

sağlık akademisyenleri

Health Care Academician Journal

DERGİSİ

YIL: 2020 CİLT: 7 SAYI: 3 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

ISSN: 2148-7472

"Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar"

- Hemşirelik bölümü öğrencilerinin mesleki kişilik tipleri ile mesleğe yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Akılcı ilaç kullanımı: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma
- Relationships between pharmaceutical expenditures and life expectancy: Assessment for Turkey and OECD countries
- Jinekolojik muayene olan kadınların deneyimleri: Gümüşhane örneği
- Dış laboratuvar hizmetleri alımı ve laboratuvar fason hizmet üretiminin muhasebe işlemleri açısından değerlendirilmesi
- HIMSS-EMRAM seviye 7 tam dijital hastanede klinik karar destek sistemleri analiz örneği
- Dijital yakalı sağlık çalışanlarının iş yaşamından beklentileri üzerine nitel bir araştırma
- Geçmişten günümüze ebelik eğitimi
- Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması
- KOAH tanısı ile izlenen bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu)



KÜNYE

Dergi Adı	SAĞLIK AKADEMİSYENLERİ DERGİSİ
ISSN	Print : 2148-7472 Online : 2636-757
Ana Tema	Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar
Yayın Türü	Sürelili Yayın, 3 Ayda Bir Yayınlanır
İmtiyaz Sahibi	DÜNYA BİLİMSEL ARAŞ. YAY. PROJ. KONG. ORG. SAN. T.C. LTD. ŞTİ.
İrtibat	Tel : 0312.419 86 50 - 467 14 24 Fax : 0312.419 86 49 www.dunyacongress.com
Başeditör	Prof. Dr. Seval AKGÜN SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği, Başkan - TÜRKİYE
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Müzeyyen BAYDOĞRUL muzeyyen@dunyacongress.com / 0507.291 59 49
Abone ve Reklam Sorumluları	Havva ÇAKMAK bilgi@dunyacongress.com / 0545.231 31 00
Baskı ve Tasarım	AYDEDE MATBAASI, Hüseyin AYDIN ve Serdal DEDEOĞLU Kazım Karabekir Cad. N:93/36 -37 İskitler - ANKARA
Açıklama	<p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014 yılında yayın hayatına başlayan çok geniş bir uluslararası bilimsel danışma kurulu ile yayın hayatına devam eden, Uluslararası Hakemli bir dergi olup, sağlık bilimleri alanında yapılan araştırmaları yayımlama ve bilim insanlarının hizmetine sunmayı amaçlamaktadır.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yer alan makale ve yazı metinleri ve makalelerin sorumluluğu yazarların kendisine aittir.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi yılda dört kez yayımlanmaktadır.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi açık erişimli bir dergi olup, “Asos, Türkiye Atıf Dizini, Arastirmax ve Sobiad” tarafından indekslenmekte olup, diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlarla alan indeks çalışmaları devam etmektedir.</p>

BİLİMSEL HEYET**BAŞEDİTÖR**

PROF. DR. SEVAL AKGÜN
 SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Ankara, Türkiye

EDİTÖRLER

DR.ÖĞT. ÜYESİ ALİ ARSLANOĞLU
 SBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi AD., İstanbul, Türkiye
 aliarslanoglu18@gmail.com

ÖĞT. GÖR. SELAHATTİN TUNCER
 SBÜ Gülhane SMYO, Ankara, Türkiye
 selahattin.tuncer@sbu.edu.tr

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

A.F. AL-ASSAF, ABD
 ABDALLAH EDDAAL, SUUDİ ARABİSTAN
 ABDURRAHMAN ŞİMŞEK, TÜRKİYE
 ADEM SEZEN, TÜRKİYE
 AHMED AL-KUWAITI DEAN, SUUDİ ARABİSTAN
 ALİ ARSLANOĞLU, TÜRKİYE
 ALİ ERDOĞAN, TÜRKİYE
 ALİ EKŞİ, TÜRKİYE
 ALİ ÜNAL, TÜRKİYE
 ALPER GÜZEL, TÜRKİYE
 ALLAN KRASNİK, DANİMARKA
 ALLEN C. MEADORS, ABD
 ANTONIO CHIARENZA, İTALYA
 ARILD AAMBO, NORVEÇ
 ATILLA ARAL, TÜRKİYE
 ATTILA DOBOS, MACARİSTAN
 AUSTIN LEAHY, BİRLEŞİK KRALLIK
 AYSUN YILMAZLAR, TÜRKİYE
 BAKR NOUR, ABD
 BEATRİZ PADILLA, PORTEKİZ
 BERNA DİNÇER, TÜRKİYE
 BİRKAN TAPAN, TÜRKİYE
 BURCU AYKANAT GİRGİN, TÜRKİYE
 BÜNYAMİN ÖZGÜLEŞ, TÜRKİYE
 CARIN BJÖRNGREN, İSVEÇ
 CEM DİKMEN, TÜRKİYE
 CHARLES BRUNEI, FRANSA
 CHARLES D SHAW, BİRLEŞİK KRALLIK
 ÇAĞATAY GÜLER, TÜRKİYE
 DATO' SHEIKH OMAR ABDUL RAHMAN, MALEZYA
 DAVID INGLEBY, HOLLANDA
 DINA BAROUDI, SUUDİ ARABİSTAN
 DİLAVER TENGİLİMOĞLU, TÜRKİYE
 DİNA BAROUDİ, ALMANYA
 EDA AKTAŞ, TÜRKİYE
 ELİF DÖNMEZ TEMUÇİN, TÜRKİYE
 ELVAN YILMAZ AKYÜZ, TÜRKİYE

EMEL FİLİZ, TÜRKİYE
 EMİNE ORHANER, TÜRKİYE
 ERDAL AKALIN, TÜRKİYE
 FATİH ORHAN, TÜRKİYE
 FATİH ÖZBEY, TÜRKİYE
 FIMKA TOZİJA, MAKADONYA
 GAMZE TEMİZ, TÜRKİYE
 GÜNSELİ UZUNHASANOĞLU, TÜRKİYE
 GÜRBÜZ AKÇAY, TÜRKİYE
 GÜVEN BEKTEMUR, TÜRKİYE
 GÖKHAN OSMAÑOĞLU, TÜRKİYE
 HARİKA ŞEN, TÜRKİYE
 HENRIETTE SINDING, NORVEÇ
 HESHAM NEGM, MİSİR
 HÜLYA SARAY KILIÇ, TÜRKİYE
 IŞIL ARSLAN, TÜRKİYE
 İBRAHİM HALİL KAYRAL, TÜRKİYE
 İSMAİL ÜSTEL, TÜRKİYE
 JÜLİDE YILDIRIM ÖCAL, TÜRKİYE
 KADRIYE KAHVECİ, TÜRKİYE
 K. R. NAYAR, HİNDİSTAN
 KEZİBAN AVCI, TÜRKİYE
 KHALID AL-AIBAN, SUUDİ ARABİSTAN
 KHALID ESKANDER, SUUDİ ARABİSTAN
 LINAS SUMSKAS, LİTVANYA
 MANUEL GARCÍA RAMÍREZ, İSPANYA
 MARTİN RUSNAK, AVUSTURYA
 MECİT CAN EMRE ŞİMŞEKLER, İNGİLTERE
 MEHMET ÇETİN, TÜRKİYE
 MEHMET N.KURUTKAN, TÜRKİYE
 MENDERES TARCAN, TÜRKİYE
 METE EDİZER, TÜRKİYE
 MOHAMAD-ALİ HAMANDİ, LÜBLAN
 MONTHER LETAİF, TUNUS
 MUHAMMED EMİN DEMİRKOL, TÜRKİYE
 MUSTAFA BERKTAŞ, TÜRKİYE
 MUSTAFA KEMAL BALCI, TÜRKİYE
 NEFİSE BAHÇECİK, TÜRKİYE
 NEVZAT KAHVECİ, TÜRKİYE

NIECK KLAZINGA, HOLLANDA
 NADİRE ERCAN TOPTANER, TÜRKİYE
 NİLAY GEMLİK, TÜRKİYE
 OLIVER RAZUM, ALMANYA
 ÖZLEM İBRAHİMOĞLU, TÜRKİYE
 PELİN YILIK, TÜRKİYE
 RASHID BIN KHALFAN AL ABRI, UMMAN
 RAZVAN CHERECHES, ROMANYA
 REHAT FAİKOĞLU, TÜRKİYE
 ROBERT BROYLES, ABD
 SAKINA ISMAYİLOVA, AZERBEYCAN
 SEBAHATTİN TEKİNGÜNDÜZ, TÜRKİYE
 SELAHATTİN AKYÜZ, TÜRKİYE
 SELAHATTİN TUNCER, TÜRKİYE
 SELİN ERTÜRK ATABEY, TÜRKİYE
 SEMRİN TİMLİOĞLU, TÜRKİYE
 SERDAL KEÇELİ, TÜRKİYE
 SEZER KORKMAZ, TÜRKİYE
 SÜLEYMAN YILMAZ, TÜRKİYE
 ŞEFİK GÖRKEY, TÜRKİYE
 ŞEMSETTİN VAROL, TÜRKİYE
 ŞUAYIP BİRİNCİ, TÜRKİYE
 TAWFIK KHOJA, SUUDİ ARABİSTAN
 THEDA BORDE, ALMANYA
 UĞUR YOZGAT, TÜRKİYE
 UMUT BEYLİK, TÜRKİYE
 URSULA KARL-TRUMMER, AVUSTURYA
 VIERA RUSNAKOVA, SLOVAKYA
 WALTER DEVİLLÉ, HOLLANDA
 YANNIS SKALKİDİS, YUNANİSTAN
 YEŞİM UYUTAN, TÜRKİYE
 YUSUF ÇELİK, TÜRKİYE
 ZAREMA OBRADOVIC, BOSNA HERSEK
 ZEKAİ ÖZTÜRK, TÜRKİYE

MAKALE YAZIM KURALLARI

Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yayımlanacak yazıların, sağlık hizmeti sunucularına mesleklerini uygularken yol gösterici nitelikte olması beklenir.

1. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde Yayın politikaları aşağıdaki ilkeleri içermektedir:

- Hastane Yönetimi,
- İkinci ve Üçüncü Basamak tedavi hizmetleri ile ilgili araştırma yazıları, derlemeler ve editöre mektup yazıları,
- Sağlık hizmetlerinde kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği,
- Sağlık hizmeti sunumunu etkileyen sağlık politikaları ile ilgili yazılar öncelikle tercih edilir.

2. Dergide Türkçe ve İngilizce makaleler yayımlanacaktır. Türkçe yazılar Türk Dil Kurumu yazım kurallarına uygun olmalıdır.

3. Yazılar daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış olmalıdır. Herhangi bir kongrede tebliğ edilmişse bu yazı başlığına bir yıldız konularak ve kapak sayfasında yıldız ile işaretlenerek sunulan kongrenin adı, tarihi ve yeri belirtilerek işaretlenmelidir.

4. Yayımlanması için dergiye gönderilen yazı kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye aittir.

5. Gönderilen tüm yazılar öncelikle Sağlık Akademisyenleri Dergisi Editörleri tarafından şekil ve içerik yönünden ön incelemeye alınmakta, genel olarak dergide yayınlanmaya değer olup olmadığına karar verilmekte ve daha sonra Bilimsel Danışma Kurulundan alanı ile ilgili 2 (iki) hakeme gönderilmektedir. Yayın ilkelerine uygun bulunmayan yazılar hakemlere gönderilmeyecektir.

6. Hangi makalenin hangi hakemlere gönderileceğine hakemlerin ve makalelerin ilgi alanlarına göre karar verilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, gönderilen makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmez. Hakem raporları gizlidir.

7. Makalenin gönderildiği iki hakemden de olumlu görüş bildirilmesi durumunda makale yayınlanmak üzere sıraya alınmaktadır. İki hakemden de olumsuz görüş bildirilmesi durumunda makale hiçbir surette yayınlanmaz. İki hakemin birbirinden farklı görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü bir hakeme gönderilir; üçüncü hakemin vereceği cevaba göre yayınlanmasına veya yayınlanmamasına karar verilir. Hakemlerden gelen raporlara göre, makalenin aynen yayınlanmasına (kabul), düzeltme, ekleme veya çıkarma istenmesine veya yayınlanmamasına (ret) karar verilmekte olup, bu karar yazar veya yazarlara bildirilmektedir.

8. Hakemlerin düzeltme yönünde görüş bildirmeleri durumunda yazara başvurulur ve yazarın gerekli düzeltmeleri tamamlayarak göndermesi istenir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Düzeltme verilen makaleler yazarı veya yazarları tarafından belirtilen süre içerisinde düzeltilmedikçe yayınlanmaz. 6 gün içerisinde yazar tarafından düzeltilip gönderilmeyen makaleler sistem tarafından reddedilir.

9. Yazılar Microsoft Word programında yazılmalı tablo, şekil, grafik ve fotoğrafları ile birlikte gönderilmelidir.

10. Yazılar, yazının tüm yazarlarca okunup onaylandığını, başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olduğunu belirten bir mektupla birlikte gönderilmelidir.

11. Sisteme yüklenen makale dosya içeriğinde yazarlara ait isim bulunmamalıdır. Yazarlara ait isimler, sadece ejmanager sisteminde makaleye ait bilgiler ile birlikte girilmelidir.

12. Araştırma makalelerinden etik kurul onayı gereken çalışmalarda, etik kurul onayı makale eki olarak sisteme ayrıca yüklenmelidir.

13. Resim ve tablolar dahil olmak üzere çalışmalar 20 sayfayı geçmemelidir.

14. Yazılar 12p Times New Roman fontu ile yazılmalı. Yazı kağıdı düzeni A4 boyuta, sayfanın solundan 3, sağından 2, üst ve altından 2 cm bırakılmalıdır.

15. Kaynakçaya atıflar "ISO 690 - Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır.

Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar

Makalenin başlığı: Başlık makalenin içeriğini yansıtacak karakterde olmalıdır. Bununla birlikte 12 kelimedenden daha uzun olmamalıdır.

Yazarlar : Yazar isimleri Makale yazısında bulunmayacaktır. Yazarların tam olarak isimleri, akademik dereceleri ve kurumları kayıt esnasında makale yükleme sistemine yazılmalıdır.

İletişim Adresi : İletişime geçilecek yazarın isimleri makale yazısında bulunmayacaktır. İletişime geçilecek yazarın isimleri ünvanı, adı soyadı , iletişim adresi, elektronik posta adresi kayıt esnasında makale yükleme sisteminde belirtilmelidir.

Özet Sayfası: Bu bölümde makalenin ana bölümlerinin kısa bir özeti verilmelidir. Özet Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmalıdır. Özet bölümü 250 kelimedenden daha fazla olmamalıdır. Özet bölümü Araştırma makalelerinde mutlaka; Giriş ve amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç başlıkları altında verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetlerden sonra en az 3, en fazla 5 adet Index Medicus'a uyar şekilde anahtar kelime yer almalıdır.

Araştırma Makaleleri:

Ana Metin: Araştırma makaleleri geleneksel form olan, giriş ve amaç, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç, kaynaklar ve tablo ve şekiller başlıklarında yazılmalıdır. Ana metin (Özet, tablo ve şekiller, kaynaklar hariç) 3000 kelimedenden fazla olmamalıdır.

Giriş bölümü, okuyucunun konuyla ilgili önceki yayınlara bakmaya ihtiyaç duymaksızın, şimdiki çalışmaların sonuçlarını anlayıp değerlendirmesine imkân tanıyacak, yeterli ölçüde bilgi temin etmelidir. Ayrıca giriş bölümü, çalışmanın gereklerini, mantığını ve kısa ve uzun vadede amaçlarını da belirtmelidir.

Gereç ve Yöntem bölümü, başka araştırmacıların çalışmayı tekrarlayabilecekleri ayrıntıda yazılmalıdır. Dolayısıyla yöntem tüm ayrıntıları ile yazılmalıdır. Kullanılan gözlem teknikleri, anketler ve diğer ölçüm şekilleri tarif edilmeli, veri elde etme biçimleri ve deney grupları tanımlanmalıdır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinin nasıl yapıldığı belirtilmelidir. Klasikleşmiş yöntemler kullanılmış ve yöntemde herhangi bir değişiklik yapılmamış ise sadece yöntemin ismi ve alındığı kaynak verilmelidir

Bulgular bölümünde, araştırmada elde edilen veriler belli bir mantıksal-analitik bütünlük ve akış içinde, şekil ve tablolar verilerek açıklanmalıdır. Verilerin uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmesi gereklidir. Gerekirse şekil, fotoğraf ve benzeri görüntüler kullanılabilir.

Tartışma aşşağında verilen ana başlıkları içerecek şekilde yapılmalıdır.

- Çalışmanın temel bulgularının özeti,
- Çalışmanın güçlü tarafları ve sınırlılıkları,
- Elde edilen bulgularının literatür karşılaştırmalarını,
- Elde edilen bulguların gelecekteki çalışmalara ve uygulamaya olası yansımalarını içermelidir.

Tablo ve şekiller: Makalede yer alacak tablo ve şekillerin sayısı altıyı geçmemelidir. Tablolar ve Şekiller metin içinde geçen sırasıyla numaralandırılmalı, metin ile ilişkilendirilmeli, bir başlığa sahip olmalı ve bir yerden alıntı ise mutlaka altında kaynağı belirtilmelidir.

Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve geçişel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

Derleme Makaleleri:

İncelenen konu ile ilgili temel görüşleri ortaya koyan, bu görüşlerin dayandığı analizleri irdeleyen ve bunlara dayanılarak yazarın bir sonuca vardığı yazılar olmalıdır. 4000 kelimedenden daha uzun olmamalıdır. Yazar konu ile ilgili olarak okuyuculara temel bilgileri verme içgüdüğü içerisinde olmalıdır.

Kısa Rapor:

İstisna durumlar haricinde orijinal makaleler için rehber aynı şekilde kalacaktır

Editöre Mektup:

Dergide yayımlanmış makalelerin gerek içeriği, gerekse biçimsel özellikleri ile ilgili yapılan tartışmalar ve okuyucunun katkılarını içeren yazılardır. Kongre, Sempozyum, Panel Bildirileri ya da Raporları: Derginin yayın ilkeleri kapsamına giren bilimsel faaliyetlerin sonunda yapılan bildiri ya da raporlardır.

Metin içi Atıf

Makale metinleri içerisinde kaynaklara yapılan atıflar "ISO 690- Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır. Örneğin (1) gibi. Atıf numaraları 1 den başlayarak toplam kaynak sayısı kadar olan rakam ile bitmelidir.

Kaynaklar:

Makale içinde atıfta bulunulan her kaynak, Kaynaklar dizininde mutlaka bulunmalıdır. Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, dergi isimleri kısaltılmadan yazılmalıdır. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda 50, olgu sunularında 20, derlemelerde 80 adeti geçmemelidir. Eğer birden çok kaynağa atıf varsa: (1, 5, 12-16) şeklinde olmalıdır. Yazarlar 10 adetten az kaynak kullanmamalıdır.

Burada "12-16", 12. kaynaktan 16. kaynağa kadar olan 5 yayını kapsamaktadır.

Kaynakların yazılışı aşağıdaki örneklerle göre yapılmalıdır:

Dergi:

- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Makale Başlığı, Dergi İsmi, Derginin Sayısı; Makalenin sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları.
- Davis, R., Revak J. R., & Crislip, K. E. (2006). Organizational downsizing: a review of literature for planning and research. *Journal of Healthcare Management*, 23, 170–184
- Kathuria C., Al-Assaf A.F., Akgün S.,(2007), Hasta Güvenliği Nasıl sağlanabilir? Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Hataların
- Bildirilmesi Nasıl Etkin Hale Getirilebilir?, *Hospital&Life Hastane Formu Dergisi*, Ocak-Şubat;13-21.Kitap Bölümü:
- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Bölüm Başlığı. A.Editör, B.Editör, Kitap Adı; Bölüm sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları, Basım yeri.
- Henken, J. (1999). The dynamic capacities of firms. In: M. L. Dupuis, C. E. Falcon, & C. K. Lovett(Eds.), *Technology, organization, and competitiveness* (pp. 10–24). Washington, DC: National Academy Press.

Kitap:

- Yazar A.A.(Yıl), Kitap Başlığı, Yayın Yeri ve Yayın Evi.
- Zweizig, K. A., Pinkus, R. M., & Vecchioni, T. L. (2000). *Health care management: organization design and behavior*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Elektronik Adres:

- Yazar, A.A, (Yıl), Çalışmanın Başlığı, Kaynağın alındığı tarih (Gün/Ay/Yıl), İnternet Adresi.
- Simons, D. Gone in 60 seconds: an innovative chain is trying to reinvent the way you get treated for routine ailments. Retrieved June 14, 2005, from www.ensuringsolutions.org.

Açıklama;

- Hazırlanan yazılardaki tüm sorumluluk yazar(lar)ın kendisine aittir.

İÇİNDEKİLER

- Hemşirelik bölümü öğrencilerinin mesleki kişilik tipleri ile mesleğe yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi**
Investigation of the relationship between nursing department students' professional personality types and attitudes towards profession 169-174
Sultan Çeçen, Didem Lafçı, Ebru Yıldız
- Akılcı ilaç kullanımı: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma**
Rational drug use: A research on university students 175-182
Abdullah Soysal, Elif Şahin
- Relationships between pharmaceutical expenditures and life expectancy: Assessment for Turkey and OECD countries**
İlaç harcamaları ve yaşam beklentisi arasındaki ilişkiler: Türkiye ve OECD ülkeleri için bir değerlendirme 183-187
Sait Söyler, Nermin Bölükbaşı, Hayriye Işık
- Jinekolojik muayene olan kadınların deneyimleri: Gümüşhane örneği**
Experiences of women with gynecological examination: The example of Gümüşhane 188-195
Handan Özcan, Derya Yüksel Koçak, Aslı Dağlı
- Dış laboratuvar hizmetleri alımı ve laboratuvar fason hizmet üretiminin muhasebe işlemleri açısından değerlendirilmesi**
Evaluation in terms of accounting procedures of laboratory contract service production and external laboratory service purchase 196-203
Enver Bozdemir, Melek Terzi
- HIMSS-EMRAM seviye 7 tam dijital hastanede klinik karar destek sistemleri analiz örneği**
HIMSS-EMRAM level 7 full digital hospital clinical decision support systems analysis example 204-208
Elife Özkan
- Dijital yakalı sağlık çalışanlarının iş yaşamından beklentileri üzerine nitel bir araştırma**
A qualitative study on the expectations of digital collar health employees 209-216
Büşra Baliç, Nilay Gemlik, Ali Arslanoğlu
- Geçmişten günümüze ebelik eğitimi**
Midwifery education from past to present 217-222
Nuran Mumcu, Betül Uzun Özer
- Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması**
Investigation of patient safety culture concept by dimensions and investigation of the effect of dimensions on patient safety practices. 223-230
Ayşegül Yılmaz
- Koah tanısı ile izlenen bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu)**
Care of the individual followed by copd diagnosis by Orem's Self- Careficiency Theory (case report) 231-238
Tuğba Bilgehan, Ayşegül Koç, Bahar İnkaya

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin mesleki kişilik tipleri ile mesleğe yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*

Investigation of the relationship between nursing department students' professional personality types and attitudes towards profession

Sultan Çeçen¹, Diğdem Lafçı², Ebru Yıldız²

* Bu çalışma 26-28 Nisan 2019 Kayseri Uluslararası Erciyes Bilimsel Araştırmalar Kongresi sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Çalışma yaşamındaki başarının artması ve yaşam kalitesinin yükselmesinde kişilik ile uyumlu meslek seçimi hayati bir öneme sahiptir. Bu nedenle araştırma, hemşirelik bölümü öğrencilerinin kişilik tipleri ile uyumlu meslek seçimlerinin farklılık arz etmediğini, hemşire adaylarının mesleki kişilik tipleri ile mesleğe yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma, 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte olan öğrencilerin tümünü (250 öğrenci) kapsadı, ancak örnekleme ulaşılabilen ve anketi yanıtlamayı kabul eden 191 öğrenci ile tamamlandı. Araştırmada, öğrencilerin demografik verilerini içeren "Öğrenci Tanıtım Formu", "Mesleki Kişilik Tipleri Envanteri" ve "Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği" olmak üzere üç ayrı veri toplama formu kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin %60.2'si kadın, %30.4'ü 3.sınıf, yaş ortalaması 20.94 ± 1.85 'tir. Sosyal kişilik tipi ve mesleği tercih etme durumu ile yaş arasında negatif yönde ilişki varken, girişimci kişilik tipi ile yaş arasında pozitif yönde ilişki bulundu ($p < 0.05$). Sosyal, sanatçı, geleneksel kişilik tipi puan ortalamaları kadınlarda, gerçekçi girişimci kişilik tipi puan ortalamaları ise erkek öğrencilerde daha yüksek çıkmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelik mesleğinin özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu ve hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum puan ortalamaları kadınlarda ve 2. sınıf öğrencilerde daha yüksektir ($p < 0.05$). **Sonuç:** Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği puan ortalamaları 2. sınıf kadın öğrencilerinde daha yüksek bulunmuş olup, geleneksel ve çağdaş rollere sahip, bilim ve sanat içinde barındıran hemşirelik mesleğinin araştırmacı, sosyal, sanatçı ve geleneksel kişilik tipine sahip öğrenciler tarafından tercih edildiği sonucuna varılmıştır.

ABSTRACT

Aim: Choosing a profession in harmony with personality is vital for increasing the success in business life and increasing the quality of life. For this reason, the research was conducted to determine whether nursing department students' occupational choices matched with personality types and whether nursing candidates' professional personality types and attitudes towards the profession. **Method:** The descriptive and cross-sectional study included all students (250 students) studying in the nursing department of a public university in the 2017-2018 academic year, but the sample was completed with 191 students who agreed to answer the questionnaire. In the study, three different data collection forms were used which "Student Identification Form", "Occupational Personality Types Inventory" and "Attitude Scale for Nursing Profession". **Results:** 60.2% of the students participated in the study were female, 30.4% were third grade and the average age was 20.94 ± 1.85 . While there is a negative relationship between social personality type and occupation preference and age, there was a positive correlation between entrepreneurial personality type and age ($p < 0.05$). Social, artist and traditional personality type scores were higher in women and realistic and entrepreneurial personality type scores were higher in male students ($p < 0.05$). The characteristics of nursing profession, preference of nursing profession and attitude towards general condition of nursing profession are higher in women and 2nd grade students ($p < 0.05$). **Conclusion:** The attitude scale score for the nursing profession was found to be higher in the second year female students and it was concluded that the nursing profession which has traditional and contemporary roles and housed in science and art was preferred by the researchers, social, artists and students with traditional personality type.

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹Batman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Batman
²Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Mersin

Anahtar Kelimeler:

Hemşirelik, Mesleki Kişilik Tipi, Mesleki Tutum

Key Words:

Nursing, Professional Personality Type, Occupational Attitude

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

ebru.yildiz@mersin.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:

08.12.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:

06.07.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

28.09.2020

GİRİŞ VE AMAÇ

Kişilik, insanın doğuştan getirdiği bir takım biyolojik ve psikolojik özellikleri ile ilgi, yetenek ve becerilerinin birbiriyle bütünleşmesi sonucu ortaya çıkan yapının bireyin tutum ve davranışlarına yansımaları (1) şeklinde tanımlanırken meslek, bireyin iş hayatına yönelik tutum ve değerlendirmelerini, kariyer konusundaki planlarını ve kurum içerisindeki kariyer beklentilerinin örgüt tarafından karşılanıp karşılanmamasını, kendi istek ve ihtiyaçları ile örgütün gereksinimleri arasındaki uyumun sağlanmasını içerisine alan geniş boyutlu bir konu olarak tanımlanmaktadır (2). Tanımların ışığında, bireyin

yaşam kalitesini ve çalışma yaşamındaki başarısını artırmada kişiliği ile uyumlu mesleği seçmesinin hayati bir öneme sahip olduğu ifade edilebilir. Aksi takdirde birey yapacağı yanlış bir seçimden dolayı çalışma ve sosyal hayatında mutsuz, isteksiz ve başarısız olacaktır (3, 4).

Kişilikle uyumlu meslek seçiminin önemi özellikle John Holland'ın mesleki tercih modeli ile dikkat çekmiştir. Holland'ın gerçekçi tip, araştırmacı tip, sosyal tip, geleneksel tip, girişimci tip ve artistik (sanatçı) tip olmak üzere altı temel kişilik tipinin ve mesleki eğilimini belirlediği model, tarihte en çok araştırılan ve yaygın olarak kullanılan kariyer

kuramlarından biri olmuştur (5). Anket soruları vasıtasıyla kişilik profillerinin çıkarıldığı modele göre, bireyin yaptığı meslek ile kişiliği arasında uyum varsa tatmin düzeyi yüksek, iş bırakma eğilimi düşük olmaktadır (6).

Ülkemizde, üniversite düzeyinde meslek eğitimi alabilmek için öğrencilerin öncelikle belirli bir puan seviyesine ulaşmalarını ve tercih sıralaması yapmalarını gerektiren bir sistem bulunmaktadır. Bu mevcut sistem içerisinde, öğrencilerin ileride başarılı olabilmeleri için yukarıda da belirttiğimiz gibi en iyi uygulayabilecekleri ve en üst düzeyde doyum sağlayabileceklerine inandıkları bir mesleğe isteyerek ve bilinçli olarak yönelmeleri önemlidir (7,8). Meslek seçiminde her öğrencinin kendi yeteneği ve ilgisine göre tercihte bulunması beklenen ideal bir durumdur (7). Ancak meslek seçimleri günümüzde genellikle rastlantısal olarak yapılmaktadır. Bireysel özellikler ve mesleğin niteliklerinin yanı sıra ekonomik durum, politika, çevresel koşullar, şans, normlar, toplumsal değer ve tutumlar meslek seçiminde etkili olmaktadır (9).

Bireyler, düşünsel ve duygusal açılardan geliştirdiği çeşitli psikolojik eylemlerini davranışlarına yansıtarak zamanla meslekleriyle ilgili bir tutum geliştirirler (10). Bireylerin tercih ettikleri mesleğe yönelik tutumu, bu tercihin sonucuna atfettiği değer ve inançlarına bağlı değişmektedir (11). Tutumun derecesi bireysel farklılık gösterebilmektedir. Sosyal yapı içinde bireyleri ve meslekleri etkileyen tutumlar, mesleğin seçilmesi, eğitimi ve yerine getirilmesinde önemli (12) olup mesleki başarının en önemli belirleyicisidir (13, 14). Meslek başlangıcındaki olumlu tutum, meslekle ilgili unsurları olumlu etkilemektedir (15).

Sonuç olarak bireylerin yaşamlarında mutlu ve başarılı olabilmeleri için kişilikleriyle uyumlu ve olumlu tutumlar geliştirdikleri meslekleri seçmeleri gerekmektedir. Sunulan bu çalışmada, Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin mesleki kişilik tipleri ile hemşirelik mesleğine yönelik tutumları arasındaki ilişki incelendi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde 2017-2018 eğitim öğretim yılında öğrenim gören 250 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmanın yapılacağı 19.02 - 05.03 2018 tarihlerinde derse devam eden, araştırmaya katılmayı kabul eden ve %20 kayıp göz önünde tutularak dışlanma kriterlerine uyan 191 öğrenci oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada, öğrencilerin demografik verilerini içeren Öğrenci Tanıtım Formu, Mesleki Kişilik Tipleri Envanteri ve Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği olmak üzere üç ayrı veri toplama formu kullanıldı.

Öğrenci Tanıtım Formu

Öğrenci tanıtım formunda öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, sınıf) toplam 3 soru yer almaktadır.

Mesleki Kişilik Tipleri Envanteri (MKTE)

Holland (1996) tarafından geliştirilen 90 maddelik mesleki kişilik tipleri envanterinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Atli ve Keldal (2017) tarafından yapılmıştır ve madde sayısı 30'a indirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda ulaşılan MKTE nihai formu 30 madde ve 6 alt boyuttan (Gerçekçi, Girişimci, Araştırmacı, Sosyal, Sanatçı, Geleneksel) oluşmaktadır (16, 17). Envanter "1=Hiç Katılmıyorum, 9=Tamamen Katılıyorum" şeklinde sıralanan dokuzlu likert derecelendirme biçiminde maddelerden oluşmaktadır. Envanterde toplam puan alınmamaktadır. Envanterde her bir alt boyutta beş madde bulunmakta ve her bir boyutta alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 45'tir. Envanterin alt boyutlarından birinde alınacak yüksek puan bireyin o mesleki kişilik tipinde bulunma olasılığının yüksek olduğunu belirtmektedir. Envanterin uygulama süresi yaklaşık olarak 15 dakikadır, güvenilirliği için Cronbach's Alfa, Spearman-Brown ve Guttman güvenilirlik katsayıları hesaplanmış ve yapılan analizler sonucunda envanterin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları 0,65 ile 0,85 arasında değişmekte olup, bu çalışmada Cronbach's Alfa katsayısı 0,66 olarak belirlendi (16, 17).

Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (HMTÖ)

Çoban ve Kaşıkçı (2011) tarafından geliştirilen ölçek, hemşirelik mesleğinin özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme ve hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum olmak üzere üç alanda ve toplamda 40 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e puanlanmakta ve olumlu sorular için "hiç katılmıyorum" yanıtına "1", "az katılıyorum" yanıtına "2", "orta derecede katılıyorum" yanıtına "3", "çok katılıyorum" yanıtına "4" ve "tamamen katılıyorum" yanıtına "5" puan verilmektedir. 40 maddelik ölçeğin 8 maddesi olumsuz ifadede olduğu için tersten puanlanmaktadır (21., 23., 25., 26., 28., 30., 34. ve 38. maddeler). Ölçekten alınan puan yükseldikçe hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutum gelişir. 3'ün altında ortalama puana sahip kişilerin olumsuz, 3 ve 3'ün üstünde ortalama puana sahip kişilerin ise olumlu tutuma sahip oldukları söylenebilir. HMTÖ'nin Cronbach's Alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuş olup, bu çalışmada Cronbach's Alfa katsayısı 0,89 olarak belirlendi (18).

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce Batman Bölge Devlet Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 18.02.2018 tarihinde yazılı ön izni alınmış olup söz konusu hastanenin etik kurulunun kuralları gereği çalışmanın herhangi bir kongrede bildiri olarak yayınlanma şartı nedeni ile araştırmanın "Uluslararası Erciyes Bilimsel Araştırmalar Kongresi'nde sözel bildiri olarak yayınlanması sonucu 26.11.2019 tarihli 221 sayılı kurul kararı ile tekrar yazılı izin alındı. Araştırmanın örneklemini oluşturan öğrencilere çalışmanın amacı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş yazılı izinleri alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı sadece bir üniversitede öğrenim

gören hemşirelik öğrencilerinde yürütülmesidir. Bu nedenle bu bulgular Türkiye'deki tüm hemşirelik öğrencilerine genellenemez. Ayrıca bu çalışmada veri toplamak amacıyla ölçeklerin kullanılması, öğrencilerin yanıtlarını ölçeklerde yer alan ifadeler ile sınırlamıştır. Bu nedenle araştırmada kullanılan nicel araştırma yöntemi ve elde edilen bulgular bakımından sınırlılık göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Sürekli ölçümlerde; aritmetik ortalama, standart sapma, kategorik ölçümlerde ise; sayı ve yüzdelik kullanılmıştır. Bağımsız 2 grup, 3 ve daha fazla grup karşılaştırılması için; parametrik dağılım ön şartı sağlandığında Student's t testi, One-Way Anova, parametrik dağılım ön şartı sağlanmadığında ise Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı, ölçeklerin güvenilirliği ise Cronbach's Alpha katsayısı ile incelendi. Veri analizinden elde edilen sonuçlar %95'lik güven aralığında anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,94 \pm 1,85$ yıl idi. %60,2'si kadın ve %30,4'ü 3.sınıf öğrencisidir. MKTE alt boyut puan ortalamalarına göre öğrencilerin ise sırasıyla; "araştırmacı" kişilik tipi $33,20 \pm 7,69$, "sosyal" kişilik tipi $35,35 \pm 7,48$, "sanatçı" kişilik tipi $28,24 \pm 9,85$, "geleneksel" kişilik tipi $27,96 \pm 8,47$, "gerçekçi" kişilik tipi $22,32 \pm 10,26$ ve "girişimci" kişilik tipi $20,10 \pm 9,55$ idi (Tablo 1).

Tablo 1: Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımları ile MKTE ve HMTÖ puan ortalamaları

Tanıtıcı Özellikler		Ort±SS	
Yaş		20,94±1,85	
		Sayı	Yüzde
Cinsiyet			
Kadın		115	60,2
Erkek		76	39,8
Sınıf			
1. sınıf		46	24,1
2. sınıf		43	22,5
3. sınıf		58	30,4
4. sınıf		44	23,0
Ölçek Puan Ortalamaları		Ort±SS	
MKTE*			
Araştırmacı Kişilik Tipi		33,20±7,69	
Sosyal Kişilik Tipi		35,35±7,48	
Sanatçı Kişilik Tipi		28,24±9,85	
Geleneksel Kişilik Tipi		27,96±8,47	
Gerçekçi Kişilik Tipi		22,32±10,26	
Girişimci Kişilik Tipi		20,10±9,55	
HMTÖ**			
Mesleki Özellikler		3,66±0,47	
Mesleği Tercih Etme Durumu		8,65±1,10	
Mesleğe Yönelik Tutum		4,91±0,99	
MKTE: Mesleki Kişilik Tipleri Envanteri, HMTÖ: Hemşirelik Mesleği Tutum Ölçeği			

HYTÖ alt boyut puan ortalamaları ise; meslek özellikleri $3,66 \pm 0,47$ mesleği tercih etme durumu $8,65 \pm 1,10$ ve mesleğe yönelik tutum $4,91 \pm 0,99$ 'dur.

Sosyal, sanatçı ve geleneksel kişilik tipi puan ortalamalarının kız öğrencilerde, gerçekçi ve girişimci kişilik tipi puan ortalamalarının ise erkek öğrencilerde anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$), (Tablo 2).

Hemşirelik mesleğinin özellikleri, mesleği tercih etme durumu ve ölçek toplamından elde edilen puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla kadınlarda daha yüksektir. Ölçeğin alt boyutları ve ölçek toplamından elde edilen puan ortalamaları 2. Sınıf öğrencilerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksektir ($p < 0,05$), (Tablo 3).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede; yaş puan ortalaması ile MKTE alt boyutlarından "sosyal" kişilik tipi puan ortalaması arasında negatif yönde, "girişimci" kişilik tipi puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, HMTÖ alt boyutlarından "mesleği tercih etme durumu" ile negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4).

HMTÖ alt boyutları ve ölçek toplamı puan ortalaması ile MKTE alt boyutları puan ortalamaları arasındaki korelasyona göre;

"Meslek özelliği" ve ölçek toplam puan ortalaması ile "araştırmacı", "sosyal", "sanatçı" ve "geleneksel" kişilik tipleri puan ortalamaları arasında, "genel tutum" puan ortalaması ile "araştırmacı" ve "sosyal" kişilik tipleri puan ortalamaları arasında, "tercih etme durumu" puan ortalaması ile "sosyal" ve "geleneksel kişilik tipleri puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4).

TARTIŞMA

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumlarının iyileştirilmesi gibi yetki ve sorumlulukları ile önemli bir meslek olan hemşireliğin meslek olarak tercih edilmesinde ilgi, istek, kişilik tipi ve yetenek gibi öğelerin önemli olduğu vurgulanmaktadır (19). Kişilik özelliklerinin hemşirelik mesleğine olan etkilerini bilmek her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleği için de hastalara bakım hizmeti verilirken sergilenen performansı ve uygulanan bakım kalitesini arttırmak açısından önemli olmaktadır (20,21). Üniversite öğrencilerinde mesleki kişilik tiplerinin cinsiyet, yaş ve öğrenim görmekte oldukları sınıflara göre düzeylerinin ve mesleğe yönelik tutumlarının incelendiği bu araştırmada kız öğrencilerin istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla ilk üç mesleki kişilik tipleri "sosyal", "sanatçı" ve "geleneksel" olarak sıralanmaktadır. Erkek öğrencilerin mesleki kişilik tipleri ise "sosyal", "gerçekçi" ve "sanatçı" olarak sıralanmaktadır. Kız ve erkek öğrencilerin ilk sırada yer alan mesleki kişilik tipleri (sosyal kişilik tipi) aynıdır. Bu açıdan mesleki kişilik tiplerinin cinsiyet açısından sıralamasında önemli bir farklılık gözlenmemektedir. Buna rağmen kız öğrencilerin sosyal kişilik tiplerinin erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Kızların sosyal ilişkiler kurmaya daha yatkın oldukları ayrıca empatik eğilimlerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (22-24). Meikle (2008) üniversite öğrencilerinin mesleki değerlerini incelediği araştırmada kız öğrencilerin başkalarına yardım etme değerinin erkek öğrencilerden yüksek olduğu bulgusuna ulaşmıştır (25). Atli ve Keldal'ın (2017) üniversite öğrencilerinin mesleki kişilik tiplerini

Tablo 2: Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile mesleki kişilik tiplerine ilişkin bulguların karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	MESLEKİ KİŞİLİK TİPLERİ ENVANTERİ					
	Araştırmacı Kişilik Ort±SS	Sosyal Kişilik Ort±SS	Sanatçı Kişilik Ort±SS	Geleneksel Kişilik Ort±SS	Gerçekçi Kişilik Ort±SS	Girişimci Kişilik Ort±SS
Cinsiyet						
Kız	33,86±7,16	37,26±5,96	29,37±9,63	29,30±8,38	19,05±9,68	16,70±8,37
Erkek	32,21±8,37	32,46±8,59	26,52±10,0	25,94±8,25	27,27±9,11	25,26±8,94
t*	1,463	4,242	1,968	2,723	-5,880	-6,727
p	0,145	<0,000	0,049	0,007	<0,000	<0,000
Sınıf						
1. sınıf	33,84±7,42	34,93±7,23	27,78±8,52	27,63±8,00	21,89±9,84	20,15±9,40
2. sınıf	34,00±7,21	37,90±5,83	28,00±9,06	30,18±7,59	23,25±9,83	18,97±8,59
3. sınıf	33,08±8,29	34,74±8,24	29,03±11,01	28,20±9,54	23,13±11,85	20,20±11,07
4. sınıf	31,93±7,68	34,09±7,78	27,90±10,54	25,84±7,98	20,79±8,87	21,04±8,60
F**	0,663	2,309	0,181	1,974	0,588	0,341
p	0,576	0,078	0,909	0,119	0,623	0,796

*:Independent simple t test, **: One Way ANOVA

incelediği araştırmada sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sosyal kişilik tipinde en yüksek puan ortalamasına sahip olan öğrenciler olduğu bildirilmiştir (17). Yapılan araştırmalarda sağlık sektöründe çalışan bireylerin bir meslekte yardım ve arkadaşlığı daha fazla önemsedikleri vurgulanmaktadır. Valentine ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada, başkalarına yardım etme değeri ile sağlık çalışanlarının yaşadığı mesleki doyum arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (26).

Yapılan araştırma sonucunda mesleki kişilik tipleri ile mesleğe yönelik tutum ölçeği alt boyutlarından elde edilen bulgular karşılaştırıldığında;

“Araştırmacı”, “sosyal”, “sanatçı” ve “geleneksel” kişilik tipine sahip öğrencilerin, hemşireliğin sürekli okumayı ve teknolojiyi takip etmeyi, bilginin yanı sıra beceri gerektiren, merhamet ve vicdani boyutu önemli olan, sabırlı bir şekilde insanlara yardım etme olanağı ve empati yapmayı sağlayan bir meslek olduğu görüşünü desteklediği belirlendi. Yatangaç (2010)’ın çalışmasına katılan hemşirelik öğrencilerinin daha yenilikçi olduğu bulunmuştur (27).

Hemşirelik mesleğinin tercih edilme nedenlerinin araştırıldığı çeşitli çalışmalara göre; mesleğin öğrencilerin idealindeki meslek ile örtüşen yanlarının olması, hemşireliğin başkalarına yardım etme isteği ve bakım verme olarak değerlendirilmesi seçilmesini etkilemektedir (28-30). Literatürde yer alan çalışmalarda da ayrıca, gelecek vaat etmesi, iş bulma kolaylığı/ iş güvencesi ve yüksek maaş sağlaması, ailenin/çevrenin tavsiye etmesi, ailede hasta birey yada hemşire olması, bireysel deneyim ve etkileşimler mesleğin tercihine götüren diğer faktörler olarak vurgulanmaktadır (28-36).

Bu çalışmada sosyal ve geleneksel kişilik tipine sahip öğrencilerin mesleği tercih etme kriterleri literatürle uyumluluk göstermektedir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) hemşireler ile yaptıkları araştırmada hemşirelerin %69,7’sinin mesleğini severek yaptığını, %53,9’unun hemşirelik mesleğini, kişilik özelliklerine uygun oldukları için seçtiklerini belirtmişlerdir (37). Demirkan’ın (2007) çalışmasında, hemşirelerin %50’si hemşirelik mesleğine karşı duygusal bağlılık hissettiğini, %55,6’sı mesleğin üyesi olmaktan memnun olduğunu ve %69,2’si mesleğin kendilerine uygun olduğunu belirtmiştir (38).

Tablo 3: Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile mesleki kişilik tiplerine ilişkin bulguların karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	HEMŞİRELİK MESLEĞİNE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ			
	Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri Ort±SS	Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Durumu Ort±SS	Hemşirelik Mesleğinin Genel Durumuna Yönelik Tutum Ort±SS	Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ort±SS
Cinsiyet				
Kadın	8,89±0,81	5,04±0,97	3,72±0,39	5,88±0,55
Erkek	8,30±1,37	4,72±0,99	3,58±0,55	5,53±0,78
t*	3,385	2,215	1,924	3,379
p	0,001	0,028	0,057	0,001
Sınıf				
1. sınıf	8,24±1,11	4,73±0,99	3,46±0,52	5,48±0,75
2. sınıf	8,94±0,97	5,37±1,03	3,89±0,47	6,07±0,68
3. sınıf	8,68±1,15	4,96±0,96	3,74±0,40	5,79±0,62
4. sınıf	8,79±1,04	4,59±0,83	3,55±0,36	5,64±0,50
F**	3,505	5,507	8,223	6,562
p	0,017	0,001	<0,000	<0,000

*:Independent simple t test, **: One Way ANOVA

Tablo 4: Yaşı ile MKTE ve HMTÖ' nün karşılaştırılması

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(1)	r										
Yaş	p	1									
(2)	r										
Araştırmacı Kişilik	p										
(3)	r										
Sosyal Kişilik	p										
(4)Sanatçı	r										
Kişilik	p										
(5)	r										
Geleneksel Kişilik	p										
(6)	r										
Gerçekçi Kişilik	p										
(7)	r										
Girişimci Kişilik	p										
(8)	r										
MeslekÖzelliği	p										
(9)	r										
Tercih Etme Durumu	p										
(10)	r										
Genel Durmuna Yönelik Tutum	p										
(11)	r										
Ölçek Toplamı	p										

MKTE: Mesleki Kişilik Tipleri Envanteri, HMTÖ: Hemşirelik Mesleği Tutum Ölçeği

Araştırmacı, sosyal ve geleneksel kişilik tipine sahip öğrencilerde mesleğe yönelik genel tutumların "hemşirelik mesleğinin fedakarlık ve büyük sorumluluk isteyen, hastalar ile daha fazla iletişim kuran, çalışma koşulları çok ağır ve yorucu olan ancak hak ettiği yerde olmadığını ve herkesin bu mesleği yapamayacağını düşünen" olduğu görülmektedir. Dinamik bir meslek olarak hemşirelik mesleği üst düzey bilgi ve becerilerin uygulanması, planlanan hedeflere ulaşılması, sistemli ve nitelikli bir performansın elde edilmesi, olası sorunlara karşı birey, aile ve toplumun fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarının humanistik ve holistik yaklaşımlarla karşılanmasını gerektirmektedir. Bu doğrultuda bakımın kaliteli ve profesyonel çerçevede sağlanmasındameslek profesyonelleri ve aday olan öğrenci hemşireler özenli, dikkatli, titiz ve düzenli, meraklı, mantıklı, entelektüel, eleştirel düşünebilen, empatik, yardımsever, ikna edici ve anlayışlı olmalıdır (39-41). Duygu, düşünce ve davranışlarının farkında olan hemşire, hastalara bakım verirken kendini yetkin görmekte ve otonomisini yeni durumlara yeni çözümler geliştirerek kullanabilmektedir. Mesleğe bağlılık için sosyal kişilik özelliğinin hemşireler arasında oluşturulması ve geliştirilmesi, meslekleşmeye katkı sağlayacaktır (42).

Sağlık bilimlerinde öğrenim görmekte olan öğrenciler başkaları ile iyi iletişim kurabilecekleri özellikle insanlara yardım edebilecekleri bir mesleki eğitim almaktadırlar. Bu nedenle sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin sosyal kişilik tiplerinin yüksek çıkması beklenen olası bir sonuçtur. Yapılan araştırmalar sağlık sektöründe çalışan bireylerin bir meslekte özellikle yardım ve arkadaşlığı daha fazla önemsediklerini göstermektedir. Valentine ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada, özgecilik yani başkalarına yardım etme değeri ile sağlık çalışanlarının yaşadığı mesleki doyum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (26). Bu bulgu sağlık çalışanları için özgecilik davranışlarını içeren etkinliklerin daha önemli olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde hemşirelik eğitimi alan öğrenciler üzerinde yapılan pek çok çalışma hemşirelik mesleğine ilişkin yeterli bilgiye sahip olunmadığını göstermektedir. Hemşirelik öğrencileri mesleki kimlik kazanmaya başladıkları eğitimleri sırasında, farkında olarak ya da olmayarak kendi hemşirelik tanımlarını geliştirme ve hemşireliğe yönelik algılarını farklılaştırmaktadırlar (43). Hemşirelik mesleği ile ilgili olumlu bir meslek algısı oluşturulması açısından hem toplumun hem de hemşirelerin mesleğe bakış açısının pozitif yönde olması önemlidir (44). Bireyin mesleğinde başarılı olması, sahip olduğu kişilik özelliklerinin farkında olması ve buna göre mesleğini bilerek ve isteyerek seçmesi, mesleğe zihinsel ve ruhsal yönden hazır oluşuyla ilgili olmaktadır. Bireylerin bu uyumu ve başarıyı sağlayabilmesi için benlik kavramlarının olumlu yönde gelişmiş olması gerekmektedir (45).

SONUÇ

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği puan ortalamaları 2. sınıf kadın öğrencilerinde daha yüksek bulunmuş olup, geleneksel ve çağdaş rollere sahip, bilim ve sanatı içinde barındıran hemşirelik mesleğinin araştırmacı, sosyal, sanatçı ve geleneksel kişilik tipine sahip öğrenciler tarafından tercih edildiği sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda mesleki kişilik tipi ve hemşirelik mesleğine karşı tutum arasındaki ilişkinin ortaya konması, eğitim süresi boyunca eğitimcilere gerekli ve uygun zamanda doğru girişimlerde bulunma şansı vererek öğrencilerin mesleklerine karşı olumlu tutum geliştirmelerini sağlayacağı, dolayısıyla nitelikli hemşirelerin yetiştirilmesine fırsat tanyacağı düşünülmektedir. Kişilik özelliklerine uygun mesleki tutum ve olumlu meslek algısı geliştirme ve kişinin seçtiği mesleği yaparken mesleğinden haz alması açısından önemli olup kişinin mesleki başarısını da arttırdığı için hemşire adaylarına mutlaka bu yönde testler uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. İlal, G. K. (2001). Davranış bilimleri tıpsal psikoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
2. Gümüştekin, G.E. & Gültekin, F. (2010). Stres kaynakları ile kariyer yönetimi etkileşimi: borsa aracı kurum çalışanları üzerinde bir uygulama. Akademik Bakış Dergisi, 20, 1-21.
3. Gökdeniz, İ. & Merdan, E. (2011). Kişilik ile kariyer seçimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3, 23-36.
4. Dursun, S., Kaya, U. & İstar, E. (2015). Kişilik-iş uyumunun duygusal tükenmişlik ile iş ve yaşam doyumu üzerindeki etkisi: muhasebe meslek mensupları üzerinde bir uygulama. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi, 9, 55-69.
5. Swanson, J. L. & Gore, P. A. (2000). Advances in vocational psychology theory and research. In: S.D.Brown, R.W.Lent (Eds.), Handbook of Counseling Psychology (pp. 233-269). New York: Ny: Wiley.
6. Özkalp, E. & Kirel, Ç. (2011). Örgütsel davranış, Bursa: Ekin Yayınevi.
7. Erkal, S. & Yalçın, S. (2003). Öğrenciler neden hemşireliği seçer? II. Uluslararası- IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, 7-11 Eylül Antalya. s. 637-640.
8. Happel, B. (2000). Student interest in perioperative nursing practice as a career. Association Of Perioperative Registered Nurses, 71, 600-605.
9. Andsoy, İ., Güngör, T. & Bayburtluoğlu, T. (2012). Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği tercih etme nedenleri ve mesleğin geleceği ile ilgili görüşleri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 124-130.
10. Korkmaz, G. & Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17, 1-17.
11. Dobie, S.A., Carline, J.D. & Laskowski, M.B. (1997). An early preceptorship and medical students' beliefs, values, and career choices. Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice, 2, 35-47.
12. Altuntaş, S. & Baykal, Ü. (2008). İşe Karşı Tutum Ölçeği'nin hemşireler için uyarlanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11, 51-62.
13. Çakır Ö. (2005). Anadolu üniversitesi açık öğretim fakültesi İngilizce öğretmenliği lisans programı (İÖLP) ve eğitim fakülteleri İngilizce öğretmenliği lisans programı öğrencilerinin mesleğe yönelik tutumları ve mesleki yeterlik algıları. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9, 27-42.
14. Durmuşoğlu, M.C., Yanık, C. & Akkoyunlu, B. (2009). Türk ve Azeri öğretmen adaylarının öğretmenlik mesleğine yönelik tutumları. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 36, 76-86.
15. Can, Ş. (2010). Tezsiz yüksek lisans öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine yönelik tutumları. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24, 13-28.
16. Holland, J.L. (1996). Exploring careers with a typology. American Psychologist, 51, 397-406.
17. Atli, A. & Keldal, G. (2017). Mesleki Kişilik Tipleri Envanteri'nin geliştirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18, 73-93.
18. Çoban, İ.G. & Kaşıkçı, M. (2011). Development of the Attitude Scale for Nursing Profession. International Journal of Nursing Practice, 17, 518-524.
19. İnce, S. & Khorshid, L. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Sağlık Bilimleri Dergisi, 18, 163-171.
20. Doğanlı, B. & Demirci, Ç. (2014). Sağlık kuruluşu çalışanlarının (hemşire) motivasyonlarını belirleyici faktörler üzerine bir araştırma. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 21, 47-60.
21. Gözel, G., Atmaca, G. & Durat, G. (2017). Hemşirelerin kişilik özellikleri ve iş performansları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 11-16.
22. Duru, E. (2002). Öğretmen adaylarında empati-yardım etme eğilimi ilişkisi ve yardım etme eğiliminin bazı psikososyal değişkenler açısından incelenmesi. [Doktora Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
23. Cowan, G. & Khatchadourian, D. (2003). Empathy, ways of knowing, and interdependence as mediators of gender differences in attitudes toward hate speech and freedom of speech. Psychology of Women Quarterly, 27, 300-308.
24. Gini, G., Albiero, P., Benelli, B. & Altoe, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? Aggressive Behavior, 33, 467-476.
25. Meikle, H. (2008). The role of occupational values and support in career choice: An emphasis on women in science. [Doctoral Dissertation]. University of South Florida, Florida.
26. Valentine, S., Godkin, L., Fleischman, G.M., Kidwell, R.E. & Page, K. (2011). Corporate ethical values and altruism: The mediating role of career satisfaction. Journal of Business Ethics, 101, 509-523.
27. Yatangaç, B.F. (2010). Kişilik Özelliklerine Bağlı Olarak Hemşirelik ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Çalışacağı Uzmanlık Alanlarının Belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Çukurova Üniversitesi, Adana.
28. Unal, S., Gürhan, N., Saral, E. & Özbaş, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ve hemşirelik mesleğini seçme nedenleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16, 179-187.
29. Önler, E. & Saraçoğlu, V.G. (2010). Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerliliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 3, 78-85.
30. İlhan-Erkal, S., Saba Yalçın, A. & Sancar, B. (2012). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin ebellek ve hemşirelik bölümlerini seçme nedenleri. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 73-90.
31. Poreddi, V., Ramachandra Konduru, R. & Math, S.B. Assessing the attitudes and perceptions towards nursing profession among nursing students. Nursing Journal of India, 103, 6-8.
32. Kavurmacı, M. & Küçükoğlu, S. Erkekler neden hemşire olmak istiyor? Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17, 1-5.
33. Zencir, G. & Eşer, İ. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik tutumları ile hemşirelik tercihi arasındaki ilişki: Türkiye Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9, 30-37.
34. Law, W. & Arthur, D. (2003). What factors influence Hong Kong school students in their choice of a career in nursing? International Journal of Nursing Studies, 40, 23-32.
35. Jrasat, M., Samawi, O. & Wilson, C. (2005). Beliefs, attitudes and perceived practice among newly enrolled students at the Jordanian Ministry of Health nursing colleges and institutes in 2003. Education For Health, 18, 145-156.
36. Erbil, N. & Yılmaz, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçme kararlarını ve bakış açılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hemşirelik Forumu, 2, 46-51.
37. Yılmaz, F.T., Şen, H.T. & Demirkaya, F. (2014). Hemşirelerin ve ebelerin mesleklerini algılama biçimleri ve gelecekte beklenenleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 3, 130-139.
38. Demirkan, E. (2007). Hemşirelerde Mesleki Motivasyon Eksikliğinin Nedenleri ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Çözümleme. [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi, Konya.
39. Beydağ, K.D. & Arslan, H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 75-87.
40. Tan, M., Polat, H. & Şahin, Z.A. (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 4, 68-78.
41. Dost, A. (2014). Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Geliştirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Halic Üniversitesi, İstanbul.
42. Üstün, B. & Malak, B. (2011). Hemşirelerin sosyotropi otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1, 1-16.
43. Sarıtaş, Ç.S., Derin, N. & Sarıtaş, S. (2014). Hemşirelik öğrencilerinde mesleki imaj algısının meslekte kalma niyeti üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 29-32.
44. Güdücü, T.F. & Yıldız, A. (2009). Öğrencilerin hemşireliği tercih etme gerekçeleri ve gelecekteki ile ilgili görüşleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12, 31-37.
45. Uslusoy, E.Ç., Gürdoğan, E.P. & Kurt, D. (2016). Hemşirelerde mesleki benlik saygısı ve meslektaş dayanışması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1, 29-35.

Akılcı ilaç kullanımı: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma

Rational drug use: A research on university students

Abdullah Soysal¹, Elif Şahin²

Yazar Bilgileri/ Author Information:
¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anahtar Kelimeler:
Akılcı ilaç, ilaç kullanım davranışı, Bilgi Düzeyleri, Üniversite Öğrencileri

Key Words:
Rational Drug, Drug Use Behavior, Knowledge Levels, University Students

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
asoysal2005@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
30.01.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
16.08.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
28.09.2020

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, öğrencilerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri ve davranışlarını etkileyen faktörleri ortaya koyma amacı taşımaktadır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini basit rastgele örneklem seçimi yöntemiyle seçilen 85 öğrenci oluşturmuş ve çalışmada "Akılcı İlaç Kullanım Anketi" kullanılmıştır. Araştırmada toplanan veriler SPSS 22 istatistik programı ile analiz edilmiş ve araştırmada Independent Sample t ve One Way Anova testi kullanılmıştır. **Bulgular ve Sonuç:** Öğrencilerin %60'nın hekime danışmadan ilaç kullanmadığı, kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgileri en fazla hekim ve eczacıdan edindikleri gözlemlenmiştir. Öğrencilerin %71,8'inin antibiyotik kullanma süresini hekim tavsiyesine göre belirlediği saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin demografik özellikleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri ve davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

ABSTRACT

Aim: This research aims to reveal the factors that affect students' level of knowledge and behavior towards rational drug use. **Methods:** The sample of the study consisted of 85 students selected by simple random sampling method and the scale developed by Ercan (2018) was used as data collection tool. The data collected within the scope of the study were analyzed by SPSS 22 statistical program and used for frequency analysis and Independent sample t test and One Way Anova test. **Conclusion:** It was observed that 60% of the students did not use drugs without consulting the physician, and they obtained the most information about the drugs they used from the doctors and pharmacists. It was determined that 71.8% of the students determined the duration of antibiotic use according to the physician's advice. In addition, no significant difference was found between the demographic characteristics of the students and their knowledge and behaviors towards rational drug use.

GİRİŞ

Tüketim insan doğası gereği vazgeçilmez bir yaşamsal faaliyettir. Bu bağlamda tüketim ilk olarak beslenme ve sağlık gibi yaşamsal ihtiyaçları gidermek amacıyla ortaya çıkar. Bunlardan sağlık için satın alma davranışı kendini daha çok hizmet alımı ve ilaç alımı şeklinde gösterir. Günümüzde ilaca ulaşımın kolaylığı, reçetesiz

alım imkanı, doktorlarda ilaç yazma ve bireylerde de ilaç alma davranışının artması ile bilinçsiz ilaç tüketiminin arttığı ifade edilebilir.

Kimyasal, bitkisel veya biyolojik kaynaklı olarak karşımıza çıkan ilaçlar daha çok hastalıklardan korunmak, teşhis ve tedavilerde vücudun aktivasyonunu düzenlemek amaçlarıyla kullanılmaktadır. Kullanılan

bu ilaçların vücuda faydası olduğu kadar kimyasal içeriklere sahip olmasından dolayı zararları da vardır. Kullanılan ilaçların zararlarını ortadan kaldırmak mümkün olmamakla birlikte doğru zaman ve dozda alımı yapılarak zararları en aza indirilebilir. Bu bağlamda akılcı ilaç kullanımı daha çok doğru zamanda ve doğru dozda alındığında ortaya çıkmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda “Hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır (2). Ayrıca ilacın doğru şekilde kullanılması insan sağlığını ve hayatını tehdit eden unsurları ortadan kaldırırken, doğru olmayan şekillerdeki kullanımı ise hayatın sonlanmasına neden olduğu için akılcı ilaç kullanımının insan ve toplum sağlığında önemli bir husus olarak yer almaktadır (3,4).

İlaçların akılcı olmayan kullanımı, tüm dünyada büyük bir sorun oluşturmaktadır. Dünya genelinde tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz reçetelendirilmekte, dağıtılmakta ve satılmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı ilaçları doğru olarak kullanamamaktadır. İlaçların fazla, az veya yanlış kullanımı kaynakların boşa harcanmasına ve kötü sağlık sonuçlarının yayılmasına yol açmaktadır (5). Bu kapsamda ABD’de yapılan çalışmalarda, 1970 yılından 1980 yılına kadar hastaların %20-%82 oranında ilaçlarını yanlış kullandıkları ortaya konmuştur. Bir başka çalışmada istenmeyen ilaç etkileri yüzünden yılda yaklaşık 140.000 hastanın öldüğü ve 1 milyonunun hastaneye yatırıldığı belirtilmiştir (6). Dünyada ve buna paralel olarak Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı ile ilgili belirli bir noktaya gelmesine rağmen hala istenilen sorunlar tam olarak çözülememiştir. Yapılan sınırlı sayıdaki araştırma sonuçlarına göre ülkemizde, akılcı olmayan ilaç tedavisi ile ilgili örnekler içerisinde; vitaminlerin gereksiz kullanımı (her antibiyotikle birlikte ve soğuk algınlığı, nezle, grip gibi durumlarda vitamin alma alışkanlığı), ayırıcı tanı yapmadan gereksiz ilaç kombinasyonlarının kullanılması, hastaya hastalığı ve tedavisi hakkında yeterince bilgi verilmemesi, ilaçsız tedavinin de yerine göre ilaçla tedavi kadar önemli olduğunun yeteri kadar anlatılmaması gibi maddelerin yer alması aslında akılcı ilaç kullanımı konusunda bireylerin bilgi düzeyleri ve çeşitli davranışsal alışkanlıklarının önemli olduğu söylenebilmektedir (7). Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilincin oluşturulabilmesi amacıyla örgün ve yaygın eğitim imkanlarından faydalanılmalı ve geliştirilmesiyle ilgili çalışmalar sürdürülmelidir. Eğitimin devamlılığı ve reel yaşama paralellığı sağlanmalıdır. Eğitimle birlikte, elde edilen tutum ve davranışların devamlılığı ve desteklenmesi amacıyla ihtiyaç duyulan idari

düzenlemeler sağlanmalıdır. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çerçevede ilaç politikaları bu doğrultuda oluşturulmalıdır. İlaç ile ilgili hedeflenen yararları erişilebilmesi bu şekilde gerçekleşecektir. Bahsi geçen konular ise hem hükümet otoritesi hem de sağlık sektörünün uyumuyla başarıya ulaşılabilir bir planlama sayesinde sağlanabilir. Tüm bunlara paralel olarak sivil toplum ile desteklenmiş bir akılcı ilaç kullanımı planlanmalıdır (8).

İlaç kullanım farkındalığını oluşturmak için toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir. Bu bilinçlendirme ile ilaçların yanlış ve gereksiz kullanımının önüne geçilmesi önceliklidir. Gereksiz ve uygun olmayan ilaç tüketiminin artması, devlet bütçesine olumsuz yük bindirmekle beraber daha da önemlisi hastalara sonuçları tahmin bile edilemeyecek zararlar verebilmektedir. Akılcı ilaç kullanımında tercih edilen ilacın hastaların bireysel özelliklerine uygun, yeterli süre ve dozda kullanıldığında etkili, yan etki bakımından güvenli ve de maliyetinin de düşük olması beklenmektedir. Akılcı ilaç kullanımında sorumluluk toplum, hekim, eczacı, sağlık personelleri, tıbbi tanıtım temsilcileri, hastalar, eczane, ilaç deposu çalışanları, kısacası ilaç ile irtibat halinde olan herkesi ilgilendirmektedir. Bu nedenle de kişilerin sağlığını direk etkilediği ve hatta ölüm ile sonuçlandığı düşünüldüğü zaman son derece önemli bir konu olan ilaç kullanımı konusunda büyük bir sorumluluk sahibi tüm tüketicilerin bu konudaki bilgi düzeyleri ve davranışları oldukça önemlidir (9). Bu kapsamda çalışmanın teorik kısmında ilaçların kullanımı, akılcı ilaç kullanımı kavramı ve akılcı ilaç kullanımına ilişkin literatüre yer verilirken; araştırma kısmında ise araştırmanın amacı, kapsamı, yöntemi, bulgular, tartışma ve sonuç bölümlerine yer verilmiştir.

LİTERATÜR

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yerli ve yabancı literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çelik, (2011) 65 kişi üzerinde yapmış olduğu çalışmada, akılcı ilaç kullanım alışkanlıkları ve kullanılmayan ilaç israfı ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını, bununla birlikte eczacılık fakültesi ile diğer üniversite üyeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunduğunu saptamıştır (10).

Demirci ve Şimşek (2012) 238 kişi üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında katılımcıların ilaç kullanım tutumlarının olumlu olduğunu belirlemişlerdir (11). Bayrak (2018) 372 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, hastaların sosyodemografik özellikleri ile akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı bir farklılık

olduğunu, bununla birlikte hastaların akılcı ilaç kullanım davranışlarının akılcı olduğu ancak istenilen düzeyde olmadığı bulunmuştur. Çalışmada kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımının hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi ve davranışlarını etkilediği saptanmıştır (12).

Peköz (2018) 202 kişi üzerinde yapmış olduğu araştırmada, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yeterli bilgi düzeyinde olunmadığı bu konuda en fazla sorumluluğun hekimlerde olduğu (araştırmada hekimlerin %60,9'nun hastalara ilaçla ilgili verdikleri bilginin kısmen yeterli olduğu ve %68,8'nin hastaların talep ettiği ilaçları kısmen reçete ettikleri) belirtilmiştir (13).

Yağar ve Soysal (2018) 71 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada, akılcı ilaç kullanımı konusunda hekimlerin etkin bir meslek grubu olduğunu ve eğitimlerinin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Araştırmada hastanede verilen eğitimlerin daha etkin ve etkili bir şekilde tasarlanması hatta zorunlu hale getirilmesi, hastaların ve diğer sağlık personelinin de eğitimler ile bu sürece dahil edilmesi ve ilaç tüketimi konusunda bilinçlendirilmesi, ilgili komitelerin tanıtımının iyi yapılması ve burada çalışan kişilerin de bakanlık tarafından sürekli olarak eğitilmesi ve teşhir ünitelerinin daha verimli bir şekilde kullanılması gerektiği belirtilmiştir (14).

MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri ve davranışlarını etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 600 öğrenci oluştururken örneklemini ise basit rastgele yöntem ile seçilen 85 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma verileri, Katılımcı Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ercan (2018) tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği isimli ölçek ile toplanmıştır (15). Ölçeğin toplanması yüz yüze gerçekleştirilmiş ve ölçeğin Kahramanmaraş İmam Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi bölümü öğrencileri üzerinde uygulanması için Sosyal Bilimler Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır.

Anket iki 2 bölümden oluşmakta olup, ilk bölüm öğrencilerin sosyal ve demografik durumları (9 soru) ile ilaç kullanımları değerlendirmeye yönelik değişkenlerin yer aldığı (6 soru) sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise öğrencilerin akılcı ilaç kullanımını etkileyen bilgi düzeyi (10 soru), sosyo-kültürel (6 soru), psikolojik (7 soru), kişisel (5 soru) ve akılcı ilaç kullanım davranışlarını değerlendirmeye yönelik (10 soru) sorulardan oluşmaktadır. İkinci grup soruların hazırlanmasında ise 5'li likert ölçeği ("kesinlikle katılmıyorum" ifadesi için 1, "katılmıyorum" ifadesi için 2, "ne katılmıyorum ne de katılmıyorum" ifadesi için 3,

"katılıyorum" ifadesi için 4 ve "kesinlikle katılıyorum" ifadesi için 5 rakamı) kullanılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

H1: Öğrencilerin hekime gitmeden ilaç kullanım durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Öğrencilerin hekime gitmeden ilaç kullanım durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Öğrencilerin cinsiyetleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Öğrencilerin cinsiyetleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Öğrencilerin yaşları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H6: Öğrencilerin yaşları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H7: Öğrencilerin okudukları sınıf ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H8: Öğrencilerin okudukları sınıf ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H9: Öğrencilerin öğrenim durumu ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H10: Öğrencilerin öğrenim durumu ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H11: Öğrencilerin gelir düzeyi ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H12: Öğrencilerin gelir düzeyi ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Bu araştırmada öğrencilere ait demografik veriler ve öğrencilerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını etkileyen faktörlere ilişkin veriler oluşturularak yorumlanmıştır. Verilerin analizinde SPSS (22.00) paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri normal dağılım göstermekle birlikte demografik veriler tanımlayıcı istatistiksel metotlar (aritmetik ortalama, sayı ve yüzde) ile analiz edilmiştir. Hipotezler değerlendirilirken parametrik istatistiksel analizinde cinsiyet, hekime gitmeden ilaç kullanım durumları, eğitim durumları ile faktörler arasında "Independent Sample t Testi" ile analiz edilirken; öğrencilerin yaşları,

okudukları sınıf, gelir düzeyleri ile faktörler arasında “One Way Anova Testi” yapılmıştır.

Araştırmanın Cronbach’s Alpha geçerlilik analizi, ölçekte yer alan soruların homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır ve 0 ile 1 arasında değer olarak soruların benzerliğini ya da yakınlığını ortaya koyan bir katsayıdır. Cronbach’s Alfa değerinin 0,70 ve üzeri olduğu durumlarda ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmektedir (16). Bu çalışmada elde edilen verilerin Cronbach’s Alpha değeri 0,81 olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilir olduğu ifade edilebilir.

BULGULAR

Aşağıda öğrencilerden elde edilen demografik bulgulara yer verilmiştir.

Ankete katılan öğrencilere ait demografik veriler Tablo 1’de verilmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında; %61,2’si kadın, %38,8’i erkek , yaş gruplarına göre dağılımı; % 36,5’i 17-20 yaş arası, %60,0’i 21-24 yaş arası, %3,5’i 25 yaş ve üstü öğrencilerden oluşmaktadır. Ankete katılan öğrencilerin yaş grupları arasında en düşük oran % 3,5 ile 25 yaş üstü grubundaki kişiler, en yüksek oran % 60,0 ile 21-24 yaş arası öğrencilerdir. Öğrencilerden sadece bir öğrenci (%1,2) evli iken geriye kalan 84 öğrenci bekarıdır.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Öğrencilerin Cinsiyet Dağılımı		
Kadın	52	61,2
Erkek	33	38,8
Öğrencilerin Yaş Dağılımı		
17-20	31	36,5
21-24	51	60,0
25 yaş ve üstü	3	3,5
Öğrencilerin Medeni Durumu		
Bekar	84	98,8
Evli	1	1,2
Öğrencilerin Uyuşuğu		
TC	81	95,3
Diğer	4	4,7
Öğrencilerin Okudukları Sınıf		
1.Sınıf	17	20,0
2. Sınıf	31	36,5
3. Sınıf	17	20,0
4. Sınıf	20	23,5
Öğrencilerin Öğrenim Durumu		
1. Öğretim	50	58,8
2. Öğretim	35	41,2
Öğrencilerin Gelir Düzeyi		
499 TL ve altı	28	32,9
500-999	23	27,1
1000-1499	16	18,8
1500 TL ve üstü	18	21,2
Öğrencilerin Tercih Ettikleri Kurum		
Üniversite Hastanesi	21	24,4
Kamu Hastanesi	38	44,2
Özel Hastane	16	16,3
Aile Hekimliği	12	14,0
Öğrencilerin Sağlık Güvenceleri		
Yok	11	12,9
Yeşil Kart	4	4,7
Özel Sigorta	3	3,5
SGK	67	78,9
Toplam	85	100

Ankete katılan öğrencilere ait demografik veriler Tablo 1’de verilmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında; %61,2’si kadın, %38,8’i erkek , yaş gruplarına göre dağılımı; % 36,5’i 17-20 yaş arası, %60,0’i 21-24 yaş arası, %3,5’i 25 yaş ve üstü öğrencilerden oluşmaktadır. Ankete katılan öğrencilerin yaş grupları arasında en düşük oran % 3,5 ile 25 yaş üstü grubundaki kişiler, en yüksek oran % 60,0 ile 21-24 yaş arası öğrencilerdir. Öğrencilerden sadece bir öğrenci (%1,2) evli iken geriye kalan 84 öğrenci bekarıdır.

Öğrencilerin okudukları sınıflar incelendiğinde %20’si 1. Sınıf, %36,5’i 2.sınıf, %20’si 3. Sınıf, %23,5’i 4. Sınıftır. Öğrenim durumlarına göre %58,8’i birinci öğretim okurken %41,2’si ikinci öğretimdir. Öğrencilerin %95,3’ü Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı iken %4,7’si (KKTC, Suriye) yabancı uyrukludur. Öğrencilerin aylık gelirleri incelendiğinde 499TL ve altı %32,9, 500-999TL %27,1, 1000-1499TL %18,8, 1500TL ve üstü 21,2 olarak aylık ortalama gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Öğrencilerin “Sosyal güvenceniz nedir?” sorusuna 12,9’u sosyal güvencesi olmadığını belirtirken, %4,7’si yeşil kart, %3,5’i özel sigorta ve %78,9’u SGK cevaplarını vermiştir. Öğrencilerin sağlık hizmeti almak için %44,4’ü kamu hastanelerini, %24,2’si üniversite hastanelerini, 16,3’ü özel hastaneleri, 14,0’i aile hekimliğini tercih ettikleri görülmektedir.

Aşağıda öğrencilere ait bulguların akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkileri ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2: Öğrencilerin Hekime Gitmeden Kendi Kendilerine İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Hekime gitmeden ilaç kullanımı	Frekans	Yüzde
Evet	34	40
Hayır	51	60
Toplam	85	100

Örnekleme oluşturan 85 kişiden 34’ü (%40) hekime danışmadan ilaç kullanırken, 51 kişi (%60) hekime danışarak ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Öğrencilerin hekime gitmeden kullandıkları ilaçlara göre durumlarına bakıldığında; hekime gitmeden ilaç kullanan öğrencilerin (%40) en çok kullandıkları ilaçlar %37,6 oranı ile ağrı kesiciler, %17,6 ile soğuk algınlığı ilaçları, %10,6 ile merhemler, %9,4 ile aynı orana sahip antibiyotikler ve mide ilaçları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Öğrencilerin Hekime Gitme Sebeplerine Göre Dağılımı

Hekime gitme sebepleri	Frekans	Yüzde
Tedavi olmak	66	77,6
Kontrol amaçlı	12	14,1
İlaç yazdırmak	7	8,2
Toplam	85	100

Öğrencilerin hekime gitme sebepleri değerlendirildiğinde; öğrencilerin %77,6’sı tedavi olmak, %14,1’i kontrol amaçlı, %8,2’si ilaç yazdırmak için hekime gittiklerini

belirtmişlerdir (Tablo 3). Tedavi olmak için gitme sebeplerinin en çok tercih edilmesi Ercan (2018)'in çalışması ile de uyumludur (17).

Öğrencilere hekimlerden ilaçlarla ilgi en çok hangi bilgileri aldıkları sorulmuş ve öğrencilerin %39,5'i kullanım şekli, %30,3'ü tedavi süresi, %21,8'i yan etkileri, %7,6'sı ilacın dozu, %0,8'i ilacın maliyeti hakkında bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (Analizde soru çoklu yanıt olduğu için toplam örneklem sayısından fazla çıkmaktadır). Demiroğlu ve arkadaşları (2017)'nin çalışmasında ilacın yan etkisi ve kullanım şekli hekime en çok sorulan sorular arasında yer almıştır.

Öğrencilere kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi kaynakları sorulduğunda %48,6'sı hekim, %47,7'si eczane, %3,6'sı akraba ve arkadaş yanıtını vermiştir (Analizde soru çoklu yanıt olduğu için toplam örneklem sayısını geçmektedir). Ercan(2018)'in çalışmasında da ilaçlarla ilgili bilgi kaynağı olarak eczacı ve hekimler ön plana çıkmıştır. Peköz (2018) ve Yağar ve Soysal (2018)'in yaptıkları çalışmalarda ilaçlarla ilgilibilgi kaynağı olarak en çok hekimlerin tercih edilmesi bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Ancak Demirci ve Şimşek (2012)'in yaptıkları çalışmada ise ilaçlarla ilgili bilgi kaynağı olarak hekimlerden daha yüksek orana sahip olan yakın çevre faktörü çıkmıştır.

Ankete katılan öğrencilere antibiyotik kullanırken devam etme ve bitirme sürelerini neye göre belirledikleri sorulduğunda, %71,8'inin hekimin tavsiyesine göre ancak %24,7'sinin ise iyileşme zamanına göre cevapladıkları tespit edilmiştir. Ercan(2018) ve Özçelıkay (2001) bireylerin hekim tavsiyesine göre ilaç kullanım sürelerini belirlerken; Kaya ve arkadaşları (2015) ve Şantaş ve Demirgil (2017) hastalık belirtilerinin geçme süresine göre ilaç kullanım sürelerini belirlediklerini tespit etmişlerdir (18,19).

Araştırmada öğrencilerin hekime gitmeden ilaç alma eğilimleri ile okudukları sınıf arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P > 0,05$). Öğrencilerin hekime gitme sebepleri ile okudukları sınıf arasında yine anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P > 0,05$). Yine öğrencilerin gelir düzeyleri ile hekime gitme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P > 0,05$). Ercan (2018)'in çalışmasında ise tüketicilerin gelir düzeyleri ile hekime gitme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Araştırmada öğrencilerin ilaç kullanımına yönelik değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında; öğrencilerin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik ifadelerde ölçeğin grup değişkenlerine göre ortalama değeri 3,38 bulunmuştur. Öğrencilerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi sorularının ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek iki değerin; 3,83 ortalama ile

“İlaçları kullanma konusunda bir uzman olduğumu düşünürüm.” ve 3,80 ortalama ile “Kullandığım ilaçların son kullanma tarihlerini bilirim.” ifadelerinin olduğu belirlenmiştir. Bu duruma göre öğrencilerin ilaç kullanımı konusunda kendi bilgilerinin iyi oldukları algısında olduğu ve ilaçları en son ne zaman tüketmeleri gerektiğini bildiklerini söylemek mümkündür.

Öğrencilerin davranışına yönelik sosyo-kültürel faktörlerin etkilerini değerlendirmek adına verilen ifadeler incelendiğinde; ölçeğin grup değişkenlerine göre ortalama değeri 2,60 bulunmuştur. Öğrencilerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi sorularının ortalama ve standart sapmalarına bakıldığında en yüksek iki değerin; 3,21 ortalama ile “Hastalandığımda ilaç almadan önce büyüklerimden öğrendiğim yöntemlerle kendimi iyileştirmeye çalışırım.” ve 3,1 ortalama ile “Hastalandığımda ilaç almadan önce çevremdekilerden duyduğum bitkisel ürünleri kullanmayı tercih ederim.” ifadelerinin olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin davranışına yönelik psikolojik faktörlerin etkilerini değerlendirmek adına verilen ifadeler bakıldığında; ölçeğin grup değişkenlerine göre ortalama değeri 2,93 bulunmuştur. Öğrencilerin akılcı ilaç kullanımında davranışına yönelik psikolojik faktörlerin sorularının ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek iki değerin; 3,71 ortalama ile “İlaç kullanmayı sevmiyorum.” ve 3,37 ortalama ile “Evde her zaman ağrı kesici ilaçlar bulundurmayı severim.” ifadelerinin olduğu görülmektedir. Bu duruma göre öğrencilerin sağlık problemleri yaşayıp ilaç kullanmak istemedikleri ya da ilaç kullanmayı sevmiyor olsalar da sağlıklarına kavuşmak için ilaçların etkilerine inandıkları ve ilaç bulundurmanın kendilerini iyi hissetmelerini sağladığı söylenebilir.

Öğrencilerin davranışına yönelik kişisel faktörlerin etkilerini değerlendirmek adına verilen ifadeler bakıldığında; ölçeğin grup değişkenlerine göre ortalama değeri 2,77 bulunmuştur. Öğrencilerin akılcı ilaç kullanımında davranışına yönelik kişisel faktörlerin sorularının ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek iki değerin; 3,60 ortalama ile “Kullanacağım ilaçla ilgili araştırma yapmayı severim.” ve 3,07 ortalama ile “Hasta olmaktan ve ilaç kullanmaktan oldukça korkarım.” ifadelerinin olduğu görülmektedir. Bu bağlamda kişisel faktörlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik önemli etkilerinin olmadığı ancak ilaç kullanımına yönelik araştırma yapmayı ilaç kullanımında ihmal etmedikleri söylenebilir.

Öğrencilerin akılcı ilaç kullanım davranışına yönelik faktörlerin etkilerini değerlendirmek adına verilen

ifadelere bakıldığında, ölçeğin grup değişkenlerine göre ortalama değeri 2,81 bulunmuştur. Öğrencilerin akılcı ilaç kullanımında davranışına yönelik kişisel faktörlerin sorularının ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, en yüksek iki değerin; 3,97 ortalama ile “Reçeteye hekim hangi ilaçları yazmış ise onları satın alırım.” ve 3,65 ortalama ile “Reçeteye devletin ücretini karşılamadığı ilaçlar yazılmışsa yine de satın alırım” ifadelerinin olduğu görülmektedir. Özellikle hekimlerin kendilerine reçete ettiği ilaçları ödeme dışında bile olsa alma davranışını gösteren hastalar, hekimine, ilacına ve tedavisine inancını artırarak kendini güvende hissettikleri ve böylece akılcı ilaç kullanım davranışını sergiledikleri düşünülebilir.

Aşağıda öğrencilere ait bilgi ve davranış düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisi ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Elde edilen veriler parametrik istatistik analizinde cinsiyet, hekime gitmeden ilaç kullanım durumları, eğitim durumları ile faktörler arasında “Independent Sample t Testi” ile analiz edilirken; yaşları, okudukları sınıf, gelir düzeyleri ile faktörler arasında “One Way Anova Testi” yapılmıştır.

Tablo 4: Öğrencilerin Hekime Gitme Sebeplerine Göre Dağılımı

Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	t	Df	P
Evet	34	3,2971	0,74772	-0,934	81	0,353
Hayır	51	3,4471	0,71031			

Ercan (2018)’in çalışmasında tüketicilerin hekime gitmeden ilaç kullanım durumları ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunurken; yapılan bu çalışmada öğrencilerin hekime gitmeden ilaç kullanım durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H1 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 5: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Davranışlarının Hekime Gitmeden İlaç kullanım Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	t	Df	P
Evet	34	2,8912	0,61760	0,882	83	0,380
Hayır	51	2,7706	0,61731			

Ercan (2018)’in çalışmasında tüketicilerin hekime gitmeden ilaç kullanımı ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunurken; yapılan bu çalışmada öğrencilerin hekime gitmeden ilaç kullanım durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H2 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 6: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	Df	P
Kadın	52	3,4385	0,73835	0,819	83	0,415
Erkek	33	3,3061	0,70664			

Öğrencilerin cinsiyetleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H3 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Davranışlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	Df	P
Kadın	52	2,8385	0,68260	0,367	83	0,715
Erkek	33	2,7879	0,50421			

Özyiğit ve Arıkan, (2015)’in çalışmasında erkeklerin daha akılcı davranış sergilediği gözlenirken (20); (Ercan, 2018) çalışmasında kadınların daha akılcı davranış sergiledikleri saptanmıştır. Bu çalışmada ise öğrencilerin cinsiyetleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H4 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 8: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Yaşlarına Göre Değerlendirilmesi

Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
17-20	31	3,2839	0,80420	0,636	0,532
21-24	51	3,4333	0,68867		
25 yaş ve üstü	3	3,6667	0,41633		

Öğrencilerin yaşları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H5 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 9: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Davranışlarının Yaşlarına Göre Değerlendirilmesi

Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
17-20	31	2,8194	0,60960	0,057	0,944
21-24	51	2,8255	0,64213		
25 yaş ve üstü	3	2,7000	0,26458		

Ercan (2018)’in çalışmasında tüketicilerin yaşları arttıkça akılcı ilaç kullanım davranışlarının da doğru oranda artış gösterdiği saptanırken; yapılan bu çalışmada öğrencilerin yaşları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H6 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 10: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Okudukları Sınıfa Göre Değerlendirilmesi

Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
1	17	3,3882	0,70257	1,944	0,129
2	31	3,1935	0,81769		
3	17	3,7118	0,72533		
4	20	2,4100	0,50252		

Öğrencilerin okudukları sınıf ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H7 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 11: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Davranışlarının Okudukları Sınıfa Göre Değerlendirilmesi

Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
1	17	2,6824	0,51385	1,052	0,374
2	31	2,7452	0,69706		
3	17	2,8765	0,69510		
4	20	3,0000	0,47128		

Öğrencilerin okudukları sınıf ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H8 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 12: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Öğrenim Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Öğrenim Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	df	P
1. Öğretim	50	3,4440	0,70281	0,816	83	0,390
2. Öğretim	35	3,3057	0,75807			

Öğrencilerin öğrenim durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H9 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 13: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Davranışlarının Öğrenim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Öğrenim Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	df	P
1. Öğretim	50	2,8520	0,63350	0,590	83	0,556
2. Öğretim	35	2,7714	0,59783			

Öğrencilerin öğrenim durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H10 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 14: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Gelir Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
499 ve altı	28	3,3357	0,76701	0,447	0,720
500-999	23	3,2870	0,79447		
1000-1499	16	3,4875	0,66621		
1500 ve üstü	18	3,5056	0,64120		

Öğrencilerin gelir durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H11 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 15: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Davranışlarının Gelir Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Gelir Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
499 ve altı	28	2,8250	0,41600	0,132	0,941
500-999	23	2,8043	0,75587		
1000-1499	16	2,7611	0,53848		
1500 ve üstü	18	2,8188	0,77470		

Öğrencilerin öğrenim durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0,05$). H12 hipotezi reddedilmiştir.

SONUÇ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yönetimi öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada öğrencilerin %60'ının hekime danışmadan ilaç kullanmadıklarını belirtmeleri akılcı ilaç kullanımını açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Geçmiş yıllarda yapılan ve hekime gitmeden ilaç kullanım oranları ile ilgili yapılan çalışmalarda bu oran; Özçelikay ve arkadaşları (1995)'nin yaptığı çalışmada %90,2 iken (21), Özçelikay (2001)'in çalışmada %75,5 olarak belirlenmiştir. Yakın zamanda yapılan Kaya ve arkadaşları (2015)'nin çalışmasında bu oran %35,4, Şantaş ve Demirgil (2017)'in çalışmasında %27, Demiroğlu ve arkadaşları (2017)'nin çalışmasında %11,7 gibi oranlarında daha düşük sonuçlar vermiştir. Ercan (2018)'in çalışmasında ise bu oran %40 olarak çıkmıştır. Bu sonuçlara göre bireylerin gün geçtikçe ilaç kullanımını konusunda daha bilinçli davrandıkları ifade edilebilir.

Bu çalışmada hekime gitmeden ilaç kullanan öğrencilerin en çok kullandığı ilaç grubu %37,6 ile ağrı kesiciler oluşturmuştur. Literatürde yer alan çalışmalarda da (Özçelikay ve arkadaşları (1995); Özçelikay (2001); Demirci ve Şimşek (2012); Kaya ve arkadaşları (2015); Demiroğlu ve arkadaşları (2017); Ercan (2018)) en çok kullanılan ilaçların ağrı kesiciler olduğunu ortaya koymuştur. Bunun olası nedeninin ağrı kesicilerin reçetesiz satışının olması ile bağlantılı olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Ayrıca antibiyotik yazma konusunda hekimlerin daha hassas davranmaları da antibiyotik kullanımındaki azaltmayı sağlamada önemli bir unsur olarak değerlendirilebilir. Öğrencilerin kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi kaynakları değerlendirildiği zaman en çok hekim (%48,6) ve eczane (47,7)'den bilgi edindikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin kullandıkları ilaçlar hakkında hekimden edindikleri bilgiler ise Demiroğlu ve arkadaşları (2017)'na benzer olarak kullanım şekli (%39,5), tedavi süresi (%30,3) ve yan etkileri (%21,8) şeklinde bulunmuştur.

Ankete katılan öğrencilere antibiyotik kullanırken devam etme ve bitirme sürelerini neye göre belirledikleri sorulduğunda %71,8'i hekim tavsiyesine göre, %24,7'sinin ise iyileşme zamanına göre cevapladıkları tespit edilmiştir. Araştırmada öğrencilerin çok büyük bir oranda hekimin tavsiyesine göre antibiyotik kullanımları, akılcı ilaç kullanımını kapsamında bilgi ve davranış düzeylerinin önemli bir noktada olduğunu göstermesi

açısından önemli olarak değerlendirilebilir. Ancak küçük bir oranda olsa iyileşme süresine ya da kendini iyi hissetme gibi olgularda kendiliğinden antibiyotığı bırakmak gibi bilgi ve davranış yetersizliğinin görüldüğü söylenebilir.

Öğrencilerin okudukları sınıf ile hekime gitme sebepleri ve hekime gitmeden ilaç alma eğilimleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yine aynı şekilde gelir düzeyleri ile hekime gitme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde Ercan(2018)'ın çalışmasına bakıldığında, bireylerin hekime gitmeden ilaç kullanım durumları ile bilgi düzeyleri ve davranışları arasında bir farklılık bulunurken, öğrencilerin hekime gitmeden ilaç kullanım durumları ile bilgi düzeyleri ve davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Öğrencilerin cinsiyetleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Öğrencilerin akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışlarına cinsiyete göre değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmazken; Özyiğit ve Arıkan (2015)'in çalışmasında erkeklerin ilaç kullanımında daha akılcı davranış sergilediği, Ercan (2018)'in çalışmasında ise kadınların ilaç kullanımında daha akılcı davranış sergiledikleri gözlemlenmiştir. Çalışmada öğrencilerin yaşları, okudukları sınıf, öğrenim durumu ve gelir düzeyleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Öğrencilerin yaşları, okudukları sınıfı, öğrenim durumu ve gelir durumları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bu sonuçlara göre öğrencilerin akılcı ilaç kullanmaları ile ilgili şu önerilere yer verilebilir: Öncelikle öğrencilerin akılcı olmayan ilaç kullanımı konusundaki problemleri eğitim ile çözülebileceği ifade edilebilir. Bu kapsamda özellikle doktor ve eczacılara akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitimler verilmesi önemli olabilecektir. Çalışmada öğrencilerin ilaç kullanım tutumları olumlu değerlendirilebilirse de, konunun önemini pekiştirmek amacıyla öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurumu Başkanlığı arasında işbirliği ile öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili algı ve davranışları daha etkin yönetilebilir. Eğitimle birlikte, elde edilen tutum ve davranışların devamlılığı ve desteklenmesi amacıyla ihtiyaç duyulan idari düzenlemeler sağlanmalıdır. Yine öğrencilerin çok yoğun kullandığı sosyal medya vb. iletişim ortamlarında bu konu ile ilgili farkındalık oluşturulabilir. Sivil toplum ile desteklenmiş bir akılcı ilaç kullanımının planlanması da sağlanabilir.

KAYNAKÇA

1. Yılmaz, M., Kırbıyıkoğlu, F.İ., Arıç, Z. ve Kurşun, B., (2014). Bir Diş Hekimliği Hastanesine Başvuran Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1), 39-47

2. Ercan, T. ve Biçer, D.F. (2019), Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği, Business & Management Studies: An International Journal Vol.:7 Issue:2 Year:2019, 998-1021
3. Çelik, S. B. ve Can, H. (2012). Birinci Basamakta İlaç Kullanımı. Smyrna Tıp Dergisi(Ek Sayı (1), 79-81.
4. http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/ (İndirilme Tarihi:29.01.2020)
5. Özçelikay, G. (2001). Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma. Ankara Eczane Dergisi, 30(2), 9-18.
6. Taşdemir, S. (2013, Ocak). Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 1(1), 1-5.
7. Demirci, A. ve Şimşek, I. (2012). Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanımına Yönelik Tutumları. E-Journal of New Word Sciences Academy, 7(4).
8. Ercan, T. (2018). Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas
9. Çelik, E. (2011). Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları Üzerine Bir Pilot Çalışma. Yüksek Lisans, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Farmasi Anabilim Dalı, İstanbul.
10. Demirci, A. ve Şimşek, I. (2012). Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanımına Yönelik Tutumları. E-Journal of New Word Sciences Academy, 7(4).
11. Bayrak, N. Y. (2018). Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Ve Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
12. Peköz, Ö. (2018). Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık , İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
13. Yağar, F., & Soysal, A. (2018, Mart). Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Hastane Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Asistan Hekimler Örneği. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 14(1).
14. Ercan, T. (2018). Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas
15. Ercan, T. (2018). Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas
16. Demiroğlu, T., Polat, Y., & Doğan, U. (2017). Kilis Devlet Hastanesinde Yatan Yetişkin Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Davranış ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1), 93-98.
17. Kaya, H., Turan, N., Keskin, Ö., Tencere, Z., Uzun, E., GülizarDemir, et al. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(1).
18. Şantaş, F., & Demirgil, B. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bir Çalışma. İşletme Bilimi Dergisi, 5(1), 35-48.
19. Özyiğit, F., ve Arıkan, İ. (2015). Kütahya İlinde Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Bozok Tıp Dergisi, 5(1), 47-52.
20. Özçelikay, G., Asil, E., Köse, K. (1995). Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Doktora Gitme ve Doktora Başvurmadan İlaç Kullanma Alışkanlıkları Üzerine Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Eczacılık Dergisi, 24 (1), 21-31.

Relationships between pharmaceutical expenditures and life expectancy: Assessment for Turkey and OECD countries

İlaç harcamaları ve yaşam beklentisi arasındaki ilişkiler: Türkiye ve OECD ülkeleri için bir değerlendirme

Nermin Bölükbaşı¹, Hayriye Işık², Sait Söyler³

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

²Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ

³Tarsus Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Mersin

Anahtar Kelimeler:

İlaç Harcamaları, Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, Sağlık Göstergeleri

Key Words:

Pharmaceutical Expenditures, Life Expectancy at Birth, Health Indicators

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

soylersait@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

17.04.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

06.08.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

28.09.2020

ÖZET

Giriş ve amaç: Bir ülkenin sağlık durumunun ölçülmesinde çeşitli değişkenler göz önünde bulundurulmaktadır. Bu göstergelerin başında sağlık harcamaları gelmektedir. Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamaları oransal olarak büyük bir yer kaplamaktadır. AB ve OECD ülkelerine bakıldığında bu oran yüzde yirmi civarındayken, gelişmekte olan ülkelerde yüzde otuzlar civarındadır. Bu nedenle ilaç harcamaları önemli bir göstergedir. Diğer taraftan en temel sağlık göstergelerinden bir tanesi doğumda beklenen yaşam süresi göstergesidir. Bu gösterge aynı zamanda ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilgili ipuçları da vermektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı OECD ülkelerinde GSMH içerisinde ilaç harcamalarının payı ve kişi başı ilaç harcamaları (dolar) değişkenleri ile doğumda beklenen yaşam süresi değişkeni arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. **Gereç ve yöntem:** Araştırmada ikincil veriler kullanılmış, veriler temel olarak OECD veri tabanından elde edilmiştir. Veri analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler korelasyon analizine tabi tutulmuştur. **Bulgular:** Gerçekleştirilen korelasyon analizi neticesinde GSMH içerisinde ilaç harcamalarının payı ile doğumda beklenen yaşam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Kişi başı ilaç harcamaları ile doğumda beklenen yaşam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). **Sonuç:** Bu sonuçlar ilaçların doğru ve yerinde kullanımıyla beraber kişi başı ilaç harcamalarının artmasının doğumda beklenen yaşam sürelerine pozitif yönde etki edeceğini göstermektedir. Bu nedenle Türkiye açısından kişi başı ilaç harcamalarında OECD ortalamasının yakalanması gerektiği önerilmektedir.

ABSTRACT

Introduction and objective: Many variables are taken into account in measuring the health status of a country. Health expenditures are the leading indicators. In health expenditures, pharmaceutical expenditures have a large proportion. Looking at the EU and OECD countries, this rate is around twenty percent, while it is around 30 percent in developing countries. Therefore, pharmaceutical expenditure is an important indicator. On the other hand, one of the most basic health indicators is the life expectancy at birth. This indicator also provides clues about the level of development of the country. In this context, the aim of this study is to investigate the relationship between the share of pharmaceutical expenditures in GDP, pharmaceutical expenditure per capita (dollars) and life expectancy at birth in OECD countries. **Materials and methods:** Secondary data have been used in the study and the data have been obtained from the OECD database. The data have been analyzed in SPSS Version 21.0 statistical package program. Correlation analysis has been used. **Results:** As a result of the correlation analysis, no statistically significant correlation has been found between the share of pharmaceutical expenditures in GDP and the life expectancy at birth ($p > 0.05$). There is a statistically significant, positive and moderate relationship between pharmaceutical expenditures and life expectancy at birth ($p < 0.05$). **Conclusion:** These results indicate that the increase in pharmaceutical expenditures per capita with correct and appropriate use of drugs have a positive effect on the life expectancy at birth. Therefore, reaching the average per capita pharmaceutical expenditures in OECD countries is recommended for Turkey.

GİRİŞ

Health services are distinguished from other goods and services sectors due to their unique characteristics. One of the reasons which makes health services different and distinguished is being related to human health. Therefore, it is a very sensitive area. Health services have a number of characteristics such as being a non-delayable

service in most cases, requiring a different approach each time, needing human resources working together from many different areas and determining the demand from the supply side (1-3). Besides, the tolerance of errors in health services is low and even small mistakes can cause great damages both financially and morally. Moreover, these damages affect not only the patients receiving service but also the service providers in terms

of malpractice and may cause serious damages to health institutions (4,5). With having these characteristics, health services, which are in a special position, are of great importance not only for individuals but also for society. Accordingly, health services play an important role in making individuals feel healthy and happy, they also contribute to raising the health level of the society. Thus, it makes a great contribution to the formation of a healthy society and healthy manpower. Thanks to these contributions, factors such as increasing in production, creation of prosperity and supporting economic growth, which are extremely important for a country, are also developing (6,7). At this point, there are a number of criteria used to measure the outcomes of health services. Some of these criteria are macro health measures and assess some health outcomes on country/region basis. The life expectancy criterion is the most important one. One of the most basic and simple measures in measuring health services in a country is life expectancy at birth or at certain ages. In addition, there are criteria used to measure the outcomes and quality of services of health institutions in a micro scale. Other macro criteria are birth and death measures and morbidity and mortality measures calculated on country/region basis. With these criteria, it is possible to collect data about the health level of a country or region and evaluate the data and take steps to improve health services (8). On the other hand, there are some other indicators that are thought to be related to health indicators. These are basically the resources allocated to health services and the criteria indicating the current situation in health services. These are indicators such as health expenditures, pharmaceutical expenditures, number of physicians and nurses, the number of hospital beds, the number of medical devices etc. These can be analyzed by the change they have shown from past to present (called time series), or by comparing them with the developments in other countries.

Pharmaceutical expenditures in OECD countries reached 800 billion dollars in 2013, indicating that 20% of the total health expenditure is pharmaceutical expenditures. OECD countries' mean pharmaceutical expenditures accounted for 1.4% of GDP in 2013. Per capita pharmaceutical expenditure is 515 dollars as OECD average for the same year. Pharmaceutical expenditures are expected to increase by 50% in the near future with the introduction of high-cost and specialty medicines into the pharmaceutical markets (9). However, it is stated that technologies increasing health expenditures lead to threat many diseases which cannot be threatened before and prolong life span. New technology medicines reduce healthcare costs not only with treating untreated diseases, but also with reducing other health expenditures such as hospital stay (10).

As pharmaceutical expenditures make up almost 20% of health expenditures in EU member states, many countries are working on increasing the efficiency of pharmaceutical expenditures. In this context, appropriateness of prescriptions, excessive/unnecessary or inadequate use of medicines are examined (11).

Life expectancy at birth in OECD countries has been increasing over the years (3-4 months each year) and in 2013 the OECD average was 80.5 years. Japan, Spain and Switzerland are leading in this field with more than 82 years. In OECD countries, although women have life expectancy at birth 5 years more than men, this gap is has been closing. The groups with higher education have more 6 years life expectancy at birth (9).

Improvements in life expectancy are important not only for the welfare of societies, but also for the economic development and welfare of nations, because an increase in longevity is recognized as an important driving factor behind economic growth and development. There is a consensus in the literature that healthy individuals are one of the most important factors of economic growth. Technological change also contributes positively to this process. Life expectancy has increased globally in the last fifty years. In OECD countries, life expectancy increased from 67.9 in 1960 to 80 in 2010 meaning increased by 18%. There are numerous factors behind this increase, such as improvement in socioeconomic indicators, risk factors and health technology. The debate about the factors affecting the increase in life expectancy has not yet reached a conclusion. Some health economists argue that the contribution of medical care to increases in longevity and other health status improvements is relatively low, and that other factors such as socioeconomic development, lifestyle, and environment are the most important factors (12). On the other hand, there are studies indicating that there is a connection between health expenditures and life expectancy at birth (13). Similarly, in some studies, it has been found that pharmaceutical expenditures and new medicines increase life expectancy at birth (14,15).

In this context, the relationship between per capita pharmaceutical expenditures and life expectancy at birth has been examined and some evaluations have been made for OECD countries in this study.

MATERIALS AND METHODS

The aim of this study is to investigate the relationship between per capita pharmaceutical expenditure and life expectancy at birth in OECD countries.

The data used in the study is secondary data obtained from OECD dataset and consists of per capita pharmaceutical expenditure, ratio of pharmaceutical expenditures in GDP and life expectancy at birth. 33 countries have been

examined in total (16). The most up-to-date data for per capita pharmaceutical expenditure variable is from 2016. Because there is not any current data on OECD database about pharmaceutical expenditures for Turkey, the data (170 dollars) has been obtained from Turkey Pharmacists Association (TPA) (17). The data on the proportion of pharmaceutical expenditures in the GDP and life expectancy at birth have been obtained from the OECD database and the data for 2016 have also been analyzed here. The data has been transferred to MS Excel and then to the SPSS 20.0 package program in order to examine the relationships between variables. Ethics committee approval was not required because the data of the study is available at publicly accessible databases and no human participants have been included in the study.

The main question of the research is: “Is there a relationship between per capita pharmaceutical expenditures and life expectancy at birth?”

FINDINGS

The data obtained from the research are summarized in the table 1.

Table 1. Research data

COUNTRIES	Pharmaceutical Expenditures in GDP (%)	Per capita pharmaceutical expenditure (Dollars)	Life Expectancy at Birth (Year)
Turkey	0.83	170	78
Luxembourg	0.53	554	82.8
Denmark	0.68	335	80.9
Netherlands	0.77	410	81.6
Norway	0.79	485	82.5
Israel	0.92	315	82.5
Ireland	0.95	676	81.8
Iceland	0.96	488	82.3
Sweden	1.07	524	82.4
UK	1.11	476	81.2
Finland	1.19	516	81.5
Mexico	1.24	232	75.4
Czech Republic	1.25	433	79.1
Austria	1.25	631	81.7
Poland	1.35	369	78
Australia	1.35	640	82.5
Portugal	1.37	419	81.2
Belgium	1.47	684	81.5
Slovenia	1.55	507	81.3
Italy	1.58	628	83.3
Germany	1.59	777	81.1
France	1.60	663	82.4
Switzerland	1.69	1080	83.7
Korea	1.71	653	82.4
Spain	1.71	621	83.4
Latvia	1.77	452	74.7
Lithuania	1.81	541	74.8
Canada	1.86	860	81.9
Slovakia	1.86	566	77.3
USA	2.10	1208	78.6
Hungary	2.12	566	76.2
Japan	2.15	874	84.1
Greece	2.22	595	81.5

Source: <https://data.oecd.org/>; TPA, 2017

The country with the lowest proportion of pharmaceutical expenditure in the GDP is Luxembourg with 0.53% and the highest is Greece with the highest rate of 2.22%. The rate is 0.83% in Turkey. The lowest per capita pharmaceutical expenditure is in Turkey with 170 dollars. The highest value is in USA with 1,208 dollars. The country with the lowest life expectancy at birth is Latvia with 74.7, and Japan with the highest is 84.1. Descriptive statistics of the data are as follows (Table 2);

Table 2. Descriptive statistics of the data

Variables	Min	Max	Mean	SD
Pharmaceutical Expenditures in GDP	,53	2,22	1,4061	,457
Life Expectancy at Birth	74,70	84,10	80,7152	2,620
Per capita pharmaceutical expenditure (Dollars)	170,00	1208,00	574,1818	215,77

Mean of pharmaceutical expenditures in GDP is 1.40% \pm 0.45%, mean of life expectancy at birth is 80.7 \pm 2.62 and mean of per capita pharmaceutical expenditures is 574.18 \pm 215.77 (dollars) in OECD countries. Turkey is below the OECD mean in terms of pharmaceutical expenditures in GDP, per capita pharmaceutical expenditures and life expectancy at birth.

According to the ranking announced by OECD (2015), Turkey ranks 29th in terms of life expectancy at birth for males and 32th for females. In terms of life expectancy at the age of 65, it ranks 32nd for males and 33nd for females. It also ranks 29th in deaths due to cardiovascular diseases. This table is important for understanding the position of Turkey among OECD countries. In this context, more efforts should be made to improve life expectancy in Turkey.

After descriptive statistics, the relationships between variables have been examined. Correlation and regression analyzes have been used to investigate the relationships between the variables (regression assumptions cannot be provided because the data shows non-parametric characteristics). Before the analysis, the dependent variable has been tested for normal distribution. Kolmogorov-Smirnov analysis of the dependent variable has revealed that the data is not normally distributed ($p < 0.05$). A non-parametric test, spearman correlation, has been conducted. The findings of the analysis has been shown in table 3;

As a result of the correlation analysis, no statistically significant relationship has been found between per capita pharmaceutical expenditures in GDP and life expectancy at birth ($p > 0.05$). On the other hand,

Table 3. Spearman correlation analysis

Variables	M	SD	Pharmaceutical Expenditures in GDP	Life Expectancy at Birth	Pharmaceutical expenditures per capita (Dollars)
Pharmaceutical Expenditures in GDP	1.40	.45	-		
Life Expectancy at Birth	80.71	2.62	-.130	-	
Pharmaceutical expenditures per capita (Dollars)	574.1	215.77	.587*	.414**	-

*p<0.01, **p<0.05

a statistically significant, positive and moderate relationship has been found between per capita pharmaceutical expenditures and life expectancy at birth variables ($p<0.05$, $r = 0.414$). In the study, regression assumptions cannot be provided because the distribution of life expectancy at birth data is not normal.

DISCUSSION AND CONCLUSION

Pharmaceuticals is an issue that needs to be scrutinized not only for Turkey but also for all countries in the world. Pharmaceuticals are essential in a health care system, especially in the curative aspect of health services. A number of medicines are used directly to treat diseases, some are offered as a support in the treatment process, and some are used with aesthetic concerns beyond the treatment of diseases. For example, a hair loss prevention medication is often used on a person's aesthetic concerns and can make individuals feel good both psychologically and socially. On the other hand, unnecessary and excessive use of medicines is also possible in some cases. One of the most striking examples of this subject today is the use of antibiotics. Individuals may demand antibiotics even when they are unnecessary/useless. Some other medicines, although they have different indications, can be used by individuals for their side effects such as drowsiness in order to "fall asleep easily" or any other reasons. The use of medicines can be effective in individuals' physical, psychological and social well-being. However, unnecessary, excessive or inadequate use of the medicines may threaten firstly the health of individuals and then the society. At this point, pharmaceutical expenditures can have positive effects on health if the medicines are used when they are necessary and as recommended. It is stated that there are sort of problems in efficient using of medicines in Turkey. In particular, there is a problem of excessive antibiotic use and therefore, there is a need for measures to promote rational drug use, given the possibility of drug resistance (18).

When descriptive statistics have been calculated, it has been understood that Turkey fall behind the OECD mean scores in life expectancy at birth and per capita pharmaceutical expenditures. Accordingly, Turkey

has been found to be at the last part of the ranking for life expectancy at birth and at 65 age both for women and for men. Therefore, it is apparent that more efforts should be made to improve Turkey's health indicators. On the other hand, a statistically significant, positive and moderate relationship has been found between life expectancy at birth and per capita pharmaceutical expenditures variable. In this sense, although it is thought that life expectancy at birth increases with the increase at per capita pharmaceutical expenditures, it is stated in some studies that the increase in life expectancy at birth will cause an increase in the elderly population and therefore, pharmaceutical expenditures will increase due to increasing chronic and degenerative diseases (19). Therefore, it can be stated that this relationship is two-sided. Medicines have negative effects on human health in case of uncontrolled/excessive, unnecessary or inadequate use of them along with their curative, therapeutic and life-prolonging effects. When these problems are taken into consideration, it is necessary to carry out studies both at the level of physicians and the society in order to ensure conscious pharmaceutical consumption. As a result of these studies, negative aspect of pharmaceutical expenditures should be controlled. Thus, it is possible to transfer the resources obtained by decreasing pharmaceutical expenditures to other items of health expenditures and to improve service quality (20).

In a study investigating the effects of income level and health expenditures on life expectancy and infant mortality rate, it is stated that if countries increase their per capita health expenditures by 1%, life expectancy at birth will increase by 7.2 years (13). In another study evaluating Turkey's health expenditures, it was concluded that with an increase in health expenditures, life expectancy at birth will also increase and infant mortality rate will decrease (21). In another study, it was found that per capita health expenditures has an impact on the life expectancy at the age of 65 (22). On the other hand, in some studies, it is stated that health expenditures and health status are not directly related (18,23) and that countries should determine their own optimal health expenditures (18). Frech and

Miller (2004) found that there is a relationship between pharmaceutical expenditure and life expectancy at birth. In some other studies, it has been stated that the increase in the number of cumulative medicines causes an increase in the health level of the population and life expectancy (Akt. 12). Lichtenberg et al. (2014) reported that new technological medicines prolong life expectancy in HIV cases. In the same study, it has been stated that the average age of death increased by 3.6 years in the period from 1999 to 2008 and this number would increase only by 0.6 years in the absence of medicine-related innovations (12).

CONCLUSION

There are many factors that are stated to have an impact on the life expectancy at birth. Health expenditures and per capita pharmaceutical expenditures in health expenditures are the most important of these factors. Although the increase in pharmaceutical expenditures causes some financial concerns, the contribution of new medicines to the life expectancy and quality of life reduces these concerns (24). Therefore, it can be said that the increase in pharmaceutical expenditures with the control of nonconformities in their use will have a positive effect on life expectancy at birth. Here, a number of recommendations are made to policy makers. First of all, it is necessary to increase the efforts related to proper medicine use and to prevent excessive/unnecessary or inadequate medicine use. Besides, Turkey's pharmaceutical expenditure should reach the OECD average. Alongside with these, taking care of other factors that are thought to affect life expectancy at birth will help to improve health outcomes.

REFERENCES

1. Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2014). Sağlık işletmeleri yönetimi. (6.baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
2. Çelik, Y. (2011). Sağlık ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
3. Biçer, İ., Çavmak, D. (2018). Sağlık kurumlarında sanal kaytarma: bir özel hastane uygulaması. International Anatolia Academic Online Journal / Social Science Journal, 4 (2); 1-14.
4. Özel, Ç., Leblebici, D.N. (2007). Organizasyon kusurundan doğan zarar açısından özel hastane ve hekimlerin sorumluluklarına kısa bir bakış. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10 (2); 177-200.
5. Polat, O., Pakış, İ. (2011). Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (3); 119-125.
6. Arslan, İ., Eren, M. V., Kaynak, S. (2016). Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkinin asimetrik nedensellik analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31(2); 287-310.
7. Uyanık, Y., Yüksel, A. (2017). Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisi: bir meta-sentez çalışması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5(12); 42-51.
8. Hayran, O. (2016). Kanıta dayalı insan odaklı sağlık yönetimi. İstanbul: Yüce Yayın.
9. OECD (2015). Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: OECD Publishing.
10. Cutler, D. M., McClellan, M. (2001). Is technological change in medicine worth it?. Health Affairs, 20(5); 11-29.
11. OECD (2016). Cooperation with OECD in promoting efficiency in health care – Scoping paper on health system efficiency measurement. OECD promoting Efficiency in Health Care.
12. Lichtenberg, F. R., Tatar, M., Çalışkan, Z. (2014). The effect of pharmaceutical innovation on longevity, hospitalization and medical expenditure in Turkey, 1999–2010. Health Policy, 117(3); 361-373.
13. Tüylüoğlu, Ş., Tekin, M. (2009). Gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkileri. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), 1-31.
14. Frech, H. E., Miller R. D. (2004). The effects of pharmaceutical consumption and obesity on the quality of life in the OECD countries, Pharmacoeconomics, 22(2); 25-36.
15. Shaw, J. W., Horrace, W. C., Vogel, R. J. (2005). The determinants of life expectancy: an Analysis of the OECD health data. Southern Economic Journal. 71(4); 768-783. <https://data.oecd.org/>
16. TPA (2017). Kişi başına ilaç harcamamız 170 dolar, Retrieved 15 January, 2020, from <http://www.ticaretgazetesi.com.tr/kisi-basina-ilac-harcamamiz-170-dolar>.
17. Çelik, Y. (2011). Türkiye sağlık harcamalarının analizi ve sağlık harcama düzeyinin uygunluğunun değerlendirilmesi. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1); 62-81.
18. Ministry of Development, (2014). Onuncu Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, (Tenth Development Plan, Increasing the Effectiveness of Health Services and Financial Sustainability, Special Expert Commission Report) Ankara.
19. Kırıcı Çevik, N., Yüksel, (2018). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemi Göstergeleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Oral session presentation at the Uluslararası Yönetim, Ekonomi ve Politika Kongresi (International Congress of Management, Economy and Policy), İstanbul, Turkey, Retrieved 02 February, 2020 from <https://www.icomep.com/pdf/ICOMEPEP18-AutumnProgramTR.pdf>.
20. Sevinç, İ., Erişen, M. A., Kıracı, R. (2017). Türkiye'de 2003-2015 yılları arası sağlık harcamaları istatistiklerinin incelenmesi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 47; 496-509.
21. Bayın, G. (2016). Doğuşta ve ileri yaşta beklenen yaşam sürelerine etki eden faktörlerin belirlenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 20 (3); 93-103.
22. Daştan, İ., Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1); 104-134.
23. Çalışkan, Z. (2008). Referans fiyat ve ilaç piyasası. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(1); 49-75.

Jinekolojik muayene olan kadınların deneyimleri: Gümüşhane örneği

Experiences of women with gynecological examination: The example of Gümüşhane

Handan Özcan¹, Derya Yüksel Koçak², Aslı Dağlı³

Yazar Bilgileri/ Author Information:
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul
²Hittit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çorum
³Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gümüşhane

Anahtar Kelimeler:
Kadın, jinekolojik Muayene, Deneyim

Key Words:
Woman, Gynecological Examination, Experience

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
handan.ozcan@sbu.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
24.04.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
19.07.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
28.09.2020

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, jinekolojik muayene olan kadınların deneyimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. **Materyal ve Yöntemler:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Gümüşhane il merkezinde yaşayan, 18-65 yaş aralığında olan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklemi ise bir kamu hastanesinin kadın doğum polikliniklerine başvuru yapan, önceden jinekolojik muayene deneyimi olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 249 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. **Bulgular:** Kadınların yaş ortalaması 36.7'dir. Kadınların %55.4'ü önceden 3 ve daha fazla kez jinekolojik muayene olmuştur. Kadınların daha önceki jinekolojik muayene olma nedenleri arasında ilk sırada gebelik ve doğum (%57.89), ikinci sırada ise enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır (%21.36). Katılımcıların %94.8'i jinekolojik muayenede kadın hekim tercih ettiğini, %25.33'i utandığını, %23.68'i stresli olduğunu ve %20.39'i ise ağrı yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %66.67'si muayene öncesinde kendisine işlem hakkında açıklama yapıldığını, %43.88'i hemşire-ebenin muayene sırasında yanında olduğunu, %69.08'i sağlık personelinin muayene süresince kendisinin rahatlaması için destek olduğunu belirtmiştir. **Sonuç:** Çalışmaya katılan kadınların genelde gebelik ve doğum için jinekolojik muayene oldukları ve işlem sırasında utandıkları, stres ve ağrı yaşadıkları belirlendi. Jinekolojik muayene sırasında hemşire-ebenin kadının anksiyetesini kontrol altına almak için destekleyici bir tutum sergilemesi kadınların gebelik ve doğum dışında da sağlık kontrollerini aksatmadan yapmalarına destek olacaktır.

ABSTRACT

Objective: This study was planned to determine the experiences and expectations of women with gynecological examination. **Material and Methods:** The population of the descriptive and cross-sectional study consisted of women aged 18-65 living in Gümüşhane city center. The sample consists of 249 women who applied to the obstetric outpatient clinics of a public hospital, had previous gynecological examination experience and agreed to participate in the research. The data of the study was collected by a questionnaire prepared by the researchers in accordance with the literature. **Results:** The mean age of women was 36.7 years. 55.4% of women have been gynecological examinations 3 or more times in advance. Pregnancy and childbirth (57.89%) were the most common causes of women's previous gynecological examination and infectious diseases were the second (21.36%). 94.8% of the participants stated that they preferred gynecological examination, 25.33% were embarrassed, 23.68% were stressed and 20.39% had pain. 66.67% of the women stated that they had been informed about the procedure before the examination, 43.88% of the nurses-midwives were present during the examination, and 69.08% stated that the health personnel had support for the relief during the examination. **Conclusion:** It was determined that women who participated in the study had gynecological examination for pregnancy and delivery and were embarrassed during the procedure and experienced stress and pain. During the gynecological examination, the nurse-midwife's supportive attitude to control the anxiety of the woman will help the women to perform the health checks without interrupting the pregnancy and delivery.

GİRİŞ

Düzenli jinekolojik muayene, genital kanserlerin ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların erken dönemde tanınmasında önemli yere sahiptir (1). Hastalıkları tedavi etmenin sağlığı korumaktan daha maliyetli ve zor olması, düzenli sağlık kontrollerinin önemini ortaya koymaktadır. Düzenli sağlık kontrolleri, gözlenemeyen

semptomlarda önlenabilir sağlık sorunlarının erken dönemde farkedilmesini sağlayarak, hastalığa bağlı ölümleri azaltmaktadır (2). Ülkemizde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırma oranının %5,5 ile %42,4 arasında değiştiği görülmektedir (3-11). Ancak yine de bireylerin düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranı istendik düzeyde değildir (2).

Türk toplumunda kültürel olarak erkeklerin üstün, kadınların ise edilgen yapıda olması sebebiyle, kız çocuklarının cinsel organlarını gizlemeleri ve korumaları beklenmektedir (8). Geleneksel ve tutucu toplumlarda cinsel organlar mahrem kabul edildiğinden cinsel organların muayene sırasında gösterilme zorunluluğu, kadınların jinekolojik sorunlar yaşadığında, sağlık kuruluşlarına başvurmadan çekinmesine ve kaygı yaşamasına neden olmaktadır (8). Kadınların bilgi eksikliği, sağlık sorunlarını önemsememesi, utanması, ekonomik yetersizlikler ve sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar, sağlık kuruluşlarına başvurmanın önündeki engeller olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle kadınlar gebelik, kontrasepsiyon, pelvik ağrı, anormal vajinal kanama, akıntı, kaşıntı, kitle ve benzer oluşumlar olmadıkça jinekolojik muayene ihtiyaçlarını ertelemektedir (2).

Jinekolojik muayene çoğunlukla kadın doğum hekimleri tarafından yapılmakla birlikte, aile planlaması kliniklerinde, kanser tarama birimlerinde ve koruyucu üreme sağlığı hizmetleri birimlerinde de hemşire ve ebeler tarafından da yapılmaktadır. Hemşire ve ebelerin jinekolojik muayene sırasındaki rolleri hastanın öyküsünü alma, muayene öncesi fiziksel ve psikolojik hazırlığını sağlama ve işlemde hekimi asiste etmektir (12). Muayene sırasında kadına sert davranmak ve aceleci bir tutumla muayene etmek, duyarsız davranmak, sözel iletişime girmemek, kadının daha sonraki muayenelerinde sorun yaratabilmektedir (1). Çoğu zaman basit bir muayene yöntemi olarak kabul gören jinekolojik muayene esnasında, etkili bir hemşirelik yaklaşımı çok önemlidir. Hizmet almak için başvuran kadını sıra numarasına göre çağırıp, hiçbir açıklama yapmadan, iletişime önem vermeden, rutin işlemleri uygulamak profesyonel hemşirelik yaklaşımından oldukça uzaktır (13). Ayrıca sağlık profesyonelleri kadına saygılı davranmalı, kadınla güvene dayalı bir iletişim kurmalı, muayene öncesinde hastaya işlem hakkında bilgi vermeli, hastanın bilgilerinin doğru kayıt edilmesine ve değerlendirilmesine yardımcı olmalıdır (12).

Kadınların jinekolojik muayene sırasında anksiyete yaşadıkları için muayene olmaktan kaçındıkları ve ciddi düzeyde şikâyetleri olmadıkça, kontrol için hastaneye başvurmayı erteledikleri belirtilmektedir (14). Kadınların jinekolojik muayene sırasında yaşadıkları anksiyetenin kontrol altına alınması veya azaltılması, kadının bir sonraki jinekolojik muayeneye rahat gelmesini sağlayarak, hastalıkların erken tanı ve tedavisini kolaylaştırmaktadır. Sağlık personelinin işlem sırasındaki uygulama ve yaklaşımları, kadınların jinekolojik muayene sırasında daha az anksiyete ve ağrı yaşamasına sebep olur. Kadınlar jinekolojik muayenede

olumlu duygular yaşar, muayene için başvurduğunda etkili danışmanlık hizmeti alır ve bilgilendirilir ise zamanında kontrollerine gelebilir ve şikâyeti olduğunda gecikmeden sağlık kuruluşuna başvurabilir (3,14). Bu veriler doğrultusunda çalışma jinekolojik muayene olan kadınların deneyimlerini ve beklentilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen sonuçlarla kadınların jinekolojik muayene olmasının önündeki engellerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Çalışma jinekolojik muayene olan kadınların deneyimlerinin ve beklentilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gümüşhane il merkezinde yaşayan, 18-65 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında Gümüşhane ilinde bir kamu devlet hastanesinin kadın doğum polikliniklerine muayene olmak için başvuru yapan, önceden jinekolojik muayene deneyimi olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 249 kadın oluşturmaktadır. Araştırma 15.05.2018/15.09.2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yürütülmüş olması sebebiyle bu araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın örneklemini ile sınırlıdır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. Çalışmanın yanlı olmaması sebebiyle o anki jinekolojik muayene yerine son 6 ay içinde jinekolojik muayene deneyimi sorgulanmıştır. Anket formunda kadınların sosyo-demografik (6), jinekolojik ve obstetrik özellikleri (6), daha önceki jinekolojik muayene öyküsü (11), fiziksel ortam, mahremiyet, etik yaklaşım, uygun iletişim, danışmanlık, işlem öncesinde, sırasında ve sonrasında hemşirelik rollerini ve muayene sırasında sağlık profesyonellerinden beklentilerini belirlemeye yönelik (22) olmak üzere toplam 45 soru bulunmaktadır. Veriler bir hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine muayene olmak için başvuran, son 6 ay içinde jinekolojik muayene olan kadınlardan toplanmıştır. Çalışmanın gerçekleştirilmesi için yazılı olarak kurum izni ve etik kurul izni alınmıştır.

Poliklinik ortamında muayene olmak için sıra bekleyen,

süre açısından sıkıntısı olmayan kadınlara araştırmanın amacı ve uygulama hakkında bilgi verilmiştir. Ardından araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla uygun bir salonda görüşülerek yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır. Kadınların anketleri doldurmaları ortalama 20 dk sürmüştür.

Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package For Social Science) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, sıklık, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapıldığı hastanenin yönetiminden yazılı kurum izni ve Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (Sayı Numarası: 95674917-044-E.9674/3). Ayrıca veri toplama aşamasında kadınlara araştırmanın amacı ve uygulama hakkında bilgi verilmiş, tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR

Jinekolojik muayene yaptıran kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N=249)

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Yaş grupları		
18-27 yaş	53	21.3
28-37 yaş	86	34.5
38-47 yaş	69	27.7
48-57 yaş	30	12.0
58-65 yaş	11	4.4
Medeni durum		
Evli	216	86.7
Bekar	33	13.3
Eğitim düzeyi		
Okuma yazma bilmeyen	27	10.8
İlköğretim mezunu	81	32.5
Lise mezunu	92	36.9
Üniversite	49	19.7
Eşinizin eğitim düzeyi		
Okuma yazma bilmeyen	5	2.0
İlköğretim mezunu	46	18.5
Lise mezunu	105	42.2
Üniversite	93	37.3
Meslek		
Ev hanımı/ Emekli	156	62.7
Çalışıyor	93	37.3
Gelir durumunu algılama		
Gelir giderden az	52	20.9
Gelir Gidere eşit	126	50.6
Gelir giderden fazla	71	28.5
Toplam	249	100.0

Katılımcıların yaş ortalaması 36.7 ± 10.9 olup, %86.7'sinin evli ve %62.7'sinin çalışmadığı yani ev hanımı veya emekli olduğu belirlenmiştir. Kadınların %56.6'sı, eşlerinin ise %79.5'i lise ve üzerinde eğitim almıştır. Kadınların yarıdan fazlası ise (%50.6) aylık gelir miktarının giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların jinekolojik ve obstetrik öykülerine ilişkin özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı (N=249)

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
Hiç gebe kalmayan	14	5.6
1 gebelik	52	20.9
2-3 gebelik	123	49.4
4 ve üzeri gebelik	60	24.1
Doğum sayısı		
Hiç doğum yapmayan	19	7.6
1 doğum	66	26.5
2-3 doğum	124	49.8
4 ve üzeri	40	24.1
Düşük sayısı		
Yapan	58	23.3
Yapmayan	191	76.7
Küretaj sayısı		
Yapan	24	9.6
Yapmayan	225	90.4
İlk gebelik yaşı		
14-18 yaş	25	10.6
19-24 yaş	183	77.9
25-34 yaş	27	11.5
Doğum şekli		
Yok	19	7.6
NSVD	113	45.4
C/S	45	18.1
NSVD+C/S	72	28.9
Kaç kez muayene oldunuz? (n=249)		
1-2 kez	111	44.6
3 ve üzeri	138	55.4
Jinekolojik muayene olma sebebiniz neydi? (n=323)*		
Gebelik ve doğum	187	57.89
Akıntı, kaşıntı ve enfeksiyon bulguları	69	21.36
Kanama	28	8.67
RİA taktirmek için	14	4.33
Pap smear için	25	7.74
Sizi muayene edecek hekimin cinsiyeti önemli midir? (n=249)		
Evet	215	86.3
Hayır	34	13.7
Hekimin kadın olması önemli midir? (n=249)		
Evet	236	94.8
Hayır	13	5.2
Toplam	249	100.0

Kadınların neredeyse yarısı (%49.4) 2-3 gebelik yaşamış, %49.8'i 2-3 doğum yapmış, çoğu düşük (%76.7) ve küretaj yaşamamıştır (%90.4). Daha önce gebelik yaşayan kadınların çoğu ilk gebeliğini 19-24 yaşları arasında yaşadığını belirtmiştir (%77.9). Kadınların %45.4'ü vajinal doğum yaşadığını belirtmiştir. Kadınların yarısından fazlası (%55.4) daha önce 3 ve daha fazla kez jinekolojik muayene olmuştur. Kadınların daha önceki jinekolojik muayene olma nedenleri arasında ilk sırada gebelik ve doğum (%57.89), ikinci sırada ise enfeksiyon hastalıkları (%21.36) yer almaktadır. Kadınların %86.3'ü kendisini muayene eden hekimin cinsiyetinin önemli olduğunu belirtirken, %94.8'i kadın hekim tercih ettiğini belirtmiştir.

Katılımcıların jinekolojik muayene deneyimlerine ilişkin özellikleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin deneyimlerinin dağılımı (N=249)

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Muayene öncesinde size açıklama yapıldı mı? (n=249)		
Evet	166	66.7
Hayır	83	33.3
*Açıklamayı kim yaptı?		
Doktor	67	37.2
Ebe-Hemşire	101	56.1
Diğer sağlık personeli	12	6.7
Muayene sırasında yanınızda biri var mıydı? (n=249)		
Evet	139	55.82
Hayır	110	44.18
Muayene sırasında yanınızda kim vardı? (n=139)		
Doktor	56	40.29
Ebe- hemşire	61	43.88
Diğer personel	16	11.51
Yakınım	6	4.32
*Jinekolojik muayene sırasında kendinizi nasıl hissettiniz?		
Endişeliydim	52	17.11
Huzursuz oldum	41	13.49
Ağrı hissettim	62	20.39
Utandım	77	25.33
Stresliydim	72	23.68
Jinekolojik muayene sırasında sağlık personelinin size karşı tutumu nasıldı? (n=249)		
Açıklayıcı ve sakinleştirici	65	26.1
Aceleci ve sert	25	10.0
Özenli ve ilgili	67	26.9
Normal	82	32.9
Hatırlamıyorum	10	4.0
Muayene sonrasında size açıklama yapıldı mı? (n=249)		
Evet	179	72.0
Hayır	70	28.0

Kadınların %66.67'si muayene öncesinde kendisine işlem hakkında açıklama yapıldığını belirtmiştir. Kadınlara muayene öncesinde açıklama yapan kişi %56.1 oranında ebe- hemşire, %37.2 oranında ise hekimdir. Buna göre kadınların %55.82'si muayene sırasında yanında birinin olduğunu ve %43.88'i hemşire-ebenin, %40.29'u ise sadece hekimin yanında olduğunu belirtmiştir. Kadınların muayene sırasındaki hisleri sorulduğunda kadınların %25.33'i utandığını, %23.68'i stresli olduğunu ve %20.39'u ise ağrı yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %32.9'u jinekolojik muayene sırasında sağlık personelinin tutumunu normal, %26.9'u özenli ve ilgili, %26.1'i ise açıklayıcı ve sakinleştirici olarak tanımlamıştır. Kadınların %28'i muayene sonrasında kendisine açıklama yapılmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların jinekolojik muayene sırasındaki yaklaşımı ve kadınların beklentilerinin dağılımı tablo 4'te verilmiştir.

	n	%
Sağlık personeli muayene boyunca benimle ilgilendi.	215	86.35
Jinekolojik muayene, farklı bir odada yapıldı	233	93.57
Jinekolojik muayene için oda koşulları uygundu	223	89.56
Sağlık personeli muayene boyunca soru ve endişelerimi ifade etmem için bana fırsat verdi.	127	51.00
Muayene öncesi işlem hakkında bilgi verdi.	123	49.40
Sağlık personeli muayene masasına geçmeme yardımcı oldu.	163	65.46
Sağlık personelinin muayene masasında çok bekledim	53	21.29
Sağlık personeli muayene masasında mahremiyetimi koruyarak pozisyon almama yardımcı oldu.	216	86.75
Sağlık personeli mahremiyetimi koruyucu önlemler aldı.	229	91.97
Muayene süresince rahatlamam için sağlık personeli bana destek oldu.	172	69.08
Sağlık personeli rahatlamam için benimle elimi tutarak konuştu.	30	12.05
Sağlık personeli rahatlamam için derin nefes almamı söyledi	161	64.66
Sağlık personeli muayene sonrasında üzerimi örtterek normal pozisyona geçişime yardımcı oldu.	179	71.89
Sağlık personeli muayene sonrası gerekli tetkikler ile ilgili bana bilgi verdi.	168	67.47
Sağlık personeli muayene sonrası sorularımı sorabilmem için bana olanak tanıdı.	190	76.31
Sağlık personeli bana zamanında ve hızlı hizmet sundu.	217	87.15
Sağlık personeli hizmeti sunmak için gerekli bilgiye ve beceriye sahipti.	235	94.38
Sağlık personeli bana karşı saygılı ve nazikti.	204	81.93
Sağlık personeli bende güven duygusu uyandırdı.	202	81.12
Sağlık personeli bana ilgi gösterdi ve duyarlı davrandı	198	79.52
Sağlık personeli muayene sırasında beklentilerimi karşıladı.	193	77.51
Muayene sırasında ağrımın olduğunu söylediğimde sağlık personeli beni dikkate aldı	201	80.72

Kadınların %49.40'ı muayene öncesi kendisine muayene hakkında bilgi verildiğini, %65.46'sı ise sağlık personelinin muayene masasına geçmesine yardımcı olduğunu belirtmiştir. %21.29'u sağlık personelinin muayene masasında çok beklediğini belirtmiştir. %12.05'i sağlık personelinin kendisinin elini tutarak konuştuğunu, %64.66'ı sağlık personelinin muayene boyunca kendisine yardımcı olduğunu, gevşemesi ve rahatlama için derin nefes almasını söylediğini, %69.08'i sağlık personelinin muayene süresince rahatlama için kendisine destek olduğunu belirtmiştir. Jinekolojik muayene olan kadınların %51.0'i sağlık personelinin muayene boyunca soru sormak ve endişelerini ifade etmek için kendisine fırsat verdiğini, %67.47'si sağlık personelinin muayene sonrası gerekli tetkiklerle ilgili bilgi verdiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmada kadınların yarısından fazlası üç ve daha fazla sayıda jinekolojik muayene olmuştur. Erbil, Şenkul, Sağlam ve Ergül (2008) 16 yaş ve üzeri kadınların %66.3'ünün bir-beş, Mete (1998) 20-40 yaş arası kadınların %86.5'inin üç ve daha fazla sayıda, Demiray ve ark. (2014) 15 yaş üzerinde kadınların %80'inin beş ve daha fazla sayıda jinekolojik muayene olduğunu belirtmişlerdir (7,14,15). Çalışmada kadınların daha önce jinekolojik muayene olma oranı bu konuda yapılan araştırma sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmadaki bulgular kadınların sadece %7.74'ünün rutin kontrol amaçlı pap smear yaptırmak için jinekolojik muayeneye geldiğini ortaya koymaktadır. Duman ve ark. (2015) 40 yaş üstü kadınların %10.7'sinin, Yılmaz Esencan (2009) ise 15-49 yaş arası kadınların %15'inin hiçbir şikâyeti olmadan rutin jinekolojik muayene yaptırdıklarını belirtmişlerdir (6,16). Bu çalışma sonuçları şikâyeti olmadan rutin jinekolojik muayeneye gelen kadınların oranının, literatür sonuçlarından daha düşük olduğunu göstermektedir. ACOG (American Congress of Obstetrician and Gynecologists) 21 yaş ve üzeri kadınlara yıllık olarak pelvik muayeneyi önermektedir (17). Bu bulgu jinekolojik kanserler ve üreme sistemi hastalıklarının erken tanı ve tedavisinde önemli olan jinekolojik muayene konusunda kadınların yeterli duyarlılığa sahip olmadığını ve bilgi eksikliğinin olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmada kadınların en yüksek oranda gebelik, doğum ve enfeksiyon nedeniyle jinekolojik muayene yaptırdığı belirlenmiştir. Bolsoy ve Şenol (2000) kadınların %56.7'sinin akıntı, kanama, kaşıntı ve ağrı gibi şikâyetlerinin olması durumunda ve %24.7'sinin doğum öncesi ve sonrası bakım nedeniyle jinekolojik muayene olduğunu saptamışlardır (5). Demiray ve ark. (2014) kadınların %11.4'ünün gebelik durumunda jinekolojik

muayene yaptırdığını belirtmiştir (7). Gümüş ve Çam (2011) ise kadınların yarısından fazlasının (%57.6) hastalık durumunda jinekolojik muayene yaptırdığını bulmuştur (8). Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumludur. Verilerimiz çalışma popülasyonunu oluşturan kadınların dünyadaki ve ülkemizdeki kadınlara benzer kadın sağlığı sorunları yaşadığını ortaya koymaktadır. Kadınların obstetrik nedenler dışında, üreme sistem enfeksiyonları nedeniyle hastaneye başvurmaları, kadınların üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve genital hijyen ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bulgularımıza göre kadınların %86.3'ü hekimin cinsiyetinin önemli olduğunu ve %94.8'i jinekolojik muayenede kadın hekim tercih ettiğini belirtmiştir. Erbil, Şenkul, Sağlam ve Ergül'ün (2008) çalışmasında doktor seçiminde kadınların %33.3'ü hekimin aynı cinsiyetten olmasına dikkat ederken, %27.9'u ise hekimin cinsiyetinin önemli olmadığını belirtmiştir (15). Altay ve Kefeli'nin (2012) çalışmasında ise kadınların %52.9'u Demir ve Oskay (2014)'in yaptığı çalışmada ise kadınların %46.2'sinin jinekolojik muayenede kadın hekim tercih ettikleri belirlenmiştir (18,19). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ise Vondruska-Benkert et al. (1995)'in çalışmasında ise kadınların %37'si kadın doktor tercih ettiğini, Webb ve Opdahl'un (1996) kadınların %51'i muayenede doktor cinsiyetinin önemli olmadığını belirtirken, %43'ü kadın hekim tercih ettiğini belirtmiştir (20,21). Fiddes ve ark. (2003) çalışmasında ise kadınların %56'sı kadın doktor tercih ettiğini belirtirken, %24'ü doktorun cinsiyetinin önemsiz olduğunu belirtmiştir (22). Rizk ve ark. (2005) yaptığı çalışmada kadınların %86.4'ü kadınların %37'si kadın doktor tercih ettiğini ifade etmiştir [23]. Çalışma bulgularımız literatürde yapılan sonuçlardan daha yüksek bulunmasının sebebi olarak, çalışmanın yapıldığı ilin kültürel, sosyo-ekonomik ve dini yapısından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmalarda hekim cinsiyetinin, jinekolojik muayene sırasındaki stresi azalttığı ve bu nedenle kadınların jinekolojik muayene için kadın hekim tercih ettikleri düşünülmektedir (24-26). Altay ve Kefeli (2012) de jinekolojik muayene sırasında kadın hekim tercih edenlerin daha az anksiyete yaşadıklarını belirtmiştir (18). Bu nedenle jinekolojik muayenede kadınların hekim tercihi önem verilmesi, hastanın yaşayacağı stres ve korkuyu azaltmada etkili olacaktır. Demirgöz Bal (2014) çalışmasında ise kadınların %64.4'ünün kadın hekim tercihi önündeki engellerin Pap Smear testi yaptırmadan alıkoyan önemli problemler olduğunu ifade etmiştir (27). Bu açıdan kadının jinekolojik muayenede hekimin cinsiyetine yönelik tercihinin göz ardı edilmesi jinekolojik rahatsızlıkların erken dönemde tanınmasını güçleştirebilir. Jinekolojik muayene olan

kadınların, kadın doktor tercih etme sebepleri arasında; kendilerini daha rahat hissetmeleri, dini inançlar, utanma, mahremiyeti konuşmak istememeleri olarak belirtilmektedir (7,19,27).

Çalışmada kadınların üçte birine jinekolojik muayene öncesi açıklama yapılmadığı belirlenirken genellikle açıklama yapan kişi en fazla oranda hemşire-ebe ikinci sırada ise hekimdir. Altay ve Kefeli (2012) çalışmasında kadınların %72.7'sine muayene öncesi açıklama yapıldığını belirlerken, açıklama yapan kişinin %64.8 oranında hekim, %35.2 oranında ise hemşire olduğunu belirlemiştir (18). Demir ve Oskay (2014) kadınların %85.7'sine muayene öncesi açıklama yapıldığını, kadınların %54.9'una açıklama yapan kişinin hekim, %30.8'ine ise açıklama yapan kişinin hemşire-ebe olduğunu belirlemiştir (19). Yanikkerem (2009) çalışmasında da kadınların %22.4'ü doktorun muayene öncesinde kendileri ile konuşması gerektiğini düşünmektedir ve kadınların % 62.1'si muayene sonrası doktorun sağlık durumları hakkında açıklama yapmasını beklemiştir (10). Yabancı literatürde kadının sağlık durumu, genital organların anatomisi ve muayene hakkında bilgi sahibi olmak istediği ve hekimin bu bilgileri vermesi sonucunda kadınların daha olumlu duygular hissettiği belirtilmektedir (10,28-32). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınların muayene öncesinde prosedür ile ilgili bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (28). Bir başka çalışmada ise kadınlarla doktor arasındaki iletişimin zayıf olması kadınların pelvik muayene deneyimlerinin olumsuz olduğunu göstermektedir (29). Bu bulgular kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin bilgi gereksinimi olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşireler ve ebeler danışmanlık rolleri çerçevesinde kadının sosyo-kültürel düzeyine göre uygun ve ihtiyacına yönelik bilgiler verebilir. Bu çalışma sonuçlarına göre jinekolojik muayene olan her on kadından dördünün yanında sadece hekim, her on kadından dördünün yanında ise hekim ile birlikte hemşire-ebe vardır. Sonuçlarımıza göre jinekolojik muayene sırasında kadınların sadece %4.32'sinin yanında bir yakını da bulunmuştur. Erbil, Şenkul, Sağlam ve Ergül (2008)'ün yaptıkları çalışmada kadınların %37.5'i [15], Altay ve Kefeli (2012)'nin çalışmasında ise kadınların %36.4'ü doktordan başka kimseyi muayene sırasında yanında istememiştir (18). Demir ve Oskay (2014)'in yaptığı çalışmada kadınların %65.7' si muayene sırasında destek alabileceği bir yakınının muayene odasında olmasını istemektedir (19). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda Fiddes et al.(2003)'in çalışmasında, kadınların %34.0'ü jinekolojik muayene esnasında doktorun yanında birinin olmasını istemediğini belirlerken (22), Larsen et al.(1997) muayene sırasında doktor dışında kimseyi istemediği belirlenmiştir (31). Çalışma bulgularımız literatür ile

uyumlu bulunmamıştır. Kadınların jinekolojik muayene sırasında yanında hekim dışında kimseyi istememesinin nedeni mahremiyet duygusunun önemli olması veya utanma olabilir. Diğer yandan kadının yanında hemşire yada bir yakınının olmasını istemesinin sebebi kadının acı duymaktan korkması ve stres yaşaması nedeniyle yanındaki kişinin ona psikolojik destek sağlayacağı ve cesaret duyabileceği düşüncesi olabilir.

Çalışmada kadınların jinekolojik muayene sırasında en fazla oranda utanma, stres ve ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Erbil ve arkadaşları (2008) çalışmalarında jinekolojik muayene sırasında kadınların %62.5'inin utanma, %38.8'inin sıkıntı, %37.9'unun korku ve %21.7'sinin ağrı yaşadığı belirtilmiştir (15). Demir ve Oskay (2014)'in çalışmasında ise kadınların %61.1'i ağrı, %57.1'i utanma/ çekinme, %52.3'ü stres, %48.6'sı korku yaşadığını ve %48.3'ü kendini huzursuz hissettiğini belirtmiştir (19). Altay ve Kefeli (2012) de kadınların yarısından fazlasının (%57) jinekolojik muayene sırasında utandıklarını saptamışlardır (18). Aksakal (2001)'in çalışmasında kadınlar vücudunun mahrem yerini muayene için açmayı hoş olmayan bir durum olarak nitelendirmiş, kadınların %85'i kötü bir tanı almaktan dolayı korktuğunu belirtmiştir (26). Demiray ve ark. (2014) çalışmasında kadınların %21.7'si jinekolojik muayene sırasında utandığını ve yine %21.7'si sıkıntı yaşadığını, %15'i tedirgin olduğunu, %13.3'ü korktuğunu, %10'u heyecanlandığını belirtmiştir (7). Uluslararası literatürde bu konuyu ele alan çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Bu durum baskıcı ve geleneksel bir toplum olan Türk toplumunda kadınların vücudun mahrem yeri kabul edilen cinsel organların gizlenmesi gerekliliği ile yetişmesinin nedenidir. Kadınların jinekolojik muayene sırasında yaşadığı hisler kadının bir sonraki jinekolojik muayeneye gelmesini engelleyebilmekte, kontrol zamanını geciktirmesine sebep olabilmektedir. Nitekim literatürde yapılan çalışmalarda kadınların jinekolojik muayeneye gitmeme nedenleri incelenmiştir. Gümüş ve Çam (2011) 18 yaş üzeri kadınların %15.4'ünün utanma nedeniyle (8), Demiray ve ark. (2014) 15 yaş üzerinde kadınların %10'unun muayenede kendini rahat hissetmediği için jinekolojik muayeneye gitmediğini belirlemiştir (7). Bu açıdan jinekolojik muayene öncesinde ve sırasında kadının psikolojik olarak rahatlatılması ve anksiyetesinin kontrol altına alınmasında hemşireler empatik yaklaşarak bu sorunun çözümünde rol alabilir.

Çalışmada kadınların dörtte biri sağlık personelinin tutumunu özenli ve ilgili, dörtte biri ise açıklayıcı ve sakinleştirici olarak ifade etmiştir. Demiray ve ark. (2014)'nin çalışmasında muayene sırasında kadınların %21.7'si hemşirenin nazik olmasını, %20'si güleryüzlü,

bilgili, güven verici, temiz olmasını, %15'i samimi ve içten olmasını beklemektedir (7). Erbil, Şenkul, Sağlam ve Ergül (2008) çalışmasında kadınların %41.7'si sağlık personelinin güler yüzlü olmasını, %28.3'ü ilgili olmasını, %24.2'si anlayışlı davranmasını beklemektedir (15). Uluslararası literatürde bu konuyu ele alan çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmuştur. İnsan biyopsiko sosyal bir varlık olarak yaşadığı duygular ve deneyimler daha sonraki davranışlarını şekillendirmektedir. İlgisiz ve özensiz bir tutumla hastayı karşılamak, nazik davranmamak kadınları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilir ve daha sonraki jinekolojik muayene davranışını engelleyebilir. Bu açıdan kadınların sağlık personelinin beklentileri olması normaldir. Özellikle mahremiyet açısından hassas davranılması gereken kadın doğum alanında, görevli sağlık personelinin hastalara bütüncül bakış açısı ile yaklaşması, kadının psikolojik ihtiyaçlarını hemşirelik bakımı içerisinde ele alması gerekmektedir.

Çalışmada kadınlar muayene masasında çok beklemekten, sağlık personelinin elini tutarak kendisine destek olmamasından ve sağlık personelinin muayene boyunca soru sormak ve endişelerini ifade etmek için kendisine fırsat vermemesinden rahatsız olduğunu belirtmiştir. Demir ve Oskay (2014) yaptığı çalışmada kadınların %75.4'ünün muayene öncesi ve sonrası hazırlanması için özel bir alan sunulmamasından, %75.1'i mahremiyete yeteri kadar dikkat edilmemesinden, %64.6'sı jinekolojik muayene sırasında kullanılan aletlerden rahatsız olduklarını belirtmiştir (19). Altay ve Kefeli (2012)'nin çalışmasında kadınların %33.9'unun (18), Erbil, Şenkul, Sağlam ve Ergül (2008) yaptıkları çalışmada kadınların %9.6'sının kendilerine durumları hakkında bilgi verilmesini bekledikleri saptanmıştır (15). Bulgularımız sağlık personelinin kadınlara rahatlatıcı bir tutum sergilemediğini ve danışmanlık rollerini tam uygulamadığını göstermektedir. Bu durumun nedeni poliklinikte görevli sağlık personelinin mevcut iş yükü, zamanın kısıtlı olması ve personelin empati yeteneğinin zayıf olması olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan kadınların genelde gebelik ve doğum için jinekolojik muayene oldukları ve işlem sırasında ise utandıkları, stres ve ağrı yaşadıkları belirlendi. Kadınların jinekolojik muayeneyi gebelik ve doğum dışında, şikâyeti olmadığında da rutin olarak kontrollerini yaptırabilmeleri için jinekolojik muayenenin kadının anksiyetesini arttırmayacak şekilde uygulanması önemlidir. Bu amaçla kadın doğum alanında çalışan sağlık personeli jinekolojik muayene için başvuran kadına empatik yaklaşarak, etkili iletişim

kurarak, mahremiyetini koruyarak, yeterli zaman ayırarak, soru sorması için cesaretlendirerek, işlem öncesi, sırası ve sonrasında muayeneye ilişkin açıklayıcı bilgiler vererek ve muayene sırasında da destekleyici bir tutum sergileyerek kadının olumlu bir deneyim yaşamasını ve anksiyetesinin azalmasını sağlayabilirler. Jinekolojik muayenenin anksiyeteden uzak bir uygulama olması, kadınların gebelik ve doğum dışında da rutin sağlık kontrollerini aksatmadan yapmalarını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Taşkın, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset, 649-699.
2. Yurdakul, M. (2015). Üreme Sistemi Tanılama ve Değerlendirme. İn: Kadın Sağlığı. Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 84-94.
3. Tugut, N., Golbasi, Z. (2014). Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: A study of Turkish women. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 40(6),1777-1784.
4. Demir, F. (2018). Edirne'de kadınların serviks kanseri riski ve serviks kanseri taramaları konusunda bilgi, tutum ve inançları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
5. Bolsoy, N., Şenol, S. (2000). Manisa ili temel sağlık hizmetlerinden yararlanan kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16,37-45.
6. Büyükkayacı Duman, N., Koçak, D.Y., Albayrak, S.A., Topuz, Ş., Yılmazel, G. (2015). 40 yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 1(1),30-38.
7. Demiray, A., Korhan, E.A., Çevik, K., Khorshid, L., Yücebilgin, M.S. (2014). Kamu Ve Özel Kurumlara Başvuran Hastalarda Jinekolojik Muayeneye Bağlı Durumluk Anksiyetenin Karşılaştırılması. Ejavoc, 4(4),122-129.
8. Babacan, Gümüş, A., Çam, O. (2011). Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları İle Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. Nobel Medicus Dergisi, 7(9),46-52.
9. Karaca, M. (2008). 'Pap Smear'Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor?. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 18(1),22-28.
10. Yanikkerem, E., Özdemir, M., Bingöl, H., Tatar, A., Karadeniz, G. (2009). Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery, 25(5),500-508.
11. Erbil, N., Bölükbaş, N., Belkiran, E., Balcı, A. (2013). Factors Affecting and Genital Hygiene Behaviors of Married Women. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 5(2),71-78.
12. Güngör, İ. (2015). Jinekolojik Değerlendirme ve Tanı Tedavi Yöntemleri, in: Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 86-105.
13. Sarpkaya, D., Vural, G. (2014). Hemşirelikte dört bilme yolunun jinekolojik muayenede kullanımı. DEUHYO ED, 7(2),124-127.
14. Mete, S. (1998). Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2),1-8.
15. Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam, Y., Ergül, N. (2008). Jinekolojik muayene öncesinde türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 5(1),1-13.
16. Esencan, T.Y. (2009). Jinekolojik erken tanı yöntemlerinin kullanımında kadınların tutum ve davranışlarının

- değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40(2),63-66.
17. ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/Statements/2016/ACOG-Statement-on-USPSTF-Draft-Recommendations-on-Pelvic-Exams?IsMobileSet=false> May 24, 2019.
 18. Altay, B., Kefeli, B. (2012). Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. DEUHYO ED. 5(4),134-141.
 19. Demir, S., Oskay, Ü.Y. (2014). Jinekolojik Muayene Olan Kadınların Yaşadığı Deneyimler ve Sağlık Profesyonelinden Beklentileri. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1(1),68-79.
 20. Vondruska-Benkert, K., Steiner, R.A., Buddeberg, C., Haller, U. (1995). Gynecologic examination: Perceptions, fears and expectations of polyclinic patients. Gynakologisch-geburtshilfliche Rundschau, 35(1),20-25.
 21. Webb, R., Opdahl, M. (1996). Breast and pelvic examinations: easing women's discomfort. Canadian Family Physician, 42,54-58.
 22. Fiddes, P., Scott, A., Fletcher, J., Glasier, A. (2003). Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers. Contraception, 67,313-317.
 23. Rizk, D.E., El-Zubeir, M.A., Al-Dhaheer, A.M., El-Mansouri, F.R., El-Jenaibi, H.S. (2005). Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 84,48-53.
 24. Alexander, K., Mc Cullough, J. (1981). Women's preferences for gynecological examiners: Sex versus role. Women Health, 6,123 .
 25. Sondheimer, D.L., Bohannon, W.E., Heald, F.P. (1983). A controlled investigation of girls who refuse pelvic examinations. J Adolesc Health Care, 4,213.
 26. Aksakal, O.S. (2001). Jinekolojik Muayeneye Eşlik Eden Endişe Kaynakları ve Hastaların Bu Konuda Bilgilendirilmesinin Yararları. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 9(2),102-106.
 27. Demirgöz Bal, M. (2014). Kadınların pap smear testi yaptıрма durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. MÜSBED, 4(3),133-138.
 28. Broadmore, J., Carr-Gregg, M., Hutton, J.D. (1986). Vaginal examinations: women's experiences and preferences. The New Zealand Medical Journal, 99,8-10.
 29. Jeppesen, U. (1995). Kvinders holdning til den gynaekologiske undersøgelse. (Women's attitudes towards pelvic examination). Ugeskr Laeger, 157,1651-1654.
 30. Larsen, S.B., Kragstrup, J. (1995). Expectations and knowledge of pelvic examinations in a random sample of Danish teenagers. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 16,93-99.
 31. Larsen, M., Oldeide, C.C., Materud, K. (1997). Not so bad after all....., women's experiences of pelvic examination. Family Practice, 14,148-152.
 32. Wijma, B., Gulleberg, M., Kjessler, B. (1998). Attitudes towards pelvic examinations in a random sample of Swedish women. Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica, 77,422-428.

Dış laboratuvar hizmetleri alımı ve laboratuvar fason hizmet üretiminin muhasebe işlemleri açısından değerlendirilmesi

Evaluation in terms of accounting procedures of laboratory contract service production and external laboratory service purchase

Enver Bozdemir¹, Melek Terzi¹

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı hastanelerin puan karşılığı alım yaptıkları dış laboratuvar tetkik hizmetlerinin nedenlerini ve gerekçelerini ortaya koyarak karlılık analizi ve muhasebeleştirilmesi hususu ile özel tıbbi laboratuvarların hizmet sunumlarını muhasebe bakış açısıyla değerlendirmektir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya ait veriler, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi laboratuvarlarında ihale yoluyla son 5 yılda (2015-2019 yılları) özel bir tıbbi laboratuvarlara yaptırılan tetkiklere ait veriler retrospektif olarak hastane otomasyon sistemi aracılığıyla elde edilmiştir. Mali veriler ise Döner Sermaye İşletme Müdürlüğünden alınmış olup bu verilere ilişkin doküman analizi yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada, yıllara ilişkin olarak en fazla dış laboratuvara gönderilen test sayısı 4.424 adet ile 2018 yılında en az test sayısı 1.238 adet ile 2015 yılındadır. Bu tetkiklerden 2015 ve 2016 yıllarında zarar, 2017, 2018 ve 2019 yıllarında kar etmiştir. Yıllara göre karlılık artış yüzdelerinde ise, 2016 yılında bir önceki yıla göre %90, 2017 yılında %108, 2018 yılında %102 ve 2019 yılında %20 oranlarında artışlar saptanmıştır. Tetkik başına düşen karlılık açısından en düşük 2015 yılında (-215,04 TL) zarar, en yüksek 2019 yılında (180,49 TL) kar elde edildiği tespit edilmiştir. **Sonuç:** Hastanenin dış laboratuvar hizmet alımında son yıllarda karlılığında artış sağlanmış olması bu tip bir hizmet alım tercihinin devam ettirebilir. Karlılığın artması için tetkik sayısının azaltılarak katlanılan maliyetlerin düşürülmesi gerekir. Hizmet alımının etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için sağlık yöneticilerinin, fason hizmet üretim sürecinde kontrol ve denetim mekanizmalarını iyi yönetmesi ve iki taraf arasındaki iletişimin güçlü olması gerektiği söylenebilir.

Yazar Bilgileri/ Author Information:
¹Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık, Yönetimi Bölümü

Anahtar Kelimeler:
Dış laboratuvar, Özel Tıbbi Laboratuvar, Fason Hizmet Üretimi, Muhasebe ve Karlılık Analizi.

Key Words:
External Laboratory, Private Medical Laboratory, Contract Service Production, Accounting and Profitability Analysis

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
enverbozdemir@duzce.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
25.04.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
30.06.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
28.09.2020

ABSTRACT

Aim: The aim of the study to evaluate from accounting perspective the service presentations of private medical laboratories with an accounting perspective with respect to profitability analysis and accounting by revealing the reasons and justifications of the external laboratory examination services that hospitals purchase for points. **Material and Methods:** The data of the study, the data of the examinations performed in a private medical laboratories in Düzce University Health Practice and Research Hospital laboratories in the last 5 years (2015-2019 years) through tender were obtained retrospectively through the hospital automation system. Financial data were taken from the Revolving Fund Directorate and these data were analyzed by documents. **Results:** In the study, it was determined that the highest number of tests sent to the external laboratories was 4,424 in 2018, and the minimum number of tests was 1,238 in 2015. Hospital has been loss in 2015 and 2016, profited in 2017, 2018 and 2019 from these examinations. As for the increase in profitability percentages by years, there was an increase of 90% in 2016, 108% in 2017, 102% in 2018 and 20% in 2019. According to the profitability per audit, were determined the lowest loss in 2015 (-215.04 TL) and the highest profit in 2019 (180.49 TL). **Conclusion:** The hospital should continue these purchases because external laboratory service procurement is profitable recently. Costs should be reduced by reducing the number of examinations in order to increase profitability. In order for the service procurement to be carried out effectively and efficiently, health administrators must manage well the control and supervision mechanisms in the contract service manufacturing process and It can be said that the communication between the two parties should be strong.

GİRİŞ

Günümüzde hastaya teşhis, laboratuvar testlerine başvurmadan ve test sonuçlarıyla desteklenmeden neredeyse konulamayacak noktaya gelmiş durumdadır (1). Bu açıdan laboratuvar hizmetleri hasta bakımında önemli bir rol oynamakta olup laboratuvar verilerinin hasta kabul, taburculuk ve ilaçla ilgili en önemli

kararların %60-70'ini etkilediği tahmin edilmektedir (2). Teknolojik gelişmeler ve ekonomik etkenler, dünya çapında klinik laboratuvarlarda, esas olarak üretkenlik ve verimlilik testindeki artışla temsil edilen büyük değişikliklere yol açmaktadır (3).

Günümüzde, hasta teşhis ve tedavilerinde tıbbi laboratuvarların önemi her geçen gün artmaktadır. Tıbbi

laboratuvarlar; mikrobiyoloji, biyokimya, patoloji, doku tiplene, tıbbi genetik tanı merkezinden oluşmaktadır.

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinin 4. Maddesine göre, tıbbi laboratuvarlar sağlık kurum veya kuruluşları bünyesinde veya müstakil olarak kurulabilir. Tıbbi laboratuvarlar kuruluş ve işleyişleri açısından üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar; kamu sağlık kurum veya kuruluşları bünyesindeki merkezi laboratuvarlar, gerçek veya tüzel kişiler tarafından müstakil olarak açılan ve işletilen özel müstakil tıbbi laboratuvarlar ile özel hastane, tıp merkezi ve poliklinik bünyesinde faaliyet göstermek amacıyla açılan özel sağlık kuruluşu bünyesindeki tıbbi laboratuvarlardır (4).

Kamuya ait hastaneler, test maliyetlerinin azaltılması, hastane kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması, nadir istenilen testlerin olması, bu testleri yapacak cihaz yatırım ve işletim maliyetlerinin testlerden elde edilecek gelirleri karşılayamaması, gece ve hafta sonu test imkanının olması, son teknolojik imkanların kullanılabilmesi gibi nedenlerden dolayı dış (referans) laboratuvarlardan hizmet alımını tercih etmektedir.

Günümüzde hastaneler, özellikle kendilerine ait esas faaliyetlerini daha iyi şartlarda yerine getirebilmek için esas faaliyetlerinin dışında kalan destekleyici hizmet işlemlerini, bu konuda daha uzman olan dış kurumlar yardımıyla sağlama eğilimi, gittikçe artırmaktadır (5). Dış kaynaklardan yararlanma olarak ifade edilen bu uygulama daha çok yapılacak işin hastanelerde (yemek, çamaşır, bakım onarım, radyoloji gibi) yapılması şeklindedir. Başka bir ifadeyle yüklenici işletme yapılacak hizmetin ifasını hastane ortamında gerçekleştirmektedir.

Buna karşın laboratuvarlarda yapılması gereken tetkiklerin hastane ortamında yapılmayıp hastane tarafından alınan numunelerin Sağlık Bakanlığınca çalışma standartları oluşturulan dış ortamdaki referans laboratuvarda yaptırılması işlemi fason hizmet alımı olarak ifade edilebilir. Fason üretim kavramı daha çok üretim (mobilya, tekstil, otomotiv gibi) işletmeleri için kullanılıyor olsa da hizmet işletmeleri için de fason hizmet üretim kavramı kullanılabilir.

Fason hizmet üretimi, maliyetlerin azaltılması, verimliliğin artırılması, iş yoğunluğunun azaltılması, işin daha uzman kişilere devredilmesi, işletmenin esas faaliyetlerine yoğunlaşabilmesi gibi pek çok nedenlerden dolayı bir işletmenin başka bir işletmeye kendi talepleri ve üretim standartları doğrultusunda (süre, miktar, nitelik, kalite, uygulanacak teknoloji vs.) istenen bir hizmetin üretilmesidir. Fason üretim için, hammadde verilip karşılığında mamul ya da yarı mamul alınırken dış laboratuvarın yaptığı fason hizmet üretiminde hastane tarafından numunelerin alınarak kap veya

tüplere konulmak suretiyle analizin yapılması ve tetkik sonucunun hastaneye iletilmesi sürecini kapsamaktadır.

Sağlık bakanlığı tarafından kamu hastanelerinde hizmet alımlarına ilişkin olarak ihtiyaç tespitinde, ihtiyacın nitelik, kapsam ve gerekliliğinin sağlıklı bir şekilde tespit edilemediği, alınacak hizmetle ilgili olarak fayda maliyet analizinin yapılmadan satın alma sürecinin başlatıldığı, bir kısım ihtiyaçlar kurum kapasitesi ile yürütülebilecekken hizmet alımı yoluna gidildiği, tüm bunların gerek personel gerekse donanım olarak atıl kapasite oluşumuna sebep olduğu belirtilmiştir (6).

Çalışmanın amacı, hastanelerin puan karşılığı dış laboratuvar tetkikleri hizmet alımlarının nedenlerini ve gerekçelerini ortaya koyarak karlılık analizi ve muhasebeleştirilmesi hususu ile özel tıbbi laboratuvarların fason hizmet üretimi olarak ifade edilebilen hizmet sunumlarının muhasebe bakışıyla değerlendirilmesidir.

Kamu hastaneleri dış kaynaktan yararlanma veya fason hizmet üretimi yaptırmadan önce yapılacak işin fayda maliyet analizini yapmaları, atıl kapasite oluşturup oluşturmadığı, kapsam ve niteliğinin çok iyi analiz edilmesi, sunulan hizmetlerin verimlilik ve üretkenliğini artırıp artırtıracağı gibi pek çok değerlendirme analizleri yapmaları gerekir.

Yapılan bu çalışmada dış laboratuvar hizmet alımının hastane açısından karlılığı analizi yapılacaktır. Buna karşın alınan hizmetin hastane tarafından ifa edilmesi hususu ile hizmeti sunan şirketin sunmuş olduğu bu işten dolayı elde ettiği karlılık hesaplaması çalışmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmaya ait veriler, Türkiye'nin Düzce ilinde hizmet veren 356 yataklı üçüncü basamak bir sağlık merkezi olan Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesi) Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Transfüzyon Merkezi Kan Gruplama laboratuvarlarında yapılamayan (kaplı ve tüplü dahil) son 5 yıllık (2015-2016-2017-2018 ve 2019 yılları) puan karşılığı Dış Laboratuvar Tetkikleri Hizmet Alımına ilişkin numune verilerini içermektedir.

Araştırmanın evrenini, söz konusu Hastanenin laboratuvarına gelen tüm numuneler oluşturmaktadır. Örneklemi ise laboratuvarda testi yapılamayan numunelerin ihale yolu ile anlaşması yapılan dış laboratuvarda yaptırılan tüm numunelerden oluşmaktadır.

Dış laboratuvara gönderilen numunelere ait bilgiler retrospektif (geriye dönük) olarak hastane otomasyon ve laboratuvar bilgi yönetim sistemi aracılığıyla elde

edilmiştir. Çalışmaya ait mali verileri ise Döner Sermaye İşletme Müdürlüğünden ve bilgi işlem merkezinden alınmış olup olgusal ve birincil veri niteliğini taşımaktadır. Son beş yıl içerisinde puan karşılığı dış laboratuvar hizmet alımına ilişkin verilerin elde edilmesi sürecinde doküman analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Kamuya ait tıbbi laboratuvarlar, 07/02/2009 tarihli ve 27134 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Sağlık Hizmeti Sunan 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu Kapsamındaki İdarelerin Teşhis ve Tedaviye Yönelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımlarına İlişkin Yönetmelik uyarınca birbirlerinden veya 04/01/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ve bu Kanuna ilişkin Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği uyarınca özel tıbbi laboratuvarlardan sonuç karşılığı dış laboratuvar hizmet alımı yapılabilir (7;8).

Buna istinaden söz konusu Üniversite Hastanesi Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü tarafından 2015 ve 2016 yılında isminin açıklanmasını istemeyen "A Laboratuvar Hizmetleri Şirketi" ile 2016-2017-2018 ve 2019 yıllarında yine isminin açıklanmasını istemeyen "B Laboratuvar Hizmetleri Şirketi" ile dış laboratuvar hizmet alımı sözleşme yapmıştır.

Araştırma yapılan hastanenin yüklenici işletmeyle, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) belirlenen fiyatları geçmemek üzere, her işlem başına bir bedelin ödeneceğine dair hükümlerin ihale dokümanlarında yer aldığı tespit edilmiştir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019/01 sayılı Genelgesine istinaden kamu hastanelerinin döner sermaye işletmeleri, tıbbi laboratuvar hizmet alımları için yıllara yaygın yüklenmeler yapılabilirler (9). İdarelerin bu alımlarını SUT puan karşılığı yapmaları kendileri için en doğru yöntem olacaktır (10). SUT kodu olmayan testler için ilgili laboratuvar başkanlığınca

Tablo 1: Dış Laboratuvara Ait Gelir ve Giderler

Gelir ve Giderler	2015	2016	2017	2018	2019
Test Sayısı (adet)	1.238	1.410	3.192	4.424	4.134
Test Artış Değişimi	1	14%	126%	39%	-7%
Gelirler /Puan (TL)	375.707,20	490.588,95	1.463.993,80	1.827.447,01	2.142.545,87
Giderler (TL)	641.929,10	516.618,30	1.156.433,84	1.207.805,68	1.396.410,84
Kar/Zarar (TL)	(-266.221,90)	(-26.029,35)	307.559,96	619.641,33	746.135,03
Bir önceki yıla göre karlılık artış yüzdesi	1	90%	108%	102%	20%
Birim Başına Karlılık Tutarı (TL)	-215,04	-18,46	96,35	140,06	180,49

belirlenen test birim puanı geçerli kabul edilebilir.

Puan karşılığı yapılan sözleşmenin uygulanması sırasında, ilgili mevzuat gereğince yapılacak ulaşım, vergi, resim, harç vs. tüm giderler, numunelerin alınması ve raporlanması için gerekli her türlü sarf malzemesi (örnek kapları, özelliğine uygun tüpler, örneklerin korunması ve güvenli transferi için gerekli koruyucu maddeler) birim teklif fiyata dahil edilmiştir. Sözleşme konusu işin bedelinin ödenmesi aşamasında doğacak Katma Değer Vergisi (KDV), ilgili mevzuatı çerçevesinde Hastane tarafından yükleniciye ayrıca ödenmektedir.

Hastanenin yapmış olduğu son 5 yıl içerisinde yapılan hizmet alımlarına ilişkin fason hizmet üretimi kapsamında değerlendirilen referans laboratuvar hizmetlerine ait yıl bazlı yaptırılan toplam test sayısı, hastanenin bu testlere karşın SGK'ya kesilen fatura karşılığında elde ettiği geliri, ilgili dış laboratuvar işletmesine yasal kesintiler (KDV tevkifatı ve damga vergisi) yapıldıktan sonra ödenen tutarlar ile bu işlemler sonucunda elde edilen kar/zarara ait veriler aşağıdaki tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1'e göre yıllara ilişkin olarak en fazla fason hizmet üretime gönderilen test sayısı 4.424 adet ile 2018 yılında en az test sayısı 1.238 adet ile 2015 yılındadır. 2017, 2018 ve 2019 yıllarında kar; 2015 ve 2016 yıllarında ise zarar edildiği görülmektedir. Tetkik başına en yüksek karı 180,49 TL ile 2019 yılında, en fazla zararı 215,04 TL ile 2015 yılında meydana gelmiştir. Hizmet alımına ilişkin olarak yapılan muhasebe işlemleri ise aşağıdaki tablo 2'de gösterilmektedir.

Dış Laboratuvar hizmet alımına ilişkin elde edilen gelirler SUT'a bağlı olarak SGK'ya gönderilen faturalara istinaden elde edilen tahsilatlardan oluşmaktadır. Hastanenin ödeyeceği net tutarı hesaplamak için yüklenici Laboratuvar Şirketi tarafından yapılan hizmete istinaden %8 KDV ilave edilmektedir. Hesaplanan KDV'den 5/10 oranında tevkifat yapılmaktadır. Ayrıca KDV hariç tutardan hakedişlere yapılan ödemelere

Tablo 2: Dış Laboratuvar Hizmet Alım Bedeli Muhasebe İşlemleri

Hizmet Bedeli Unsurları	2015	2016	2017	2018	2019
Hizmet Bedeli (KDV Hariç)	594.378,79	478.350,28	1.070.772,08	1.118.338,59	1.292.973,00
KDV (%8)	47.550,30	38.268,02	85.661,76	89.467,08	103.437,84
KDV Tevkifatı (5/10)	(23.775,15)	-19.134,01	-42.830,88	-44.733,54	-51.718,92
Damga Verg. Kesint.(%07,48)	-5.634,71	-4.534,76	-10.150,92	-10.601,85	-12.257,38
Net Ödenecek Tutar	612.519,23	492.949,53	1.103.452,04	1.152.470,29	1.332.434,53
Hastaneye Maliyeti	641.929,10	516.618,30	1.156.433,84	1.207.805,68	1.396.410,84

(%07,48) damga vergisi kesintisi yapılmaktadır. Yüklenici işletmeye puan karşılığı hesap edilen tutara %8 KDV dahil edilip yasal kesintiler düşüldükten sonra kalan kısım ödenmektedir. Hastanenin maliyetini ise yüklenici işletmeye ödenecek tutara yapılan kesintilerin ilave edilmesiyle elde edilen tutar oluşturmaktadır.

Hastanenin yapmış olduğu ödemeler, hastanenin giderini oluştururken hizmeti sunan ilgili Şirketlerin gelirini oluşturmaktadır. Şirketlerin giderleri ise fason hizmet sunumu olarak ifade edilen bu hizmeti sunabilmek için katlandıkları direkt ilk madde ve malzeme, direkt işçilik giderleri ve genel hizmet üretim gider unsurlarından oluşmaktadır. Çalışmamızın kapsamı gereği söz konusu şirketlere ait sadece gelir kalemlerinin muhasebe kayıtları gösterilecektir. Buna istinaden çalışmanın içeriğini oluşturan hastanenin gelir ve giderlerine ilişkin karlılık analizi yapılması suretiyle muhasebe kayıtları yapılacaktır.

TARTIŞMA

Sağlık kurumları genellikle temel yeteneklerinden (klinik hizmetler) farklı birçok faaliyeti de (yemek, çamaşır, temizlik, radyoloji, laboratuvar gibi) bünyelerinde yürütmektedirler. Sağlık kurumları, temel hizmetler için gerekli olan kıt kaynakları daha etkin yönetebilmek için temel olmayan hizmetleri kurum dışı kaynaklardan temin etmektedir. Buna istinaden kurum dışı kaynaklardan yararlanma yoluyla, endirekt maliyetlerini (genel hizmet üretim maliyetlerini) ve sermaye yatırım maliyetlerini azaltabilmektedir (6). Birçok çalışma, hizmet alımlarının maliyet tasarrufu sağlamada önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Maliyet tasarrufunun temel nedeni bu stratejinin sağlık kurumlarında ölçek ekonomisi uygulamalarına yardımcı olmasıdır (11).

Hastanelerin esas faaliyet konularını oluşturmayan yardımcı hizmet üretim unsurları olan mikrobiyoloji, biyokimya ve radyoloji hizmetlerini dış kaynak kullanımı ve fason hizmet üretimi yaptırarak temin yoluna gitmektedir. Yüksek sermaye yatırımı, uzmanlık ve deneyim gerektiren, sabit maliyetleri yüksek olan bu hizmetlerin, yeterli talep söz konusu olmadığında hastaneler için ciddi verimsizlik kaynağı oluşturduğu,

bunların dışarıdan temin edilmesi ile de maliyet tasarrufu sağlandığı yapılan bu çalışmada (tablo 1) görülmektedir.

Buna ek olarak, hastanelerin normalde sahip olmadıkları teknolojilere, enstrümantasyona, bilgi ve becerilere, anlaşmalı dış laboratuvar firması sahip olabileceğinden hastaneler, dış laboratuvar kullanımı ile daha kaliteli bir hizmet verebilir hale gelmektedir (12).

Buna karşın dış laboratuvar hizmet alımları, klinisyen ile zayıflayan iletişim, numune transport zamanlamasında problemler, zaman alıcı özel raporlama sistemi oluşturulması, gram boyama ile eşleştirememeye, enfeksiyon kontrol ve sürveyansında kısıtlama gibi bazı dezavantajları da mevcuttur (13). Ayrıca testlerin tamamlanma süresinin gereğinden fazla sürmesi, test kalitelerinin düşük olması ve dış laboratuvar firması ile hastane tarafından kullanılan laboratuvar bilgi sistemleri arasındaki uyum eksikliği de dezavantajlar arasında sayılabilir (14).

Yıllara göre karlılık artış yüzdeleri incelendiğinde, 2017 yılında bir önceki yıla göre test sayısında %126'lık bir artışa rağmen karlılıkta %108'lik bir artış, 2018 yılında bir önceki yıla göre test sayısında %39'luk bir artışa rağmen karlılıkta %102'lik bir artış, 2019 yılında bir önceki yıla göre test sayısında %7'lik bir azalmaya rağmen karlılıkta %20'lik bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tetkik başına düşen karlılık incelendiğinde, 2015 yılında -215,04 TL, 2016 yılında -18,46 TL zarar olmasına karşın 2017 yılında 96,35 TL, 2018 yılında 140,06 TL ve 2019 yılında 180,49 TL kar elde edildiği tespit edilmiştir. Buna göre en yüksek karlılık 2019 yılında gerçekleşmiştir (Tablo 1).

Yıllara göre hastanenin karlılığındaki artışın nedeni araştırıldığında söz konusu hastanede 2018 yılının Haziran ayından sonra kaynakların etkin ve verimli kullanılması, maliyet azaltıcı tedbirlerin uygulanması ve kanıta dayalı tıp ile akılcı laboratuvar kullanım yönteminin uygulanmasının önemli bir etken olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 2019 yılı itibarıyla dış laboratuvara gönderilen bazı tetkikleri hastanenin kendi bünyesinde yaptığı görülmüştür.

Yapılan hizmet alımlarının Hastane Döner Sermaye İşletmesi açısından muhasebe işlemlerinde;

3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun (KDV) 17 nci maddenin ikinci fıkrasının (a) bendinde de üniversitelerin hastane, işletmek veya yönetmek suretiyle ifa ettikleri kuruluş amaçlarına uygun teslim ve hizmetleri ile bunlardan sağlık hizmeti sunanların teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerine yapacakları teslim ve hizmetlerin KDV'den istisna edilmiştir (15).

Buna göre çalışmamızda Üniversite Hastanesinin Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü tarafından Katma Değer Vergisi Kanununun 17/1-a ve b maddesi ile 17/2-a maddesi kapsamında yapılan teslim ve hizmetler katma değer vergisinden istisna edildiği için söz konusu istisna kapsamında yüklenilen (indirilecek) KDV indirim konusu yapılmamıştır. İndirim konusu yapılmayan bu vergiler gider veya maliyet unsuru olarak dikkate alınmış ve buna göre muhasebe kaydı yapılmıştır.

Döner Sermaye İşletmesi her hakediş düzenlendikten sonra aşağıdaki muhasebe kaydını yapması gerekir. Çalışmamızda bu muhasebe kayıtlarının niteliği aynı olacağı için sadece son yıla ait muhasebe kaydı yapılmıştır.

KDV tevkifatı kapsamında değerlendirilmemektedir (16). Öte yandan, 117 Seri No.lu KDV Genel Tebliğinin (3.2.13) bölümünde, KDV mükellefleri tarafından, 5018 sayılı Kanuna ekli cetveller kapsamındaki idare, kurum ve kuruluşlara ifa edilen ve Tebliğde belirtilmeyen diğer bütün hizmet ifalarında söz konusu idare, kurum ve kuruluşlar tarafından 5/10 oranında KDV tevkifat uygulanacağı ifade edilmiş olup buna istinaden ilgili şirkete KDV tevkifatı uygulanmıştır. Tevkif edilen tutar bir sonraki ayın 1-24 günleri arası KDV 2 (1015 B) beyannamesi ile beyan edilip aynı ayın 26 ncı güne kadar vergi dairesine ödenmesi gerekir (17).

Ayrıca Hastane İşletmesi, 488 sayılı Damga Vergisi Kanununun 8 inci maddesi kapsamında resmi daire kapsamında olduğu için 488 sayılı Kanuna ekli (1) sayılı tablonun IV-1/a fıkrası kapsamında, hakediş tutarından %09,48 (binde 9,48) oranında damga vergisi kesintisi yapılmıştır. Yapılan damga vergisi kesintisi bir sonraki 1-23 günleri arası Muhtasar Beyanname ile tahakkuk ettirilip aynı ayın 26 ncı güne kadar vergi dairesine ödenmesi gerekir (18).

Hastane işletmeleri bir hizmet işletmesi olduğu için Tekdüzen Muhasebe Sistemine göre gerçekleştirilen giderlerin mevcut uygulamada muhasebeleştirilmesinde

31/12/2019	
730 GENEL HİZMET ÜRETİM GİD.	1.396.410,84
730.06. Dışarıdan Sağl. Fayda Hizm.	
	320 SATICILAR 1.332.434,53
	320.10. B Laborat. Hizm. Ltd. Şti.
	360 ÖDENECEK VERGİ ve FONL. 63.976,30
	360.03. KDV Tevkifatı (5/10): 51.718,92
	360.07. Damga Vergisi (%07,48): 12.257,38
Dış laboratuvar hizmet alım bedelinin kaydı.	

KVK'nın ekli II sayılı listesinin "Diğer Mal ve Hizmetler" başlıklı B bölümünün 21 inci sırasında "İlgili Bakanlıklar tarafından ya da kanunlarla izin verilen gerçek ve tüzel kişiler tarafından yerine getirilen insan veya hayvan sağlığına yönelik koruyucu hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri (hayvan ırkının ıslahına yönelik hizmetler dahil), ambulans hizmetlerinde" KDV oranı %8 olarak ön görülmüştür.

91 Seri No'lu Katma Değer Vergisi Genel Tebliği'ne göre, döner sermayeli kuruluşlar KDV tevkifatı yapmaya yetkili kılınmıştır. Dış laboratuvar hizmeti sunan işletmenin almış olduğu numunelerin hastane dışındaki işyerine götürülerek orada gerekli analizler yapıldıktan sonra sonuçların bildirilmesi şeklinde ifa edilmesi halinde, işgücü temin hizmeti kapsamında

"740 Hizmet Üretim Maliyeti" hesabının kullanılması öngörülmektedir. Yine bu sistemde yapılan hizmetlerin maliyetleri satış işleminin yapıldığı anda giderleştiği varsayıldığından 740 nolu hesabın bakiyesi hizmetlerin stoklanamayacağı noktasından hareketle "622 Satılan Hizmet Maliyeti" hesabına aktarılmaktadır. Bu hesabı fason hizmet üretimi yapan dış laboratuvar hizmeti sunun işletmeler kullanabilir.

Buna karşın Türkiye Muhasebe Standartlarına göre, hizmet işletmelerinde sunulan hizmetin raporlama dönemi itibariyle tamamlanma durumuna göre stok maliyeti verilen hizmetle ilgili hasılatın mali tablolara gelir olarak yansıtılmadığı durumlarda ilgili giderler stok hesabına yansıtılır. Hastane işletmelerinde hizmetlerin stoklanabileceği olgusundan hareketle gerçekleşen

maliyetlerin hemen hasıllata dönüşmediğinden maliyet çeşitlerinin muhasebeleştirilmesinde tek bir hesap olan 740 nolu hesabın kullanılmasının muhasebe bilgi kullanıcıları açısından doğru bir durum arz etmeyebilir. Buna karşın maliyet çeşitlerinin muhasebe kaydının doğru maliyet analizi açısından 710, 720 ve 730 nolu hesapların kullanılması ve bu hesapların ilgili stok hesabıyla kapatılarak stokların tamamlanıp hasıllata dönüşmesi durumunda 622 nolu hesabın kullanılmasını önermekteyiz (19;20).

Muhasebe Sistemi Uygulama Genel Tebliğinde (MSUGT) yer alan “74 Hizmet Üretim Maliyeti” grup hesabı hizmet işletmeleri ile ilgilidir. Buradaki hizmet işletmelerindeki kasıt küçük ölçekli yapısı itibariyle karmaşık olmayan işletmeler bu hesap grubunu kullanabilirler. Bu sistemin temel amacı işletmelerin finansal durumunun ve performansının gerçeğe uygun sunulmasıdır. Bu nedenle yapısı itibariyle en karmaşık yapıya sahip olan sağlık hizmetleri sunan hastanelerin maliyet analizlerinde, kontrol edilmesinde ve düşürülmesinde alınacak yönetsel kararlara ışık tutması açısından 740 nolu hesap grupları yerine 710, 720 ve 730 nolu hesap gruplarının kullanılması daha uygun bir yaklaşımdır. Kaldı ki MSUGT’de bu hesapların kullanılmasında hiçbir engel yoktur (19;20).

Buna istinaden hastane işletmesi tarafından ilgili şirkete yapılan net hakediş ödemesi ve Vergi Dairesine ödenen yasal kesintiler toplamı hastaneni giderlerini oluşturmaktadır. Giderlerin muhasebeleştirilmesinde “730 Genel Hizmet Üretim Giderleri”, hesabı kullanılmıştır.

Dış laboratuvar hizmet alımına ilişkin elde edilen gelirler SUT’taki fiyatlara göre SGK’ya gönderilen faturalara istinaden elde edilen tahsilatlardan oluşmaktadır. Buna ilişkin muhasebe kaydı aşağıdaki gibidir.

31/12/2019	
120 ALICILAR	2.142.545,87
120.01. SGK	
	600 YURTIÇİ SATIŞLAR 2.142.545,87
	600.20. Dış Lab. Hizmet Bedeli
Dış laboratuvar tetkik işlemlerinin SGK’ya fatura edilmesi	

Üniversite hastanelerinde satılan mal veya hizmetlerle ilgili satışlar neticesinde ayrıca KDV tahsilatı yapılmamaktadır. Ancak hastane, kendi işletmesinde kullanmak üzere satın aldığı mal veya hizmet için KDV ödemesi yapmak zorundadır. Oysa “Hesaplanan KDV” tutarının tahsil edilmediği durumlarda bile yüklenen “İndirilecek KDV” tutarı her zaman beyan edilerek vergi dairesine ödenmek zorundadır. Bu durum ise vergi gelirleri ve giderleri açısından üniversite hastaneleri için

çok ciddi bir kayıp oluşturmaktadır (17).

Hastanenin dış laboratuvarından aldığı hizmet bedeline ilave olarak KDV’kuna ve ihale şartnamesine istinaden %8 KDV ödemesinde bulunmuştur. Yükleniciye ödenen KDV tutarı Üniversite Hastanesi Döner Sermaye İşletmesi Kurumlar Vergisinden muaf olduğu için dönem gideri olarak kaydedilmelidir. Buna karşılık yüklenici şirkete yaptırılan işin bedeli SGK’ya fatura edilerek KDV’siz tahsilat yapılmaktadır. Döner Sermaye İşletmesi Kurumlar Vergisinden muaf olduğu için yüklenen KDV’nin gider yazılmasının mali açıdan hiçbir avantaj yoktur. Ayrıca SGK’dan da KDV’nin tahsil edilememesi mali açıdan büyük bir kayıp olmaktadır.

Hastaneler muayene, teşhis ve tedavi işlemlerini yapabilmeleri için satın alınan ilk madde ve malzemeye, dış kaynak kullanımı şeklindeki personel esasına dayalı hizmet alımlarında ve diğer genel hizmet üretim giderleri olan tüm dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetlere KDV ödemesi yapmaktadır.

Araştırma yapılan hastanenin 2019 yılında toplam gideri 120.447.291,61 TL olarak gerçekleşmiştir. Bunun 62.964.418,61 TL’si (KDV dahil) mal ve hizmet alım giderleridir. Yaklaşık giderlerin %50’si oranında dış alım, kalan diğeri ise maaşları merkezi bütçeden ödenen sağlık ve idari personel ücretleri hariç, memurlar, sözleşmeli personel, 657 Sayılı Kanun 4/b sözleşmeli personel ücretleri, 375 Sayılı KHK’nın Geçici 23 üncü Md. kapsamında sürekli işçi kadrolarına geçirilen işçilerin ücretleri (SGK primleri dahil) personel ücret ödemesi şeklindedir. Hastane yaklaşık yıllık 5.724.038,06 TL KDV ödemesi yapmıştır. Bu da hastane açısından mali bir yük olarak tespit edilmiştir.

Fason hizmet üretimi yapan B Laboratuvar Hizmetleri Şirketi sunmuş olduğu hizmete karşın yapması gereken muhasebe kaydı aşağıdaki gibidir.

B Laboratuvar Hizmetleri Şirketi sunmuş olduğu hizmete

karşın (600 Yurtiçi Satışlar) %8 KDV (391 Hesaplanan KDV) ilave ederek hastaneye faturalandırmıştır. Bu faturadan 5/10 oranında KDV tevkifatı kesilmiştir. Kesilen bu tevkifat vergi dairesinden (136 Diğer Çeşitli Alacaklar) talep edilebilir. Ayrıca hastane tarafından KDV hariç sunulan hizmet tutarından %09,48 oranında damga vergisi kesintisi de yapılmıştır. Yapılan bu kesinti genel yönetim gideri (770 Genel Yönetim Giderleri) olarak muhasebeleştirilmiştir.

..... 31/12/2019	
120 ALICILAR	1.332.434,53
120.01. Düzce Üniv. Hastanesi	
136 DİĞER ÇEŞİTLİ ALACAKLAR	51.718,92
136.01. KDV Tevkifatı Alacağı	
770 GENEL YÖNETİM GİDERLERİ	12.257,39
770.07. Damga Vergisi Kesintisi	
	600 YURTIÇI SATIŞLAR 1.292.973,00
	600.08. %8’li Hizmet Satış Bedeli
	391 HESAPLANAN KDV 103.437,84
	391.08.%’li Hizmet Satış KDV’si

Üniversite hastanesine yapılan tetkiklerin hizmet bedeli kaydı.

..... /

SONUÇ

Laboratuvar hizmetlerinin fason üretim şeklinde dışarıdan temin edilmesi, giderek artan bir şekilde hastane yöneticileri tarafından maliyet tasarruflarının potansiyel bir kaynağı olarak görülmektedir. Hastanelerdeki iş yoğunluğunun azaltılması, çekirdek faaliyetlere odaklanılması, verimliliğin artırılması gibi nedenler laboratuvar hizmetlerinde fason üretim tercihinin sebepleri arasında sayılabilir. Bu çalışmada, hastanelerin dış laboratuvar hizmet alımlarının nedenleri gerekçeleri ortaya konarak muhasebe işlemleri ve karlılık analizi yapılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, 2015 ve 2016 yıllarında laboratuvarın zarar etmesine karşın 2017 yılından itibaren ciddi oranda bir karlılığa geçiş, laboratuvarlarda maliyet azaltıcı tedbirlerin uygulanmasıyla birlikte kanıta dayalı tıp ile akılcı laboratuvar kullanım yönteminin kullanımına geçilmesidir. Dolayısıyla, hastanelerde dış laboratuvar hizmet kullanımıyla birlikte kanıta dayalı tıp ile akılcı laboratuvar kullanım yönteminin eşzamanlı olarak kullanılmasının karlılığı artırdığı söylenebilir.

Hastanelerin muhasebe kaydı yapılırken; Döner Sermaye İşletmesinin Kurumlar Vergisinden muaf olması hususu, yüklenicilere ödenen KDV’nin gider yazılmasına kuruma hiçbir mali bir avantaj sağlamadığı, SGK’dan da KDV’nin tahsil edilememesinin mali açıdan bir yük olduğu söylenebilir. Bununla birlikte fason hizmet üretimi yapan söz konusu dış laboratuvar işletmesinin, puan karşılığı yapmış olduğu hizmete bedeline %8 KDV ilave edip bu tutardan KDV tevkifatı (5/10) ve damga vergisi (%09,48) kesintisinin yapılması ve kalan tutarın ödenmesi gerektiğini önemle belirtmekteyiz.

Ek olarak söz konusu şirketin kesmiş olduğu faturadan yapılan KDV kesintisinin vergi dairesinden talep

edilebileceği, damga vergisinin ise bir gider olarak kaydedilmesi gerekir.

Hastanenin dış laboratuvar hizmeti satın alması, kurumlara karlılık sağlarken (Tablo 1), aynı zamanda hastanelerin normalde sahip olmadıkları teknoloji, bilgi ve becerilere, anlaşmalı dış laboratuvar firmasıyla elde etmeleri hastaneler için bir avantajlardır. Öte yandan, tetkiklerin fason üretime gönderilmesi, zaman zaman testlerin tamamlanma süresinin gereğinden fazla sürmesine, test kalitelerinin düşük olmasına ve dış laboratuvar firması ile hastane tarafından kullanılan laboratuvar bilgi sistemleri arasındaki uyum eksikliklerinin olması da bu hizmet alımın dezavantajlarıdır. Bu açıdan hizmet alımının etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için sağlık yöneticilerinin, fason üretim sürecinde kontrol ve denetim mekanizmalarını iyi yönetmesi ve iki taraf arasındaki iletişimin güçlü olması gerektiği söylenebilir.

Ayrıca hastane işlemlerinde yardımcı hizmet üretim olan laboratuvar hizmetlerinin hasta sağlığı ve güvenliği açısından önemli bir yere sahip olduğu gibi kaynakların etkin kullanımı açısından karlılığın artırılması için maliyetlerin düşürülmesi gelirlerin artırılması gerekir. Gelirlerin artırılması noktasında SUT fiyatlarının sabit oluşu ve özellikle de çalışma yapılan hastanenin global bütçe uygulamasına tabi olması nedeniyle yapılan ödemeler harcama gruplarına ayrılmadığı için maliyet azaltıcı tedbirlerin uygulanması gerekir.

Yapılan bu çalışmanın konusu, hastane yöneticilerinin alacakları stratejik yönetsel kararlarda yol gösterici nitelik taşıdığı, ayrıca diğer hastane işletmelerinin de benzer çalışmalar yapabilecekleri ve böylelikle muhasebe işlemlerinde birliktelik sağlanabileceği düşünülmektedir.

Nihayetinde hastanenin dış laboratuvara iş yaptırmasının mali açıdan avantajlı olduğu ancak eğer bu işlemleri

hastanenin kendisi yapması durumunda ekonomik kazanç veya kaybının ne olacağı konusu ile referans şirketin söz konusu iş karşılığında kar veya zararı bir başka çalışmada incelenebilir.

KAYNAKÇA

1. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2014), Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi. Ankara.
2. Da Rin, G. (2009), "Pre-analytical workstations: A tool for reducing laboratory errors," Clin. Chim. Acta, Jun. 404 (1): 68-74.
3. Plebani, M. ve Lippi, G. (2010), "Is laboratory medicine a dying profession? Blessed are those who have not seen and yet have believed", Clinical Biochemistry, 01-Aug. 43 (12): 339-941.
4. Sağlık Bakanlığı, (2013), Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği, 9 Ekim 2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete.
5. Bozdemir, E. ve Öcel, Y. (2016), "Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet Minimizasyonu Açısından Analizi: Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Manyetik Rezonans (MR) Cihazı Örneği," Atatürk Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Derg., 20(3):1051-1070.
6. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı,(2010), İhtiyaç Tespit Komisyonları Genelgesi 2010/37, 28/05/2010 tarih ve 5400 sayılı yazısı.
7. 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu, 22/1/2002 tarih ve 24648 sayılı Resmi Gazete.
8. Maliye Bakanlığı,(2009), Sağlık Hizmeti Sunan 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu Kapsamındaki İdarelerin Teşhis ve Tedaviye Yönelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımlarına İlişkin Yönetmelik, 07/02/2009 tarih ve 27134 sayılı Resmi Gazete.
9. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2019), Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri Genelgesi 2019/19, 27/12/2019 tarih ve 83913885 sayılı yazısı.
10. Atasever M. ve Altınkaynak, K. (2017), Sağlık İşletmelerinde Tıbbi Laboratuvar Hizmet Alımları Yönetimi, Nobel Kitapevi, Ankara.
11. Atasever, M., Karaca, Z. ve Uçar, A. E. (2018), Türkiye Sağlık Hizmet Alımları Rehberi, Nobel Kitapevi, Ankara.
12. Bennett, P. ve Fisher, T. (2013), "Outsourcing in a bioanalytical laboratory," Bioanalysis, 5(20): 2453-2462.
13. Midilli, K. (2013), "Laboratuvar Penceresinden", Laboratuvar Hizmet Sunumunda Dış Alımlar ve Son Durum Sempozyumu, Klimik Derneği, 26 Kasım 2013, İstanbul.
14. Mrak, R. E., Parslow, T. G. ve Tomaszewski, J. E. (2018), "Outsourcing of Academic Clinical Laboratories: Experiences and Lessons From the Association of Pathology Chairs Laboratory Outsourcing Survey," Acad. Pathol., 5: 1-5.
15. 3065 Sayılı Katma Değer Kanunu, 02/11/1984 tarih ve 18563 sayılı Resmi Gazete.
16. Gelir Dairesi Başkanlığı, (2004), 91 Seri No'lu Katma Değer Vergisi Genel Tebliği, 28/02/2004 tarih ve 25387 sayılı Resmi Gazete.
17. Gelir İdaresi Başkanlığı, (2012), 117 Seri No'lu KDV Genel Tebliği, 14/04/2012 tarih ve 28264 sayılı Resmi Gazete.
18. 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu, 11/7/1964 tarih ve 11751 sayılı Resmi Gazete.
19. Bozdemir, E. (2016), "Muhasebe Standartları Kapsamında Hastanelerde Hizmet Üretim Maliyetlerinin Muhasebeleştirilmesi ve Bazı Öneriler," Mali Çözüm Dergisi, Ocak-Şubat, 133: 13-37.
20. Bozdemir, E. (2019), Sağlık İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi ve Analizi, Gazi Kitapevi, Ankara.

HIMSS-EMRAM seviye 7 tam dijital hastanede klinik karar destek sistemleri analiz örneği

HIMSS-EMRAM level 7 full digital hospital clinical decision support systems analysis example

Elife Özkan¹

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Tire Devlet Hastanesi, İzmir

Anahtar Kelimeler:
Klinik Karar Destek Sistemi, Dijital Hastane, HIMSS

Key Words:
Clinical Decision Support System, Digital Hospital, HIMSS

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
drelifeozkan@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
7.05.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
18.08.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
28.09.2020

ÖZET

Tire Devlet hastanesi 2016 yılından itibaren HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) seviye 7 hastanedir. Hastanede klinik ve klinik olmayan birçok alanda dijital önlemler ve kurallar ile mali, zamansal ve verimliliği artırıcı uygulamalar HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri) içerisinde yapılandırılmıştır. Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyona bağlı mortalite oranlarını düşürmektir. Çalışmada 21 yataklı erişkin yoğun bakım mortalite sebeplerini tespit etmek için Hastane istatistik biriminde yoğun bakım mortalite sebep olan hastalıklar geriye dönük taranmıştır. Değerlendirmede 2017 yılı taranmış ve en çok ölüm sebepleri araştırılmıştır. Hastane istatistik biriminden alınan veriler doğrultusunda yoğun bakım mortalite sebepleri ilk üç sırada enfeksiyöz hastalıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu analiz sonucu yoğun bakım mortalite düşürmek adına enfeksiyonları önleyici eylemler planlanmıştır. Bu amaçla oluşturulan karar desteklerde hekim ve hemşire uyarıları ile bazı uluslararası skalalar SIRS (Sistemik İnflamatuvar Response Sendromu) hemşirelik bakım için braden skalaları kullanılmıştır. Yoğun bakım enfeksiyon önleyici elektronik eylemler ile 2017 verileri ile 2018 verileri karşılaştırıldığında enfeksiyöz kaynaklı mortalite nedeni olan hastalık oranlarında toplamda yüzde %49.07'den %22.21'e düşüş sağlanabilmiştir. Tüm işlemlerin elektronik ortamda yapılması, erken uyarı sistemleri ve KKDS'ler (Klinik Karar Destek Sistemleri) ve kural motorları, kullanılarak erken tanı ve tedavi imkânı sağlanmış hemşire ve hekim farkındalığı sağlanmıştır.

ABSTRACT

Tire State hospital is HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) level 7 hospital since 2016. Digital measures and rules in many clinical and non-clinical areas, and financial, temporal and efficiency-enhancing practices are structured within the HIS (Hospital Information Management Systems). The aim of this study is to decrease the mortality rates due to infection in intensive care units. In the study, to determine the causes of 21-bed adult intensive care mortality, the diseases causing intensive care mortality in the Hospital statistics unit were retrospectively screened. In the evaluation, 2017 was scanned and the most causes of death were investigated. In line with the data obtained from the hospital statistics unit, it was determined that the causes of intensive care mortality were infectious diseases. As a result of this analysis, preventive actions are planned to reduce intensive care mortality. In the decision supports created for this purpose, physician and nurse warnings and some international scales SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) braden scales for nursing care were used. Compared to 2017 data with intensive care infection preventive electronic actions and 2018 data, it was possible to decrease 22.21% of the disease rates, which is the cause of infectious mortality, from 49.07% in total. The awareness of nurses and physicians was provided by using all the procedures in the electronic environment, early warning systems and KKDS (Clinical Decision Support Systems) and rule engines, and early diagnosis and treatment opportunities were provided.

GİRİŞ

Klinik karar destek Sistemleri (KKDS); Sağlık hizmetleri ve sonuçlarının kalitesini artırmak için sağlık hizmet uygulayıcılarına Hastane Bilgi Sistemleri (HBS) içinde oluşturulan yollar, hedefe yönelik yapısal şablonlar, işlem esnasında uyarıcı ve hatırlatmalar ve sonunda otomatik iş emirleri oluşturabilen sistemlerdir(1,3,7).

Bu KKDS'ler hastanede uygulamayı kullanacak kişilerin önerileri ve genel klinik ihtiyaçlar doğrultusunda herhangi bir klinik durum, sendrom, patoloji, skor, hastalık, semptom veya laboratuvar değerleri ile yapılandırılabilir(2,3). Hastanemizde HIMSS-EMRAM belgelendirme sürecinde ve sonrasında birçok KKDS ve çalışmalar yapılmıştır.

Son yıllarda hasta güvenliğini ile birlikte hasta veri paylaşımının sağlamak için tedavi ve tanı amaçlı her teknoloji ve bilgi sistemlerini kullanmaktadır. Özellikle, hasta ile ilgili verilerin ve istemlerin hasta başında sisteme girilmesi; hasta ile ilgili her türlü tıbbi bilgiye (laboratuvar sonuçları, radyolojik görüntüler, günlük tıbbi ölçümler vs.) hastane içinden veya dışından anlık erişilmesiyle iş süreçleri hızlanacak, tıbbi hatalar en aza inecektir. KKDS'lerin sağlık bakım kalitesine ve hasta güvenliğine olan katkılarını ortaya koyan çok sayıda çalışma mevcuttur(6,7,9,10,11).

Klinik kararlar, çoğunlukla hekimler tarafından alınıyor olsa da, sağlık hizmet sunumu yapan tüm çalışanlar (hemşire, ebe, sağlık teknikeri, vb.) da teşhis ve tedavi sürecine müdahil olmaktadır. Özellikle yatan hasta sağlık hizmetlerinde teşhis ve tedavi süreçlerinde hekimler ve hemşireler karar mercileridir. Klinik karar süreci de, genellikle klinik kılavuzlar veya en iyi uygulamalar esas alınarak hazırlanmış kural tabanlı sistemlerdir(5).

Yurtdışında Amerika'da ağırlıklı olmak üzere Avrupa'da 2 yazılım firmasında hastanelere uygun hazır KKDS programları mevcuttur.

KKDS oluşturulmasında mevcut HBYS'de bulunan, hastaya ait verilerin bir veya birden fazlası, bir program kullanılarak oluşturulan kural çerçevesinde değerlendirilmektedir. Gerekli şartlar oluştuğunda (yani tetik mekanizması çalıştığı) bir algoritma içerisinde KKDS çalışmaya başlamaktadır.

Kurumlarda oluşturulan KKDS her branştan hekimin anlayabileceği bir sadelikte olmalı ve durum, hastalık ve/veya patoloji konusunda hekime tıbbi destek vererek hekimin işini kolaylaştırmalıdır. Hekimin mevcut patolojik veriyi atlamasını önlemeli, bazı özellikli durumlarda çoklu veri değerlendirmesi yaparak sendrom veya klinik durum hakkında hekimlerde (SIRS/ Sepsis, şok, pulmoner emboli vb.) farkındalık yaratmalı ve yol göstermelidir (3,4,6,7).

Sıklıkla yurtiçinde ve yurtdışında sepsis KKDS ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Erken müdahale ve resüsitasyonun sağ kalım da dahil olmak üzere hasta sonuçlarını iyileştirdiği kanıtlandığı için sepsis sonuçlarının iyileştirilmesinde erken tanıma çok önemlidir. Erken tanıma olmadan erken müdahale imkansızdır. Tedavi geciktiğinde, sepsis hızla septik şok, çoklu organ disfonksiyon sendromu ve ölüme ilerleyebilir. Sepsis hastane içi iki ölümden biriyle ilişkili olabilir. Tanıdan tedaviye kadar geçen aralık, uzun dönemli hasta sonuçlarını da etkiler. Klinik karar desteği işlevselliği ile etkinleştirilen bir sepsis programı, daha erken müdahale sağlamak ve gerçek zamanlı gözetim sağlamak için bir elektronik sağlık kaydı (EHR) sistemi ile entegre olabilen sağlıkla ilgili bilginin sistematik bir uygulamasını sunar(11,10).

Hastanemizde de sepsis KKDS oluşturulmuş ve katma değer sağlanabilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada örnek olay incelemesi yöntemi kullanılmıştır. 2017 yılı yoğun bakım mortalite oranları incelenmiştir. Eş düzey hastaneler içerisinde ve eş düzey yoğun bakım mortalite oranları karşılaştırılmış ve hastanemizin yoğun bakım mortalite oranı yüksek olduğu görülmüştür. Sebepleri araştırılmak üzere hastanenin yoğun bakımları mercek altına alınmıştır. Geriye dönük 2017 yılı yoğun bakım mortalite oranları ve buna sebep olan hastalık tanıları (ICD-10) taranmıştır.

BULGULAR

Hastane istatistik biriminde alınan verilerde yoğun bakım mortalite sebepleri ICD 10 tanılarındaki ilk 3 sırada enfeksiyon kaynaklı hastalık tanıları olduğu görülmüştür.

Tablo 1. 2017 yoğun bakım mortalite tanıları, oranları

Ölüm Nedeni ICD-10	2017 %-sayı
Enfeksiyon (B99)	34,43 (94)
Septisemi (A41)	10,98 (30)
Pnomoni (J15)	3,66 (10)

İlk 3 sırada enfeksiyon olması nedeni ile bu yönde yoğun bakımlarda enfeksiyon önleyici iyileştirici eylemler yapılması zorunlu hale gelmiştir.

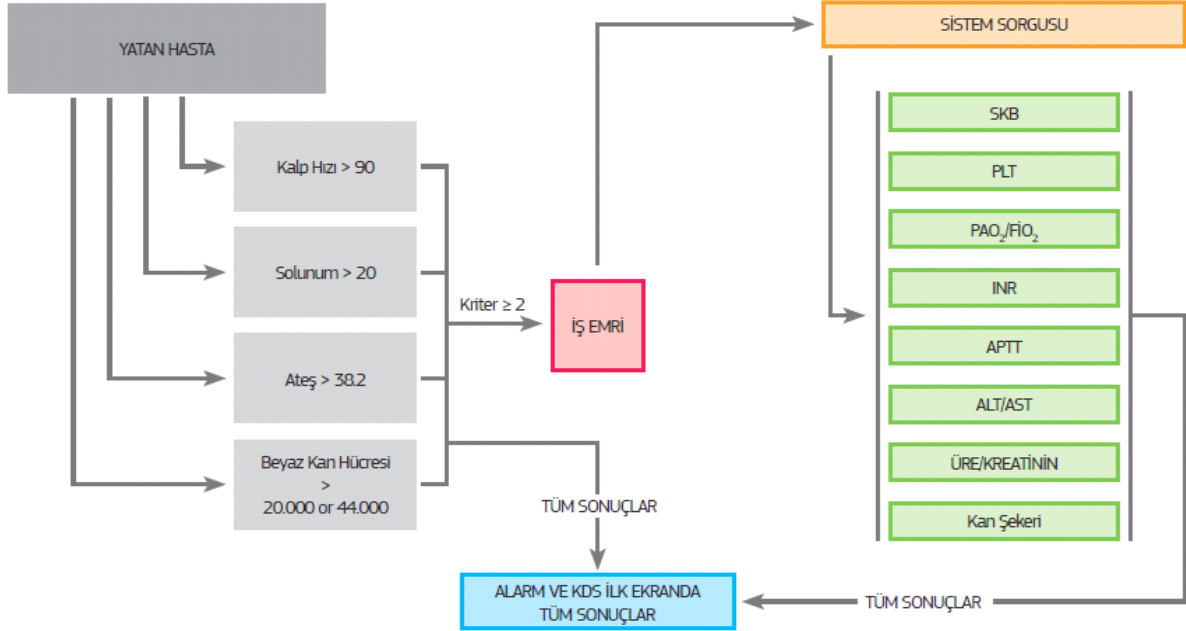
Hastane enfeksiyon komitesi yoğun bakım enfeksiyona sebep olan aylık takip edilen parametrelerin verileride kullanılarak hemşirelik ve hekimlik uygulamalarında iyileştirici, önleyici farkındalık yaratacak elektronik olmayan tedbirler alınmıştır.

Öncelikle elektronik uygulamalar için hekim, hemşire ve yazılımcılardan oluşan 'Medikal Strateji Ekibi' oluşturulmuştur. Ekip düzenli toplantılarla ve gerektiğinde yazılım firmasından yazılımcı desteği ile birlikte çalışmaları yürütmüştür.

Elektronik olarak hekimlik ve hemşirelik uygulamalarında hekim adına erken tanı, hedefe yönelik klinik karar destek sistemleri hemşire adına ise hemşire bakım ile ilgili ulusal ve uluslararası standartlar kullanılarak hemşire KKDS'leri hastane bilgi yönetim sistemleri içerisinde oluşturulmuştur.

İlk olarak ve en önemli uygulama yoğun bakımda yatan hastada enfeksiyonu başlangıcında yakalamak amacı ile bu hasta verilerini birleştiren ve hekimi uyaran akıllı bir yazılım oluşturulmuştur. Sepsis karar destek sistemi olarak adlandırılan bu sistem oluşturulurken uluslararası SIRS kriterleri baz alınarak hazırlanmıştır. Bu kriterlerin en az 2 tanesi bir araya geldiğinde HBYS üzerinde kodlanarak hekime uyarı olarak gitmesi sağlanmıştır.

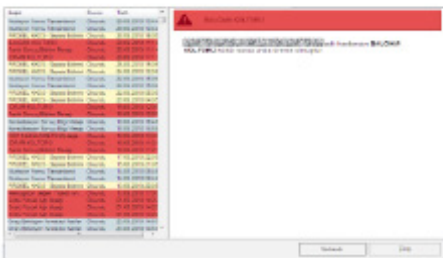
SEPSİS KDS



Şekil 1. Sepsis KDS işleyiş algoritması

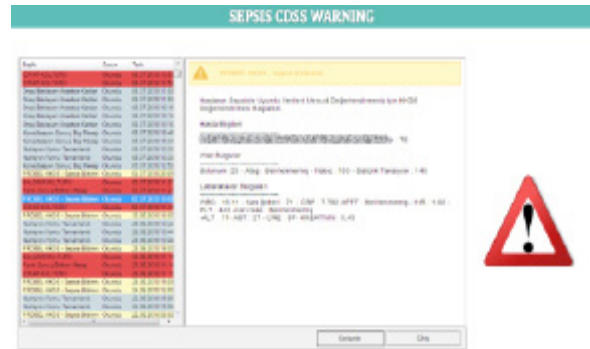
Şekilde 1'de görüldüğü gibi vital bulgu verisi (kalp hızı, solunum hızı, ateş) ve laboratuvar verisi herhangi 2 si ile sepsis karar destek aktifleşir. Aynı zamanda hastanın sistolik kan basıncını, platalet, varsa pao2/fio2 oranını, INR, APTT, ALT, AST, üre kreatin, kan şekeri değerlerini de laboratuvar bilgi sisteminden otomatik gelecek SIRS kriterleri ile beraber ilk ekranda gösterecek şekilde hekime hem alarm uyarısı hem de KKDS çalışma uyarısı olarak iletmektedir. Eş zamanlı olarak karar destek sistemi içinde hekime hatırlatıcı SIRS/sepsis konusuna ait tanı ve tedavi önerileri bulunmaktadır. Hastanın klinik ve laboratuvar değerlerine göre tanı ve tedavisi sistemin mevcut öneri seçenekleri ile hekim

ALERTS / WARNINGS



Şekil 2. Kültürde üreme uyarı ekranı

inisiyatifinde yapılmaktadır. Ayrıca sepsis KKDS içerisinde hekime uyarı verilmesi ile birlikte enfeksiyon hastalıkları uzmanına da HBYS üzerinden otomatik



Şekil 3. Sepsis uyarı ekranı

konsültasyon atılması sağlanmıştır. Uygulama kültürde herhangi bir üreme olduğunda laboratuvar onayından sonra eş zamanlı olarak direk hekim ekranına bilgisinin düşmesi sağlanmıştır.

Şekil 4'te görüldüğü gibi elektronik uygulama ise hemşirelikle ilgili yapılan KKDS'leridir. Hastada yapılan tüm bakımlar, katater değişim uyarıları, ilaç uygulamaları ve yoğun bakımlarda hekim gelene kadar yetkisi dâhilinde yapabileceği işlem komutları HBYS hemşire ekranlarında uyarı şeklinde yapılandırılmıştır.

HBYS üzerinde yapılan bu uyarılar alarmlar ve şablonlar hekim ve hemşireye erken müdahale ve tanı koymasına olanak sağlamıştır.

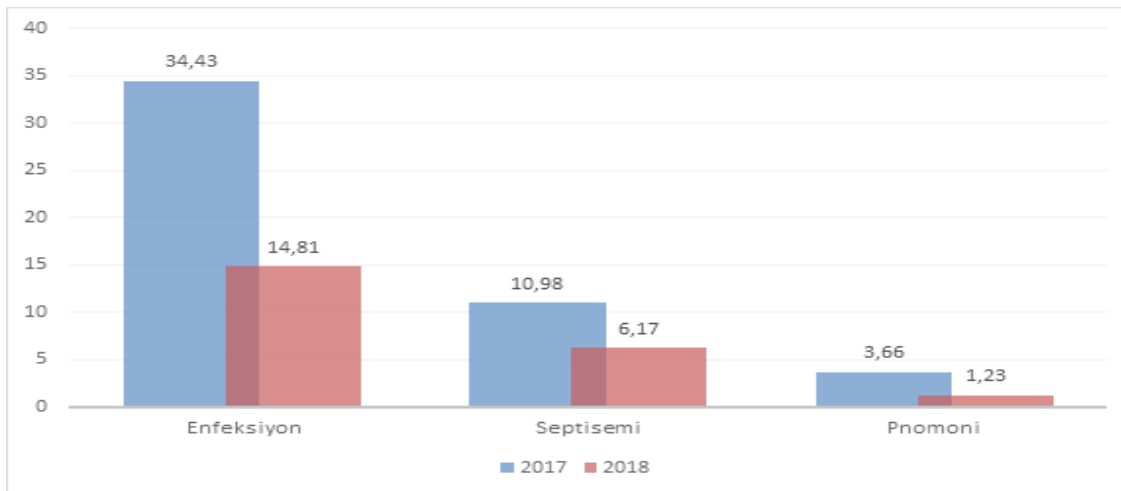
Şekil 4. Hemşire çalışma ekranı (ekipman değişim uyarısı) 2018 yılı yoğun bakım enfeksiyon kaynaklı mortalite sayıları ile 2017 yılı enfeksiyon kaynaklı mortalite sayıları tekrar karşılaştırıldığında %50'den fazla azalma görülmüştür. Toplam enfeksiyon kaynaklı mortalite sayısı 134 iken 2018 'de 54'e düşmüştür. Aynı şekilde yoğun bakım enfeksiyon kaynaklı mortalite yüzdeside %49.07'den %22.21'e düşmüştür.

Tablo 2. 2017-2018 yoğun bakım mortalite ilk üç tanı oran-sayı karşılaştırması

Ölüm Nedeni ICD-10	2017%-vaka sayısı	2018 %-vaka sayısı
Enfeksiyon (B99)	34,43 (94)	14,81 (36)
Septisemi (A41)	10,98 (30)	6,17 (15)
Pnomoni (J15)	3,66 (10)	1,23 (3)

2017 ve 2018 yılları yoğun bakım enfeksiyon kaynaklı mortalite oranları karşılaştırdığımızda 2017 yılında mortalite nedenlerinde ICD 10 tanılarına göre enfeksiyon kaynaklı %34,43 iken 2018 de bu oran %14,81'e septisemi %10,98 den % 6,17'e pnmoni oranı ise % 3,66 dan %1,23'e gerilediği görülmektedir.

Tablo 3. 2017-2018 yoğun bakım mortalite ilk üç tanı oran-sayı karşılaştırması bar grafiği



SONUÇ VE TARTIŞMA

KKDS'ler, klinisyenlere ve tüm sağlık hizmeti sunanlara bakım noktasında klinik rehberlerin ve kanıta dayalı uygulamaların uygulanmasında yardımcı olmak için tasarlanmış bilgisayar tabanlı bilgi sistemleridir. KKDS'ler, bireysel hasta verilerine dayanarak düşünceleri için uyarlanmış hasta değerlendirmeleri ve tedavi önerileri sunar. Hasta bilgileri elektronik sağlık kayıt sistemi aracılığıyla manuel veya otomatik olarak girilir. KKDS'ler genellikle elektronik kayıt sistemine dahil edilir ve hasta bakımı özet raporları, kalite göstergeleri hakkında geri bildirim ve kıyaslama sunan diğer bilgisayar tabanlı işlemlerle entegre edilir.

Kaliforniya Üniversitesi Davis Sağlık Sistemi'nde en az iki sepsis kriteri karşılayan 741 yetişkin hastanın elektronik sağlık kayıtları, hastaların yaşamsal bulguları, beyaz kan hücresi sayımı (WBC) ile sepsis karar desteği oluşturulmuştur. Her iki değişkenin de doğru tahmini klinik personel tarafından uygun yanıtı sağlamış ve

Sonuç olarak, hayati belirtinin yanlış yönetilmesi ve laboratuvar ölçümleri nedeniyle oluşan hatalar azaltılmıştır.(10)

ABD'de kentsel, 284 akut yataklı toplum hastanesinde yapılan çalışmada sepsisli hastaların erken tanınması, saptanması ve sınıflandırılması, hasta güvenliği, kalite ve önleme, bulut tabanlı bilgisayarlı klinik karar destek sistemi oluşturulmuştur. (11) Hastaneye yatırılan 2620 yetişkin hastanın 417'sinde bir sepsis uyarısı klinik karar desteği ile aktive edilen bir uyarı ile % 89 bildirimden itibaren bir saat içinde sepsisli hastaların yatak başı taramasının % 75'ini tamamlamışlardır. (11)

Çalışmamızda HBYS içerisinde oluşturduğumuz uyarı sistemleri ve karar destek sistemleri hekim sepsis KKDS ve hemşirelik katater uyarıları ekipman değişimi uyarıları ile sistem üzerinden erken tanı erken müdahaleyi getirmiştir. Sonuç olarak; 2017 ve 2018 yılları yoğun bakım enfeksiyon kaynaklı mortalite oranları karşılaştırdığımızda erişkin yoğun bakım 2017 yılında mortalite nedenlerinde ilk üç sırada yer alan hastalık oranları anlamlı değişiklik elde edilmiştir. Enfeksiyon kaynaklı %34,43 iken 2018 de bu oran %14.81'e septisemi %10.98 den % 6,17'e pnomoni oranı ise % 3,66 dan%1,23'e düşmüştür.

HBYS içerisinde oluşturduğumuz tüm uygulamalar hekim hasta ve hemşire için kolaylaştırıcı doğru zaman doğru tedavi ve kolay ve güvenilir hasta bilgi yönetimi sağlamıştır. Dünyada sayılı firmalar tarafından çok yüksek maliyette bu sistemler hastanelere sunulmaktadır. Ülkemizde ileriki yıllarda hastanelerdeki bilişim alanındaki talepler doğrultusunda HBYS ve yazılım firmaları tarafından daha komplike ve katma değer sağlayan karar desteklerin oluşturulacağı kesindir.

KAYNAKLAR:

1. Atay E. & Demir E. (2017) "Akciğer Kanseri Verilerinin Karar Destek Sistemleri İçin Veri Ambarında Saklanması" Dokuz Eylül Üniversitesi mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi, 19, 987-997
2. Kawamoto K, Houliha C & Balas A. (2005)"David F Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success" BMJ, 330(7494), 765
3. Koç E., Şengül Atılgan Y., Uyar Özkaya A. & Gökçe B. (2012) Klinik Karar Destek Sistemleri Kullanımına Yönelik Bir Araştırma: Acıbadem Hastanesi Örneği. IX. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 64-74
4. Özata M. & Aslan Ş. (2004). "Klinik Karar Destek Sistemleri ve Örnek Uygulamalar" The Medical Journal of Kocatepe 5-11
5. Özkan E. (2020) "Tıbbi Laboratuvar yönetimi Laboratuvar Uzmanları İçin Kılavuz" 'Dijital laboratuvar ve HIMSS sertifikasyonu' Bölüm 55 ISBN 978-605-031-071-9
6. Purkuloğlu E., Ün A. & Yürürdurmaz F. (2019) "Hemşire Karar Destek Sistemleri Uygulamaları" Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi dergisi 22(23), 491-514
7. Wasylewicz M. & Scheepers-Hoeks W. "Clinical Decision Support Systems" Fundamentals of Clinical Data Science, chapter 11
8. Yorgancı K. & Sayek İ. (2005) "Sepsis ve İlgili Tanımlamalar" Yoğun Bakım Dergisi, 5(2), 75-79
9. Njie G.J., Proia K., Thota A.B., Finnie R.K.C., Hopkins, Banks S.M., Callahan D.B., Pronk N.P., Rask K.J., MD, Lackland D.T., Kottke T.E. & The Community Preventive Services Task Force. (2015) "Clinical Decision Support Systems and Prevention A Community Guide Cardiovascular Disease Systematic" American Journal of Preventive Medicine, 49(5)784-795
10. Gultepe E., Green J.P., Nguyen H., Adams J., Albertson T., Tagkopoulos I. (2014) "From vital signs to clinical outcomes for patients with sepsis: a machine learning basis for a clinical decision support system" Journal of the American Medical Informatics Association, , 21(2), 315-325.
11. Amland R.C., Lyons J.J., Greene T.L. Haley J.M. (2015) "A two-stage clinical decision support system for early recognition and stratification of patients with sepsis: an observational cohort study" Journal of the Royal Society of Medicine, 6(10)
12. <https://www.himss.org/>
13. <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/> (2018) 'Tam donanımlı dijital hastane kılavuzu'

Dijital yakalı sağlık çalışanlarının iş yaşamından beklentileri üzerine nitel bir araştırma

A qualitative study on the expectations of digital collar health employees

Büşra Baliç¹, Nilay Gemlik², Ali Arslanoğlu³

ÖZET

Giriş ve Amaç: Teknolojideki gelişmelerle birlikte üretim ve hizmet sektörleri de dâhil olmak üzere tüm sektörler hızla dijitalleşmektedir. Y jenerasyonu ile hayatımıza giren, dijital çağ dediğimiz bu çağda beyaz yakalıdan başlayarak en üst düzeydeki yöneticiye varana kadar olan çalışanların birçok kısmı iş yerlerine gitmek yerine uzaktan bir yerlerden (ev, kafe, dış ortam) işlerini yapmak istemektedir. Bu çalışmanın amacı, dijital yakalı sağlık çalışanlarının iş yaşamında kendilerini nerede konumlandırmak istediklerini ve çalışma yaşamından beklentilerinin ne olduğunu anlamak üzerinedir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmada nitel çalışma yöntemi kullanılmıştır. Dijital iş yaşamının içinde bulunan sağlık çalışanlarının tecrübeleri ve görüşleri sayesinde detaylı bilgiye ulaşılmak istenmesi sebebiyle araştırmanın amacına uygun olarak seçilen olgu bilim-fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşmeler aracılığı ile katılımcıların kendi ofislerinde gerçekleştirilmiştir. **Bulgular:** Araştırma kapsamında katılımcılarla yapılan görüşmeler doğrultusunda elde edilen verilerin analizi yapıldıktan sonra dijital yakalı sağlık çalışanlarının cevaplarına ilişkin tablolar oluşturularak yorumlanmıştır. **Sonuç:** Dijital yaka savunucuları, mobil olarak çalışmanın kişisel verimliliği artırdığını, çalışana en büyük katkısının ise esneklik olduğunu söylemektedirler. Stres açısından bakıldığında ise mobil çalışmanın stres seviyesini olabilecek en minimum seviyelere kadar düşürdüğünü savunmaktadır. "Sabah kalktığımda ne giyeceğim?", "Öğle arasında nereye gidip yemek yiyeceğim?", "Çay ya da kahve içmek için nereyi tercih etsem?" gibi dertleri olmadan çalışmak yeni neslin favori tercihleri arasında yer alıyor gibi görünmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Aim: With the advances in technology, all sectors including production and service sectors are rapidly becoming digital. Y generation, starting from the white collar in this era we call the digital age to reach the highest level of managers in many parts of the employees instead of going to work places (home, cafe, outdoor environment) wants to do their jobs. The aim of this study is to understand where digital collar health workers want to position themselves and what they expect from working life. **Materials and Methods:** Qualitative study methods were used in the study. Due to the experience and opinions of the healthcare professionals in the digital business life, due to the desire to reach detailed information, the selected phenomenon - phenomenology design was used. The data of the study were conducted through face-to-face interviews in the participants' own offices. As one participant pointed out, it was reported that it was forbidden to receive visitors to the office in terms of occupational health and safety, as the office had been renovated. **Results:** After analyzing the data obtained in line with the interviews with the participants within the scope of the research, tables related to the answers of the digital collar health workers were created and interpreted. **Conclusion:** Digital collar advocates say that working on mobile increases personal productivity, and the greatest contribution to the employee is flexibility. In terms of stress, they argue that mobile work reduces the level of stress to the minimum possible levels. "What will I wear when I wake up in the morning?", "Where am I going to eat during lunch?", "Where would I prefer to drink tea or coffee?" Working without such troubles seems to be among the favorite preferences of the new generation.

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Anahtar Kelimeler:

Dijital Yaka, Y Kuşağı, Mobil Çalışma

Key Words:

Digital Collar, Generation Y, Mobile Work

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

busraabalic@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

14.06.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

01.09.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

28.09.2020

GİRİŞ

Y kuşağı ile hayatımıza giren dijital nesil adeta mobil çalışmak için can atar konuma gelmiş durumda. Çünkü dijital ortam sadece iş yaşamı olarak değil, bankacılık, ödeme işlemleri, sosyal ağlarda gezinme, market veya mağaza alışverişinde de mobil uygulamalar ile günümüzde çok yaygın olarak kullanılmaktadır.

Hatta o kadar yaygınlaşmaya başlamıştır ki, sadece Y kuşağı değil onların bir üst seviye büyükleri, ebeveynler, anneanne/ babaanne ve dedeler bile artık mobil hayata adaptasyon göstermektedirler. Bu şekilde dijital hayatın getirdiği alışkanlıklar Y kuşağının ötesine geçerek X kuşağı içinde vazgeçilmez bir hal almaktadır. Örneğin; hastaya evde bakımda doktorun önerilerinin yanında akıllarına takılan soruları ses butonundan arama

motorlarında arattırıp üstüne bir de hemen onları uygulamaya çalışmalarını adeta bir gelenek haline gelmiş durumda.

Hasta ne yiyecek? Ne yemeyecek?, Zararlı olan besinler neler?, Hangi gıda takviyeleri iyileşmeye yardımcı olur? vb. soruların her birini sanal mecradan öğrenebilme yetisine de sahipler. Artık teknolojik yenilikler sadece genç nesli değil her kesimi hedef almaktadır. Bu durum rekabet piyasasında varlığını sürdürmeye çalışan tüm kurumlar için de kaçınılmaz bir durum haline gelmiştir.

Gelişmiş teknoloji kurumları daha rekabetçi olmaya sürüklemek ile birlikte rekabette yarışa da olanak sağlamıştır. Teknoloji, aynı zamanda iş şekillerini de değiştirmiştir. Örneğin, bilişim (bilgisayar + iletişim) teknolojisi sanal ortamda ticaret (elektronik ya da e-ticaret) yapmayı, uzaktan çalışmayı (evden ya da gezgin / mobil olarak iş yapmayı) mümkün hale getirmiştir(1).

Teknolojinin yapılan iş yapısını ve çalışma biçimlerini değiştirmesiyle mesleklerdeki yaka renkleri de değişime uğramıştır. Bilinen mavi ve beyaz yakalara yönetici kesimin hitap ettiği sarı (altın) yakanın eklenmesinden sonra günümüz şartları ve teknolojiyle dijital / mobil yakalılar dediğimiz kesimde ortaya çıkmaktadır.

İŞ YAŞAMINDA YAKA RENKLERİ

Bu bölümde iş yaşamındaki yaka renklerinden bahsedilecektir. Bahsedilen yaka renkleri arasında; mavi yaka, beyaz yaka, sarı (altın) yaka ve diğer yaka türleri (kırmızı yaka, gri yaka, yeni yaka, turuncu yaka, yeşil yaka, sanal yaka, kara (siyah) yaka, pembe yaka) yer almaktadır.

Mavi Yaka:

İşçi sınıfının bir üyesi olan mavi yakalı kesim, el işi yapan ve saat başına ücret alan ya da yapılan işin miktarı için ücret ödenen çalışanlara verilen isimdir. Mavi yakalılar beden gücüyle maaş veya süreli ücret karşılığı çalışanlardan oluşur. Mavi yakalılar el emeğine dayanan işler için çalışırlar. Mal veya hizmet üretimi yapan bir işletmede, arazide, sahada veya üretim tezgâhı başında bire bir emek sarf eden ve zihin gücüne oranla daha fazla bedensel güce dayalı işlerde çalışan mavi yakalı kesim, maaş dışında parça başına, saatlik veya günlük ile de ücretlendirilebilirler(2).

Beyaz Yaka:

Beyaz yakalı olarak isimlendirilen gruba baktığımızda hizmet, perakendecilik vb. sektörlerde çalışan harcadıkları emek türü genellikle çok yüksek nitelik gerektirmeyen çalışanlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışanların hem aldıkları ücret hem de çalışma koşullarının giderek işçi sınıfına yaklaşmış olması sebebiyle yakın zaman tartışmalarda onları işçi sınıfının bir parçası olarak kabul etme eğilimi doğmuştur. Beyaz yakalıları geleneksel işçi sınıfından ayıran özelliklere baktığımızda çalışmanın özerklik derecesi, gözetime yatkınlık, sorumluluk düzeyleri, görevlerin kol ya da zihin emeği mi gerektirdiği ve kariyer imkânları arasındaki farklılıklar belirgindir(3).

Sarı (Altın) Yaka:

Sarı Yakalılar aslında beyaz yakaların üstü diyebiliriz. Beyaz Yakalardan daha iyi eğitim görmüş ve daha tecrübeli kişiler denilebilir. Örnek olarak çalıştığı bir yerde kendini geliştirmiş birinin kendi şirketini kurması sonucu sarı yaka olması. Bir başka deyişle şu şekil de açıklanabilir, 1 yönetici ve ona bağlı 4 kişi çalışıyor. Yönetici görevinden istifa veya emekli olduğunda şirket teknolojinin üst düzey de kullanıldığı alanlarda büyük ücretlerle transfer ve istihdam edilirler, eğer şirket yönetici almak istemezse yerine 4 çalışanın en verimlisini alıyor. Kıdemi yükselmesi sonucunda sarı yaka oluyor, genelde özerk çalışıyor(4).

Diğer Yaka Türleri:

Kırmızı Yaka: Kırmızı yakalılar her türden devlet işçilerini kapsamaktadır.

Gri Yaka: Gri yakalılar yetenekli teknisyenleri kapsamaktadır.

Yeni Yaka: Geleneksel olmayan eğitim yollarıyla çağdaş teknoloji endüstrisinde çalışanları kapsar.

Turuncu Yaka: Mahkûmlar tarafından giyilen turuncu renkten dolayı, hapishane işçilerini kapsar.

Yeşil Yaka: Çevre ve yenilenebilir enerjiye ilişkin çok çeşitli mesleklerde çalışanları kapsar.

Sanal Yaka: Robotlar gibi hem fiziksel hem de sanal olarak manuel işleri tekrarlayan görevlileri kapsar.

Kara (Siyah) Yaka: Madencilik veya petrol sondajı gibi işçilerin ile yasadışı mesleklerde çalışanları tanımlamak için kullanılır.

Pembe Yaka: Hizmet sektöründe çalışan işçi sınıfının bir üyesidir. Garsonlar, perakende satış memurları, satış görevlileri ve halkla ilişkileri içeren diğer birçok pozisyonda çalışırlar(2).

DİJİTAL / MOBİL YAKALILAR

Giderek daha da gelişen ve çalışma yaşamına entegre olan dijitalleşme, Dijital Yakalı kavramını gündeme getirmektedir.

Önceden beri süregelen mavi yaka, beyaz yaka kavramının üstüne sarı yaka dediğimiz yönetici kesimi de eklenmiştir. Şimdilerde ise bu bilinen yaka sınıflarının en üst modeli olan "Dijital Yakalılar" gelmektedir.

Dijital / Mobil Yakalı kavramı, artık dünyada kurumlar için alışılmış bir sınıflandırma haline dönüşmüştür. Beş çalışanın üçü verimli olmak için ofiste çalışmaya gerek olmadığını düşünmektedir. Bu çalışanların üçte birinden fazlası yataklarında bile çalışırken, hemen hemen yarısının ise tatildeyken çalıştığı bilinmektedir. Birçok çalışanın yemekte veya tuvalette çalıştığı, çocuk sahibi olan çalışanların bir kısmının ise, çocuklarının dâhil olduğu etkinliklere katılım gösterdikleri esnada çalıştıkları bilinmektedir. Bu durum zamana ve mekâna bağlı kalmadan istenilen her yerde çalışabilme olanağını getirmektedir(5).

Dijital Yaka çalışanları, kısa süreli mesleki eğitimlerle gelişen teknolojiyi kavrayabilen, yorumlama yapabilen ve kullanma becerisine sahip, teknik ve sosyal becerileri olan çalışanlar kesimini kapsamaktadır. Yeni yaka iş deyince akla veri bilimi, kodlama ve bulut bilişim kavramlarını içine alan işler gelse de bu şekilde sadece çok küçük bir alan tanımlanmış olur. Yeni yaka iş, dijital çağın ihtiyaçları doğrultusunda yazılım, programlama, istatistik ve matematik bilgi ve becerilerinin kullanılarak teknolojik çözümler üretip, onları yönetebilmek gibi büyük bir alanı kapsamaktadır. Özellikle bilgi teknolojileri uzmanları için operasyonel süreçlerin hızla dijitalleştiği iş dünyasında önemli görevler düşüyor ve yeni iş alanları açılmaktadır. Robotlar ve yeni tür makineler hayatımıza girmeye başladıkça, imalat sürecinde bu makinelerin parçalarını temin etmek, bakımlarını yapmak, yazılımlarını güncellemek için bu konuda eğitim almış ve beceri kazanmış çalışanlara ihtiyaç duyulacaktır(6).

KUŞAKLAR

Bu bölümde kuşaklar kavramı genel olarak ele alınacaktır. Kuşak kavramının tanımından ve kuşakların sınıflandırılmasından bahsedilecektir.

Kuşak Kavramının Tanımı

Kuşaklara dair tarihsel süreçte, bazı disiplinlerde kavramın Antik Yunan'a kadar dayandığı düşünülmektedir. Öncelikle kuşaklar arası değerlendirme yapan Karl Mannheim, toplumdaki sosyal yapıyı ve düşünceleri anlamak için kuşak sınıflandırmalarının oldukça mühim bir yerinin olduğuna dikkat çekmiştir. Kuşakların içerisinde bulunduğu zaman ve dönemin niteliklerinden ötürü farklı değerleri, ilgi alanları, inançları ve kültürleri bulunmaktadır(7).

Kuşak kavramı; aynı zaman aralığında dünyaya gelmiş,

yaşadıkları zaman içinde sosyal, ekonomik, kültürel değerlerinden etkilenmiş kişileri ve bu kişilerin oluşturduğu toplulukları ifade etmektedir. Her kuşak içerisinde yer aldığı toplumdaki etkilediği kadar, düşünce ve hareketleriyle de toplumları etkileyerek belirli ölçüde değiştirmişlerdir. Bu değişim, kuşaklar arasındaki farklılıkları ortaya çıkardığı gibi; değişimin bazı etkilerinin de, diğer kuşaklar sayesinde devam etmesini de sağlamıştır(8).

Kuşakların Sınıflandırılması

Bu bölümde baby-boomers kuşağı, X kuşağı, Y kuşağı ve Z kuşağından bahsedilecektir.

Baby-Boomers Kuşağı (1946 -1964):

Baby Boomers kuşağını, 1946 -1964 yılları arasında doğmuş olan kişiler oluşturmaktadır. İkinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonraki "nüfus patlaması" denilen yıllarda doğmuş 1 milyar insana "Baby Bombers" denmektedir. Ekonomik refah seviyesinin yavaş yavaş yükseldiği bu aralıkta ülkelerin siyasi, politik ve ekonomik yapıları içerisinde görülen değişiklikler, Baby Boomers'ın düşünce yapısını da etkilemiştir. Ayrıca Baby Boomers kuşağının sınırları belirlenirken ülkelerin ve kültürlerin arasındaki farklılıklar da bulunmaktadır. Baby-Boomers kuşağını, dünyanın insan hakları hareketlerini, radyonun altın çağını, Türkiye'nin ise ihtilali ve çok partili dönem sancılarının yaşandığı yıllarda doğmuş kişilerin oluşturduğu kuşak olarak tanımlamak mümkündür(9).

X Kuşağı (1965-1980):

X kuşağı, 1965 -1980 yılları arasında doğmuş, benzeyen niteliklere, tutumlara, inançlara ve arzulara sahip, benzer ekonomik, politik ve sosyal olayların içinde yaşayan bireylerden oluşan topluluk olarak tanımlanmaktadır. X kuşağının oluşturduğu dönem petrol krizleri ve diğer ekonomik çalkantılarla geçmiştir. Bu nedenle X kuşağı daha yetinmesini bilen, çalışkan, sadık, realist ve rekabet seven bir kişilik yapısına sahiptir. Kendinden önceki nesle nazaran daha özgürdürler. Bu kişiler küçüklükten beri anne babaları çalışan kısım olduğu için evde tek başlarına olan kişilerdir. Bu bireylerin girişimsel nitelikleri ve kendilerine olan güvenleri yüksektir. Başka insanlara güvenme duyguları az, sıkı iş saatleri ve takım çalışmalarını sevmeyen bireylerdir. Kendilerini hem işte hem sosyal hayatta geliştirmekle uğraşan, kültürel ve küresel çeşitliliğe değer veren, iletişim ve medya meraklı olan ve içinde girişimci ruhu olan kişilerden oluşmaktadır(10).

Y Kuşağı (1980 -2000):

Y Kuşağı ise, X Kuşağı'ndan tamamen farklı özellikler göstermektedir. Bu kuşağın en önemli özelliği internet ve

buna bağlı sosyal medya araçlarına olan bağlılıklarıdır. Bu nedenle bu kuşağa bazen "Milenyumlar-Millennials", "Facebook – Generation" veya "Gen-Net" (Generation Net) adı da verilmektedir. Bu kuşak sadakat duyguları az, girişimci, teknoloji bağımlısı, bireyci fakat sürekli olarak dünya ile bağlantı halinde olmak isteyen, çalışmaktan fazla hoşlanmayan, eğlence ve kazanmayı çok seven, yaşanan zamanın tadını çıkarmak isteyen, sürekli yenilik isteyen, kendileri açısından anlamlı iş arayan, otoriteye karşı olmamakla beraber koçluk ve mentorluk türü ilişkileri tercih eden, hızlı tüketen özelliklere sahip görünmektedir(11).

Z Kuşağı (2000 ve sonrası):

Z Kuşağı 2000 yılı ve sonraki yıllarda doğmuş bireylerin oluşturduğu kuşaktır. İnternet kuşağı, kristal kuşak, google kuşağı, .com kuşağı gibi benzetmeler de yapılmaktadır. Z kuşağının en bilinen özelliklerinden biri teknoloji içinde doğmuş olmalarıdır. Teknoloji ile doğmuş ve gelişimine şahit olmuş kuşak, teknolojik aletlerin kullanımı konusunda da son derece iyidir(12).

En büyüğü 19 yaşında olan bu nesil gözlerini teknolojiye açtıklarından hayatlarının her alanında teknolojiyle iç içe yaşamaktadırlar. Sosyal, akademik ya da ailevi tüm gerekliliklerinde de teknolojiden faydalanırlar(13).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu kısımda araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın modeli ve deseni, araştırmanın örnekleme ve katılımcıları, araştırmada kullanılan veri toplama yöntemleri, araştırmanın verilerinin toplanması, verilerin analizi, araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği ile araştırmanın sınırlılıklarına yer verilmiştir. Makale Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak oluşturulmuştur.

Araştırmanın Amacı ve Yöntemi

Bu araştırma, günümüzde hemen hemen her sektörün dijitalleşmeye geçiş yapması ile birlikte artık klasik yaka yaklaşımlarının ve kuşakların aksine ortaya çıkan ve hızla önem kazanan "Dijital Yaka" kavramına dikkat çekmektedir.

Bu araştırmanın amacı, dijital yakalı sağlık çalışanlarının iş yaşamında kendilerini nerede konumlandırmak istediklerini ve çalışma yaşamından beklentilerinin ne olduğunu anlamak üzerinedir.

Araştırmanın Deseni ve Örnekleme

Araştırma yapılırken nitel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak görülen olgu bilim- fenomenoloji deseni kullanılmıştır.

Örneklem araştırmanın amacına uygun olarak seçilmiştir. Araştırmanın örnekleme katılmayı kabul eden 5 kişiden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında etik açıdan katılımcıların kimliklerinin ortaya çıkmaması bakımından gerçek isimleri yerine numaralandırma yapılmıştır (Katılımcı 1, Katılımcı 2, ...).

Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak uygun görülen yüz yüze görüşme tekniğinden yararlanılmıştır. Görüşmeyi kabul eden katılımcılardan 4 katılımcı ile kendi ofislerinde, 1 katılımcının ise ofisinde tadilat olması sebebiyle dijital ortam iletişim programı Skype üzerinden görüşme yapılmıştır.

Görüşme esnasında verilerin doğru kaydedilmesi ve kullanılması açısından ses kayıt cihazı kullanmak uygun görülmüştür. Katılımcılardan izin istenerek görüşmeler ses kayıt cihazı ile sürdürülmüştür. Katılımcıların demografik verileri alındıktan sonra katılımcılara araştırma ile alakalı 4 adet soru yöneltilmiştir. Bu doğrultuda yönlendirilen sorular şu şekildedir:

DEMOGRAFİK VERİLER

Cinsiyet	Kadın / Erkek
Yaş Aralığı	20-25 / 26-31 / 32-39
Medeni Durum	Bekâr / Evli
Eğitim Durumu	Orta Öğretim / Lisans / Lisans Üstü -Doktora
Mevcut Pozisyon Durumu	Doktor- Hemşire / Şef-Yönetici / Müdür / Genel Müdür- Grup Müdürü (CEO) / Öğrenci
Bulunduğu Sektör	Özel / Kamu

SORULAR

Dijital iş yaşamı hakkında ne düşünüyorsunuz? Sizce nasıl olmalıdır? İş yaşamınızda sizi hangi çalışma ortamları motive eder? (Haftanın belirli günlerinde iş yeri dışında çalışma, esnek çalışma saatleri ya da sürekli olarak dijital ortamda işleri yürütmek vs.)

Sizin iş yerinizden beklentileriniz / istekleriniz nelerdir? Bu olsa çok tatmin olurum, daha verimli çalışırım dediğiniz bir durum var mıdır? Varsa bu durum nedir / nasıl olmalıdır?

Önceden dil bilmek yeterli sayılıyordu. Şimdi ise teknolojiyi bilmezsen yetersiz kabul ediliyor. Bu konu hakkında ne düşünüyorsunuz? Siz eğitim ve gelişim yöntemlerinden hangisini / hangilerini tercih ederdiniz?

(E-öğrenme, sosyal medyadan öğrenme, farklı projelere katılım, koçluk/mentorluk vs.) Bu yöntemi neden tercih ediyorsunuz? Size nasıl katkı sağlayabilir?

Bulduğunuz çağda kariyer basamakları sizce nasıl ilerlemektedir? Siz nasıl bir kariyer hedefliyorsunuz? Ve bunun için neler yapıyorsunuz? Hem kısa hem de uzun vadede beklentileriniz nelerdir? Yöneticinizin beklentileriyle sizin beklentileriniz arasında ne tür farklılıklar var? Bunun sebepleri nelerdir? Bu durumda karşılaştığınız zorluklarla nasıl başa çıkıyorsunuz?

Verilerin Toplanması

Görüşme yapılması planlanan kişilerle araştırma için görüşme yapılmadan önce randevu almak amacıyla iletişime geçilmiştir. Katılımcılardan birinin isteği üzerine görüşme soruları hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Katılımcılardan kendilerine uygun yer ve zamanı bildirmeleri talep edilmiştir. Tüm katılımcılar kendi ofislerinde görüşmenin uygun olduğunu bildirmişlerdir.

Aşağıdaki Çizelge 1’de katılımcılarla görüşülen mekân, görüşme sayısı ve görüşme süreleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır:

Çizelge 1. Katılımcılarla Görüşülen Mekân, Görüşme Sayısı ve Görüşme Süreleri ile İlgili Bilgiler

Katılımcı No	Görüşmenin Yapıldığı Yer	Görüşme Sayısı	Görüşme Süresi (dk)
1	Katılımcının kendi ofisi	Katılımcı ile "1" görüşme yapılmıştır.	13.44
2	Katılımcının kendi ofisi	Katılımcı ile "1" görüşme yapılmıştır.	15.53
3	Katılımcının kendi ofisi	Katılımcı ile "1" görüşme yapılmıştır.	9.10
4	Katılımcının kendi ofisi	Katılımcı ile "1" görüşme yapılmıştır.	7.30
5	Skype	Katılımcı ile "1" görüşme yapılmıştır.	15.05

Çizelge 1’de araştırma kapsamında katılımcılarla görüşülen mekân, görüşme sayısı ve görüşme süreleri ile ilgili bilgiler verilmiştir. Görüşmeler katılımcıların istekleri doğrultusunda kendi ofislerinde ve dijital ortam iletişim aracı Skype aracılığı ile yapılmıştır. Her katılımcı ile bir defa görüşülmüştür. Görüşme süreleri sırasıyla 1. katılımcı ile 13 dakika 44 saniye, 2. katılımcı ile 15 dakika 53 saniye, 3. katılımcı ile 9 dakika 10 saniye, 4. katılımcı ile 7 dakika 30 saniye ve 5. katılımcı ile 15 dakika 5 saniye sürmüştür.

Verilerin Analizi

Bu çalışmada içerik analizi yönteminden yararlanılmıştır. Verilerin söylem sayısı ve frekanslarını belirlenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına uygun olarak beş farklı tablo oluşturulmuş ve yorumlanmıştır.

Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Geçerlik ve güvenilirlik nicel olarak yürütülen araştırmalar kapsamında olduğu kadar, bilimsel araştırmalar olması nedeniyle nitel araştırmalar için de araştırmanın çerçevesinin oluşturulması, verilerin toplanması, analiz edilmesi ve yorumlanması ile bulguların sunulması aşamaları için büyük önem teşkil etmektedir. Genel anlamda geçerlik, araştırma neticesinde elde edilen sonuçların doğruluğuyla ilgilenirken; güvenilirlik, araştırma sonuçlarının genellenebilirliği ve tekrar edilebilirliği ile ilgilenmektedir. Ancak nitel araştırmaların geçerliği ve güvenirligi nicel araştırmalardaki gibi "geçerlik ve güvenilirlik" kavramları çerçevesinde değil, nitel araştırmanın kendine has yapısına uygun olduğu düşünülen alternatif kavramlarla açıklanmaktadır(14).

Bu araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi inandırıcılık, aktarılabilirlik (transfer edilebilirlik), tutarlılık ve teyit edilebilirlik kavramları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda inandırıcılık boyutunda, araştırmanın verilerinin kaynaklarıyla uzun süren etkileşim içerisinde bulunulmuştur. Bunun yanında, katılımcıların farklı algı seviyeleri, tecrübeleri ve bakış açıları ortak bir yere bağlanmaya çalışılmadan olabildiğince zenginlik ile çeşitleme yapılmıştır. Elde edilen veriler birbirleri ile karşılaştırılmış, yorumlanmış ve kavramsallaştırılarak çalışma derinlik odaklı olarak gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Transfer edilebilirlik kapsamında ise elde edilen veriler kodlama ve temalara göre düzenlenerek verinin doğal olması için olduğunca sadık kalınarak okuyucuya sunulmuş olup, ayrıntılı betimleme yapılmıştır. Ayrıca yazında nitel araştırmalarda aktarılabilirliği artırma açısından amaçlı örnekleme yöntemlerinin kullanılması önerilmekle birlikte, bu çalışmada örnekleme seçimi bu doğrultuda yapılmıştır. Araştırmanın tutarlılığının incelenmesinde ise, görüşme soruları hazırlanırken danışman ve uzman kişilerin görüşleri alınmış, görüşme esnasında benzer süreçlerde katılımcılara benzer yaklaşımlarla sorular yöneltilmiş ve veriler sonuçlarla ilişkilendirilmiştir(14).

BULGULAR

Bu kısımda, araştırma kapsamında katılımcılarla yapılan görüşmeler doğrultusunda elde edilen verilerin analizi yapıldıktan sonra tablolar oluşturulmuştur. Bunlara ilişkin veriler şu şekildedir:

Tablo 1. Katılımcıların Kişisel Bilgilerine İlişkin Bulgular

Kişisel Bilgiler		n	%
Cinsiyet	Erkek	5	%100
	Kadın	0	%0,0
Yaş Aralığı (Kuşak)	1980-2000 (Y Kuşağı)	5	%100
	1965-1980 (X Kuşağı)	0	%0,0
Medeni Durum	Bekâr	5	%100
	Evli	0	%0,0
Eğitim Durumu	Lisans	4	%80
	Lisansüstü	1	%20
Mevcut Pozisyon Durumu	Öğrenci	3	%60
	Doktor	1	%20
	Uzman	1	%20
Bulunduğu Sektör	Özel	3	%60
	Kamu	2	%40

Tablo 1’de görüldüğü üzere 5 katılımcının 5’i de erkektir. Araştırmanın örnekleminde kadın katılımcı bulunmamaktadır. Bu yüzden cinsiyete dair bulgular %100 olarak erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Yaş aralığı olarak, katılımcıların 5’i de 1980-2000 tarihi arasında doğan Y kuşağı mensubudur. 1965-1980 arası doğan X kuşağı mensubu katılımcı araştırmanın örnekleminde bulunmamaktadır. Bu yüzden yaş aralığına ait bulgular %100 olarak 1980-2000 arası doğumlular olan Y kuşağındaki kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların 5’i de bekârdır. Araştırmanın örnekleminde evli katılımcı bulunmamaktadır. Bu yüzden medeni duruma ait bulgular %100 olarak bekâr kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına bakıldığında, 4 katılımcı lisans, 1 katılımcı ise lisansüstü eğitimi almış olarak belirlenmiştir. Bu yüzden eğitim durumuna ait bulgular %80 oranında lisans, %20 oranında ise lisansüstü eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların mevcut pozisyon durumları ele alındığında, 3 katılımcının öğrenci, 1 katılımcının doktor, 1 katılımcının ise uzman (bilgisayar mühendisi) olduğu görülmektedir. Bu yüzden mevcut pozisyon durumuna ait bulgular %60 oranında öğrenci, %20 oranında doktor, %20 oranında ise uzman olan kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan örneklemde 3 kişi özel sektörde bulduklarını, 2 kişi ise kamu sektöründe bulduklarını belirtmişlerdir. Bu yüzden katılımcıların bulunduğu sektör bulgularına bakıldığında %60 oranında özel, %40 oranında ise kamu sektöründe bulunan kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 2’de görüldüğü üzere katılımcıların dijital iş yaşamı denilince ilk aklına gelen düşünceler arasında birinci sırada üç boyutlu teknolojiler/ekipman yer almaktadır. Sırasıyla esnek çalışma saatleri, homeofis çalışma, kolaylık sağlama ve güvensiz olması takip etmektedir. Katılımcıların %30’u dijital iş yaşamında üç boyutlu teknolojileri ve ekipmanın olmasını, %30’u

esnek çalışma saatlerine sahip olmayı, %20’si homeofis çalışmayı, %10’u kolaylık sağladığını düşünürken, %10’u ise dijital iş yaşamını güvensiz bulmaktadır. Dijital iş yaşamında güvensizliğin evrakların çalınabilirliğinden doğacağını düşünmektedirler.

Tablo 2. Katılımcıların Dijital İş Yaşamı Hakkındaki Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	n	%
Üç boyutlu teknolojiler / ekipman	3	%30
Esnek çalışma saatleri	3	%30
Homeofis çalışma	2	%20
Kolaylık sağlama	1	%10
Güvensiz olması	1	%10

Tablo 3’de görüldüğü üzere katılımcıların iş yerinden motivasyon beklentileri sıralandığında kullanılan araçların gelişmişliği %37,5 oranıyla birinci sırada yer almaktadır. İkinci sırada %25 oranla katılımcıların çalışma saatlerini belirlemek istedikleri görülmektedir. Üçüncü sırada %12,5 oranla multidisipliner çalışma ortamı, %12,5 oranla teknolojinin gelişmesiyle yapılan işin süresinin kısalması ve yine %12,5 oranla yan hakların olması katılımcıların iş yerinden motivasyon beklentileri arasında yer almaktadır. Aynı zamanda bazı katılımcılar ileride çalışma saatlerinin ortadan kalkacağını ve bununla motivasyonu etkileyici bir faktör olarak ortaya çıkacağını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Katılımcıların İş Yerinden Motivasyon Beklentileri

Değişkenler	n	%
Kullanılan araçların gelişmişliği	3	%37,5
Çalışma saatlerini belirlemek	2	%25
Multidisipliner çalışma ortamı	1	%12,5
Teknolojinin gelişmesiyle yapılan işin süresinin kısalması	1	%12,5
Yan hakların olması	1	%12,5

Tablo 4’de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim ve gelişim yöntemi tercihleri sıralanmıştır. Eğitim ve gelişim yöntemleri olarak; e-öğrenme, farklı projelere katılım, koçluk/mentorluk ve sosyal medyadan öğrenme sunulmuştur. Katılımcıların %33,3 ‘ü e-öğrenmeyi, %33,3’ü farklı projelere katılımı, %33,3’ü de koçluk/mentorluk yöntemini tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Fakat katılımcıların hiçbiri sosyal medyadan öğrenme yöntemini tercih etmeyeceklerini belirtmiş, sosyal medyadan öğrenmeyi riskli bulmuşlardır. Ayrıca sosyal medyadan öğrenmenin güvenilir bilgi kaynağı olmadığını ve bu bilgilerin toplanıp düzenli bir şekilde gerçekten öğrenme sürecine geçişinin zor olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4. Katılımcıların Eğitim ve Gelişim Yöntemi Tercihleri

Değişkenler	n	%
E-öğrenme	3	33,3
Farklı projelere katılım	3	33,3
Koçluk / Mentorluk	3	33,3

Tablo 5'de görüldüğü üzere katılımcıların iş hayatında karşılaştıkları zorluklara karşı tutumları sıralanmıştır. Katılımcıların %28,6'sı yöneticisini veya çalışma arkadaşını teknolojiye adapte etmeye çalışacağını, %28,6'sı yöneticisi veya çalışma arkadaşıyla uzlaşmaya çalışacağını, %28,6'sı yöneticisi veya çalışma arkadaşıyla empati kurmaya çalışacağını, %14,2'si ise yöneticisi veya çalışma arkadaşıyla arasında çıkabilecek sorunları öngörmeye çalışacağını ifade etmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların İş Hayatında Karşılaştıkları Zorluklara Karşı Tutumları

Değişkenler	n	%
Teknolojiye adapte etmeye çalışırım	2	28,6
Uzlaşmaya çalışırım	2	28,6
Empati kurmaya çalışırım	2	28,6
Çıkabilecek sorunları öngörmeye çalışırım	1	14,2

TARTIŞMA

Teknolojideki son dönem gelişmeleriyle birlikte üretim ve hizmetleri sektörleri dâhil olmak üzere tüm sektörler dijitalleşmenin eşiği altında bir değişim yaşamaktadır. Hizmetin üretiminin yaşandığı ve emek yoğun işletmelerde de her kademedeki çalışanın iş yaşamı koşulları ile ilgili fikirleri her geçen gün değişime ayak uydurmak istemektedir. Dijitalleşme ile birlikte işleri teknoloji üzerinden yürütmek ve dış ortamdan çalışmak daha cazip bir hale gelmiştir. Home-ofis iş yaşamı yeniçağda son derece gündem olacak bir konu haline gelmeye başlamıştır. E-öğrenme veya uzaktan öğrenme metodları da benimsenmeye başlamış ve tam anlamıyla teknolojik çağ adımı atılmıştır.

SONUÇ

Bu bölümde katılımcıların cevaplarından elde edilen bulgular genel anlamda değerlendirilmiştir. Çıkarılan sonuçlar özet olarak derlenmiştir. Ayrıca katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen verilere ilişkin öneriler getirilmiş olup görüşme esnasında karşılaşılan çeşitli durumlarla ilgili bundan sonraki çalışmalara öncü olabilmesi açısından çeşitli değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Araştırmanın katılımcılarının sorulara verdiği yanıtlar ve ilgili literatür dikkate alındığında belirli sonuçlara

ulaşmıştır. Çıkarılan sonuçlar maddeler şeklinde yazılmış olup, aşağıda sıralanmıştır.

Dijital ortam ve dijital yakalılar kavramları günümüzde önem kazanmaya başlamış olup, ileride daha da önem kazanmaya devam edecektir. Yapay zekâ uygulamaları, IoT (Nesnelerin İnterneti) ile birlikte iş hayatımızın yanı sıra gündelik yaşantımızda da sıkça bu kavramlara rastlamak mümkün olacaktır.

Dijital yakalılar ya da mobil yakalılar olarak iş yaşamına giren çalışanlarla birlikte çalışma saatlerinin ortadan kalkacağı ve esnek çalışma saati kavramının boyut atlayacağı bu çalışma ile öngörülmüş bir diğer sonuçtur.

Dijital yakalılar iş yaşamıyla ilgili gereklerini örneğin; toplantı yapmak, acil olan bir belgenin ulaştırılması gibi ihtiyaçlarında dijital ortam araçlarından yararlanmak istemektedirler.

Dijital yakalılar kendilerini teknolojinin geliştirici ve aynı zamanda da kullanıcı tarafında konumlandırmaktadır.

İş yaşamında verilerin kullanılması, saklanması ve iletimi konusunda katılımcıların 4'ü dijital ortamı gerekli bulup kullanma taraftarı olurken, katılımcıların 1'i ise dijital ortamı güvensiz bulmaktadır.

Dijital yakalıların teknolojinin gelişmesiyle iş yaşamında beklentileri arasında teknolojinin gelişmesiyle işin yapılma süresinin kısalmasını beklemektedirler. Bu durumun onları motive edeceği de öngörülen bir husustur.

Dijital yaşam ile birlikte insanların iş yaşamında birbirleri ile daha kolay iletişim sağlayabileceğini savunan dijital yakalılar network yapılarının daha da genişleyeceği ve bunun da iş yaşamında daha faydalı olabileceğini savunmaktadırlar.

İş yaşamında karşılaştıkları sorunlara karşılık ise, karşı tarafı anlamaya yönelik davranacakları, daha empatik olacakları ve geçmişten gelen iş yaşamı koşullarına nazaran daha anlamaya yönelik davranışlar benimseyecekleri de öngörülmüş bir diğer sonuçtur.

Multidisipliner çalışma ortamının dijital yakalılar için daha verimli olacağı söylenilebilir. Çünkü dijital yakalılar farklı perspektiflerden bakabiliyor olmanın verdiği avantajları kullanmanın iş yaşamında kendilerine fayda sağlayabileceği hususuna katılmaktadırlar.

E-öğrenme, esnek çalışma saatleri, home-ofis çalışma, iş yeri dışında çalışma gibi yeni nesil çalışma tarzlarına pozitif bakan dijital yakalılar, sosyal medyadan öğrenme konusuna bilgilerin çarpılabilirliği ve her an doğru bilgiye ulaşamama riski olduğunda dolaylı negatif bakmaktadırlar.

Dijital yakalılar teknoloji açısından bir genel kültürün

mutlaka olması gerektiğini ve bunun sürekli eğitim ve gelişim ile desteklemesi gerekliliğini savunmaktadırlar. İleride iş yaşamında teknolojik yeterlilik şartı olabileceğini de öngörmektedirler.

Dijital iş yaşamının olabilecek en konforlu şekilde sunulmasının motivasyon açısından önem taşıdığı bir diğer çıkarılan sonuçtur. Dijital yakalılar iş yaşamında çalıştıkları bilgisayarların, ortam sıcaklığına göre kendini ayarlayan klimalar, gün ışığına göre kendini ayarlayan perdeler gibi dijital öğelerin güncel ekipmanlardan oluşmasının kendilerini daha motive çalışabilecek konuma getireceğini de öngörmektedirler.

Bu çalışma ilerideki dijital yaka ve mobil çalışma ile ilgili yapılacak olan çalışmalara örnek niteliği oluşturmaktadır.

İleride yapılacak olan çalışmalara sunulabilecek öneriler arasında;

Nitel araştırma ile yürütülen bu çalışmanın yanında nicel araştırma yöntemlerinden de faydalanılabilir.

Dijital yaka ve mobil çalışma gündeme yeni giren ve henüz gelişmekte olan kavramlar olduğundan bu konu ile ilgili ölçek geliştirme çalışmaları da gelecekteki araştırmalar için faydalı olacaktır.

Bu araştırma diğer sektörlere de uygulanarak da aktif hale getirilebilir.

KAYNAKÇA

1. Benligiray, S.(2013). Human Resources Management. Ankara, Anadolu Üniversitesi Yayını.
2. Kaya, A.(2018). Yaka Renkleri ve Anlamları. Alıntı Tarihi: 29 04 2019, www.tech-worm.com.
3. Sağlam, M. Ş. (2016). Beyaz Yakalıların Sınıfsal Pozisyonuna Dair Teorik Tartışmalar. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayını.
4. Zegerek, E. (2017). Mavi Yaka, Beyaz Yaka ve Sarı Yaka Nedir?. Alıntı Tarihi: 29 04 2019, www.pazarlamaturkiye.com.
5. Adıgüzel, O. Batur, Z. Ekşili, N. (2014). A New Style of Work with the Changing Face of Generations and Generation Y: Mobile Collar. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19:165-182.
6. Anonim. (2018). Yeni Yaka'lılara Yer Açın. Alıntı Tarihi: 11 05 2019, www.geturkiyeblog.com.
7. Akgemci, T. Kalfaoğlu, S. (2018). A Research To Determine The Career Adaptation Skills Of X And Y Belts: Example Of High School Teachers. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 8: 231-247.
8. Altuntuğ, N. (2012). Consumption From Generation To Generation And Consumer Profile Of The Future. Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 4: 203-212.
9. Keçeci, E. (2019). Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği Kuşak Kavramı. Alıntı Tarihi: 27 04 2019, http://file.atuder.org.tr.
10. Kanbur, E. Şen, S. (2017). Comparison Of Generation X And Y Employees In Terms Of Career Adaptation Abilities And Career Satisfaction. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 12: 115-134.
11. Koçel, T. (2014) . Business Management. İstanbul, Beta Yayınları.

12. Dölekoğlu, C. Çelik, O. (2018). Generation Y Food Consumers' Behavior. KSÜ Tarım ve Doğa Dergisi, 21: 55-66.
13. Doğan, Deniz. (2018). Y Kuşağı İş Hayatından Ne Bekliyor?. Alıntı Tarihi: 06 05 2019, www.unifestal.com/education.
14. Merriam, S.B. (2013). A Guide to Qualitative Research Design and Practice. Ankara, Nobel Yayıncılık.

Geçmişten günümüze ebelik eğitimi

Midwifery education from past to present

Nuran Mumcu¹, Betül Uzun Özer²

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fak., Ebelik Bölümü, Samsun
²Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fak., Ebelik Bölümü, Amasya

Anahtar Kelimeler:

Ebelik, Ebelik eğitimi, Mesleki süreç

Key Words:

Midwifery, Midwifery education, Professional process

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

betul.uzun@amasya.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:

20 Aralık 2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:

30 Temmuz 2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

28 Eylül 2020

ÖZET

Giriş ve amaç: Gebelik, doğum, doğum sonu dönem ve yenidoğan bakımı ile birlikte kadına tüm yaşamı boyunca bakım vermeyi kapsayan ebelik, tarihin en eski mesleklerinden biridir. Her dönem olduğu gibi günümüzde de ebelerden, anne ve çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinin yanı sıra bu alanda hizmet verecek ebelerin yetiştirilmesinde aktif rol almaları beklenmektedir. Günümüzde iyi bir sağlık sistemi ve nitelikli ebe eğitim programları ile ebelik uygulamalarının yeterliliği sağlanabilir. Bir mesleğin, kendi alanında değişim yapması ve toplumsal gelişime katkıda bulunması lisans ve lisansüstü eğitim programlarının varlığı ile mümkündür. Ülkemizde ebelik mesleği 1800'ü yıllarda formal eğitime başlamış ve 1982 yılında lise düzeyinde eğitime başlamıştır. Ön lisans ebelik eğitimi 1992 yılında başlamış, sağlık yüksekokulları ise 1997-1998 eğitim öğretim yılında kurularak, bu okullar bünyesinde ebelik lisans eğitimine başlanmıştır. Günümüzde 37 devlet üniversitesi ve 12 vakıf üniversitesinde lisans düzeyinde ebelik eğitimini mevcuttur. Ülkemizde lisansüstü eğitim programları üniversite rektörlüklerine bağlı kurulan enstitüler tarafından yürütülmektedir. Günümüzde 16 devlet ve 3 vakıf üniversitesi olmak üzere 18 üniversitede Ebelik Anabilim Dalı bünyesinde yüksek lisans programı mevcuttur. Aynı zamanda 8 devlet üniversitesinde de Ebelik Anabilim Dalı bünyesinde doktora programı mevcuttur. **Gereç ve Yöntem:** Bu kapsamda literatüre dayalı olarak hazırlanan bu çalışmada ebelik mesleki eğitiminin tarihi gelişimi incelenmiştir. **Sonuç:** Çalışma sonucunda günümüzde lisans, yüksek lisans ve doktora düzeylerinde verilmekte olan ebelik eğitiminin geçmişte ilerleme ve gerileme dönemleri yaşadığı söylenebilir.

ABSTRACT

Introduction and purpose: Midwifery is one of the oldest professions in history, including pregnancy, childbirth, postpartum period and neonatal care, as well as caring for a woman throughout her life. As it is the case, midwives are expected to play an active role in the protection and promotion of mother and child health as well as in the training of midwives to serve in this field. Nowadays, a good health system and qualified midwife training programs can provide the adequacy of midwifery practices. It is possible for a profession to make changes in its own field and contribute to social development through the presence of undergraduate and graduate education programs. The midwifery profession in our country started formal education in 1800s and in 1982 started high school education. Associate degree midwifery education started in 1992, and health colleges were established in 1997-1998 academic year and undergraduate education started within these schools. Nowadays, 37 state universities and 12 foundation universities offer undergraduate midwifery education. In our country, graduate education programs are carried out by institutes established under the rectorate of the university. Nowadays, there are 16 state and 3 foundation universities and 18 master's programs in the midwifery department. At the same time, there are doctoral programs in 8 state universities within the Department of Midwifery. **Materials and Methods:** In this study, the historical development of midwifery vocational education was examined in this study which was prepared based on literature. **Conclusion:** As a result of this study, it can be said that midwifery education which is given at undergraduate, graduate and doctorate levels has experienced progress and decline in the past.

GİRİŞ

Ebelik, kadınlara gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde nitelikli bakım verme sanatıdır (1-3). Amacı özelde kadın ve çocuğun, genelde tüm toplumun sağlığını korumak ve yükseltmek olan ebelik mesleğinin statü kaybına uğramasının nedenleri arasında, farklı düzeylerde olan ebelik eğitimi ve yasalarla iyi belirlenemeyen görev/

sorumluluklar yer almaktadır (1, 2, 4, 5). Çalışmamız, tarihsel süreçte pek çok değişim geçirmiş ebelik mesleki eğitiminin tarihi gelişimini incelenmek amacıyla yapılmıştır.

EBELİK TANIMLARI

Literatür incelendiğinde ebelik tanımının farklı şekillerde yapıldığı görülmektedir (1-3, 6, 7). Yıldız

(7) çalışmasında ebeyi, kadını destekleyen akıllı ve tecrübeli kadın şeklinde tanımlamıştır. Koçak ve ark. (3) yaptıkları çalışmada gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının takibini yapan ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok önemli yeri olan kişiyi ebe olarak tanımlamıştır. Karayaman ve Akçiçek (6) ise ebeyi, doğumda gerekli tedbirleri alarak kadının yanında olan kadın şeklinde tanımlamıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Personeli İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte (8) belirlenen tanıma göre ebe; cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini veren, doğuma hazırlık eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesini sağlayan, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde başrol oynayan, doğum öncesi, doğum, doğum sonrası dönemlerde çiftlere uygun hizmeti sunan, acil obstetrik durumlarda belirlenen protokoller doğrultusunda uygun olan ilacı uygulayan, 0-6 yaş grubu çocuk izlemine ve aşılarını yapan, hijyen kuralları, ilk yardım, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve aile planlaması ile ilgili konularda topluma sağlık eğitimi veren, doğum-ölüm ile ilgili istatistik verileri toplayan, davranışları ile topluma örnek olan ve sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan kişidir.

Ebeler Derneği, ebelik mesleğine ilişkin mevcut eğitim programına girmeye hak kazanan, bu programı başarı ile bitiren ve yasal olarak ebelik mesleğini icra etmesine izin verilen kişiyi ebe olarak tanımlamıştır (9). Türk Ebeler Derneği ise Ebelik Kanun Tasarısında ebeyi; gebelik, doğum ve postpartum dönemlerinde kadının ve yeni doğanın bakımını yapan, normal doğumu ve bazı koşullarda makat doğumu yaptıran, epizyotomi gibi girişimlerde bulunan, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini yürüten, toplum sağlığının yükseltilmesi amacıyla gerekli girişimleri planlayan ve uygulayan kişi olarak tanımlamıştır.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'nun (International Confederation of Midwives [ICM]) (10) tanımına göre ebe, ilgili ülkedeki ebelik eğitimine kabul edilen, bu eğitimi başarıyla tamamlayan ve mesleği uygulamasına yasal olarak izin verilen kişidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organization [WHO]) (11) gebelikte, doğumda ve doğumdan sonra gerekli hizmeti sunan, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptıran ve yenidoğanın bakımını yapmak üzere eğitilen kişiyi "ebe" olarak tanımlanmaktadır.

TÜRKİYE'DE EBELİK MESLEKİ EĞİTİMİNİN TARİHİ GELİŞİMİ

Bilgi ve ahlaki değerler üzerine temellendirilen ebelik, anadan kıza geçen bir meslek olarak başlamış ve zaman içerisinde gelişerek profesyonel bir kimlik kazanmıştır

(2, 4, 6, 9, 12-16). Türk tarihi kaynaklarında; doğum her kadının yaşaması gereken güzel bir deneyim olarak görülmüş ve doğuma yardım eden ebe aileden/ akrabadan sayılmıştır (2, 6).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde yaşayan ve Amasya Darüşşifasında çalışan Hekim Şerafettin Sabuncuoğlu Türkiye'de ebelik mesleğinin gelişimini başlatmıştır. Osmanlı döneminde ebellekle ilgili ilk yazılı kaynak, Hekim Şerafeddin Sabuncuoğlu tarafından 1465 yılında yazılan doğum sahneleri ve kullanılan aletlere yer verilen 'Cerrahiyetül Haniye' adlı kitaptır (2).



Resim 1: Rustam's birth from Shahnamah Firdaws (Book of Kings of Firdaws), Türk İslam Eserleri Müzesi Kütüphanesi, 1984, fol. 48a. © Nil Sari and Ulker Erke.

Deneyimli görülen ebeler 19.yy'da yanlarında 'küçük ebeler' yetiştirmeye başlamışlardır. Uzun bir süre devam eden bu uygulamadan sonra 1839 yılında Tıbbiye-i Aliye-i Şahane açılmış ve ilk ebelik eğitimi burada başlamıştır (2, 4, 12, 13, 17).

Hekimbaşı Abdülhak Molla'nın teklifi ile ebe yetiştirmek amacıyla 1842 yılında 'Meclis-i Umur-u Tıbbiye' adı altında, Galatasaray'daki 'Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane' içinde haftanın iki gününde bir saat süre ile eğitim veren iki yıllık bir kurul oluşturulmuştur. Ülkemizde ilk defa yer verilen ebelik eğitim programının gerçekleştirilebilmesi için 1843 yılında Paris'ten iki yabancı ebe getirilmiş ve ilk ebelik dersleri verilmeye başlanmıştır. Bu eğitim programını başarılı bir şekilde bitiren ebelik öğrencileri 1845 yılında padişah Abdülmecit huzurunda diplomalarını almıştır. Böylece usta çırak yöntemi ile ebe yetiştirme uygulaması sona ermiş ve resmi ebelik eğitimi başlamıştır. Bunun yanı sıra usta çırak yöntemi ile yetişen ebelerin, ebelik yapmaya devam ettikleri tespit edilmiş ve önlem olarak 16 Şubat 1887'de ebelik yapabilmek için Darülfünun-ı Tıbbiye-i Şahane'nin diplomasına sahip olma zorunluluğu getirilmiştir (2, 4, 13, 17).

Mekteb-i Tıbbiye'de doğum yaptıran kadınları eğitime tabi tutmak amacıyla 1846-1848 yılında iki yıl süreli kurs açılmıştır. Ebelik mesleğinin her zaman özel olduğunu

dile getiren ve mesleğe önemli katkıları bulunan Dr. Besim Ömer Akalın, 1880 yılında kursa kabul koşullarını Türkçe bilmek ve 30 yaşını geçmemiş olmak şeklinde belirlemiştir (4, 13, 17).

Askeri Tıbbiye (Haydarpaşa) ile Mülki Tıbbiye (Kadırga) 1909 yılında birleştirilerek İstanbul Darülfünun Tıp Fakültesi adında bir fakülte kurulmuştur. Bu sayede Kadırga'daki boşalan binalara Dr. Besim Ömer Akalın'ın müdürlüğünü yaptığı "Doğum Kliniği ve Ebe Mektebi" yerleştirilmiştir. Haydarpaşa'da ise 1928 yılında bir "Doğum Kliniği" oluşturulmuştur. Ancak okuldan mezun olan kişiler "belediye ebesi" olarak çalışmak istememişler ve İstanbul'da çalışmaya başlamışlardır. Bu sebeple diğer illerin ebe gereksinimi karşılanamamıştır. İç İşleri Bakanlığı'na bağlı Sıhhiye Umum Müdürlüğü (Sağlık Genel Müdürlüğü) 1920 yılında ebe gereksinimini karşılamak amacıyla çeşitli illerden ilkokul mezunu kızları bu okula getirmiş ve Kadırga'da Hilal-i Ahmer (Kızılay) Barakalarında öğrencilere iki yıl yatılı eğitim verilmiştir (2, 4, 12, 13, 17). Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşu her alanda olduğu gibi ebelik alanında da önemli gelişmeler için başlangıç olmuştur (17). Cumhuriyet'in ilanından sonra 1924 yılında Kadırga'daki bu okul İstanbul Tıp Fakültesi'ne bağlanmıştır. Öğrenciler burada eğitimlerini tamamladıktan sonra iki yıl mecburi hizmet yapmışlardır. Ebe ihtiyacını karşılamak için yapılan çalışmalara rağmen ebe açığı kapatılamamış ve alternatif çözüm yolları aranmaya başlanmıştır. İstanbul Şişli Çocuk Hastanesi'nde 1924 yılında ebe yetiştirmek için iki yıl süre ile eğitim veren 50 kişilik kapasiteye sahip öğrenci yurdu açılmış ve iki yıl yatılı eğitim sonunda mezun olan ebeler zorunlu hizmet ile değişik illerin belediyelerine ebe olarak atanmışlardır. Dönemin ebe ihtiyacını karşılamak için, Millî Eğitim Bakanlığı Köy Enstitüleri'nde ebelik dalı oluşturulmuş ancak bu enstitüler daha sonra kapatılmıştır. Aynı amaçla kadın doğum uzmanı bulunan bir hastanede üç ay süreyle pratik eğitim görerek ebelik vesikası alan ve bu vesikasını Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (S.S.Y.B.)'na tasdik ettiren 'ruhsatlı ebelerin' resmi hekimlerin gözetiminde çalışabileceği kabul edilmiştir (2, 4, 12, 13, 17).

Diplomasız ebelerin doğuma yardım etmeleri 14 Nisan 1928 tarihinde yürürlüğe giren 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'una göre yasaklanmış ve suç sayılmıştır. Bu yasa ile diplomasız ebelerin çalışmalarının yasaklanmış olması ebe gereksinimi iyice artmıştır. Artan bu ebelik hizmetleri gereksinimini karşılamak amacıyla S.S.Y.B. tarafından 1937'de Balıkesir, 1938'de Konya, 1952'de İzmir, 1953'de Erzurum, 1954'de Malatya, 1955'de Antalya, Aydın, Eskişehir ve Manisa, 1958'de Gaziantep ve Isparta, 1959'da Ankara ve Kayseri de köy ebe okulları açılmış ve

bu okullarda dokuz ay süreli programlar uygulanmıştır. Köy ebelerinin çalışmalarını düzenleyen kanun 1943 yılında çıkarılmış ve altı ay taşrada çalışan ebelerin merkezlere gelerek çalışabileceği belirtilmiştir (2, 4, 17).

Köy ebe okulları 1961-1962 yıllarında doğumevlerinden ayrılmış ve yeni bir düzenleme ile 'sağlık okulları' adı altında eğitim öğretime devam etmişlerdir. Böylece, ilkokula dayalı, üç yıllık düzenli bir programla, teorik bölümü okulda, uygulama bölümü doğumevlerinde yer alan eğitim sistemine geçilmiştir. Ücretsiz eğitim imkanı sunan sağlık okulları; 1962'de Hatay, Bingöl, Kahramanmaraş, Sivas, Giresun, Muş, Niğde ve Yozgat, 1963'de Siirt, Elazığ ve Urfa, 1965'de Çorum, 1966'da Kars, 1967'de Sakarya ve Mardin, 1969'da Bitlis ve Kütahya, 1970'de Ağrı ve 1972'de Adıyaman illerinde açılmaya devam etmiş ve ana-çocuk kapsamlı köy ebeliği hizmetlerini yürütecek eleman yetiştirilmesi amacı ile iki ayrı program oluşturulmuştur (2, 4, 12, 13, 17).

Ortaokula dayalı ilk ebe okulu 1952 yılında S.S.Y.B. tarafından Ankara Doğumevinde açılmıştır. Ancak, 1956'da kapatılarak 1959'da yeniden eğitim öğretime açılmıştır (2, 4, 13).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961 yılında kabul edilmiş ve 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergede ilk defa ebenin görev ve sorumlulukları belirlenmiştir (2, 13).

Ebe yetiştirmek amacıyla; 1961'de İstanbul Zeynep Kâmil, 1964'de Gaziantep ve 1966'da Isparta'da 'sağlık kolejleri' açılmıştır. Ortaokul mezunu ve 15-25 yaşları arasında olan kız öğrencilerin alındığı okul 1969-1970 eğitim öğretim yılında dört yıl süre ile eğitim vermeye başlamıştır (2, 4).

S.S.Y.B.'nin aldığı bir karar ile 1975 yılında ebe ve hemşire okulları birleştirilerek ebe-hemşire yetiştirilmek amaçlanmışsa da iki yıl sonra bu uygulamadan vazgeçilmiştir (13).

Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 1978 yılında sağlık okulu uygulamasına son vermiştir. Bu yıldan sonra Sağlık Okulları, Sağlık Meslek Lisesi Ebeler Bölümü olarak devam etmiştir. "Sağlık Meslek Liseleri Yönetmeliği" 1978-1979 eğitim öğretim yılı sonunda çıkarılarak Sağlık Kolejleri, Sağlık Meslek Liselerine dönüştürülmüştür. Sağlık Meslek Liselerine 1989-1990 eğitim öğretim yılında gündüz öğrenim görecektek ortaokul mezunu olan ya da ortaokulun son sınıfında bulunan öğrenciler alınmaya başlanmış ve mesleki dersler uygulama ağırlıklı verilmiştir (12, 13, 17).

Sağlık Meslek Liselerine ek olarak 1985-1986 eğitim öğretim yılında, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları bünyesinde ebelik programları açılmıştır. Ön lisans ebelik programından mezun olan öğrencilere ön

lisans diploması verilmiştir. Lise Mezunlarına Meslek Edindirme (LİMME) Projesi kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından 1986-1987 eğitim öğretim yılında 18 ay süre ile eğitim veren ebelik tamamlama programları açılmış ancak 1989-1990 eğitim öğretim yılında kapatılmıştır (2, 4, 12, 13, 17).

Ön lisans ebelik eğitimi 1992 yılında başlamıştır. Bu programdan mezun olan öğrencilere de ön lisans diploması ve ‘Tekniker Ebe’ unvanı verilmiştir (2, 4, 13).

Ebelik eğitimi ile ilgili en önemli karar; ‘Yüksek Sağlık Şurası’nın 1995 yılında Ebelik eğitiminin lisans düzeyinde Sağlık Yüksekokullarında yürütülmesi kararı’ olmuştur. Alınan bu karar doğrultusunda, Bakanlar Kurulu’nun 10 Ekim 1996 tarih ve 96/8655 sayılı kararı ile 79 üniversitede sağlık yüksekokulları açılarak ebelik eğitiminin lisans düzeyinde verileceği kararlaştırılmıştır. Bu karar 02 Kasım 1996 tarih ve 22805 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanıp yürürlüğe girmiştir. Sağlık yüksekokulları 1997-1998 eğitim öğretim yılında kurulmuş ve bu okullar bünyesinde ebelik lisans eğitimine başlanmıştır. Uzaktan eğitim ile ebelik lisans tamamlama programı ise 2009-2010 eğitim öğretim yılında açılmıştır (2, 4, 13, 16). Günümüzde 37 devlet üniversitesi ve 12 vakıf üniversitesi lisans düzeyinde ebelik eğitimi aktif bir şekilde yürütmektedir (18). Resmi Gazete’de yayınlanan 31 Aralık 2009 tarih ve 27449 sayılı ‘Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’ ile Türkiye’de ebelik eğitimi Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından hükme bağlanmıştır. Günümüzde ebelik eğitimi dört yıllık lisans düzeyinde verilmektedir. AB direktifleri doğrultusunda lisans eğitimini başarı ile tamamlayan adayın; doğum öncesi, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan konularında ve meslek etiği-mevzuatı hakkında bilgi sahibi olması beklenmektedir (2, 4, 12, 13, 17, 19). Lisans eğitiminin yanı sıra günümüzde sağlık meslek liselerinde ebe yardımcılığı bölümü de aktif olarak yürütülmektedir.

Günümüzde ebelik eğitimi verilmekte olan üniversitelere her sene 30-100 arasında öğrenci kabul edilmektedir (20). YÖK, lisans düzeyinde verilen eğitim ile ebeye kazandırılması gereken mesleki bilgi ve becerilerin standartlarını şöyle belirlemiştir;

En az 100 gebeye doğum öncesi muayene ve danışmanlık yapması,

En az 40 gebe kadının gebelik takibini yapması,

En az 40 doğum yaptırması (Doğum sayısının yetersiz olduğu durumlarda eğer öğrenci 20 tane doğuma yardım etmiş ise bu sayı 30’a indirilebilir.),

Makat doğuma aktif olarak katılması veya simülasyonda çalışması,

Epizyotomi uygulaması veya simülasyonda çalışması,

En az 40 gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan kadını izlemesi,

En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması,

Prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlığı gibi özel bakım gerektiren yeni doğanın bakımını yapması,

Jinekolojik hastalığı olan kadınların bakımını yapması,

Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması (21).

T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de çalışan ebe sayısı 2002 yılında 41,479 iken, 2016 yılında 52,456’ya, 2018 yılında ise 56,351’e yükselmiştir. Ebelerin 52,495’i Sağlık Bakanlığında, 3,067’si özel sektörde, 789’u ise üniversite hastanelerinde çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı çalışan ebelerin 27,028’inin hastanede, 13,299’unun aile hekimliğinde ve 12,168’inin diğer kurumlarda çalıştığı belirtilmektedir. Bu verilere göre 2018 yılında 100,000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısının %10,7 artarak 301’e ulaştığı görülmektedir (20). Dolayısıyla insanlık tarihi kadar eski ve 1998 yılında lisans eğitim programlarının açılmasıyla meslek olma yönünde ilk ve en büyük adımını atmış olan ebelik mesleğinin bugün hala hak ettiği değeri göremediği söylenebilir. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında ebe sayısının birbirine yakın olduğu görülmüştür.

Ülkemizde bin kişiye düşen ebe sayısı 0,68 iken, bu değer Polonya, Norveç ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde 0,59-0,64 arasında değişmektedir (22). Yirmi birinci yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedeflerinden “Yaşama Sağlıklı Başlanması Hedefinin” gerçekleştirilmesinde ebelik mesleğinin güçlendirilmesinin ve kapasitesinin geliştirilmesinin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (23-25). TNSA 2018 (26) verileri incelendiğinde de anne ve bebek ölüm hızında gözle görünür bir düşüş olduğu ve bu durumda ebelerin büyük ölçüde katkısı olduğu göz önünde bulundurularak ebelik mesleğinin güçlenmesinin sadece çalışan kişi sayısının artırılması ile olmayacağı, ebelerin niteliklerinin de artırılması gerektiği düşünülmektedir. Buradan hareketle, lisans programından başarı ile mezun olan ebelerin, sahip oldukları bilgilerini güncellemeleri, ileri düzeyde bilgi sahibi olabilmeleri ve günümüz ebelik bakım uygulamalarında önemli bir yeri olan kanıta dayalı uygulamaları yaşama geçirebilmelerinin ancak lisansüstü eğitim ile mümkün olacağı söylenebilir (27).

EBELİKTE LİSANSÜSTÜ EĞİTİM

Türkiye’de uzun yıllar birçok mesleğin gölgesinde kalan ebelik mesleği, yüksek lisans ve doktora programları ile

hız kazanmış ve güçlenmeye, yükselmeye başlamıştır (2, 4, 12, 13, 17). Lisansüstü eğitim programlarının varlığı ile mesleklerin görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi ve toplumun her yönden kalkınması amaçlanmaktadır (13, 28, 29). Türkiye'deki lisansüstü eğitim, üniversite rektörlüklerine bağlı kurulan enstitüler tarafından düzenlenmekte ve yürütülmektedir (2, 4, 12, 13, 17). Günümüzde 16 devlet ve 3 vakıf üniversitesi olmak üzere 18 üniversitede Ebelik Anabilim Dalı bünyesinde yüksek lisans programı mevcuttur.

Doktora programlarının amacı; kişilerin bağımsız bir şekilde araştırma yapmalarını ve olayları geniş bir bakış açısı ile ele almalarını sağlamaktır (2, 13, 29). Doktora programı ebelik mesleğinin profesyonel bir kimlik kazanması ve güçlenmesi için atılmış çok önemli bir adım olmuştur (2, 4, 13, 17). Ülkemizde ilk ebelik doktora programı YÖK'nun 01.03.2013 tarih ve 1733-12486 sayılı kararı ile Atatürk Üniversitesi SABE Ebelik Anabilim Dalı bünyesinde açılmış ve bu programa 2013-2014 öğretim yılında ilk öğrenciler alınmaya başlanmıştır. Günümüzde 8 devlet üniversitesinde Ebelik Anabilim Dalı bünyesinde doktora programı mevcuttur.

Dünya genelinde ülkeler arasında ebelik mesleki eğitiminde büyük farklılıklar olduğu görülmüştür. Bazı yerlerde ebelik eğitimi lise düzeyinde verilirken bazı ülkelerde lisans ve lisansüstü eğitim programları mevcuttur (30-32). Ebelik mesleğine ilişkin yasal çerçevenin oluşturulması için Münih Deklarasyonu'nda yetkililere çağrıda bulunmuş ve buna bağlı olarak Avrupa Birliği'ne (AB) üye olan ülkeler ebelik eğitimine ilişkin düzenlemelerde bulunmuştur (33). Bu düzenlemeler sonucunda ebelik mesleki eğitiminin en az lisans düzeyinde olması kararlaştırılmıştır. Fransa, Almanya, Belçika, Danimarka, Hollanda ve İsviçre gibi ülkelerde de ebelik eğitiminin lisans düzeyinde verildiği bilinmektedir (23). Arjantin, Şili, Ekvator, Peru, Paraguay, Uruguay ve Brezilyada ebelik eğitimi lisans düzeyinde verilmekle birlikte, farklı yüksek lisans programları da mevcuttur (16). İzlanda'da ebeler, hemşirelik alanında dört yıllık lisans eğitiminin ardından 2 yıllık yüksek lisans eğitimi alarak yetişmektedir. Maternal ve fetal morbidite ve mortalite oranlarının çok yüksek olduğu Sahra Altı Afrika ülkelerinde ise ebelerin hem sayısında hem de yetiştirilmesinde büyük problemler olduğu, bu ülkelerde ebelik alt eğitim programlarının yanı sıra lisans ve lisansüstü programlarında bulunduğu tespit edilmiştir (16). Bu anlamda ebelik mesleki eğitiminin gelişimi açısından ülkemizin iyi bir konumda olduğu söylenebilir. Ülkemizde gerek lisans düzeyinde verilen eğitim gerek lisansüstü eğitim ile kaliteli ve nitelikli ebeler yetiştirmek amaçlanmış ve bu amaçla üniversitelerde ebelik ana bilim dalı bünyesinde yüksek lisans ve doktora programları açılarak en büyük destek sağlanmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak; ülkemizde ebelik eğitimi, uzun süreli ilerleme ve gerileme dönemleri sonucunda günümüzde uluslararası standartta, lisans ve lisansüstü düzeylerinde verilmektedir. Profesyonel bir meslek olmanın en önemli şartı olan eğitim düzeyinin yükselmesiyle ebelikte mesleki örgütlenme artırılabilir. Bu amaçla, üniversitelerde ebelik yüksek lisans ve doktora programlarının açılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ejder Apay, S. (2014). Geçmişten günümüze ebelik: tarihi bir inceleme. *Lokman Hekim Dergisi*, 4(2), 13-20.
2. Beydağ, K.D., Arslan, H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 75-53.
3. Çakır Koçak, Y., Öztürk Can, H., Yücel, U., Demirelöz Akyüz, M., Çeber Turfan, Esin. (2017). Türkiye'de ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki profili. *HSP Dergisi*, 4(2), 88-97. DOI: 10.17681
4. Kaya, D., Yurdakul, M. (2007). Türkiye 'de ve dünya'da ebelik eğitimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23 (2), 233-241.
5. Yıldırım, G., Koçkanat, P., Duran, Ö. (2014). Ulusal ebelik kodları ve meslek değerleri. *National codes of midwifery and professional values. STED*, 23(4), 148-154.
6. Karayaman, M., Akçiçek, E. (2012). Anadolu halk ebeliği. *Cyprus International University*, 18(71), 83-95.
7. Korkmaz Yıldız, N. (2008). Yeni Zelanda'da ebelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2), 77-80.
8. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014). T.C. Resmi Gazete, 29007, 22 Mayıs 2014.
9. Ebeler Derneği. "Ebeliğin tarihçesi." Erişim: http://www.turkebelerderneği.com/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=0 Erişim Tarihi: 26.02.2018.
10. ICM. "Definition of Midwife." Erişim: <https://internationalmidwives.org> Erişim Tarihi: 03.06.2018.
11. WHO. "Midwifery." Erişim: <http://www.who.int/topics/midwifery/en/> Erişim Tarihi: 03.06.2018.
12. Ejder Apay, S., Kanbur, A., Özdemir, F., Pasinlioğlu, T. (2012). Midwifery education in Turkey. *CoU. Antropol*, 36 (4), 1453-1456.
13. Bakır A., Erbil N. (2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6 (1): 291-302.
14. Karaçam, Z. (2016). Türkiye'de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: yasal düzenlemeler, eğitim ve araştırma. *The state of the midwifery as a professional career in turkey: legal regulations, education and research. Lokman Hekim Dergisi*, 6(3), 128-136.
15. Kömürcü, N., Gençalp, N.S. (2002). Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 78-82.
16. Yörük, S. (2016). Dünya'da ebelik eğitimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 46-50.
17. Soğukpınar, N., Karaca Saydam, B., Bozkurt, Ö., Öztürk, H., Pelik, A. (2007). Past and present midwifery education in Turkey. *Midwifery*, 23, 433-442.
18. Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) (2018). Yükseköğretim programları ve kontenjanları kılavuzu. s. 14-446. Erişim Adresi: <https://www.osym.gov.tr>

19. Karaman, E.Ö., Okumuş, H. (2015). Ebelik öğrencilerinin görev tanımları ve yeterlilik alanlarına göre kendilerini değerlendirmeleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (3), 189-195.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı Ankara, 2014.
21. Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. (2008). T.C. Resmî Gazete, 26775, 02 Şubat 2008.
22. Organisation For Economic Co-operation and Development (OECD.Stat).
23. Dereli Yılmaz, S., Erkal Aksoy, Y. Dünyada ebelik mesleği ve eğitimi. *Sağlık Düşüncesi. Ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2018, 45, 60-63.
24. Berkiten Ergin, A. (2014). Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *KASHED*, 1(1), 41-54.
25. Coşkun, A., Özdilek, R. (2012). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Sağlığa yansımaları ve kadın sağlığı hemşiresinin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 30-39.
26. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2019; 12-34.
27. Yılmaz, T., Karanisoğlu, H. (2016). Türkiye’de ebelik eğitiminin güncel durumu. *HSP*, 3(1), 73-77.
28. Demir Dikmen, Y., Yönder, M., Yorgun, S., Yıldırım Usta, Y., Umur, S., AYTEKİN, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17 (3), 158-163.
29. Yücel, U., Ekşioğlu, A., Demirelöz, M., Baykal Akmeşe, Z., Çakır Koçak, Y., Soğukpınar, N. (2013). Türkiye’de ebelik lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(1), 1342-1354.
30. Büscher, A., Sivertsen, B., & White, J. (2009). Nurses and midwives: a force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
31. World Health Organization. (2009). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives (No. WHO/HRH/HPN/08.6). World Health Organization.
32. Campbell, J., Fauveau, V., ten Hoop-Bender, P., Matthews, Z., McManus, J. (2011). The state of the world’s midwifery 2011: Delivering health, saving lives.
33. Büscher, A., Wagner, L., & World Health Organization. (2005). Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health-analysis of implementation of the Munich Declaration 2004 (No. EUR/05/5049078). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması

Investigation of patient safety culture concept by dimensions and investigation of the effect of dimensions on patient safety practices.

Ayşegül Yılmaz¹

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Konya Beyhekim Eğitim Araştırma Hastanesi, Konya

Anahtar Kelimeler:
Hasta güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları

Key Words:
Patient safety, Patient Safety Culture, Patient Safety Culture Dimensions

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
yaysegul78@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
21.04.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
30.06.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
28.09.2020

ÖZET

Giriş ve Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Bu derlemede, hasta güvenliği kültürü kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için boyutları ile ayrıntılı olarak incelenmesi ve boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu derlemede, hasta güvenliği kültürü boyutları; Hastane birimleri içinde takım çalışması, Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri, Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği, Örgütsel öğrenme, Genel güvenlik algısı, Hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim, Raporlanan olayların sıklığı, Personel sağlama, Hasta teslimleri, Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım olmak üzere on başlıkta incelenmiştir. Ayrıca bu boyutlar ile ilgili ayrıntılı hemşirelik literatür incelemesi yapılarak boyutların hasta güvenliğine etkisi ayrıntılı olarak ele alınmıştır. **Sonuç:** Hasta güvenliği uygulamalarının daha başarılı olabilmesi için hasta güvenliği kültürü kavramının çok iyi anlaşılması gerekmektedir. Bunun için hasta güvenliği kültürü boyutlarıyla ele alınmalı ve analiz edilmelidir. Bu çalışma, sağlık kurumlarında özellikle hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için hemşire ve yöneticilere ayrıntılı bilgi sunacaktır.

ABSTRACT

Introduction and Objective: To provide safe and high quality patient care, patient safety culture must be improved in the health sector. In this review, in order to better understand the concept of patient safety culture, it is aimed to examine the dimensions in detail and to investigate the effect of dimensions on patient safety practices. **Material and Method:** In the review, patient safety culture dimensions; It has been examined under ten titles Teamwork within units, Management expectations, Teamwork across units and management support, Organizational learning, Overall perceptions of safety, Feedback and communication openness about error, Frequency of events reported, Staffing, Handoffs and transitions, Nonpunitive response to errors. In addition, detailed nursing literature review of these dimensions was done and the effect of dimensions on patient safety was discussed in detail. **Conclusion:** In order for patient safety practices to be more successful, the concept of patient safety culture must be understood very well. For this, patient safety culture should be handled and analyzed. This review will provide detailed information to nurses and managers to improve patient safety culture in healthcare institutions.

GİRİŞ

Sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşlar doğası gereği karmaşık ve sağlık bakım hizmeti verilmesi sürecinde önceden tahmin edilemeyen risklerle, tehlikelerle dolu yerlerdir. Günümüzde kaliteli ve maliyet etkin sağlık bakım hizmeti sunarken aynı zamanda bu hizmetin

güvenli olmasını sağlamak sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşların en büyük sorunu haline gelmiştir.

Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) (IOM) (1), her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hataların büyük bir kısmının sistem kaynaklı

olduğunu belirtmiş ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğunu bildirmiştir.

Hasta güvenliği kavramı “kurumlarda hata olasılığını en aza indirecek, hata oluştuğunda hataları belirleme olasılığını artıracak kurumsal sistem ve süreçlerin oluşturulmasıyla istemeyerek yapılan hatalardan bağımsız olma durumu” olarak tanımlanmaktadır (1). Sağlık bakım hizmetleri sırasında istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi, raporlanması, analiz edilmesini ve hataların hastada yarattığı sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı hasta güvenliğini kapsamaktadır (2). Literatür hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında oluşturulup devam ettirilebilmesi için olumlu bir hasta güvenliği kültürünün (HGK)’nin oluşturulması gerektiğini belirtmektedir (2-4).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşireler çok önemli konumdadırlar. Çünkü 7 gün 24 saat kesintisiz hastalara en yakın düzeyde sağlık bakım hizmeti sunmaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi çok önemlidir (4,5). HGK’nin geliştirilebilmesi için de HGK’nin boyutlarıyla birlikte incelenmesi, hastanelerde hasta güvenliği uygulamalarının düzenlenmesi açısından yol gösterici olacaktır.

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Sağlık kuruluşlarında davranışlar ve tutumlar her bir kurumun kültürünü şekillendirmektedir. Kurum kültürü, “kurum içinde çalışanların eylemlerini ve davranışlarını etkileyen inançları, değerleri ve kuralları” ifade etmektedir (5). Kurum kültürünün alt boyutlarından biri olarak değerlendirilen güvenlik kültürü kavramı, ilk olarak 1986 Çernobil nükleer santralindeki kaza sonrası hazırlanan bir raporda, zayıf güvenlik kültürü (poor safety culture) kavramı olarak ortaya çıkmıştır (6). İlk olarak havacılık, nükleer enerji, madencilik ve demiryolu taşımacılığı gibi yüksek riskli sektörlerde güvenliği arttırmak amacıyla güvenlik kültürü ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Günümüzde teknolojinin gelişmesi, sağlık hizmetlerinin giderek daha da karmaşık bir hal alması nedeniyle sağlık sektörü de yüksek riskli kurumlar arasına girmiş ve tıbbi hataların önlenmesi, bu hatalardan kaynaklanan zararın en aza indirilmesi için HGK kavramı tüm dünyada üzerinde önemle durulan konulardan biri haline gelmiştir (2,7). HGK, çalışanların eylemlerini ve davranışlarını etkileyen inançların, değerlerin ve normların hasta güvenliğini ne ölçüde desteklediği ve geliştirdiğiyle ilgilidir (2). HGK genellikle, süreçleri etkileyebilecek personel

davranışlarını, algılarını, tutumlarını ve bağlılığını şekillendiren bağlamsal bir faktör olarak görülmektedir. IOM (1) sağlık kuruluşlarının, hasta güvenliği ile ilgili durumlarını net bir şekilde görebilmesi için, güvenlik kültürünün olumlu olumsuz yönlerini tanımlamasını önermektedir.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı 2015 yılında olumlu bir HGK’yi, “sağlık profesyonellerinin ve liderlerinin profesyonel olmayan davranışlar ve insan hataları için cezalandırılmadığı, hataların hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği, hataların tekrar oluşmaması için güçlü geri bildirim döngüleri ile personelin önceki hatalardan öğrenmesinin sağlanması ve gerekli ise bakım ile ilgili değişikliklerin yapılması” (8) olarak tanımlamıştır. Olumlu bir HGK’nin başlıca belirleyicileri arasında, karşılıklı güvene dayalı iletişim, sürekli devam eden bir örgütsel öğrenme, kanıta dayalı ve hasta merkezli bakım, yönetim ve liderlik desteği, olay ve hata raporlamaya yönelik cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım vardır (9). Olumlu güvenlik kültürüne sahip örgütler, çalışanlarına sürekli olarak destek sağlayarak, olumlu çalışma ortamları oluşturarak, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim kurarak, kurum içinde güvenliğin önemi hakkında paylaşılan bir algı oluşturabilirler (10).

Olumsuz HGK ise, “sağlık profesyonellerinin hatalar karşısında cezalandırıldığı, hataların nedeni olarak çalışanların görüldüğü, hataların gizlendiği, hatalardan ders alınmayan bir kültür” olarak tanımlanmaktadır (9). Olumsuz güvenlik kültürünün yetersiz liderlikten kaynaklandığını ve bununla hasta güvenliğini tehdit eden olayların raporlamasında yetersiz desteğe neden olduğu belirtilmektedir (10). Yetersiz desteğin, güvenlik olayları ile ilgili geri bildirim veya yanıt eksikliğine, olayları bildiren personelin korkutulmasına ve personel tükenmişliğine neden olduğu bildirilmektedir (11). Olumsuz HGK’nin mortalite (12), enfeksiyon oranları (13), hemşire tükenmişliği (14) gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların tanımlayıcı olarak yapıldığı (15,16), ancak uygulamaya yönelik çalışmaların sınırlı olduğu gözlenmektedir. Bu bağlamda, olumlu bir güvenlik kültürünün geliştirilmesi sağlık kuruluşlarındaki risklerin yönetilmesi, en aza indirilmesi, kaliteli güvenli ve maliyet etkin bir bakım için önemli bir araçtır (2,13). HGK’yi daha iyi anlayabilmek için HGK alt boyutları ile ayrıntılı olarak aşağıda ele alınmıştır.

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları

Türkiye’de HGK’yi çeşitli boyutlarla ele alan anket ve ölçekler bulunmaktadır. Bu çalışmada, Sağlık Araştırma

ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) tarafından geliştirilmiş olan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ele alınarak HGK boyutları incelenmiştir. Orijinalinde Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyut ve 42 maddede açıklanmıştır (3). Türkiye’de 2010 yılında, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Bodur ve Filiz kültürel ve dil farklılığından dolayı Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi’ni toplamda 10 boyut ve 42 madde olarak yeniden düzenlemiştir (17). Buna göre HGK’nin boyutları aşağıdaki gibidir.

- Hastane birimleri içinde takım çalışması
- Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri
- Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği
- Örgütsel öğrenme
- Genel güvenlik algısı
- Hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim
- Raporlanan olayların sıklığı
- Personel sağlama
- Hasta teslimleri
- Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım

Hastane Birimleri İçinde Takım Çalışması

Ünite içi ekip çalışması “hasta güvenliği konusunda personelin birbirini desteklemesi, birbirlerine saygılı davranması ve ekip olarak birlikte çalışmasını” ifade etmektedir (2). Ekip üyeleri kaliteli, güvenli ve maliyet etkin hasta bakımının sağlanması için aynı hedefler doğrultusunda hastalar için birlikte çalışmaktadırlar (18). Etkin bir ekip çalışması için iletişim, koordinasyon ve liderlik önemlidir (19). Etkin bir ekip çalışması ile olumlu HGK’nin oluşturulabilmesi için, olay bildirimleri ekip içinde paylaşılmalı ve yapılabilecekler konusunda çözümler ekip tarafından oluşturulmalıdır. Bakım ve tedavinin her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi ve hastanın zarar görmesinin engellenmesinde sağlık ekibinin birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Özellikle doktor ve hemşire arasındaki olumlu takım çalışmasının daha güvenli hasta bakımının sunulmasında önemli olduğu belirtilmektedir (20). Yüksek riskli olarak değerlendirilen sağlık bakım kuruluşlarında etkili bir ekip çalışması ile kaliteli ve güvenli bir sağlık bakım hizmetine ulaşılacağı belirtilmektedir. Ekip çalışmasıyla hataların ve hastane enfeksiyonlarının azaltılabileceği olumlu bir HGK elde edilebileceği bildirilmiştir (12,20). HGK ile ilgili yapılan sistematik

derleme çalışmalarının genelinde, bu boyutun diğer boyutlara göre yüksek olduğu (21,22) bildirilmektedir.

Hasta Güvenliği ile İlgili Denetçi/Yönetici Beklentileri ve Eylemleri

AHRQ, hasta güvenliği ile ilgili denetçi/yönetici beklentileri ve eylemlerini, “yöneticilerin hasta güvenliğini iyileştirmek ve hasta güvenliği sorunlarını ele almak için personel önerilerini dikkate alma derecesi” olarak tanımlamaktadır. Yöneticiler, hasta güvenliğini iyileştirmek için personel önerilerini dikkate almalı, hasta güvenliği prosedürlerini takip etmek için personeli cesaretlendirmeli, övgüde bulunmalı ve hasta güvenliği sorunlarını asla göz ardı etmemelidir (2). Harnandez ve arkadaşları (23) çalışmalarında iyi bir denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri ile olumlu HGK’nin oluşturulabileceğini, HGK’yi oluşturmada çok önemli bir yere sahip olan hatalar karşısında personele karşı cezalandırıcı olmayan bir yaklaşımın elde edilebileceğini bildirmiştir. Yine aynı çalışmada olumlu denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri ile çalışanlar arasında açık iletişimin sağlanacağı ve bununla hasta güvenliğini pozitif yönde etkileyeceği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada hata raporlama ile denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (24).

Hastane Birimleri Arasında Takım Çalışması ve Yönetimin Desteği

Hastane birimleri, hastalara en iyi bakımı sağlamak için iş birliği içinde birbirleriyle koordine bir şekilde çalışırlar (2). Kurumun bütün bölümlerinde hastanenin bütün birimlerinde hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürlerin aynı olması birimler arası takım çalışmasını kolaylaştırmaktadır (18). Olumlu bir takım çalışmasının varlığı ile de kurumda bütün birimlerde aynı HGK oluşturulabilmektedir (20). Famolaro ve arkadaşları kaliteli ve güvenli bir sağlık bakımı için üniteler arasında takım çalışmasının çok önemli olduğunu, üniteler arasında takım iletişimi ve iş birliğinin hasta güvenliğini arttırdığını belirtmiştir (2). Hastane yönetimi hasta güvenliğini teşvik eden bir çalışma ortamı sağlamalı ve hasta güvenliğinin en önemli öncelik olduğunu göstermelidir (25). Yönetim tarafından uygun çalışma koşulları oluşturulamadığında hemşirelerin duygusal tükenme yaşadığı ve bunun da strese neden olduğu, aynı zamanda hemşirelerin HGK algılarını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Uygunsuz çalışma koşullarının doktorlarla karşılaştırıldığında, hemşirelerin daha çok stres yaşadığı da aynı çalışmada vurgulanmıştır (20). Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgilenmemelidir. Sürekli olarak hasta güvenliğinin sağlanması için faaliyetlerde bulunmalıdır.

Olumlu bir liderlik ve yönetim desteğiyle çalışanların HGK algılarının daha yüksek olduğu (3,4) ve bunun da olumlu hasta çıktıklarına yansıdığı vurgulanmıştır (26). Yapılan çalışmalarda transformasyonel liderlik ile HGK arasında pozitif bir ilişki olduğu (25,27), transformasyonel liderlik ile olumlu bir takım çalışması (25) elde edilebileceği bildirilmiştir. Hasta güvenliği için hastane yönetimi desteği ile hatalar hakkında geri bildirim, açık iletişim, olayların raporlanma sıklığı ve hasta güvenliği derecesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (24). Yetersiz ve katılımcı olmayan yönetim ile birlikte yetersiz liderliğin, motivasyon ve verimliliği düşürdüğü (28), güvenlik kültürünün kurumsallaşmasını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (21). HGK oluşturmada hastane yönetimi ve liderlerine çok önemli görevler düşmektedir (25).

Örgütsel Öğrenme

Örgütsel öğrenme, “hasta güvenliği ile ilgili meydana gelen hataların olumlu değişimlere yol açması ve bu değişikliklerin etkinlik açısından değerlendirilmesidir” (2). Özellikle insan hayatı ile ilgili hatalar, geribildirim ve hatalardan öğrenme yoluyla hasta güvenliğinin artırılmasında değerli bir fırsat olarak görülmektedir. Ancak Edward (29) bu tür bir öğrenmenin, insan hatası suçlamalarına ve çalışanlar ile yönetim arasında çatışmalara neden olabileceğini bildirmiştir. Edward bu sorunun ortadan kaldırılması için örgütsel öğrenme, iş birliği modeli önermiştir. İşbirlikçi öğrenme modeli ile çalışanlar arasında iş birliği, sorumluluk ve farkındalığın arttığı ve insan hatalarının suçlanmadığı bir ortamın oluşturulabileceğini vurgulanmıştır (29).

Öğrenme kültürü, kök neden analizleri, vardiya sonu güvenlik raporları ve hasta güvenliği turları gibi aktivitelerle öğrenilen, eğitim yoluyla güçlendirilen ve sürekli geliştirilen güvenlik bilincinin olduğu bir kültürdür (29). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının genelinde, öğrenme-sürekli gelişme boyutunun diğer boyutlara göre yüksek olduğu (21,22) belirtilmektedir. Etkili bir örgütsel öğrenme ile, hata raporlama sıklığının (21) ve HGK'nın arttığı, basınç ülerlerinin azaldığı (24) belirtilmektedir.

Genel Güvenlik Algıları

AHRQ, “hataları önlemede ve hasta güvenliği problemlerini yok etmede sistem ve prosedürlerin kullanılmasının iyi bir yöntem olduğunu bildirmiş ve bunu da genel güvenlik algısı” olarak tanımlamıştır (2). Sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle sistemi iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalı konu ile ilgili prosedür ve rehberler oluşturulmalıdır (2,7). Hasta güvenliğinin sağlanması için AHRQ tarafından çalışanlar için aşağıdaki uygulama rehberlerini ve

araçlarını yayımlamıştır. Bu rehber ve araçlar sağlık personeline daha güvenli sağlık bakım hizmeti sunabilmesi için yardımcı olmaktadır ve AHRQ, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Hemşireler Birliği bu araçların kullanılmasını önermektedir (2,30,31).

- Merkezi Kontrol Listesi
- Sağlık Hizmetlerinde El Hijyeni
- Sağlık Bakımı İçin Araç Seti
- Primer Hasta Güvenliği: Kontrol Listeleri
- Primer Hasta Güvenliği: Güvenlik Kültürü
- Hasta Güvenliği Kendi Kendini Değerlendirme Aracı
- Kan ile ilişkili Enfeksiyonları Azaltma Araçları

Hatalar Hakkında Açık İletişim ve Geribildirim

Hatalar hakkında açık iletişim; “personelin hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir şey gördüğünde özgürce konuşabilmesini, geri bildirim ise; meydana gelen hatalar ve bunlarla ilgili uygulanan değişiklikler hakkında personele bilgi verilmesini ve hataları önleme yollarının çalışanlarla tartışılmasını” ifade etmektedir (2). Hemşireler azarlanma ve başkalarının nasıl karşılık vereceğini bilememe ve olumsuz olarak konuşulma, disiplin cezası alma korkusuyla hastaya zarar veren bir olayı gördüklerinde bu olayı gizleme eğilimindedirler. Ayrıca hemşireler, müdahaleleri sonucunda herhangi bir şeyin değişmeyeceğini de düşünmektedirler(28).

Hemşireler genellikle hastanın güvenliğini tehdit eden sorunları ilk gören kişilerdir. Bu nedenle yönetici ve liderler güvenlik sorunları hakkında geri bildirim almak için güven ilişkisi içinde hemşireleri dinlemeleri gerekmektedir (32). Bu iletişim kusuru, ancak bireylerin konuşmaya yetkili olduklarını hissettikleri, koşulsuz, cezalandırıcı olmayan bir ortam yaratıldığında düzeltilebilmektedir (24). Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalara, düzenlemelere, alınan kararlara mutlaka çalışan personel de dahil edilmelidir. Çalışan sağlık personeline hatalar hakkında geribildirim yapılması ile bilgilendirme ve farkında olmaya, hatalara ve olaylara karşı uyanık olmaya, risk faktörlerini azaltmaya ve önlemeye yönelik sistem geliştirmeye sevk eder. Geri bildirim personeli cesaretlendirerek hasta güvenliği konusunu sahiplenmesini dolayısıyla olumlu HGK'nin geliştirilmesini sağlar (28,33). Raporlanan olaylar hakkında personele geri bildirim verilmemesi, suçlayıcı bir kültür oluşturmakta ve bu nedenle personel hataları gizlemektedir (34). Ayrıca çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanması da HGK'nin oluşturulmasında oldukça önemlidir. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada HGK ile etkili iletişim arasında pozitif bir ilişkinin olduğu vurgulanmıştır (35).

Raporlanan Olayların Sıklığı

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların tanımlanması, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesinin engellenmesi ve azaltılmasına yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların rapor edilmesi ve analizidir (33,36). Raporlama sistemi, kurum içindeki herkes tarafından erişilebilir olmalıdır. Bu sistemi kullanmak, güvensiz koşulların belirlendiği ve bildirildiği, kasıtsız hatalar için cezalandırma korkusu olmaksızın hasta zararının proaktif olarak önlenmesine yol açan bir kültürün geliştirilmesi için gereklidir (1). Ramak kala olaylar bir çalışanın çevresinde olan olay, şansa bağlı olarak hastaya ulaşmadan fark edilen potansiyel bir sorundur. Hasta güvenliği raporlama sisteminde bildirilen ramak kala olaylar disiplinler arası bir ekipten oluşan bir komite tarafından gözden geçirilmelidir. Bu süreçte "tanımlama, raporlama, analiz etme, hafifletme, ödüllendirme, paylaşma ve takip etme" aşamaları uygulanmalıdır. Hemşireler tarafından, istenmeyen ve ramak kala olayların bildirilmesi güvenlik sorunlarının yaşanmasını ciddi oranda azaltmaktadır (37).

Burlison ve arkadaşları (38), raporlanan olayların sıklığı boyutu ile hatalar hakkında geri bildirim, organizasyonel öğrenme, güvenlik için yönetim desteği, boyutlarının ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. AHRQ 2018 verilerine göre hastane çalışanlarının yarısından fazlasının (%55) 12 ay boyunca herhangi bir tıbbi hata bildirmediklerini ortaya koymuştur (2). Aynı zamanda bu raporda bildirilen olaylarında gerçekte meydana gelmiş mi yoksa çalışanlar tarafından başka kişileri suçlamak amaçlı mı kullanıldığı bilinmemektedir. Bu nedenle gerçekte yaşanan olayları sayısı da bilinmemektedir.

Böyle bir durumun yaşanması henüz sağlık kurumlarında olumlu HGK'nın oluşturulmamasından kaynaklanmaktadır. Mitchell ve arkadaşlarının belirttiğine göre olay raporlamanın istenilen düzeyde olmamasının beş önemli nedeni vardır. Bunlar; vaka raporlarının kötü işlenmesi (tetkik, analiz, öneriler), doktorların yetersiz katılımı, yetersiz görülebilir eylem, yetersiz finansman ve olay raporlama sistemlerinin kurumsal yetersiz kullanımı ve yönetimin yetersiz desteği şeklindedir (39). Araştırmalar, hemşirelerin en çok ilaç hatası yaptığını, bildirimlerin çok zaman alması, bildirilen hatalar hakkında geri bildirim yapılmaması ve bildirim sonunda cezalandırılma korkusunun olması gibi nedenlerden dolayı bildirimlerin istenilen düzeyde olmadığını belirtmiştir (36,40). Eğitim ve workshop çalışmalarıyla hata raporlama sayısının arttığı (41), hemşire yöneticiler tarafından koçluk yapılmasının hataları raporlama niyeti ve HGK arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir (42).

Personel Sağlama

Kaliteli ve güvenli hasta bakımının sürdürülebilmesi için yeterli ve doğru hemşire istihdamının sağlanması ve hemşire iş yükünün azaltılması gerekmektedir. Sağlık sistemlerinin hemşirelik uygulamalarından faydalanabilmesi için, bakımın devamlılığı boyunca her zaman uygun eğitim, beceri ve deneyime sahip uygun sayıda hemşire bulunması gerekmektedir. Güvenli, etkili ve ihtiyaç temelli hemşire düzeylerine yatırım yapmanın maliyet-etkin olduğu, olumlu hasta sonuçlarına, iyileştirilmiş çalışma ortamlarına yol açtığı ve hasta güvenliği için kritik olduğu kanıtlanmıştır (31,43). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), hasta sonuçlarında iyileşmeler sağlamak için hasta başına düşen hemşire sayısının yeterli olmasının gerektiğini vurgulamıştır (44). Lee ve arkadaşlarının 2017 yılında yoğun bakımlarda 845 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada, daha düşük hemşire-hasta oranı ile hastaların %95 daha fazla yaşadığını ortaya koymuştur (4). AHRQ, hemşire personel oranları ve hasta güvenliği arasındaki bağlantıyı da kabul ederek hemşirelerin çok fazla hasta alması durumunda hasta güvenliği ve bakım kalitesinin zarar gördüğünü açıklamıştır (45). Hemşirelerin fazla mesai ile çalışmasının düşme, basınç ülseri, ilaç hatası ve idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (46). Yapılan çalışmalarda hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça artan hasta güvenliği olayları, morbidite ve hatta ölüm oranlarını belgelemektedir (10,47). Yeterli sayıda hemşire istihdamı kadar hemşirelerin eğitim düzeyleri de önemlidir. Pekdemür'ün 2018 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, çalışanların öğrenim seviyesi arttıkça hasta güvenliği kültürü algısının da arttığı ortaya konmuştur. Bu nedenle güvenli bakım için öğrenim seviyesi yüksek olan hemşire ve sağlık personellerinin işe alınması önemlidir (48). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının çoğunda personel sağlama alt boyut puanlarının düşük olduğu ve bunun da olumlu HGK'nin oluşturulmasında önemli bir engel teşkil ettiği belirtilmiştir (21,22). Bu durumun, tıbbi hataların oluşmasında çok önemli etken olduğu bildirilmektedir (10).

Hasta Teslimleri ve Transferi

Bazı durumlarda önemli hasta bakım bilgileri hastane birimleri arasında, vardiya değişimleri sırasında ve başka kuruma transferler esnasında kaybedilebilmekte ya da yanlış iletilmektedir (2). Günümüzde hastaneler arası güvenli transferler için uygulama önerilerinin oluşturulup uygulanmasına rağmen, istenmeyen olaylar sık yaşanmaktadır (49). Örneğin, yoğun bakım hastalarının yaklaşık yarısı transferler sırasında olumsuz olaylara maruz kalmakta ve hastaların

%15-%20'si hayati sorunlar yaşamaktadır (50). Hastane

içinde 254 hastadan 139'nun radyoloji birimine tanı amaçlı transferi sırasında zarar gördüğü belirtilmektedir (49). Bu olumsuz olayların başlıca nedenleri arasında, kötü iletişim veya hastaların yanlış konumlandırılması gibi personel/yönetim sorunları, hasta taşıma ve cihaz güvenliği gibi donanım sorunları yer almaktadır. Transferler sırasında çoğu olumsuz olay çok faktörlüdür ve bu nedenle disiplinler arası iletişim, hastane içi transferler için prosedürler, rehberler ve sağlık bilgi teknolojisi gibi en az üç alanda iyileştirmenin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (51). Yine hasta teslimi sırasında hasta durumunun ayrıntılı tanımlanması ve açık iletişimin sağlanabilmesi için geliştirilmiş standart yöntemlerin (ISBAR) (51), (I-PASS) (52) kullanılması önerilmektedir.

Hatalara Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım

Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım, "personel tarafından bildirilen hata ve olay raporlarının kendilerine karşı yapılmadığını ve hataların personel dosyasında tutulmadığını düşünmeleri" olarak tanımlanmaktadır (2). Hatalar karşısında yönetim ya da akranlar tarafından suçlayıcı, cezalandırıcı bir kültürün oluşmaması için liderlerin ve hastane yönetimin desteği çok önemlidir (53). IOM hasta güvenliğinin sağlanmasında, istenmeyen ve ramak kala olayların ve güvensiz koşulların raporlanarak bildirilmesinin oldukça önemli olduğunu bildirim sisteminin, cezai olmayan bir yaklaşımı sergilemesi, öğrenmeye yönelik, şeffaf ve herkes tarafından ulaşılabilir olması gerektiğini bildirmiştir (1). HGK çalışmalarında boyut puanları içinde hatalara karşı suçlama puanının tüm dünyada en düşük pozitif cevap yüzdesine sahip olduğu bildirilmektedir (2,21,54) Bu sonuç, tüm dünyada sağlık kuruluşlarında HGK'nin öneminin ve gerekliliğinin tam olarak anlaşılmadığını ve hata yapılması durumunda hemşirelerin üst yönetim tarafından suçlandığını, cezalandırıldığını göstermektedir. Hatalara karşı cezalandırıcı bir yaklaşımın personelin hataları bildirirken hataları gizlemesine, değiştirmesine ya da hataları yanlış bir şekilde belirtmesine yol açabilir. Hatalara karşı cezai bir yaklaşımla, hata bildirimleri ve genel güvenlik algısı boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (55). Sammer ve arkadaşları (9) hataların bildirilmesi karşısında suçlayıcı olmayan adil bir kültürün olması gerektiğine değinerek; adil kültürü bir tarafta kişisel hesap verebilirlik ve diğer tarafta sistem hatası ile birlikte iki taraflı bir adalet ölçeğine benzeterek açıklamıştır. Adil bir kültür, sağlık hizmeti sunucularının davranışlarından sorumlu tutulmalarına rağmen sistem veya altyapı hataları nedeniyle kişileri suçlanmayan bir kültürdür. Öte yandan suçlayıcı olmayan bir kültür, kişisel hesap verebilirlik unsuruna da sahip olmalıdır. Kısaca, adil bir kültür, dikkatsiz davranışlara sıfır

tolerans kurarak bireysel hesap verebilirliği korurken, bireylerin güvensiz davranışlarda bulunmasına yol açan sistem sorunlarını belirlemeye ve ele almaya odaklanır. Adil bir kültürde, yaşanan hata ya da ramak kala olayın ciddiyetine değil, hatayla ilişkili davranış türüne odaklanılır (29).

SONUÇ

Sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşlarda hasta güvenliği uygulamalarının daha başarılı olabilmesi için HGK'nin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için HGK'nin çok iyi bir şekilde tanımlanması, ortaya konulması, boyutlarıyla ele alınması ve incelenmesi önemlidir. Sağlık kuruluşlarında, 12-18 ayda bir HGK'nin değerlendirilmesi ve değerlendirilme sonucunda %50 den düşük çıkan boyutlara yönelik çalışma ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. HGK'nin geliştirilebilmesi için de hasta güvenliği kültürünün boyutlarıyla birlikte incelenmesi, hastanelerde hasta güvenliği uygulamalarının düzenlenmesi açısından yol gösterici olacaktır. Bu çalışma, sağlık kurumlarında özellikle hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için hemşire ve yöneticilere ayrıntılı bilgi sunmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Institute of Medicine. (2004). Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. The National Academy Press, Washington, D.C.
2. Famolaro, T., Yount, N., Hare, R. et al. (2018). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Erişim Tarihi: 24.02. 2019, <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
4. Lee, Y.C., Shieh, J.I., Huang, C.H., Wang, C.Y., Wu, H.H. (2017). Analyzing Patient Safety Culture From Viewpoints of Physicians and Nurses-A Case of a Regional Teaching Hospital in Taiwan. J Healthc Qual. 39(5):294-306.
5. Weaver, S.C., Lubomski, L.S., Wilson, R.F., Pfoh, E.R., Martinez, K.A., Sydney, M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. Ann Intern Med. 158:369-374.
6. Pidgeon N. (1998) Safety culture: key theoretical issues. Work and Stress. 12:202-216.
7. World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. Geneva: Licence: CCBY-NC-SA3.0I GO. Erişim Tarihi: 12.10.2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHOIS-SDS-2017.11-eng.pdf>.
8. National Patient Safety Foundation (NPSF). (2015). Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human. Boston: NPSF. Erişim Tarihi: 02 Kasım 2018. http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf.
9. Sammer, C.E., Lykens, Singh, K.P., Mains, D.A., Lackan, N.A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. Journal of Nursing Scholarship. 42(2);156-165.

10. Kim, K.J., Yoo, M.S., Seo, E.J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*. 12;121-126.
11. National Association for Healthcare Quality (NAHQ). (2017). Patient Safety. Erişim Tarihi: 13.12.2017, <http://www.ihq.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx>.
12. Berry, J.C., Davis, J.T., Bartman, T., Hafer, C.C., Lieb, L.M., Khan, N et al. (2016) Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *J Patient Safety*. doi: 10.1097/pts.0000000000000251.
13. Fan, Y., Zheng, Q., Liu, S., Li, Q. (2016). Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. *Journal of Nursing Management*. 24(5):646–655.
14. Vifladt, A., Simonsen, B.O., Lydersen, S., Farup, P.G. (2016). Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*. 32(1):58-65.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Erişim Tarihi: 02.11. 2017, <http://www.Saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6EIOF8892433>.
16. T.C. Sağlıkta Dönüşüm Programı. (2011). Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi Eylül 2004 – Aralık 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 825.
17. Bodur, S., Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of hospital survey on patient safety culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*. 10(1):28-36.
18. Bach, S., Ellis, P. (2015). Leadership, management & team working in nursing. 2nd edition. London: SAGE/Learning Matters.
19. Profit, J., Sharek, P.J., Cui, X., Nisbet, C.C., Thomas, E.J., Tawfik, D.S., Lee, H.C., Draper, D., and Sexton, B.J. (2018). The Correlation Between Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture and Quality of Care. *J Patient Saf*. 00:00–00.
20. Huang, C.H., Wu, H.H., Lee, Y.C. (2018). The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*. 40(1):39–44.
21. Reis, C.T., Paiva, S.G., Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*.n(1)18 doi: 10.1093/intqhc/mzy080.
22. Okuyama, J.H.H., Galvao, T.F., Silva, M.T. (2018). Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hindawi. Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.
23. Hernandez C. Supervisor Expectations, Event Reporting, and Patient Safety Perceptions: Exploring Potential Moderators and Mediators (2016). Honors in the Major Theses. 84. <http://stars.library.ucf.edu/honorsthesis/84>
24. Hamadan, M., Khraisat, O., Eves, C. (2017). Patient Safety Culture Structures and Outcomes: A Sample from Isolation Units at Saudi Arabia. *International Journal of Nursing and Health Science*. 4(1):8-15.
25. Brewer, C.S., Kovner, C.T., Djukic, M., Fate, F., Greene, W., Chacko, T.P., Yang, Y. (2016). Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 72:2879–2893.
26. Vaismoradi, M., Griffiths, P., Turunen, H., Jordan, S. (2016). Transformational leadership in nursing and medication safety education: a discussion paper. *J Nurs Manag*.24(7):970-980.
27. McFadden, K.L., Stock, G.N., Gowen, C.R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*. 40:24-34.
28. Farokhzadian, J., Nayeri, N.D., Borhani, F. (2018). The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Services Research*. 18:654-704.
29. Edwards, M.T. (2017). An Organizational Learning Framework for Patient Safety. *Am J Med Qual*.32(2):148-55.
30. World Health Organization. Erişim tarihi:31.12.2018, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Healthsystems/patient-safety/patient-safety>.
31. International Council of Nurses (ICN). (2018). Statement Patient Safety Global Ministerial Summit April. Erişim tarihi:10.03.2019. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Glob%20Minist.%20Pt%20Safety%20Summit_ICN%20statement%20final%20%281%29.pdf.
32. Moore, M. (2018). Strategies To Empower Nurses And Increase Patient Satisfaction Erişim Tarihi 15.07.2018, <https://www.hatchmed.com/blog/?tag=Nurse+empowerment>.
33. Lind, D.P., Andresen, D.R., Williams, A. (2018). Medical Errors in Iowa. Prevalence and Patients' Perspectives. *Journal of Patient Safety*. Volume Publish Ahead of Print - Issue - p. doi: 10.1097/PTS.0000000000000523.
34. Gore, D.C., Powell, J.M., Baer, J.G., et al. (2010). Crew resource management improved perception of patient safety in the operating room. *Am J Med Qual*. 25:60–3.
35. Arslanoğlu, A. (2019). Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması. *İnsan&İnsan*. 21(6):431-451.
36. Najjar, S., Nafouri, N., Vanhaecht, K., Euwema, M. (2015). The relationship between Patient safety culture and adverse events: a study in Palestinian hospitals. *Safety in Health*. 1:16. DOI 10.1186/s40886-015-0008-z.
37. Moy, E.B., Akkor, A., Aydın, Ö., Çelik, N., Cankuş, B., Can Mamur, S. ve ark. (2018). Önemsemiyor mu? Bilgi eksikliği mi? Ramak kala olaylar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(2):70-86.
38. Burlison, J., Quillivan, R., Kath, L., Zhou, Y., Courney, S., Cheng, C., Hoffman, J.M. (2016). A multilevel analysis of U.S. hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting. *Journal of Patient Safety*. doi:10.1097/PTS.0000000000000336.
39. Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P., Wu, A. (2016). Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Quality and Safety*. 25:92–99.
40. Rutledge, D.N., Retrosi, T., Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *J Clin Nurs*. 27:1941–1949.
41. Verbakel, N.J., Langelaan, M., Verheij, T.J.M., Wagner, C., Zwart, D.L.M. (2015). Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Br J Gen Pract*. 65(634):319-329.
42. Ko, Y., Yu, S. (2015). The relationships among perceived patients' safety culture, intention to report errors, and leader coaching behavior of nurses in Korea: a pilot study. *J Patient Saf*. doi:10.1097/PTS.0000000000000224.
43. Rogers, E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., Dinges, D.F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. 23(4):202-212.
44. American Nurses Association (ANA). Healthy Working Environment. Erişim Tarihi: 12 Ekim 2017, <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/>.
45. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Nursing and Patient Safety. Erişim Tarihi:04.04.2018, <https://www.ahrq.gov/patient-safety/>

- psnet.ahrq.gov/primers/primer/22/Nursing-and-Patient-Safety.
46. Cho, E., Lee, N.J., Kim, E.Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.O et al. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 60:263-71.
 47. Griffiths, P, Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs.* 74:1474–1487.
 48. Bektemür, G. (2018). İç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: Bir özel hastane uygulaması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 3(5):161-177.
 49. Brunsveld-Reinders, A.H., Arbous, M.S., Kuiper, S.G., Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intrahospital transport of critically ill patients. *Journal of Critical Care.* 19:214.
 50. Parmentier-Decrucq, E., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T. Guerry, M.J.et al. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Ann Intensive Care.* 3:10.
 51. Hoffman, R.L., Saucier, J., Dasani, S., Collins, T., Holena, D.N., Fitzpatrick, M., et al. (2017). Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. *Int J Qual Health Care.* 29:412-419.
 52. Rosenbluth, G., Destino, .L, Starmer, A., Landrigan, C., Spector, N., Sectish, T. (2018). I-PASS Campaign Committee. I-PASS handoff program: Use of a campaign to effect transformational changes. *Pediatr Qual Saf.* 3(4):88-100.
 53. The Joint Commission (JCI). (2017). A complimentary publication of The Joint Commission. The essential role of leadership in developing a safety culture. (57)1:1-8.
 54. Yılmaz A, Duygulu S. (2019). Investigation of Nurses’ Perceptions of Patient Safety Culture and Effective Factors. *Journal of Health and Nursing Management.* 6:171-185.
 55. Wang, Y., Eldridge, N., Metersky, M.L., Verzier, N.R., Meehan, T.P., Michelle, M. et al. (2014). National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005-2011. *New England Journal of Medicine* 370(4):341-51

KOAH tanısı ile izlenen bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu)

Care of the individual followed by COPD diagnosis by Orem's Self-Care Theory (case report)

Tuğba Bilgehan¹, Ayşegül Koç¹, Bahar İnkaya¹

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Anahtar Kelimeler:

Koah, Öz Bakım, Hemşirelik Bakımı

Key Words:

COPD, Self-Care, Nursing Care

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

tgb.bilgehan@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

22.03.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

20.07.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

28.09.2020

ÖZET

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik geri dönüşümsüz ve ilerleyici özelliğinden dolayı tamamen iyileşmesi mümkün olmayan bir hastalıktır. Morbidite ve mortalitenin yüksek olması, çevresel faktörlerden, mesleki özelliklerden ve alışkanlıklardan etkilenmesi, maliyetin yüksek olması ve gelişebilecek farklı komplikasyonlardan dolayı KOAH önemli bir sağlık sorunudur. Sağlığın korunması/geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalıklara uyum sağlanması ve yönetiminde hemşire oldukça önemli role sahiptir. Orem'e göre hemşirelik, yardım veya rehberliğe gereksinimi olan kişilere bilimsel bilgi doğrultusunda hemşireler tarafından verilen hizmettir. Bu olgu sunumu KOAH tanısı ile gelen 68 yaşındaki hastaya Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli kullanılarak veri toplamak, bakımı planlamak, değerlendirmek ve hastanın öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Orem'in öz bakım gereksinimleri modeli 3 alt grupta kategorileştirilerek hemşirelik tanıları konmuş ve girişimler planlanmıştır. Çalışmanın sonucunda KOAH tanısı alan bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik yaşam biçiminde gerekli değişiklikleri yapmasında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre verilen bakım etkili olduğu görülmektedir.

ABSTRACT

COPD is an irreversible and progressive disease that cannot be completely cured. COPD is an important health problem due to high morbidity and mortality, being affected by environmental factors, occupational characteristics and habits, high cost and different complications that may develop. The nurse plays an important role in health protection / development, disease prevention / control, adaptation and management. According to Orem, nursing is a service provided to people who need help or guidance in line with scientific knowledge. This case report was made for a 68-year-old patient with a diagnosis of COPD. It was carried out to determine the effect of the patient on self-care agency by collecting data, planning, and evaluating using Orem's Self-Care Insufficiency Model. Orem's self-care requirements model was categorized into 3 subgroups. Nursing diagnoses were made and interventions were planned. As a result of the study, it is seen that the care given according to Orem's Self Care Insufficiency Model is effective in making the necessary changes in the way of life to protect and improve the health of the individual diagnosed with COPD.

GİRİŞ

KOAH; sigara dumanı, toksik gaz ve partiküllere maruziyet kalınması neticesinde akciğerde enflamasyon, doku hasarı, tamir ve savunma mekanizmalarında hasarlanma ile gelişen bir hastalıktır (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2014). Sigara, hava kirliliği, kapalı

alan kirliliği, yaşlılık gibi risk faktörleri son yıllarda KOAH hastalığının artış göstermesinde rol oynayan en önemli etkenlerdir (GOLD 2013, Kocabaş 2012). KOAH; akciğer ve akciğer dışı birçok organı etkilemektedir. KOAH'a eşlik eden anemi, kaşeksi, depresyon, kas iskelet sistemi hastalıkları, beslenme bozuklukları, psikolojik bozukluklar, seksüel disfonksiyon, kardiyovasküler komplikasyonlar, akciğer kanseri, obstrüktif uyku apnesi

gibi hastalıklar bulunmaktadır (Cazzola, ve ark. 2007; Başıyigit 2010). Komorbidite bir hastalık olan KOAH, sık hastaneye yatma, sürekli ilaç kullanımı, hastalığın günlük yaşam aktivitelerini ve iş hayatını etkilemesi gibi nedenlerden dolayı önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (Celli ve MacNee 2004). 2002 yılı verilerine göre KOAH dünyada en sık sakat bırakan hastalıklar arasında 11. sırada yer alırken 2030 yılında ise beşinci sırada yer alacağı öngörülmektedir. Türkiye'de ise sekizinci sırada yer almaktadır (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu 2014).

Hemşireler, KOAH'da görülen semptomlardan dispne başta olmak üzere yaşanan semptomların yönetiminde, hastane yatışlarının azaltılmasında, egzersiz kapasitesinin artırılmasında ve KOAH'ın yönetiminde anahtar rol oynamaktadır. Evde ve hastanede bakım modelleri kullanarak verilen hemşirelik bakımı, hastaların öz-bakım gücü ve motivasyonunu artırarak öz-etkililiklerinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Fletcher ve Dahl 2013, Ingadottir ve Jonsdottir 2010).

Hemşirelik kuram ve modellerinin hemşireliğin eğitim, yönetim, uygulama ve araştırma alanlarında kullanılması, mesleki gelişimi sağlamakta beraber bu alanlara kavramsal bir çerçeve sunarak temel oluşturmakta ve rehberlik etmektedir (Şengün ve ark. 2013). Hemşirelik kuramları, hemşirelik mesleğine ilişkin yazarların, sağlık kavramına, çevre ve sosyal alan arasındaki etkileşime yönelik farklı görüşlerini yansıtır. Her bir kuram ya da kavramsal model hemşirelik uygulamalarını yönlendiren özel bir yolu temsil eder. Kuramlar bilimsel sonuçları anlamlandıran ve yeni araştırmaları uyaran bilgilerin sistematik hale gelmesine olanak sağlar ve hemşirelik mesleğinin gelişim ve profesyonelleşmesine katkıda bulunur. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında kuram ve modellerin kullanımı önem taşımaktadır (Ünsan ve Kızılcı 2010; Felipe ve ark. 2014).

Hemşirelik uygulamalarında yaygın kullanılan kuramlardan biri Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramıdır. Dorethea Elizabeth Orem (2001) tarafından geliştirilen model; özbakım kuramı, özbakım eksikliği kuramı ve hemşirelik sistemleri olmak üzere üç ayrı kuramın birleşiminden oluşmaktadır. Orem, yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyo-kültürel özellikler, sağlık sistemi, aile sistemi, yaşam şekli ve düzenli yaptığı aktiviteler, kendini algılayış, çevresel faktörler, kaynakların yeterliliği ve ulaşılabilirliğini bireyin özbakım gücünü etkileyen faktörler olarak belirtmiştir. Kuram ayrıca altı çekirdek kavram (öz bakım, terapötik öz bakım gereksinimleri, özbakım gücü, özbakım eksikliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemi) ile bir çevresel kavramı (temel durumsal faktörler) açıklar (Berbiglia 2014). Uluslararası birçok

çalışmanın konusunu oluşturmuş kuram, öz bakım sağlayıcıları olarak birey ve ailesine odaklandığı için evrensel olarak kullanılabilir (Meneguessi ve ark. 2012). Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı diyabet, epilepsi, astım gibi birçok kronik hastalığın hemşirelik uygulamalarında kullanılmıştır (Altay ve Çavuşoğlu 2013; Berbiglia 2014).

Orem öz bakım gereksinimlerini üç alt grup altında sınıflandırmıştır. Bunlar; evrensel öz bakım gereksinimleri, gelişimsel öz bakım gereksinimleri ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleridir (Felipe ve ark. 2014).

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyin günlük yaşam aktiviteleri olan temel gereksinim ve istekleri kapsar. Bunlar; yeterli hava, su, beslenme ihtiyaçlarının sürdürülmesi; boşaltım ve dışkılama ile ilgili bakımının sağlanması; aktivite ve dinlenme, yalnızlık ve sosyal etkileşim gibi durumlar arasındaki dengenin sağlanması; iyilik halinin sürdürülmesi ve fonksiyonelliğin geliştirilmesi gibi ihtiyaçlardır (Felipe ve ark. 2014, Meneguessi ve ark. 2012).

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Bireyin yaşam sürecinde büyüme ve gelişme aşamalarında ortaya çıkan olumsuz koşulları önleyici bakımı ve gereksinimlerin karşılanmasını ifade eder (Pektetin 2013).

Sağlıktan Sapma Öz Bakım Gereksinimleri: Orem'e (2001) göre bireylerde sağlıktan sapma durumunda eğer öz bakım gereksinimlerini karşılamada kendini yeterli görüyorsa öz bakımını kendi yürütmelidir (Berbiglia 2014). Birey sağlığında sapmalarla birlikte öz bakım gereksinimlerini karşılayamayacak raddeye gelirse hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar (Pektetin 2013).

GEREÇ YÖNTEM

Olgu sunumunda yer alan hasta çalışma hakkında detaylı bilgilendirilerek, tüm sorularına cevap verilerek yazılı ve sözlü onamı alınmıştır. Hastanın izlemi 18-20 Aralık 2019 tarihleri arasında hastanede takip edildi. Olgu sunumunda araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'nin Hemşirelik sürecine uygulandığı Hasta Tanılama Formu kullanıldı. Hasta Tanıtım Formu: bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gibi demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, geçirdiği ameliyatlar, hastalığa ilişkin risk faktörlerini belirlemeye yönelik genel bilgileri içeren 21 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanılama formu: geçmiş ve mevcut tıbbi tanı varlığı, devamlı kullanılan ilaç, alerji durumu, bireyin durumu/hastalıkla ilgili beklentileri, solunum, dolaşım, nabız, kan basıncı, kilo, günlük sıvı alımı, beslenme alışkanlıkları, bireyin öz bakımında neler yapabildiği, beden imajı,

benlik saygısı, ağrı durumu, iletişim durumunu vb. bireyin evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır (Foster 2002).

OLGU

Sosyodemografik özellikler: A.D 68 yaşında, ilkokul mezunu, emekli, dört çocuğu olan bir erkek hastadır.

Sağlık hikayesi:

Geçmiş sağlık hikayesi: Özgeçmişinde 45 yıl boyu yılda 25 paket sigara tükettiği öykü bulunmaktadır. 10 yıldır KOAH tanısı nedeni ile tedavi edilmektedir. Üç yıldır Benign prostat hiperplazisi bulunmaktadır. A.D'nin geçirilmiş bir ameliyatı bulunmamaktadır. Bilinen besin ve ilaç alerjisi yoktur. Uzun dönem sigara kullanımına bağlı olarak reflü bulunmakta.

Şimdiki sağlık hikayesi: Orta evre KOAH'ı olan hastada özellikle son 3 haftadır nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma miktarındaki artış şikayetinin artması nedeni ile şehir hastanesi acil servisine başvurdu. Hasta yaklaşık 200 cc kadar sarı-yeşil balgamla geldi. KOAH alevlenmesi ile

gelen hasta acil servis müdahaleleri sonrası iç hastalıkları servisine yatırıldı. Kaşektik görünümde, Siyanoz (+), Solunum sesleri yaygın hafiflemiş, yaygın ekspiratuar sibilan ronküsler ve bilateral bazallerde ince- orta raller (+) efor dispnesi (+) olduğu görüldü. FEV1/FVC oranı % 60'in ve postbronkodilatör FEV1 düzeyleri % 65 dir. Hasta evre III KOAH hastasıdır. SPO2=91 (OKSİJENLİ). Balgam çıkarma, öksürük yakınmaları olan, C reaktif protein (CRP) 33mg/dl saptanan hastaya Rocephine 1x2 gr uygulandı. Servise yatış süresince rutin EKG'si çekilen, yaşam bulguları takibi ve farmakolojik tedavisi sürdürülen hastaya bakım sorumluluğunu servise yatışının altıncı günü aldığı hasta ile görüşülmeye başlandı. Yatışının 8. gününe kadar takip edilen hastaya hemşirelik girişimleri uygulandı.

Tedavisi

Combivent nebul 2x1 (PUFF), Pulmicort nebul 2x1 (PUFF), Asist ampul 3x1 (IV), Lasix ampul 2x20 mg (IV) Gentamisin 1 x1 (IV) CPAP 8 x 1 (LH)

Evrensel öz bakım gereksinimleri: Solunumu 22/dk (O2 desteği ile); nabız 78/dk ritmik, dolgun; TA 118/77

DERİ MUAYENESİ	BİREYSEL HİJYEN	BAŞ VE BOYUN MUAYENESİ	TORAKS VE AKCİĞERLER	KALP VE PERİFERİK VASKÜLER SİSTEM
Renk: Soluk Sıcaklık: 36.9°C Turgor: Normal Kaşıntı (-) Basınç Ülseri: (-) Çomak parmak (+) Saç ve vücut tüyleri: Kalın telli seyrek saçlar ve saçları dökülüyor. Tırnaklar: Ayda 2 kere, el tırnaklarını oval; ayak tırnaklarını düz kesiyor. Diğer anormal bulgular: Damar yolu açılan bölgelerde ekimozlar görülüyor.	Banyo sıklığı: 10 günde 1 kere En son banyo yaptığı tarih: klinge gelmeden 5 gün önce hasta şuan 14 gündür yıkanmıyor. Vücut temizliği yapmada: bağımlı Ağız bakımı: 2 günde 1 kere diş fırçalıyor Tırnak bakımı: ayda 2 kere yapıyor. Perine bakımı: her tuvalet ve banyoda yapıyor	Yüz: soluk ve sarı dudaklar > renk: morumsu > nemlilik: kuru > lezyon: yok Ağız içi: plaklı diş eti > renk: pembe Gözler ve görme: Konktiva Sağ ve sol göz beyaz ve akıntı yok. Sklera renk: beyaz Pupilla: izokorik Kulaklar ve işitme: işitme güçlüğü	Solunum Sırasında: Bağımlı (oksijen kanülü takılı, efor dispnesi mevcut) Yardımcı solunum kasları ve burun kanatları solunuma katılıyor (oksijensiz iken) Radyolojik olarak bronş duvarında kalınlaşma, bronşlarda genişleme Dispne: Var (Eforlu) Siyanoz: var Öksürük: Var Fıçı göğüs(+)	Varis: yok Ödem: yok Kızarıklık: yok Cilt > renk: soluk > sıcaklık: 36.9 °c
BESLENME	BOŞALTIM	GENİTOÜRİNER SİSTEM	KAS-İSKELET SİSTEMİ	SİNİR SİSTEMİ
Beslenme Sırasında: Bağımsız Beslenme Şekli: Oral Günlük Öğün Sayısı: 1 Son 6 Ayda İstemsiz Kilo Kaybı: Var(son 6 ayda 8 kilo kayıp) > Hasta İştahsız	Boşaltım alışkanlığını karşılamada:bağımsız Boşaltım alışkanlığı: hasta konstipe, haftada 1-2 kez Defekasyon yapabiliyor.	Üriner boşaltımını karşılamada:bağımsız(geceleri tuvalet için uyanıyor ve uykusu bölünüyor) İdrarın rengi: açık sarı ve berrak Üriner boşaltım sorunu: idrar yaparken zorlanıyor ve yanma hissediyor.İdrar sonrası tam boşalmama hissi yaşıyor.	Yürüyüş biçimi: kambur yürüyüş Kıyafetlerini giyme-çıkarmada: bağımsız Pozisyon değiştirme: bağımsız Yürümede: bağımsız	Mental Durum > Bilinç Durumu: Oryante > O r y a n t a s y o n u : Zamana-Yere > Hafıza Kaybı: Yok

mm/Hg, vücut sıcaklığı 36.8°C; SPO2:91(oksijenli)cilt ve dudaklar soluk, cilt kuru ve siyanotik görünümde, göğüs ve mide de ağrı mevcut, LDL:233 mg/dl, HDL: 38 mg/dl, Total Kolesterol:291mg/dl, BKİ 18, iştahsız ve gelen yemekleri yemek istemiyor, günlük sıvı tüketimi 1100 ml/; aralıklı konstipasyon (hemoroid ve anal fissür var) mevcut, cinsel olarak aktif ancak isteksiz olduğu ve geceleri en az 2 kez idrar yapmak için kalktığını ifade etmektedir. Hastalığı hakkında kafasında soruları ve cevaplayamadığını ifade etmiştir.

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri: Hasta, 16 yaşında evlenmiştir. Evleninceye kadar köyde yaşamıştır. Evlendikten sonra ilçede yaşamıştır. Son 10 yıldır çocukların okulu nedeni ile de il merkezinde yaşamaktadır. Hasta 10 yıldır KOAH ve kronik bronşektazi, 3 yıldır Bening prostat hiperplazisi olan hasta, bu hastalıklara yönelik ilaç ve diyet tedavisine uymamakta, kontrollerini yeterince önemsememektedir. Stresli bir kişilik yapısına sahip olan hasta 45 yıldır 2 paket/gün sigara tükettiğini ve karşılaştığı sorunlarla baş etmesi gerektiğinde yöntem olarak sigara içtiğini ifade etmektedir. Hasta şu an sigarayı bıraktığını, çok canı istediğinde yarısını içip söndürdüğünü ifade etmiştir.

Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri: Hasta, 10 yıldır var olan, son 2 yıldır da artan solunum sıkıntısı nedeniyle kendisi, ailesi ve çevresi ile ilgili rollerini etkin şekilde yapamadığını ve ertelediğini; rollerini

etkin yapmamaya bağlı anksiyetesinin arttığını ifade etmektedir. Sürekli sigara içmek istediğini, sigara içemediği için defekasyonunu yapamadığını, yeterli su içemediğini, yemeğini yiyemediğini ifade etmektedir. Ne zaman yoğun bakımdan çıkacağını, eve ne zaman gideceğini, eski yaşamına dönüp dönemeyeceğini sorgulamaktadır. Hasta öz bakım gereksinimlerini etkin şekilde karşılayamamaktadır.

SONUÇ

Bu olgu sunumunda KOAH'lı hastada Öm'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'nin kullanılmıştır. Hastadan ayrıntılı veri toplama gerçekleştirilerek, hastanın gereksinimine özel bakım planlanması sağlanmıştır. Bu bakım planının hem klinik hem de taburculuk sonrası daha nitelikli bir bakım verilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

KOAH tanısı alan bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik yaşam biçiminde gerekli değişiklikleri yapmasında Öm'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre verilen bakım etkili olmuştur. Buna karşın bireyin öz bakım gücünde yükselme olduğu aynı zamanda öz bakımın düzeyinin (düşük iken orta) arttığı belirlendi. Bu sonucun oluşmasında bireyin öz bakımını güçlendirmeye yönelik verilen bakımın taburculuk sonrası izlem süresinin kısa olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda zaman

Tablo 1. Öm'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre Hastanın ÖzBakım Gereksinimlerinin Gruplandırılması ve Hemşirelik Bakım Planı

Öz Bakım Gereksinimleri	Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri	Cilt, dudaklarda soluk, kuru, siyanotik görünüm, solunum sıkıntısı. SPO2:91 Çomak parmak Fiçi göğüs Hemşirelik Tanısı: Gaz alışverişinde bozulma Amaç: Gaz alışverişini kolaylaştırmak Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: BKİ 18 olması Hastanın kaşetik görünümü olması Gelen yemekleri red etmesi İştahsız olduğunu ifade etmesi Hemşirelik Tanısı: Solunum güçlüğü nedeniyle katı yiyecek tüketiminde zorlanma, iştahsızlık belirtilerinin olmasına bağlı "Beden Gereksiniminden Daha Az Besin Alma" Amaç: -Normal kilosuna ulaşması -Bireyin, metabolik Gereksinimine ve aktivitesine göre düzenlenen günlük Besinleri yemesi	<ul style="list-style-type: none">• Aralıklı 4-6lt/dk Oksijen uygulamasına devam edildi.• Solunum sayısı ve özelliği değerlendirildi.• Arteriel kan gazı takibi yapılarak hekim ile işbirliği sağlandı.• Yatak başı 30-45 ° yükseltildi• Aldığı, çıkardığı takibi yapıldı.• Kan basıncı takibi yapıldı. <ul style="list-style-type: none">-Malnütrisyon belirti ve bulguları izlenir.- Günlük AÇT ve kilo takibi yapıldı.-Hastanın beslenme alışkanlıkları değerlendirilir ve öğünleri izlenerek kayıt altına alındı.-Hastanın az ve sık beslenmesi sağlandı.- Yemek yerken semi fowler ya da fowler pozisyonu verilir.- Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı uygulandı.- Diyetisyenle işbirliği yapılarak uygun diyet planlanır ve hastanın diyetine uyumu desteklendi.- Hasta ve hasta yakınlarına dengeli beslenme konusunda eğitim verildi.- Hastanın istediği vakitlerde sevdiği besinleri yemesi sağlanır. (hastalığı göz önünde bulundurularak)	<ul style="list-style-type: none">• Solunum sayısı 21- 24/dk aralığında değiştiği belirlendi • Kan gazı PaO2:80 mmHg (1 kez alındı) SaO2: %90- 95 (pulse oksimetre cihazı ölçüm değer aralıkları)• Aldığı: 1200cc Çıkardığı 800cc+ Gizli kayıp solunum 200cc+ terleme(+++) Total +200cc• TA 115/76- 120/ 80 mm/Hg <p>Bireye bu süreç içerisinde yemek yemesi önerilerinde bulunuldu ve bu amaç desteklendi, zaman zaman ödüllendirmek için sevdiği zamanlarda sevdiği yiyeceklerin temin edilmesi sağlandı. Takip süresi boyunca hastanın kilosunda değişiklik olmadı.</p>

Tablo 1. (Devam)

Öz Bakım Gereksinimleri	Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri	<p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: LDL:233 mg/dl, HDL: 38 mg/dl, Total Kolestrol:291 mg/dl,</p> <p>Hemşirelik Tanısı: KOAŞ süreci, benign hiperplazi prostat, sigara kullanımı ve tedaviye uyumsuzluk ilgili "Bilgi eksikliği" Amaç: Hastalık süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmasını sağlamak</p>	<p>- Hastaya KOAŞ nedir, oluşma nedenleri nelerdir, değiştirilemez ve Değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir, tedavi sürecinde nelere dikkat edilmesi gerektiğine yönelik bilgileri içeren eğitim verildi</p> <p>- Taburculuk süreci gerçekleşene kadar geçen sürede hasta tekrarlı ziyaret edilerek eğitimin pekiştirilmesi sağlandı.</p> <p>-Hasta ile taburculuk sonrası 2 kez telefon ile ve 1 kez olmak üzere 3 görüşüme yapılması planlandı.</p> <p>- Sigaranın hastalığı için ve genel sağlığına etkileri açıklandı.</p> <p>- Sigara bıraktırma hattından da ve kullanabileceği yardımcı ürünlerden bahsedildi.</p> <p>- Prostatı için beslenme önerileri(alkol be kafeinden uzak, konstipe olmaması için özel diyet) önerildi.</p> <p>-Hastanın günlük dışkılama süreci izlenir. Dışkı durumu takip edilir.</p> <p>-Hastanın günlük 2 – 3 lt sıvı almasına özen gösterildi ve teşfik edildi. Sıvı alması gerektiği hatırlatıldı.</p> <p>-Hastanın gün için lifli gıdalar alması sağlandı. (Taze meyve, sebze, tahıllar)</p> <p>-Sabahları aç karnına ılık su içmesi</p> <p>-Kuru meyve tüketmesi söylendi</p> <p>-Gereğinde laksatif kullanarak boşaltımı sağlanacak</p> <p>-Mevcut ilaçları kontrol edildi. (Kabızlığı etkileyen ilaçlar süreci olumsuz etkiler)</p> <p>- Hasta tuvalete gireceği zaman ayaklarının altına küçük bir ayaklık yerleştirdi. Ayaklık yerleştirmek karın içi basıncını artırır ve özellikle zayıf abdominal kaslara yaşlıların dışkılamasını kolaylaştırır.</p> <p>-Soda, kahve ve çay gibi sıvıları tüketimi konusunda uyarıldı.</p> <p>- hemoroid ve anal fissür sebebi ile hastaya beslenme eğitimi verilir dr. İle görüşülerek order eilen ilaçlar uygulanacak.</p> <p>- Her gün aynı saatte tuvalete gitmesini sağlayarak tuvalet alışkanlığı için bilgi verildi</p> <p>- Hastayla güvenli bir iletişim sağlandı.</p> <p>- Daha önceki cinsel yaşamına ilişkin öykü alındı.</p> <p>- Hasta cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız eden konular hakkında soru sorması için cesaretlendirildi.</p> <p>- Hasta mahremiyetine özen gösterilerek elde edilen bilgilerin gizli tutulacağına dair güven verilir.</p> <p>- Cinsel yaşam örüntüleri hakkında hastadan bilgi alınır.</p> <p>• Taburculuk sonrası cinsel ilişkiye ne zaman başlayabileceği hakkında doktoru ile konuşarak hasta ve eşine bilgi verildi.</p> <p>• Eşinin de cinsel ilişki konusunda gerekçeleri anlaması sağlanarak, eşine destek vermesi sağlanmaya çalışıldı</p>	<p>Hasta KOAŞ'a yönelik anlatılanları doğru bir şekilde tekrarladı ve uygulayacağını ifade etti. Sigaraya devam edip etmediği değerlendirilemedi.</p> <p>Hasta tuvalet alışkanlığı kazanmak için 2 gün boyu aynı saatte tuvalete gitti. Defekasyon 2. Gün gerçekleşti. Normal barsak alışkanlığına dönemedi.</p> <p>Eşlerle görüşülerek yaşadıkları ortak problemler için çözüm önerileri sunuldu. Korunma yöntemleri hakkında bilgilendirme yapıldı. Değerlendirme sağlanamadı.</p>
	<p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: Dışkılamada azalma Dışkıyı yaparken zorlanma, dışkının kuru ve sert olması Karın şişkinliği Karın ağrıları Hemoroid ve anal fissür varlığı Az sıvı tüketimi Benign prostat hiperplazi Hemşirelik Tanısı: Barsak Boşaltımında Değişim; Konstipasyon Amaç: Normal barsak alışkanlığı kazandırmak</p>		
	<p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: "Hastaneden çıkınca ilişkiye girememe ağrım olur, nefesim daralır, şimdilik dursun" ifadesi.</p> <p>Hemşirelik Tanısı: Dispne ve yetersiz solunum örüntüsü, isteksizlik ile ilgili "Cinsellik örüntülerinde etkisizlik" Amaç: Kişinin cinsellikle ilgili kaygılarının azaltılması/ giderilmesi -Hastanın sağlıklı cinsel Yaşam sürdürmesini desteklemek -Eksik veya yanlış bilgileri saptayıp doğru Bilgilenmesini sağlamak</p>		

Tablo 1. (Devam)

Öz Bakım Gereksinimleri	Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri	<p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sekresyonun fazla olması -Sekresyonun çıkartılamaması -Etkin olmayan öksürük -Hava yolu obstrüksiyonunun artması <p>Hemşirelik Tanısı: Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik</p> <p>Amaç: Etkin öksürük ve hava yolu temizliğini sağlamak ve hava yolu açıklığını sürdürmek</p> <p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: Son 2 aydır arkadaşlarımla görüşemiyorum, çok yoruluyorum”; “sürekli evde kalıyorum, nefesim daralıyor, yürüyünce geride kalıyorum gidemiyorum”</p> <p>Hemşirelik Tanısı: KOAH süreci, dispne, yorgunluk ile ilgili “Sosyal izolasyon”</p> <p>Amaç: Bireyin tekrardan topluma kazandırılması ve çevresi ile olan iletişiminin güçlenmesini sağlamak.</p> <p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: “ nefesim yetmiyor, ne zaman geçecek bu illet , artık yeter” ifadeleri</p> <p>Hemşirelik Tanısı: KOAH süreci, dispne, tanılama nedenli “Anksiyete”</p> <p>Amaç: Hastanın anksiyete düzeyini en aza indirmek</p> <p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar:</p> <p>Hemşirelik Tanısı: Sigara kullanımına, bağımlılığına bağlı “Etkisiz başetme”</p> <p>Amaç: Hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlamak</p> <p>Amaç: Hastanın öz bakımını güçlendirmek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Öksürme egzersizleri öğretmek ve yaptırmak. - Akciğer seslerini dinlendi. - Hastayı derin solunum yapmaya cesaretlendirildi. - Hastaya solunumu rahatlatan pozisyonları (Fowler, Ortopne pozisyonu) öğretmek ve uygulamasını sağlandı - Hastaya postural drenaj uygulanır. -Derin soluk alıp verme egzersizlerini öğretmek ve yaptırmak -Günlük 2000 ml sıvı almasını sağlamak -Ortam havasının nemini korumak -İlaçlarını doğru kullanmasını sağlamak - Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri, öksürük ve sekresyonun özelliği değerlendirildi. - Doktor istemine göre hastaya O2, brokodilatör, ekspektoran, steroid ve antibiyotik gibi ilaçları verildi Oksijen nemiendirildi. -Hastayı solunum yolu enfeksiyonlarının erken belirti ve bulguları yönünden izlendi. (ateş, dispne, balgam renginde, yoğunluğunda ve miktarında değişiklik gibi) -KOAH sonrası tedavi ve hastalığa uyum sürecine ilişkin bilgilendirme yapıldı. -Uygulanan tedavi ve taburculuk sonrası verilecek olan tedavi sürecinin etkin uygulamasının hastanın eski sosyaline dönüşmesini kolaylaştıracağı açıklandı. -Hastanın taburculuk sonrası tedavi rejimine uyumunun önemi tekrar vurgulandı. -Hastanın rol ve sorumluluklarını yerine getirebilecek araç ve gereçler sağlanır.(telefon, gazete, dergi v.s.) -Hastanın duygularını ifade etmesi için fırsat verilerek, etkin dinleme yapıldı - KOAH süreci ve yapılması gerekenlere yönelik verilen eğitim esnasında anksiyeteye neden olan konular hakkında hastanın kendini ifade etmesi sağlandı. -Hastanın takip sürecinde anksiyete yaratan nedenlere yönelik arahlık sorular ve gerekirse bilgilendirmeler yapılarak anksiyete azaltılmaya/ giderilmeye çalışıldı. -Derin solunum egzersizleri yapıldı. -Sessiz rahat bir çevre sağlandı. - Yapılan/yapılacak işlemler ve tedavi süreci hakkında hasta ve aile üyelerine bilgi verildi. - Hastanın çevreye, ekipmanlara ve rutinlere oryantasyonu sağlandı. - Hastaya gevşeme ve rahatlamasına yönelik bilinçli olarak yöntemler öğretildi. (kas egzersizleri, meditasyon vs.) <p>Hastaya bakım verme süreci boyunca sigaranın zararları, KOAH'lı bireye etkileri ve nasıl bırakılabileceği yönünde desteklendi.</p>	<p>Hastanın etkin postural drenaj ile sekresyon çıkarımı sağlandığı için hasta daha rahat nefes aldığını ifade etti.</p> <p>Hastane yatışı devam ettiği için izolasyonu devam etti, ziyaret saatlerinde aile ve arkadaşlarıyla iletişimi arttırması sağlandı.</p> <p>Hasta solunum ve kas egzersizlerini yaptığıında kendisini daha rahat ve mutlu hissettiğini ifade etti.</p> <p>Hastanın sigarayı tamamen içmediğine emin olunmadı sigara bıraktırma polikliniğine gönderildi.</p>

Tablo 1. (Devam)

Öz Bakım Gereksinimleri	Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri	<p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: Dispne, aralıklı oksijen alımı (4-5lt/dk), Dudaklarda siyanoz,</p> <p>Hemşirelik Tanısı: "Aktivite intoleransı" Amaç: Aktivite toleransının iyileşmesi ve bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi, solunum egzersizlerini yapabilmesi</p> <p>Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar: "Anlattıklarınızı biliyorum, ancak yapamıyorum"; "Bir tane sigara içeyim; daha içmeyeceğim"; "Sigara bıraktırma polikliniğine başvuracağım" ifadeler Hemşirelik Tanısı: KOAH süreci, sigara bağımlılığı ve tedaviye uyumsuzluk ile ilgili "Öz bakımda güçlendirmeye hazır oluş" Amaç: Hastanın öz bakımını güçlendirmek.</p>	<p>-Yaşam bulguları takip edildi -Öz bakım aktiviteleri yaparken desteklendi -Yapabildiği durumlarda öz bakım aktivitelerini kendisinin yapması sağlandı. - Akut dönemde yatak istirahati sağlandı. - Aktivite intoleransın varlığı (Aktivite sırasında kalp hızının istirahat kalp hızından 20 vuruş/dk artış; aktivite sonrası hızın 3 dakika içerisinde normale dönmemesi; aritmi, hareket ile kan basıncında değişiklikler) değerlendirildi. - Solunum hızı, derinliği, şekli, akciğer sesleri ve saturasyonu değerlendirildi. -Hekim istemine göre O2 tedavisi uygulandı. - Hastanın yeterli istirahatinin sağlanması için uygun koşullar (çevre gürültüsünü azaltma, hemşirelik girişimleri ve hasta aktivitelerini kesintisiz dinlenme periyodları sağlanacak şekilde planlama) sağlandı. -Hastanın öz bakım gücü değerlendirildi. -Hastanın takibi sürecinde eğitim içeriği gereksinimleri doğrultusunda tekrarlanarak öz bakımı güçlendirilmeye çalışıldı. -Yetersizliği olduğu düşünülen konularda profesyonel destek alması için önerilerde bulunuldu.</p>	<p>"Aktivite İntoleransı" tanısına yönelik gerçekleştirilen hemşirelik girişimleri sonucunda; aktivite sırasında dispnesi azalan hasta kendini daha iyi hissettiğini ifade etti. spO2 91'den 94'e yükseldi.</p> <p>Hastanın öz bakımını yerine getirmek için çabaladığı gözlemlendi.</p>

kısıtlılığı sebebi ile hasta yeterince takip edilemedi. Bireyde sigara bağımlılığına ilişkin davranış değişikliği gerçekleştirilmedi etkili olunamadı. Bu nedenle "etkisiz baş etme" tanısına yönelik hemşirelik girişimleri tekrar ele alındı ve hasta sigara bıraktırma polikliniğine tekrar yönlendirildi.

Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'nin KOAH'lı bireylerin bakımında kullanımının uygun olduğu görülmektedir. Ayrıca modelin 3 başlık altında toplanması (Evrensel, gelişimsel, sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri) kategorileştirmek için kolaylık sağlamıştır. Bununla birlikte, KOAH'lı bireyin bakımını Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre yapılandırıldığı daha kapsamlı araştırmaların yapılması ve bakım verilen bireylerin izlemine yönelik sürenin 3-6-12 ayı kapsayacak şekilde planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Şengün İnan F, Üstün B, Bad emli K. Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16:(2):132-139.
- Ünsal Avdal E, Kızılcı S. Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2010;3(3):164-168.
- Felipe LC, Araújo ARA, Vitor AF. Nursing process according the model of self-care in a cardiac bed idden patient. Journal of Research Fundamental Care Online. 2014;6(3):897-908.
- Meneguessi GM, Teixeira JPDS, Jesus CAC. Rehabilitation in spinal cord: reflection on the applicability of the Orem's self-care theory. Journal Nursing UFPE On Line. 2012; 6(12):3006-3012.
- Berbiglia VA. Orem's self-care theory in nursing practice. Nursing Theory Utilization & Application. Alligod MR, Fifth ed, Mosby Year Books; 2014.p. 222.
- Altay N, Çavuşoğlu H. Using orem's self-care model for asthmatic adolescents. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2013;18:233-242.
- Pektakin Ç. Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.s.105-109.
- Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu (2010). Türk Toraks Dergisi, 11(1), 5-63.
- Cazzola, M, Donner, CF, Hanania, NA. One hundred years of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Respiratory Medicine, 101, 2017:1049-1065.

10. Başyigit I. KOAH Patogenezi ve Fizyopatolojisi. Türk Toraks Dergisi, 2010;1(2), 114-118.
11. Celli, B.R., MacNee, W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD, a summary of the ATS/ERS position paper. European Respiratory Journal,2004; 23, 932-946
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013 Reports, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2013)., http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf
13. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Epidemiyoloji ve Doğal Gelişim. Erişim, 8 Şubat 2020,
14. Fletcher MJ, Dahl, B.H. Expanding nurse practice in COPD, key to providing high-quality, effective, and safe patient care?. Primary Care Respiratory Journal, 2013;22(2), 230-233. 72 .
15. Ingadottir TS, Jonsdottir, H. Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families, influences on health related quality of life and hospital admissions. Journal of Clinical Nursing, 2010;19, 2795-2805.
16. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Türk Toraks Dergisi. 2014.
17. Foster PC, Bennett AM. Self- Care Deficit Nursing Theory: Dorethea Örem. In: George JB, editor. Nursing Theories the Based for Professional Nursing Practices 5. ed. New Jersey: Prentice Hall; 2002; p. 125-55.