneticilerin performansa göre atanmasını sağlar ($\bar{x}= 3.03$) ifadeleridir. Yine “verimlilik karnesi kamuda hesap verebilirliği kolaylaştırır” ifadesine $\bar{x}=3.61$ ortalama ile orta düzeyde katılım sağlandığı görülmektedir.

TARTIŞMA

Çalışmada kamu hastanelerinde kurumsal performansını ölçmek için kullanılan verimlilik karnesi uygulamasına ilişkin hastane yöneticilerinin bakış açısı değerlendirilmiştir. Alan yazında bu yönde yapılmış çalışma bulunmamaktadır.

Verimlilik karnesi aynı zamanda stratejik yönetim araçlarından birisidir. Verimlilik karnesinin balans skor kart yaklaşımını esas alarak oluşturulmuş olduğu belirtilmektedir (6). Bu nedenle hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi uygulamasına

yönelik algılarından başka yöneticilerin verimlilik karnesine yönelik stratejik yönetim algıları da araştırılmıştır.

Hastane yöneticilerin verimlilik karnesine ilişkin stratejik yönetim algıları ortalaması oldukça yüksek bulunmuştur ($\bar{x}=4,08$). Bu nedenle hastane yöneticilerinin verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak gördükleri söylenebilir.

Verimlilik karne eğitimi aldığını ifade eden yöneticilerin stratejik yönetim algısı puan ortalamaları karne eğitimi almayan yöneticilerden yüksek ve anlamlıdır. Diğer bir ifade ile verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticiler verimlilik karnesinin stratejik yönetim aracı olarak etkisinin daha fazla olduğunu düşünmektedir.

Hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğunun stratejik davranış olarak; verimlilik karnesi sonuçlarını takip ettikleri ve stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullandıkları, hedef performans değeri düşük gösterge varsa gerekli önlemleri aldıkları, kurumsal performans hedefleri için çalışanları teşvik ettikleri ifadelerine yüksek katılım gösterdikleri görülmüştür. Bu algının verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulamasına ilişkin algıları ile demografik özellikleri arasında bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte verimlilik karnesi alt boyutları ile demografik özellikler arasında kısmen anlamlı fark bulunmuştur.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algıları alt boyutlarında etkililik, verimlilik, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve şeffaflık boyutlarını ölçen ifadeler ile alt boyutlar değerlendirilmiştir.

Alt boyutlardan hasta memnuniyeti ile cinsiyet arasındaki fark anlamlıdır. Kadın yöneticilerin erkek yöneticilere göre, verimlilik karnesinin hasta memnuniyetine etkisinin daha fazla olduğunu düşündükleri görülmüştür.

Verimlilik karne eğitimi aldığını belirten yöneticilerin hizmet kalitesi alt boyutu ve verimlilik alt boyutundaki ifadeler eğitim almayanlara göre daha yüksek katılım gösterdikleri görülmüştür. Bu nedenle hastane yöneticilerinin tamamına verimlilik karnesi ile ilgili eğitim verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmadan çıkan bir sonuçta, yatak sayısı ile verimlilik karnesi ile ilgili hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi algıları azalmakta olduğudur (Tablo 5). Yöneticiler, yatak sayısı arttıkça verimlilik karnesinin hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesine etkisinin azaldığını belirtmişlerdir. 400 yatak ve üzeri hastaneler eğitim ve araştırma hastaneleridir. Bu nedenle verimlilik karnesi uygulaması ile süreçlere yönelik ve diğer işlemlere yönelik yapılacak düzenlemelerin etkisinin bu hastanelerde kısa zamanda görülmesi oldukça zordur. Örneğin hasta memnuniyeti boyutunda yer alan *verimlilik karne uygulaması, süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile hasta şikayetlerinin azaltılmasını sağlar* ifadesine yönelik olarak yapılacak düzenlemelerin, karmaşık yapıda olan ve yatak

sayısı, hizmet çeşitliliği, hasta sayısı, iş yoğunluğu fazla olan eğitim ve araştırma hastanelerinde daha uzun sürede yapılacağı ve etkisinin daha geç alınacağı ancak yatak sayısı az olan hastanelerde daha kısa sürede yapılabileceği ve etkisinin daha hızlı alınacağı açıktır.

Yöneticilerin verimlilik karne uygulaması ile ilgili ölçek genelindeki sorulara 3.76 ortalama ile yüksek katılım göstererek yanıtladıkları görülmektedir. Bu sonuçlardan hastane yöneticilerinin çoğunun verimlilik karne uygulamasını hastaneler için gerekli ve yararlı bulduklarını söyleyebiliriz.

Verimlilik karne uygulamasının şeffaflık alt boyutuna en düşük ortalama ile yanıt verildiği görülmektedir. Şeffaflık alt boyutunda yer alan verimlilik karne uygulaması yöneticilerin performansına göre atanmasını sağlar ifadesine yöneticilerin yalnızca % 40.8'i katılıyorum yanıtı vermiştir. Verimlilik karne uygulaması hastane yöneticilerini sistemin merkezine koyan bir uygulamadır. Çünkü hastane yöneticilerinin performansları, çalıştıkları hastanenin verimlilik karnesi göstergeleri üzerinden hesaplanmakta hastane yöneticisinin puanı aynı zamanda hastanenin verimlilik karne puanı olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte uygulamada yöneticilerin yeniden atanmasında yönetici performansının çok dikkate alınmadığı yönetici görüşlerinden anlaşılmaktadır.

Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algıları ile verimlilik karne uygulamasına yönelik algıları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki

bulunmuştur. Diğer bir ifade ile hastane yöneticilerinin verimlilik karnesine yönelik stratejik yönetim algıları arttıkça verimlilik karne uygulamasına yönelik algıları da artmaktadır.

SONUÇ

Sağlık Bakanlığınca kamu hastanelerinde verimliliği sağlamak, sağlık hizmetlerini etkili sunarak hasta memnuniyetini artırmak amacı ile 2012 yılından itibaren kamu hastanelerinde uygulanan verimlilik karne uygulamasına ilişkin araştırma yapılan gruptaki hastane yöneticilerinin algıları değerlendirilmiştir. Kamu hastanelerinde, verimlilik karne uygulamasının odak noktasında hastane yöneticileri yer almaktadır. Verimlilik karnesi uygulaması ile hastane yöneticilerine sorumluluk yükleyerek hastanelerin kurumsal performans göstergelerinin üst kurum tarafından belirlenen hedeflere uygun hale getirilmesini istenmektedir. Bu nedenle hastanelerin verimlilik karne uygulamasından alacakları karne puanı aynı zamanda hastane yöneticisi performans puanı olarak kabul edilmekte idi. Bununla birlikte, 994 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastaneleri tekrar İl Sağlık Müdürlüklerine bağlanmış olup hastanelerde verimlilik karne uygulaması devam etmektedir. Yönetici performans değerlendirmesi için yeni kriterler yayımlanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğu verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak görmektedirler. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik

yönetim algılarının oldukça yüksek olduğu ve bu algının verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastane yöneticilerinin stratejik davranış olarak verimlilik karnesi sonuçlarını takip ettikleri ve stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullandıkları görülmüştür.

Hastane yöneticilerinin çoğu, verimlilik karne uygulamasının yöneticilerin performansını artırdığını belirtmiştir. Bununla birlikte verimlilik karnesinin çalışanların performansına etkisine yönelik ifadeler düşük oranda katılım göstermişlerdir. Verimlilik karne uygulaması ile ilgili yapılacak düzenlemelerde çalışanlar ile ilgili özendirici uygulamaların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Çalışanların katkısı olmadan hedeflerin gerçekleştirilmesi zor olacaktır. Bu nedenle verimlilik karnesinin daha etkin uygulanması için çalışanlara katkı sağlayacak yapıda olması gerekmektedir.

Hastane yöneticilerine göre verimlilik karne uygulaması ile ilgili yapılan çalışmalar hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini artırmaktadır.

Yöneticilerin çoğu verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin etkin yönetilmesini sağladığı, verimlilik karnesinin hastanelerin üst kurumsal hedeflere ulaşması için önemli bir araç olduğu ve verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin kurumsal performansının artırılmasında etkili olduğunu düşünmektedir.

Sonuç olarak, verimlilik karne uygulaması hastane yöneticileri tarafından hastaneler için gerekli ve

yararlı bulunmaktadır. Bu nedenle verimlilik karnesinin hastane yöneticileri aracılığı ile çalışan katılımını da sağlayarak etkin olarak kullanılması, hastanelerin kurumsal performansını artıracak ve kurumsal hedeflere ulaşmasını kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Moynihan, D. P. The Dynamics of Performance Management. Constructing Information and Reform. Washington D.C.: GeorgetownUniversity Press. (2008). [İnternet], [08 Nisan 2018 tarihinde erişildi]; 26-32. Erişim adresi:https://ebookcentral.proquest.com/lib/gaziebooks/detail.action?docID=547813&query=moy nihan
2. Bergeron, B., P. Performance Management in Healthcare: From Key Performance Indicators to Balancedscorecard, (2006).
3. Aguinis, H. Performance Management, Third edition, Kelley School of Business Indiana University, Pearson, (2009).
4. Doğan N.Ö, Gencan S. "VZA/AHP Bütünlük Yöntemi İle Performans Ölçümü: Ankara'daki Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Uygulama", Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (2014) 16/2. 16 (2): 88-112.
5. Atılğan, E. Kamu Hastaneleri Birlikleri Performans Ölçüm Yöntemi Üzerine Bir Değerlendirme [İnternet], 2016. [15 Nisan 2018 tarihinde erişildi]; 13(1):696-712 Erişim adresi: https://www.jhumansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/3601/1669
6. TKHK, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Birlik Değerlendirme El Kitabı, (Editörler; Çağıl, H., Örnek, M., Akın, M.) Verimlilik Daire Başkanlığı, Pozitif Matbaa, 2012, Ankara.
7. Güran, M. C., Kahveci, E., Oyman, S. Performans Ölçümünde Dengeli Sonuç Kartı Uygulaması Dergipark Akademik, 2015 [İnternet] [08 Nisan 2018 tarihinde erişildi]; 0(1): s.55 – 85. Erişim adresi: http://dergipark.gov.tr/verimlilik/issue/21772/234002
8. Büyük, K., Barca, M. (2015) Kamu Örgütlerinde Stratejik Performans Yönetim Aracı Olarak Kurumsal Başarı Karnesi'nin Kullanımı. 2015. [İnternet], [15 Ocak 2018 tarihinde erişildi] Erişim adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/55682
9. Çınaroglu, S. Şahin, B., Yönetici Değerlendirmelerine Göre Hastanelerde Performans Ölçümü. [İnternet] 2012 [26 Mayıs 2018 tarihinde erişildi]; 15(1). Erişim adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/84728
10. Ülgen, H., Mirze S.K. İşletmelerde Stratejik Yönetim. 2013. İstanbul: Beta yayınları, 7. Baskı. s.2-29.
11. Kırılmaz H., Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler Örneği, [Doktora Tezi]. Sakarya Üniversitesi; 2012.
12. Yıldız, M.S., Kethüda, Ö. Kurutkan, M.N. Dengeli Ölçüm Kartı'nın Hastane İşletmelerinde Uygulanması: Örnek olay çalışması.İnternet]. 2013 [24 Şubat 2018 tarihinde erişildi]; 27(4) Erişim adresi:http://dergipark.gov.tr/atauniibd/ issue/2711/35896
13. Çınar, F.,Şeffaflık ve Hesap Verilebilirlik İlkelerinin Özel ve Kamu Hastanelerinde Uygulanabilirliğinin Kurumsal Performans Üzerine Etkisi.[Doktora Tezi]. Beykent Üniversitesi; 2104.
14. Verimlilik ön çalışma raporu. [İnternet]. 2012 [24 Mart 2018 tarihinde erişildi] Erişim adresi: https://www.khgm. saglik. gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-modeli-on-calisma-raporu
15. Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge. [İnternet]. 2012 [07 Şubat 2018 tarihinde erişildi] Erişim adresi: https://www.khgm.saglik .gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-degerlendirmesi-hakkinda-yonerge.

DERLEME

Mikrobiyota ve Otizm*Ceymi DOENYAS¹***ÖZ**

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), yaygınlığı giderek artan fakat sebebi hâlâ bilinmeyen bir gelişim farklılığıdır. Otizmliler sosyal beceri ve iletişim konularında zorluk çekmekte, tekrar eden ve kısıtlı ilgi alanları ve hareketler göstermektedirler. Özellikle son beş senede dünya çapında bağırsak-beyin ilişkisine artan ilgi sonucunda, nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlıkları incelerken bağırsaktaki farklılıkların ve bunun beyini nasıl etkilediğinin değerlendirilmesinin önemi giderek daha da vurgulanmaya başlamıştır. Otizmliler bağırsak ve mide rahatsızlıkları çektiği uzun zamandır bilinmektedir. Mide ve sindirim ile ilgili yaşadıkları sorunların beyinlerini etkileyerek otizm davranışlarına yol açabilme ihtimali ve bağırsakları ile beyinleri arasında bir ilişki olabileceği 1979 ve 1991 senelerinde farklı araştırmacılar tarafından öne sürülmüştür. Fakat; son on senede gerçekleşen teknolojik ilerlemeler, dışkı analizlerinin ötesinde bağırsak mikrobiyotasının incelenmesine olanak sağlamıştır. Bu makalede, otizmlilerde görülen mikrobiyota farklılıkları ile bu farklılıklara yönelik önerilen tedaviler ele alınmaktadır. Son birkaç senede gerçekleşen bu gelişmelerin sağlıklı ve etkili tedavilerin ortaya çıkmasını sağlayabilmesi için atılması gereken bilimsel ve klinik adımlar önerilerek, alanın buradan sonra gelebileceği yerler tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Bağırsak, Beyin, Mikrobiyota, Otizm spektrum bozukluğu, Probiyotikler

Microbiota and Autism*Ceymi DOENYAS¹***ABSTRACT**

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental difference that is increasingly prevalent with no known etiology. Especially in the last five years, the relationship between the gut and the brain has begun to gain considerable attention while investigating neurological and psychiatric disorders. It has been known for a long time that individuals with ASD experience gastrointestinal problems. It has been proposed by different researchers in 1979 and 1991 that the gastrointestinal and digestive problems experienced by individuals with ASD could affect their brain and lead to ASD symptoms through a relationship between the gut and the brain. However, the technological breakthroughs in the last decade are what provided the opportunity to study the intestinal microbiota beyond stool analyses of excreted products from the gut. This article discusses microbiota differences in individuals with ASD and the suggested treatments to correct such differences. It concludes by suggesting scientific and clinical next steps that must be taken in order to ensure that these recent advances can result in the generation of safe and effective treatments for individuals with ASD.

Keywords: Autism, Autism spectrum disorder, Gut-brain, Microbiota, Probiotics

¹ Koç Üniversitesi Translasyonel Tıp Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sorumlu Yazar: Ceymi DOENYAS

E-posta adresi: ceymidoenyas@alumni.princeton.edu

ORCID No: 0000-0002-4809-8719

Gönderi Tarihi: 28.11.2018

Kabul Tarihi: 25.01.2019

GİRİŞ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), iletişim ve sosyal etkileşim yetersizliği ile sınırlı ve yineleyici davranış ve ilgi alanlarına yol açan, gelişimsel bir farklılıktır (1). Demografik verilerin düzenli olarak tutulduğu ülkelerin başında gelen Amerika'da, otizmin görülme oranı 2002'de 150 çocuktan 1'inde iken; 2018 yılında analizleri açıklanan, 2014 senesinde toplanmış verilere göre ise otizm 59 çocuktan 1'inde görülmektedir (2). OSB'nin yaygınlığında görülen bu artış, genetik etkilerle açıklanamayacak bir hızdadır. Bu sebeple, alanda çevresel faktörlere olan odak artmış ve hâlihazırda tek bir sebebi bulunmamış OSB'yi açıklamak için önerilen çevresel teoriler üzerine araştırmalar hız kazanmıştır. Örneğin, otizmin olası sebeplerinden biri olarak gıdasal ve çevresel antijenlere olan hassasiyet önerilmiş ve bu doğrultuda otizmde bu tür antijenlere olabilecek aşırı hassasiyetler veya farklı bağışıklık tepkileri incelenmeye başlanmıştır (3).

İkinci açıklama modeli olarak bağırsak-beyin eksenini özellikle son senelerde giderek araştırmacılar tarafından ilgi görmeye başlamıştır. Bunun bir sebebi, son senelerde ölçüm araçlarındaki teknolojik ilerlemelerin, hayvan modellerinin ve yapılan analizlerin otizmde bu eksenin rolünü aydınlatıcı veriler sunmaya başlamasıdır. Bu doğrultuda, 2014 senesinde psikiyatrik ve nörolojik hastalıkları incelerken artık bağırsaktaki mikrobiyotanın önemli bir etken

olarak göz önünde bulundurulması gerektiği öne sürülmüştür (4).

Bu bağırsak-beyin bağlantısı, depresyon, kaygı gibi psikolojik rahatsızlıklar ile hassas bağırsak sendromu gibi fizyolojik rahatsızlıklar hususunda incelenmeye başlanmıştır. Fakat bağırsak ve beyin arasındaki ilişki, aşağıda incelenen üç sebepten dolayı otizm özelinde daha bir anlam kazanmıştır. Bu incelemenin devamında otizmlilerde, diğer bireylere kıyasla görülen mikrobiyota farklılıkları sunulmaktadır. Son olarak, otizm için güncel olarak tartışılan mikrobiyota odaklı olası tedavi yöntemlerinden bahsedilerek otizm ve mikrobiyota ilişkisini inceleyen bu derleme sonlanmaktadır.

OTİZMDE BAĞIRSAK-BEYİN İLİŞKİSİ

Dünya çapında yoğun ilgi gören bağırsak-beyin ekseninin otizmdeki yeri üç sebepten dolayı diğer nörolojik ve psikiyatrik tanılardan ayrılmaktadır. Birincisi, 1979 yılında Panksepp'in öne sürdüğü 'nörokimyasal teori'ye göre, otizmlilerde gluten ve kazeini normal bir biçimde sindirememektedir. Bu tamamlanmamış sindirim sonucunda, beyinde opioidler ile benzer etki yaratan protein parçaları yani peptidler ortaya çıkmaktadır (5). Bu peptidlere beyinde morfine benzer etkiler oluşturmalarından dolayı kazomorfin ve gluteomorfin adı verilmiştir. Panksepp'in teorisine göre bu peptidler beyine ulaşarak etki ederek gözlemlenen otizm belirtilerini oluşturmaktadır (5). Reichelt ve arkadaşları 1991

senesinde yaptıkları bir çalışmada, gluten ve kazeinin çıkarıldığı bir beslenme sürdüren otizmliler çocukların otizm davranışlarında gelişme, bu beslenmeyi bırakanlarıkinde ise gerileme olduğunu gözlemlemişlerdir (6). Benzer bulguları 2009 senesinde tekrar ortaya koyan araştırmacılar, beslenmenin beyin üzerindeki etkisini ortaya koymuş ve böylece ilk defa otizmde bağırsak-beyin bağlantısı ihtimalinden söz etmişlerdir (7). Dolayısıyla, son senelerde bağırsak-beyin ilişkisinin farklı rahatsızlıkları açıklamak için kullanılmasının öncesinde bile, bu ilişkinin otizm özelinde farklı araştırmacılar tarafından önerildiği görülmektedir. Bu araştırmacılar hem bağırsaktaki eksik sindirim sonucu oluşan peptidlerin beyindeki etkisine hem de beslenmenin beyindeki etkisine değinerek, bağırsak ve beyin arasında otizmi etkileyen bir ilişki olma ihtimalini değerlendirmişlerdir.

İkincisi, otizm henüz sebebi bilinmeyen bir gelişim farklılığıdır. Şu ana kadar kullanılan yöntemler otizmin nedenini bulmakta başarılı olamadığından, henüz incelenmemiş bir eksen olan bağırsak-beyin ilişkisinin otizmin sebepleri konusunda bazı cevaplar sunabilme ihtimali, araştırmacıları heyecanlandırmaktadır. Otizmliler bireylerin bağırsak mikroflorasındaki, işlevindeki ve ürünlerindeki farklılıklar kısa zamanda dünya çapında ilgi duyulan bir konu hâline gelmiştir. Bunun bir nedeninin de bu tür araştırmaların otizm hakkında bazı soru işaretlerini cevaplama ihtimali olması muhtemeldir.

Üçüncü olarak, otizmliler bireylerin geniş topluma göre çok daha fazla bağırsak ve mide rahatsızlığı yaşadığı uzun zamandır bilinen bir olgudur. Otizmliler çocuklar, tipik gelişim gösteren çocuklara oranla 6-8 kat daha fazla bağırsak ve mide ile ilgili rahatsızlık geçirmektedir. Kabızlık, ishal, yemek hassasiyeti ve bağırsaktaki gaz sebebiyle oluşan karın şişkinliği olarak belirtilebilen bu rahatsızlıkları daha sık yaşayan otizmliler çocukların, tekrarlayan davranış ve sosyal içedönüklük konusunda daha kötü durumda oldukları gözlemlenmiştir (8). Ayrıca; bağırsak ve mide rahatsızlıklarının otizmin şiddeti ile de güçlü bir ilişkiye sahip olduğu gösterilmiştir (9). Son zamanlarda gündeme gelen bu bağırsak-beyin ilişkisi, otizmliler çocuklarda gözlemlenen bağırsak ve mide rahatsızlıklarının otizm belirtileri ve davranışları ile nasıl bir ilgisi olabileceği konusunda da fikir vermektedir. Otizm davranışlarındaki kötüleşmelerin ve otizm şiddetinin mide-bağırsak sorunlarıyla doğru bir orantı gösterdiği gözlemlenmiştir. Bağırsak ve mide dengesindeki bozulmaların otizm davranışlarına ve şiddetine etki edebilmesi için bir şekilde beyinde bir değişikliğe yol açması gerekir. Böyle bir etki zincirini oluşturabilecek veya açıklayabilecek mekanizmalardan bir tanesi, bağırsak mikrobiyotası ve onların ürettiği sindirim ürünleri ile sinir sistemi üzerindeki etkileri olabilir. Bu olasılık, sonraki bölümde incelenmektedir.

OTİZMDE MİKROBİYOTA FARKLILIKLARI

Dışkı örnekleri incelemeleri sonucunda, 1990'lı yılların başlarından itibaren, otizmlili bireylerin bağırsak ve mideden boşatılan vücutsal atıklarında bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir (6). Bu dışkı örneklerinin ötesinde, bağırsağın içinde yaşayan mikrobiyotanın incelenmesi ve buradaki farklılıkların bulunması, ancak 2000'li senelerde başlamıştır.

Finegold ve ekibi, 2002 ve 2004 yıllarında yaptıkları çalışmalar ile otizmlili çocukların bağırsaklarında Clostridium bakteri türünün çeşitleri (10) ve miktarı (11) ile ilgili farklılıklar gözlemlenmiştir. Bu bulgular sonucunda Finegold, 2008 senesinde otizmin yaygınlığında ve tedavisinde kilit unsur olarak clostridia sporlarını öneren bir hipotez yayınlamıştır. Finegold (12), antimikrobiyal etkenlere ve yaygın olarak kullanılan mikrop öldürücülere dayanıklı olan clostridia sporlarının bu özelliklerinin otizm hakkındaki üç bulgu ile örtüştüğünü öne sürmüştür: otizmde son yıllarda görülen açıklanamayan artış, aynı ailedeki otizm vakalarında görülen açıklanamaz artış ve ağızdan alınan antibiyotik tedavisi süresince görülen iyileşmelerin antibiyotik kesilince sona ermesi. Clostridia sporlarının otizmin tek sebebi olma ihtimali çok düşüktür. Fakat; Finegold'un bu hipotezi, otizm yaygınlığında görülen açıklanamayacak kadar hızlı artışa bağırsak mikrobiyotası üzerinden bir açıklama sunması açısından önemlidir. Ayrıca, bu açıklamayı

bağırsak mikrobiyotasındaki belirli bir ögenin özellikleri üzerinden ve bunu çevresel verilere bağlayarak yapmıştır. Böylece, bu sporlar otizmin tek açıklaması olmasa da onların otizmde etkisi olabilme ihtimalini araştırmacıların dikkatine getirmesinden ötürü Feingold, bahsedilmeye değer bir görüş sunmuştur.

Yukarıda bağırsak ve mide rahatsızlıklarının miktarının otizm şiddeti ile doğru orantılı olduğundan bahsedilmişti. Son yıllarda yapılan başka bir çalışma, otizm şiddeti ile bağırsaktaki bakterilerin dengesinin ilişkisini incelemiştir. Bu çalışma, otizmlili çocukların bağırsaklarında daha fazla miktarda gözlemlenen Desulfovibrio bakterisinin miktarının, otizmin şiddeti ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (13). Ayrıca; dışkı ölçümleri sonucu otizmlili çocukların bağırsaklarındaki diğer bakterilerin oranlarında kontrol grubuna oranla farklılıklar olduğunu göstermiştir (13). Dışkı analizi ile elde edilen bu bulgular ve idrar analizi yöntemi kullanan başka bir çalışmanın bulguları, otizme özgü bir mikrobiyota profili olabileceğini önermektedir (14).

Genelde otizm çalışmalarında odak noktası bağırsaktaki bakteri türleri ve seviyeleri olsa da insan vücudu mikroflorası sadece bakterilerden oluşmamakta ve virüsler ile mantarları da içermektedir (15). Hem bakteri hem mantarları inceleyen bir çalışma, otizmlili bireylerde sadece bağırsak bakterilerinde değil, bağırsak mantarlarında da farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırma, Candida adlı mantar

türünün otizmlili bireylerde kontrol grubuna göre iki kat daha fazla olduğunu bulmuştur (16). Ayrıca, mikroflora sadece bağırsakta bulunmamaktadır. Geçen sene yayınlanan bir çalışma, otizmlili çocukların ağız mikrobiyotası içeriğinde de kontrol grubundan farklılıklar ortaya koymuş ve bu farkların otizm şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermiştir (17).

Bu çalışmalar, otizmde bağırsak ve ağız mikrobiyotasında, bakterilerle kısıtlı kalmayan ve mantar türünde de gözlemlenen bazı farklılıklar olduğunu (15, 16, 17), bu farklılıkların da otizm şiddeti ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır (13, 17).

MİKROBİYOTA HEDEFLİ TEDAVİ OLASILIKLARI

Otizmlili bireylerin mikrobiyotalarında gözlemlenen farklılıklar, onları düzeltmeyi hedefleyen tedavi olasılıklarını gündeme getirmiştir. Bu tedavi olasılıklarından ilki, Mikrobiyota Aktarım Tedavisi olarak önerilmiştir. Bu tedavide, otizmlili bireylere uygulanan antibiyotik tedavisi ve bağırsak temizliği ile mevcut mikrobiyota temizlenmekte, daha sonra sağlıklı bireylerden alınan mikrobiyotanın iki aylık bir süreçte hafif dozlarla aktarımı sağlanmaktadır. Bu tedavinin bağırsak ve mide sorunlarında %80'e varan bir azalma ve otizm belirtilerinde belirgin bir ilerleme oluşturduğu, bu ilerlemenin tedavi bitiminden 8 hafta sonrasında bile korunduğu bulunmuştur (18). Hem bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklikleri düzelttiği hem bağırsak ve mide sorunlarına iyi geldiği hem de otizm belirtilerini

azalttığı gösterilen bu yöntem, otizm için umut verici bir tedavi olabilir. Fakat kullanımı tavsiye edilmeden önce olası yan etkileri ve zararları bütünüyle incelenmeli ve zararsızlığı kanıtlanmalıdır.

İkinci tedavi olasılığı, yeterli ve uygun miktarda verildiğinde vücuda ve işlevlerine iyi gelen bakteriler olan probiyotikleri içermektedir. Otizmlili bireylerin bağırsak mikrobiyotasında farklılıklar bulan bir çalışma, probiyotik takviyesi sonucunda bakteri dengesinin ve seviyelerinin kontrol grubu ile benzer bir duruma geldiğini göstermiştir (13). Probiyotik takviyesi sonucu otizmlili bireylerin mikrobiyotasındaki düzeltilmeleri gösteren başka bir çalışma, bu düzeltilmenin ayrıca otizm şiddetinde ve bağırsak ve mide sorunlarında azalmalar sağladığını da ortaya koymuştur (19). Bu çalışmalar, probiyotiklerin otizmde üç alana etki edebileceğini göstermektedir. Bunlar, bozulmuş bağırsak dengesi, otizm belirtileri ve bağırsak ve mide sorunlarıdır. Fakat; probiyotiklerin bağırsak hastalıklarının tedavisinde kullanımı üzerine yayınlanan genelgede, probiyotiklerin etkili olduğunu gösteren kanıtların kısıtlılığı ve tedavilerde çeşitlilik olduğu vurgulanmış, farklı probiyotik türleri, dozları, uygulama yöntemleri, takviye süreleri ve neticeleri olabileceği belirtilmiştir (20). Benzer kısıtlamalar ve belirsizlikler probiyotiklerin otizmde kullanılması konusunda da mevcuttur. Bu sebeple, böyle bir tedavi önerilmeye başlanmadan önce otizmlili bireylerde alerjik tepkilere veya farklı yan etkilere yol açmayacak probiyotik türleri bulunmalı, bunların

hangi dozda, ne kadar süre verileceği konusunda protokoller belirlenmelidir.

SONUÇ

Otizm, sebebi hâlâ bilinmeyen fakat hızla artan yaygınlık gösteren gelişimsel bir farklılıktır. Son yıllarda evrensel olarak bağırsak ve beyin ilişkisi üzerindeki ilgi, bu ilişkinin otizmdeki yerini inceleyen çalışmaları arttırmıştır. Bu araştırmalar sonucunda, otizmlili bireylerin bağırsak ve ağız mikrofloralarında bazı farklılıklar olduğu ve bu farklılıkların otizm şiddeti ile ilgili olduğu ortaya konulmuştur. Yakın zamanda yapılan klinik çalışmalar, mikrobiyotada oluşmuş bu farklılıkların mikrobiyota aktarımı veya probiyotik takviyesiyle düzeltilebileceği olasılığını gündeme getirmiştir. Ön bulguların, bu uygulamaların mide ve bağırsak rahatsızlıkları ile otizm belirtilerine de iyi geldiğini göstermesi ile otizm için böyle tedavilerin yarattığı heyecan artmıştır. Bu tür tedaviler ne kadar umut verici olsa da kullanımı önerilmeden önce sayıca daha fazla araştırmalar yapılarak oluşturdukları etkiler bütüncül olarak incelenmelidir. Bu tedavilerin yaratabileceği olası yan etkiler ve bireylerin verdiği tepkiler belirlenmeli ve bu gibi tedavilerin etkili ve güvenli kullanımı konusunda yol gösteren uygulama kılavuzları oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
2. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, Kurzius-Spencer M, Zahorodny W, Rosenberg CR, White T, Durkin MS. Prevalence of autism spectrum disorder

- among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*. 2018;67(6):1-23.
3. Bakkaloglu B, Anlar B, Anlar FY, Öktem F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Özbesler C, Gökler B. Atopic features in early childhood autism. *Eur J Paediatr Neurol*. 2008;12(6):476-479.
4. Mayer EA, Knight R, Mazmanian SK, Cryan JF, Tillisch K. Gut microbes and the brain: paradigm shift in neuroscience. *J Neurosci*. 2014;34(46):15490-15496.
5. Panksepp J. A neurochemical theory of autism. *Trends Neurosci*. 1979;2:174-177.
6. Reichelt KL, Knivsberg AM, Lind G, Nødland M. Probable etiology and possible treatment of childhood autism. *Brain Dysfunction*. 1991; 4(6), 308-319.
7. Reichelt KL, Knivsberg AM. The possibility and probability of a gut-to-brain connection in autism. *Ann Clin Psychiatry*. 2009;21(4):205-211.
8. Chaidez V, Hansen RL, Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *JADD* 2014;44(5):1117-27.
9. Adams JB, Johansen LJ, Powell LD, Quig D, Rubin RA. Gastrointestinal flora and gastrointestinal status in children with autism—comparisons to typical children and correlation with autism severity. *BMC Gastroenterol*. 2011;11(1):22.
10. Finegold SM, Molitoris D, Song Y, Liu C, Vaisanen ML, Bolte E, McTeague M, Sandler R, Wexler H, Marlowe EM, Collins MD. Gastrointestinal microflora studies in late-onset autism. *Clin Infect Dis*. 2002;35(Supplement_1):S6-16.
11. Song Y, Liu C, Finegold SM. Real-time PCR quantitation of clostridia in feces of autistic children. *Appl Environ Microbiol*. 2004;70(11):6459-65.
12. Finegold SM. Therapy and epidemiology of autism—clostridial spores as key elements. *Med Hypotheses*. 2008;70(3):508-511.
13. Tomova A, Husarova V, Lakatosova S, Bakos J, Vlkova B, Babinska K, Ostatnikova D. Gastrointestinal microbiota in children with autism in Slovakia. *Physiol Behav*. 2015;138:179-187.
14. Lee Y, Park JY, Lee EH, Yang J, Jeong BR, Kim YK, Seoh JY, Lee S, Han PL, Kim EJ. Rapid assessment of microbiota changes in individuals with autism spectrum disorder using bacteria-derived membrane vesicles in urine. *Exp Neurol*. 2017;26(5):307-317.
15. Gündoğdu, A. Bir “Süper Organizma” olarak insan; Mikrobiyomun genetik kontrolü. *Türk Mikrobiyol Cem Derg*. 2016; 46(6):147-151.
16. Strati F, Cavalieri D, Albanese D, De Felice C, Donati C, Hayek J, Jousson O, Leoncini S, Renzi D, Calabrò A, De Filippo C. New evidences on the altered gut microbiota in autism spectrum disorders. *Microbiome*. 2017;5(1):24.
17. Qiao Y, Wu M, Feng Y, Zhou Z, Chen L, Chen F. Alterations of oral microbiota distinguish children with autism spectrum disorders from healthy controls. *Sci Rep*. 2018;8(1):1597.
18. Kang DW, Adams JB, Gregory AC, Borody T, Chittick L, Fasano A, Khoruts A, Geis E, Maldonado J, McDonough-Means S, Pollard EL. Microbiota Transfer Therapy alters gut ecosystem and improves gastrointestinal and autism symptoms: An open-label study. *Microbiome*. 2017;5(1):10.
19. Shaaban SY, El Gendy YG, Mehanna NS, El-Senousy WM, El-Feki HS, Saad K, El-Asheer OM. The role of probiotics in children with autism spectrum disorder: A prospective, open-label study. *Nutr Neurosci*. 2017;1-6.
20. Francavilla R, Cristofori F, Indrio F. Indications and recommendations by societies and institutions for the use of probiotics and prebiotics in paediatric functional intestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;63(1S):S36-37.

DERLEME

İkincil Travmatik Stres ve Sosyal Destek İlişkisinin Değerlendirilmesi

Merve ÖZKUL¹, Esra ÇALIK VAR²

ÖZ

Travmatik yaşantılar, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanmanın veya fiziksel bütünlüğe yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı ya da şahit olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle, kişinin hayatında herhangi bir travmatik yaşantının meydana gelmesi sadece kendisini değil, ilişkide olduğu kişileri de etkilemektedir. Dolaylı olarak bu durumdan etkilenen kişilerin de aynı travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi artmış uyarılmışlık, yeniden yaşantılama ve kaçınma gibi belirtiler gösterebildiği bilinmektedir. Travma mağduru bireylerle çalışan uzmanlarda, travmaya dolaylı olarak maruz kalmaktadırlar ve meslek elemanlarının yaşadığı durum ikincil travmatik stres kavramı ile ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalarda ikincil travmatik stres belirtileri açısından farklı risk ve koruyucu faktörlerin olduğu ve bu koruyucu faktörlerin en önemlilerinden birinin sosyal destek faktörü olduğu görülmektedir. Bu nedenle, bu çalışma ikincil travmatik stres ve sosyal destek arasındaki ilişkinin literatürdeki bilgiler doğrultusunda incelenmesi amacıyla tasarlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İkincil travmatik stres, Sosyal destek, Travma sonrası stres bozukluğu

Evaluation of the Relationship Between Secondary Traumatic Stress and Social Support

Merve ÖZKUL¹, Esra ÇALIK VAR²

ABSTRACT

Traumatic experiences are defined as events in which there is a real death or death threat, a threat to severe injury or physical integrity, and where the person lives or witnesses himself / herself. In other words, the occurrence of any traumatic experience in a person's life affects not only himself, but also the people he has relationship with. Individuals are affected by this condition are also known to have symptoms such as increased arousal, relapse and avoidance, as well as in the same post-traumatic stress disorder. Professional staffs working with trauma victims expose indirectly to trauma and this situation is named as secondary traumatic stress. It is concluded that there are different risk and protective factors in terms of secondary traumatic stress symptoms and one of the most important protective factors is the social support factor. Therefore, this study is designed to examine the relationship between secondary traumatic stress and social support in accordance with the information in the literature.

Key words: Secondary traumatic stress, Social support, Posttraumatic stress disorder

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Bölümü

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Sorumlu Yazar: Esra ÇALIK VAR

E-posta adresi: esracalik82@gmail.com

ORCID No: 0000-0002-6025-0576

Gönderi Tarihi: 15.01.2019

Kabul Tarihi: 21.01.2019

GİRİŞ

Travma, kişinin ruhsal ve bedensel sağlığını önemli derecede tehdit eden, sarsan ve yaralayan olayların tümü olarak adlandırılmaktadır (1). Bu tür olaylar iki ana grupta değerlendirilmektedir. Birinci grupta, insan eliyle ortaya çıkan savaş, işkence, tecavüzler, kazalar gibi travmatik yaşantılar yer alırken, ikinci grupta ise deprem, sel, ölüm gibi doğal olaylar yer almaktadır (2).

Travmatik yaşantılar sıradan ve gündelik olaylardan farklı olarak bir tehdit, şiddet veya ölüme yakın olma hali barındırmaktadır. Travmatik olaylar kişinin hayatını sekteye uğratarak kişinin hayatına kaldığı noktadan devam etmesini engellemektedir. Travmatik olayı yaşayan kişiler, hayatlarına bu noktadan devam etmeye çalışırken; bu durumla kendi imkânlarıyla baş edemediklerinde çeşitli belirtiler gösterebilirler (3). Bu belirtiler; yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık olarak üç başlık altında gözlemlenmektedir. Bu belirtiler kişinin sosyal ve mesleki hayatında işlevselliğinin bozulmasına neden olabilmektedir (4). Bu açıdan değerlendirildiğinde, yaşanan bireysel travma ilerleyen süreçte toplum sağlığını etkileyen bir role bürünür.

Travmatik olayın yeniden yaşantılanması, kişinin söz konusu olayı elinde olmadan sürekli anımsaması, olayla ilgili kâbuslar ve kötü rüyalar görmesi, olayın bazı kısımlarını tekrar yaşıyormuş gibi hissedip aynı şekilde davranma ve olayı

anımsatan uyarıcılara karşı aşırı fiziksel ve psikolojik tepkiler vermesi durumudur (5, 6). Bununla birlikte bu tekrar yaşantılama; düşünceler, algılar ya da düşler şeklinde olabileceği gibi dissosiyatif yaşantılar şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (7, 8). Duygusal açıdan yeniden yaşantılama kaygı, öfke ve huzursuzluk olarak kendini gösterebilir. Yeniden yaşantılama farklı şekillerde ortaya çıkabilir. En dikkat çeken şekli ise travma anında yaşanan agresif duyguların yeniden yaşanması sonucunda ortaya çıkan öfke ve saldırganlıktır. Fizyolojik açıdan görülen belirtiler ise; dikkat dağınıklığı, odaklanamama, uykusuzluk, baş ağrısı gibi yakınmalarla kendini gösterebilir (9).

Kaçınma; kişinin travmatik olayla ilgili hatırladığı korku, çaresizlik, dehşet gibi duygulardan ve doğrudan travmatik olayı anımsatan uyaranlardan uzaklaşmak için gösterdiği çabaya karşılık gelmektedir. Kişi yaşadığı travmayı düşünmemeye, unutmaya ve ilgili uyaranlardan uzak durmaya çalışır, bunun sonucu olarak da birey yaşadığı travmayı aktarma ve tanımlamakta zorlanabilir (10). Aker ise kaçınma belirtilerini; olayın önemli bir bölümüne ilişkin amnezinin unutkanlığın yaşanması, tepki düzeyinde azalma, daha önceden ilgi gösterilen etkinliklere ilginin azalması, kişilerden uzaklaşma ya da yabancılık hissi, duygularını hissedememe, donuklaşma, mesleki ve ailevi konularda olumsuz duygular

yaşama ve geleceğine dair umudunun olmadığına dair inanç geliştirme olarak açıklamaktadır (5).

Artmış uyarılmışlık durumunda, tehlike her an geri gelebilirmiş gibi hissedildiğinden, insanın kendini koruma sisteminin sürekli harekete geçmeye hazır olduğu ve kişinin sürekli tetikte olduğu belirtilmekte olup en yaygın görülen belirtilerin bu grupta değerlendirildiği ifade edilmektedir (7, 11). Travma sonrası stres bozukluğunun en önemli belirtilerinden biri olan aşırı uyarılma durumunda travmatize olmuş kişi kolaylıkla irkilip küçük ve etkisiz uyaranlara bile çok büyük tepkiler verebilir ve uykusu bozulur. Bu nedenle de çeşitli uyku sorunları ortaya çıkabilir (11).

DSM-V, travmatik olayı birebir yaşamayan ancak olaydan dolayı bir şekilde etkilenen (travmatik olayları düzenli olarak dinleme, arama kurtarma çalışmalarına katılma, acil yardım ekiplerinde görev alma, psikososyal destek sunma vb.) travma ile çalışan meslek gruplarının, travmatik olaydan doğrudan etkilendiklerini ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştirmeye yatkın risk grubunda olduklarını aktarmaktadır (12).

Bu bağlamda, travmatik yaşantıların, doğrudan yaşayan kişiyi olduğu kadar kişinin yakınları ve kişiye yardımcı olmaya çalışan profesyonelleri de etkilediği belirtilmektedir (13). İlgili alan yazında bu duruma karşılık gelen kavram ikincil travmatik stres kavramıdır.

İkincil Travmatik Stres

İkincil travmatik stres kavramı, başkalarının deneyimlemiş olduğu travmatik olayın ayrıntıları ve içeriğinin öğrenilmesi ve böylelikle bahsi geçen travmatik deneyime dolaylı olarak tanık olanlarda travma sonrası stres belirtilerinin görünmesi anlamına gelmektedir (14). Lerias ve Byrne ikincil travmatik stresi, kişinin hayatında ciddi boyutta strese neden olan travmatik bir olaya tanık olan, bu olayın bilgisine ortak olan ve bu kişiye karşı yürütülen yardım çalışmalarında yer alan profesyonellerin göstermiş olduğu psikolojik belirtiler olarak tanımlamışlardır (15).

Figley, yardım edenin de yardıma ihtiyacı olduğunu ilk olarak, 1971 yılında Vietnam Savaşı'nda yer alan bir er ile görüşmeleri sonucunda fark ettiğini belirtmektedir (14). Ayrıca Hamilton, bu durumda olan profesyonellerin danışanlarının olaylara bakış açılarından etkilendiklerini ve onlar ile aynı tutumu gösterebildiklerini ifade etmiştir. Birçok araştırmada bu durumu bulgulayan sonuçlara ulaşılmıştır (17-19). Bu bağlamda, dolaylı olarak travmaya maruz kalmanın, ilk olarak acil servis ve kurtarma profesyonellerinin, hizmet verdikleri bireylerinkine benzer tepkiler göstermeleri sonucu 1970'li yılların sonunda incelenmeye başladığı görülmektedir (20, 21).

İlgili alan yazında ikincil travmatik stres açısından risk altında olan meslek elemanları olarak, travmatik olayların ardından yardım çalışmalarında bulunan sağlık çalışanları, arama-kurtarma çalışanları, polisler, avukatlar, hakimler

ve psikososyal destek elemanları gibi “yardım edici” meslek elemanları kastedilmektedir (22-27). Literatüre bakıldığında, travma sonrası stres bozukluğu kavramı ve belirtilerine dair araştırmaların uzun zamandan bu yana yapılmasına rağmen travmanın dolaylı etkilerinin görece daha yakın dönemlerde araştırılmaya başlandığı görülmektedir (28).

İkincil travmatik stres konusunda ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; konunun genelde sağlık çalışanları odağında ele alındığı görülmektedir. Terör saldırıları ve doğal afet gibi durumlarda hizmet veren askeri sağlık profesyonellerinin örneklem olarak ele alındığı bir araştırmanın sonucunda özellikle hemşirelerin ikincil travmatik stres yönünden yüksek düzeyde risk altında oldukları ortaya konmuştur (29). Çakmak, Er, Öz ve Aker tarafından 2010 yılında yapılan ve Marmara depremi sırasında acil yardım kapsamında hizmet sunan sağlık çalışanlarının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %10-29'unda travmatik stres belirtileri gözlemlenmiş olup katılımcıların %9'unda bu belirtilerin tedavi gerektirecek kadar üst seviyede olduğu ortaya konmuştur (30). Sağlık çalışanları dışında diğer meslek elemanlarıyla yapılan birkaç çalışma daha göze çarpmaktadır. Büyükbodur'un sosyal hizmet uzmanları ile yaptığı çalışmada travmaya maruz kalan bireylerle tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet ile çocuk refahı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının daha yüksek düzeyde ikincil travmatik stres yaşadıkları belirtilmiştir (31).

İkincil Travmatik Stresin Belirtileri

Yeniden yaşantılama, artmış uyarılmışlık ve kaçınma gibi ikincil travmatik stresin belirtileri TSSB ve akut stres bozukluğu tepkilerine benzemekte olup etkilerini bilişsel, duygusal, davranışsal, ilişkisel, fiziksel ve mesleki açıdan gösterebilmektedir (32). Örneğin; bir profesyonelin, travma mağdurunun anlattıklarından etkilenerek kendi hayatında buna benzer bir duruma dair anılarını istemsizce anımsama, rüyalarında görme gibi tekrar yaşama belirtileri; danışanı veya onu hatırlatacak durumlardan kaçınma ihtiyacı göstererek, artmış uyarılmışlık belirtileri deneyimleyebildiği ifade edilmektedir (14). Bununla birlikte, ikincil travmatik stres Figley'e göre birdenbire ve kendini hissettirmeden gelişmekte olup kişinin kendisini sosyal alandan soyutlayarak karmaşıklık ve umutsuzluk belirtileri göstermesine neden olabilmektedir (14).

Ayrıca yapılan çalışmalar, ikincil travmatik stres durumunun bu alanda çalışan profesyonellerin en az özel hayatlarında (aile, sosyal ilişkiler, vb.) olduğu kadar, iş hayatlarını da olumsuz etkileyerek mesleki işlevselliklerine zarar vererek verimliliği düşürmekte etkili olduğunu ortaya koymuştur (14, 31, 33-35). Diğer bir deyişle, ikincil travmatik stres kavramı, travma mağduru kişilere doğrudan hizmet sağlama noktasında verilen hizmetin kalitesi ve işlevselliğinin azalmasına neden olabilecek mesleki bir tehlike olarak karşımıza çıkmaktadır. (36, 37).

İkincil travmatik stres belirtilerinin incelendiği araştırmalara bakıldığında, Haley'in savaştan dönen askerler ile çalışan profesyonellerin gösterdikleri belirtileri incelediği araştırması yapılan ilk çalışmalardan (38). Sexton yaptığı bir araştırmada, dolaylı bir şekilde travmaya maruz kalanlarda; üzüntü, keder, kaygı, anksiyete, korku, öfke, uyku düzeninde bozulma, kâbus şeklinde rüyalar ve bazı fiziksel yakınmalar görülebildiğini aktarmıştır (15). Lind'in ruh sağlığı alanında çalışan profesyonelleri kapsayan çalışmasında, uyku düzeninde bozulma ve kişinin kendi ve yakınlarının güvenliğinden duyulan endişenin artmış olduğu bulgulanmıştır (39).

Aynı şekilde yapılan başka bir çalışmada, 20 profesyonel ile mülakat yapılmış ve sonucunda çalışanların bir takım bedensel belirtiler, duygu durumlarında değişiklikler, uyku düzensizlikleri, artan endişe ve odaklanma sorunu yaşadıkları bulgulanmıştır (40). Bride'ın sadece sosyal çalışmacıları kapsayan ikincil travmatik stres belirtilerinin sıklığını ve bu belirtilerin TSSB tanı ölçütlerini ne derecede karşıladığını bulgulamaya yönelik yaptığı çalışmada; sosyal çalışmacıların yaptıkları görüşmeler neticesinde ikincil travmatik stres belirtileri geliştirme riskinin oldukça yüksek olduğu ve bunlardan azımsanmayacak sayıdakilerin ise TSSB tanı ölçütlerini karşılamaya yetecek düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır (37).

İkincil Travmatik Stresi Etkileyen Faktörler

İkincil travmatik stres açısından değerlendirildiğinde, aynı alanda çalışan bütün

meslek elemanlarının aynı belirtiler göstermediği gözlemlenmektedir (15). Bu bağlamda, kişisel ve çevresel farklılıkların etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda, bu durumu açıklamaya yönelik farklı değişkenlerden bahsedilmektedir. Bunlar; kurulan empatik ilişkinin niteliği, deneyim, farklı baş etme stratejileri, travmatik ve psikiyatrik öykünün varlığı, psikolojik dayanıklılık, eğitim ve süpervizyon, iş ve vaka yükü ve sosyal destek gibi değişkenlerdir.

Bunlara bakıldığında, profesyonelin travma mağduruna karşı hissettiği yoğun sempati ve kurmuş olduğu iletişimin aşırı özdeşim içermesinin önemli bir değişken olduğu düşünülmektedir (41, 42). Bir mağdurun travmatik olayını tekrar eden bir şekilde, detaylı olarak dinlemenin ve travmatik olayın kişi için ne anlam ifade ettiğini anlamaya yönelik girilen empati sürecinin, dinleyen açısından oldukça yorucu olabildiği ve profesyonelin bundan etkilenmesine neden olduğu ileri sürülmektedir (43). Ancak; burada değinilmesi gereken bir nokta, bu kurulan empatinin profesyoneli ikincil travmatik stres riskine açık konuma getirmesine rağmen profesyonelin kişiye işlevsel bir hizmet sunabilmesi için kurduğu empati derecesini azaltmasının doğru olmadığı; bu sorunun çözümünde önemli olanın profesyonelin dayanıklılığının farklı yollarla desteklenmesi olduğu ifade edilmektedir (44). Nitekim, psikolojik dayanıklılıkları yüksek olan uzmanların ikincil travmatik strese daha az yakalandıkları ve

psikolojik dayanıklılığın koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir (31).

Travma ile çalışan genç profesyonellerin daha az deneyimli olmaları ve bu nedenle zamanla öğrenilip geliştirilebilen baş etme mekanizmalarını bilmedikleri için kullanamadıkları ve böylelikle daha çok risk altında oldukları aktarılmaktadır (17, 45-58). Hytten ve Halse (1989) yaptıkları bir çalışmada, deneyim sahibi profesyonellerin daha işlevsel başa çıkma yöntemleri kullandıklarını aktarmışlardır (59). Bride da özellikle psikososyal destek elemanlarının mesleki deneyiminin arttıkça, ikincil travmatik stres geliştirme ve belirtilerini gösterme olasılıklarının azaldığını belirtmiştir (44). Ancak; baş etme stratejileri konusunda farklı bir risk faktörünün de pasif ve kaçınan baş etme stratejilerinin olabileceği belirtilmektedir. (47, 59-61).

Değinilmesi gereken diğer bir nokta ise, Figley'e göre; profesyonellerin kendi hayatlarında yaşamış oldukları ve çözülmemiş travmalarının varlığının, empatik ilişki içerisindeki ifadelerden etkilenerek yeniden aktive olması ihtimalidir (14). Literatürdeki bazı araştırmalar da bu fikri desteklemektedir (62-67). Örneğin; Jenkins ve Baird tarafından yapılan ve terapistleri kapsayan çalışmada, kişisel travma öyküsüne sahip profesyonellerin olmayanlara kıyasla daha fazla ikincil travmatik stres geliştirdikleri bulgulanmıştır. Sosyal hizmet alanında ve çocuklarla çalışan profesyonellerin incelendiği

başka bir araştırmada, özellikle duygusal yönden ihmal öyküsü olan profesyonellerin ikincil travmatik stres açısından daha büyük risk altında oldukları ortaya konmuştur (54). Ayrıca, çocukluk dönemi travması olan profesyonellerin yeni bir travma öyküsüne tanık olduklarında, çocukluk dönemi travması olmayan profesyonellere kıyasla daha fazla kaygı yaşadıkları, bu durumun alan yazında üstlenilmiş travma olarak da adlandırıldığı belirtilmektedir. Aynı şekilde öncesinde var olan psikiyatrik öykünün de ikincil travmatik stres geliştirmede risk faktörü olduğu, yapılan araştırmalar tarafından ortaya konulan bulgular arasındadır (70-72).

İlgili alanda çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres ile ilgili farkındalıklarını geliştirecek ve mesleki uygulamalarında kullanabilecekleri eğitim ve süpervizyon uygulamalarının nicelik ve niteliğinin yetersizliği de bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (73, 74-76). İkincil travmatik stres geliştirme konusunda, çalışma süresi ve vaka yükünün etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar olmasına rağmen (31, 66, 77); etkilemediğini bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (74, 78).

Burada önemle vurgulanması gereken bir diğer faktör ise bu çalışmanın da odak noktalarından birini oluşturan sosyal destek kavramıdır. Sosyal destek kavramının, bir travma sonrasında uyumu sağlamaya yönelik önemli bir bileşen olduğu düşünülmektedir (69, 79). Ancak; bu konuda yapılan araştırma bulguları birbiri ile farklılık

göstermektedir. Örneğin, profesyonellerin sosyal destek algısının düşük olmasının bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (45, 53, 73, 76, 80-83); ikincil travmatik stres ile sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki ya da ilişki bulunmadığını bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (52, 84).

Sosyal Destek

İnsan sosyal bir canlı olduğundan hayatını sürdürebilmesi ve tam olarak sağlıklı olarak yaşayabilmesi için kendi türüne gereksinim duymaktadır. Bu noktadan hareketle değerlendirdiğimizde, insan hayatının her bölümünde desteğe (yardıma) ihtiyaç duymaktadır ve bu ihtiyacına karşılık olarak verilen her türlü yanıt sosyal destek olarak adlandırılır (85). Bu bağlamda, sosyal destek kavramının insanlık tarihi kadar eskiye dayandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Ancak; kişiler arasındaki sosyal desteğin hayati öneminin vurgulanması; Emile Durkheim'in 1897'de yapmış olduğu intihar konulu çalışmasına dayanmaktadır. Bu çalışmada, intihar eğiliminin sosyal bağları daha zayıf olan kişiler arasında daha yaygın olarak görüldüğü bulgulanmış ve dönemin araştırmacıları, insanlar arasında yakın ilişkilerin önemi üzerine düşünmeye başlamışlardır. Ancak, kişiler arası ilişkilerin, insanın ruh ve beden sağlığına olan katkılarının araştırılması 1950'li yıllara rastlamaktadır (86).

1960'lı yıllarda ise; sosyal destek kavramı, koruyucu sağlık faktörleri odağında çalışılmaya başlanmış ve bu odak noktasından hareketle

yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, stres ve buna bağlı rahatsızlıklarda olumlu etkisinin olduğu ortaya konmuştur (87, 88). 1970'li yıllara gelindiğinde, stresten korunmada sosyal ilişkilerin varlığının önemi üzerinde durulmuş ve bu amaçla yapılan araştırmalar artmaya başlamıştır. Günümüzde ise sosyal desteğin önemi konusunda hem fikir olduğundan sosyal destek kavramı sıklıkla araştırmalara konu olmaktadır.

Sosyal Desteğin Tanımı ve İşlevleri

Literatüre bakıldığında sosyal destek ile ilgili tanımlar farklılık göstermektedir. Ancak bu farklı tanımların odak noktasında; bireyin çevresi tarafından sevilmesi, değer görmesi, saygı duyulması ve güven ihtiyacı gibi temel insan ihtiyaçlarının bulunduğu görülmektedir (89). Ayrıca; tanımlamaların sosyal desteğe olan bakış açısına göre farklılaştığı da görülmektedir. Örneğin, bazı araştırmacılar sosyal desteği, kişinin ihtiyacı olduğu zaman kendisine yardımcı olabilecek kaynakların sayısı olarak ifade ederken (90, 91); bazıları da kişi için (aile bireyleri, akraba, arkadaş, vb.) önemli olan insanlar tarafından sağlanan destek olarak değerlendirmişlerdir (92- 94).

Sosyal destekle ilgili alan yazındaki ilk tanımlamaları değerlendirdiğimizde, Kahn (1978) yapmış olduğu tanımlamada, sosyal desteğin kişinin çevresine karşı olumlu duygularını içerdiği, böylelikle kişinin davranışlarının kabul gördüğü ve maddi-manevi yardım içeren bir ilişki olduğundan bahsetmiştir. Johnson ve Sarason ise 1979 yılında yaptıkları çalışmada sosyal desteğin,

kişinin güven duyduğu mekanizmalar aracılığı ile sosyal kaynaklardan yararlanması olarak ifade etmişler, daha sonra bu tanım Sarason ve arkadaşları (1983) tarafından genişletilerek bireyin sevip, değer verdiği, güven duyduğu insanların var olması ve bu insanların kişiye yardım etmeye hazır olmaları diye ifade edilmiştir (86). Yıldırım ise (1997) sosyal destek kavramını, bireyin gereksinim duyduğu zaman yanında olabilecek, güvendiği ve sevdiği birinin var olması olarak ifade etmiştir (95).

İnsanların hayatlarında onlar için oldukça önemi olan ve ihtiyaç duyduklarında kendilerine farklı şekillerle destek veren tüm kişiler arası ilişkiler “Sosyal Destek Sistemleri” olarak ifade edilmektedir (96-98). Bu sosyal destek sisteminin kişinin hayatında önemli ve gerekli sayılabilecek kaynaklara ulaşmasını sağladığı bilinmektedir (96). Sosyal desteğin, hayattaki stres kaynaklarından ayrı olarak kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığını etkilediği, bu bağlamda stresin olumsuz etkisini azalttığı aktarılmaktadır (99).

Sungur da (1999), sosyal desteğin travmatik bir olaya maruz kalan kişinin bu durumu ifade edebilmesini, böylelikle yaşadığı travmatik deneyiminin olumsuz sonuçlarını paylaşarak azalmasını sağladığını ifade etmiştir (100). Literatürde sosyal desteğin çok fazla işlevinin bulunduğu ifade edilmişse de, araştırmaların çoğunun sosyal desteğin; duygusal (emosyonel) destek, iş uyumu-verimine destek, geri bildirim (feedback) ve değerlendirme, sosyal ilişki ve

uyum ve bilgilendirme desteği gibi işlevleri olduğuna odaklandığı görülmektedir (101). Bunların dışında, sosyal desteğin, “olumlu sosyal etkileşim” ya da “sosyalleştirme” adı verilen önemli başka bir işlevinden daha bahsedilmektedir. Bireyin bir grup arkadaşı ile birlikte yemek yeme, sinema ve ya tiyatro gibi ortak ilgi gerektiren bir etkinliğe katılmanın kişinin psikolojik uyumuna olumlu katkı sağladığı aktarılmaktadır (102).

Sosyal destek ile ilgili yapılan tanımlamaların ortak özelliğine bakıldığında, bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardımların (maddi-manevi) tümü olduğu görülmektedir. Şahin, bu yardımların kişiye kendisini değerli hissettirdiğini ifade etmiştir (103). Ayrıca, kişinin çevresindekiler aracılığı ile sağlanan bu desteğin, kişinin psikolojik sağlığını koruduğu, kriz olarak nitelendirilebilecek durumlarla baş edebilmesini kolaylaştırıp sonrasındaki duruma uyumunu sağlamaya yönelik bir yardım olduğu ve bu yardımın duygusal, bilgilendirici, fiziksel ve araçsal açıdan fayda sağladığı aktarılmaktadır (104). Buradan hareketle sosyal desteğin farklı boyutlarının olduğu görülmektedir.

Sosyal Desteğin Boyutları

Literatüre bakıldığında aynı sosyal desteğin tanımlanmasında olduğu gibi, boyutları konusunda da farklı değerlendirmeler bulunmaktadır. Örneğin; Thoits ve Wills sosyal desteğin sosyo-emosyonel, maddi, bilgi sağlayan ve değer veren boyutları olduğundan

bahsetmişlerdir (86). Kahn; sosyal desteği; emosyonel destek, bilgi desteği ve yardım desteği olmak üzere üç boyutta değerlendirmiştir (105). Cohen ve Wills ise, sosyal desteği dört boyuta ayırarak; duygusal (emosyonel) destek, araçsal (maddi) destek, bilgilendirici destek ve yaygın destek olarak ele almışlardır (106). Genel olarak bakıldığında, araştırmacıların sosyal desteğin boyutları konusunda en çok duygusal (emosyonel) destek, maddi-araçsal destek, bilgilendirici (bilgi veren) destek ve eşlik etme desteği üzerinde durdukları görülmektedir.

Duygusal (Emosyonel) Destek: duygusal destek genellikle hoşlanma, sevgi, saygı, ilgi duyma, güven verme, kabul görme ve özen gösterme gibi gereksinimleri ifade etmektedir. Bireye kendisinin değerli olduğunu ve her şekilde sevildiğini göstermektedir. Bireyin hata yapsa bile kendine değer verileceğini bilmesinin, kendilik değeri üzerinde olumlu etkisinin olacağı aktarılmaktadır (106). Connett'e göre, bu tür destek; depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluğu yatıştıran bir özelliktedir (107). Cohen ise emosyonel desteğin stresli durumlar karşısında en işlevsel destek türü olduğunu ifade etmiştir. (108). Ayrıca duygusal desteğe sahip bir bireyin, diğer destek türlerine daha kolay ulaşabildiği literatürde aktarılan bilgiler arasındadır (109).

Maddi (Araçsal) Destek: Duygusal destek ile kıyaslayınca daha somut ve elle tutulur bir yardım türüdür. Kişiyi ihtiyaç duyduğu para, araç-gereç, yiyecek, giyecek ve barınma gibi yardımların sağlanmasını ifade etmektedir (107). Bu yardım

türünün özellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde önemli olduğu aktarılmaktadır (106).

Bilgilendirici Destek: Bu destek türü, kişinin sorununu anlamlandırmaya, tanımlamaya ve bu sorunla başa çıkmaya çabalarken, çevresindekilerin onun sorunu ile ilgilenip, sorununu çözme konusunda tavsiyede bulunup, bu konuda yardımcı olup ve destek sağlaması olarak tanımlanmaktadır (106, 108). Kahn burada bireyin kendi kararlarını kendisinin alması gerektiği sadece bu süreçte bireyi yardımcı olmanın önemine değinmiştir (105).

Eşlik Etme Desteği: Bu destek türü, kişinin kendisini daha iyi hissetmesi için birlikte zaman geçirme, aktiviteye katılma, eğlenme gibi aktiviteler ile kişinin yakınlık ihtiyacının karşılanması anlamına gelmektedir (110-112). Kişinin kendisini bir gruba ait hissederek, yaşadıklarını paylaşarak sorunlarının ağırlığını azaltabildiği vurgulanmaktadır (106, 112).

Sosyal Destek Modelleri

İlgili alan yazına bakıldığında, sosyal desteğin stres karşısında iki şekilde etkili olabileceği üzerinde durulmuştur. Bu tartışma daha çok sosyal desteğin stres karşısında doğrudan mı yoksa dolaylı olarak bir etkiye mi sahip olduğu düşüncesi odağında tartışılmıştır (102). Bu konuda özellikle Cohen ve Wills iki model geliştirmişlerdir. Bunlar tampon modeli (buffering hypothesis) ve temel etken (main effect model) modelidir (104). Bu iki farklı yaklaşım da, Cohen

ve Wills tarafından farklı araştırmalarda incelenmiş olup bu incelemelerin sonucunda, her iki modelin de geçerliliğinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (102).

Tampon Modeli (Buffering Hypothesis): Bu modelde kişinin gündelik hayatında yaşadığı stresli ve sorunlu durumlarda, sosyal desteğin koruyucu ve önleyici olarak değerlendirilebilecek önemli katkıları olduğundan bahsedilmektedir (113, 114). Diğer bir deyişle, sosyal desteğin stres karşısında insanı koruyan bir tampon görevi üstlendiği ifade edilmekte olup stresli bir olay ile karşılaşmadığı sürece sosyal desteğin olmamasının herhangi bir olumsuzluğa neden olmayacağı aktarılmaktadır (106).

Temel Etki Modeli (Main Effect Model): Bu modelde ise, kişinin hayatında stres olup olmadığından bağımsız olarak, sosyal desteğin kişinin sağlığı ile doğrudan bir ilişkisi olduğu ve her durumda sosyal destek arttıkça kişinin sağlığının da iyileşeceği düşüncesi aktarılmaktadır. Diğer bir deyişle kişinin hayatında işlevsel sosyal destek kaynaklarının olmaması durumunda, kişinin sağlığının olumsuz olarak etkileneceği ve kişinin daha fazla sorun yaşayacağı ifade edilmektedir (108, 109).

İkincil Travmatik Stres ve Sosyal Destek

Yapılan bilimsel çalışmalarda, travma mağduru bireylerle çalışan meslek elemanlarının söz konusu travmatik olaya detaylı ve yineleyen bir şekilde tanık olmaları nedeniyle travma sonrası

stres belirtilerine benzer belirtiler göstererek ikincil travmatik stres açısından risk altında oldukları ortaya konmuştur. (37, 63, 115-117). Ayrıca sosyal desteğin ikincil travmatik stres riski açısından önemli bir faktör olduğu, literatürdeki çoğu araştırma tarafından desteklenmiş bir bilgidir. İkincil travmatik stres riski altında bulunan profesyonellerin yalnızlaştığı, kendilerini aynı travma mağdurunda olduğu gibi mutsuz, üzgün, kederli ve kaygılı hissettikleri literatürde aktarılan bilgiler arasındadır.

Bu bağlamda konuya sosyal desteğin boyutları (duygusal, maddi, bilgilendirici ve eşlik etme) açısından bakıldığında, profesyonelin bütün bu olumsuz duyguları hissederken yakınları ve ailesi tarafından sevildiğini, değer gördüğünü, saygı duyulduğunu hissetmesinin; söz konusu olumsuz tabloyu değiştirebileceği düşünülmektedir. Nitekim, Eskin'in 1993 yılında yaptığı aile ve arkadaş sosyal desteği, kişiler arası ilişkiler ve intihar olasılığı ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında; kişilerin algıladıkları sosyal desteğin arttıkça intihar olasılığının azaldığını ortaya koymuştur (118). Travmatik stres belirtilerinin ilerleyen boyutta ciddi psikiyatrik sorunlara yol açabileceği düşünüldüğünde, sosyal desteğin önemi daha bir görünür olmaktadır. Örneğin, depresyon hastaları ve sağlıklı kişilerle yapılan bir çalışmada sosyal desteğin kişinin psikolojik sağlığına olumlu etki ettiği bulgulanmıştır (88). Altekin tarafından 2004 yılında travmatik yaşantıya sahip kişilerle çalışan profesyonellerle yapılan bir çalışmada sosyal

desteğin artmasıyla stres belirtilerinin azaldığı görülmüştür (119).

Sosyal destek modelleri (temel etki-tampon modeli) açısından, ikincil travmatik stresi değerlendirildiğinde, sosyal desteğin ikincil travmatik stres belirtilerine karşı koruyucu bir faktör olmakla birlikte (tampon etkisi); yokluğu durumunda hem sağlığın olumsuz etkileneceği hem de profesyonelin ikincil travmatik stres riskine daha açık konuma gelebileceği düşünüldüğünden temelde de etkili bir faktör olduğu (temel etki modeli) düşünülmektedir. Literatürdeki araştırmaların geneli de bu yargıyı destekler niteliktedir.

Yapılan araştırmalara bakıldığında, Cowmen ve Ferrari'nin 2004 yılında yaşanan bir yangında görev alan 221 itfaiyeciyi, sosyal desteğin yaşadıkları stresi ne yönde etkilediği ve bu durumun mesleki doyumları üzerinde nasıl bir etkiye neden olduğu açısından inceledikleri çalışmalarında, algılanan sosyal desteğin arttıkça çalışanların kendilerini stresli hissetmelerinin azaldığı ve bu durumun mesleki doyumları üzerinde de olumlu bir etkiye neden olduğunu bulgulamışlardır (120). Aynı şekilde Bober ve Regehr'in ruh sağlığı alanında çalışan 259 kişiyle ikincil travmatik stres belirtilerinin azaltılması için uygun yöntemlerin bulunması amacıyla yaptıkları bir çalışma sonucunda ikincil travmayı önlemek için boş zaman aktivitelerinin etkili olabileceği aktarılmıştır (121). Bu durum da sosyal desteğin alt boyutlarından olan eşlik eden yardım türü ile bağdaştırılabilir.

SONUÇ

Öncelikle profesyonellere kişisel boyutta korunabilmeleri için gerekli bilgi ve yöntemler hakkında bilgi verilmesinin yanı sıra ikincil travmatik stresin profesyonelin hem özel hem de iş hayatında olumsuzluklara neden olduğu düşünüldüğünde; mücadele aynı zamanda kurumsal düzlemde de gerçekleştirilmektedir. İkincil travmatik stres riskinin bazı faktörlere göre artıp azaldığı literatürde aktarılan bilgiler arasındadır. Bu bilimsel bilgidен hareketle travmanın dolaylı etkilerini azaltacak çalışmaların planlanmasının, iş ve vaka yükünün paylaşımının, meslek elemanlarının hizmet içi eğitimlerinin desteklemesi, sosyal destek mekanizmalarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda meslek içi eğitimler planlanıp, alanında uzman kişilerle birlikte uygulama atölyeleri oluşturulabilir. Böylelikle meslek elemanlarının sağaltım süreci etkili bir şekilde sağlanabilir.

Sosyal desteğin boyutları açısından değerlendirme yaptığımızda, profesyonellerin duygusal destek kaynakları olan aile ve yakınlarına yönelik çeşitli eğitim ve bilgilendirme çalışmaları planlanabilir. Ayrıca; araçsal destek boyutunda değerlendirirsek; bu şekilde zorlayıcı alanlarda çalışan meslek elemanlarının izinlerinin fazlaştırılarak kendilerine ve ailelerine daha çok zaman ayırmaları konusunda teşvikler de etkili olacaktır. Aynı şekilde, bu odakta hizmet veren kurum ve kuruluşlar tarafından belirli aralıklarla söz konusu personel ve ailesine yönelik dinlenme, eğlenme

etkinlikleri düzenlenmesinin de meslek elemanının sağaltımında bir nebze etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, ikincil travmatik stresin hem travma mağduruna hem profesyonelin kendisine hem de sosyal çevre açısından yaklaştığımızda gittikçe büyüyen bir çember içerisinde toplumun her ferdine uzanabilecek bir tehlike olduğu farkına varılmalıdır. Travmanın bulaşıcı etkisi göz önüne alındığında, mikro açıdan travma mağduru ve travma mağduru ile çalışan profesyonel; mezo açıdan bu kişilerin aileleri ve yakın çevresindekiler ve makro açıdan içerisinde yaşadığımız toplumun sağlığı için gerekli önlemlerin alınması önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk, M. O., Uluşahin, A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.
2. Macnab, F. Life after loss. Newtown: Millenium Books, 1989.
3. Aker, A. T. 1999 Marmara depremleri: Epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006;17(3): 204-212.
4. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Amerikan Psikiyatri Birliği. (E. Köroğlu,Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2000.
5. Aker, A.T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım, İstanbul, 2000.
6. Kaptanoğlu, C. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikler (Ed. Aker ve M.E.Önder) Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: SÜS Yayınları, 2003; 79-89.
7. Özgen, F ve Hamdullah, A. Travma sonrası stres bozukluğu, Klinik Psikiyatri, 1999; 1; 34-41.
8. Kline NA, Rausch JL. Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: case reports. J Clin Psychiatry. 1985; 46(9): 383-384.
9. Hacıoğlu, M., Aker,T., Kutlar,T. ve Yaman, M. Deprem Tipi Travma Sonrasında Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri: Alt tipleri. Düşünen Adam, 2002; 15(1), 4-15.
10. Battal, S. Özmenler N. Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı, C Güleç, E Köroğlu (Ed), Hekimler Yayın Birliği; Ankara, 1997.
11. Herman JL. Travma ve İyileşme, Şiddetin Sonuçları: Ev içi İstismardan Siyasi Teröre, 3. Baskı, (Çev. Tosun T.), İstanbul, Literatür Yayınları, 2011: 40-60.
12. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM 5. Amerikan Psikiyatri Birliği. (E. Köroğlu,Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
13. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. J Clin Psychol, 2002; 58:1433-1441.
14. Figley, C. R. Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An overview. In Figley C.R (Eds.). Compassion

- fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized NewYork: Brunner-Routledge, 1995; 1-20.
15. Lerias, D., Byrne, M. K. Vicarious traumatization symstoms and predictors. Stress and Health, 2003; 19, 129-138.
16. Hamilton M. Compassion fatigue: what school counsellors should know about secondary traumatic stres. The Alberta Counsellor, 2008; 30(1): 9-21.
17. Çolak, B. Şişmanlar, ŞG. Karakaya, İ. Etiler, N ve ark. Çocuk istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012; 13 (1): 51-58.
18. Beck, CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. Archieves of Psychiatric Nursing, 2011; 25 (1): 1-10.
19. Steed, L., Downing, R. A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. Australasian Journal of Disaster and Trauma, 1998; 2: 1-8.
20. Alexander, D. A., Atcheson, S. F. Psychiatric aspects of trauma care: Survey of nurses and doctors. Psychiatric Bulletin, 1998; 22(3): 132-136.
21. Follette, V. M., Polusny, M. M., Milbeck, K. Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. Professional psychology: Research and practice, 1994; 25(3): 275
22. Bryant, R. A., Harvey, A. G. Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. Journal of traumatic stress, 1996; 9(1): 51-62
23. Carlier, I. V., Lamberts, R. D., Gersons, B. P. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. The Journal of nervous and mental disease, 1997; 185(8): 498-506.
24. Chamberlain, J., Miller, M. K. Evidence of secondary traumatic stress, safety concerns, and burnout among a homogeneous group of judges in a single jurisdiction. The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2009; 37(2): 214-224
25. Jackson, S. E., Maslach, C. After-effects of job-related stress: Families as victims. Journal of organizational behavior, 1982; 3(1): 63-77.
26. Levin, A. P., Greisberg, S. Vicarious trauma in attorneys. Pace L. Rev., 2003; 24: 245.
27. Pearlman, L. A., Saakvitne, K. W. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. WW Norton & Co, 1995
28. Arvay, M. J. Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say?. International Journal for the Advancement of Counselling, 2001; 23(4): 283-293.
29. Akbayrak, N., Oflaz, F., Aslan, O., Özcan, C, T. Post-traumatic stress disorder symptoms among military health professionals in Turkey. Military medicine, 2005; 170(2): 125.
30. Çakmak, H., Er, R. A., Öz, Y. C., Aker, A. T. Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumlari Dergisi, 2010; 9(2):83-88.
31. Büyükbodur, Sosyal Hizmet Uzmanlarında Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stresin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, 2018, Ankara
32. Crumpei, I., Dafinoiu, I. Secondary traumatic stress in medical students. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2012; 46: 1465-1469.
33. Baird, K., Kracen, A, C. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. Counselling Psychology Quarterly, 2006; 19 (2): 181-188.
34. Bride, B. E., Radey, M., Figley, C. R. Measuring compassion fatigue. Clinical Social Work Journal, 2007; 35 (3): 155-163.
35. Collins, S., Long, A. Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,2003; 10(1):17-27.
36. Bride B. E., Hatcher S.S., Humble M.N. Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. Traumatology. 2009; 15(2), 96-105.

37. Bride, B. E. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 2007; 52 (1): 63-70
38. Stamm, H. Work-related secondary stress. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Research Quarterly*, 1997; 8(2): 1 - 8.
39. Lind, E.W. Secondary traumatic stress: Predictors in psychologists. *Dissertation Abstracts International*, 61, 3283; US: University Microfilms International, 2000
40. Killian, K. D. *Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors*. *Traumatology*. 2008; 14(2): 32-44.
41. Collins, S., Long, A. Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003; 10(1):17-27.
42. Miller, L. Our own medicine: Traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1998; 35(2):137-146.
43. Yeşil A., Ergün Ü., Amasyalı C., Er F., Olgun NN., Aker AT. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2010; 47(2): 111-7.
44. Bride B, E. Secondary traumatic stress, Figley CR (Ed), *Encyclopedia of trauma: an interdisciplinary guide*. Thousand Oaks, California, 2012: 600-602.
45. Adams, K. B., Matto, H., Harrington, D. The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 2001: 82(4), 363-371.
46. Bober, T. ve Regehr, C. Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2006; 6 (1): 1-9.
47. Bride, B. E. The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma & Crisis: An International Journal*, 2004; 7 (1): 29-46.
48. Carmel, M. J. S., Friedlander, M. L. The relation of secondary traumatization to therapists' perceptions of the working alliance with clients who commit sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 2009; 56 (3): 461-467.
49. Craig, C. D., Sprang, G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 2010; 23(3): 319-339.
50. Creamer, T. L., Liddle, B. J. Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 2005; 18(1): 89-96.
51. Cunningham, M. Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work*, 2003; 48(4): 451-459.
52. Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Wang, L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 2004; 161(8): 1370-1376.
53. Michalopoulos, L. M., Aparicio, E. Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2012; 21(6): 646-664.
54. Nelson-Gardell, D., Harris, D. Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child welfare*, 2003; 82(1):5-26.
55. Pearlman, L. A., Mac Ian, P. S. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995; 26 (6): 558-565.
56. Robinson, J. R., Clements, K., Land, C. Workplace stress among psychiatric nurses. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 2003; 41(4): 32-41.
57. Sprang, G., Craig, C., Clark, J. Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare*, 2011; 90(6): 149-168.
58. Way, I., VanDeusen, K. M., Martin, G., Applegate, B., Jandle, D. Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 2004; 19(1): 49-71.
59. Yılmaz, B. Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2007; 10(1): 137-147.
60. Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., Corneil, W. Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 1999; 12(2): 293-308.
61. Byrne, M. K., Lerias, D., Sullivan, N. L. Predicting vicarious traumatization in those indirectly exposed to bushfires. *Stress and Health*, 2006; 22(3):167-177.
62. Marmar, C. R., et al. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American journal of psychiatry*, 1996; 153(7): 94-102
63. Yılmaz, B., Şahin, N. H. Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2007; 22(59), 119-133.
64. Ai, A. L., Plummer, C., Kanno, H., Heo, G., Appel, H. B., Simon, C. E., Spigner, C. Positive traits versus previous trauma: racially different correlates with PTSD symptoms among hurricane katrina-rita volunteers. *Journal of Community Psychology*, 2011; 39(4): 402-420.
65. Hargrave, P. A., Scott, K. M., McDowall, J. To resolve or not resolve: Past trauma and secondary traumatic stress in volunteer crisis workers. *Journal of Trauma Practice*, 2006; 5(2): 37-55.
66. Adams, R. E., Figley, C. R. ve Boscarino, J. A. The Compassion Fatigue Scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 2008; 18(3): 238-250.
67. Stevens, M., Higgins, D. J. The influence of risk and protective factors on burnout experienced by those who work with maltreated children. *Child Abuse Review*, 2002; 11(5): 313-331.
68. Jenkins, S. R., Baird, S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 2002; 15(5): 423-432.
69. Brewin C., Andrews B., Valentine B. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, 2000; 68(5): 748-766.
70. Green B., Grace M., Glesser G. Identifying survivors at risk: Long term impairment following the Beverly Hills Supper Club Fire. *J Consult Clin Psychol*, 1985; 53(5): 672-678.
71. Johnson, C. N. E., Hunter, M. Vicarious traumatization in counsellors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work and Stress*, 1997; 11(4): 319-328.
72. Duruduygu, M., Aker, A. T., & Acicbe, Ö. (2003). İzmit Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Çalışanlarında Ruhsal Travma ve Etikileri. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri, 2003, Antalya.
73. Adams, R. E., Boscarino, J. A., Figley, C. R. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006; 76 (1): 103-108.
74. Baird, S., Jenkins, S. R. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 2003; 18(1): 71-86.
75. İçöz, F. J., Zara, A. Working with trauma: secondary traumatic stress among mental health workers in Turkey. 12. Avrupa Psikoloji Kongresi Sözel Bildiri, 2011, İstanbul.
76. Slatery, S. M., Goodman, L. A. Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 2009; 15(11): 1358-1379.
77. Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., Figley, C. R. Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 2004; 14(1): 27-35.
78. Devilly, G. J., Wright, R., Varker, T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009; 43(4): 373-385.
79. Eriksson, C. B., Kemp, H. V., Gorsuch, R., Hoke, S., Foy, D. W. Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 2001; 14(1): 205-212.
80. Carlier, I. V. E., Lamberts, R. D., Gersons, B. P. R. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997; 185(8): 498-506.

81. Düzgün, A. Onkoloji alanında çalışan hekimler ile dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik sendromu açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı, 2009, İstanbul.
82. Gündüz, B., Erkan, Z., Gökçakan, N. Polislerde tükenmişlik ve görülen psikolojik belirtiler. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 16(2): 283-298.
83. Haksal, P. Acil servis personelinde görülen ikincil travmatik stres düzeyinin disosiyasyon düzeyi, sosyal destek algısı ve başa çıkma stratejileri açısından incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, 2007, Ankara.
84. Hyman, O. Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. J Trauma Stres, 2004; 17(2):149-156.
85. Temel, E., Bahar, A., Çuhadar, D. Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(5): 107-118.
86. Özbesler, C. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi İİ BF Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Basılmamış Doktora tezi, 2001, Ankara.
87. Sorias, O. Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1988; 27(1): 353-357.
88. Sorias, O. Sosyal destek ve ruh sağlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1988; 27(1): 359-369.
89. Başer Z. Aileden algılan sosyal destek ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2006, Ankara.
90. Barrera, M. J., Ainley, S. L. The structure of social support: a conceptual and amprical analysis. Journal of Community Psychology, 1983; 11(2): 133-143.
91. Wiseman, H., Guttfreund, D. G., Lurie, I. Gender differences in loneliness and depression of university students seeking counselling. British Journal of Guidance and Counselling, 1995; 23(2): 231-243
92. Yerlikaya, E. E. Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009, Adana.
93. House J. S, Kahn R. L. Measures and concepts of social support. Social Support and Health içinde, Cohen S, Syme SL (eds). Academic Press Orlando, 1985; 83-108.
94. Cohen, S. Social relationships and health. American psychologist, 2004, 59(8): 676-684.
95. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997; 13(13): 81-87.
96. Caplan G. Support systems and community mental health: Lectures on concept development. Behavioral Publications, 1974.
97. Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. Handbook of psychology and health. 1984; 4: 253-267.
98. Hurdle D. E. Social support: A critical factor in women's health and health promotion. Health & Social Work. 2001; 26(2): 72-79.
99. Dignam JT, West SG. Social support in the workplace: Tests of six theoretical models. American Journal of Community Psychology. 1988; 16(5): 701-724.
100. Sungur, M. Z. İkincil travma ve sosyal destek. Klinik Psikiyatri, 1999; 2: 105-108.
101. Gönül, Ali Saffet, and Fisun Akdeniz "Depresyon, nöroplastisite, nörogenesis ve nörotrofik faktörler." (2002): 51-56.
102. Sorias, O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Seminer Psikoloji Dergisi, 1992; 9: 33-49.
103. Şahin, D. Sosyal destek ve sağlık. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 1999; 79-107.
104. Arman, N. Zihinsel engelli çocuğa sahip anne ve babaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, 2009, Erzurum.
105. Demir Y. Özel Eğitime İhtiyacı Olan Öğrencilerin Sosyal Destek Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2008, Ankara.
106. Cohen, S., Wills, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 1985; 98: 310-357.
107. Connett, D.F., Clarification of social support. Journal of nursing scholarship, 2005; 7(1): 4-9.
108. Cohen, S., Social Relationships and Health. American Psychologist, 2004; 59(8): 676-684.
109. Banaz, M., Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki, Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 1992, İzmir.
110. Östergren, P. O., Hanson, B. S., Isacsson, S. O., Tejler, L. (1991). Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department. A case-control study. Social Science and Medicine, 1991; 33(3): 257-267.
111. Görgü, E., (2008), "Bir Basa Çıkma Mekanizması ya da Ruh Sağlığını Koruyucu Bir Yaklaşım Olarak Sosyal Destek", www.ruzgarterapi.com,
112. Mutlu, E., Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2007, Ankara.
113. Erdiñç, D. Üniversiteye uyum sürecinde yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın doğrudan ve dolaylı rolleri. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2008; 3(29): 13-24.
114. Şencan, B. Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi İle Sosyal Yetkinlik Beklentisi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2009, Adana.
115. Salston M, D., Figley C.R., Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. J Trauma Stress, 2003; 16(2):167-174.
116. Smith Hatcher, S., Bride, B. E., Oh, H., Moultrie King, D., Franklin Catrett, J. An assessment of secondary traumatic stress in juvenile justice education workers. Journal of Correctional Health Care, 2011; 17(3): 208-217.
117. Çalık Var, E., Büyükbodur, A. Sosyal Hizmet Uzmanlarında İkincil Travmatik Stres. Journal of Human Science, 2017, 14(4):3676-3689.
118. Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. Journal of clinical psychology, 51(2), 158-172.
119. Altekin, S. Vicarious traumatization: an investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in Turkey. Yayınlanmamış Doktora tezi, Boğaziçi Üniversitesi, 2014, İstanbul.
120. Cowman, S. E., Ferrari, J. R., Liao-Troth, M. Mediating effects of social support on firefighters' sense of community and perceptions of care. Journal of Community Psychology, 2004; 32(2): 121-126.
121. Bober, T., Regehr, C. Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?. Brief Treatment and Crisis Intervention, 2006; 6(1): 1.

DERLEME

Lumbar Disk Cerrahi Sonrası Rehabilitasyon ve Hemşirenin Rolü*Kadriye ALDEMİR¹, Aysel GÜRKAN²*

ÖZ

Bel fıtığının tedavisinde cerrahi önemli bir yer tutmasına rağmen, ameliyat sonrası hastalar hafif veya orta düzeyde bel ve bacak ağrısı, engellilik, aktivite kısıtlaması, iş performansında düşme gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Hastalar ameliyat sonrası ağrı şikayetlerinin azaltılıp fonksiyonel kapasitelerinin artması için rehabilitasyona ihtiyaç duyabilirler. Etkin bir rehabilitasyon programı içinde; egzersiz terapisi, fizyoterapi, iş ve fiziksel aktivite de dahil olmak üzere günlük yaşam aktivitelerinin yeniden başlamasını ve ağrıyla başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini hedefleyen çok disiplinli programlar yer almaktadır. Multidisipliner iş birliği gerektiren rehabilitasyon programında hemşirenin önemli rollerinden biri sağlığını yeniden kazanılması, sürdürülmesi ve rehabilitasyona yönelik etkinlikler konusunda eğitim vermektir. Bu bağlamda, bu derleme multidisipliner ekip içinde yer alan hemşirenin bel fıtığı ameliyatı sonrası rehabilitasyon aşamasında rol ve sorumluluklarını belirtmek amacıyla yazılmıştır.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, İntervertebral disk, Rehabilitasyon hemşireliği

Rehabilitation After Lumbar Disc Surgery and the Role of the Nurse*Kadriye ALDEMİR¹, Aysel GÜRKAN²*

ABSTRACT

Although surgery has an important place in the treatment of lumbar hernia, patients may experience mild or moderate lumbar and leg pain, disability, limitation of activity, decrease in work performance. Patients may need rehabilitation after surgery to decrease their pain symptoms and increase their functional capacity. An effective rehabilitation program includes multi-disciplinary programs aiming at the resumption of daily living activities, including exercise therapy, physiotherapy, work and physical activity, and the development of coping strategies for pain. One of the important roles of the nurse in the rehabilitation program, which requires multidisciplinary cooperation, is to provide training in health recovery and rehabilitation activities. In this context, the compilation was written to indicate the role and responsibilities of the nurse involved in the multidisciplinary team in the rehabilitation stage after lumbar hernia surgery.

Key words: Surgery, Intervertebral disk, Rehabilitation nursing

¹ Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı

² Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Kadriye ALDEMİR

E-posta adresi: kadriyealdemir86@hotmail.com

ORCID No: 0000-0002-7447-3148

Gönderi Tarihi: 15.10.2018

Kabul Tarihi: 27.11.2018

GİRİŞ

Bel fitiği, bel (lomber) bölgesinde bulunan intervertebral disk/disklerin fitikleşmesi (herni) sonucu oluşan patolojik süreçtir (1,2). Vertebranın hareketi ve yüklenmesine bağlı olarak fitikların %95 gibi oranı omurganın L4-L5 düzeyinde görülürken; ikinci sırada görülme sıklığı L3-L4 düzeyi yer alır ve proksimale doğru görülme sıklığı azalarak devam etmektedir (3). Bel fitiğinin en belirgin belirtisi bel ve bacak ağrısıdır (4). Siyatalji şeklinde ortaya çıkan ağrı yürüme, ayakta durma, oturma gibi hareketleri engelleyecek kadar şiddetli olabilir. Bel fitiği paravertebral adele spazmına, alt ekstremitte hipoestezi ve kuvvet kusurlarını gibi ciddi semptomların görüldüğü bir tabloya da dönüşebilir (5). Bel fitiğinin 30-50 yaş arası görülme sıklığı artmakta olup; 60 yaş sonrası görülme oranı azalmakta, çocukluk çağında ise nadiren görülmektedir (6). Bel fitiğinin özellikle orta yaş, çalışan popülasyonda sık ve ciddi semptomlar ile karakterize olması sosyal ve ekonomik sorunları beraberinde getirmektedir (7).

BEL FITİĞİNİN KLİNİK BELİRTİLERİ

Bel fitiğinin en belirgin belirtisi bel ağrısıdır. Hastalar özellikle bel bölgesinde lokalize künt bir ağrı ifade ederler. Bu ağrı; sıklıkla çok rahatsız etmeyen ve uzun süre ayakta kalmak ve hareket ile artan, istirahat ile azalan şekildedir.

Etkilenen sinir kökünün anatomik dağılımına ve basının fazlalığına uygun olarak bacağa yayılan ağrı gelişebilir ve gelişen bu ağrı kimi zaman hareketi engelleyecek kadar şiddetlidir. Tablonun

aniden kötüleşmesi, bir travma, ani hareket veya ağır kaldırmaya bağlı olabildiği gibi, her hangi bir neden olmaksızın aniden başlayabilmektedir. Bel ve bacakta kilitlenme ve tutulmalara neden olabilmektedir (8). Suri ve ark. (9) 154 yeni bel fitiği tanısı almış hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada hastaların %62'si neden olmaksızın başlayan bacak ağrısı olduğunu bildirmiştir.

BEL FITİĞİNİN RİSK FAKTÖRLERİ

Bel fitiğine neden olan başlıca etmenler; yaş, cinsiyet, obezite, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam tarzı, ağır fiziksel aktivite, travmatik kazalar, iş ve mesleki faktörler olarak sıralanabilir (10,11). Bel fitiğinin genellikle üretken yaş kabul edilen 30 – 50 yaş arasında görülme oranı yüksektir (4,6). Aydoğan'ın (10) yaptığı bir çalışmada bel fitiği olan hastaların %63'ünün 30-50 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Erkek cinsiyetinin risk faktörü olarak değerlendirildiği ve bel fitiği nedeniyle ameliyat olma sıklığının, kadınlara oranla erkeklerde 2 kat fazla olduğunu belirten literatür bilgisi (12) olmasına ile birlikte genel olarak cinsiyet, risk faktörü olarak değerlendirilmemektedir (6). Literatürde obezitenin omurga üzerindeki yükü artırıcı etkisi nedeniyle bel fitiği oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (11,13). Sigara kullanımı hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini olumsuz etkilemesi ve buna bağlı disklerdeki oksijenlenme sorunu bel fitiğine neden olan faktörler arasında gösterilmektedir (4,12). Hareketsiz yaşam, tekrarlayan vibrasyonel etkilere

maruz kalma, uzun süre ayakta durma veya oturma gerektiren işlerde çalışma, haftalık çalışma günü, günlük çalışma saati, bedenen yoğun çalışma bel fıtığı ile ilişkili faktörler olarak bildirilmektedir (10,12,13).

BEL FITIĞININ TEDAVİSİ

Konservatif tedavi

Fizyoterapi, medikal tedaviyle birlikte konservatif tedavinin ilk basamağını oluşturur. Aşırı ağırlı durumlarda 3-4 günlük yatak istirahati önerilebilir. Yürüyüş, karın kasları, gluteal bölge ve hamstringlere yönelik, güçlendirici ve esnetici olacak şekilde egzersizler planlanabilir (2,8). Hastaların eğitilmesi ve özellikle intervertebral disk basıncını arttıracak hareketlerden kaçınmanın öğretilmesi gerekir. Hasta, özellikle torsiyonel streslerden kendini korumalıdır. Medikal tedavi, fizyoterapi toleransını ve hasta konforunu arttıracığı için, eşzamanlı kullanılması önerilmektedir. Öncelikle nonsteroid antiinflamutuar (NSAİİ), intervertebral alandaki inflamasyon ve ödemi azaltacağı için kullanılabilir. Opioid analjezikler, miyorelaksanlarda semptomatik rahatlama sağlayabilmektedir. Diğer semptomatik tedavi yöntemleri arasında epidural transforaminal lokal steroid enjeksiyonları, disk içi girişimler yer almaktadır (8,14).

Cerrahi tedavi

İlerleyici motor defisit ve kauda ekuina sendromu acil ameliyat için endikasyon olarak

değerlendirilir. Bunun dışında 4-6 haftalık konservatif tedaviye rağmen düzelmeyen inatçı radiküler ağrının varlığı ve takip sırasında gelişen ilerleyici nörolojik defisit tespit edilmesi ameliyat için endikasyon oluşturmaktadır. Nörolojik defisit özellikle motor kayıpları içeriyorsa ameliyatın gerekliliği kaçınılmaz olur. Diskin patolojik durumuna göre laminektomi, diskektomi, foraminotomi ve spinal füzyon gibi farklı çeşit yöntemler tercih edilmektedir (15). Bel fıtığının ameliyatında açık standart ameliyat yapılabildiği gibi teknolojik gelişmelere paralel olarak; mikrodiskektomi ve endoskopik mikrodiskektomi gibi daha az invaziv girişim gerektiren teknikler de kullanılmaktadır. Daha az invaziv yöntemler ile yapılan işlemlerde ameliyat süresi kısa, doku travması ve kan kaybı daha az, iyileşme ve taburculuk ise daha erken gerçekleşmektedir. Bu gibi üstünlükleri nedeniyle az invaziv yöntemler bel fıtığının cerrahi tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir (15-17). Bununla birlikte bel fıtığı ameliyatlarında açık standart yöntemler ile daha az invaziv yöntemlerin başarı oranlarının karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda istatistiksel olarak farkların olmadığı bildirilmektedir (16,17).

Bel fıtığı ameliyatı sonrası rehabilitasyon

Bel fıtığı ameliyatından sonra hastalar bazı sıkıntılar yaşayabilmektedir. Yaşadıkları en büyük sıkıntılar arasında hafif veya orta düzeyde bel, bacak ağrısı, engellilik, aktivite kısıtlaması, iş performanslarında düşüş gibi sorunlar gelmektedir (18). Hastaların ağrı şikayetlerinin

azaltıp fonksiyonel kapasitelerinin artırmak için ameliyat sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyabilmektedir. Bel fıtığı ameliyatı sonrası aktif rehabilitasyon programları arasında; egzersiz terapisi, güç ve hareketlilik eğitimi, fizyoterapi, sırt okulları, ergonomi amaçlı motor kontrol modifikasyonu gibi programlar iş ve fiziksel aktivite de dahil olmak üzere günlük yaşam aktivitelerinin yeniden başlamasını ve ağrıyla başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini hedeflemektedir. Bu programlar, bireysel oturumlar, grup eğitimi veya bunların bir kombinasyonundan oluşabilmektedir (19).

Ameliyat öncesi inaktivite ve ameliyat sonrası uygulanan yatak istirahati kas fonksiyonunda bozulmaya neden olabilmektedir. Mutlak yatak istirahati yapan kişilerde günde %1-3, haftada %10-15 kas gücü kaybı olduğu bildirilmiştir (20,21). Öyle ki bir haftalık yatak istirahati dahi kondüsyon kaybına neden olabilir. Bu sürenin uzaması kaslarda atrofi, osteoporoz gibi sorunlara yol açabilmektedir (22). Hastaların yaşadığı bu fonksiyon kayıplarının geri kazanmalarını ve normal hayatlarına dönüşü hızlandırmak için postoperatif erken dönemde fiziksel aktivitenin başlaması ve aşamalı olarak artırılması önemli bir noktadır (23,24). Yapılan çalışmalar günlük aktivitenin devamının, erken ve artmış fiziksel aktivitenin fonksiyonel sonuçları iyileştirdiğini ve ameliyat sonrası komplikasyon oranını azalttığını ve işe dönüşü hızlandırdığını bildirmektedir (21,23).

Literatürde bel fıtığı ameliyatı sonrası fiziksel terapiye mümkün olduğu kadar erken başlatılması

ve daha iyi sonuçlar elde edilmesi için uzun süre uygulanması gerektiği (25,42) belirtirken başlama zamanı ve süresi konusunda standart bir yaklaşımın olmaması dikkat çekmektedir. Buna karşın yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırmacıların bel fıtığı ameliyatı sonrası egzersiz programlarına en erken dördüncü ya da altıncı haftalarda başladıkları görülmektedir (19,25,26). Fakat ülkemizde hastaların bekleme sıralarına alınması, bazı hekimlerin ilk üç ayda hızlı iyileşme sağlandığı için (27) fiziksel terapiye üçüncü aydan sonra başlanmasını daha uygun bir yaklaşım olarak görmeleri terapiye başlama sürelerinin gecikmesine neden olabilmektedir. Bu süre zarfında hastaların yapabileceği en güvenilir, kolay, ucuz ve her yaş grubuna uygun aktivite yürüyüştür (28,29).

Bel fıtığı ameliyatı sonrası farklı çeşit uygulanan terapötik egzersiz türleri vardır. Bu egzersiz türleri arasında aerobik (koşu bandı, yürüyüş) (26), eguatik egzersizler (30), dinamik lomber stabilizasyon egzersizleri (25), progresif direnç egzersizleri (30), fleksiyon ekstansiyon (Williams-McKenzie) egzersizleri (31,32), plates (33), literatürde önerilen egzersiz türleri arasındadır. Egzersizlerin çeşidi fazla olmakla birlikte temel amaçları bel, kalça, bacak kaslarını güçlendirmek ağrıyı gidermek, işlevsel kapasiteyi artırmak, günlük yaşama uyumlarını kolaylaştırmak ve yeniden fitikleşmeyi önlemektir (25,26). Egzersizler ev tabanlı olduğu gibi klinikte uzman eşliğinde de yapılabilmektedir. Ancak birbirlerine göre üstünlükleri hakkında farklı sonuçlar bildirilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar, uzman

eşliğinde yapılan egzersizlerin daha etkili olduğunu bildirirken (19,20,25); ev tabanlı yapılanlar ile uzman eşliğinde yapılanlar arasında fark olmadığını (19,34) bildiren çalışmalarda mevcuttur.

Bel fitiği ameliyatı sonrası egzersizin olumlu katkıları araştırma sonuçları ile kanıtlanmasına rağmen terapinin uygulanma sürelerinin genellikle sınırlı olduğu görülmektedir (25). Oysaki hastaların uzun vadede hafif veya orta düzeyde ağrı ve engellilik yaşadığı bildirilmektedir. Yapılan meta analizlerin sonucunda hastaların ameliyat sonrası ilk üç ayda hızlı bir iyileşme göstermeleriyle birlikte; 5 yıl sonra bile hafif ve orta düzeyde ağrı ve engellilik deneyimledikleri, ağrı ve engellilik oranlarının sırası ile %21 ve %13.1 oranlarında olduğu bildirilmiştir (27). Bu da yapılan egzersizlerin daha uzun süre uygulanması gerekliliğini göstermektedir (25).

BEL FITİĞİ AMELİYATI SONRASI BAKIM VE REHABİLİTASYONDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Ülkemizdeki sağlık sistemi içinde hemşirenin rol ve sorumlulukları; hastanın postoperatif dönemde bakımı, yeni yaşam şekline uyumu, fizik tedavi dışında bireysel olarak yapabileceği fiziksel aktiviteler hakkında bilgilendirmesi, hareketli bir yaşam için motivasyonu, tekrarını önlemek için yapılması gerekenler konusunda eğitilmesi olarak sıralanmaktadır.

Ameliyat sonrası hemşirenin bakımı

Postoperatif dönemde bakımı en önemli durumlardan biri spinal kolonun düz tutulması ve insizyon yerinin gerilmemesidir. Bunun için hasta ameliyat sonrası sedyeden yatağa alınırken dikkatli bir şekilde ve dört kişi ile alınmalı, yan veya sırt üstü yatırılmalıdır. Sırtın zorlanmasını / gerilmesini önlemek için omurga düz tutulmalı bacak arasına battaniye / yastık konulmalı, üstte kalan kol ve omuz yastıkla desteklenmelidir. Hemşire çağrı zili ve hastanın malzemeleri, hastanın yakınına konularak aşırı gerilme önlenmelidir. Hastanın ağrı kontrolü sağlanmalı, alt ekstremitelerin duyu ve motor fonksiyonları takip edilmelidir (4,15,35-37).

Hastanın ilk mobilizasyonu genellikle ameliyatın ertesini günü gerçekleştirilir. Hasta ayağa kaldırılır ve oda içinde bir iki adım atması istenir. Hasta adım atarken sorun yaşamıyor ise taburcu edilir (16). Günümüzde bel fitiği ameliyatında az invaziv yöntemlerin tercih edilmesi hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hastanede kalış sürelerinin kısaltırken hastaların kendi bakımını sürdürebilecek yeterli bilgi ve beceri ile taburcu olmalarını gerekli kılmaktadır.

Ameliyat sonrası rehabilitasyonda hemşirenin rolü

Hastanın bel fitiği ameliyatı sonrası rehabilitasyonu sadece egzersiz terapisiyle sınırlı kalmamaktadır. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bir konudur ancak multidisipliner rehabilitasyonun yararları hakkında yeterince kanıt yoktur. Hemşirenin sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlığın

yeniden kazanılması ve rehabilitasyona yönelik etkinliklerde eğitici rolü büyüktür. Bu rollerini etkin bir biçimde kullanarak hastanın optimum hareketliliğini, ağrı yönetimini ve aktivitelerindeki bağımsızlığını destekleyebilmelidir (38).

Hasta ve ailenin eğitimi

Bel fitiği ameliyatı sonrası hasta davranışları iyileşme, tekrarın önlenmesi, ağrı ve engelliliğin giderilmesi açısından çok önemlidir. Bel fitiği ameliyatı sonrası verilen planlı hemşirelik eğitiminin hastaların aktivitelerine dönüşlerini hızlandırdığı ve karşılaştıkları sorunları çözme yeteneklerini artırdığı bildirilmektedir (35). Bu nedenle hastaya bütün aktivitelerini kapsayacak bir taburculuk eğitimi planlanmalı ve eğitim temel olarak aşağıdaki konuları kapsamalıdır (4,12,16,35-37,39,40).

- Beslenme: İlk haftalarda hastaya aktivite kısıtlaması yapılması mesane ve barsak sorunlarının yaşamasına neden olabilir. Bu sorunu önlemek için bol sıvı alınmalı ve lifli besinler tercih edilmelidir.

- Giyinme: Çok alçak ya da çok yüksek topuklu ayakkabı giyilmemeli, pantolon ve çorap gibi kıyafetler oturarak giyilmelidir.

- Ayakta durma: Uzun süre ayakta kalmaktan kaçınılmalıdır. Ayakta dururken belirli aralıklarla pozisyon değiştirilmeli, bacakları dinlendirmek için oturulmalı, dizler bükülmeli ya da tabure kullanılmalıdır. Ayakta durma süresi aşamalı olarak artırılmalıdır.

- Oturma: Uzun süre oturmaktan kaçınılmalı, otururken belirli aralıklarla pozisyon değiştirilmeli, rahat ve uygun bir koltuk veya sandalye tercih edilmelidir. Alçak ve yumuşak sandalye veya koltukta oturulmamalıdır.

- Yürüme: Omurganın doğal pozisyonu korunacak şekilde yürünmeli, yürüme 10 dk ile başlanmalı, süresi ve hızı aşamalı olarak artırılmalıdır.

- Yatma: Yatak çok sert ya da çok yumuşak olmamalıdır. Uyumak ya da uyanırken yatak içinde düzgün pozisyonda olunmalı, yan yatarken bacaklar hafif bükülü olmalı, dizler arasında yastık yerleştirilmelidir. Belin spazmını çözmek için sırtüstü pozisyonda dizler ve kalçalar fleksiyonda olmalı ve yüz üstü yatılmamalıdır. Yatarken kollar omuz seviyesinin aşağısında tutulmalıdır.

- Merdiven inip çıkma: Basamaklar yüksek olmamalı ve omurga düz bir şekilde basamaklar tek tek inilip çıkılmalıdır.

- Araba kullanma: İlk altı hafta uzun süre araba kullanılmamalı, araba kullanırken pedallara ulaşmak için koltuk seviyesi ayarlanmalı, sırt ve bel desteklenmeli, emniyet kemeri takılmalıdır.

- Yerden obje kaldırma: Altı hafta boyunca yerden orta ağırlıkta ve ağır bir objeyi kaldırmaktan kaçınılmalıdır. Daha sonraki yaşamda ise yerden cisim kaldırırken dizleri bükerek eğilme ve beli koruyucu davranış şekli alışkanlık haline getirilmelidir.

- Taşıma: İlk altı hafta ağır yük taşınmamalı. Yük taşırken daima gövdeye yakın tutulmalı, uyluk

kaslarından güç alınmalı, beli düz olmalı ve dizlerden eğilmeli. Tek elle değil, her iki elin avuçlarıyla veya önkollar ile tutup kaldırmalı ve taşınmalıdır.

- Uzanma: Objeleri alırken uzanmaktan ve gerginlikten kaçınılmalı, bunu için yüksekten cisim alırken basamak yada tabure kullanılmalı, gövde bir bütün olarak döndürülmelidir.

- İşe dönüş: Yürüyüş gerektiren işlerde çalışan bireyler 4 hafta içinde, uzun süreli oturma / ayakta durma gerektiren işlerde çalışanlar 6-8 hafta içinde işlerine geri dönebilirler. Ağır işlerde çalışan bireyler ise bu süre 12 haftaya kadar uzayabilir. Bazı durumlarda iş modifikasyonu gerekebilir. Sürekli masa başı işlerde çalışan kimseler 15-20 dakikada bir işe ara verip kalkmalı ve hareket etmelidir. Ayakta yapılan işlerde ayak yüksekteki bir destek üzerine konulup, bir süre sonra diğer ayakla değiştirmelidir. Sert yüzeylerde ayakta durarak çalışanların ayakkabıları kalın ve yumuşak tabanlı olmalıdır. Çalışırken yükü küçük eklemlere değil, büyük eklemlere yüklenmelidir.

- Cinsel yaşam: Bireyler ikinci haftanın sonunda cinsel yaşamlarına dönebilirler. Eğer hasta merdiven çıkma, yarım saat oturma, bir şeye uzanma gibi aktivitelerde 15 dakika süren ağrısı oluyorsa cinsel aktiviteye başlamaları uygun değildir. Bu aktivitelerle ağrı olmuyor ya da hafif ağrı olup geçiyorsa cinsel aktiviteye başlanabilir (41).

- Egzersiz: Fizik tedavi uzmanı ile iş birliği sağlanmalı ve hastalar yönlendirilmelidir. Ayrıca hastalar fizik tedaviye başlamadan önce günlük 10

dk ile başlayan ve aşamalı olarak artırılan bir yürüme programına başlanabilir. Haftada 5 gün, günde 2 kısa yürüyüş olabilir. Bu program hastanın ağrı ve engellik dikkate alınarak bireysel olarak düzenlenmelidir (40). Hastaların yürümeleri için teşvik edilmesi ve bazı ölçüm araçları ile günlük yürüme mesafelerinin izlenmesi sürekliliğine ve etkisine katkı yapabilir (42). Koşu bandında yürüme, bisiklet sürme, yüzme aktiviteleri de önerilebilir (40).

Tekrarını önlemek, ağrı ve engelliliği azaltmak için aktif bir yaşam şekli ve bel koruma önlemleri benimsenmelidir. Aynı pozisyonda uzun süre kalınmamalı ve ani hareketlerden kaçınılmalıdır (40). Fazla kilolar verilerek ideal ölçü korunmalı, sigara içen hastalar sigarayı bırakmaya teşvik edilmelidir. (4,12). İş ile dinlenme dengeli olmalıdır. Kaslar, özellikle karın kasları güçlendirilmeli ve kullanılmalıdır. Eklemlerin hareket açıklığı korunmalıdır. Vücut şeklini bozucu pozisyonlardan kaçınılmalıdır (40).

SONUÇ

Bel fıtığı ameliyatı sonrası hastaların istedik iyileşme düzeylerine gelinebilmesi için multidisipliner yaklaşımla planlı ve koordineli çalışılması gereklidir. Sağlık ekibinin içinde hemşirenin hastalarla birebir ilişkide bulunan kişi olarak multidisipliner ekip için de önemli görevleri vardır. Bu görevler hastaların hareketli yaşam şekli için motive etme, verilen egzersizlerin devamı ve kontrolü için izlemi, beden mekaniğine uygun ve tekrarını önleyici davranışlar, kilo kontrolü, sigarayı bırakma konularında planlı eğitimler ile

davranış değişikliği oluşturma hemşirenin rol ve sorumlulukları arasındadır. Yeni yaşam şekline uyumlu ve kendine nasıl bakacağını bilen hastalarda, iyileşmenin daha hızlı, ameliyat sonrası başarı oranının daha yüksek olması kaçınılmazdır.

KAYNAKLAR

1. Müslümanoğlu L. Bel Ağrısı Nedenleri. In: Özcan E, Ketenci A. Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2002.
2. Özcan Yıldız E. Bel Ağrısı. In: Beyazova M, Gokce-Kutsal Y. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi; Cilt 2, 2000.
3. Postacchini F, Postacchini R. Operative management of lumbar disc herniation: the evolution of knowledge and surgical techniques in the last century. *Acta Neurochir Suppl.* 2011; 108: 17-21.
4. Özbayır T. Nörolojik travmalar. In: Karadakovan A, Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 2011.
5. Güven MB, Çırak B, Işık HS, Kıymaz N. Lomber disk hernilerinde retrospektif bir çalışma. *Van Tıp Dergisi.* 1999; 6:20-23.
6. Camino Willhuber G, Kido G, Mereles M, Bassani J, Petracchi M, C. Elizondo C, et al. Factors associated with lumbar disc hernia recurrence after microdiscectomy. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2017; 61(6):397-403.
7. Puolakka K, Ylinen J, Neva MH, Kautiainen H, Hakkinen A. Risk factors for back pain-related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation: A 5-year follow-up study. *Eur Spine J.* 2008; 17:386-392.
8. Sarı S, Aydoğan M. Bel ağrısının önemli bir sebebi: lomber disk hernisi. *TOTBİD Dergisi.* 2015; 14:298-304.
9. Suri P, Hunter DJ, Jouve C, Hartigan C, Limke J, Pena E, et al. Inciting events associated with lumbar disc herniation. *Spine J.* 2010; 10(5):388-395.
10. Aydoğan N. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
11. Dönmez YC, Dolgun E, Kabataş M, Özbayır T. Lomber disk hernili hastalarda risk faktörlerinin incelenmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi.* 2010; 24(2):89-92.
12. Jordan J, Konstantinou K, O'Dowd J. Herniated lumbar disc. *BMJ Clin Evid.* 2011; 6:11-18.
13. Öngel K. Birinci basamakta bel ağrısı olan hastalara yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi.* 2007; 1:54-58.
14. Karataş Y, Keskin F. Lomber dejeneratif disk hastalarında konservatif tedavi yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J Neurosurg-Special Topics* 5. 2015; 38-43.
15. Çetinkaya Yıldırım M. Disk Hernisi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2015; 1(2):100-106.
16. He J, Xiao S, Wu Z, Yuan Z. Microendoscopic discectomy versus open discectomy for lumbar disc herniation: A metaanalysis. *Eur Spine J* 2016; 25:1373-1381.
17. Kamper SJ, Ostelo RW, Rubinstein SM, Nellensteijn JM, Peul WC, Arts MP, van Tulder MW. Minimally invasive surgery for lumbar disc herniation: A systematic review and metaanalysis. *Eur Spine J.* 2014; 23:1021-1043.
18. Jasper J, den Boer, Rob A. B. Oostendorp, Tjemme Beems, Marten Munneke, Margreet Oerlemans, Andrea W. M. Evers. A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *Eur Spine J.* 2006; 15: 527-536.
19. Oosterhuis T, Costa LOP, Maher CG, de Vet HCW, van Tulder MW, Ostelo RWJG. Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014; 14(3).
20. Hayden JA, Van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic lowback pain. *Ann Intern Med* 2005; 142:776-785.
21. Özcan E. Bel ağrılı hastaların konservatif tedavisi. In: Özcan E, Ketenci A. Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2002.
22. Schiltenswolf M. Aspects of conservative sciatic pain therapy. *Orthopade.* 1999; 28:966-974.
23. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica. *Spine Journal.* 2000; 25:2932-2939.
24. VanTulder MW, Koes B, Malmivaara A. Outcome of non-invasive treatment modalities on backpain: An evidence-based review. *Eur Spine J.* 2006; 15 (1):64-81.
25. Yılmaz F, Yılmaz A, Merdöl F. Dinamik lomber stabilizasyon egzersizinin lomber mikrodiskektomide etkinliği. *Türkiye Klinikleri J.* 2004; 4:73-80.
26. Dolan P, Greenfield K, Nelson R.J, Nelson I.W. Can exercise therapy improve the outcome of microdiscectomy. *Spine.* 2000; 25(12):1523-1532.
27. Machado GC, Witzleb AJ, Fritsch C, Maher CG, Ferreira PH, Ferreira ML. Patients with sciatica still experience pain and disability 5 years after surgery: asystematic review with meta-analysis of cohort studies. *Eur J Pain.* 2016; 20:1700-1709.
28. Goodrich DE, Larkin AR, Lowery JC, Holleman RG, Richardson CR. Adverse events among high-risk participants in a home-based walking study: a descriptive study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2007; 4(20):1-12.
29. Pahor M, Blair SN, Espeland M, Fielding R, Gill TM, Guralnik JM et al. Life study investigators. Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: results of the lifestyle interventions and independence for elders pilot (LIFE-P) study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006; 61:1157-1165.
30. Kim YS, Park J, Shim KJ. Effects of aquatic backward locomotion exercise and progressive resistance exercise on lumbar extension strength in patients who have undergone lumbar discectomy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010; 91(2):208-214.
31. Grazio S, Curkovic B, Vlak T, Kes VB, Jelic M, Buljan D, et al. Diagnosis and conservative treatment of low back pain: review and guidelines of the Croatian Vertebrologic Society. *Acta Med Croatica.* 2012; 66:259-294.
32. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Rev Bras Fisioter.* 2011; 15(3):190-199.
33. Smith K, Smith E. Integrating pilates – based core strengthening into older adult fitness programs. *Topics in geriatric rehabilitation.* 2005; 21(1):57-67.
34. Johannsen F, Remvig L, Kryger P, Beck P, Lybeck K, Larsen L.H, et al Supervised endurance exercise training compared to home training after first lumbar discectomy: A clinical trial. *Clin Exp Rheumatol.* 1994; 12:609-614.
35. Karda M, Aksoy G. Lomber disk herni ameliyatında hastaların evde iyileşmelerini hızlandırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi. *Düşünen Adam;* 2002, 15(4): 245-253
36. Erdil F. Nöroşirürjide hemşirelik bakımı. In: Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2001.
37. Erkal S. İntervertebral Disk Herniler. Egemen N, Arslantaş A, editörler. Nörolojik Bilimler Hemşireliği. Ankara: Alter Yayıncılık; 2006.

38. Harris H, Crawford A. Recognizing and managing osteoarthritis. *Nursing* 2015; 36-42.
39. Zileli M. Lomber Disk hastalığında tedavi endikasyonları ve hasta yönetimi. In: Zileli M, Özer AF. Omurilik ve Omurga Cerrahisi.2. Baskı. İzmir: Meta Basım; 2002.
40. Beyazova M. Omurganın dejeneratif sorunlarında cerrahi olmayan tedavi yaklaşımları. In: Altun N, Yazar T, Benli Tİ. Dejeneratif Omurga Hastalıkları. (Internet) Güncellenmiş ve genişletilmiş 2. baskı. Ankara: Türk Omurga Derneği yayınları; 2016 (Cited 2018 Eylül 22). Available from Netlibrary: <http://www.turkomurga.org.tr/portalYonetim12/images/6/kitaplar/05mDEJENERATIF%20OMURGA%202.%20BASKI-2016>.
41. Akbaş NB. Lomber Disk Hastalığında CinselTavsiyeler. Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Bülteni. 2008; 39:25-26.
42. Mendoza L, Horta P, Espinoza J. Pedometers to enhance physicalactivity in COPD: A randomised controlled trial. *Eur Respir J*.2015; 45(2):347-354.

DERLEME

Hiperlipidemi ve Beslenme*Hande ÖNGÜN YILMAZ***ÖZ**

Hiperlipidemi, serumda kolesterol ve/veya trigliserit düzeylerinin normal değerlerin üzerinde ölçülmesi olarak tanımlanmaktadır. Genetik ve/veya çevresel nedenlerden kaynaklanan hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalıkların değiştirilebilir risk faktörlerinin başında gelmektedir. Araştırmalar, beslenmenin lipid seviyeleri üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu ve kardiyovasküler hastalık riskini düşürmedeki önemini göstermektedir. Hiperlipidemili bireylere, birinci basamakta uygulanması gereken ilk yaklaşım; beslenmenin düzenlenmesi, ağırlık kontrolü ve fiziksel aktiviteyi kapsayan yaşam tarzı değişikliğidir. Diyetle alınan toplam yağ miktarı ve yağ asitleri bileşimi kan lipid profilini etkilemektedir. Yüksek oranda doymuş yağ asiti içeren bir diyetle serum kolesterol ve LDL kolesterol artarken, tekli doymamış yağ asitlerinin alımı ile HDL kolesterol düzeyleri yükselmektedir. LDL kolesterol düzeyinin düşürülmesi için toplam diyet yağının azaltılmasının yanında, doymuş yağ asitleri yerine çoklu doymamış yağ asitleri tercih edilmelidir. Çoklu doymamış yağ asitlerinin iki ana grubundan birini oluşturan omega-3 yağ asitleri LDL kolesterol yapımını azaltarak kan trigliserit düzeyini düşürmektedir. Günlük enerjinin %10'u çoklu doymamış yağ asitlerinden, %15-20'si tekli doymamış yağ asitlerinden karşılanmakta, doymuş yağ asitlerinden gelen oranının %7'inin altında olması önerilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar üzerine yararlı etkileri olduğu bilinen diyet posasının günlük 20-30g tüketilmesi önerilmektedir. Sağlıklı bir diyet, sebze ve meyvelerden, tam tahıl ürünlerinden ve posa içeriği yüksek olan besinlerden zengin olmalı, balık içermeli, doymuş yağ asitleri ile trans yağ asitlerini çok düşük oranda içermelidir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Diyet, Hiperlipidemi, Lipid Profili, Kolesterol.

Hyperlipidemia and Nutrition*Hande ÖNGÜN YILMAZ***ABSTRACT**

Hyperlipidemia is defined as measuring serum cholesterol and/or triglyceride levels above normal values. Hyperlipidemia, is the leading changeable risk factors of cardiovascular diseases, due to genetic and/or environmental causes. Research shows that nutrition is a significant effect on lipid levels and is important in lowering the risk of cardiovascular disease. The first approach for people with hyperlipidemia in primary care is lifestyle modification which includes nutrition regulation, weight control, and physical activity. The total amount of fat consumed by the diet and the fatty acids composition affects the blood lipid profile. While high saturated fatty acids containing diets increasing total and LDL cholesterol levels, monounsaturated fatty acids consumption increase HDL cholesterol levels. To reduce the LDL cholesterol levels polyunsaturated fatty acids should be preferred instead of saturated fatty acids. Omega-3 fatty acids, reduce blood triglyceride levels by reducing the production of LDL cholesterol. 10% of the daily energy, that is set to sustain the ideal body weight, should be met from polyunsaturated fatty acids, 15-20% from monounsaturated fatty acids and saturated fatty acids rate is suggested to be less than 7%. Fibre, known to be beneficial for cardiovascular diseases, is recommended to consume 20-30g per day. A healthy diet should be rich in vegetables and fruits, whole grain products, high fiber foods, contain fish and very low in saturated fatty acids and trans fatty acids.

Key words: Cholesterol, Diet, Hyperlipidemia, Lipid Profile, Nutrition.

GİRİŞ

Hiperlipidemi, serumda kolesterol yüksekliği, trigliserit yüksekliği ya da trigliserit ve kolesterol yüksekliği olarak tanımlanmaktadır (1). Genetik ve/veya çevresel nedenlerden kaynaklanan hiperlipidemi, kronik hastalıklar arasında yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip olan kardiyovasküler hastalıkların değiştirilebilir risk faktörlerinin başında gelmektedir. 2012 yılında 17.5 milyon insanın ölümüne neden olan kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin 2030 yılında 22.2 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (2).

Kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda birçok risk faktörü vardır. Bu risk faktörlerinden değiştirilemez risk faktörleri genetik, yaş ve cinsiyet olarak tanımlanırken; tütün kullanımı, kan basıncı ve yüksek serum lipitleri, yetersiz ve dengesiz beslenme ve fiziksel inaktivite ise değiştirilebilir risk faktörleridir (2,3). Kan lipidlerinin normal değerlerin üzerinde ölçülmesi olarak tanımlanan hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalıkların değiştirilebilir risk faktörlerinin başında gelmektedir (1,4). Toplam kolesterolün 200-239 mg/dl, düşük molekül ağırlıklı lipoprotein (LDL) kolesterolün ise 130-160 mg/dl olması hiperlipidemi açısından sınırdaki yüksek değerler olarak tanımlanmakta ve tedavi edici yaşam tarzı değişikliklerinin başlatılması önemli bulunmaktadır. Bu değişiklikler; diyet içeriğinin düzenlenmesi, ağırlık kontrolü ve fiziksel aktivitenin artırılması olarak belirlenmiştir. Hiperlipidemili bireylerin diyetlerinde toplam

kolesterol ve doymuş yağ tüketiminin azaltılması ile posa alımının artırılması ilk hedef olarak önerilmektedir (5). Bu derlemede, mevcut çalışmalar incelenerek hiperlipidemide beslenmenin anlatılması amaçlanmıştır.

HİPERLİPIDEMİ

Hiperlipidemi genel hatlarıyla izole kolesterol yüksekliği, izole trigliserit yüksekliği ya da trigliserit ve kolesterol yüksekliği olarak tanımlanmaktadır (1). Hiperlipidemi sınıflaması Tablo 1’de verilmiştir (5).

Tablo 1. Hiperlipidemi sınıflaması

Kan lipid türü	Sınıflama
Toplam Kolesterol (mg/dl)	
< 200	Optimum
200-239	Sınırdaki yüksek
> 240	Yüksek
LDL Kolesterol (mg/dl)	
< 100	Optimum
100-129	Optimuma yakın ya da altında
130-159	Sınırdaki yüksek
160-189	Yüksek
≥ 190	Çok yüksek
HDL Kolesterol (mg/dl)	
< 40	Düşük
≥ 60	Yüksek
Trigliserit (mg/dl)	
< 150	Optimum
150-199	Sınırdaki yüksek
200-499	Yüksek
≥ 500	Çok yüksek

Kaynak: 5.

Açlığa dikkat edilmeden ölçülen toplam kolesterolün kardiyovasküler risk düzeyini değerlendirmede yetersiz olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Geçmişte bu ölçüm kullanışlı bir yöntem olsa da, günümüzde her hasta için açlık lipid profilinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Alınan besinlerin şilomikron ve VLDL kolesterolü etkilemesini engellemek için 9-12 saat arası açlık gerekmektedir (6).

Hiperlipidemi, kalp damar hastalıkları için primer ve majör risk faktörüdür. Diğer risk faktörlerinden önce etkisini göstermeye başladığından bir önkoşul olarak tanımlanabilmektedir. Hiperlipideminin yanında koroner aterosklerozun kendisinin bile iskemik atak için risk faktörü olduğu bilinmektedir (7). Toplam kolesterol seviyesi ile koroner arter hastalığı kaynaklı ölümler arasında progresif bir ilişki vardır (8). İnsülin direncinin de plazma trigliserit ve LDL kolesterol seviyelerini yükseltip HDL kolesterol düzeyini azaltarak periferik vasküler hastalıklar, inme ve koroner arter hastalığı için önemli bir risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (7).

Hiperlipidemi genetik ve/veya çevresel nedenlerden kaynaklanmaktadır. Genetik nedenlerden kaynaklanan hiperlipidemide çok yüksek kolesterol seviyeleri (>300 mg/dl) ve trigliserit (>500 mg/dl) seviyeleri ile birlikte, ksantomlar, hiperlipidemi veya erken yaş kardiyovasküler hastalık aile öyküsü, yüksek doz lipid düşürücü tedaviye yanıt vermemektedir. Hipotiroidizm, obezite, diyabet, böbrek hastalıkları, alkolizm gibi durumlarda sekonder

hiperlipidemi görülmektedir (9). Sekonder hiperlipidemi nedenleri Tablo 2’de verilmiştir (1).

Tablo 2. Sekonder hiperlipidemi nedenleri ve etkilenen lipidler

Etkilenen lipidler	Neden olan durum
Toplam kolesterol ve LDL kolesterol seviyesinde artış	-Hipotiroidizm
	-Nefrozis
	-Disgamaglobulinemiler (sistemik lupus eritematozus, multipl myelom)
	-Progesterin veya anabolik steroid tedavisi
	-Anormal lipoproteinlere bağlı primer bilier siroz gibi kolestatik karaciğer hastalıkları
	-HIV tedavisinde kullanılan proteaz inhibitörleri
	-Kronik böbrek yetmezliği
	-Tip 2 diyabet
	-Obezite
	-Aşırı Alkol tüketimi
Trigliserit ve VLDL kolesterol seviyesinde artış	-Hipotiroidizm
	-Antihipertansif ilaçlar (tiazid diüretikleri ve beta blokerler)
	-Kortikosteroid tedavisi (veya endojen kortikosteroid artışına sebep olan aşırı stres)
	-Oral östrojen kullanımı, oral kontraseptifler, gebelik
	-HIV tedavisinde kullanılan proteaz inhibitörleri

Kaynak: 1.

LDL kolesterol düzeyindeki artış ateroskleroz oluşumuna yol açarak inme ve miyokard enfarktüsü gibi ciddi sorunlara neden olabilmektedir (10). LDL dolaşımdaki inflamatuvar

monosit sayısını arttırırken bu hücrelerin aterosklerotik lezyonlara migrasyon eğilimini de attırmaktadır. Sadece monositlerin aktivasyonu değil dolaşımdaki nötrofillerin hazırlığında da etkiye sahip olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Hiperlipideminin dolaşımdaki lökosit alt gruplarının sayısı, fenotipi ve fonksiyonu üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir. Kemik iliği hücrelerinin homeostazı üzerinde belirgin etkiler göstererek dolaşımdaki lenfosit, trombosit, monosit ve progenitör hücre sayısını arttırmaktadır (11).

Hipertrigliseridemi, tip 2 diyabet, obezite, fiziksel inaktivite, sigara, karbonhidrat alımının fazla olması ve beta blokerler, anabolik steroidler, progestasyonel ajanlar gibi bazı ilaçlar HDL kolesterol düzeyinin düşük olmasında etkili olan çevresel faktörler olarak bilinmektedir. HDL kolesterol düzeyinin düşük olması koroner arter hastalığı riskini arttırmaktadır. Yapılan bir çalışma, HDL kolesteroldeki her 1 mg/dl'lik artışın koroner arter hastalığı riskini erkeklerde %2, kadınlarda %3 oranında düşürdüğünü göstermiştir. Toplam kolesterolün veya LDL kolesterolün HDL kolesterole oranı koroner arter hastalığı riski için klinik olarak anlamlı ve duyarlı bir belirteç olarak kullanılmaktadır (12,13). Serum HDL düzeyinin düşük olması LDL kolesterolü 70 mg/dl'nin altında olan bireylerde bile kardiyovasküler riski arttıran önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (14). HDL kolesterolün kalp koruyucu etkisi kolesterolün kandan uzaklaştırılmasında görev alması ve LDL oksidasyonunu engellemesi gibi özelliklerinden kaynaklanmaktadır (15).

HİPERLİPIDEMİ TEDAVİSİ

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için hiperlipidemi tanısı ve takibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıkça kullanılan bir yöntemdir (1). Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (NCEP) tarafından yayımlanan Yetişkin Tedavi Paneli III (ATP III) rehberine göre, 20 yaş ve üstü yetişkinlerin her beş yılda bir serum kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol ve trigliserit düzeylerine bakılması gerektiği bildirilmiştir (4). Kardiyovasküler hastalık riski taşıyan bireylerde hedeflenen kan lipidleri Tablo 3'te verilmiştir (16).

Tablo 3. Kardiyovasküler hastalık riski taşıyan bireylerde hedeflenen kan lipidleri değerleri

Lipid Parametresi	Hedef (mg/dl)
Toplam kolesterol	<200
LDL kolesterol	<100mg/dl; <70mg/dl (çok yüksek riskli hastalarda)
HDL kolesterol	>40mg/dl
Trigliserit	<150mg/dl

Kaynak: 16.

Hiperlipidemi tedavisinde yapılması gerekenler; lipid seviyelerinin kontrolü, hiperlipidemi ile ilişkili metabolik bozuklukların tedavisi, hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi sorunların önlenmesi ile sigaranın bırakılması olarak sıralanmaktadır (17).

Hiperlipidemili hastalara birinci basamakta uygulanması gereken ilk yaklaşım fiziksel aktivite

ve beslenme tedavisini kapsayan yaşam tarzı değişikliğidir. Araştırmalar, diyet tedavisinin lipid seviyeleri üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu bildirmiştir. Birinci basamakta hiperlipidemili bireylere en az 3 ay sadece diyet tedavisi önerilmektedir. Hastanın durumuna bağlı olarak diyet tedavisi 6 aya kadar uzatılabilir (18).

Hastaların diyet tedavisine yanıtları tanısal olarak değer taşımaktadır. Diyet tedavisine yanıt hasta uyumu, başlangıçtaki beslenme alışkanlıkları, cinsiyet ve genetik faktörlere bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Diyet tedavisine sıkı şekilde bağlı kalan, fakat yeterli yanıt alınamayan hastalarda genetik hiperlipidemi düşünülmelidir. Diyabet hastalarındaki glikoz kontrolü de diyet tedavisinin başarısını etkileyebilecek etmenlerden biri olduğundan hastaların kan glikoz profilleri de değerlendirilmelidir (12).

Yaşam tarzı değişikliği tedavisinden sonraki aşamada kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin azaltılması amacıyla ilaç tedavisi, hasta eğitim programları, sigaranın bırakılması ve ağırlık kaybı gibi diğer önlemlerin uygulanması önerilmektedir (12).

Amerikan Kalp Vakfı ve Amerikan Spor Hekimliği Akademisi makul ve uygulanabilir seviyede fiziksel aktivite tavsiye etmektedir. Egzersiz programları haftada 4-6 defa, en az 30 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktiviteyi içerecek şekilde düzenlenmelidir. Tavsiye edilen aktiviteler tempolu yürüyüş, kondisyon bisikleti kullanımı, su aerobiği, temizlik ve çim biçme gibi gündelik işler ve diğer sportif faaliyetlerdir. Günlük fiziksel

aktivite hedefine tek seferde ya da farklı seanslarda (en az 10 dakika) ulaşılabilir. Bazı hastalarda fiziksel aktiviteyi gün içine yaymak programa uyumu arttırabilir (19).

HİPERLİPİDEMİDE BESLENME

Kanda LDL kolesterol seviyesinin yüksek olması kardiyovasküler hastalıklar açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Kısa süreli müdahale çalışmaları diyet değişikliği veya kolesterol düşürücü ilaçlarla LDL kolesterolde %10-15 oranında düşüşün koroner arter hastalık insidansında %25-30 azalmaya neden olduğunu göstermiştir (20). ABD’de yapılan bir çalışmada hiperlipidemi risk faktörlerindeki değişikliklerin koroner kalp hastalıklarına bağlı ölümlerde %44 oranında önemli bir azalmaya neden olduğu belirlenmiştir. Toplam kolesterolün %6 oranında azalması koroner kalp hastalıklarına bağlı ölümleri %24 oranında düşürmektedir. Bu nedenle diyetle yapılan uzun süreli değişikliklerin koroner kalp hastalıkları riskini önemli oranda azaltacağı bildirilmiştir (21). Hiperlipidemili bireylerin 3 aylık düşük kolesterollü diyet tedavisi sonucunda kan lipidlerinde anlamlı düşüş olmaması durumunda ise ilaç tedavisine geçilmesi önerilmektedir (5). Hastadaki gelişime bağlı olarak diyet tedavisi 6 aya kadar uzatılabileceği gibi yüksek risk grubundaki hastalarda lipid düşürücü ilaç tedavisine diyet tedavisi ile aynı zamanda başlanabileceği belirtilmiştir (12).

Ağırlık kaybının kan lipidlerinde düşüş sağlayarak kalp-damar hastalıkları riskini azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (22-24). Vücut ağırlığının

%5-10 oranında azalması trigliseritlerin yaklaşık olarak %20, LDL kolesterolün ise yaklaşık olarak %15 oranında azalmasına neden olurken; HDL kolesterolü de yaklaşık olarak %8-10 oranında arttırdığı bildirilmiştir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ağırlıkta oluşan her 1 kg azalma için trigliserit seviyesinin %1.9 veya 1.5 mg/dl düştüğü saptanmıştır (25).

NCEP tarafından hiperlipidemili hastaların diyet tedavisinin basamaklı bir şekilde uygulanması tavsiye edilmiştir. Step 1 ve Step 2 diyetleri olarak adlandırılan basamaklı diyet tedavisi protokolü, tüketilen doymuş yağ asitlerini ve kolesterol miktarını progresif şekilde azaltmak ve ağırlık kaybı sağlamak için tasarlanmıştır (26). Kan lipidleri üzerine etkilerinin benzer olduğu bildirilen Step 1 ve Step 2 diyetlerinin içeriği Tablo 4' te verilmiştir (27,28).

Toplam yağ, doymuş yağ ve kolesterol içeriği yüksek olan Amerikan beslenme tarzı ile kıyaslandığında Step 1 diyetin toplam kolesterol ve LDL kolesterol düzeylerinde %7-9, Step 2 diyetin ise %10-20 oranında düşüş sağladığı bildirilmiştir (26). Step 1 diyetin 9 hafta boyunca uygulandığı bir araştırmanın sonucunda bireylerin toplam serum kolesterol düzeylerinde %5.2, serum LDL düzeylerinde de %7.6 oranında düşüş saptanmıştır (29). Yapılan bir meta analiz çalışmada Step 1 diyeti ile toplam kolesterolde %10, LDL kolesterolde %12 ve trigliserit değerlerinde %8, Step 2 diyeti ile toplam kolesterolde %13, LDL kolesterolde %16 ve trigliserit değerlerinde %8 düşüş sağlandığı gösterilmiştir. HDL kolesterol

düzeinin Step 1 diyetinde belirgin şekilde değişmediği gözlenirken, Step 2 diyetinde %7 düşüş gözlenmiştir (26).

Tablo 4. Step 1 ve Step 2 diyetlerinin içeriği

Besin ögesi	Enerjinin besin ögesinden karşılanması önerilen oranları ve kolesterol düzeyleri	
	Step 1 Diyet	Step 2 Diyet
Toplam yağ	< %30	< %30
DYA	%7-10	<%7
ÇDYA	%10	%10
TDYA	%15	%15
Karbonhidrat	>%55	>%55
Protein	%15	%15
Kolesterol	<300 mg	<200 mg

*DYA:Doymuş yağ asitleri, TDYA: Tekli doymamış yağ asitleri, ÇDYA:Çoklu doymamış yağ asitleri

Kaynak: 27,28.

Step 1 ve Step 2 diyetleri dışında kalp sağlığını korumak için sağlıklı beslenme modelleri belirlenmiştir. Düşük yağlı ve düşük kolesterolü beslenme modeline göre, vücut ağırlığının ideal düzeylerde tutulabilmesi için günlük enerji ihtiyacı çok iyi belirlenmelidir. Enerjinin %50-60'ı karbonhidratlardan, %15'i proteinlerden, %25-35'i yağlardan sağlanmalıdır. Enerjinin %10'u çoklu doymamış yağ asitlerinden, %15-%20'si tekli doymamış yağ asitlerinden karşılanmalı, doymuş

yağlardan gelen oranının %7'inin altında olması ve trans yağ tüketilmemesi önerilmektedir. Besinlerle tüketilen kolesterol miktarının günlük 200 mg'ı geçmemesi, her gün 20-30g arasında posa tüketimi tavsiye edilmektedir (5, 30-34). Bu önerilere ek olarak günde 3 porsiyon tam tahıl, en az 4-5 porsiyon sebze ve meyve, haftada iki gün balık, 4 gün baklagil ve yağlı tohumlar tüketilmelidir (32). Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda sadece toplam yağ tüketiminin ve doymuş yağ asidi miktarının azaltılmasının kardiyovasküler hastalık riskini düşürmek için yeterli olmadığı gösterilmiştir (35-37). Diyetle tüketilen toplam yağ miktarı ve yağ asitleri bileşimi bireylerin kan lipid profilini etkilemektedir. Doymuş yağları yüksek oranda içeren diyetlerle toplam kolesterol ve LDL kolesterol artarken, tekli doymamış yağların tüketimi ile HDL kolesterol düzeyleri yükselmektedir (31). LDL kolesterol düzeyinin düşürülmesi için toplam diyet yağının azaltılmasının yanında, doymuş yağlar yerine tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerinin tercih edilmesi gerekmektedir (38). Tekli doymamış yağ asitleri zeytinyağı, fındık yağı ve kanola yağında yoğun olarak bulunmaktadır (31). Tekli doymamış yağ asitlerinin kaynağı olan zeytinyağı tüketiminin yüksek olduğu Akdeniz tarzı beslenme modelinin kardiyovasküler mortalite ve morbidite riskini azalttığı çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır (27,39,40). Çoklu doymamış yağ asitlerinden omega-3 yağ asitleri balık, ceviz, fındık, keten tohumu, kanola, soya gibi ürünlerde bulunmaktadır. Omega-3 yağ asitleri LDL kolesterol yapımını azaltarak kan trigliserit

düzeyini, kan basıncını düşürmektedir (31). Amerikan Kalp Vakfı genel popülasyon için haftada iki porsiyon somon, ton balığı, ringa ve orkinos gibi yağlı balıkların tüketimini önermektedir. Kalp damar hastalığı olan bireylerin ise balık tüketmemesi durumunda, günde 1g eikosapentaenoik asit ve dokosaheksaenoik asit kullanmaları tavsiye edilmektedir (39, 41). Balık yağı aterosklerotik plak büyümesini önlemekte, antitrombojenik etki göstermekte ve endotelial relaksasyonu engellemektedir. Günlük 2-4g arası balık yağı tüketiminin trigliserit seviyelerini %25 oranında azalttığı bildirilmiştir (12). Karotis endarterektomi yapılacak olan 188 hastanın balık yağı, ayçiçeği yağı ve kontrol grubu olarak 3 gruba ayrıldığı ve ortalama 42 gün boyunca takip edildiği bir çalışmanın sonucunda balık yağı tüketen grupta plaklarda inflamasyon ve fibröz kapsülde incelleme belirtileri ile plakta düzensizlik ve miyokard infarktüsü riskinde azalma gözlenmiştir (42). Yapılan bir meta analiz çalışmada (n=14727) günlük balık yağı tüketiminin miyokard infarktüsü kaynaklı ölüm insidansını %24, tüm nedenlerden oluşan ölümleri ise %16 azalttığı bulunmuştur (43).

Yapılan bir meta analiz çalışmasında günlük alınan enerjinin %5'i kadar doymuş yağ tüketimi yerine tekli doymamış yağ asitlerinin tüketiminin total kolesterolü 7 mg/dl azalttığı bildirilmiştir (44). Hodson ve ark. (2001)'nin yaptığı bir çalışmada ise diyetin yağdan gelen enerjisi %30-33 oranında tutularak, toplam enerjinin %6.4'ünün doymuş yağ asitleri yerine omega-6 yağ asitlerinden karşılanmasının LDL kolesterol düzeyini %22 oranında düşürdüğü saptanmıştır (45). Diyetle

çoklu doymamış yağ asitlerinin %5 arttırılmasının kardiyovasküler hastalık riskini %13 oranında düşürdüğü 11 prospektif kohort çalışmasının analiz edildiği bir çalışmada gösterilmiştir (46).

Amerika'da yapılan bir çalışmada (n=48835) bireylerin günlük enerji miktarının yağlardan gelen oranı %37.8'den %24.3'e düşürülmüş ve 6 yıl boyunca %28.8 seviyesinde tutulmuştur. Araştırmanın sonunda koroner kalp hastalığı, inme ve toplam kardiyovasküler hastalık insidansını azalttığı bildirilmiştir (47). Kent ve ark. (2013)'nin yaptığı bir çalışmada (n=5046), 30 gün boyunca toplam enerjinin %20' sinden azı yağlardan karşılanmış, günlük kolesterol alımı 50 mg, şeker tüketimi 40g, sodyum alımı 2g ile sınırlandırılmış, tam tahıl, kuru baklagil, meyve ve sebze tüketimi arttırılmıştır. Araştırmanın sonunda total kolesterol, LDL ve trigliserit düzeylerinde sırasıyla %11, %13, %9 ve %8 oranında azalmaya neden olduğu belirtilmiştir (48).

Akdeniz tipi beslenmede sebze-meyve, tahıllar, yağlı tohumlar ve zeytinyağı, süt ürünleri, balık, kümes hayvanları ve şarap tüketimi ön plandayken, kırmızı et ve yumurta tüketimi düşük düzeydedir (27,39). Yapılan çalışmalarda Akdeniz diyetinin, kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili mortalite oranlarını azalttığı belirlenmiştir (27, 40).

Et ürünlerinin tüketilmediği vejetaryen diyetle batı tarzı beslenmeye göre daha fazla tam taneli tahıl, baklagil, sebze-meyve, yağlı tohum tüketilmekte, günlük kolesterol alımı düşerken posa alımı artmaktadır. Vejetaryen diyetin daha ileri formu olan vegan diyetinde ise etin yanında, yumurta, süt

ve süt ürünleri gibi hayvansal gıdaların hiçbiri tüketilmemektedir (49,50). Vejetaryen ve vegan diyetle beslenen topluluklarda iskemik kalp hastalığı kaynaklı mortalite riskinin vejetaryen olmayanlara göre daha düşük olduğu yapılan prospektif çalışmalarda gösterilmiştir (50,51). Vejetaryen diyet ile beslenen bireylerin toplam kolesterol ve LDL kolesterol düzeyleri ile kan basıncı değerlerinin et tüketen bireylere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (12,50).

Diyet posasının kardiyovasküler hastalıklar üzerine yararlı etkileri olduğu bilinmektedir. Bu etki posanın fizyolojik özellikleri ile ilişkilendirilmektedir. Çözünür posa, safra asidindeki kolesterole bağlanarak enterohepatik dolaşımdan uzaklaştırmakta, ince bağırsaktan safra asitlerinin emilimini azaltarak atımını arttırmakta ve karaciğerde kolesterol sentezi için gereken öncü öğelerin konsantrasyonunu düşürmekte, bağırsakta fermantasyonu ile oluşan kısa zincirli yağ asitleri endojen kolesterol üretimini azaltmaktadır (30, 52). Çözünür posanın LDL kolesterol değerini doymuş, trans yağ asitleri ve kolesterolden fakir bir diyetten daha fazla etkili olduğu saptanmıştır (30). Orta ve ileri düzeyde hiperlipidemi hastalarının günlük diyetlerine ek olarak 14g posa verilmesinin LDL kolesterol değerlerinde ortalama %6, trigliserit değerlerini %16 azalttığı bulunmuştur (53). Çözünür posa içeriği farklı olan, benzer besin öğelerine sahip izokalorik diyetlerin karşılaştırıldığı çalışmalarda çözünür posadan zengin diyetlerin toplam kolesterolde %5-19, LDL kolesterolde %8-24 oranında azalttığı bildirilmiştir (12). Günlük tavsiye edilen posa tüketimi 1000

kalori başına 14g veya erkekler için 38g, kadınlar için 25g olarak belirlenmiştir (54).

Tam tahıl, tanenin endosperm, ruşeym (embriyo) ve kepek kısmını içeren işlem görmemiş halini ifade etmektedir (54). Düzenli olarak tam tahıllı ürünlerin tüketiminin kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (41,55,56). Bu ürünlerin sağlık üzerine olumlu etkileri içeriğindeki yüksek miktardaki posanın yanında vitaminler, mineraller ve biyoaktif bileşenlerden kaynaklanmaktadır (57).

Düşük enerjili besinler olan sebze ve meyvelerin kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki olumlu etkilerin içerdiği yüksek posa ve antioksidanlardan kaynaklandığı bildirilmektedir (54). Sebze ve meyveden zengin diyetler ile toplam enerji tüketimine etki etmeden mikrobesein öğeleri ve posa ihtiyacı karşılanabilmektedir. Uzun süreli gözlemsel çalışmalarda sebze ve meyve tüketimi yüksek olan bireylerde kardiyovasküler hastalık ve özellikle inme gelişme riskinin düşük olduğu belirlenmiştir (30). Günlük beslenme programına eklenen bir porsiyon meyvenin kardiyovasküler hastalık riskini %7 oranında azalttığı toplam 91379 erkek, 129701 kadın ve 5007 kardiyovasküler olayı kapsayan 9 kohort çalışmasından oluşan bir meta-analizde gösterilmiştir (54). Başka bir meta-analiz çalışmasında günlük diyete eklenen her bir porsiyon sebze-meyve ile kalp damar hastalıkları riskinde %4, inme riskinde %5 düşüş sağlandığı bulunmuştur (58).

Günde 3 porsiyon ve üzerinde sebze-meyve tüketen kişilerin günde bir porsiyondan az meyve

ve sebze tüketenlere göre kardiyovasküler hastalık riskinin %27 daha düşük olduğu belirtilmiştir (59).

SONUÇ

Beslenme bilimindeki son gelişmeler, sağlığın desteklenmesi, hastalıklardan korunma ve tedavi açısından diyetin önemli role sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Kalp damar hastalığı olan bireylerin sodyum ve yağ tüketimini azaltmak için kızarmış ürünlerden uzak durması, daha çok tam tahıl ürünleri ve balık tüketirken kırmızı et ve tatlı tüketimini azaltması gerekmektedir (60). Sağlıklı bir diyet, sebze ve meyvelerden, tam tahıl ürünlerinden, balık ve yüksek lifli besinlerden zengin olmalı, doymuş yağ asitleri ile trans yağ asitlerini çok düşük oranda içermelidir. Bu önerilerle beraber bazı besinlerde bulunan bitkisel sterol ve stanoller, soya proteinleri ve izoflavonlar kolesterolü düşürmeye yardım etmektedir. Diyetle tüketilen bitkisel sterol ve stanoller %10, soya proteini %3-10, diyet posası %5-10, yağlı tohumlar ise %8 oranında LDL kolesterolün düşmesine neden olarak kardiyovasküler hastalıkların prevalansının azalmasını sağlamaktadır (21).

KAYNAKLAR

1. Nelson RH. Hyperlipidemia as a risk factor for cardiovascular disease. *Prim Care*. 2013; 40(1): 195-211.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: 2014 (cited 2016 Aug 12). Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
3. Türk Kardiyoloji Derneği. Avrupa kalp sağlığı sözleşmesi: 2007 [Internet] (cited 2013 febr 25) Available from: <http://www.tkd.org.tr/menu/263/>
4. Tatlı E. Poliklinikte hiperlipidemik hasta takibi. *Trakya Üniv Tıp Fak Derg*. 2010; 27(1): 39-41.
5. National Institutes of Health 2002. National cholesterol education program [Internet]. Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III) final report: 2002 (cited 2013 febr 25). Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>

6. Farshchi HR, Taylor MA, Macdonald IA. Beneficial metabolic effects of regular meal frequency on dietary thermogenesis, insulin sensitivity, and fasting lipid profiles in healthy obese women. *Am J Clin Nutr.* 2005; 81: 16-24.
7. Allen JK, Blumenthal RS, Margolis S, Young DR, Miller E, Kelly K. Nurse case management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease: Results of a randomized clinical trial. *Am Heart J.* 2002; 144(4): 678-686.
8. Pfeffer MA, Sacks FM, Moyé LA, East C, Goldman S, Nash DT, et al. Influence of baseline lipids on effectiveness of pravastatin in the CARE Trial. *Cholesterol And Recurrent Events. J Am Coll Cardiol.* 1999; 33(1): 125-130.
9. Fodor JG, Frohlich JJ, Genest JJ, McPherson PR. Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia. Report of the working group on hypercholesterolemia and other dyslipidemias. *CMAJ.* 2000; 162(10): 1441-1447.
10. Patel JP, Brocks DR. Effect of experimental hyperlipidaemia on the electrocardiographic effects of repeated doses of halofantrine in rats. *Br J Pharmacol.* 2010; 161: 1427-1440.
11. Drechsler M, Megens RTA, Zandvoort M, Weber C, Soehnlein O. Hyperlipidemia-triggered neutrophilia promotes early atherosclerosis. *Circulation [Internet].* 2010; 122: 1837-1845. (cited 2014 Jul 03). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
12. Jellinger PS, Smith DA, Mehta AE, Ganda O, Handelsman Y, Rodbard HW, et al. American association of clinical endocrinologists' guidelines for management of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis: executive summary. *Endocr Pract [Internet].* 2012; 18(2): 269-93. (cited 29 Sep 2014). Available from: <https://www.aace.com/sites/default/files/LipidGuidelines.pdf>
13. Kastelein JJP, Steeg WA, Holme I, Gaffney M, Cater NB, Barter P, et al. Lipids, apolipoproteins, and their ratios in relation to cardiovascular events with statin treatment. *Circulation [Internet].* 2008; 117: 3002-3009. (cited 2014 Sep 27). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
14. Sacks FM, Tonkin AM, Craven T, Pfeffer MA, Shepherd J, Keech A, et al. Coronary heart disease in patients with low LDL-Cholesterol: Benefit of pravastatin in diabetics and enhanced role for HDL-Cholesterol and triglycerides as risk factors. *Circulation [Internet].* 2002; 105: 1424-1428. (cited 2014 Sep 27). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
15. Parish S, Peto R, Palmer A, Clarke R, Lewington S, Offer A, et al. The joint effects of apolipoprotein B, apolipoprotein A1, LDL cholesterol, and HDL cholesterol on risk: 3510 cases of acute myocardial infarction and 9805 controls. *Eur Heart J.* 2009;30:2137-2146.
16. Grundy SM. Low-density lipoprotein, non-high-density lipoprotein, and apolipoprotein B as targets of lipid-lowering therapy. *Circulation [Internet].* 2002; 106: 2526-2529. (cited 2014 Sep 27). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
17. Waters DD, Brotons C, Chiang CW, Ferrieres J, Foody J, Jukema JW, et al. Lipid treatment assessment project 2: A multinational survey to evaluate the proportion of patients achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Circulation [Internet].* 2009; 120: 28-34. (cited 2014 Sep 27). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
18. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation [Internet].* 2010; 122: 406-441. (cited 2014 Sep 27). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
19. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39(8): 1423-1434.
20. Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *BMJ.* 1994; 308: 367-72.
21. Bruckert E, Rosenbaum D. Lowering LDL-cholesterol through diet: potential role in the statin era. *Curr Opin Lipidol.* 2011; 22: 43-48.
22. Pasanisi F, Contaldo F, de Simone G, Mancini M. Benefits of sustained moderate weight loss in obesity. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2001;11: 401-406.
23. Van Gaal LF, Mertens IL, Ballaux D. What is the relationship between risk factor reduction and degree of weight loss? *Eur Heart J Suppl.* 2005; 7: 21-26.
24. Poobalan A, Aucutt L, Smith WC, Avenell A, Jung R, Broom J, Grant AM. Effects of weight loss in overweight/obese individuals and long-term lipid outcomes: a systematic review. *Obes Rev.* 2004; 5: 43-50.
25. Miller M, Stone NJ, Ballantyne C, Bittner V, Criqui MH, Ginsberg HN, et al. Triglycerides and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation [Internet].* 2011; 123: 2292-2333. (cited 2014 Jul 03). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
26. Yu-Poth S, Zhao G, Etherton T, Naglak M, Jonnalagadda S, Kris-Etherton P. Effects of the National Cholesterol Education Program's Step I and Step II dietary intervention programs on cardiovascular disease risk factors: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999; 69: 632-646.
27. Hu FB, Rimm EB, Stampfer MJ, Ascherio A, Spiegelman D, Willett WC. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in men. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72: 912-921.
28. Gigueux I, Jenkins DJA, Kendall CWC, Marchie A, Faulkner DA, Wong JMW, et al. Comparison of a dietary portfolio diet of cholesterol-lowering foods and a statin on LDL particle size phenotype in hypercholesterolaemic participants. *Br J Nutr.* 2007; 98: 1229-1236.
29. Maki KC, Davidson MH, Umporowicz DM, Schaefer EJ, Dicklin MR, Ingram KA. Lipid responses to plant-sterol-enriched reduced-fat spreads incorporated into a National Cholesterol Education Program Step I diet. *Am J Clin Nutr.* 2001; 74: 33-43.
30. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation [Internet].* 2006; 114: 82-96. (cited 2013 Apr 14). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
31. Samur G. Kalp damar hastalıklarında beslenme. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 728. Klasmat Matbaacılık; 2008.
32. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolorve RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women- 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association. *Circulation [Internet].* 2011; 123: 1243-1262. (cited 2014 Sep 03). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
33. Samur G, Akal Yıldız E. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar / hipertansiyon. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729. Reklam Kurdu Ajansı; 2012.
34. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012; 33(13): 1635-1701.
35. Mente A, Koning L, Shannon HS, Anand SS. A Systematic Review of the Evidence Supporting a Causal Link Between Dietary Factors and Coronary Heart Disease. *Arch Intern Med.* 2009; 169(7): 659-669.
36. Skeaff CM, Miller J. Dietary fat and coronary heart disease: Summary of evidence from prospective cohort and randomised controlled trials. *Ann Nutr Metab.* 2009; 55: 173-201.
37. Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91: 535-546.

38. Delavar MA, Lye MS, Hassan STBS, Khor GL, Hanachi P. Physical activity, nutrition, and dyslipidemia in middle-aged women. *Iran J Publ Health*. 2011; 40(4): 89-98.
39. Kris-Etherton PM, Eckel RH, Howard BV, St. Jeor S, Bazzarre TL. Lyon Diet Heart Study: Benefits of a Mediterranean-Style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I dietary pattern on cardiovascular disease. *Circulation* [Internet]. 2001; 103: 1823-1825. (cited 2013 Sep 03). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
40. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013; 368: 1279-90.
41. Johnston C. Functional foods as modifiers of cardiovascular disease. *Am J Lifestyle Med*. 2009; 3: 1-39.
42. Thies F, Garry JM, Yaqoob P, Rerkasem K, Williams J, Shearman CP, et al. Association of n-3 polyunsaturated fatty acids with stability of atherosclerotic plaques: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003; 361(9356): 477-485.
43. Yzebe D, Lievre M. Fish oils in the care of coronary heart disease patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Fundam Clin Pharmacol*. 2004; 18(5): 581-92.
44. Clarke R, Frost C, Collins R. Dietary lipids and blood cholesterol: quantitative meta-analysis of metabolic ward studies. *BMJ*. 1997; 314: 112-117.
45. Hodson L, Skeaff CM, Chisholm WA. The effect of replacing dietary saturated fat with polyunsaturated or monounsaturated fat on plasma lipids in free-living young adults. *Eur J Clin Nutr*. 2001; 55: 908-915.
46. Jakobsen MU, O'Reilly EJ, Heitmann BL, Pereira MA, Balter K, Fraser GE, et al. Major types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of 11 cohort studies. *Am J Clin Nutr*. 2009; 89: 1425-1432.
47. Howard BV, Van Horn L, Hsia J, Manson JE, Stefanick ML, Wassertheil-Smoller S, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease the women's health initiative randomized controlled dietary modification trial. *JAMA*. 2006; 295(6): 655-666.
48. Kent L, Morton D, Rankin P, Ward E, Grant R, Gobble J, et al. The effect of a low-fat, plant-based lifestyle intervention (CHIP) on serum HDL levels and the implications for metabolic syndrome status -a cohort study. *Nutr Metab* [Internet]. 2013; 10(58): 1-6. (cited 2014 Jun 19). Available from: <http://www.nutritionandmetabolism.com/content/10/1/58>
49. Montgomery KS. Soy Protein. *J Perinat Educ*. 2003; 12(3): 42-45.
50. Ferdowsian HR, Barnard ND. Effects of plant-based diets on plasma lipids. *Am J Cardiol*. 2009; 104: 947-956.
51. Key TJ, Appleby PN, Spencer EA, Travis RC, Roddam AW, Allen NE. Mortality in British vegetarians: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Oxford). *Am J Clin Nutr*. 2009; 89: 1613-1619.
52. Lim JS. The current state of dyslipidemia in Korean children and adolescents and its management in clinical practice. *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 2013; 18: 1-8.
53. Sola R, Bruckert E, Valls RM, Narejos S, Luque X, Castro-Cabezas M, et al. Soluble fibre (Plantago ovata husk) reduces plasma low density lipoprotein (LDL) cholesterol, triglycerides, insulin, oxidised LDL and systolic blood pressure in hypercholesterolaemic patients: A randomised trial. *Atherosclerosis*. 2010; 211(2): 630-637.
54. Eilat-Adar S, Sinai T, Yosefy C, Henkin Y. Nutritional recommendations for cardiovascular disease prevention. *Nutrients*. 2013; 5: 3646-3683.
55. Mellen PB, Walsh TF, Herrington DM. Whole grain intake and cardiovascular disease: a meta-analysis. *Nutr, Metab Cardiovasc Dis*. 2008; 18(4): 283-290.
56. Mosharraf S, Sharifzadeh G, Darvishzadeh-Boroujeni P, Rouhi-Boroujeni H. Impact of the components of Mediterranean nutrition regimen on long-term prognosis of diabetic patients with coronary artery disease. *ARYA Atheroscler*. 2013; 9(6): 337-342.
57. Viuda-Martos M, Lopez-Marcos MC, Fernandez-Lopez J, Sendra E, Lopez-Vargas JH, Perez-Alvarez JA. Role of fiber in cardiovascular diseases: A review. *Comprehensive reviews in food science and food safety*. 2010; 9: 240-258.
58. Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, Carnethon MR, Criqui MH, Daniels SR, et al. American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level, 2013 Update: A Scientific Statement for Public Health Practitioners, Healthcare Providers, and Health Policy Makers. *Circulation* [Internet]. 2013; 127: 1730-1753. (cited 2014 Aug 14). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
59. Amani R, Noorizadeh M, Rahmanian S, Afzali N, Haghhighizadeh MH. Nutritional related cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in IRAN: A case-control study. *Nutr J*. 2010; 9(70): 1-6.
60. Yehle KS, Chen AM, Plake KS, Yi JS, Mobley AR. A qualitative analysis of coronary heart disease patient views of dietary adherence and web-based and mobile-based nutrition tools. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013; 32(4): 203-209.

OLGU SUNUMU

Olgu Sunumu: Pilor Atrezisi Tanısı Alan Yenidoğanın Perioperatif Hemşirelik Bakımı*Kadriye DEMİR¹, Esra KARACA ÇİFTÇİ²***ÖZ**

Amaç: Pilor atrezisi mide ile duodenum arasındaki bağlantının konjenital olarak olmamasıdır. Bu makale, laparoskopik gastroduodenostomi yapılan hastanın perioperatif dönemdeki gereksinimlerini hemşirelik bakım süreci ile ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu makale olgu sunumu şeklinde tasarlanmıştır.

Bulgular: Bebek C., ilk bebeğini 2 yıl önce pilor atrezisi operasyonu sonrası kaybeden 31 yaşındaki annenin ikinci gebeliği sonucunda (G₂Y₁) 38. gebelik haftasında ve 2500 gram olarak sezaryen ile doğmuştur. Bebek C., Taburculuk sonrası ilk iki gün evde anne sütü ile beslenmiştir. Bebek C., yediklerini içerir tarzda kusmaları ve gaita yapmaması üzerine hastaneye götürülmüştür. Yapılan tetkikler sonrası pilor atrezisi tanısı alan Bebek C. ailenin isteği üzerine bir üniversite hastanesinin çocuk cerrahisi bölümüne sevk edilmiştir. "Laparoskopik Gastroduodenostomi" yapılan Bebek C.'ye perioperatif dönemde bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı ile bakım verilmiş olup başarılı bir tedavi sonrası taburcu edilmiştir.

Sonuç: Pilor atrezisi nadir görülen bir konjenital anomali olmakla birlikte ciddi sonuçlara yol açan bir hastalıktır. Cerrahi tedavi yöntemi ve kaliteli hemşirelik bakımı ile pozitif sonuçlara ulaşılabilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Çocuk Hemşireliği, Hasta Bakım Planı.

CASE REPORT: PERIOPERATIVE NURSING CARE OF NEWBORN WITH PYLORIC ATRESIA*Kadriye DEMİR¹, Esra KARACA ÇİFTÇİ²***ABSTRACT**

Aim: Pyloric atresia is a congenital lack of the connection between stomach and duodenum. The aim of this article that the requirements of patient who underwent laparoscopic gastroduodenostomy in perioperative period is to reveal with the nursing process.

Method: This article is designed as a case report.

Results: Baby C. has borned with cesarean section when he/she was 38th week of gestational and as 2500 grams birth weight from 31-years-old mother who lost first baby after pyloric atresia surgery. First two days after discharge, the baby was feeding with mother's milk. Baby C didn't defecate and vomited that includes what he/she eat. Therefore, the mother took to a university hospital her baby. "Laparoscopic Gastroduodenostomy" was performed to the patient. The baby received holistic nursing care on perioperative period. The patient's discharge is made with healing.

Conclusion: The pyloric atresia is a disorder that can cause serious consequences. Surgical treatment and qualified nursing care is important for positive results.

Keywords: Patient Care planning, Pediatric Nursing, Surgery.

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

²Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar: Kadriye DEMİR

E-posta adresi: kadriyebartik@gmail.com

ORCID No: 0000-0002-7064-5432

Gönderi Tarihi: 12.10.2018

Kabul Tarihi: 05.01.2019

GİRİŞ

Pilor atrezisi mide ile duodenum arasındaki bağlantının konjenital olarak olmamasıdır. Bu sorun bütün üst gastrointestinal atrezilerin %1'inden daha azını oluşturmaktadır ve genetik geçişli olduğu düşünülmektedir (1). Kesin tanı radyolojik (direkt grafi, baryumlu pasaj grafisi) inceleme ile konulmaktadır. Tedavi cerrahi olup, atrezinin tipine göre pilorostomi ya da gastroduodenostomi uygulanmaktadır (2). Gastrointestinal sistem hastalıklarının cerrahi sürecinde sıvı volüm eksiklikleri, beden gereksiniminden az beslenme, ağrı, enfeksiyon riski vb. problemlerin varlığı söz konusu olmaktadır (3). Bu açıdan bakıldığında pilor atrezisi tanısı almış bir bebeğin ve ailesinin perioperatif dönemde kaliteli bir hemşirelik bakımına olan gereksinimi çok önemlidir. Laparoskopik gastroduodenostomi yapılan hastanın perioperatif dönemdeki gereksinimlerini hemşirelik bakım süreci ile ortaya koymaktır. Bu olgu sunumunda oluşturulan hemşirelik bakım planında hemşirelik tanıları, 2015-2017 NANDA (North Amerikan Nursing Diagnosis Association) uluslararası hemşirelik tanıları listesine uygun olarak belirlenmiştir. Her bir hemşirelik tanısı için "Hemşirelik Çıktıları Sınıflaması" [Nursing Outcomes Classification (NOC)] çıktıları ve "Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması" [Nursing Interventions Classification (NIC)] girişimleri belirlenmiştir (4).

OLGU SUNUMU

Bebek C., ilk bebeğini 2 yıl önce pilor atrezisi operasyonu sonrası kaybeden 31 yaşındaki annenin ikinci gebeliği sonucunda (Gebelik₂; Yaşayan₁) 38. gebelik haftasında ve 2500 gram olarak sezaryen ile dünyaya gelmiştir. Bebek C.'nin cinsiyeti erkektir. Olgumuzun anne ve babası arasında akraba evliliği

mevcuttur. Olgumuzun prenatal takiplerinde annede polihidroamniyoz saptanmıştır. Bebek C.'nin doğum sonrası evde anne sütü ile beslenirken taburculuğun ikinci gününde yediklerini içerir tarzda kusmaları olmuş ve gaita çıkışı olmamıştır. Aile bebeği bir üniversite hastanesine götürmüştür. Batında distansiyonu olan Bebek C. çekilen ayakta direkt batın grafisinde sadece mide havasının görülmesi üzerine pilor atrezisi tanısı almıştır. Ek olarak, hastanemizde bebeğe çekilen direkt batın grafisinde midenin dilate olduğu saptanmıştır. Çocuk cerrahi bölümünde yer olmadığı için yenidoğan yoğun bakımda beş gün parenteral beslenme desteği ve antibiyotik tedavisi verilen bebeğe planlanan cerrahi girişimi, ameliyatın Ankara'da yapılmasını isteyen aile reddetmiş ve sekizinci gününde hastanemize 112 aracılığı ile getirilmiştir. Ameliyat öncesi parenteral beslenen bebeğe nazogastrik sonda (NG) takılarak mide içeriği serbest alınmıştır ve mide koruyucu tedavi ile profilaktik antibiyotik tedavisi, kalsiyum desteği, analjezik tedavisi başlanmıştır. Kan kültüründe "Candida" üremesi olan bebeğe ek olarak antifungal tedavi de başlanmıştır. "Laparoskopik Gastroduodenostomi" yapılan bebeğe ameliyat sonrası IV sıvı desteği, üçlü antireflü tedavisi, D-Vit desteği, antibiyotik ve analjezik tedavisi verilmiştir. Ameliyat sonrası üçüncü günde oral yolla 8x5cc ile beslenmeye başlanan hastanın beslenmesi aralıklı olarak artırılıp serbest anne sütüne geçişi sağlanmıştır. Anne emzirme konusunda desteklenmiştir. Gaita kültüründe "Vankomisine Dirençli Enterokok" (VRE) üreyen bebeğe sıkı temas izolasyonu uygulanmıştır. Serbest anne sütü alan ve kilo alımı iyi olan bebeğin sosyal pediatriye konsültasyonu ve taburculuğu şifa ile yapılmıştır. Hastanın bakım planı Tablo 1'de

verilmiştir. Bilgilerin kullanımı için aileden izin alınmıştır.

TARTIŞMA

Sayan ve ark. (5)'nin yenidoğan cerrahi kliniğinde yaptığı çalışmada; yenidoğan anomalilerinin büyük çoğunluğunun gastrointestinal sisteme ait hastalıklar olduğu bildirilmiştir. Gastrointestinal sistemin başlıca fonksiyonları; normal büyüme için gerekli besinlerin yenilmesi, sindirimi, emilimi, sıvı elektrolit dengesinin korunması ve artık ürünlerin vücuttan atılmasıdır. Gastrointestinal sistem bu açıdan bebek ve çocukların normal büyüme ve gelişimi için yaşamsal öneme sahiptir (3). Konjenital pilor atrezisi; üst gastrointestinal atreziler içinde %1'den daha az sıklıkta görülen yaklaşık 100.000 doğumda bir tanımlanmış ender bir anomalidir. Otozomal resesif geçişli genetik bir hastalık olarak düşünülmekle beraber gelişimsel duraklama sonucu da oluşabilmektedir (5). Olgumuzda ebeveynler akraba evliliği yapmışlardır. Sencan'ın (1) çalışmasında, pilor atrezisine konjenital kalp hastalıkları ve down sendromunun eşlik ettiği bildirilmiştir. Olgumuza yapılan tetkiklerde izole pilor atrezisi olduğu ve başka bir anomalinin eşlik etmediği görülmüştür. Literatürde, üst gastrointestinal sisteme ait bir tıkanıklık olması sebebiyle prenatal ultrasonografilerde midenin dilate olarak görüntülediği ve polihidramniosun da eşlik ettiği belirtilmektedir (6). Olgumuzun prenatal takiplerinde de annede polihidroamniyoz tespit edilmiştir. Ek olarak, hastanemizde bebeğe çekilen direkt batın grafisinde midenin dilate olduğu saptanmıştır. Küçükkoğlu ve ark. (6)'nın çalışmasında, yenidoğan kliniğine bebeği yatan annelerin emzirme özyeterlilik düzeylerinin istendik seviyede olmadığı ve annelerin büyük bir kısmında depresyon belirtilerinin olduğu bulunmuştur. Olgumuzun annesinde anksiyete ve emzirmede

yetersizlik belirtilerine yönelik hemşirelik girişimleri planlanmış ve uygulanmıştır. Bu olgu literatürdeki çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir (1, 5-7).

Sosyal pediatri polikliniklerinde çocukluk çağıının önlenebilir hastalıklarını önlemek, ölümleri azaltmak, büyüme gelişmeyi ölçmek, desteklemek amaçlanmaktadır (8). Öztürk ve ark. (8)'nin sosyal pediatri polikliniğinde izlenen çocukların ve ailelerin değerlendirildiği çalışmasında, prenatal patolojisi olan bebeklerin cinsiyetlerinin erkek ağırlıklı ve doğum kilolarının daha düşük olduğu bildirilmektedir. Bizim olgumuzda da erkek cinsiyet ve 2.500 doğum ağırlığı mevcut olup, bebek taburculuk öncesi sosyal pediatri kliniğine konsülte edilmiştir. Bıçakçı ve ark. (9)'nın pilor atrezisi ile epidermozis bülloza birlikteliğini değerlendirdiği iki olgunun bulunduğu çalışmasında; ilk olguya piloropilorostomi ikinci olguya ise gastroduodenostomi yapıldığı belirtilmiştir. Bu olgularda ameliyat başarılı olmasına rağmen epidermozis bülloza tanısına bağlı komplikasyonlar, ölümü kaçınılmaz hale getirmiştir. Olgumuzun izole pilor atrezisi tanısı ile takip edilmiş olması, yapılan ameliyatın ve verilen bakımın başarı şansını yükselterek yenidoğanın normal büyüme ve gelişmesi ile yaşamına devam etmesine olanak sağlamıştır.

SONUÇ

Pilor atrezisi nadir görülen bir konjenital anomali olmakla birlikte yaşamı tehdit eden sonuçlara yol açabilmektedir. Cerrahi tedavi ve bütüncül perioperatif hemşirelik bakımı ile bu olguda görüldüğü gibi pozitif sonuçlara ulaşılabilir.

Tablo 1A. Pilor Atrezisi Tanısı Alan Yenidoğanın Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı*	NOC Çıktıları / Sonuç Kriterleri	NIC Girişimleri / Hemşirelik Uygulamaları	Değerlendirme
Hastanın kliniğe kabulü ve hasta yakının klinik işleyişi/rutinleri hakkında Bilgi Eksikliği	-Uyum Davranışı -Bilgi Düzeyi Hasta yakınının klinik işleyişine ve tedavi planına uyum göstermesi	Hasta ailesi ile tanışıldı. Hastanın yatışı yapıldıktan sonra “Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Prosedürü” ne göre hasta ve yakınına klinik işleyişine ilişkin bilgi verildi. (Hasta/Dr./hemşire odası, yemek, ilaç, bakım ve vital bulgu takip saatleri, hasta kol bilekliği, refakatçi ve ziyaretçi kuralları vb.) Hasta yakınının düşüncelerini ifade etmesine ve soru sormasına fırsat verildi. Hasta yakınının sorularına anlayabileceği şekilde cevap verildi.	Hasta yakını klinik işleyişine uyumlu, tedavi planına etkin katılıyor.
Yenidoğan olmasına bağlı Yaralanma Riski	-Düşme Durumu -Güvenlik Önlemleri -Risk Kontrolü -Güvenli Çevre -Doku Bütünlüğü Yaralanma risk faktörlerin tanımlanması, gerekli önlemlerin alınması ve yaralanmanın olmaması	Hastada düşme riski oluşturan faktörler belirlendi. Hasta “Düşme Riski Olan Hastanın Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Talimatı”na göre değerlendirildi. Temel güvenlik önlemleri alındı. (Hasta bilekliği kontrol edildi, yatak başı düzeni sağlandı, küvöz en düşük seviyede tutuldu vb.) NG, IV setler çıkmaması ve kıvrılmaması açısından kontrol edildi. Hastanın refakatçi gereksinimi sağlandı ve konu ile ilgili bilgilendirildi. Hasta, klinik dışına (radyoloji, ultrason, vb.) gönderilirken “Hasta Kaldırma ve Taşıma Talimatı” na uygun olarak transport küvöze alındı.	Hastada yaralanma belirti bulguları yok.
Daha önce bir çocuğunu aynı problemden dolayı kaybetmeye bağlı ailede Korku	-Korku Düzeyi -Konsantrasyon -Karar Verme Hasta yakınının korku ve endişelerini anlatması ve odaklanabilmesi ve doğru karar verme becerisinin olması	Basit ve anlayabileceği cümleler ile soruları cevaplandırıldı. Yavaş ve sakin konuşuldu. Kişisel mesafeyi korumasına izin verildi. Duyularını ifade etmesi için izin verildi. Gevşeme teknikleri öğretildi (yavaş, ritmik solunum vb.). Ekip ile işbirliğine gidilerek cerrahi girişime ilişkin bilgi verildi. Ailenin güçlü yönleri vurgulandı.	Hedefe uzun vadede ulaşıldı. Hasta yakını kendinin ve hastasının güvende olduğunu hissettiğini, ameliyatın doğru karar olduğunu ifade etti.
Pre-operatif ve post-operatif işlemlere bağlı ailede Bilgi Eksikliği	-Uyum Davranışı -Bilgi Düzeyi Hasta yakınının bilgi eksikliğinin giderilerek tedavi ve bakım süreçlerine etkin katılımının sağlanması	Ekip ile işbirliği yapılarak hasta/hasta yakınına ameliyat hazırlıkları ve gerekçeleri, ameliyat ve sonrası dönem hakkında bilgi verildi. Hasta / hasta yakınına anlayabileceği terimlerle açıklama yapıldı, hasta yakınına soru sorabilmesi için yeterli zaman ayrıldı, kısa ve sık aralıklarla ihtiyacı kadar bilgi verildi. Ekip ile iş birliği sağlanarak tedavi yöntemleri hakkında “Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Prosedürü” ne göre bilgilendirildi.	Eğitim sonrasında hasta yakınının ameliyat öncesi/sonrası bakıma etkin katılımı gözlemlendi.

Tablo 1B. Pilor Atrezisi Tanısı Alan Yenidoğanın Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	NOC Çıktıları / Sonuç Kriterleri	NIC Girişimleri / Hemşirelik Uygulamaları	Değerlendirme
Ameliyat hazırlığına ve ameliyattan sonra kliniğe kabulüne, bakımının değişmesine bağlı Cerrahi İyileşmede Gecikme Riski	<p>-Yara İyileşmesi</p> <p>-Bakım İhtiyaçları</p> <p>Hasta ve ailesi için ameliyat hazırlığının (fizyolojik ve psikolojik) doğru ve tam yapılması</p> <p>Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde saptanması, gerekli önlemlerin alınması ve komplikasyon gelişmemesi</p>	<p>Hasta kol bandı kontrol edildi. "Hasta Adı- Soyadı, Protokol Numarası, Baba Adı"</p> <p>Hastanın yaşam bulguları, "Vücut Isısı Ölçüm Protokolü", "Nabız Sayısı Sayma Protokolü", "Arteriyel Kan Basıncı Ölçüm Protokolü", "Solunum Sayısı Sayma Protokolü", "Ağrıya Yaklaşım Protokolü" ne göre uygun aralıklarla alındı.</p> <p>Hastanın tüm giysileri çıkarılarak ameliyat gömleği giydirildi.</p> <p>Hasta / hasta yakının, ameliyat öncesinde "Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu" doğrultusunda hekim tarafından bilgilendirildiği ve formun hasta / hasta yakını tarafından imzalandığı kontrol edildi</p> <p>"Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlık Formu"nda yer alan tüm maddelerin yerine getirilip getirilmediği kontrol edilerek hastanın hazırlığı sağlandı ve bilgileri kaydedildi.</p> <p>Hastanın ameliyathaneye "Hasta Nakil Prosedürü" ne uygun şekilde transportu sağlandı.</p> <p>Hasta 'Hasta Kaldırma ve Taşıma Talimatı'na uygun gerekli güvenlik önlemleri doğrultusunda küvöze alındı.</p> <p>Hastaya yapılan ameliyata ve insizyon bölgesine uygun pozisyon verildi.</p> <p>Hastanın yaşam bulguları protokollere göre uygun aralıklarla takip edildi.</p> <p>Hastanın ağrısı 'Ağrıya Yaklaşım Protokolü'ne göre değerlendirildi.</p> <p>Ağız içi kontrol edilerek, biriken sekresyonlar 'Aspirasyon Uygulama ve Takip Talimatı' na göre aspire edilerek hava yolu açıklığı sağlandı.</p> <p>'Periferik Venöz Katater Bakım Protokolü' ne göre periferik venöz kataterin bakımı ve kontrolü yapıldı, damar yolu açıklığı sağlandı.</p> <p>Intravenöz sıvıların takibi 'İntravenöz Yolla Sıvı Tedavisi Uygulama Protokolü' ne göre yapıldı.</p> <p>'Bulantı Kusması Olan Hasta Bakım Protokolü' ne göre bulantı kusması değerlendirilerek bakım verildi.</p> <p>Anestezi sonrası ortaya çıkabilecek hipotermiye karşı 'Hipotermisi Olan Hasta Bakım ve Takip Protokolü' ne göre takibi ve bakımı yapıldı.</p> <p>Hastanın kıyafetleri giydirildi.</p> <p>Ameliyat sonrası kanama riskini değerlendirmek için hastanın 'Kanama Kontrol Talimatı' na göre takibi yapıldı.</p> <p>Aldığı çıkardığı takibi 'Aldığı Çıkardığı Sıvı Takip Protokolü' ne göre yapıldı.</p> <p>Düşme riski değerlendirilerek 'Düşme Riski Olan Hastanın Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Talimatı' na göre gerekli önlemler alındı.</p> <p>'Hekim İstem Prosedürü' ne göre hekim tarafından istem edilen tedavi uygulandı.</p> <p>Genelanestezi uygulamasına bağlı gelişebilecek yan etkiler hastada gözlemlendi</p>	<p>Hastanın perioperatif süreçte bakım ve tedavi ihtiyaçları karşılandı ve iyileşme zamanında gerçekleşti.</p>

Tablo 1C. Pilor Atrezisi Tanısı Alan Yenidoğanın Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	NOC Çıktıları / Sonuç Kriterleri	NIC Girişimleri / Hemşirelik Uygulamaları	Değerlendirme
Postoperatif dönemde insizyon bölgesine bağlı Akut Ağrı	<p>-Ağrı Düzeyi</p> <p>-Ağrı Kontrolü</p> <p>-Uyku</p> <p>-Ailede Bilgi Düzeyi</p> <p>Ağrının en aza indirilmesi ve/veya giderilmesi, yeterli uykunun olması, ailede ağrıyı azaltmaya yönelik uygulamaların olması.</p>	<p>Hastanın ağrısı yenidoğan ağrı skalasına göre değerlendirildi.</p> <p>Hastaya ağrıyı azaltmak için yatak içinde uygun pozisyon verildi.</p> <p>Ameliyat bölgesi desteklenerek müküller gerginlik azaltıldı.</p> <p>Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler yönünden hasta değerlendirildi.</p> <p>“Hekim İstem Prosedürü” ne göre analjezikler uygulandı ve yan etkileri açısından takip edildi.</p> <p>Hastanın ağrısının azaltacak non-farmakolojik yöntemler kullanıldı (Anne ile etkileşimini sağlamak, ten temasında bulunmak vb.)</p> <p>Hastanın yeterli uyuyabilmesi için uygun çevre koşulları sağlandı (Alarm sesleri vb.)</p>	Hasta sakin, yüz ifadesi yumuşak, kol ve bacakları gelişigüzel.
Yenidoğan olmasına, anestezi almasına ve nazogastrik sonda bulunmasına bağlı Aspirasyon Riski	<p>-Solunum Durumu</p> <p>-Aspirasyonun Önlenmesi</p> <p>Hastanın etkili solunum örüntüsünü sürdürmesi ve mide içeriğini, akciğer sekresyonlarını aspire etmemesi</p>	<p>NG ile besleme yapılmadığı zamanlar serbest drenaja alındı, besleme için kullanıldığı yerde olup olmadığı kontrol edildi.</p> <p>Hastaya uygun pozisyon verildi.</p> <p>Ağız içinde biriken sekresyonlar kontrol edilip, gerektiğinde “Aspirasyon Uygulama ve Takip Talimatı” na göre aspire edildi.</p> <p>Gerektiğinde saturasyon takibi yapılarak “Oksijen Tedavisi Uygulama Protokolü” ne göre oksijen desteği sağlandı.</p> <p>Akciğer sesleri dinlenerek, bulgular kayıt edilip, doktora bildirildi.</p> <p>Solunum sesleri ve sekresyonların niteliğine göre aralıklı fizyoterapi (perküsyon, vibrasyon ve postural drenaj) uygulandı.</p> <p>Hasta solunum güçlüğü, retraksiyon açısından gözlemlendi, deri rengi değerlendirildi.</p> <p>Solunum ile ilgili komplikasyonların oluşmasına karşı gerekli malzemeler hazırlandı.(Entübasyon, endotrakeal tüp vb.)</p>	Hastanın solunum sayısı normal sınırlarda ve rahat görünümde, aspirasyon belirti ve bulguları yok.
Oral alamamaya ve nazogastrik sondası irritasyonuna bağlı Oral Müköz Membranda Bozulma Riski	<p>-Ağız Hijyeni</p> <p>-Doku Bütünlüğü</p> <p>Oro-nazofarengealkavitenin normal görünümde olması.</p>	<p>Hastanın müköz membranları uygun aralıklarla değerlendirildi.</p> <p>Hastanın ağız bakımı günlük en az üç defa yapıldı. Dudakları nemlendirildi. İşlem öncesi ve sonrası el hijyenine dikkat edildi.</p> <p>Doktor istemine göre günlük sıvı ihtiyacı ‘İntravenöz Yolla Sıvı Tedavisi Uygulama Protokolü’ ne göre karşılandı.</p> <p>NG tespit yeri irritasyon açısından kontrol edildi, uygun aralıklarla tespit yenilendi.</p> <p>Aldığı çıkardığı takibi ‘Aldığı Çıkardığı Sıvı Takip Protokolü’ ne göre yapıldı.</p>	Oral alıma başlanan ve NG’si çıkarılan hastada hedefe ulaşıldı. Hastanın müköz membranları normal görünümde.

Tablo 1D. Piloner Atrezisi Tanısı Alan Yenidoğanın Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	NOC Çıktıları / Sonuç Kriterleri	NIC Girişimleri / Hemşirelik Uygulamaları	Değerlendirme
Hastanın total parenteral yolla besleniyor olmasına bağlı Dengesiz Beslenme Riski	-Beslenme Durumu -Kilo Durumu -Deri Turgoru Hastanın normal büyüme gelişmeye göre kilo alması, normal deri turgorunun olması.	TPN sıvısının içeriği Dr. İstemine göre kontrol edildi. TPN sıvısının hastaya verilmeden önce oda sıcaklığında olması sağlandı. Günlük verilecek beslenme sıvısı 24 saate bölünerek kontrollü verildi. Uygun aralıklarla hastanın kan şekeri takibi yapıldı. TPN sıvısının ve makine setinin 24 saatte bir değişimi sağlandı. IV kateter bölgesi infiltrasyon açısından sık sık kontrol edildi. TPN sıvısının ışıktan koruyucu poşet içinde kalması sağlandı. Hastanın kilo takibi, deri turgoru ve aldığı çıkardığı sıvı takibi günlük yapıldı ve kaydedildi.	Hasta oral yolla serbest anne sütü ile besleniyor. Kilo alımı ve deri turgoru normal.
Yenidoğan olmasına bağlı Öz Bakım Yetersizliği	-Yaşam aktiviteleri -Hijyen durumu Hastanın öz bakım ihtiyacının karşılanması, temiz görünmesi.	Hastanın bireysel bakım ihtiyaçları karşılandı (Vücut hijyeni, ağız bakımı vb.). Kıyafetlerinin ve çarşaflarının temiz olması sağlandı. Gerekliğinde aile ile iletişime geçildi. Hastanın perine bakımı uygun aralıklarla sağlandı. Hastanın invaziv girişim bölgelerinin pansumanı uygun aralıklarla değiştirildi. Hastanın yatak içinde hareketi sağlandı. Bakım saatlerinde tüm vücut değerlendirilerek verilen bakımın da değerlendirilmesi sağlandı. Hastanın bakım malzemeleri ve kişisel eşyaları teslim sırasında diğer hemşireye iletildi.	Hasta temiz ve cildi, ağız içi kavite ve perine bölgesi normal görünümde.
Bebeğin hastalığına bağlı Kesintiye Uğramış Emzirme	-Emzirmenin Sürdürülmesi -Anne-bebek bağlanması -Annenin Bilgi Düzeyi Annenin etkin emzirmesi, emzirme sonrası bel ağrısı tariflememesi, bebeğin emerken huzurlu görünmesi	Annenin emzirme konusunda bilgi düzeyi ve düşünceleri değerlendirildi. Anneye emzirmenin yararları hakkında bilgilendirme yapıldı. Anneye etkin emzirme konusunda uygulamalı eğitim verildi. Annenin ve bebeğinin emzirme sırasında rahatı sağlandı. Bebeğin günlük kilo kontrolü yapıp kaydedildi. Annenin beslenme alışkanlığı değerlendirildi. Emzirmenin kesintiye uğradığı dönemde sütünün nasıl sağıp saklayacağı, göğüs pompasını nasıl kullanacağı anlatıldı. Emzirme sırasında anneye el hijyeni ve meme bakımı hakkında bilgi verildi.	Anne bebeğini emzirirken mutlu olduğunu ifade etti. Anne bebeğini etkili emziriyor.

Tablo 1E. Pilor Atrezisi Tanısı Alan Yenidoğanın Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	NOC Çıktıları / Sonuç Kriterleri	NIC Girişimleri / Hemşirelik Uygulamaları	Değerlendirme
Hastanın mevcut enfeksiyona bağlı Enfeksiyon Bulaştırma Riski	-Enfeksiyon durumu -Risk Kontrolü Hastanın mevcut enfeksiyonun tedavi edilmesi ve bulaşım olmaması	Hasta ve ailesi özel odada sıkı temas izolasyonuna alındı. Aile enfeksiyondan korunma ve temas izolasyonuna yönelik bilgilendirildi. Hasta odasına yıldız işaretli plaka asıldı ve aileye açıklama yapıldı. Hasta dosyası oda dışına alındı. Hastaya özel steteskop, timpanik ateş ölçer vb. malzemeler temin edildi. Odaya girerken sağlık personeli gömlek, maske, eldiven vb. kullandı. Hasta bakımından önce ve sonra eller "El Hijyeni Talimatı ve Eldiven Kullanımı" na uygun olarak yıkandı. Hastadan uygun araklarla kültür gönderildi ve sonucu takip edildi. Hastanın vital bulguları uygun aralıklarla protokollere uygun olarak takip edildi. İkinci bir enfeksiyon belirti ve bulguları açısından hasta değerlendirildi.	Hedefe kısmen ulaşıldı. Hastanın enfeksiyonu tedavi edilmekle birlikte, serviste iki hastada daha bulaş gözlemlendi.
Ebeveynlerin taburculuğa ilişkin Bilgi Eksikliği	-İlaçlar -Bağışıklanma -Yenidoğan Bakımı Sağlığı Sürdürme Ebeveynlerin taburculuk sonrası bebeğin evde bakımı, beslenmesi, sağlık kontrolleri, aşıları vb. uygulamalara yönelik bilgi eksikliğinin giderilmesi	"Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Prosedürü"ne göre ekip ile işbirliğine girilerek, hasta yakınma aşağıda belirtilen konularda eğitim verildi. Bunlar: Bebeğin kullandığı ilaçların etki, yan etki, kullanım şekli Kesi yerinde enfeksiyon belirtileri (ısı artışı, kızarıklık, akıntı) olursa Dr'a ulaşması Bebeğin vücut hijyeni, ağız hijyeni ve nasıl uygulanacağı Dr'un ön gördüğü sürelerde kontrole gelmesi gerektiği Bebeğin aşıları için sosyal pediatri ile iletişime geçildi. Ailenin hastalığa dair danışmanlığı için Genetik Bilimi ile iletişimi sağlandı.	Hasta ve ailesi tam iyileşme sonrasında taburcu edildi. Anne aile hekiminde bebeğinin ikinci doz Hepatit B aşısını yaptıracakını söyledi.

*Hemşirelik tanıları, 2015-2017 NANDA uluslararası hemşirelik tanıları listesine uygun olarak belirlenmiştir. Her bir hemşirelik tanısı için NOC (Hemşirelik Çıktıları Sınıflaması) çıktıları ve NIC (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması) girişimleri belirlenmiştir (4). Hemşirelik tanıları hastanın bakımındaki kronolojik sıraya ve önceliğe göre ele alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Sencan A. Konjenital pilorik atrezi. Sağlıkta Birikim. 2006; 1(3): 1-2.
2. Gülsoy S, Aldemir E, Tireli G, Özbek A, Kavuncuoğlu S. Preterm yenidoğanda pilor atrezisi. JOPP Dergisi [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Dec 14]; 3(1): 41-4. Available from: http://www.journalagent.com/iksst/pdfs/JOPP_3_1_41_44.pdf
3. Yıldız S, Gözen D, Balcı S. Pediatri hemşireliği. Conk Z, Başbakkal Z, Bal-Yılmaz H, Bol-Işık B, editors. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2013. p. 659-63.
4. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 11. Basım. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018.
5. Sayan A, Arıkan A, Okay ST, Şimşek FN, Bayol Ü, Özer HN et al. Cerrahi yenidoğanda ek anomaliler. Çocuk Cerrahisi Dergisi [Internet]. 2008 Jul [cited 2018 Jul 24]; 22(3): 104-10. Available from: [http://www.journalagent.com/cocukcerrahisi/pdfs/ CCD_22_3_104_110.pdf](http://www.journalagent.com/cocukcerrahisi/pdfs/CCD_22_3_104_110.pdf)
6. Darwish AA, Debauche C, Clapuyt P, Feruzi Z, de Goyet JV, Reding R. Pyloric obstruction, duodenal dilatation, and extrahepatic cholestasis: a neonatal triad suggesting multiple intestinal atresias. J Pediatric Surgery. 2006. 3(1): 41-4.
7. Küçüköğlü S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Internet]. 2014 Jul [cited 2018 Jul 15]; 3(3): 921-32. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/220128>.
8. Öztürk O, Demir B, İğde M, Öksüz BG, Koçyiğit A, Akyol ŞT. Sosyal pediatri kliniğinde izlenen çocukların ve annelerinin değerlendirilmesi. Orjinal Araştırma Dergisi [Internet]. 2015 Feb [cited 2018 Dec 5]; 4(1): 23-8. Available from: <https://docplayer.biz.tr/6574947-Sosyal-pediatri-polikliniginde-izlenen-cocukların-ve-ailelerinin-değerlendirilmesi.html>.
9. Bıçakçı Ü, Tander B, Çelik F, Antürk E, Rızalar R. Pyloric atresia associated with epidermolysis bullosa: report of two cases and review of the literature. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2012. 3:271-3. Available from: https://www.journalagent.com/travma/pdfs/UTD-13284-CASE_REPORTS-TANDER.pdf.