



**BANDIRMA
ONYEDİ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ**

SABAD
JHSR

Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi

Journal of Health Sciences and Research

Cilt / Volume:1

Sayı / Issue:2

Yıl / Year: 2019





Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi (SABAD)

Journal of Health Sciences and Research (JHSR)

Sahibi / Owner

Prof. Dr. Süleyman ÖZDEMİR (Rektör)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Responsible Publication Manager

Doç. Dr. Diler AYDIN

Editör / Editor

Doç. Dr. Diler AYDIN

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Uğur GÜNŞEN

Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Doç. Dr. Dilek AVCI

Doç. Dr. Diler AYDIN

Dr. Öğr. Üye. Gökhan ABA

Dr. Öğr. Üye. Gülhan Y. GÖKMEN

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Şamil AKYIL (Adnan Menderes Üniversitesi)

Prof. Dr. Zeliha Candan ALGUN (Medipol Üniversitesi)

Prof. Dr. Ebru Işık ALTURFAN (Marmara Üniversitesi)

Prof. Dr. Salih ANGİN (Dokuz Eylül Üniversitesi)

Prof. Dr. Ali AYDIN (İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa)

Prof. Dr. Murat BAŞ (Acıbadem Üniversitesi)

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Hacettepe Üniversitesi)

Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL (Ege Üniversitesi)

Prof. Dr. Hüseyin ESECELİ (Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi)

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN (Bahçeşehir Üniversitesi)

Prof. Dr. Efsun KARABUDAK (Gazi Üniversitesi)

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi)

Prof. Dr. Zehra Hajrulai – MUSLÜ (Cyrill and Methodius University)

Prof. Dr. Gülden Zehra OMURTAG (İstanbul Medipol Üniversitesi)

Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI (İstinye Üniversitesi)

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU (Uludağ Üniversitesi)

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Atılım Üniversitesi)

Prof. Dr. Fatma TOSUN (Medipol Üniversitesi)

Prof. Dr. Roger WATSON (University of Hull)

Prof. Dr. Törün ÖZER (Adnan Menderes Üniversitesi)

Prof. Dr. Işıl SÖNMEZ (Adnan Menderes Üniversitesi)

Doç. Dr. Özgür İŞLEYİCİ (Yüzüncü Yıl Üniversitesi)

Doç. Dr. Recı MESERİ DALAK (Ege Üniversitesi)

Doç. Dr. Sine ÖZMEN TOĞAY (Uludağ Üniversitesi)

Assoc. Prof. Katalin PAPP (University of Debrecen)

Doç. Dr. Pınar SÖKÜLMEZ KAYA (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Doç. Dr. Sevda SÜZGEÇ SELÇUK (İstanbul Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Ayca ÇAKMAK (Bilgi Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Arzu EDEN (Karadeniz Teknik Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi İrem KAYA CEBİOĞLU (Yeditepe Üniversitesi)

Asist. Prof. Daniel Jesus Catalan MATAMOROS (University of Almeria)

Dr. Öğr. Üyesi Burcu İrem OMURTAG KORKMAZ (Marmara Üniversitesi)

Yayın Kurulu Sekreteryası / Editorial Board Secretaries

Araş. Gör. Canan BOZKURT

**Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi****Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi (SABAD)****Editörlüğü, 10200, Bandırma/BALIKESİR**

web: <http://dergipark.gov.tr/boneyusbad>

Telefon: (+90 266) 717 01 17

Fax: (+90 266) 717 00 30

e-posta: sabad@bandirma.edu.tr

Haziran /June 2019

Cilt 1/Volume 2

Sayı 1/Issue 2

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından elektronik ortamda yılda iki kez (Haziran-Aralık) yayımlanan multidisipliner, hakemli ve süreli bir dergidir.

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bilimsel yayın organı olan Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi ulusal ve uluslararası alanda hemşirelik, beslenme ve diyetetik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, çocuk gelişimi, ebelik, gerontoloji, sağlık yönetimi, sosyal hizmet ve diğer sağlık alanlarındaki özgün araştırma makalesi, derleme ve olgu sunumu şeklinde hazırlanan güncel, özgün ve nitelikli bilimsel çalışmaları ve editöre mektupları yayımlayarak bilim dünyasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Değerlendirilmek üzere dergimize gönderilen Türkçe veya İngilizce çalışmaların, daha önce yayımlanmamış, yayınlanmak üzere kabul edilmemiş ya da yayımlanmak için değerlendirme sürecinde olmaması gerekir. Değerlendirme sürecinde olan ve yayımlanan eserlerin sorumluluğu tümüyle yazar(lar) a aittir. Yayımlanan eserlerin telif hakları Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi'ne aittir.

Yayımlanması istenilen çalışmalar dergi yazım kuralları ve yayın ilkelerinde belirtilen koşullara uygun şekilde hazırlanıp gönderilmelidir. Dergiye sunulan çalışmalar öncelikle şekil ve içerik yönünden ön incelemeye tabi tutulur. Şekil ve içerik olarak uygun bulunan çalışmalar editör tarafından yayın kuruluna sunulur. Yayın kurulu tarafından uygun bulunan çalışmalar en az iki hakem tayin edilerek değerlendirme sürecine alınır. Değerlendirme sürecinde hakem değerlendirmeleri ortalama 4 ile 8 hafta sürmektedir. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda dergi editörlüğü tarafından ilgili çalışmaların yayımlanmasına, yazar(lar)dan düzeltme ya da ek bilgi istenmesine veya yayımlanmamasına karar verilir. Hakemlerden bir olumlu ve bir olumsuz rapor verilmesi halinde ilgili çalışma Dergi Editörlüğü tarafından uygun görülmesi halinde üçüncü bir hakeme de gönderilmektedir.



İÇİNDEKİLER / CONTENT

ÜNİVERSİTE YURDUNDA KALAN KIZ ÖĞRENCİLERİN BAZI ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİN OBEZİTE İLE İLİŞKİLİ SAĞLIK RİSKLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ <i>EVALUATION OF SOME ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS OF FEMALE STUDENTS IN A UNIVERSITY DORMITORY IN TERMS OF OBESITY RELATED HEALTH RISKS</i> Dr. Öğr. Üyesi Bircan ULAŞ KADIOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Pınar SOYLAR	80-90
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İŞE BAĞLILIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ <i>EXAMINATION OF HEALTHCARE EMPLOYEES WORK ENGAGEMENT LEVELS ACCORDING TO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS</i> Dr. Öğr. Üyesi Mustafa NAL, Dr. Öğr. Üyesi Ekrem SEVİM.....	91-101
DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN SÜRESİ, UZAMASI VE YÖNETİMİ <i>DURATION, PROLONGATION AND MANAGEMENT OF SECOND STAGE OF BIRTH</i> Ayşenur TURAN, Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ	102-119
DOĞUMDA MAHREMİYETİN ÖNEMİ VE EBELİK <i>IMPORTANCE OF PRIVACY IN BIRTH AND MIDWIFERY</i> Araş. Gör. Reyhan AYDIN	120-129
SON DÖNEM SAĞLIK POLİTİKALARININ HEMŞİRELİK MESLEĞİ ÜZERİNE ETKİSİ <i>THE EFFECT OF LAST TERM HEALTH POLICIES ON NURSING PROFESSION</i> Gamze TÜREDİ, Tuğba ERDOĞAN, Dr. Öğr. Üyesi Gökhan ABA.....	130-142

ÜNİVERSİTE YURDUNDA KALAN KIZ ÖĞRENCİLERİN BAZI ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİN OBEZİTE İLE İLİŞKİLİ SAĞLIK RİSKLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bircan ULAŞ KADIOĞLU* , Pınar SOYLAR** 

ÖZET

Vücut yağ dağılımı obezite ile ilişkili sağlık riskinin önemli bir göstergesidir. Abdominal bölgede yağ birikmesi fazla olanlar hipertansiyon, tip II diyabet, hiperlipidemi, koroner arter hastalıkları açısından artmış risk altındadırlar. Bu araştırma bir üniversite yurdunda kalan kız öğrencilerin bazı antropometrik ölçümlerini obezite ile ilişkili sağlık riskleri açısından değerlendirmek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma üniversite yurdunda kalan 488 kız öğrenci ile Ekim-Kasım 2017 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmada veriler anket formu toplandı. Vücut Kütle İndeksi (VKİ), bel /kalça çevresi ile bel çevresi/boy uzunluğu oranları hesaplandı. Yaş ortalaması $20,5 \pm 1,4$ yıl olan öğrencilerin %14,5'i sigara kullandığını, %79,9'u öğün atladığını, %28'i bedenlerinden hoşnut olmadıklarını, %1,2'si diyet yaptığını ve %74,2'si inaktif olduğunu ifade etti. VKİ değerine göre öğrencilerin %12,5'i kilolu ya da şişman ($\geq 25,0$) idi. Bel çevresi 80cm ve üstü olanlar %10,7 idi. Öğün atlama ve fiziksel inaktivite durumu ile VKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, Obezite, Antropometri

EVALUATION OF SOME ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS OF FEMALE STUDENTS IN A UNIVERSITY DORMITORY IN TERMS OF OBESITY RELATED HEALTH RISKS

ABSTRACT

Body fat distribution is an important indicator of health risk associated with obesity. Excess abdominal adiposity increases risk for hypertension, type II diabetes, hyperlipidemia and coronary artery disease. The aim of this study was to evaluate some anthropometric characteristics of female students in a university dormitory in terms of obesity related health risks. This descriptive study was carried out between October-November 2017 with 488 female students staying in the dormitory of Firat university. Data were collected with a questionnaire, Body Mass Index (BMI), waist / hip circumference and waist circumference / stature length was calculated. The mean age of the students was $20,5 \pm 1,4$ years, 14,5% were smoking, 79,9% were skipping meals, 28,1% are not satisfied with their bodies, 1,2% were dieting and 74,2% were inactive.

Geliş Tarihi / Received: 18.09.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 25.12.2019

* Dr. Öğr. Üyesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

** Dr. Öğr. Üyesi, Firat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Bircan ULAŞ KADIOĞLU, bircanulaskadioglu@osmaniye.edu.tr

Bu çalışmanın bir kısmı 3-5 Mayıs 2018 tarihlerinde Alanya'da düzenlenen IV. Uluslararası Sağlık ve Spor Bilimleri Sempozyumu'nda sözlü bildiri olarak sunulmuştur ve özet metni bildiri kitabında yer almaktadır.

12.5% were overweight or obese (≥ 25.0). 10.7% of students' waist circumference were 80cm and above. There was no statistically significant relationship between meal skipping and physical inactivity status and BMI values ($p > 0.05$).

Keywords: University students, Obesity, Anthropometry

GİRİŞ

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan antropometrik ölçüm yöntemleri ile obezite kısa sürede belirlenebilir. Obezite bazı hastalıkların ortaya çıkışını kolaylaştırıp, yaşam süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Küresel olarak salgın boyutlarına ulaşan obezite, birçok kronik hastalığın gelişmesini doğrudan etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, obezitenin tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, metabolik hastalıklar ve çeşitli kanser türleri ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda obezite, osteoartrit, safra taşları, dislipidemi, sindirim, solunum ve kas-iskelet sistemi problemlerine yol açabilir (Aktaş, Öztürk ve Kapan, 2015; Şanlıer, 2005).

Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı" çalışması sonuçlarına göre ülkemizde 15-24 yaş arası erkeklerin %22,1'i; kızların ise %19,9'u fazla kilolu ve şişman olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Antropometrik ölçümler, beslenme durumunun saptanmasında protein ve yağ deposunun göstergesi olması nedeniyle önem taşımaktadır. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, vücut kütle indeksi (VKİ), çap ve çevre ölçümleri (bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, kulaç uzunluğu, baldır çevresi, vb.) deri kıvrım kalınlıkları, biyoelektriksel empedans (BİA) ölçümü ile vücut yağ yüzdesi ve yağsız vücut kütlelerinin saptanması sıklıkla kullanılan antropometrik yöntemlerdendir (Şanlıer, 2005). Şişmanlığın değerlendirilmesinde çok değişik yöntemler kullanılmaktadır. Ancak kullanılan yöntemlerin güvenilir, tekrarlanabilir, ekonomik, değişikliklere duyarlı, adipoziteyi belirleyici, mortalite ve morbidite hakkında bilgi verici olması gerekir. VKİ, bel kalça oranı, bel çevresi, kalça çevresi gibi antropometrik ölçüm yöntemleri, obezitenin izleminde sıklıkla kullanılan, kolay, uygulanabilir ve doğruluk oranları yüksek yöntemlerdir (Aktaş ve ark., 2015).

Kronik hastalıkların alt yapısını hazırlayan iki majör risk faktörü olan fiziksel inaktivite ve obezite oranları toplumun her kesiminde artmaya devam etmektedir. Fiziksel inaktivite sağlığın (fiziksel uygunluğun) iyi bir şekilde sürdürülebilmesi için "gerekenden daha düşük" fiziksel aktivite düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), fiziksel inaktiviteyi global mortalite için dördüncü büyük risk faktörü ve 21. Yüzyılın en büyük halk sağlığı problemi olarak bildirmektedir.

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin VKİ değerleri ile öğünlerini tükettikleri yerler birlikte incelendiğinde zayıf ve şişman kategorisindeki öğrencilerin öğünlerini

genellikle yurttan tükettikleri gözlenmiş ve yurttan kalan öğrencilerin daha düzensiz, bilinçsiz ve yanlış beslenme alışkanlıklarına sahip olduklarını görülmüştür (Öztürker ve Kocaözer, 2016).

Kronik hastalıkların önlenilebilir risk faktörlerinden sigara kullanımı, öğün atlama, obezite, fiziksel inaktivite gibi faktörlerin sorgulandığı bu araştırmanın amacı, üniversitede yurttan kalan kız öğrencilerin genel sağlık durumunu etkileyebilecek bazı alışkanlıklarını ve antropometrik özelliklerini obezite ile ilişkili hastalık riski açısından değerlendirmektir.

GEREÇ YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Ekim-Kasım 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi yurdunda kalan 488 kız öğrenci ile yürütüldü. Araştırmada veriler, anket formu ile gözlem altında toplandı. Anket formu literatür incelemesi yapılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Anket formunda öğrencilerin genel özellikleri, öğün alışkanlıkları ve antropometrik özelliklerine ait bilgilerin kaydedildiği sorular yer almaktadır.

Antropometrik Ölçümler

Öğrencilerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçümleri alınarak Vücut Kütle İndeksi (VKİ), bel /kalça çevresi ile bel çevresi/boy uzunluğu oranları hesaplandı.

Öğrencilerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri alınırken ince kıyafetli ve ayakkabısız olmalarına dikkat edildi. Vücut ağırlığı elle taşınabilen, 0,5 kg'a duyarlı, banyo terazisi kullanılarak ölçüldü. Boy uzunluğu ölçümü öğrenciler duvara dayalı, ayaklar bitişik, baş Franfort düzlemde iken esnemeyen bir mezura ile yapıldı. Bel, kalça ölçümleri de öğrencilerin kolları iki yanda, ayakları birbirine yakın olarak ve her bacak üzerindeki denge eşit iken esnemeyen bir mezura ile yapıldı.

Öğrencilerin VKİ değerleri "vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m)²" formülü ile hesaplandı. VKİ değerlerine göre öğrenciler üç gruba ayrıldı. 18,5 kg/m² altında olanlar zayıf, 18,5-24,9 kg/m² arası olanlar normal, 25,0-29,9 kg/m² arası kilolu, 30,0 kg/m² ve üstü olanlar şişman olarak değerlendirildi. Bel çevresi <80 cm normal, 80-88 cm obezite eğilimli riskli grup ve > 88 cm şişman olarak değerlendirildi. Dünya Sağlık Örgütü bel/kalça oranının erkeklerde < 0,90 ve kadınlarda ise <0,85 olmasını önermektedir. Bel/kalça oranı < 0,85 (DSÖ,2011) ve bel çevresi/boy uzunluğu oranı 0.4-0,6 arası normal (Ashwell & Hsieh, 2005) kabul edildi.

İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizi SPSS programı ile yapıldı ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Nitel veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Sayısal verilerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verildi. İkili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve p < 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Yaşları 18 ile 24 arasında değişen 488 kız öğrencinin yaş ortalaması $20,5 \pm 1,4$ yıldır. Öğrencilerin %14,5'i (n= 71) sigara kullandığını, %26,8'i (n= 131) denediğini ama bıraktığını, %58,6'sı (n= 286) hiç kullanmadığını, %28,1'i (n= 137) bedenlerinden hoşnut olmadıklarını ifade etti. Zayıflamak amacıyla diyet yapma sıklığı %1,2 (n= 6), vitamin-mineral hâpi kullanma sıklığı %6,4 (n= 31) idi. Öğrencilerin öğün alışkanlıklarına bakıldığında %79,9'u (n= 390) öğün atladığını ve %88,5'i (n= 432) öğün aralarında besin tükettiğini ifade etti. Fiziksel olarak aktif olanlar %25,8 (n= 126) idi (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin genel özellikleri (n= 488)

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Genel Alışkanlıklar				
Sigara kullanma durumu	71	14,5	417	85,5
Bedenlerinden hoşnut olma durumu	351	71,9	137	28,1
Diyet yapma durumu	6	1,2	482	98,8
Vitamin-mineral hâpi kullanma durumu	31	6,4	457	93,6
Öğün atlama durumu	390	79,9	98	20,1
Öğün aralarında Besin Tüketme Durumu	432	88,5	56	11,5
Fiziksel olarak aktif olma durumu*	126	25,8	362	74,2

*Haftalık 150 dakika orta şiddette egzersiz yapma durumu

Öğrencilerin ortalama vücut ağırlığı, boy uzunluğu, VKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı değerleri sırasıyla $56,84 \pm 8,74$ kg; $162,98 \pm 5,81$ cm; $21,38 \pm 2,92$ kg/m²; $72,24 \pm 7,55$ cm; $95,29 \pm 7,81$ cm; $0,75 \pm 0,05$; $0,44 \pm 0,04$ idi (Tablo 2).

Öğrencilerin VKİ değerine göre; %73,2'si (n= 357) normal ($18,5-24,9$ kg/m²), %14,3'ü (n=70) zayıf ($<18,5$ kg/m²) ve % 10,9'u (n= 61) kilolu ($25,0-29,9$ kg/m²) ve %1,6'sı (n= 8) şişman ($\geq 30,0$ kg/m²) idi.

Tablo 2. Öğrencilere ait antropometrik verileri ortalamaları (n= 488)

	X ± SS	Min.	Mak.
Vücut ağırlığı (kg)	56,84 ± 8,74	39	115
Boy uzunluğu (cm)	162,98 ± 5,81	140	178
VKİ (kg/m ²)	21,38 ± 2,92	15,62	38,87
Bel çevresi (cm)	72,24 ± 7,55	57	109
Kalça çevresi (cm)	95,29 ± 7,81	75	128
Bel/Kalça oranı	0,75 ± 0,05	0,59	1,00
Bel/Boy oranı	0,44 ± 0,04	0,34	0,66

Bel çevresi uzunluğuna göre yapılan değerlendirmede öğrencilerin %89,3'ü (n= 436) normal (< 80cm), %7,2'si (n= 35) riskli (80-88cm) ve %3,5'i (n= 14) yüksek riskli yani şişman (> 88 cm) olarak saptandı (Tablo 3). Bel /kalça oranına göre yapılan sınıflandırmada ise %4,9'u (n=24) yüksek riskli (>0,85), %12,1'i orta düzeyde riskli (0,8-0,85) ve %83,0'ı (n= 405) düşük riskli yani önerilen (< 0,8) aralıkta idi (Tablo 4). Bel çevresi/boy uzunluğu oranına göre öğrencilerin %88,1'i normal aralıkta (0,4-0,6) idi (Tablo 5).

Tablo 3. Bel çevresi uzunluğuna göre yapılan sınıflandırma

	Yüksek risk (> 88 cm)		Artmış risk (80 – 88 cm)		Normal (< 80 cm)	
	n	%	n	%	n	%
Bel çevresi	14	3,5	35	7,2	436	89,3

Tablo 4. Bel /kalça oranına göre yapılan sınıflandırma

	Yüksek risk (>0,85)		Orta risk (0,8-0,85)		Düşük risk (<0,8)	
	n	%	n	%	n	%
Bel/Kalça oranı	24	4,9	59	12,1	405	83,0

Tablo 5. Bel çevresi / boy uzunluğu oranına göre yapılan sınıflandırma

Bel çevresi/boy uzunluğu oranı	Dikkat (<0,4)		Uygun (0,4 - 0,6)		Eyleme Geç (>0,6)	
	n	%	n	%	n	%
	54	11,1	430	88,1	4	0,8

Yapılan ikili karşılaştırmalarda, VKİ ortalama değerleri ile öğrencilerin öğün atlama durumları arasında ilişki olmadığı saptandı ($p=0,468$). Haftalık 150 dakika orta şiddette egzersiz yapanların aktif olarak değerlendirildiği bu çalışmada fiziksel olarak aktif olanlarla olmayanların da VKİ değerlerinin benzer olduğu görüldü ($p=0,812$).

TARTIŞMA

Kronik hastalıkların önlenilebilir risk faktörlerinden sigara kullanımı, öğün atlama, obezite, fiziksel inaktivite gibi faktörlerin sorgulandığı bu çalışmada, öğrencilerin %14,5'i sigara kullandığını, %79,9'unun öğün atladığı, %12,5'inin kilolu ya da obez olduğu ve %74,2'sinin fiziksel olarak inaktif olduğu görülmektedir. Bununla birlikte öğrencilerin üçte birine yakını bedenlerinden hoşnut olmadıklarını, %1,2'si zayıflamak amacıyla diyet yaptığını ve %6,4'ü de vitamin-mineral hapi kullandığını ifade etmiştir.

Obezite kardiovasküler hastalıklar açısından, sigaradan sonra, ikinci sırada, çok önemli risk faktörüdür. Vücut ağırlığının normalin üstüne çıkmasına paralel olarak, kan basıncında yükselme, tip 2 diyabete yakalanma insidansında artış, koroner kalp hastalığına yakalanma olasılığında ve kalp yetmezliğinde artma görüldüğü saptanmıştır. Vücut yağının üst vücut ve karın bölgesinde toplanması (santral obezite) sağlık açısından, özellikle insülin direnci gelişimi nedeniyle, daha riskli bir durum oluşturur (Ergün ve Erten, 2004).

Antropometrik ölçümler, beslenme durumunun saptanmasında önemlidir. Pratikte vücut ağırlığının değerlendirilmesinde VKİ sıklıkla kullanılmakta olup şişmanlığın belirlenmesi için kullanışlı ve basit bir yöntemdir. Bu çalışmada öğrencilerin %14,3'ü zayıf, %73,2'si normal ve %10,9'u kilolu ve %1,6'sı şişmandır. Yapılan bir başka çalışmaya katılan öğrencilerin %13,7'si zayıf, %24,5'i fazla kilolu, %8,5'inin de şişman olduğu belirlenmiş (Akça ve Selen, 2015).

Yatılı okuyan üniversiteli kız öğrencilerde metabolik sendrom parametreleri ve buna bağlı olarak beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi ve sigara kullanma gibi faktörlerini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerin %5,6'sının sigara kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin antropometrik ölçümleri incelendiğinde ortalama boy uzunluğu $163 \pm 0,05$ cm, vücut ağırlığı $60,7 \pm$

5,22 kg, VKİ $22,6 \pm 5,88$ kg/m², kalça çevresi $98,5 \pm 5,60$ cm olarak belirlenmiştir. Ayrıca bel boy oranına bakıldığında ise ortalama değer $0,43 \pm 0,03$ iken, bel kalça oranı ortalaması $0,72 \pm 0,04$ olarak bulunmuştur (Açık ve Çakıroğlu, 2017). Bu çalışmada, ortalama boy uzunluğu $162,98 \pm 5,81$ cm, vücut ağırlığı $56,84 \pm 8,74$ kg, VKİ $21,38 \pm 2,92$ kg/m², kalça çevresi $95,29 \pm 7,81$ cm olarak saptanmıştır. Bel boy oranına bakıldığında ise ortalama değer $0,44 \pm 0,04$ iken bel kalça oranı ortalaması $0,75 \pm 0,05$ olarak bulunmuştur.

Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı önemlidir. Kahvaltı başta olmak üzere öğün atlama çocuk ve gençlerde okul başarısını olumsuz yönde etkilerken, yetersiz ve dengesiz beslenmeye zemin hazırlamaktadır (Güleç, Yabancı, Göçgeldi, ve Bakır, 2008). Literatürde öğün atlama durumunun obezite için bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmada, öğrencilerin %79,9'unun öğün atladığı ve %88,5'inin de öğün aralarından besin tükettiği görülmektedir. Ancak öğün atlayan ve atlamayan öğrencilerin VKİ ortalamalarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Belgrad Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %1,5'inin obez olduğu saptanmış ve öğrencilerin VKİ'si kahvaltı yapma sıklığı ile korelasyon göstermemiştir (Gazibara ve ark., 2013). Başka bir çalışma da katılımcıların tükettikleri ana öğün sayısı ve VKİ'leri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Bayramoğlu ve ark., 2018). Lise öğrencilerinde yürütülen VKİ değerleri ile beslenme özellikleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada öğrencilerin öğün atlama durumu, atladığı öğün ve öğün atlama nedeni olarak sabah uyanamama, zamansızlık, iştahsızlık ve diğer nedenlerin aşırı zayıf/zayıf, normal kilolu, fazla kilolu/obez olma yönünden benzer olduğu görülmüştür (Erdoğan ve Akın, 2017).

Vücut yağ dağılımı obezite ile ilişkili sağlık riskinin önemli bir göstergesidir. Abdominal bölgede yağ birikmesi fazla olanlar hipertansiyon, tip II diyabet, hiperlipidemi, koroner arter hastalıkları açısından artmış risk altındadırlar. Bel çevresi ve bel/kalça oranı abdominal şişmanlığın önemli bir göstergesidir. Ayrıca bel çevresi/boy uzunluğu arttıkça kronik hastalık riski artmaktadır (Baysal ve ark, 2014). Bu çalışmada, bel çevresine göre yapılan değerlendirmede öğrencilerin, %89,3'ü normal (< 80 cm), %7,2'si riskli (80-88cm) ve %3,5'i yüksek riskli yani şişman (> 88 cm) olarak saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ağırlık, boy uzunluğu, VKİ ve bel çevresi ölçümleri incelenmiş ve öğrencilerin, VKİ'ye göre %10,5 kadarının fazla kilolu ve %1,5'unun obez olduğu görülmüştür. Bel çevresine göre yapılan değerlendirmede kız öğrencilerin %77,67'si normal (< 80 cm) , %16,5'i riskli (80-88cm) ve %5,83'ü yüksek riskli yani şişman (> 88 cm) olarak saptanmıştır (Yılmaz, Akın ve Aydın; 2013).

Türkiye'de 1111 kız öğrencide abdominal obezite sıklığını saptamaya yönelik yürütülen bir çalışmada BKİ değerine göre öğrencilerin 14,1'i kilolu yada obez iken bel çevresine göre obezite %16,9, bel/boy oranına göre obezite %10,4 bulundu (Acar, Şanlıer ve Türközü; 2017). Farklı ölçüm

yöntemlerine göre abdominal obezitenin saptandığı bir başka çalışmada bel çevresine göre obezite %15,5, bel/boy oranına göre %10,7, ve bel/kalça oranına göre %21,7 idi. Abdominal obezitenin yüksek fiziksel aktivite bildiren ergenlerde düşük olduğu görüldü (Błaszczuk-Bębenek vd, 2019).

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite kemik yoğunluğunu artırırken, vücut yağ miktarının azalmasına, yağsız doku kütlelerinin ve bazal metabolizma hızının artmasına neden olmakta, obezite, hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı gibi kronik hastalıklarının oluşmasını da önlemektedir. Bu nedenle çocukluk ve adolesan dönemde yapılacak düzenli egzersiz yaşam boyunca sağlığı olumlu yönde etkileyecektir (Şanlıer, 2005).

Bu çalışmada haftada 150 dakikalık (haftada 5 günü 30 dakika) orta şiddetle egzersiz yapanlar aktif olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün (%74,2) inaktif olduğu görülmüştür. Aktif ve inaktif olanlar vücut ağırlığı yönünden karşılaştırıldığında, VKİ değerlerinin benzer olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer çalışmalar bulunmaktadır. Akça ve Selen'in çalışmasında, öğrencilerin günlük fiziksel aktivite durumlarının VKİ sınıflamasını etkilemediği görülmüştür (Akça ve Selen, 2015). Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında (2016); VKİ'ye göre toplam fiziksel aktivite, orta düzeyde fiziksel aktivite, yürüme puanları ve oturma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Arslan, Daşkapan ve Çakır, 2016). Fiziksel aktivite ve yeme alışkanlıkları sağlıklı bir yaşam tarzının temel bileşenleridir. Bu faktörler arasındaki korelasyon, aralarında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (Bergier, Bergier, & Tsos, 2015). Bu çalışmalardan farklı olarak sağlıklı genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyini belirlemek ve vücut kompozisyonu ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerden %65'i VKİ'ne göre normal, %15'i zayıf, %18'i fazla kilolu ve %2'si şişman olarak saptanmış ve bu çalışma sonuçları fiziksel aktivite ile yağlanma arasındaki negatif yönlü ilişki olduğunu göstermiştir (Yıldız, Tarakçı ve Karantay Mutluay, 2015).

SONUÇ

Antropometrik özelliklerin ve obezite ile ilişkili bazı risk faktörlerinin incelendiği bu çalışmada öğrencilerin çoğunluğu öğün atlamaktadır. Sigara kullanma sıklığı %14,5 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin sadece dörtte biri fiziksel olarak aktiftir. VKİ değerine göre %12,5'i kilolu ya da şişmandır. Öğrencilerin %10,7'si bel çevresine göre kronik hastalık açısından riskli gruptadır. Bel/kalça oranına göre ise bu oran %17,0'ye çıkmaktadır. Bu verilere göre yurtda kalan kız öğrencilerin büyük çoğunluğunun normal vücut ağırlığına sahip olduğu ve kronik hastalık risklerinin de düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Ancak unutulmamalıdır ki kronik hastalıkların alt yapısını hazırlayan iki majör risk faktörü olan fiziksel inaktivite ve obezite toplumun her kesiminde artmaya devam etmektedir. Fiziksel aktiviteyi teşvik edici çalışmalar ve sağlıklı beslenme uygulamaları öğrencilerin sağlıklı olarak yaşamlarını

devam ettirebilmesi ve ileriki yıllarda oluşabilecek obezite ve obezite ile ilişkili kalp damar hastalıkları, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıkların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Obezitenin ve obeziteye bağlı kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde risk altında olan bireylerin saptanması ve bu bireylere yönelik eğitimler verilerek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Acar Tek, N., Şanlıer, N. ve Türközü, D. (2017). The prevalence of abdominal obesity is remarkable for underweight and normal weight adolescent girls. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47, 1191-1197.
- Açık, M. ve Çakıroğlu, F.P. (2017). Yurttan kalan üniversiteli kız öğrencilerde metabolik sendrom risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Dicle Medical Journal*, 44(4), 305-314. doi:10.5798/dicletip.362270.
- Akça, S.Ö. ve Selen, F. (2015). Üniversite öğrencilerinin öğün atlamaları ve günlük fiziksel aktivitelerinin beden indeksi üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5), 394-400. doi: 10.5455/pmb.1-1423989744.
- Aktaş, D., Öztürk, F.N. ve Kapan, Y. (2015). Adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5), 406-412. doi:10.5455/pmb.1-1427447620
- Arslan, S.A., Daşkapan, A. ve Çakır, B. (2016). Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 171-180. doi:10.5455/pmb.1-1436432564
- Ashwell, M. & Hsieh, S.D. (2005). Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 56(5), 303-307. doi:10.1080/09637480500195066
- Aslan, N.N., Yardımcı, H. ve Özçelik, A.Ö. (2017). Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin makro besin ögesi alımları ve antropometrik ölçümlerle ilişkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 39-48.
- Bayramoğlu, A., Ceceloğlu, D., Cirit, H. ve Abasız, N. (2018). Artvin Çoruh Üniversitesindeki kadın akademisyenlerin beslenme alışkanlıkları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(3), 235-242. doi:10.20515/otd.453211

- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, T., Bozkurt, N., Keçecioglu, S., Mercanlıgil, S.M. ve diğeri. (2014). Diyet El Kitabı (8.baskı), Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
- Bergier, J., Bergier, B. & Tsos, A. (2015). Physical activity and eating habits among female students from Ukraine. *Health Problems of Civilization*, 9(2), 5-12.
- Błaszczuk-Bębenek, E., Piórecka, B., Płonka, M., Chmiel I., Jagielski P., Tuleja K. et al. (2019). Risk factors and prevalence of abdominal obesity among upper-secondary students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1750-1761. doi:10.3390/ijerph16101750
- Erdoğan, E. G. ve Akın, B. (2017). Lise öğrencilerinde beden indeksi durumunun sosyodemografik ve beslenme özellikleri ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1571-1589. doi:10.14687/jhs.v14i2.4475
- Ergün, A. ve Erten, S.F. (2004). Öğrencilerde vücut kütle indeksi ve bel çevresi değerlerinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 57:2.
- Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E. ve Bakır, B. (2008). Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(2), 102-109.
- Gazibara, T., Kisic Tepavcevic, D.B., Popovic, A. & Pekmezovic, T. (2013). Eating habits and body-weights of students of the University of Belgrade, Serbia: a cross-sectional study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 31(3), 330-333.
- Özütürker, S. ve Koca Özer, B. (2016). Erzincan Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve antropometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (ERZSOSDER)*, 9(2), 63-74.
- Şanlıer, N. (2005). Gençlerde biyokimyasal bulgular, antropometrik ölçümler, vücut bileşimi, beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(3), 47-73.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara. Erişim tarihi: 12.05.2019, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- WHO. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report 2008. Erişim tarihi: 10.03.2019, https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/
- Yılmaz, T.M., Akın, A.D., Aydın, D. ve Büyükmumcu, M. (2013). Tıp Fakültesi öğrencilerinin antropometrik olarak vücut ölçümlerinin değerlendirilmesi, *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(1), 1-4.



Yıldız, A., Tarakçı, D. ve Karantay Mutluay F. (2015). Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ile vücut kompozisyonu ilişkisi: pilot alışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 297-305.
doi: 10.17681/hsp.15450

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İŞE BAĞLILIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Mustafa NAL* , Ekrem SEVİM** 

ÖZET

İşe bağlılık kavramı çalışanların organizasyona katkı sağlayacak pozitif davranışlarından biridir. İşe bağlılığı yüksek çalışanların, işlerine karşı daha enerjik ve etkili iş yapma gibi duygulara sahip oldukları, ayrıca işlerini en iyi şekilde yapabileceklerini hissettikleri söylenebilir. Çeşitli sosyo-demografik özelliklerin işe bağlılığı önemli derecede etkilediği düşünülmektedir. Çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının işe bağlılık düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya koyulmasıdır. Araştırma kapsamında Samsun ve Ordu illerinde görev yapan 271 sağlık çalışanına e-anket yoluyla ulaşılmıştır. Araştırma bulgularına göre, sağlık çalışanlarının; medeni durum, kurum türü, eğitim düzeyi, çalışma vardiyası ve toplam çalışma süresine göre işe bağlılık düzeyleri arasında anlamlı fark ($p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir. Ancak sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, meslek ve halen görev yaptığı kurumdaki çalışma sürelerine göre işe bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İşe bağlılık, Sağlık çalışanları, Sağlık yönetimi

EXAMINATION OF HEALTHCARE EMPLOYEES WORK ENGAGEMENT LEVELS ACCORDING TO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

ABSTRACT

The concept of work engagement is one of the positive behaviors of employees that will contribute to the organization. It can be said that employees who are highly work engagement have feelings of doing more energetic and effective work towards their jobs and also feel that they can do their jobs in the best way. Various sociodemographic characteristics are thought to have a significant effect on work engagement. The aim of this study was to determine whether the level of work engagement of healthcare employees differed according to sociodemographic characteristics. Within the scope of the research, 271 health workers working in Samsun and Ordu were reached via e-survey. As a result of the research, it was found that there was a significant difference ($p<0,05$) between the levels of work engagement of healthcare employees according to marital status, type of institution, educational level, work shift and total working time. However, it was found that there is no significant difference between health care workers' gender, age, occupation and job engagement levels according to their working time in the institution.

Keywords: Work engagement, Healthcare employees, Healthcare management

Geliş Tarihi / Received: 31.10.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 20.12.2019

* Dr. Öğr. Üyesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Dinar Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu

** Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Mustafa Nal, mustafanal@aku.edu.tr

GİRİŞ

Birçok kurum için sahip olduğu en önemli unsurlardan birisi insan kaynağıdır. Ancak bu insan kaynağı, yer aldığı organizasyon içinde olumlu ya da olumsuz bir takım örgütsel davranışlar içinde bulunabilir. Yöneticiler ise çalışanlardan organizasyona katkı sağlayacak pozitif davranışlar göstermelerini arzularlar. Çalışanların organizasyona katkı sağlayacak pozitif davranışlardan en önemlilerinden biri ise *işe bağlılık* davranışıdır.

İşe bağlılık kavramı İngilizce literatürde “work engagement” ve “job engagement” olarak yer almaktadır. Türkçe literatürde ise “işe bağlılık”, “işe engaje olma”, “işe adanma” ve “işe gönülden adanma” gibi kavramların kullanıldığı görülmektedir.

İşe bağlılık, ilk olarak William A. Kahn tarafından tanımlanmıştır. Kahn işe bağlılığı, “*kişinin işini yaptığı sırada kendini hem fiziksel, hem bilişsel, hem de duygusal olarak işine vermesi*” olarak tanımlamıştır (Kahn, 1990:694). Daha sonra Schaufeli et al., (2002) işe bağlılığı, “*bireylerin işle ilgili faaliyetleri gerçekleştirme, enerjik ve etkili olma ve işin bireylerden talep ettiği talepleri yerine getirme kabiliyeti*” olarak tanımlanmıştır.

Tükenmişlik yaşayan çalışanların aksine işine bağlı çalışanlar, işine karşı daha enerjik ve etkili bir duyguya sahiptirler ve işlerini en iyi şekilde yapabileceklerini hissederler (Schaufeli, et al., 2008:176). Bu nedenle işe bağlılık, tükenmişliğin pozitif antitezi olduğu düşünülmektedir (Schaufeli, 2012). Maslach, Schaufeli & Leiter, (2001) işe bağlılığı; tükenmişliğin zıddı olarak ele almış ve tükenmişliği de işe bağlılığın erozyona uğramış hali olarak tanımlamışlardır. Ayrıca, Maslach & Leiter, (2008) çalışan bağlılığının seviyesini belirlemek için tükenmişlik düzeyini ölçmenin yeterli olduğunu savunmaktadırlar.

İşe bağlılık; dinçlik, adanmışlık ve yoğunlaşma olmak üzere üç boyutu kapsamaktadır. Dinçlik boyutu, çalışırken enerji seviyesi yüksek, zihinsel olarak dayanıklı olma, çaba gösterme isteği ve kolayca yorulmama özelliklerini ifade eder. Adanmışlık boyutu, şevk, ilham, övgü ve mücadele etme kavramlarını kapsar ve kişinin işine ilişkin güçlü bir bağlılık ve önem duyması anlamını taşır. Yoğunlaşma boyutu ise, çalışma esnasında yapılan işe tam olarak odaklanmayı ve mutlu bir şekilde çalışmaya dalmayı ifade eder (Schaufeli et al., 2002: 74-75).

Son araştırmalar, olumlu duygular yaşayan çalışanların daha üretken olduklarını göstermektedir (Schaufeli & Van Rhenen, 2006). İşe bağlılık duygusu içinde olan çalışanlar motivasyonu yüksek bir şekilde çalışır ve iş doyumunu yüksek olur (Robert ve Davenport, 2002). Çalışanların örgütsel ortamda işe bağlılık davranışı göstermesi, kişisel ve örgütsel başarıya katkıda bulunmaları şeklindedir (Kanten, 2012). İşe bağlılığı yüksek olan çalışanların; psikolojik sermayeleri yüksek, kendi kaynaklarını yaratan, daha iyi performans gösteren ve mutlu çalışanlar oldukları görülmüştür (Bakker et al., 2011). Ayrıca,

işe bağlılığın, yapılan işin kalitesi, işe özen, deneyim, yaratıcılık ve çalışan sağlığı üzerinde etkisi vardır (Keser ve Yılmaz, 2018).

Yapılan literatür incelemesinde, sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre işe bağlılık düzeyini araştıran çok fazla çalışma olmadığı görülmüştür. Bu eksikliğin giderilmesine katkı sağlamak amacıyla bu araştırmanın yapılmasına karar verilmiştir. Bu araştırma sağlık çalışanlarının işe bağlılık düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmada veri toplamak için anket yöntemi kullanılmıştır. Anket elektronik ortamda hazırlanmış ve katılımcılara internet aracılığıyla ulaştırılmıştır. Anketin birinci bölümünde katılımcıların demografik özelliklerine ait ifadeler, ikinci bölümde işe bağlılık ölçeğine dair ifadeler bulunmaktadır. Katılımcıların işe bağlılık düzeylerini ölçmek için; Schaufeli et al., (2002) tarafından geliştirilen ve Eryılmaz ve Doğan (2012) tarafından Türkçeye uyarlanan “İşe Bağlılık Ölçeği (UWES-TR)” kullanılmıştır. Ölçek 17 maddeden oluşan 5’li likert tipindedir ve “1-Hiç uygun değil; 2-Uygun değil; 3-Biraz uygun; 4-Uygun; 5-Tamamen uygun” şeklinde puanlandırılmıştır. İşe bağlılık ölçeği üç boyuttan (dinçlik, adanmışlık ve yoğunlaşma) oluşmakta olup, yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir. Araştırmanın veri toplama süreci 01 Şubat- 30 Nisan 2019 tarihleri arasında kapsamaktadır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evrenini Samsun ve Ordu illerindeki yaklaşık 8.000 sağlık çalışanı (sağlık hizmetleri sınıfında çalışan; hekim, hemşire vb.) oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü olarak % 95 güven düzeyinde ve % 5 hata payı ile 367 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem yöntemi olarak kolayda örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Bu kapsamda hazırlanan anket formları 400 kişiye e-anket yoluyla gönderilmiştir. İkinci tur hatırlatma sonrasında 271 adet kullanılabilir anket formu elde edilmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

H1: Cinsiyete göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H2: Medeni duruma göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H3: Kurum türüne göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H4: Yaş gruplarına göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H5: Eğitim düzeyine göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H6: Mesleğe göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H7: Çalışma vardiyasına göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H8: Toplam çalışma süresine göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H9: Halen çalıştığı kurumdaki çalışmaya süresine göre işe bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

BULGULAR

Sosyo-demografik Özelliklere Ait Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir. Araştırma bulgularına göre katılımcıların; %63,5’i kadın, %36,5’i erkek; %8,1’i 16-25 yaş, %42,1’i 26-35 yaş, %49,8’i 35 ve üzeri yaş grubunda; %8,5’i lise, %14,8’i ön lisans, %47,2’si lisans, %24’ü yüksek lisans, %5,5’i doktora mezunu; %66,4’ü evli, %33,6’sı bekar; %50,9’u hemşire, %9,6’sı sağlık memuru, %6,6’sı tıbbi sekreter, %4,4’ü ebe, % 3,7’si hekim, %24,7’si diğer sağlık personeli; %56,8’i sadece gündüz, %1,8’i sadece gece, %41,3’ünün gece ve gündüz vardiyalarında çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların toplam çalışma sürelerine göre dağılımı ise; %60,5’i 11 yıl ve daha fazla süre, %28’i 5-10 yıl, %8,5’ %3’ü 0-1 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların halen çalıştığı kurumdaki çalışma sürelerine göre dağılımı ise; %36,9’u 5-10 yıl, %27,ü 11 yıl ve üzerinde, %20,7’si 2-4 yıl, %15,1’i 0-1 yıl olarak tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %81,9’unun kamu kurumlarında, %18,1’inin ise özel sektörde çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Demografik özelliklere ait bulgular

Demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	172	63,5
	Erkek	99	36,5
Yaş	16-25	22	8,1
	26-35	114	42,1
	35 yaş ve üstü	135	49,8
Eğitim Düzeyi	Lise	23	8,5
	Ön lisans	40	14,8
	Lisans	128	47,2
	Yüksek lisans	65	24,0
	Doktora	15	5,5
Medeni durum	Bekâr	91	33,6
	Evli	180	66,4
Meslek	Hemşire	138	50,9
	Sağlık memuru	26	9,6
	Tıbbi Sekreter	18	6,6
	Ebe	12	4,4
	Hekim	10	3,7
	Diğer sağlık personeli	67	24,7
Çalışma vardiyası	Gündüz	154	56,8
	Gece	5	1,8
	Gece ve gündüz	112	41,3
Halen çalıştığı kurumdaki çalışma süresi	0-1 yıl	41	15,1
	2-4 yıl	56	20,7
	5-10 yıl	100	36,9
	11 yıl ve üstü	74	27,3
Toplam çalışma süresi	0-1 yıl	8	3,0
	2-4 yıl	23	8,5
	5-10 yıl	76	28
	11 yıl ve üstü	164	60,5
Kurum türü	Kamu	222	81,9
	Özel	49	18,1
TOPLAM		271	100

Hipotezlere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum ve kurum türüne göre işe bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda cinsiyete göre işe bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) tespit edilmiştir (Tablo 2). Bu sonuca göre H1 hipotezi ret edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre işe bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; evli bireylerin (ortalama = 3,66), bekâr bireylere (ortalama = 3,44) göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu sonuca göre H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışanların kurum türüne göre işe bağlılık düzeylerinin tespiti amacıyla yapılan t testi sonuçlarına göre; özel sektör çalışanlarının (ortalama = 3,84), kamu kurumlarında çalışanlara (ortalama = 3,53) göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu sonuca göre H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 2. Demografik özelliklere ait bağımsız örneklem T-testi bulguları

Değişkenler	Grup	N	Ort.	Ss	t	p	
İşe bağlılık	Cinsiyet	Kadın	172	3,65	0,73	1,684	0,093
		Erkek	99	3,48	0,82		
	Medeni durum	Bekâr	91	3,44	0,69	-2,281	0,023
		Evli	180	3,66	0,79		
	Kurum Türü	Kamu	222	3,53	0,79	-2,589	0,003
		Özel	49	3,84	0,61		

Katılımcıların; yaş, eğitim düzeyi, meslek, çalışma vardiyası ve çalışma süresi değişkenlerine göre işe bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis testi uygulanmıştır (Tablo 3). Yapılan analiz sonucunda yaşa göre işe bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Bu sonuca göre H4 hipotezi ret edilmiştir.

Eğitim düzeylerine göre işe bağlılık puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yapılan Post Hoc (Game-Howell) testi sonuçlarına göre; lise mezunlarının işe bağlılık puan ortalamalarının (ort = 3,92), lisans mezunlarının puan ortalamalarından (ort = 3,43) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre H5 hipotezi kabul edilmiştir.

Meslek gruplarına göre işe bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Bu sonuca göre H6 hipotezi ret edilmiştir.

Çalışma vardiyalarına göre işe bağlılık puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yapılan Post Hoc (Game-Howell) testi sonuçlarına göre sadece gündüz vardiyasında çalışanların puan ortalamalarının (ort = 3,74), sadece gece vardiyasında çalışanların puan ortalamalarından (ort = 3,12) ve hem gece hem de gündüz vardiyalarında çalışanların puan ortalamalarından (ort = 3,40) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre H7 hipotezi kabul edilmiştir.

Halen çalıştığı kurumdaki çalışma süresine göre işe bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Bu sonuca göre H8 hipotezi ret edilmiştir.

Toplam alışma süresine göre işe bağlılık puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yapılan Post Hoc (Game-Howell) testi sonuçlarına göre 11 yıl ve üstü çalışanların puan ortalamalarının (ort = 3,69), 5-10 yıl arasında çalışanların puan ortalamasından (ort = 3,38) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre H9 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3. Demografik özelliklere ait Kruskal Wallis Analizi bulguları

Değişkenler		Gruplar	N	Ort	Ss	Chi-square	p	Fark
İşe bağlılık	Yaş	I-16-25	22	3,48	0,60	6,630	0,06	
		II-26-35	114	3,48	0,76			
		III-35 yaş ve üstü	135	3,70	0,78			
	Eğitim Düzeyi	I-Lise	23	3,92	0,77	11,573	0,009	I-III
		II-Ön lisans	40	3,62	0,70			
		III-Lisans	128	3,43	0,76			
		IV-Yüksek lisans	65	3,71	0,77			
		V-Doktora	15	3,81	0,75			
	Meslek	I-Hemşire	138	3,56	0,76	8,910	0,113	
		II-Sağlık memuru	26	3,45	0,81			
		III-Tıbbi Sekreter	18	3,25	0,93			
		IV-Ebe	12	3,97	0,63			
		V-Hekim	10	3,53	0,78			
		VI-Diğer sağlık personeli	67	3,74	0,69			
	Çalışma vardiyası	I-Gündüz	154	3,74	0,74	16,093	0,000	I-II I-III
		II-Gece	5	3,12	0,30			
		III-Gece ve gündüz	112	3,40	0,76			
	Halen çalıştığı kurumdaki çalışma süresi	I- 0-1 yıl	41	3,76	0,68	8,289	0,050	
II- 2-4 yıl		56	3,41	0,77				
III- 5-10 yıl		100	3,53	0,74				
IV- 11 yıl ve üstü		74	3,71	0,81				
Toplam çalışma süresi	I- 0-1 yıl	8	3,55	0,63	10,763	0,013	III-IV	
	II- 2-4 yıl	23	3,53	0,68				
	III- 5-10 yıl	76	3,38	0,73				
	IV- 11 yıl ve üstü	164	3,69	0,781				

TARTIŞMA

Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre işe bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Özgüleş (2017)'in yapmış olduğu çalışmada da, sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre işe bağlılık düzeylerinin değişmediğini ifade edilmiştir. Ancak Özer, Saygılı ve Uğurluoğlu (2015), tarafından yine sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ise; erkek çalışanların işe bağlılık düzeylerinin kadın çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmada evli bireylerin, bekar bireylere göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak Özgüleş (2017); Özer ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda medeni duruma göre işe bağlılık düzeyinin değişmediğini ifade edilmiştir. Çalışma sonuçları bu açıdan diğer iki çalışma ile farklılık göstermektedir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde; çalışanların yaş gruplarına göre işe bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde; Özer ve ark. (2015), tarafından yapılan çalışmada da yaş gruplarına göre işe bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Ancak Özgüleş (2017) tarafından yapılan çalışmada 51 yaş ve üzerinde olanların işe bağlılık düzeylerinin, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bu açıdan yapılan çalışma sonuçları farklılık göstermektedir.

Yapılan çalışmada lise mezunlarının, lisans mezunlarına göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak Özgüleş (2017) yaptığı çalışmada lisans mezunlarının diğer eğitim durumlarına göre (doktora hariç) işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Özer ve ark. (2015), tarafından yapılan çalışmada lisansüstü mezunların iş doyumlarının, diğer eğitim durumlarına göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu açıdan yapılan çalışma sonuçları birbirini desteklememektedir.

Yapılan çalışmada meslek gruplarına göre işe bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ancak Özgüleş (2017)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin işe bağlılık düzeylerinin daha düşük olduğunu; Özer ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada ise hekimlerin işe bağlılık düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının halen çalıştığı kurumdaki çalışma sürelerine göre işe bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Özgüleş (2017)'in yapmış olduğu çalışmada da, çalıştığı kurumdaki görev süresine göre işe bağlılık düzeyinin değişmediğini saptamıştır.

Yapılan çalışmada, toplam çalışma süresine göre; 11 yıl ve daha fazla süre çalışanların, 5-10 yıl arasında çalışanlara göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özgüleş

(2017) tarafından yapılan çalışmada; toplam çalışma süresi 31 yıl ve üzerinde olanların işe bağlılık düzeylerinin, 11-20 yıl çalışma süresi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak, Özer ve ark. (2015), tarafından yapılan çalışmada toplam çalışma süresine göre işe bağlılık düzeyinin değişmediğini saptamıştır.

SONUÇ

Bu araştırma sağlık çalışanlarının işe bağlılık düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacı ile yapılmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının cinsiyete göre işe bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca evli bireylerin, bekâr bireylere göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sektörlere göre yapılan incelemede; özel sektör çalışanlarının, kamu kurumlarında çalışanlara göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş gruplarına göre işe bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak, eğitim durumlarına göre lise mezunlarının, lisans mezunlarına göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma sonuçları meslek grupları açısından incelendiğinde, işe bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Bunun yanında; sadece gündüz vardiyasında çalışanların, sadece gece vardiyasında çalışanlar ve hem gece hem de gündüz vardiyasında çalışanlara göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarının halen çalıştığı kurumdaki çalışma süresine göre işe bağlılık düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) belirlenmiştir. Ancak toplam çalışma sürelerine göre; 11 yıl ve daha fazla süre çalışanların, 5-10 yıl arasında çalışanlara göre işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer akademik çalışmalarda (Özgüleş, 2017) sonuçlar da göz önünde bulundurulduğunda çalışma yılının işe bağlılık düzeyi ile doğru orantılı olarak arttığı söylenebilir.

Araştırma sonuçları sadece bu araştırmaya katılan sağlık çalışanları ile sınırlıdır. Ancak sağlık çalışanları üzerinde işe bağlılık ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu da görülmektedir. Dolayısıyla bu alanda yapılacak yeni çalışmaların alana katkısının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Bakker, A.B., Albrecht, S.L. & Leiter, M.P. (2011). Key questions regarding work engagement. *European Journal Of Work And Organizational Psychology*, 20(1), 4-28.

Eryılmaz, A. ve Doğan, T. (2012). İş yaşamında öznel iyi oluş: utrecht işe bağlılık ölçeğinin psikometrik niteliklerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 15(1), 49-55.

- Kahn, W.A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724.
- Kanten, P. (2012). İşgörenlerde İşe Adanmanın ve Proaktif Davranışların Oluşumunda Örgütsel Güven ile Örgütsel Özdeşleşmenin Rolü. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Keser, A. ve Yılmaz, G. (2018). İşe bağlılık, İçinde A. Keser, A., G. Yılmaz, S. Yürür (Ed.), Çalışma yaşamında davranış: Güncel yaklaşımlar, 95-118. Kocaeli: Umuttepe Yayıncılık.
- Maslach, C., B. Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Özer, Ö., Saygılı, M. ve Uğurluoğlu, Ö. (2015). Sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir araştırma. *Business & Management Studies: An International Journal*, 3(3), 261-272.
- Özgüleş, B. (2017). Algılanan Kurumsal İtibar Ve İşe Bağlılığın Duygusal Emek Davranışı Üzerine Etkisi: Sağlık Çalışanları Örneği. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Roberts, D.R. & Davenport, T.O. (2002). Job engagement: why it's important and how to improve it. *Employment Relations Today*, 29(3), 21-29.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.
- Schaufeli, W.B., Taris, T.W. & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being?, *Applied Psychology*, 57(2), 173-203.
- Schaufeli, W. B. & Van Rhenen, W. (2006). Over de rol van positieve en negatieve emoties bij het welbevinden van managers: Een studie met de Job-related Affective Well-being Scale (JAWS)[About the role of positive and negative emotions in managers' well-being: A study using the Job-related Affective Well-being Scale (JAWS)]. *Gedrag & Organisatie*, 19(4), 323-344.
- Schaufeli, W. (2012). Work engagement: What do we know and where do we go? *Romanian Journal of Applied Psychology*, 14(1), 3-10.

DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN SÜRESİ, UZAMASI VE YÖNETİMİ

Ayşenur TURAN* , Tülay YILMAZ** 

ÖZET

Doğum eylemi dört evreden oluşan bir süreçtir. Doğumun ikinci evresi; ağrıların sıklık ve süresinde artma ile karakterize, servikal dilatasyonun tamamlanması ve kontraksiyonların olması ile başlayıp bebeğin doğumuna kadar olan süreç olarak tanımlanmaktadır. Doğumun yönetimi ile ilgili rehberlere göre bu evrenin süresi nulliparlarda 2 saat, multiparlarda 1 saat olarak belirtilmektedir. Epidural uygulanan vakalarda bu sürelerle birer saat daha eklenmesi uygun görülmektedir. Bu sürelerin belirtilen sınırları aşması durumunda ise gebeye ilerlemeyen eylem ya da doğumun ikinci evresinin uzaması gibi tanılar konulmakta ve doğuma müdahale edilmesi gerektiği önerilmektedir. Ancak son dönemlerde yapılan çalışmalarda, doğumun ikinci evresi ile ilgili belirtilen bu süre sınırlamasının sezaryen ve müdahaleli doğumlarda artışa neden olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ikinci evrenin belirtilen sürelerden daha fazla uzaması durumunda yapılan müdahalelerin anne ve bebekleri için daha iyi sonuçlara yol açmadığı da öne sürülmüştür. Bunun sonucunda son yıllarda uzun süredir üzerinde çalışılan uzamış ikinci evre tanımları revize edilmeye başlanmıştır. Anne ve bebeğin sağlığının iyi olması durumunda bu sürelerin uzayabileceği kanısına varılmış ve bu yönde çalışmalar artmıştır. Bu derlemenin amacı, doğum eyleminin ikinci evresi, süresi, uzaması ve yönetiminin güncel literatür ışığında incelenmesidir.

Anahtar Kelimeler: İkinci evre, Gebelik, Doğum, Yönetim, Süre

DURATION, PROLONGATION AND MANAGEMENT OF SECOND STAGE OF BIRTH

ABSTRACT

Labor is a process consisting of four phases. The second stage of labor; It is defined as the process starting from the completion of cervical dilatation and the presence of contraction until the birth of the baby. According to the guidelines on management of birth, the duration of this stage is 2 hours in nulliparas and 1 hour in multiparas. In epidural cases, it is considered appropriate to add an additional hour to these periods. If these periods exceed the specified limits, diagnosis is made such as non-progressive labor or prolongation of the second stage of labor, and it is suggested that the delivery should be intervened. However, in recent studies, it has been determined that this time limitation related to the second stage of labor causes an increase in cesarean and intervention births. It has also been suggested that interventions performed if the second phase prolongs longer than the specified periods do not lead to better outcomes for the mother and her infants. As a result of this, the definitions of prolonged second stage which have been studied for a long time have been revised in recent years. It has been concluded that these periods may be prolonged if the mother and the baby are in good health and studies in this direction have increased. The aim of this review is to examine the second stage, duration, prolongation and management of labor in the light of current literature.

Keywords: Second stage, Pregnancy, Delivery, Management, Duration

Geliş Tarihi / Received: 23.10.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 18.11.2019

* MSc, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Programı Doktora Öğrencisi

** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ayşenur Turan, aysenurturan91@gmail.com

GİRİŞ

Doğum eylemi dört evreden oluşan bir süreçtir. Birinci evre, ağrılı uterus kasılmaları ve serviksin tam dilatasyonuna kadar ilerleyen servikal dilatasyon ile karakterizedir. İkinci evre, serviksin tam dilatasyonundan bebeğin doğumuna kadar olan süreyi kapsamaktadır. Üçüncü evre, bebeğin doğumundan plasenta ve membranların dışarı atılmasına kadar olan bölümdür. Dördüncü evre ise plasenta atıldıktan sonraki ilk dört saati içermektedir (World Health Organization [WHO], 2018a; Singh, Kohli, & Vardhan, 2018; Caughey, Cahill, Guise, & Rouse, 2014).

Doğum eyleminin ikinci evresinin süresi nulliparlarda iki saat, multiparlarda bir saat olarak belirtilmektedir. Epidural uygulanan vakalarda bu süreler birer saat daha eklenmesi uygun görülmektedir. Bu sürelerin aşılması durumunda uzamış ikinci evre tanısı ile müdahaleli doğum önerilmektedir (Caughey et al., 2014; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014; WHO, 2018a).

Son zamanlarda ikinci evrenin süresi ile ilgili optimal sınırların doğruluğu ve ikinci evreyi hızlandırmak için kullanılan müdahaleler tartışılmaya başlanmıştır. Bu nedenle bu derlemede doğum eyleminin ikinci evresi, süresi, uzaması ve yönetiminin güncel literatür ışığında incelenmesi amaçlanmıştır.

1. Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Doğum eyleminin ikinci evresi servikal dilatasyonun tamamlanması ve bebeğin doğumuna kadar olan süreyi kapsamaktadır (WHO, 2018a).

Literatürde, 30 yılı aşkın bir süredir, doğumun ikinci evresi trifazik olarak değerlendirilmiştir. İkinci evrenin birinci fazı kabul edilen latent faz serviksin tam dilatasyonunun hemen ardından gelen periyottur. Doğum eyleminin birinci evresi ile ayrımı güçtür. Bu faz boyunca da eylemin birinci evresindeki gibi kontraksiyonlar sırasında hastanın dinlenmesine olanak tanıyan geçici bir sessizlik mevcuttur. Fetal başın inişi ve alt uterin segmentin gerilmesi sonucu kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti artar. Gebenin güçlü ıkınma dürtüsü hissetmeye başlaması ile ikinci evrenin ikinci fazına yani aktif faza girilmiş olur. Aktif faz boyunca güçlü ve düzenli uterin kontraksiyonlar ile maternal ıkınma eforunun birlikteliği fetüsün inişinin hızlanmasıyla sonuçlanır. Son olarak ikinci evrenin üçüncü fazı kabul edilen “transizyon” fazında ise fetal baş perinede görülür. Bu fazda fetal baş vajinal introitusa ulaşmasıyla gebe, çok şiddetli ağrı ve yanma hisseder (Kathryn, 2010; Genç Koyucu ve Demirci, 2016).

İkinci evre bazı araştırmacılar tarafından ise iki fazlı olarak değerlendirilmektedir. İkinci evrenin birinci fazı kabul edilen latent fazı, tam servikal dilatasyon ile başlayan ve kadının güçlü ıkınma dürtüsü hissetmeye başlamasına kadar süren faz olarak kabul edilmektedir. Bu faz sırasında

fetüs pelviste pasif olarak ilerlemektedir. İkinci evrenin ikinci fazı kabul edilen aktif faz ise güçlü, ritmik ıknmaları içeren ve fetüs başının pelviste ıknmalarla birlikte ilerlediği faz olarak tanımlanmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019).

1.2. İkinci evrenin süresi

İkinci evrenin süresi ve yönetimi ile ilgili ilk bilgiler Friedman'ın (1954) çalışmasında yer almıştır. Bu çalışmada ikinci evre uzunluğunun 2 saatten fazla olmaması gerektiği öne sürülmüştür.

Albers (1996) yaptığı çalışmada ikinci evrenin ortalama uzunluğunun nulliplarlarda 54 dakika, multiparlarda ise 18 dakika olduğu belirtilmiştir (üst limitler nullipar için 147 dakika ve multipar için 57 dakika). Yine Albers'in (1999) yılında yaptığı diğer bir çalışmada da benzer şekilde ikinci evre ortalama uzunluğunun nulliplarlarda 54 dakika, multiparlarda 18 dakika olduğu bir kez daha ortaya konmuştur (üst limitler nullipar için 146 dakika ve multipar için 64 dakika).

Abalos et al. (2018) yaptıkları sistematik derlemede ise ikinci evrenin ortanca süresinin nulliplarlarda 14 - 66 dakika ve multiparlarda 6 - 12 dakika arasında değiştiği belirlenmiştir (Abalos et al., 2018).

WHO (2018a) tarafından düşük riskli nullipar kadınları içeren 37 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede, verileri ortanca olarak verilen, orta dereceli kanıtlar içeren dört çalışmada doğum eyleminin ikinci evresinin ortanca süresinin 14–66 dakika (0.2–1.1 saat) olduğu, epidural uygulanmış kadınlarda ise sürenin uzadığı (ortanca süresinin 53–66 dakika [0.9–1.1 saat]) bulunmuştur. Verileri ortalama olarak verilen, düşük kaliteli kanıtlar içeren 17 çalışmada ise doğum eyleminin ikinci evresinin ortalama süresinin 20–116 dakika (0.3–1.9 saat), iki epidural uygulanan çalışmanın birinde ortalama 20 dakika (0.3 saat), diğerinde ise ortalama 40 dakika (0.7 saat) olduğu belirlenmiştir (WHO, 2018a). Aynı çalışmada, daha önce doğum yapan kadınlar ile yapılan 17 çalışma incelendiğinde ise; verileri ortanca olarak verilen, düşük kaliteli kanıtlar içeren, paritesi bir ve birden fazla olan iki çalışmada, doğum eyleminin ikinci evresinin ortanca süresinin 6–12 dakika (0.1–0.2 saat) olduğu ve bu çalışmalardan birinde epidural kullanılmış kadınlarda sürenin uzadığı (ortanca süresinin 18–24 dakika (0.3–0.4 saat) bulunmuştur (WHO, 2018a). Verileri ortalama olarak verilen, düşük kaliteli kanıtlar içeren 15 çalışmada ise doğum eyleminin ikinci evresinin ortalama süresinin 6-30 dakika (0.1– 0.5 saat) olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak, nullipar kadınlarda; ikinci evrenin 20-78 dakika içerisinde tamamlandığı ve üst sınırın 60-174 dakika (1.0-2.5 saat) olduğu, multipar kadınlarda ise; ikinci evrenin süresinin daha kısa olduğu, 6-30 dakika (0.1-0.5 saat) içinde tamamlandığı ve üst sınırın 16-78 dakika (0.3 ila 1.3 saat) arasında değiştiği belirtilmiştir (WHO, 2018a).

Tablo 1. İkinci Evre Süresi İçin Uluslararası Otorite Görüş/Önerileri

Otorite	Görüş/Öneriler
World Health Organizations-WHO (WHO, 2018a)	<p>-Kadınlar ikinci aşamadaki sürenin bir kadından diğerine değiştiği konusunda bilgilendirilmelidir.</p> <p>-İlk doğumlarda doğum genellikle 3 saat içerisinde, sonraki doğumlarda ise doğum genellikle 2 saat içerisinde tamamlanır.</p>
National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE (NICE, 2014).	<p>-Nullipar kadınlarda doğumun, aktif ikinci evrenin başlamasından sonraki 3 saat içinde gerçekleşmesi beklenir.</p> <p>-Nullipar kadınlarda 2 saat süren aktif ikinci aşamada gecikmeyi teşhis edin ve doğumun yakın olmaması durumunda kadını operatif bir vajinal doğum yapacak şekilde eğitilmiş bir sağlık uzmanına gönderin.</p> <p>-Multipar kadınlarda doğumun, aktif ikinci evrenin başlamasından sonraki 2 saat içinde gerçekleşmesi beklenir.</p> <p>-Multipar kadınlarda 2 saat süren aktif ikinci aşamada gecikmeyi teşhis edin ve doğumun yakın olmaması durumunda kadını operatif bir vajinal doğum yapacak şekilde eğitilmiş bir sağlık uzmanına gönderin.</p> <p>- Nullipar bir kadın için, 1 saatlik aktif ikinci aşamadan sonra ilerleme (rotasyon ve iniş) yetersiz kaldığından şüphelenilir. Vajinal muayene yapın ve sonra membran sağlamısa amniyotomi yapın.</p> <p>-Multipar bir kadın için, 30 dakikalık aktif ikinci aşamadan sonra ilerleme (rotasyon ve iniş) yetersiz kaldığından şüphelenilir. Vajinal muayene yapın ve sonra membran sağlamısa amniyotomi yapın.</p> <p>-Bölgesel analjezi olmayan bir kadında serviksin tam dilatasyonu doğrulandıysa, ancak ıkınma/itme dürtüsü yoksa 1 saat sonra ileri değerlendirme yapın.</p>
The American College of Obstetricians and Gynecologists -ACOG (Caughey et al., 2014)	<p>-Tüm kadınlarda doğumun ikinci evresinde müdahaleli doğuma yönlendirilmesi gerektiği için beklenebilecek maksimum süre tespit edilmemiştir.</p> <p>-İkinci evrede, eğer maternal ve fetal koşullar izin veriyorsa, doğumun durduğu tanısını koymadan önce, nulliparlarda en az 3 saat, multiparlarda en az 2 saat itme/ıkınma için izin verin.</p> <p>-Daha uzun süreler, bireyselleştirilmiş olarak bazı durumlarda</p>

	(epidural analjezi, fetal malpozisyon) ilerleme kaydedildiği sürece uygulanabilir.
The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) (Lee, Dy, & Azzam, 2016).	-İkinci evre toplam süresi(pasif ve aktif faz) epidural analjezi uygulanmış nulliparlar için 4 saat, uygulanmamış için 3 saat, epidural analjezi uygulanmış multiparlar için 3 saat, uygulanmamış için 2 saat olarak belirtilmiştir. -Maternal ve fetal sağlık iyi durumda ise, 2 saatten önce operatif doğuma yönlendirme önerilmez. -Maternal durumun, fetal durumun ve iniş oranının değerlendirilmesinin uygun yönetimi bireyselleştirmenin temeli olması gerektiği önerilmektedir. Optimum uterus kasılmalarına ve maternal çabalara rağmen, fetüsün iniş gerçekleştirmediğinde müdahaleyi düşünmek mantıklıdır.

1.2. İkinci evrenin süresine etki eden faktörler

İlk doğumun 30 yaşından sonra olması, sürekli elektronik fetal monitörizasyon yapılması ve multipar kadınlarda narkotik analjezik kullanılması gibi faktörlerin doğum eyleminin ikinci evresinin uzamasında etkili olduğu belirtilmektedir (Genç Koyucu ve Demirci, 2016). Bunun yanında sefalopelvik uyumsuzluk (CPD), parite, maternal vücut kitle indeksi, doğum ağırlığı, oksiput posterior pozisyon, epidural analjezi, sedasyon ve maternal yorgunluktan kaynaklanan nedenlerle doğum eyleminin ikinci evresinin süresinin aşırı uzayabileceği de ifade edilmektedir (Singh et al., 2018; Caughey et al., 2014; Friedman, 1954; Genç Koyucu ve Demirci, 2016; Sfandiary, Parvizi, Almasi, & Sharifipour, 2017). Nullipar kadınlarda doğum eyleminin ikinci evresinin süresinin multipar kadınlara göre daha uzun olduğu kabul edilmektedir (WHO, 2018a). Yine epidural anestezi kullanılmasının hem nullipar hem de multipar kadınlarda doğum eyleminin ikinci evresinin süresinin uzamasına neden olduğu ortaya konmuştur (Genç Koyucu ve Demirci, 2016; WHO, 2018a).

Frass & Al Harazi'nin (2011) sezaryen sonrası vajinal doğum yapan kadınlar ile sezaryen öyküsü olmayıp vajinal doğum yapan kadınların ikinci evre sürelerini karşılaştırıldıkları çalışmada, doğum eyleminin ikinci evresinin ortalama süresinin sezaryen sonrası vajinal doğum yapan grupta 31 dakika, vajinal doğum yapan grupta ise 30 dakika olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum sezaryen sonrası vajinal doğum yapan kadınların ikinci evre süresinin, önceki sezaryenden durumundan etkilenmediği şeklinde yorumlanmıştır.

2. Uzamış İkinci Evre

Doğum eyleminde uzamış ikinci evre tanısı doğum eyleminin ikinci evre süresinin nulliplarlarda üç saati multiparlarda ise iki saati aşması olarak kabul edilmektedir (Caughey et al., 2014; NICE 2014; WHO, 2018a).

ACOG 2014 yılında yayınlamış olduğu Obstetrik Bakım Görüşü'nde (*Obstetric Care Consensus No 1*), maternal ve fetal bir problemin saptanmadığı durumlarda doğum eyleminin ikinci evresinde kontraksiyonların başlaması için nulliplarlarda üç saat, multiparlarda ise iki saat beklenmesini önermiştir (Caughey et al., 2014). NICE'nin 2014 rehberinde de benzer şekilde doğum eyleminin ikinci evresinin aktif fazının nullipar kadınlarda üç saat içinde, multipar kadınlarda ise iki saat içinde başlaması gerektiği belirtilmektedir (NICE, 2014).

NICE'nin 2014 rehberinde aktif fazın süresinin nullipar kadınlarda iki saati geçmesi, multipar kadınlarda ise bir saati geçmesi durumunda kadının operatif vajinal doğuma yönlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (NICE, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayınlamış olduğu rehberde ise; kadınlarda doğum eyleminin ikinci evresinin süresinin her kadında farklı olabileceği, nulliplarlarda genelde üç saat, multiparlarda ise iki saat içinde tamamlanacağı belirtilmektedir (WHO, 2018a).

Gimovsky & Berghella (2016) ikinci evrenin optimal süresinin ne kadar olması gerektiği ile ilgili yapmış oldukları sistematik derlemede epidural anestezi almış ve ikinci evrenin aktif fazının üç saat ve üzerinde olan nullipar kadınlarda, doğumun ikinci evre süresinin klasik tanıma göre daha uzun tutulması durumunda sezaryen oranlarının düştüğünü (%55) ve bu düşüşün maternal veya neonatal morbiditeyi etkilemediğini saptamışlardır (Gimovsky & Berghella, 2016). Aynı çalışmada nullipar kadınlar için özellikle fetal baş yerleşmesi ile ilgili ikinci evrenin uzaması durumunda süre uzatılmasının vajinal doğum lehine avantaj sağlanabileceği ve rehberlerdeki sürelerin bu avantajı sağlamak için yetersiz olduğu vurgulanmıştır (Gimovsky & Berghella, 2016).

Son yıllarda rehberlerde uzun süredir çalışılan uzamış ikinci evre tanımları revize edilmeye başlanmıştır (Cohen, Lipschuetz, & Yagel, 2017). Literatürde belirtilen süre ile ilgili bilgilerin sezaryen doğum oranındaki ve vajinal doğumlardaki müdahalelerdeki gereksiz artıştan ziyade kadınlar veya bebekleri için daha iyi sonuçlara yol açmadığı belirtilmiştir (Caughey et al., 2014; Gimovsky, Guarente, & Berghella, 2017; Cohen, Lipschuetz, & Yagel, 2017).

3. İkinci Evrenin Uzadığı Durumlarda Doğum Eyleminin Yönetimi

Müdahaleli vajinal doğum; maternal ve fetal endikasyonlar varlığında doğum eylemini güvenli bir şekilde gerçekleştirmek veya hızlandırmak için kullanılan yöntemlerdir. Annenin tükenmesi ve etkin olarak ıkınamaması ya da tıbbi endikasyonlar (doğumun ikinci evresinde maternal kardiyak sorunlar nedeniyle maternal ıkınmanın kontraendike olduğu durumlar gibi), doğumun ikinci evresinin

uzaması, fetal başın ilerleyişinin ve rotasyonunun durması ve yine doğum eyleminin ikinci evresinde güven vermeyen fetal kalp atımları gibi durumlarda uygulanır (ACOG, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü 2018 rehberinde; doğum eyleminin ikinci evresini hızlandırmaya yönelik bir kararın, anne ve fetusun sağlık durumuna ve doğum eyleminin ilerlemesine bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Kadının ve fetusun durumu iyi ise, fetüs başının inişinde ilerleme olduğuna dair kanıtlar varsa, müdahale etmek için bir gerekçe olmadığını belirtmektedir. Fakat ikinci evrenin süresi nulliplarlarda üç saat ve multiparlarda iki saat olarak belirlenen optimal sürelerin ötesine geçtiğinde, kadının kabul edilebilir bir süre içerisinde kendiliğinden doğum yapma şansının azaldığını ve doğum eylemini hızlandırmak için müdahale edilmesi gerektiğini önermektedir (WHO, 2018a).

Doğum eyleminin ikinci evresinin uzadığı durumlarda vajinal doğumu hızlandırmak için yapılan müdahaleler aşağıda kısaca açıklanmıştır.

3.1. Sezaryen, vakum ve forseps

Sezaryen (C/S), 19. yüzyılda maternal hayat tehlike durumundayken, 20. yüzyılın sonlarında ise fetüs hayatı tehlikedeyken uygulanmaya başlanmıştır. Dünyada en yaygın kullanımı olan majör cerrahi (C/S) dakikalar içinde uygulanabilir bir işlemdir. Dört temel nedenle uygulanmaktadır. Bu nedenler arasında mükerrer C/S, distosi, fetal distress ve anormal fetal prezentasyon vardır. Sezaryen operasyonunun diğer uygulanma nedenleri ise maternal, fetal ve travaya bağlı, umbilikal kord veya plasental anomalilere bağlı endikasyonlardır. Günümüzde, tıbbi endikasyonları haricinde, vajinal doğuma alternatif olarak ‘elektif’ veya ‘isteğe bağlı’ olarak da uygulanmaktadır (Sayın, Erzincan ve Çilingir, 2018). Sezaryen kararı acil durumlarda maksimum 30 dakika içinde, anne bebek sağlığının sürdürülebilirliğinin acil durumlara göre yüksek olduğu durumlarda ise 75 dakika içinde karar verilmelidir (NICE, 2011). Sezaryenle doğuma kıyasla vakumla doğum daha çok sefal hematoma, kalp zedelenmesi, kırıklar ve brakial pleksus hasarı ile ilişkili bulunurken, merkezi sinir sistemi komplikasyonlarına neden olmamaktadır.

ACOG 2014 yılında yayınlamış olduğu Obstetrik Bakım Görüşü’nde (*Obstetric Care Consensus No 1*) sezaryen oranlarının azaltılmasındaki uygulamalar içinde gösterilen operatif vajinal doğum uygulamalarının içinde yer alan vakum ve forseps uygulamalarının doğum süreleri üzerine bir bilgi yoktur. Bu uygulamaların ikinci evrede, deneyimli ve iyi eğitilmiş hekim varlığında uygulanması gerektiği ve sezaryene alternatif olarak uygulanabilen güvenli, kabul edilebilir bir alternatif olan operatif vajinal doğum tekniklerinin pratik becerilerinin öğretilmesi ve devam ettirilmesi önerilmiştir (Caughey et al., 2014).

Kanıt düzeylerine bakıldığında vajinal doğumun forseps ile gerçekleştirilebilme olasılığı vakum uygulamasına göre daha yüksektir. Ancak forseps uygulaması ile 3.-4. derece perine yırtıkları daha sık

oluşur. Vakum uygulamalarında ise süre uzadıkça sefal hematoma gelişme olasılığının arttığı belirlenmiştir. Ayrıca vakum ve forseps uygulamasının ardışık kullanımı artmış yenidoğan komplikasyonları ile ilişkilendirilmiştir. Vakum ve forsepsin rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (ACOG, 2015).

3.2. The BD Odon Device™

BD Odon Cihazı, yardımcı vajinal doğum için yeni bir cihazdır. Bir hava odasının, fetüs başındaki (forsepslerin ince metal bıçakları yerine) çekme noktası olarak işlev görmesi, forseps kullanımı sırasında fetüs başına uygulanan daha büyük basınçlarla ilişkili olumsuz olayları azaltmak için varsayılr. Fetal baş üzerinde negatif basınç olmaması, vakuma bağlı hematoma ve kanama riskini azaltır (O'Brien et al., 2019). Klinik araştırmalarla etkili olduğu kanıtlanırsa, kullanılması ve bu konuda eğitimi kolay olan etkili ve güvenli bir alternatif olabileceği düşünülmektedir (WHO, 2018b).

3.3. Amniyotomi

Smyth, Markham, & Dowswell (2013) amniyotominin spontan doğumları kısaltma ilişkisini inceledikleri Cochrane sistematik derlemesinde, bu konuda toplam 1927 kadını içeren 8 çalışma bulunduğunu, uygulanan amniyotominin primipar kadınlarda doğum eyleminin ikinci evresinin süresini anlamlı olarak azalttığını, fakat rutin kullanımından kaçınılması gerektiğini belirtmişlerdir. Multipar kadınlarda ise; amniyotomi uygulaması ile ikinci evre süresi arasında anlamlı fark görülmediğini saptamışlardır (Smyth et al., 2013). Vadivelu et al. (2017) 144 gebe ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, amniyotomi uygulanan ve standart süreç izleyen gebeler kıyaslanmış ve amniyotomi uygulanan kadınlarda doğum süresinin anlamlı olarak kıaldığını saptamışlardır (Vadivelu et al., 2017). Ghafarzadeh, Moeinasab, & Namdari (2015) 300 kadın ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, erken amniyotomi (servikal dilatasyon 4 cm) uygulanan ve uygulanmayan kadınları karşılaştırmış ve erken amniyotomi uygulanan kadınlarda sezaryen riskinin, dekolman plasenta riskinin ve distosi riskinin azaldığını, doğum süresinin kıaldığını saptamışlardır (Gharfarzadeh et al., 2015). Alfirevic et al. (2016) 611 çalışma inceledikleri sistematik derlemelerinde doğumu hızlandırma amacıyla diğer ajanlara göre misoprostol ve erken amniyotomi+oksitosin kullanımının daha başarılı ve güvenli olduğunu saptamışlardır (Alfirevic et al., 2016).

NICE 2014 rehberinde nullipar kadınlarda doğum eyleminin ikinci evresinin aktif fazında bir saat geçtiği halde bebeğin inişini yapamamasından ve rotasyonun tam yapılmamış olmasından şüphe edilmesi durumunda, vajinal muayene yapılarak membranların kontrol edilmesi ve amniyotomi yapılması önerilmektedir. Multipar kadınlarda ise; doğum eyleminin ikinci evresinin aktif fazının süresinin 30 dakikayı geçmesi, bebeğin inişini yapamamasından ve rotasyonunu tam yapmamış

olmasından şüphe edilmesi durumunda, vajinal muayene yapılarak membranların kontrol edilmesi ve amniyotomi yapılması önerilmektedir (NICE, 2014).

ACOG 2019 rehberinde anne ve bebekte doğum eyleminin ilerleyişi ile ilgili anormal bir durum yok ise rutin amniyotomi uygulamasından kaçınılması gerektiği vurgulanmıştır (ACOG, 2019).

3.4. Epizyotomi

Eski zamanlarda rutin mediolateral epizyotomi uygulaması pelvik kasların zedelenmesinin ve perineal gerilmenin önlenmesi amacıyla önerilen bir uygulama olmuştur. Fakat son zamanlarda mediolateral epizyotomi sonrası iyileşme evresinde uzama ve rahatsızlık hissi bildirilmiştir. Midline epizyotomi sırasında ise anal sfinkter hasarı ve yırtığın rektuma uzaması riski artmaktadır (Frankman, Wang, Bunker & Lowder, 2009).

Perine doğumu engelliyorsa, özellikle fetal kalp hızı anormal ise, epizyotomi, ileriye dönük olarak incelenmemiş olmasına rağmen vajinal doğum hızlandırabilir ve uygulanabilir bir seçenektir. Rutin epizyotominin avantajlarından daha çok dezavantajı olmasına rağmen, yardımcı vajinal doğum gerektiren nullipar kadınlarda veya daha önce obstetrik anal sfinkter yaralanması (OASIS) gibi komplikasyon riski yüksek kadınlarda mediolateral epizyotomi düşünülmelidir. Çok yüksek düzeyli kanıtlar olmasa da, mevcut çalışmalar özellikle forseps uygulamasına göre, epizyotominin OASIS önlemede daha etkili sonuçları olduğu belirlenmiştir (Lee et al., 2016) Avantajlarının yanında pek çok dezavantajı olması nedeniyle rutin kullanımından kaçınılmalıdır (ACOG, 2019; Lee et al., 2016).

3.5. Fundal basınç

Kristaller manevrası adı ile de bilinen fundal basınç, spontan vajinal doğuma yardımcı olmak ve uzamış ikinci evreyi hızlandırmak amacı ile uterusun en üst kısmı olan fundusa manuel veya kemerle uygulanan basınç olarak tanımlanır (Hofmeyr, Vogel, Cuthbert, & Singata, 2017).

Verheijen, Raven, & Hofmeyr (2009)'nin yaptıkları sistematik incelemede, bir gruba fundal basınç uygulanmış, ikinci gruba şişirilebilir kemer uygulanmış, diğer gruptaki kadınlara ise fundal basınç uygulanmamıştır. Yapılan incelemede gruplar arası sezaryen oranlarında ve maternal/ neonatal sonuçlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Şişirilebilir kemer uygulanan grupta anal sfinkter yırtıklarının diğer gruplara göre daha fazla olduğu bildirilirken, uzun dönem sonuçlarına ilişkin veri elde edilememiştir (Verheijen et al., 2009).

Hofmeyr et al.(2017) yapmış oldukları sistematik derlemede, manuel fundal basınç uygulanan ve fundal basınç uygulanmayan grup karşılaştırıldığında; doğum eyleminin ikinci evresinin süresi arasında fark bulunmazken, fundal basınç uygulanan kadınlarda servikal hasarın daha fazla olduğu saptanmıştır. Şişirilebilir kemer ile uygulanan fundal basınç ile fundal basınç uygulanmayan grup

karşılaştırıldığında ise; nullipar kadınlarda kemer uygulanan grupta ikinci evre süresinin kısaldığı bildirilmiştir (Hofmeyr et al., 2017). Aynı zamanda kemer uygulanan kadınlarda üçüncü derece perineal yaralanmaların daha sık olduğu saptanmıştır (Hofmeyr et al., 2017).

Pınar ve Karaçam'ın (2018) Türkiye'de fundal basıncın maternal ve fetal sağlığa etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, fundal basınç uygulanan kadınların %97,6'sında özel bir durum saptamadığı halde uygulandığı belirlenmiştir. Diğerlerinde ise yetersiz ıkınma, fetüste bradikardi, ikinci evre süresinin iki saati geçmesi ve omuz distosisi nedeniyle uygulandığı saptanmıştır. Ayrıca fundal basınç uygulaması ile doğum eyleminin ikinci evresinin süresi arasında pozitif yönde ilişki olduğunu saptarken, doğum sayısı ve fundal basınç sayısı arasında ise negatif korelasyon saptamışlardır (Pınar ve Karaçam, 2018). Moiety & Azzam (2014) 8097 kadın ile yaptıkları çalışmada fundal basıncın primipar kadınlarda ikinci evre süresini kısalttığını, perineal laserasyon riskini arttırdığını saptamışlardır (Moiety & Azzam, 2014).

Sonuç olarak, fundal basıncın yararlarına ve zararlarına ilişkin kanıtlar yetersiz olup, maternal perineye olan etkilerini ve bebeğin güvenliğini kapsayan çalışmalar yapılması ve kullanımının sınırlandırılması gerektiği üzerinde durulmaktadır (Hofmeyr et al., 2018; ACOG, 2015; Verheijen et al., 2009). Dünya Sağlık Örgütü de doğumu kolaylaştırmak veya süreyi kısaltmak için uygulanan rutin fundal basınç uygulamasını önermemektedir (WHO, 2018a).

3.6. Ikınma

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki doğum uzmanları ve doğuma destek sağlayan diğer sağlık profesyonelleri, doğum sırasında kadınları her kasılma sırasında uzun süreli, kapalı bir glottis çabasıyla (ör: *Valsalva manevrası*) ıkınmaya teşvik ederler. Bununla birlikte, belirli bir şekilde nefes almak için hazırlanmadıklarında, kadınlar açık bir glottis ile de ıkınabilirler (ACOG, 2019).

Valsalva manevrası ilk olarak Bertapaglia tarafından 1497'de tanımlanmıştır. Daha önce adlandırılmayan bu manevra 1704'te Antonia Maria tarafından orta kulaktan yabancı madde ve iltihap atılmasını sağlayan Valsalva manevrası olarak adlandırılmıştır. Alman fizyolojist Edward Weber 1851 yılında, bu manevra ile kardiovasküler değişimler gözlenebildiğini belirtmiştir (Junqueira, 2008). Valsalva tekniği Amerikan doğum pratiğinde kökleşmiş bir yönetim biçimi olarak görülmüş ve kadının spontan dürtülerini ön plana alan yönetim biçimi ile değiştirilmesinin güç olduğu belirtilmiştir (Genç Koyucu ve Demirci, 2016). Çünkü Amerikalı kadınların, özellikle doğuma hazırlık eğitimi almayanlar, daha çok medyadan doğumu izleyenlerin, doğumda özel olarak ıkınma ile ilgili yönerge almayı bekledikleri gözlenmiştir. Sıklıkla kullanılan doğuma hazırlık filmleri nefes tutma ve ıkınmayı canlandırmaktadır (Genç Koyucu ve Demirci, 2016).. İkinci evrede kullanılan ıkınma tipleri pek çok araştırmacı tarafından irdelenmiş ve sorgulanmıştır (Genç Koyucu ve Demirci, 2016).

Lemos ve arkadaşlarının (2017) 20 çalışmayı dahil ettikleri sistematik incelemede spontan ve yönlendirmeli ıkınma grupları karşılaştırıldığında ikinci evresinin süresi açısından fark bulunmamıştır (Lemos et al., 2017).

Valsalva ıkınma tipi maternal/ fetal açıdan uzun/zorlayıcı eforlar ve arada dinlenme sürecinin azlığı gibi nedenlerle olumsuz tablolar oluşturabilmektedir. Buna karşın ikinci evreyi süre bakımından kısaltması olası acil bir durumda zaman açısından olumlu etkiler yaratmaktadır. Her iki ıkınma tipinin olumlu ve olumsuz yönleri çalışmalar ile irdelenmiştir. Her doğum kendine özgü süreçler ile ilerlemektedir. ACOG 2019 rehberinde her kadının tercih ettiği ve kendisinin en etkili uyguladığı tekniği kullanmasının teşvik edilmesini önermektedir (ACOG, 2019).

3.7. Oksitosin uygulaması

Oksitosin, indüksiyon için kullanılan en temel ilaçlardan biridir. Uterus kasılmalarını arttırarak doğumun gecikmesini engelleyeceği görüşü olsa da oksitosinin fazla verilmesi bazı advers etkilere neden olabilmektedir (Kenyon, Tokumasu, Dowswell, Pledge, & Mori, 2013). Oksitosin ile ilgili in vitro ve in vivo araştırmalarda fazla oksitosinin uterus kaslarında oksitosin reseptör desensitizasyonuna neden olduğu bildirilmiştir. Bu durumun oksitosin reseptörlerinde zaman ve konsantrasyon bağımlı desensitizasyon gelişmesinden kaynaklandığı ve postpartum dönemde yüksek doz oksitosine maruz kalmanın uterus kaslarının oksitosine yanıtızsız hale gelmesine neden olduğu bildirilmiştir (Balki, Cristian, Kingdom, & Carvalho, 2010). Wei et al. (2013) 8033 kadını içeren toplam 14 randomize kontrollü çalışmanın incelendiği Cochrane sistematik derlemesinde, oksitosin ve amniyotomi uygulanan kadınlarda sezaryen riskinin azaldığı, doğum sürelerinin azaldığı, müdahaleli doğum oranlarının etkilenmediği saptanmıştır (Wei et al., 2013). Kenyon et al. (2013) uzamış doğum eyleminin tedavisinde yüksek (4İÜ üstü/dk) ve düşük doz (4İÜ/dk) oksitosin uygulamalarının karşılaştırılmasını inceleyen toplam 644 gebe kadını içeren dört çalışmayı içeren Cochrane sistematik derlemesinde, bir çalışmada yüksek doz oksitosin uygulanan kadınların doğum sürelerinin, düşük doz alanlara göre daha kısa olduğunu ve sezaryen riskinin daha düşük olduğunu saptamışlardır (Kenyon et al., 2013). Bu verilere ek olarak, epidural analjezi gereksinimi, uterus hiperstimülasyonu, müdahaleli doğum, postpartum hemoraji, koryoamniyotit, umbilikal kord Ph'ı, Apgar skoru, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, neonatal mortalite açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Kenyon et al., 2013).

4. Uzamış İkinci Evrenin Maternal Komplikasyonları

Güney Afrika'nın kırsal kesimdeki perinatal ölümlerle ilişkili önlenebilir 10 gecikme nedeni arasında beşinci sırada doğum eyleminde uzamış ikinci evreye müdahale edilmemesinin yer aldığı görülmektedir (Pearson, Larsson, Fauveau, & Standley, 2007).

Laughon ve arkadaşları (2014) retrospektif olarak 2002-2008 yılları arasında 43.810 nullipar ve 59.605 multipar kadının kayıtlarını inceledikleri çalışmalarında, uzamış ikinci evrenin koryoamniyotit ve üçüncü veya dördüncü derece laserasyonlarla ilişkili olduğunu saptamışlardır (Laughon et al., 2014).

Infante-Torres, Molina-Alarcón, Rubio-Álvarez, Rodríguez-Almagro ve Hernández-Martínez (2018) vajinal doğum yapan kadınlarda ikinci evrenin süresi ile postpartum anemi arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yaptıkları çalışmada; doğum eyleminin ikinci evresinin dört saati aşığı nullipar kadınlarda postpartum anemi riskinin artmadığını belirlemişlerdir (Infante-Torres et al., 2018). Doğum eyleminin ikinci evresinin 3 saat veya altında sürdüğü multipar kadınlarda ise; üç saatte doğum yapan kadınların, daha az sürede doğum yapan kadınlara göre postpartum anemi açısından daha yüksek riske sahip olduklarını saptamıştır (Infante-Torres et al., 2018). Sonuç olarak nullipar kadınlarda ikinci evrenin dört saate kadar olması güvenli olarak bulunurken, multipar kadınlarda ikinci evrenin üç saate ulaşması ve aşması postpartum anemi açısından riskli bulunmuştur (Infante-Torres et al., 2018).

Stephansson, Sandström, Petersson, Wikström, ve Cnattingius (2016) erken postpartum dönemde uzamış ikinci evre ile maternal komplikasyonlar (enfeksiyon, üriner retansiyon, hematoma ve rüptüre sütür) arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik vajinal doğum yapmış 72.593 kadını çalışmaya dahil etmişlerdir (Stephansson et al., 2016). İkinci evrenin süresi karşılaştırılan primipar kadınlarda bir saat içinde doğum yapanların iki saat içinde doğum yapanlara göre, iki saat içinde doğum yapanların üç saat içinde doğum yapanlara göre daha az komplikasyon yaşadığını saptamışlardır (Stephansson et al., 2016). Daha önce sezaryen olan kadınlar karşılaştırıldığında da aynı sonuçlar elde edilmiştir (Stephansson et al., 2016).

Aiken, Aiken, ve Prentice (2015) doğum eyleminin ikinci evre süresinin düşük riskli nullipar kadınlarda anal sfinkter yaralanmasına etkisinin incelendiği beş yıllık retrospektif kohort çalışmalarında, 4831 verteks, tek, termde ve canlı doğum yapmış enstrümental veya spontan doğum yapmış kadınları çalışmaya dahil etmişlerdir. Anal sfinkter yaralanma insidansının %6,7 olduğunu, spontan doğum yapmış kadınlarda anal sfinkter yaralanması ile doğumun ikinci evresinin süresi arasında ilişki olmadığını, yüksek anne yaşı, yüksek doğum tartısı ve Güneydoğu Asya etnik kökenine sahip olma ile anal sfinkter yaralanması arasında ilişki bulunduğunu belirlemişlerdir. Enstrümental doğum yapmış kadınlarda, uzamış ikinci evrenin artmış anal sfinkter yaralanma riskini her 15 dakikada bir %6 oranında arttırdığını saptamışlardır (Aiken et al., 2015).

Matta, Turner, Flatley, ve Kumar (2018) retrospektif kohort olarak, 2008-2017 yılları arasında Brisbane’de termde, tekiz doğum yapmış, uzamış doğum eylemi tanısı olan 4676 kadın ile yaptıkları çalışmada, genç yaş, düşük beden kitle indeksli, nullipar, Asya kökenli kadınların daha fazla uzamış

doğum eylem tanısı aldıklarını ve uzamış doğum eylemi ile operatif doğum ve maternal morbiditenin ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (Matta et al., 2018).

Levine ve Srinivas (2016) 2005-2010 yılları arasında doğum yapmış kadınlar ile doğum eyleminin ikinci aşamasının uzunluğunun, sonraki gebeliklerde spontan preterm doğum riski üzerine etkisi olduğunu değerlendirmek amacıyla 757 kadın ile yapmış oldukları çalışmada uzamış ikinci evreyi üç saat ve üzeri olarak kabul etmişlerdir. Bir sonraki doğumda preterm doğum oranının % 8,7 olduğunu ve preterm doğum ile ilişkili olmadığını saptamışlardır (Levine & Srinivas, 2016).

5. İkinci Evrenin Uzadığı Durumlarda Bakım

- Doğum eyleminin ikinci evresinde bakım veren kişi doğum eyleminin ikinci evresindeki belirti ve semptomları tanımalı ve sürekli bakım, gözlem ve destek sağlamalıdır (ACOG, 2019).
- Obstetrik yönetim, anne ve yenidoğan sağlığına ilişkin bireysel düşüncelere dayanmalıdır. Sezaryen oranlarının azaltılması önemli bir hedef olmakla birlikte, anneleri ve yenidoğanları obstetrik ve yenidoğan komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır (Lipschuetz et al., 2018).
- Normal doğum eylem sürecine mümkün olduğunca müdahale etmekten kaçınılmalıdır (WHO, 2018).
- Bakım veren sağlık profesyonelleri uzamış ikinci evre süresini ve etkileyen faktörleri bilmelidir (Kopas, 2014),
- Bakım veren sağlık profesyonelleri uzamış ikinci evre tanısında yapılacak müdahaleleri bilmelidir (Kopas, 2014).
- Rutin fundal basınç uygulaması yapılmamalıdır (WHO, 2018)
- Rutin amniotomi uygulaması yapılmamalıdır (ACOG, 2019)
- Epizyotomi rutin uygulanmamalıdır (ACOG, 2019; Lee et al., 2016).
- Her kadının tercih ettiği ve kendisinin en etkili uyguladığı tekniği kullanmasına teşvik edilmelidir (ACOG, 2019; Edqvist, Hildingsson, Mollberg, Lundgren, & Lindgren, 2017).

SONUÇ

Perinatal sonuçların iyi olduğu kadınlarda spontan doğumun süresinin bir kadından diğerine değiştiği bilinmektedir. Ayrıca bazı kadınlarda olumsuz perinatal sonuçlar olmadan, beklenenden daha uzun vajinal doğum gerçekleşebilir. Doğumun yönetimi ile ilgili rehberlere göre bu evrenin optimal süresi nulliplarlarda 2 saat, multiparlarda 1 saat olarak belirtilmektedir. Şu anda klinik uygulamada kullanılan, obstetrik müdahaleyi gerektiren uzamış ikinci evre tanısı için kullanılan bu optimal sınırların sorgulanması önerilmektedir. Henüz ikinci evrenin uzaması ile ilgili tanı üzerinde kesin bir konsensusa ulaşılamamıştır. DSÖ bireyselleştirilmiş doğum eylemi bakımı üzerinde durmakta ve eğer

ilerleyici değişiklikler var ise müdahaleler ile ilgili sabırsız olunmamasını ve hemen uzamış ikinci evre tanısı konmamasını önermektedir. Yapılmış araştırmalarda uzamış ikinci evre tanısı için farklılıklar bulunmasına rağmen, doğumun ikinci evresinin uzamasının maternal komplikasyonlara neden olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Ebeler, ikinci evrenin uzama belirtilerini saptayabilmeli, gereksiz müdahalelerden kaçınmalı, gerekli durumlarda ise uygun müdahalelerde bulunabilmelidirler.

KAYNAKLAR

- Abalos, E., Oladapo, O.T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., et al. (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 223, 123-132. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026
- Aiken, C.E., Aiken, A.R. & Prentice, A. (2015). Influence of the duration of the second stage of labor on the likelihood of obstetric anal sphincter injury. *Birth*, 42(1), 86-93. doi: 10.1111/birt.12137
- Albers, L. (1999). The duration of labour in healthy women. *Journal of Perinatology*, 19(2), 114-19. PMID: 10642971
- Albers, L. (1996). The length of active labour in normal pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 87(3), 355-59. doi: 10.1016/0029-7844(95)00423-8
- Alfirevic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N. J., Medley, N., Dias, S., et al. (2016). Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technology Assessment*, 20(65), 1-584. doi: 10.3310/hta20650
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). Operative vaginal delivery. Practice bulletin No. 154. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5), e56-65. doi: 10.1097/AOG.0000000000001147
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee opinion No. 766. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e164-e173. doi: 10.1097/AOG.0000000000003074.
- Balki, M., Cristian, A.L., Kingdom, J. & Carvalho, B. (2010). Oxytocin pretreatment of pregnant rat myometrium reduces the efficacy of oxytocin but not of ergonovine maleate or prostaglandin F 2 alpha. *Reproductive Sciences*, 17(3), 269-77. doi: 10.1177/1933719109351934
- Caughey, A.B., Cahill, A.G., Guise, J.M. & Rouse, D.J. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(3), 179-93. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026

- Cohen, S. M., Lipschuetz, M. & Yagel, S. (2017). Is a prolonged second stage of labor too long?. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 50(4), 423-426. doi: 10.1002/uog.17563.
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I. & Lindgren, H. (2017). Midwives' management during the second stage of labor in relation to second-degree tears—an experimental study. *Birth*, 44(1), 86-94. doi: 10.1111/birt.12267
- Frankman, E.A., Wang, L., Bunker, C.H. & Lowder, J.L. (2009). Episiotomy in the United States: has anything changed? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(5), 573.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2008.11.022
- Frass, K.A. & Al Harazi, A.H. (2011). Outcome of vaginal birth after caesarean section in women with one previous section and spontaneous onset of labour. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(8), 646-50. PMID:21977566
- Friedman, E. (1954). The graphic analysis of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 68(6), 1568-75. doi: 10.1016/0002-9378(54)90311-7
- Genç Koyucu, R. ve Demirci, N. (2016). Doğumun ikinci evresinde kullanılan ıkınma tipleri. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 2(1), 33-39. doi: 10.5222/jaren.2016.033
- Ghafarzadeh, M., Moeininasab, S. & Namdari, M. (2015). Effect of early amniotomy on dystocia risk and cesarean delivery in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 292(2), 321-5. doi: 10.1007/s00404-015-3645-x
- Gimovsky, A.C. & Berghella, V. (2016). Prolonged second stage: what is the optimal length? *Obstetrical & Gynecological Survey*, 71(11), 667-674. doi: 10.1097/OGX.0000000000000368.
- Gimovsky, A. C., Guarente, J. & Berghella, V. (2017). Prolonged second stage in nulliparous with epidurals: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(4), 461-465. doi: 10.1080/14767058.2016.1174999
- Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A. & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No.: CD006067. doi: 10.1002/14651858.CD006067.pub3.
- Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Singata, M., Habib, N. A., Landoulsi, S. & Gülmezoglu, A. M. (2018). Does gentle assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three-arm, open-label, randomised controlled trial in South Africa. *BMJ Global Health*, 3(3), e000906. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000906

- Infante-Torres, N., Molina-Alarcón, M., Rubio-Álvarez, A., Rodríguez-Almagro, J. & Hernández-Martínez, A. (2018). Relationship between duration of second stage of labour and postpartum anaemia. *Women and Birth*, 31(5), e318-e324. doi: 10.1016/j.wombi.2017.11.009
- Junqueira, L. (2008). Teaching cardiac autonomic function dynamics employing the Valsalva (Valsalva-Wever) maneuver. *Advances in Physiology Education*, 32(1), 100-6. doi: 10.1152/advan.00057.2007
- Kathryn, O. (2010). Pushing techniques used by midwives when providing second stage labour care (Dissertation). Marquette University, Milwaukee, Wisconsin.
- Kenyon, S., Tokumasu, H., Dowswell, T., Pledge, D. & Mori, R. (2013). High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(7), CD007201. doi: 10.1002/14651858
- Kopas, M.L. (2014). A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 264-76. doi: 10.1111/jmwh.12199
- Laughon, S. K., Berghella, V., Reddy, U. M., Sundaram, R., Lu, Z. & Hoffman, M. K. (2014). Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstetrics and Gynecology*, 124(1), 57-67. doi: 10.1097/AOG.0000000000000278
- Lee, L., Dy, J. & Azzam, H. (2016). Management of spontaneous labour at term in healthy women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(9), 843-865. doi: 10.1016/j.jogc.2016.04.093.
- Lemos, A., Amorim, M.M., de Andrade, A. D., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E. & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 26(3), CD009124. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub3
- Levine, L.D. & Srinivas, S.K. (2016). Length of second stage of labor and preterm birth in a subsequent pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(4), 535.e1-535.e4. doi: 10.1016/j.ajog.2015.10.919
- Lipschuetz, M., Cohen, S.M., Lewkowicz, A.A., Amsalem, H., Haj, R.Y., Levitt, L. et al. (2018). Prolonged second stage of labor: causes and outcomes. *Harefuah*, 157(11), 685-690. PMID:30457229
- Matta, P., Turner, J., Flatley, C. & Kumar, S. (2018). Prolonged second stage of labour increases maternal morbidity but not neonatal morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(4), 555-560. doi: 10.1111/ajo.12935

- Moiety, F.M.S. & Azzam, A.Z. (2014). Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(4), 946-53. doi: 10.1111/jog.12284
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).(2014). (Last updated: February 2017). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. 1-89. Erişim tarihi: 17/10/2019, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), (2011). (Last updated September 2019). Caesarean section.1-48. Erişim tarihi: 17/10/2019, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
- O'Brien, S., Hotton, E.J., Lenguerrand, E., Wade, J., Winter, C., Draycott, T.J., et al. (2019). The ASSIST Study-The BD Odon Device for assisted vaginal birth: a safety and feasibility study. *Trials*, 20(1), 1-9. doi: 10.1186/s13063-019-3249-z
- Pearson, L., Larsson, M., Fauveau, V. & Standley, J. (2007). Childbirth care. In: World Health Organization: Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa. 63-78. Erişim tarihi: 17/10/2019, <https://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>
- Pınar, S. ve Karaçam, Z. (2018). Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health. *Health Care for Women International*, 39(1), 110-125. doi: 10.1080/07399332.2017
- Sayın, N.C., Erzincan, S.G. ve Çilingir, I.U. (2018). Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 11(1), 76-81.
- Sfandiary, M., Parvizi, S., Almasi, A. & Sharifipour, F. (2017). Effect of pre-pregnancy maternal body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(10), 657-661. doi: 10.26719/2017.23.10.657
- Singh, S., Kohli, U. A. & Vardhan, S. (2018). Management of prolonged second stage of labor. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(7), 2527-31. doi: doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20182855
- Smyth, R. M., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4
- Stephansson, O., Sandström, A., Petersson, G., Wikström, A. K. & Cnattingius, S. (2016). Prolonged second stage of labour, maternal infectious disease, urinary retention and other complications in

the early postpartum period. BJOG: an international Journal of Obstetrics & Gynaecology, 123(4), 608-16. doi: 10.1111/1471-0528.13287

Vadivelu, M., Rathore, S., Benjamin, S. J., Abraham, A., Belavendra, A. & Mathews, J. E. (2017). Randomized controlled trial of the effect of amniotomy on the duration of spontaneous labor. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138(2), 152-157. doi: 10.1002/ijgo.12203

Verheijen, E. C., Raven, J. H. & Hofmeyr, G. J. (2009). Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. (4), CD006067. doi: 10.1002/14651858.CD006067.pub2.

Wei, S., Wo, B. L., Qi, H. P., Xu, H., Luo, Z. C., Roy, C., et al. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database of Systematic Reviews, (8), CD006794. doi:10.1002/14651858.CD006794.pub4

World Health Organization (WHO), (2018a). WHO recommendation on definition and duration of the second stage of labour. Erişim tarihi: 17/10/2019, <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-definition-and-duration-second-stage-labour>

World Health Organization (WHO), (2018b). New instrument for assisted vaginal delivery. Erişim tarihi:17/10/2019, https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/odon_device/en/

DOĞUMDA MAHREMİYETİN ÖNEMİ VE EBELİK

Reyhan AYDIN* 

ÖZET

Mahremiyet kişisel alanın gizliliği, bilgi gizliliği ve her alanda sağlanması gereken bireysel haktır. Mahremiyet kavramı uzun yıllardır ortaya atılan fakat 1900' lü yılların ortasında araştırmalarla desteklenen bir kavramdır. Sağlık alanında da hasta hakları ve bilgi gizliliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık ve hastalık çerçevesinde ele alındığında da hasta bireylerde büyük bir stres olarak algılanan mahremiyet, kadın sağlığında ve özellikle de doğumda büyük önem taşımaktadır. Doğum kadın hayatının en önemli olayı olmasının yanı sıra tüm hayatını da etkileyen bir dönüm noktasıdır. Doğumda sağlanan mahremiyette ebeler kilit bir rol oynamaktadır. Doğumda yapılan jinekolojik muayeneler, ortamın fiziki şartları ve bilgi gereksinimi mahremiyetle doğrudan bağlantılıdır. Bu bağlantıda kadının doğum memnuniyetini ve mahremiyeti, kadının bebeğe olan bağlanması ve ailesi ile olan iletişiminin yapı taşı oluşturur. Tüm bu konular ele alındığında doğumhane çalışanları ve özellikle ebeler tüm yapılan uygulamalarda bakım verdikleri kadınların mahremiyeti sağlamalı, kadınların, bakımını, takibini ve tedavisini mahremiyet basamakları çerçevesinde uygulamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mahremiyet, Doğumda mahremiyet, Ebelik

IMPORTANCE OF PRIVACY IN BIRTH AND MIDWIFERY

ABSTRACT

Privacy is the privacy of the personal sphere, confidentiality of information and the individual right to be ensured in all spheres. The concept of privacy has been put forward for many years but supported by research in the mid-1900s. In the field of health, patient rights and confidentiality of information appear. When considered within the framework of health and illness, privacy is perceived as a great stress in sick individuals and is of great importance in women's health and especially in birth. Besides being the most important event of women's life, birth is a turning point that affects all of her life. Midwives play a key role in privacy at birth. Gynecological examinations at birth, physical conditions of the environment and the need for information are directly related to privacy. In this connection, the satisfaction and privacy of the woman is the cornerstone of the woman's attachment to the baby and her communication with her family. When all these issues are taken into consideration, maternity ward employees and especially midwives should ensure the privacy of the women they care for in all practices, and apply the care, follow-up and treatment of women within the framework of privacy steps.

Keywords: Privacy, Privacy at birth, Midwifery

GİRİŞ

Sağlıklı olmak dünya sağlık örgütünün tanımı ile “*yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir*” şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi fiziki olarak değil aynı zamanda ruhsal olarak iyi olmalı sağlığın önemli bir ölçütüdür. Ruhsal bileşenler ile birlikte kişi tam bir eşit ve bütünlük içinde var olmalıdır. Bu temel gereksinimlerin içinde olan mahremiyet kavramı insan var oldukça her yerde ve her alanda var olmaya devam edecektir. Bu kavram kişiden kişiye, bölgeden bölgeye ya da eyaletten eyalete farklılık gösterebilir (Akyüz, 2008). Bu alanlardan en önemli birimleri ve kişileri oluşturan sağlık alanından hizmet veren yerler ve kişiler mahremiyetten yoksun birim ve kişiler olarak görülebilmektedir. Özellikle kadınlar için önemli bir yere sahip jinekoloji klinikler ve doğumhaneler mahremiyetin sağlanmasının büyük önem taşıdığı yerlerdir. Bu birimlerde ve doğumhanelerdeki mahremiyet ihlali ilerde kadının hayatında travmalara yol açabilmektedir (Bekmezci ve Özkan, 2015). Bu derlemenin amacı doğumda mahremiyetin önemine ve ebelik yaklaşımlarına dikkat çekmektir.

Mahremiyet Kavramı

Mahremiyet kavramı, 1800’lü yılların sonunda ortaya çıkmış ve bireylerin tek başına kalma hakkı, bireysel hakların en kapsamlısı ve özgürlüğünü isteyen kişiler tarafından en fazla değer verilen bir hak olarak karşımıza çıkmaktadır (Lyon, 1997; Diffie ve Landau, 2010). Mahremiyet kavramını tanımlayan çalışmalarda dikkat çeken nokta, mahremiyetin sadece ekonomik ve devlet değil aynı zamanda kişisel alan kapsamında ortaya çıkan bütün dışsal etkileri içererek ele alınması gerektiğidir. Birey olmanın özgürlükten, özgürlük ve hürriyetinde mahremiyetten geçtiğini düşündüğümüzde de aslında mahremiyetin bireyselleşmenin temelini oluşturduğunu ve özgürlüğünde kalbi olduğunu görmekteyiz. Bu bağlamda mahremiyetin zedelenmesi bireyin temellerinin sarsılmasına neden olacaktır (İzgi, 2014). Bireylerde özgürlük kısıtlaması ve mahrem alanlarına müdahale edilmesi hissini ortaya çıkaracaktır. Mahremiyet kavramı bilim insanları tarafından bedensel-fiziksel, zihinsel-iletişimsel ve bilgi mahremiyeti şeklinde sınıflandırılmıştır (Avaner, 2018). Türk dil kurumuna baktığımızda da mahremiyet, gizlilik ve kişisel gizlilik olarak karşımıza çıkmaktadır (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5d7fdc33418397.25750916). Burada tanımlanmak istenen gizlilik verinin tamamen saklanması ya da bilginin gizlenmesi değil, kişinin paylaşılmasını istemediği kişilerden, veriyi, bilgiyi, tanıyı ya da olayı korumak anlamında ele alınmaktadır (Lyon, 1997). Gizlilik aslında bir amaç değil mahremiyetin aracı olarak görülmektedir.

Sağlık alanına baktığımızda mahremiyet, kişisel verilerin korunması, hasta gizliliği, sağlık uygulamalarında gizliliğe karşı duyarlı olunması ve sağlık çalışanlarının bilgi gizliliğini yerine getirmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Peki mahremiyet sadece veri korunması mıdır? Ya da

başkasından gizlenmesi gereken tanının söylenmemesi mi? Rachels'in tanımladığı ve İzgi'ninde makalesinde belirttiği gibi mahremiyet “*sadece saklanacak şeyi ifade etmek için değil, yaşam niteliğini artırmak için bir gereksinim, kendini gerçekleştirme, özerkliğini koruma yollarından biri olarak ele alınmalıdır. Sonuç olarak mahremiyet, toplumdaki soyutlanma değil, ben ile öteki sınırının belirlenmesi, kontrol edilmesi olarak özetlenebilir.*” şeklinde tasvir edilmiştir (İzgi, 2014; Avaner, 2018; Rachels, 1997). Aslında bu tasvir mahremiyetin saklanmak ya da gizlenmek değil aynı zamanda bir sağlık sorunundan dolayı tedavi olma ya da rutin takip-tedavi ve muayenede bireysel alanın korunmasını içermektedir. Mahrem alanların korunması ve özel alan sağlanması sağlık alanının her biriminde önemlidir. Anne bebek sağlığının önemli derece etkilendiği ve takip edildiği sağlık birimlerinden biri olan doğumhanelerde daha büyük bir önem kazanmaktadır.

Doğumda Mahremiyetin Önemi

Doğum kadının hayatında yaşadığı en büyük deneyim ve en büyük haz olarak tanımlanmaktadır. Aylarca karnında büyüttüğü bebeğinden ayrılma ve aynı zamanda bebeğin dünya ile buluşmasıdır. Kadının kendi beden ve ilkesinin deneyimidir. Bu durum kadın için en mahrem olan bir olaydır. Doğum, bebeğin anneden ayrılması ve dünyaya doğması, aynı zamanda da annenin bebeğinden ayrılarak bebeğin bireyselleşmesini de ifade etmektedir. (Mahler, 2018). Doğumda mahremiyetin korunması anne- bebek bağlanmasını, annenin yaşam kalitesini, tedavi süresini ve bir sonraki doğum deneyimlerini de etkilemektedir. Kadınlar doğum deneyimlerini yaşamaya çalışırken aynı zamanda, bulunduğu ortama adapte olmaya, sağlık çalışanlarına uyum sağlamaya ve kendi mahremiyetlerini korumaya çalışmaktadırlar (Adams ve Bianchi, 2008). Bu süreçte kadınlar; fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyeti(gizlilik) olmak üzere dört farklı mahremiyete ihtiyat duymaktadırlar (Orman 2019).

Doğumda Fiziksel mahremiyet

Anne, baba, bebek ve aile büyükleri için önemli bir değişim olan doğum ailedeki her fert için özel bir deneyimdir. Gebelikte, doğum sürecinde ve doğumda sağlık çalışanları tarafından sağlanan destek anne için fiziksel desteğin yanı sıra güven kazanmak ve fiziksel mahremiyeti sağlamak için çok önemlidir. Doğumda fiziki şartların sağlanması (tek kişilik oda, oda sıcaklığı vb.), annenin doğum destekçisi olarak seçtiği kişiyi yanına alabilmesi ve aynı sağlık personelinin hizmet vermesi önemlidir. Doğumda kadının fiziki alanına yapılan müdahaleler doğrudan kadının mahremiyetine yapılan bir müdahale olarak algılanabilmektedir (Akyüz ve Erdemir, 2013).

Çalışmalarda fiziksel mahremiyetin doğum üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (Yakut, 2015; Özcan ve Aslan, 201; Mohammad ve arkadaşları, 2014). Doğum memnuniyetini tanımlayan ölçeklerde de fiziki şartlardan kaynaklanan mahremiyetin ve memnuniyet üzerine etkisine

de bakıldığı görülmektedir (Güngör ve Beji, 2012; Özcan ve Aslan, 2015). Doğumun hormon mekanizmasında mahremiyet büyük önem taşımaktadır. Fiziksel olarak ihlal edilen mahremiyet doğum sürecini sekteye uğratabilecek hatta durdura bilecektir (<https://www.aneoluncaanladim.com/yazarlar/36/hakan-coker/1034/dogumda-mahremiyet-veguven>). Fiziki şartların yanı sıra kadında fiziksel mahremiyetin bozulması, özellikle doğumdaki jinekolojik muayenelerde, mahremiyetini ihlal ederek annenin travma yaşamasına neden olmaktadır (Daşkan ve Sevil, 2017; Kigenyi ve arkadaşlar, 2013). Aynı zamanda tıbbi bir gerekçe olmadıkça kadının yapılan fiziki muayeneye katılma hakkı ve bilgi alma hakkında mahremiyetin sağlanmasında büyük önem taşımaktadır. Çalışmalarda kadınların intrapartum bakıma katılmasının mahremiyet ve gizlilik hakkının sağlanmasında önem taşıdığı vurgulanmıştır (Kigenyi ve arkadaşlar, 2013; Özcan ve Aslan, 201; Mohammad ve arkadaşları, 2014).

Doğumda Sosyal Mahremiyet

Doğumda ve doğum sonrasında önemli olan mahremiyet ihlallerinden biri de sosyal mahremiyettir. Doğum öncesi kadının tek kişilik odada doğum sürecini geçirmesi ve doğum sırasında da aynı odada kalması doğum sonu konfor için büyük önem taşımaktadır. Tek kişilik odada kalmaması, yanında başka hasta bulunması ve doğum sancısı süresinde kendisi için özel bir oda ayrılmaması kadınlar tarafından mahremiyet ihlali olarak tanımlanmış ve bu sürecin doğumdan aldığı olumlu deneyimi etkilediği görülmüştür (Orman, 2019; 26. Chaudhury ve ark., 2006; Tarık ve ark., 2018; Sayın, 2018; Arslan ve Demir, 2017). Doğum sırasında yapılan epizyotomi, lavman, vajinal muayene gibi uygulamalarda gösterin mahremiyet kadının doğum sonu mahremiyetini önemli derece etkilemektedir. Hastaneden taburcu olmadan önce, normal ve sezaryen doğum yapan lohusaların doğumdan memnuniyet düzeylerinin incelendiği, 600 lohusayı kapsayan bir çalışmada, doğumda uygulanan lavman sırasında kadınların mahremiyetinin korunmadığını hissetmesi ve bu durumdan kaynaklı da memnuniyet puanlarında düşüş görüldüğü bildirilmiştir (Özcan ve Aslan, 2015). Normal yada sezaryen fark etmeksizin doğumda uygulanan; lavman, vakum, fundal bası yada epizyotomi gibi rutin dışı uygulamalarında mahremiyeti azalttığı gibi doğum sonu memnuniyeti de azalttığı görülmüştür (Özcan ve Aslan, 2015; Güngör ve Beji, 2012).

Aynı zamanda doğum sonrasında emzirme sırasında hastanın tek kişilik odada kalmaması ya da ziyaretçi kısıtlamasının olması da sosyal mahremiyet ihlalinin tanımlanmaktadır. Anne dostu hastane uygulamasına geçişin bu mahremiyet ihlalinin de azaltmaya başladığı görülmektedir. Bu uygulama ile lohusa kendini ev ortamında hissetmekte ve destek istediği refakatçisini de yanına alabilmektedir (Ak ve ark., 2018). Hastane ortamının, hasta ve hasta yakını memnuniyeti ile hastane kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada, anne dostu uygulamasına henüz geçmemiş birimlerde de bu mahremiyet alanının paravan, perde ve ziyaretçi kısıtlaması ile sağlandığı vurgulanmıştır (Dalmış, 2010).

Doğumda psikolojik mahremiyet

Doğumda psikolojik mahremiyet kadının yapılan uygulama katılması ile doğru orantılıdır. Kadının doğum sırasında yapılan uygulamaları bilmesi ve kabul etmesi doğum sürecini daha kolay atlatmasını sağlayacaktır. Doğum sürecinde yapılan uygulamalarda aynı ebeden ya da sağlık çalışanından destek alması, doğum şekli ne olursa olsun, doğum sonu konforu ile doğrudan ilişkili görülmüş ve bu süreçte mahremiyetin sağlanmasının da büyük önem taşıdığı vurgulanmıştır (Aslı ve Yurdakul, 2008; Pınar ve ark., 2009). Aynı zamanda mahremiyetin ihlalinin hastanede ki yatış süresi boyunca kendilerinde rahatsızlık ve huzursuzluk oluşturacağı da vurgulanmıştır (İzgi, 2014; Orman, 2019).

Doğumda Bilgi gizliliği/ mahremiyeti

Bilgi gizliliği hasta hakları açısından büyük önem taşımaktadır. Kişisel bilgilerin hasta- sağlık çalışanı dışında üçüncü bir kişi ile paylaşılması kişisel verilerin korunması kanununun kapsamındadır ve kişinin yasal hakkıdır. Yapılan çalışmalarda bu bilgilerin kişinin en önemli verileri olarak tanımlanması ve tıp etiğinin eğitiminde büyük önem taşıdığı vurgulanmıştır (Avaner, 2018). Doğumda ise bu bilgi gizliliğinin yanı sıra kadına yapılan işlemlerinde açıklanması bilgi mahremiyetini kapsamaktadır. Doğumda annenin süreci bilmesi, kararlara katılımı ve mahremiyetin sağlanması arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Sağlanan mahremiyet artması annenin karara katılması ile ilişkili ve aynı zamanda doğru bilgiye ulaşılmasıyla da sağlık çalışanı arasındaki güvenle de bağlantılı olduğu görülmektedir (Orhan, 2019; Özcan ve Aslan, 2015).

Doğumda sağlanan mahremiyette ve ebelik yaklaşımları

Ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında mahremiyetin tüm basamaklarında büyük önem taşımaktadır. Doğum deneyimi kadının hayatında büyük önem taşıyan bir deneyim olarak tanımladığımızda da bu durum büyük önem kazanmaktadır. Çalışmalarda ebelerin ve sağlık çalışanlarının mahremiyeti koruyarak verdikleri hizmet ile doğum sonu konforu, doğum sonu memnuniyeti ve algılanan olumlu doğum deneyimi arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir (Orhan, 2019; Erbil ve ark., 2008; Özcan ve Aslan, 2015; Aslı ve Yurdakul, 2008). Fizyolojik bir olay olarak tanımlanan doğumun mahremiyet ihlali ile doğasının bozulması ve doğum sürecinin sekteye uğraması görülmektedir. Aynı zamanda doğum sonu emzirmenin de etkileneceği ön görülmektedir (Bekmezci ve Özkan, 2015).

Doğum sürecinde annenin yanında olan ve destek olan ebelerin, anne adaylarının mahremiyetini koruduğunda, gebelerin, kendilerini daha rahat ve güvenilir bir ortamda hissettiği ve böylece doğum sürecindeki ağrıyı da daha az hissettikleri görülmüştür (Bekmezci ve arkadaşları, 2016; Serçekuş ve Okumuş, 2009; Ayers, 2007).

Ebelerin doğum sürecinde kadınlara sürekli antepartum destekte bulunmaları ve bu destek sürecinde de mahremiyeti koruyacak şekilde yaklaşımları doğum sonu memnuniyet ve doğum sonu konforda büyük önem taşımaktadır (Bekmezci ve arkadaşları, 2016). Çalışmalarda kadınlara doğum sürecinde ebelerin verdiği antepartum desteğin ve mahremiyetlerinin korunmasının kadınların doğum sonuçlarını olumlu yönde arttığı görülmüştür (Aksakal, 2010; Altay ve Kefeli, 2012; Ford ve Ayers, 2009; Bekmezci ve arkadaşları, 2016).

Kadınların hem doğumda hem de rutin kontrollerdeki jinekolojik muayenelerde mahremiyetten dolayı yaşadıkları korku, kaygı ve endişe bir sonraki kontrol ve doğum deneyimlerini olumsuz etkilemektedir (Altay ve Kefeli, 2012; Ford ve Ayers, 2009). Ebelerin bu muayenelerde mahremiyeti koruyarak işlem yapması ya da işlem yapılmasına yardımcı olması kadınlar için büyük önem taşımaktadır. Çalışmalarda, ebelerin ve sağlık çalışanlarının jinekolojik muayene işlemi sırasında aceleci davranışları, işlem basamaklarını açıklamamaları ve mahremiyetin korunmaması kadınlar için olumsuz muayene deneyimi olarak görülmüştür (Altay ve Kefeli, 2012; Ford ve Ayers, 2009). Çok uzun yıllar öncesinde de doğumda mahremiyetin önemi yapılan fare deneyleri ile de kanıtlanmıştır. Doğum yapan sıçanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, mahremiyet korunmadığında sıçanların stres ve korku yaşadıkları, bu durumda doğum üzerinde olumsuz bir etki oluşturduğu görülmüştür (Newton ve arkadaşları, 1966).

Normal doğum sürecinin yanı sıra sezaryen doğumda kadının hazırlığı, kişinin verilen kararlara katılma durumu ve bilgilere açık erişiminin sağlanmasında sırasında mahremiyetinin korunması psikososyal açıdan anlamlıdır (Orhan, 2019).

Çalışmalarda annelerin genel hastane memnuniyeti ve doğum memnuniyetine bakıldığında da mahremiyet, bilgi gizliliği, mahrem alanın ihlali ve çalışanların mahremiyet saygısı büyük bir önem taşımaktadır (Özcan ve Aslan, 2015; Orhan, 2019; Arslan ve Demir, 2017).

Bütün bu çerçevede ebelerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonunda yapılan tüm işlemlerde kadını bilgilendirmede, mahremiyeti korumada, hasta veri gizliliğini sağlamada, yapılan muayenelerde de işlem basamaklarını açıklamada, doğum ve doğum sonrası güvenli ve mahrem alanın sağlanmasında etkili olmasının, kadının hem doğum anı hem de doğum sonrası dönemde anksiyete ve stresini azalttığı çalışmalarla desteklenmiştir (Altay ve Kefeli, 2012; Ford ve Ayers, 2009; Aksakal, 2010; Bekmezci ve arkadaşları, 2016; Bekmezci ve Özkan, 2015). Bu süreçte ebelerin mahremiyeti koruyacak; muayene sırasında örtü kullanması, işlem basamaklarını açıklaması, güler yüzlü olması, sürekli doğum desteği sağlaması, kadınlara daha fazla vakit ayırarak şekilde bakım vermesi, acele etmemesi ve veri gizliliğini koruması gibi davranışlarla kadınların yanında olması hem hasta hem de hasta yakını için olumlu bir deneyim olacaktır. Özellikle doğum desteği sırasında sağlanan mahremiyetin, anne, bebek ve aile sağlığı üzerinde olumlu etkiler oluşturacağı görülmüştür (Bekmezci

ve arkadaşları, 2016). Kadın için anneliğe geçişteki en önemli adım olan doğumda mahremiyet hakkı korunmalı ve desteklenmelidir.

Ebelerin doğumda kadınların bilgi gizliliğini koruması, karara katılımlarını sağlaması ve açıklama yapması kadınların doğum deneyimlerini olumlu yönde etkileyeceği gibi onlara mahremiyet hakkı da sağlamış olacaktır.

SONUÇ

Sağlık alanındaki anne çocuk sağlığında kilit noktası olan ebelerin, doğum sırasında, hasta hazırlığı, rutin takip ve tedavi, doğum sonu emzirme desteği ve hasta transportu sırasında tüm mahremiyet ilkelerine uymalı ve bu olanağı kadınlara sağlamalıdır. Kadının bilgi gereksinimini karşılamalı ve bilgi güvenliğini sağlamalıdır. Aynı zamanda da ebelik mesleğinin hizmet içi eğitimlerinde de mahremiyete önem verilmeli ve etik ilkeler doğrultusunda tüm mahremiyet boyutları anne çocuk sağlığı çerçevesinde ele alınmalıdır. Ebelikte mahremiyetin önemini belirleyen iyi tasarlanmış nitel ve nicel çalışmalara ağırlık verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adams, E.D., & Bianchi, A.L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Ak, P.S., Vardar, O. ve Özkan, (2018). S. Anne dostu hastanelerin yaygınlaşması Türkiye için neden önemlidir? *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 25-29.
- Aksakal, O.S. (2001). Psychosocial-medical aspects of gynecologic examination. *Türkiye Klinikleri Journal Of Gynecology And Obstetrics*, 11(2), 62-69.
- Akyüz, E.B. (2008). *Ameliyat Olan Hastalarda Hemşirelik Bakım Uygulamalarının Mahremiyete/ Kişisel Gizliliğe Etkileri Konusunda Hastaların Ve Hemşirelerin Görüşleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akyüz, E. ve Erdemir, F. (2013). Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*, 20(6), 660-671.
- Altay, B. ve Kefeli, B. (2012). The effect of some variables to the level of anxiety of women who came for gynecologic examination. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 5, 134-141.
- Arslan, E.T. ve Demir, H. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumu: nitel bir araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(4), 191-220.

- Eker, A. ve Yurdakul, M. (2008). Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 26-35.
- Avaner, E. (2018). Mahremiyet nedir? Mahremiyetin sağlık hizmetleri penceresinden görünürlüğü nasıldır? What is privacy? How is the visibility of privacy from the health services window? *Methods*, 5(3), 110-116.
- Ayers, S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*, 34(3), 253-263.
- Bekmezci, H. ve Özkan, H. (2015). Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 113-124.
- Bekmezci, H., Özkan, H., ve Koç, Ö. (2016). Annelerin doğum eyleminde algıladıkları mahremiyetin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences*, 1(2), 104-110.
- Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2006). Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment. *Applied Nursing Research*, 19(3), 118-125.
- Aslan Dalmış, K. (2010). *Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde SIPOC Süreç Haritalama Tekniği Kullanılarak Kalite Yönetim Sistemi Basamaklarında Sürekli İyileştirme Uygulamaları*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Daşkan, Z., ve Sevil, Ü. (2017). Kadınlarda jinekolojik muayeneyi engelleyen psikososyal faktörler. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(2), 75-83.
- Diffie, W., & Landau, S. (2010). *Privacy on the line: the politics of wiretapping and encryption*. Mit Press.
- Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam, Y. ve Ergül, N. (2008). Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-13.
- Ford, E. & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal Of Anxiety Disorders*, 23(2), 260-268.
- Gungor, I., & Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28(3), 348-357.
- [Http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=tdk.gts.5d7fdc33418397.25750916](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=tdk.gts.5d7fdc33418397.25750916) Erişim Tarihi: 16.09.2019

[https://www.aneoluncaanladim.com/Yazarlar/36/Hakan-Coker/1034/Dogumda-Mahremiyet-Ve-Guven Erişim Tarihi: 16.09.2019](https://www.aneoluncaanladim.com/Yazarlar/36/Hakan-Coker/1034/Dogumda-Mahremiyet-Ve-Guven-Erisim-Tarihi:16.09.2019)

- İzgi, M.C. (2014). Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri: the concept of privacy in the context of personal health data. *Türkiye Biyoetik Dergisi, (S 1)*, 1-9.
- Kigenyi, O., Tefera, G. B., Nabiwemba, E., & Orach, C. G. (2013). Quality of intrapartum care at Mulago National Referral Hospital, Uganda: clients' perspective. *Bmc Pregnancy And Childbirth, 13(1)*, 162-169.
- Lyon, D. (1997). *Elektronik göz: gözetim toplumunun yükselişi*. Çeviri: Dilek Hattatoğlu İstanbul: Sarmal Yayınevi.
- Mahler, M.S. (2018). *The Psychological Birth of The Human Infant: Symbiosis And Individuation*. Routledge.
- Mohammad, K.I., Alafi, K.K., Mohammad, A.I., Gamble, J., & Creedy, D. (2014). Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International Nursing Review, 61(2)*, 278-284.
- Newton, N., Foshee, D., & Newton, M. (1966). Experimental inhibition of labor through environmental disturbance. *Obstetrics & Gynecology, 27(3)*, 371-377.
- Orman H. (2019). *Doğum Sürecinde Mahremiyet Algısının Anne Memnuniyetine Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özcan, Ş. ve Aslan, E. (2015). Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(1)*, 41-48.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., ve Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi, 36(3)*, 184-190.
- Rachels J. (1997). *Why privacy is important. computers, ethics, and society*. (Eds: M. Ermann, D. Williams). Oxford University Press, 69-76.
- Sayın, D.S. (2013). *Perinatal Hizmetlerde Mahremiyet Algısı*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery, 25(2)*, 155-162.
- Tarık, S., Chauhan, M.N., Ahmed S.E. & Canelo, R. (2018). Patients Perspective On Multiple Vs. Single-Occupancy Rooms in a Busy District Hospital. *Journal of Patient Care, 4(2)*, 1-4.



Yüksel Yakut, E. (2015). *Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

SON DÖNEM SAĞLIK POLİTİKALARININ HEMŞİRELİK MESLEĞİ ÜZERİNE ETKİSİ

Gamze TÜREDİ* , Tuğba ERDOĞAN* , Gökhan ABA** 

ÖZET

Sağlık uygulamaları hizmet kalitesi bakımından standartlaştırılması istenen bir alan olmasına rağmen, gelişmekte olan bir ülke olmamız nedeniyle sağlık politikaları sürekli yenilenmektedir. Yenilenen sağlık politikalarının hemşireler üzerindeki etkisi de kaçınılmazdır. Sözleşmeli personel istihdamı, özelleşme, farklı istihdam alanlarının oluşturulması, performansa dayalı ücretlendirme yapılması, güler yüzlü hizmet anlayışı, kalite kavramının yanlış anlaşılması ve yönetsel değişiklikler meslek üzerinde kargaşa yaratmanın yanı sıra motivasyon düşüklüğüne ve tükenmişliğe neden olmaktadır. Bu derlemede geçmişten günümüze değişen sağlık politikaları ve bu politikaların hemşirelik mesleği üzerine etkileri incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık politikaları, Hemşirelik, Sağlık personeli

THE EFFECT OF LAST TERM HEALTH POLICIES ON NURSING PROFESSION

ABSTRACT

Health policies are constantly being renewed as we are a developing country although health practices are desirable to be standardized in terms of service quality. The effect of renewed health policies on nurses is inevitable. Employment of contracted personnel, privatization, creation of different areas of employment, performance based remuneration, friendly service concept, keeping quality in the forefront and managerial changes cause unrest in the profession as well as low motivation and burnout. This review examines the health policies that have changed from past to present and the effects of these policies on the nursing profession.

Keywords: Health policies, Nursing, Health staff

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde değişen ihtiyaçlar ve artan beklentiler, sağlık ve sağlık politikaları kavramlarını yeniden şekillendirmek zorunda bırakmıştır. Her değişen ve yenilenen sağlık politikasının ardında bu durumdan etkilenen unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlardan birisi de sağlık hizmet sektörünün görünmeyen gücü hemşirelik mesleğidir. Sağlık alanında oluşturulan reform ve programlar ile hemşirelerin mesleki tanımların geliştirilmesi ve yenilenmesi, yeni istihdam alanları oluşturulması, hemşirelik mesleğinden beklentilerin artması bu değişimlere örnek olarak gösterilebilir. Yapılan değişimler doğrudan anlaşılmasa da zaman içerisinde hemşirelik mesleği üzerine etkilerini göstermektedir. Bu çalışma, sağlık politikalarının hemşire sağlık meslek grubunun nasıl etkilendiğini incelemek üzere yapılmıştır. Bundan sonraki politikalarda, başta hemşire meslek grubu olmak üzere diğer sağlık personelinin de politik kararlara katılması ve aktif rol alması için öncülük edeceği düşünülmektedir.

Sağlık, Politika Sağlık Politikası Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; “yalnızca hastalık ya da sakat olmama hali değil beden, ruhen ve sosyal olarak tam iyi olma” halidir (WHO, 2019). Sağlık Hizmetleri ise; insan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi, toplumun bu faktörlerden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve zihinsel yeteneklerini kaybedenlerin rehabilitasyonu için verilen sağlık hizmetidir. (Sağlık Bakanlığı, 2019). Sağlık, hayati olarak görülen hizmetleri ve bölüm yelpazesi geniş, çok kapsamlı hızla ilerleyen bir sistem olması nedeniyle, günümüzde ülkelerin hizmet sektöründe kalkınmasında önemli bir ölçüttür (Atılgan, 2017). Devletin asıl görevi sağlık ve yaşam hakkını güvence altına almaktır. Bu görevi ise politika oluşturarak yerine getirmektedir.

Ülkemiz sağlık sisteminin kurucularından olan Nusret Fişek, politikayı; “bir hizmetin geliştirilmesi için alınacak uygulama kararlarına yön veren ve hükümetlerin bilinçli olarak aldıkları ilke kararlar” olarak tanımlamıştır (Fişek, 1984). Sağlık politikaları, sağlık alanında verimli ve kaliteli hizmet vermek, sağlık hizmet koşullarını daha iyi hale getirmek için alınan kararlardır. Sağlık politikalarının oluşturulma amacı herkesin ulaşabileceği, geniş kapsamlı, mevcut kaynakların ihtiyaca göre dağıtımı ve bunları yaparken her adımı hesaplayabilecek öngörüye sahip olmaktır. Sağlık politikaları, hastalara seçme özgürlüğü sunmakta, faaliyetlerine ve karar alma sürecine dâhil ederek açık politikalar oluşturmaktadır (Bayın & Akbulut, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre açık bir sağlık politikası çeşitli şeyleri başarabilir: Gelecek için bir vizyon tanımlar, bu da kısa ve orta vadede hedef ve referans noktaları oluşturmaya yardımcı olur. Öncelikleri ve farklı grupların beklenen rollerini özetler, uzlaştırır ve insanları bilgilendirir (WHO Health Policy, 2018).

Türkiye’de Sağlık Politikaları

1920-1923 döneminde daha çok savaş yaralarının sarılması, salgın hastalıklar ve çevre sağlığı ile ilgilenilmiş sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt tutulamamıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemelerin bulunmadığı bu dönemde Bakan Adnan Adıvar tarafından, hastanelerde çalışan doktor, hemşire ve yatak sayısı ile ilgili veriler toplanmış ve mevzuat oluşturulmuştur. Bu mevzuatla birlikte 1920’de Sağlık Bakanlığı kurulmuş sağlık hizmetlerinin Türkiye’nin geneline ulaşması sağlanmış ve başlıca görevi ölüm oranlarını azaltmak olmuştur (Akdağ, 2008 & Yalçındağ, 2018).

Sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık tarafından işletilen “devlet görevi” haline gelmiştir. Yeterli sayıda ve eğitimde hemşire bulunmaması nedeniyle Amiral Bristol Hemşirelik Okulu açılmış, eğitilmiş hemşire sayısı arttırılmaya çalışılmıştır. Ancak hemşirelik meslek olarak ele alınmamış, mesleki mevzuat çıkarılmamıştır (Koç Üniversitesi, 2019).

1923-1945 Dönemi sırasında 1929 yılında yaşanan dünya ekonomik krizinin etkisi, 1930’lu yılların başından itibaren Türkiye’de daha disiplinli, dolayısıyla daha planlı bir “devletçilik” modelinin uygulanmasına neden olmuştur. 1930 yılında T.C. Merkez Bankası kurulmuş, Dr. Refik Saydam ile siyaset ve ekonomi anlayışı yeniden devletçi, halkçı çizgiye getirilmiştir (Metintaş & Kayıran, 2011). Sağlık Bakanı Refik Saydam ile sağlık politikalarında dört ilke edinilmiş sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu hekimliğin yerel yönetime bırakılması, yetersiz sağlık personeli temini için tıp fakültelerinin artırılması ve mezunlarına zorunlu hizmet uygulanması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi yönünde düzenlemeler yapılmıştır (Akdağ, 2008).

Sağlık Bakanlığı 1923 yılı verilerine göre, ülkemizde sağlık hizmetleri 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri ve Numune hastanelerinin açılması ile hemşire ihtiyacı artmış, hemşirelik okulları sayısında artış olmuş, hekim dışı personel için kurslar düzenlenmiştir (Akdağ, 2008 & Yalçındağ, 2018).

1946-1960 yılları arasında Dr. Behçet Uz tarafından Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmıştır. Plana göre ülke 7 bölgeye ayrılmış, her bölge sağlık hizmeti açısından yeterli hale gelmesi hedeflenmiştir. Yine bu planda köylüleri sağlık hizmetine kavuşturmayı amaçlayan; her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi ve her 10 köy için bir köy ebesi ve bir sağlık memuru atanmaya çalışılmıştır. Bu planla birlikte aslında sağlığa sosyalleşmenin ilk adımları atılmıştır (Demirel, 2009).

1950 yılı ile 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020’den 8.214’e, hemşire sayısı 721’den 1658’e, ebe sayısı da 1.285’ten 3.219’a yükselerek yüzde yüze varan artış sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu dönemde hemşirelik meslek üyesi sayısında yaşanan yükselme ile birlikte

hemşirelik sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere Hemşirelik Kanunu (1954) çıkartılmıştır. Hemşire olma şartları belirlenmiş, hemşire mesleğinin görev tanımı yapılmıştır (Hemşirelik Kanunu, 2018).

1960-1980 döneminde, darbe sonrası kurulan Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından Sağlık Bakanlığı müsteşarlığına getirilen Dr. Nusret Fişek'e verilen "sağlık hizmetlerini devletleştireceğiz, hazırlık yapın" mesajı sonrası MBK ile iletişime geçen Fişek MBK'nin bir sağlık politikası olmadığını anlamış ve bunu kendine görev bilip bir taslak hazırlamıştır (Aksakoğlu, 2008). Dr. Nusret Fişek'in hazırladığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Sosyalleştirme Dönemi" başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Sağlıkta sosyalleştirme döneminde halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilerek sağlık çalışanlarını ülkenin dört bir yanına eşit ve adaletli bir şekilde dağıtılması istenmiştir. Bu durumda daha az kalkınmış olan ve sağlık çalışanlarının gitmek istemedikleri yerlere zorunlu görevlendirmeler yapılmış, sağlık çalışanları bu bölgelerde tutmak ve teşvik etmek için ödüllendirmeler yapılmış ve bazı imkânlar sağlanmış. Politikaların uygulamasında yetersizlik, uygun ortamın sağlanmaması, iki başlılık karmaşa yaratmış, istenilen dağılım sağlanamamıştır. Sağlık hizmetlerinin yerleşimlerin yerlerinin uç köşelerine ulaşımı yeterli olmamıştır (Akdur, 2019).

Günümüz Türk Sağlık Politikalarında Hemşirelik

Günümüz sağlık politikalarının hemşirelik mesleği üzerinde çeşitli etkileri vardır. Bu etkiler aşağıdaki başlıklarda toplanabilir:

Hemşirelik Kanunu Ve Yönetmeliğindeki Değişimler

1954 yılında çıkarılan Hemşirelik Kanunu'nda hemşirelik tanımı yapılmış ve hemşirenin hakları ve görevlerinden bahsedilmiştir. Bu kanuna dayanarak çıkarılan yönetmelikte ise hemşirenin görevleri ve yetkileri ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Son yıllarda bu kanun ve yönetmeliklere yapılan değişiklikler şöyledir:

Hemşirelik mesleğinin tanımı değiştirilerek Türk Kadını yerine Türk vatandaşı kavramı getirilmiştir. Böylece hemşirelik mesleği sadece kadınların yapabileceği bir meslek grubu olmaktan çıkmış, cinsiyet ayrımı gözetilmemiştir. Ayrıca hemşirelik eğitimine eş değer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar da hemşire olarak çalışabilme yolu açılmıştır

Diğer bir değişiklik ise uzman hemşirelik tanımı yapılmasıdır. Bu değişim ile hemşirelik mesleğine bilim uzmanlığı tanınmıştır. Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alma hakkına sahip olmuşlardır.

Kanun değişiminde yönetim ile ilgili değişiklikler de yapılmıştır. Başhemşirelik ve sorumlu hemşirelik gibi yönetsel görevlerde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin rüçhan hakları elde etmişlerdir (Hemşirelik Kanunu,2018).

Sözleşmeli Personel İstihdamı

2003 yılında yürürlüğe giren 4924 sayılı kanun ile “eleman temininde günlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli” tanımlanmış ve hemşirelik mesleğine sözleşmeli personel alımı başlamıştır. Bu kanun ile sözleşmeli personel sayısında çok fazla artış yaşanmıştır. Sözleşmeleri personellerin istihdamı ile ihtiyaçlar giderilmiş olarak gözükmese de çalışma şartları uygun gelmeyen hemşireler 657 sayılı kanuna tabii olabilmek için sözleşmelerini feshetmektedirler. Eksik istihdam devam etmektedir. 657 sayılı kanuna tabi olan hemşireler ile 4B sözleşmeli hemşireler arasında özlük hakları ayrımı kargaşa yaratmaktadır (Seren & Yıldırım, 2013).

Hemşireler 657 sayılı yasanın 4/A fıkrasına tabi kadrolu, 4B fıkrasına tabi sözleşmeli, Üniversite vakfının elemanı olarak sözleşmeli, aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanı olarak sözleşmeli, 4924 sayılı yasaya tabi sözleşmeli, kâğıt üzerinde taşeron temizlik firmasının elemanı olarak görünen hemşire ve vekil hemşire olmak üzere, yedi farklı statüde istihdam edilebilmekteydi. Kadrolu kamu istihdamı biçimlerinden farklılaşan yeni istihdam biçimlerinin ortaklaştığı nokta ise güvencesizliktir. 632 sayılı KHK ile 4B sözleşmeleri personelin memur kadrosuna geçiş yolu açılmış, mevcut güvence sorunlarının azalacağı düşünülmüştür. Ancak sözleşmeli personel alımı günümüzde devam etmektedir (Ulutaş, 2011).

Vekil Hemşire İstihdamı

2005 yılında 657 sayılı Kanun’un 86. Maddesi üzerine ek yapılmış, vekil hemşirelik mevkisi oluşturulmuştur. Aile sağlığı merkezi uygulaması ile tercih edilmeyen kadroları doldurmak için geçici sürelidir. Bu uygulama ile yapılacak atamalarda kriterler belirlenmemiş olup, objektif davranılmayacağı ayrımcılık yapılacağı düşüncesi oluşmuştur. Ayrıca vekil olarak atanan hemşire maaşı oldukça düşüktür. Ve iş güvencesi azdır (Türk Sağlık Sen, 2006).

Özelleştirme ile Hemşire İstihdamı

Sağlıkta dönüşüm programı ile gelişen kalite anlayışı özel sağlık sektörünü gündeme getirmiştir. Hemşire meslek üyelerinin özel sektöre bu alana sağlık çalışanlarının ilgisi her geçen gün artmıştır. 1994 yılından Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlangıcına kadar olan yıllar arasında özel sektörde hizmet sunan sağlık çalışanlarının sayısı kamuda %24, özelde %77 oranında artmıştır. “Sağlıkta

Dönüşüm Programı” sonrasında ise, kamuda %57, özel sektörde ise %278 oranında artış meydana gelmiştir (Etiler, 2011).

Yurtdışında yapılan bir çalışmada özelleştirme ile birlikte hasta sayısının arttığı, hemşire sayısının azaldığı ve iş yükünün arttığı vurgulanmış, ayrıca çalışanların geleceklerinden endişe ettikleri belirtilmiştir. (Engström & Axelsson, 2010). Diğer bir araştırmada ise, gelişmekte olan ülkelerde özelleştirmenin düşük maaşların yanında başka sorunlara da yol açtığını göstermektedir. Toplum sağlığı merkezi hemşirelerinin moral düzeylerinin düşük olduğunu hizmet verirken içerisinde buldukları koşulların zorluklarını ve bu zorlukları çözmek için anlatacak kimseyi bulamadıkları görülmüştür (Segall, 2000)

Performansa Dayalı Ödeme Yöntemi

1961 yılında çıkan 209 sayılı Kanun ile birlikte başlayan döner sermaye uygulaması hastanelerin belirli gereksinimleri karşılamak için amacıyla başlayıp daha çalışanlara ek ödemeler olarak uygulaması olarak devam etmiştir. Az miktarda başlayan bu ek ödemeler zaman içerisinde sağlık çalışanlarının aldığı maaş içinde büyük bir pay oluşturmuştur (Etiler, 2011).

Performansa dayalı ödeme sisteminde, 5120 tıbbi işlem belirlenmiş ve puanlanmıştır. Hekimler tarafından doğrudan yapılan ve sonuçlandırılan girişimler puanlandırılırken, diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan işlemlerde puanlandırma yapılmamıştır. Örneğin; koroner arter bypas 2500 puan, psikiyatri muayenesi 30 puan, enjeksiyon 0 puan gibi (Erkan, 2011 & Sağlık Bakanlığı, 2018)

Bu durum bazı olumsuzlar ortaya çıkarmıştır. Çalışanlar arası çıkan çıkar çatışmaları, performans ücretlerinin net maaşa yansıtılmaması ve çalışanların aldığından daha düşük maaşlı gösterilmeleri hemşirelerin emeklilik ücretleri açısından da büyük sıkıntılar yaratmaktadır_(Kablay, 2014).

Hemşirelerin maaşlarının günümüz dünyasında iyi bir yaşam kalitesi için gerekli olan miktarın altında olduğu görülmektedir. Diğer sağlık personelinin ise yaptıkları işler sistemde hiç gözükmemekte yani ölçütlerin dışında tutulmaktadır. Bu durumda sağlık da üretici gücün hekimler olduğu gibi bir yanılğı da yaratmaktadır (Kablay, 2014).

Feminizasyon

Literatürde işgücünün feminizasyonu, genelde işgücünün yarısı hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanında ise geçmişten beri işgücünün yarısı, hatta daha fazlası kadınlardan oluşması alışıldık bir durum olmasına rağmen, feminizasyonun giderek artması dikkat çekmiştir (Urhan & Etiler, 2011).

Sağlık alanında uygulanan neoliberal politikalar nedeniyle çalışma koşullarının ağırlaşması, iş güvencesinin azalması ve emeğin değersizleşmesi bu sektördeki erkek çalışanları diğer sektörlere itmiş, sağlık sektörün çalışan kadın sayısı gitgide artmıştır. Bu durum sadece Türkiye için değil, Avrupa ülkeleri içinde geçerli olmuştur (Urhan & Etiler, 2011). Bu durum hemşirelerin, olumsuz çalışma koşullarında destek mekanizması olarak yer almasına neden olmuştur. (Öztürk & Ergüneş, 2011).

Aile Sağlığı Merkezinde Hemşire İstihdamı

2004 yılında “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kabul edilmesiyle birlikte hekimler kendi hesaplarına çalışan bir statüye geçerken, aile sağlığı elemanı olarak tanımlanan sağlık çalışanları (hemşire, ebe, sağlık memuru) aile hekiminin yanında çalışan bir işçi halini almıştır (Çakıroğlu & Seren, 2016). Bu sistem hemşirelerin hekimin isteğine bağlı olarak istihdam edilmesinin önünü açmıştır (Sönmez & Sevindik, 2013).

Aile hekimliği uygulamasına geçiş sürecinde hemşireler, esas kadrolarından ayrılmadan ücretsiz izinli gösterilerek aile hekimliğine geçirilmişlerdir. Bu durum hemşirelerde, uygulamaya alışamama ve asıl iş yerinden ayrılma gibi nedenler ile adaptasyon sorunlarına ve motivasyon düşüklüğüne neden olmuştur. Yapılan araştırmalarda hemşirelerin memnuniyetsizlik nedeni olarak iş tanımlarının sadece mesleki görevler ile sınırlı olmaması, ASM’ de mesleki doyuma ulaşamamaları, yardımcı sağlık personeli gibi hissetmeleri gibi nedenler yer almaktadır (Sönmez & Sevindik, 2013).

Aile sağlığı elemanı olarak çalışan hemşireler yetersiz istihdam olması durumunda daha fazla hemşirenin yapması gereken iş yoğunluğunu tek başına üstlenmektedir. Bu da hemşirelik meslek grubunun mesleki statüleri ve özerkliklerini yok etmiş, mesleğin kimliksizleştirilmesine yol açmıştır (Nalbantoğlu, 2011).

Nitelikli ve Etkili Sağlık Sistemi İçin Hemşire Emeği Sömürüsü

Kaliteyi arttırmaya çalışan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, hastaların müşteri olarak değerlendirilmesine ve müşteri memnuniyetinin ilk sıraya yerleştirilmesine neden olmuştur. Müşteri istek ve ihtiyaçlarını tatmin etme, hastaya yapılacak tetkik, tedavi uygulamalarıyla eş değer hale gelmiştir (Öztürk & Ergüneş, 2011). Sistem iyileştirilmesi için oluşturulan hasta hakları, istekleri dilekçe şikâyet uygulaması yanlış anlaşılmalı, yersiz ve zamansız istekleri doğrultusunda kurum ve sağlık personelini şikâyet etmeye başlamıştır. Şikâyetler hemşireler üzerinde baskı kurmuş ve yönetim tarafından incelenmeksizin performansa yansıtılmıştır. Hemşirelerin mesleğine yabancılaşmasına ve baskıya neden olduğu için “Nitelikli, Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite” ilkesinin tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir (Özdemir, 2016).

Kalite uygulamaları ile artan formlar, hemşireler üzerinde iş yükünü arttırmıştır. Hastaya bakım vermek için ayrılan zaman daraltılarak kalite emirlerini yerine getirmek durumunda kalmışlardır. Hizmet bakım kalitesinde azalmalar yaşanmıştır (Ulutaş, 2011).

Özel Sektör ve Estetik Emek

Çalışma hayatında özellikle hizmet alanında, iş bulma ve işin devamlılığı için beden estetik görünümü önem kazanmıştır. Bilgi ve teknoloji kullanma becerisi başarı için gerekli olsa da rekabet ortamında dış görünüm ile bütünleşmediği sürece ön plana geçmemektedir. Estetik emek; çalışma ortamında ticari amaçlar için bedende fiziksel düzenlemeler kullanılmasına, bedenin cisimleştirilmesine neden olmaktadır (Çetin, 2009).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastaneler işletme mantığına bürünmekte ve işletme ilkelerine göre hareket etmektedir. Kadınların çoğunlukla yer aldığı sağlık sektöründe görselliğe önem verilerek, hemşire iş başvuru formlarında fiziksel özellikler sorgulanmaktadır. Bazı hastanelerde işe alım sürecinde fiziksel özellikler ve sevecenlik sempatiklik cazibe de değerlendirilmekte, çalışanlarda aranan özellik haline gelmiştir (Ulutaş, 2011).

Başhemşirelikten Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğüne

663sayılı KHK ile geleneksel başhemşirelik makamı yerini sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bırakmıştır. Şuan ki mevcut sağlık bakım hizmetleri müdürleri hemşire olsa da kanunda bu pozisyon koşullarında mesleki sınırlamama yapılmamıştır. Bu da herhangi bir üniversitenin 4 yıllık lisans mezununun gelebileceği ihtimalini yaratmaktadır. Sağlık alanında herhangi bir bilgi ve tecrübeye sahip olmayan kişilerin bu kadrolara gelmesi sağlık gibi kritik bir alanda karmaşaya neden olabilecektir (Resmi Gazete, 2019).

Sağlık bakım hizmetleri müdürü olabilmek için hemşirelik şartı aranmamakta ve meslek sınırlaması yapılmamaktadır. Bakım hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi, bakım hizmeti için gerekli ilaç malzeme sarfın temini, güvenliği hazırlığı, temizliği, dezenfeksiyonu sterilizasyonu, sağlık bakım hizmeti veren personelin eğitimi, gelişimi, değerlendirilmesi, denetlenmesi gibi görevleri bulunmaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2019).

Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Hemşireler

SDP ilkelerinden biri olan sağlık personelinin bilgi beceri düzeyinin artırılıp yüksek motivasyonla çalışma hemşirelik kanununa girmiştir. Yasal olarak hemşirelikte uzmanlaşma tanımlanmıştır, uzman hemşire olma kriterleri belirlenmiştir. Yüksek lisans ve doktora programları açılmış, alana ve uzmanlığa göre istihdamın yolu açılmıştır. Sertifika programları ile nitelikli hemşire

sayısının yükseltilmesi amaçlanmıştır. Böylece, hemşirelik uygulamalarında malpraktisin engellenmesi hedeflenmiş, hemşirelere kariyer planlama olanağı sunulmuştur (Torun, 2015).

Kaya ve Doğru' nun (2019) ameliyathane hemşireleri üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada ise hemşirelerde motivasyonun bazı faktörlere göre değiştiği gözlemlenmiş, 11-15 yıl arasında çalışma süresi olan, ilerleme fırsatının olduğu birimlerde çalışan, önlisans mezunu olan hemşirelerin yüksek motivasyona sahip olduğu görülmektedir (Kaya & Doğru, 2019).

Gürsoy'un (2017) yapmış olduğu çalışmada özel hastane ile eğitim araştırma hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin motivasyon düzeyi karşılaştırılmıştır. Her iki hastane hemşirelerinin motivasyon düzeyinin yüksek olduğu görülmüş, buna rağmen tatmin edici olmadığı düşünülmüştür (Gürsoy, 2017).

Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyi üzerinde yapılan çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin motivasyon düzeyleri puanları incelendiğinde “orta” düzeyde olduğu saptanmıştır (Tan, Polat, Şahin, & Genç, 2015).

Yüksel' in (2015) hastane yöneticilerinin iletişim becerilerinin hemşirelerinin motivasyon ve tükenmişlik düzeyine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; hemşirelerin genel iletişim becerilerinin motivasyon düzeyini arttırdığı, tükenmişlik düzeyini ise azalttığı görülmektedir (Yüksel, 2015).

Doğrudan insana hizmet veren, hizmetin kalitesinde insan etmeninin çok önemli bir yere sahip olduğu aşikârdır. Hemşireliğin hizmet alanı, sağlıklı ya da hasta birey veya yakınları, toplum, dolayısı ile insandır (Kaya, Kaya, Ayık, & Uygur, 2010). SDP, kaliteyi arttırmak amacı ile diğer bir emri olan güler yüzlü hizmeti müşteri memnuniyeti için koşul saymıştır. Hemşirelerden her zaman her koşulda güler yüz beklenmektedir (Ulutaş, 2011).

Sağlık ekibi içinde hasta bakımında ön planda yer alan hemşireler; insan hayatı ile doğrudan ilgili olması, hatanın kabul edilemez olduğu uygulamalarda bulunması, zaman baskısı, teknolojinin yoğun kullanımı, çok fazla kişi ile sürekli iletişim halinde olması, çatışmalara müsait bir ortamda çalışması, iş yükünün fazla olması gibi birden fazla stres oluşturan etmenle karşı karşıya kalmaktadır (Kaya, Kaya, Ayık, & Uygur, 2010). Ayrıca sistemsel hatalardan kaynaklanan müşteri memnuniyetsizliğinin de ilk kurbanları olmaktadır (Ulutaş, 2011). Bu durumlar hemşirelerde tükenmişliğe neden olmakta ve sinirlilik hali, öfke, hayal kırıklığı ve suçluluk duygusu hissetme, anksiyete, kızgınlık ve sabırsız duygularını da beraberinde getirmektedir (Kaya, Kaya, Ayık, & Uygur, 2010).

Yeni İstihdam Alanları

Toplum sağlığı merkezine bağlı açılması planlanan Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) doktor, hemşire, diyetisyen ve spor eğitmeni yer alması planlanmaktadır (Beşiktaş Belediyesi, 2019). Bünyesinde beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite, kronik hastalık yönetimi, sağlıklı yaşlanma danışmanlığı, kadın ve üreme sağlığı, gebe sınıfı, evlilik öncesi danışmanlık, sigara bırakma polikliniği, okul sağlığı ergen sağlığı hizmetleri, enjeksiyon-pansuman hizmetleri, tansiyon ölçüm hizmetleri gibi birimler yer almaktadır. Bu da hemşirelere yeni istihdam alanı oluşturmaktadır (Beşiktaş Belediyesi, 2019).

Sağlık alanında kamunun finansal açıdan yetersiz kaldığı yerleri özel sektörün tamamlaması amacıyla şehir hastaneleri oluşturulmuştur. Maliyetlerin artması ve gelirlerin ve gider dengesinin kurulamaması daha düşük ücret rejimine sahip hizmette taşeronlaşmayı arttıracığı düşünülmektedir. Aynı zamanda döner sermaye ödemelerinin tüm masraflar düşüldükten sonra geriye ödenek kalmaması hemşireler üzerinde motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır.

Sağlık turizminin etkisiyle sağlık hizmeti almak isteyen turistlere yabancı dil bilen hemşire istihdamı ve yabancı uyruklu hemşire alımı planlanmaktadır (Türk Sağlık-Sen, 2017).

Tüm bu gelişmelere rağmen 1 Mart 2019 tarihinde yayınlanan diyaliz merkezleri hakkında yönetmeliğe göre diyaliz birimlerinde değişiklikler yapılmıştır. Eski yönetmeliğe göre diyaliz hemşireliği sertifikasına sahip olan hemşirelerin çalışabilmekteydi. Ancak yeni yönetmelikte diyaliz sertifika eğitim programından hemşirelerin çıkarıldığı görülmektedir. Hemşirelerden alınan istihdam alanı diyaliz teknikerlerine verilmektedir (Resmi Gazete, 2019).

SONUÇ

Sağlık sektöründe yenilenme sürecinde politika değişimi sürekli görülen bir olgudur. Ancak politikalar oluşturulurken etkilenen her meslek üyesi dikkate alınmalı ve hakları korunmalıdır. Hemşirelik mesleği sağlık sektöründe madalyonun görünmeyen yüzüdür ve büyük bir bölümünü kaplamaktadır. Sağlık sektöründe özellikle de hemşirelik mesleğini etkileyen politikaları oluştururken hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının alınan bu kararlara katılmamaları kararların ve yeniliklerin uygulama sürecinde karışıklıklara ve çalışan memnuniyetsizliklerine yol açmakta, iş verimini ve kalitesini düşürmektedir. Bu nedenlerle sağlık politikalarının karar alma aşamalarına hemşirelik mesleği üyelerinin de yer alması son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Erişim tarihi 06.01.2019
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf4>
- Akdur, R. (2019). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık*. Sözel Bildiri, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara .
- Aksakoğlu, G. (2008). Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 8, 7-62.
- Atılgan, Y. (2017). *Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bayın, G. ve Akbulut, Y. (2012). Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 115-132.
- Beşiktaş Belediyesi. (2019). *Sağlık Hizmetleri*, Erişim tarihi 05.01.2019
www.besiktas.bel.tr/ProjeDetayi/13174/saglikli-yasam-merkezi
- Çakıroğlu, O.Ç. ve Seren, A.K. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerine etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 37-43.
doi:10.5222/SHYD.2016.037
- Çetin, E. (2009). Çalışma yaşamında bedenin değişen görünümü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6, 73-83.
- Demirel, H. (2009). Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, Erişim tarihi 05.01.2019 <http://www.sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikalari.aspx>
- Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. *Maliye Dergisi*, 160, 423-437.
- Engstörn, A.K. & Axelsson, R. (2010). The double spiral of change - experiences of privatization in a Swedish hospital. *The International Journal of Health Planning and Management*, 25(2), 156-68.
- Etiler, N. (2011). Neoliberal politikalar ve sağlık emek gücü üzerindeki etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 2-11.
- Fişek, N. (1984). Prof. Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış yazıları - I. Türk Tabipler Birliği. Erişim tarihi 06.01.2019 http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html
- Halk Sağlığı Müdürlüğü (2019). Sağlıklı Hayat Merkezleri. Erişim tarihi: 25.11.2019.
<https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>

- Hemşirelik Kanunu. (2018). Türk Hemşireler Derneği. Erişim tarihi: 04.01.2019
<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yasa/hemsirelik-kanunu.aspx>
- Gürsoy, İ. (2017). *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri Ve İş Verimlilikleri Arasındaki İlişki*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kablay, S. (2014). Performansa dayalı döner sermaye uygulaması ve sağlık çalışanlarına etkisi. *İş Güç Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 16(4), 85-110.
- Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S.E. ve Uygur, E. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 401-419.
- Kaya, Z., ve Doğru, E. (2019). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin incelenmesi. Acıbadem Hemşirelik. Erişim tarihi 04.01.2019
http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/4.pdf
- Metintaş, M. ve Kayıran, M. (2011). Refik Saydam hükümetleri döneminde Türkiye'nin dış politikası (1939-1942). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 289-313.
- Koç Üniversitesi. (2019). Tarihçemiz. Erişim tarihi: 05.01.2019
<https://nursing.ku.edu.tr/hakkimizda/tarihcemiz/>
- Nalbantoğlu, D. (2011, Mayıs). *Sağlıkta dönüşüm politikalarının kadın sağlık çalışanlarının çalışma biçimlerine etkisi*. Sözel Bildiri, Sağlıkta Kadın Emegi Sempozyumu, Denizli.
- Özdemir, G.Y. (2016). Dönüşümün köşe taşları: kamu hizmeti ve sağlık emek süreci. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 30, 8-11.
- Öztürk, M.Y., ve Ergüneş, N. (2011, Mayıs). *Türkiye'de kadın istihdamı ve kadın emeği: sağlık sektöründe kadın emeği ipuçları*. Sözel Bildiri, Sağlıkta Kadın Emegi Sempozyumu, Denizli
- Resmi Gazete. (2019). *Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik*. Sağlık Bakanlığı. Erişim tarihi 05.01.2019 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-4.htm>
- Resmi Gazete. (2019). *Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri*. Erişim tarihi 05.01.2019 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık Bakanlığının Tarihçesi*. Erişim tarihi 06.01.2019
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Tıbbi İşlemler Yönergesi*. Erişim tarihi 14.11.2019
<https://khgmekodemdb.saglik.gov.tr/TR,43364/tibbi-islemler-yonergesi.html>

- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. Erişim tarihi 05.01.2019 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>
- Segall, M. (2000). From cooperation to competition in national health systems and back?: impact on professional ethics and quality of care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 15(1), 61-79.
- Sönmez, M.O., ve Sevindik, F. (2013). Sağlıkta dönüşümün sağlık personeli üzerine etkisi: aile sağlığı elemanı olmak. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 12(1), 43-48.
- Tan, M., Polat, H., Şahin, Z.A., ve Genç, F. (2015). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri ve hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4, 10-17.
- Torun, N. (2015). *Hemşirelerde uzmanlaşma ve branşlaşma*. Sözel Bildiri, Sağlık-Sen Hemşirelik Sempozyumu, Ankara.
- Türk Sağlık Sen. (2006). Vekil ebe ve hemşirelik bilgi notu. Türk Sağlık Sen. Erişim tarihi 06.01.2019 https://www.turksaglikxen.org.tr/vekil-ebe-ve-hemsirelik-bilgi-notu_arsiv_3899
- Türk Sağlık-Sen. (2017). Türkiye' de şehir hastanelerinin serüveni. *Nefes Dergisi*, 32, 38-41.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (2012). Erişim tarihi 06.01.2019 https://www.istabip.org.tr/ebulten/son/bulten_2012_22/khbtasrateskilati.docx
- Ulutaş, Ç.Ü. (2011). *Sağlıkta dönüşümün kadın sağlık çalışanlarına temel yansımaları*. Sözel Bildiri, Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyumu, Denizli.
- Urhan, B. ve Etiler, N. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2(29), 191-216.
- WHO. (2018). *WHO Health Policy*. Erişim tarihi 06.01.2019 https://www.who.int/topics/health_policy/en/
- WHO. (2019, 01.01). *WHO*. Erişim tarihi 06.01.2019 <https://www.who.int/about/mission/en/>
- Yalçındağ, İ. K. (2018). *Türkiye'de 1950-1960 Dönemi Sağlık Politikaları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Yüksel, Ö. (2015). *Hastane Yöneticilerinin İletişim Becerilerinin Hemşirelerinin Motivasyon Ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.