



**SAğLIK PROFESYONELLERİ ARAşTIRMA DERęİSİ**

**JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH**

**J HEALTH PRO RES**

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE SAğLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ**  
**JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH**

**J HEALTH PRO RES**

**CİLT 5 SAYI 1 YIL 2023/ VOL 5 NO 1 YEAR 2023**

**İÇİNDEKİLER**

	<b>HAKEM KURULU</b>	i
	<b>YAZARLARA BİLGİ</b>	iii
	<b>ARAŞTIRMA MAKALELERİ</b>	
1	Üniversite Öğrencilerinin Diyet Posa Alımı ve Dışkılama Sıklığı / Dietary Fiber Intake and Defecation Frequency of University Students	1-9
	Ebru OKUMUŞ, Aysun YÜKSEL	
2	Ebelerin Profesyonel Değerleri ve Mesleki Yetkileriyle İlgili Algılarının Değerlendirmesi / Evaluation of Midwives' Perceptions Regarding Professional Values and Professional Authorities	10-18
	Melek BALÇIK ÇOLAK, Sibel İÇKE	
3	Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna Yönelik Bir Değerlendirme / An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey	19-27
	Gülây EKİNCİ, Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ	
4	Engelli Çalışanlar için İş Güvenliği Eğitimlerinin İncelenmesi / Investigation of Occupational Safety Trainings of Disabled Employees	28-35
	Serhat SARI, Furkan BERBER, S. Buğra KÖSEOĞLU, Gamze N. UYGUN, Serap TEPE	
5	Türkiye'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Mevcut Standartları ve İyileştirme Önerileri / Current Standards of Traditional and Complementary Medicine Practices in Turkey and Suggestions for Improvement	36-48
	Betül AKALIN, Arzu İRBAN	
6	Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği: Metodolojik Çalışma / Turkish Validity and Reliability of the Evidence-based Practice Questionnaire for Nurses: A Methodological Study	49-69
	Burcu ÇAKI DÖNER , Şirin ÇELİKKANT , Zeynep GÜNGÖRMÜŞ	
	<b>DERLEME</b>	
6	Bronşektazi'de Pulmoner Rehabilitasyon / Pulmonary Rehabilitation in Bronchiectasis	70-80
	Şeyda YILDIZ, Esra PEHLİVAN	
7	Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri / Problems Experienced By Healthcare Professionals Caring For Palliative Care Patients and Solution Suggestions	81-88
	Tuğba MENEKLİ	
8	Maternal - Paternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler ve Ebelik Yaklaşımları / Factors Affecting Maternal - Paternal Attachment and Midwifery Approaches	89-95
	Esmâ GÜNEŞ, Cansu IŞIK	

**DERGİNİN SAHİBİ**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

**BAŞ EDİTÖR**  
Prof. Dr. Cevdet ERDÖL

**EDİTÖR**  
Prof. Dr. Arzu İRBAN

Doç. Dr. Esra PEHLİVAN

**ALAN EDİTÖRLERİ**

Dr. Bertuğ SAKIN  
Dr. Elvan YILMAZ AKYÜZ  
Dr. Esin SEZGİN  
Dr. Esra PEHLİVAN  
Dr. Handan ÖZCAN  
Dr. Hülya YÜCEL  
Dr. Mediha Demet OKUDAN  
Dr. Serap TEPE  
Dr. Yasemin AYDIN KARTAL  
Dr. Zahra POLAT

**SEKRETERYA / MİZANPAJ EKİBİ**

Arş. Gör. Ahmet GÖKCAN  
Arş. Gör. Ahsen ERİM  
Arş. Gör. Ahsen KARTAL  
Arş. Gör. Ayşe Derya SARAÇOĞLU  
Arş. Gör. Beyza PEHLİVAN  
Arş. Gör. Büşra TEKİN  
Arş. Gör. Ceyhan TURHAN  
Arş. Gör. Ebru YILDIZ  
Arş. Gör. Mert KILIÇ  
Arş. Gör. Pınar BAŞTÜRK  
Arş. Gör. Yasemin Tuğba ÖĞÜNÇ

## DANIŞMA KURULU

Dr. Abdullah Targil	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Dr. İlkem Kara	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Abdülkadir Yeler	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	Dr. İpek Yeldan	İstanbul Üniversitesi
Dr. Ahmet Zeki İzgöer	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. İsmail Barış	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Alev Keser	Ankara Üniversitesi	Dr. Joseph Akanuwe	Lincoln University
Dr. Ali Rıza Abay	Yalova Üniversitesi	Dr. Melih Zeren	Bezmialem Üniversitesi
Dr. Alis Kostanoğlu	Bezmialem Üniversitesi	Dr. Mendane Saka	Başkent Üniversitesi
Dr. Arzu Razak Özdiñler	Biruni Üniversitesi	Dr. Muhittin Tayfur	Başkent Üniversitesi
Dr. Asiye Ayar Kocatürk	Medipol Üniversitesi	Dr. Murat Baş	Acıbadem Üniversitesi
Dr. Aydan Ercan	Trakya Üniversitesi	Dr. Murat Konca	Çankırı Üniversitesi
Dr. Aysel Yıldız	Marmara Üniversitesi	Dr. Mustafa Yılmaz	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Aysun Yüksel	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nazan Karahan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Ayşen Köse	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Nazlı Baltacı	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Dr. Besev Ören	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nebile Özmen	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Binnur Okan Bakır	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Necla Dalbay	İstanbul Aydın Üniversitesi
Dr. Birol TİBET	TÜSEB	Dr. Neriman Çağlayan Keleş	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Buket Akıncı	Biruni Üniversitesi	Dr. Neriman Zengin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Demet Tekin	Fenerbahçe Üniversitesi	Dr. Neşe Kaya	Erciyes Üniversitesi
Dr. Derya Yüksel Koçak	Hitit Üniversitesi	Dr. Nevin Şahin	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Dilber Coşkunsu	Bahçeşehir Üniversitesi	Dr. Nezihe Kızılkaya Beji	Biruni Üniversitesi
Dr. Elif İşlek	TÜSEB	Dr. Nilgün Avcı	Biruni Üniversitesi
Dr. Elvan Yılmaz Akyüz	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Emel Tahir	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nuran Aydın	Medipol Üniversitesi
Dr. Emine Koç	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nurgül Karakurt	Atatürk Üniversitesi
Dr. Ergül Aslan	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Özge Küçükerdönmez	Ege Üniversitesi
Dr. Esra Pehlivan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Özgür Sarı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Esra Yücel	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Ramazan Erdem	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Fatih Özbey	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Rasmi Muammer	Yeditepe Üniversitesi
Dr. Fatma Deniz Sayiner	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Dr. Rengin Demir	İstanbul Üniversitesi
Dr. Fatma Esen Aydınli	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Rıza Korhan Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Feryal Subaşı	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Rukiye Hobek Akarsu	Bozok Üniversitesi
Dr. Gamze Akbulut	Gazi Üniversitesi	Dr. Rüştü Uçan	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Göksel Demir	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Saadet Yazıcı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Gül Kızıltan	Başkent Üniversitesi	Dr. Semiha Aydın Özkan	Adıyaman Üniversitesi
Dr. Gülay Koçoğlu	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Dr. Semiramiş Özyılmaz	Bezmialem Üniversitesi
Dr. Gülçin Bozkurt	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Serap Tepe	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Gülhan Yılmaz Gökmen	Bandırma Üniversitesi	Dr. Sevgi Özalevli	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. H. Serap İnal	Bahçeşehir Üniversitesi	Dr. Sevinç Yücecan	Yakın Doğu Üniversitesi
Dr. Hafize Öztürk Can	Ege Üniversitesi	Dr. Şengül Hablemitoğlu	Lefke Avrupa Üniversitesi
Dr. Hakan Değerli	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi	Dr. Tuncay Soylu	Trakya Üniversitesi
Dr. Hale Tosun	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Tülay Yılmaz	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Handan Özcan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Ümit Çıraklı	Yozgat Bozok Üniversitesi
Dr. Hanifegül Taşkiran	İstanbul Aydın Üniversitesi	Dr. Ümmügülsüm Aysan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım	TÜSEB	Dr. Üyesi Esin Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Haşim Çapar	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Vahit YİĞİT	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Hayrettin Mutlu	İstanbul Gedik Üniversitesi	Dr. Yasemin Aydın Kartal	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hilal Külli	Bezmialem Üniversitesi	Dr. Yasin Acar	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Dr. Huriye Tümer	İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Yeliz Dinçer	Düzce Üniversitesi
Dr. Hür Mahmut Yücer	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Yasemin Hamlacı	Sakarya Üniversitesi
Dr. Hüsnüye Dinç	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Zekiye Karaçam	Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. İlhan Tomanbay	İstinye Üniversitesi	Dr. Zekiye Turan	Sakarya Üniversitesi

## YAZARLARA BİLGİ

### 1-DERGİNİN AMACI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yayınlanan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ kar amacı gütmeyen ve kamu yararını gözeten hakemli bir dergidir. Sağlık bilimleri ve meslekleri alanında ulusal ve uluslararası nitelikli çalışmaların yayınlanması ile sağlık profesyonellerinin gelişimine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

### 2-ODAK VE KAPSAM

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin amaçları doğrultusunda yayın odağında;

- Teori ve uygulama arasında köprü olan,
- Sağlık profesyonellerinin teorik eğitimine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin uygulama alanlarında gelişmelerine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin çalışma kapsamında güncel sağlık sorunlarını ve çözüm önerilerini ele alan,
- Sağlığı geliştiren, koruyan ve hastalık sürecinde uygulanan girişimleri ele alan çalışmalar yer almaktadır.

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ 'nin yayın kapsamında;

- Sağlık profesyonellerinin eğitimini geliştirmeye yardımcı olan çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin temel problemlerini ve uygulamalarını inceleyen, geliştiren çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin görev ve sorumlulukları kapsamında güncel sağlık sorunlarını irdeleyen çalışmalar
- Meta-analiz, sistematik inceleme ile büyük araştırma grupları veya örneklerle gerçekleştirilmiş çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin yetkileri kapsamında sağlık sorunlarını ve toplum üzerinde etkisini inceleyen çalışmalar

### 3-YAYIN SIKLIĞI

Uluslararası hakemli bir dergi olan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ Şubat, Haziran ve Ekim aylarında olmak üzere yılda üç kez elektronik olarak yayımlanır.

### 4-YAYINLAMA POLİTİKALARI

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'ne, daha önce yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş, özgün, güncel ve sağlık profesyonellerine katkı yapacak makaleler gönderilmelidir.

### 5-YAYIN DİLİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin yayın dili Türkçe'dir. Aynı zamanda İngilizce makaleler yayımlanır. Makalelerin yazımı dil bilgisi kurallarına uygun olmalıdır. Makaleler anlaşılır, açık ve yalın bir dil ile yabancı sözcüklerden arındırılmış olarak yazılmalıdır. Yabancı sözcük kullanımı zorunlu olduğunda yanında Türkçesi yazılmalıdır. Yazar(lar)a, makalelerin değerlendirme sürecinde editörler kurulu, hakemler ya da dil editörlerince düzeltmeler önerilebilir. Bu düzeltmelerin yapılması, yazarların sorumluluğundadır.

### 6-DERGİNİN BÖLÜMLERİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nde ağırlıklı olarak özgün nitelikli araştırma makaleleri (% 100 - % 80) yayımlanır. Her sayıda araştırma sayısına göre derleme makale sayısına karar verilir.

### 7-YAZIM KURALLARI

**Sayfa Düzeni:** Makale, bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. A4 dikey, Kenar boşlukları 4 yandan 2,5cm

**Font:** The Times Roman, Ana başlıklar 11, Metin 10 punto büyüklüğünde yazılmalıdır.

**Makale türlerine göre sırasıyla aşağıdaki ana başlıklardan oluşmalıdır;**

**7-1. Orijinal Araştırma Makalesi:** Sağlık profesyonellerinin görev yetki ve sorumlulukları kapsamında, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmamış prospektif-retrospektif ve deneysel çalışmalardır.

#### Yapısı:

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 250-300 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşmalı)
- Abstract (10 punto ortalama 250-300 kelime, Aim, Method, Result, Conclusion)
- Anahtar kelimeler (10 punto alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntem
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (Tablo başlıkları ve metin 10 Punto, tablo ve şekil toplam sayısı en fazla 5 olmalıdır.)

**7-2. Derleme Makalesi:** Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından son literatürü içine alacak şekilde hazırlanmalıdır.

**Yapısı:**

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe)
- Abstract (Ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

**7-3. Olgu Sunumu:** Nadir görülen farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

**Yapısı:**

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe)
- Abstract (10 punto, ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (10 punto, alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

**7-4. Editöryel Yorum/Tartışma:** Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

**7-5. Editöre Mektup:** Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

**Yapısı:**

- Başlık ve öz bölümleri yoktur.
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

**7-6. Bilimsel Mektup:** Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

**Yapısı:**

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

**7-7. Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler**

- Tablo başlıkları 10 Punto, ilk harfler büyük yazılmalıdır (Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler)
- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makalede kaynakların sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

**7-8. Sayıların Yazılışı**

Ondalık Sayıların yazımında sadece nokta kullanılmalıdır. Nokta sonrası iki sayı verilmelidir.

Örnek: 12.25; %36.74; p=0.025;

**7-9. Kısaltmalar**

İlk kullanımda uzun şekli yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekli verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" kaynağına başvurulabilir.

## 7-10. Anahtar Kelimeler

En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com)).

## 7-11. Teşekkür

Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

## 7-12. Kaynaklar

Dergide kaynak yazımı Vancouver Stilidir.

Kaynaklar makalede geçiş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden önce parantez içinde belirtilmelidir. Makale içinde geçen bütün kaynaklar makalenin sonunda Kaynaklar başlığı altında yazılmalıdır. Kaynaklarda yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp İngilizce kaynaklarda “et al.”, Türkçe kaynaklarda “ve ark.” eklenmelidir. Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz). Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Kaynak yazımında aşağıda belirtilen kurallara dikkat edilmelidir.

VANCOUVER KAYNAK YAZIM STİLİ	
<b>Metin İçinde Kaynak Gösterimi</b> Metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasında virgül konulmalıdır. (Örnek:.....(1,2).....(2,3). Birden fazla referans beraber kullanılacaksa kaynaklar arasına virgül konulmalıdır (1,2). Peş peşe gelen referanslar kullanılacaksa araya tire konulmalıdır (1-2).  Aynı kaynaktan birden fazla alıntı yapılıyorsa sayfa numarası da belirtilmelidir.	
<b>Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterimi</b> Metin sonunda kaynaklar metin içinde kullanıldıkları sıraya göre numaralandırılarak ayrı bir liste halinde verilmelidir.	
<b>Dergi:</b> Dergi isimlerinin kısaltmaları Index Medicus/Medline/PubMed listesine göre yapılmalıdır (dergilerin kısaltmaları için <a href="http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html">http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html</a> adresinden ulaşılabilir).Dergi ismi bu listelerde yer almıyorsa tam olarak yazılmalıdır. Kaynaklarda yer alan yazar sayısı 6 ya da daha az ise hepsi yazılmalı, 7 ya da daha fazla ise 6. yazardan sonra Türkçe kaynaklarda “ve ark.”, yabancı kaynaklarda “et al.” olarak kısaltılmalıdır. Yazar isimlerinden sonra, o yazının tam başlığı, derginin adı, yıl, cilt ve sahifeler sıralanır.	
<b>DERGİ</b>	
Tek yazarlı makaleler	Zengin N. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi</i> 10 (1), 49-57.
Çok yazarlı makaleler	Akinci AC, Zengin N, Yıldız H, Sener E, Gunaydin B. The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. <i>Int J Nurs Pract</i> 2011;17(6), 571-582.
Yazarı verilmeyen makaleler	Cancer in South Africa [editorial]. <i>S Afr Med J</i> 1994; 84:15.
Yazarın kurum olduğu makaleler	Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik için geleceğe yönelik stratejiler. <i>Klinik Forum</i> 1992; 105: 23-5.
<b>KİTAPLAR</b>	
Tek yazarlı	Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer publishing;2003.
2 – 6 Yazarlı	Madden R, Hogan T. The definition of disability in Australia: Moving towards national consistency. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1997.
Yazar sayısı 6’dan fazla	Rodgers P, Smith K, Williams D, et al. The way forward for Australian libraries. Perth: Wombat Press; 2002.
Editör	Kastenbaum R, editor. Encyclopedia of adult development. Phoenix: Oryx Press; 1993 Zengin N, Ören B, eds. İç hastalıkları ve kadın sağlığı (ebeler için). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,2018.
Kitap Bölümü	Zengin N, Şolt A. İmmün Sistem. İçinde: Zengin N, Ören B, Eds. İç Hastalıkları ve Kadın Sağlığı (ebeler için). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi; 2018. s. 8-20.

	Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, Eds. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: RavenPress; 1995. p.465-78.
Kongre / Sempozyum özet bildirileri	Kar S, Zengin N. KOAH' ı hastalarda öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisi. 1..Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi; 25-27 Kasım 2018; Antalya
Tez	Zengin N. Antikoagülan tedavinin İzlenmesinde iki farklı kan alma yöntemi: vena ponsiyon ve periferik venöz kateter. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. 1999.
Yazarın kurum olduğu kitaplar	Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington: TheInstitute; 1992. p. 567-98. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003. s. 56-72.
<b>İNTERNET KAYNAKLARI</b>	
CD Rom Kitaplar	The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford UniversityPress; 1992. Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts K, Walter P. Molecular Biology of the Cell [CD-ROM]. 4th ed. New York, NY: Garland Science; 2002.
İnternet kitap	Yazar (lar). Bölüm başlığı İçinde: Editör (ler). Kitap başlığı. [Baskı numarası, ikinci veya üzeri ise; ilk basımdan baskı gerekli değildir]. Yayıncının Şehri, (veya ülkesi): Yayıncının adı; telif hakkı yılı; dahil sayfalar. URL: [URL sağlayın ve bağlantının hala yayınlanma süresine en yakın şekilde çalıştığını doğrulayın]. Erişim [tarih]. Resnick NM. Geriatric medicine. In: Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, et al, eds. Harrison's Online. Based on: Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
İnternet Dergi	Reid DB. Australasian association of doctors' health advisory services. Med J Australia [serial online]. 2005 [cited 2006 Mar 28];182(5):255. Available from: Health and Medical Complete LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL:http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm. September 26, 1996.
Web Sayfası	Yazar (lar), eğer verilmiş ise (çoğunlukla hiçbir yazar verilmez). Atıfta bulunulan konunun adı (belirtilmemişse, siteden sorumlu kuruluşun adını kullanın). Web sitesinin adı. URL [URL]. Yayınlanma tarihi. Güncellenme tarihi. Erişim tarihi. World Health Organization. Major NCDs and their risk factors.. <a href="https://www.who.int/ncds/introduction/en/">https://www.who.int/ncds/introduction/en/</a> . Erişim tarihi 15.04.2019].
İnternette Alınan Kaynak	Covell K. 2007. [4 screens]. URL: http:// www.voicesforchildren.ca/index. April 24, 2007.
Elektronik dergi	LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL:http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm. September 26, 1996.
Kurum Raporları	Department of Health and Ageing. Ageing and aged care in Australia [Internet]. 2008 [cited 2008 November 10]. Available from: http:// www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing
İkincil Kaynaklar	Jones C. Hypotheses. 2008. Cited by: Smith J. Analysing Hypotheses. Penrith: University of Western Sydney; 2009:2.

## 8. MAKALE GÖNDERME

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'ne makale başvurusu yapacak yazar(lar) <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresindeki dergi yönetim sistemine üye olarak makalelerini sisteme yükleyebilirler.

### 8-1. Telif Hakkı Devri

Yazarlar makalelerinin telif haklarını, makale başvurusu sırasında devretmek zorundadır. Bunun için "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurarak tüm yazarlar imzalar ve PDF olarak makaleyle birlikte TÜBİTAK ULAKBİM DERGİPARK sistemine (<http://ulakbim.gov.tr/auebfd>) yükler. Editörler Kurulu, makalenin yayımlanmasında yetkilidir. Ayrıca yazarların telif hakkı dışında kalan patent hakları, dersleri, sunumları ve kitap çalışmalarında makaleyi ücret ödemeksizin kullanabilme hakkı, satmamak koşuluyla kendi amaçları için makaleyi çoğaltma hakkı, postayla veya elektronik yolla dağıtma hakkı saklıdır. Ayrıca makalenin herhangi bir bölümünün başka bir yayında kullanılmasına Dergiye atıfta bulunulması koşuluyla yazarına izin verilir. "Telif Hakları Tutanağı"nı makale başvurusu ile sisteme yüklemeyen yazarların makalelerine işlem yapılmaz. Telif hakkı devri yalnız SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nde yayımlanan makaleler için geçerlidir; yayımlanmayan makalelerin telif hakkı yazarlarındır.



## 9. KÖR HAKEMLİK VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ

### 9-1. Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne başvurusu yapılan makaleler, yazar ve hakem kimliklerinin gizlendiği, yazarların hakemlerin kim olduğunu hakemlerin yazarların kim olduğunu bilmediği **İKİ YÖNLÜ KÖR HAKEMLİK** süreciyle şu aşamalarda değerlendirilmektedir.

### 9-2. Ön İnceleme ve Ön Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne gönderilen makaleler ön incelemede editörlerce değerlendirilir. Bu adımda, dergisinin amaçlarına, kapsamına ve yayın politikalarına uymayan, yazıldığı dil ve anlatım kurallarına uygun olmayan, yöntem açısından hata bulunan, özgün olmayan, benzerlik oranı yüksek olan makaleler reddedilir.

### 9-3. Benzerlik-Özgünlük Denetimi

Yayın etiği, başvurusu yapılan makale ile yayım aşamasına gelen her makalenin benzerlik-özgünlük durumunu belirlemek amacıyla **İNTİHAL DENETİMİNDEN** geçirilmesini zorunlu tutar. Benzerlik-intihal denetimi **ITHENTICATE** programıyla yapılır, raporu alınır. Editörler Kurul'unca makalede saptanan hataların yazar(lar) tarafından düzeltilmesi de istenebilir, ancak benzerlik oranı % 20'den fazla olan makaleler reddedilir ve yazar(lar)ı bilgilendirilir.

### 9-4. Ön Değerlendirme

Ön inceleme sürecini tamamlayan makaleler makalenin konusu ile ilgili olan **ALAN EDITÖRÜNE** iletilir. Alan editörüne gönderilen makaleyi inceler. Bu incelemede uygun bulunmayan makale gerekçe ile editöre sunulur. Alan editörü Dergiye uygun bulunduğu makalelerin hakem inceleme sürecini başlatır. Alan editörü makalenin sürecini izler.

### 9-5. Hakem Süreci

Alan editörü makaleyi değerlendirmesi için **en az İKİ HAKEME** iletilir. Yazar(lar)ın görev yaptığı kuruluştan, yazar(lar)la çatışma ve çıkar birliği bulunanlardan, alanı makaleyle ilgili olmayanlardan, tez danışmanı ya da tezin jüri üyelerinden hakem atanmasına özen gösterilir. Derginin bir sayısında aynı hakeme değerlendirmesi için bir makaleden fazla makale gönderilmez.

Hakem değerlendirmesi; makalenin bilimsel açısından incelenmesi, özgünlüğü, yöntemi, etik ilkelere uygunluğu, sonuçlarının tutarlı biçimde sunumuna, atıfların ilkelere uygunluğu, kaynakça ile atıfların tutarlılığına dayanır. Hakem değerlendirme süreci için hakemlere bir ay süre verilir, hakemin istemi doğrultusunda gerektiğinde süre uzatılabilir. Hakemler makaleyi değerlendirdikten sonra, makaleyle birlikte gönderilmiş olan, araştırma makalesi için "Araştırma Makalesi Değerlendirme Formu"nu, derleme makale için ise "Derleme Makalesi Değerlendirme Formu"nu doldurmaları gerekir. Hakemler, ayrıca makale üzerinde düzeltme önerilerini belirtebilirler. Hakemlerden ve/ya da editörlerden gelen düzeltme önerileri doğrultusunda yazarlarca üç hafta içinde "Makale Düzeltme Raporu" hazırlanması gerekir. Yazarlar bu raporda, yapılması önerilen düzeltmelerden yaptıklarını ve yapmadıklarını gerekçeleriyle belirtirler, sonra düzeltilmiş makaleyle birlikte elektronik başvuru sistemine yüklerler. Düzeltmeleri görmek isteyen hakemlere, düzeltilmiş makale gönderilir. Hakemler ya da editörlerce, yazarlardan birden fazla düzeltme istenebilir. Yazar(lar)ın bu düzeltmeleri yapmaları beklenir.

### 9-6. Değerlendirme Sonucu ve Editörler Kurulu Kararı

Hakemlerden gelen görüşler ile varsa yazarlardan gelen düzeltme raporu, editör tarafından incelenir. Bu inceleme sonucunda, editör, makalelerle ilgili kararı oluşturmak üzere Editörler Kurulu'na toplantıya çağırır. Editörler Kurulu, alan editörü ve hakemlerin görüşleri doğrultusunda makaleleri görüşerek son kararını verir. Editör, yayımlanmasına karar verilen makalelerle ilgili Fakültesi Yönetim Kurulu'na yazılı olarak bilgi verir. Yayımlanmasına karar verilen makalelerin sayfa düzenlemesi (mizanpajı), Fakültesi elemanlarınınca yapılır. Böylece yayımlanacak makalelerin biçim açısından bir örnek ve birbiriyle tutarlı olmaları sağlanır. Sayfa düzenlemesi yapılan makaleler dil editörlerine (Türkçe, İngilizce) incelenir, gerekliyse yazarlardan düzeltme istenir. Düzeltmeleri tamamlanarak yayım aşamasına gelen makalelerin son kez benzerlik- intihal denetimi yapılır, makale genel olarak bir kez daha gözden geçirilerek yazarlarından "basılabilir" onayı alınır.

### 9-7. Değerlendirmeye İtiraz Hakkı

Bir makale ile ilgili verilen karara, yazar(lar)ın itiraz hakkı vardır. Yazar(lar), Editörler Kurulu kararına yönelik itiraz gerekçelerini kantlarıyla ve kaynak göstererek <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresine bir iletiyle bildirebilirler. Yazar(lar)ın itirazı, Editörler Kurul'unca incelenerek yazar(lar)ya yanıt verilir. İtiraz haklı bulunursa, Editörler Kurulu yeni hakemlerle değerlendirmeyi yeniden başlatır.

### 9-8. Atf ve Kaynakça Denetimi

Makalelere atıfların doğru ve eksiksiz verilmesi zorunludur. Bu denetim, önce değerlendirme sırasında hakemlerce, sonra benzerlik-intihal (**iThenticate**) programı sonucuna göre editörlerce yapılır.

- Kaynakça, vancouver biçimi kaynak yazımına uygun olmalıdır.
- Metinde yararlanılan kaynakların, kaynakçada eksiksiz ve doğru biçimde verilir ve vermediği denetlenir. Kaynakçadaki her kaynağa ilişkin metin içindeki atıflar uygun biçimde yapılmadıysa düzeltilir.
- Metin içindeki atıfların, yollama ilkelerine uygun biçimde yapılar yapılmadığı denetlenir, eksik ya da hatalı olanlar düzeltilir.
- Türkçe makaleler için Türkçe, İngilizce makaleler için İngilizce kaynak gösterme ilkeleri temel alınır.

### 9-9. Makaleyi Geri Çekme

Editörler Kurulu, değerlendirme sürecindeki bir makaleyi yazar(lar)ının geri çekme istemini aldığı anda, kısa sürede inceleyerek yazar(lar)ya yazılı yanıt verir. Yazar(lar), değerlendirme sürecinde, makaleyi çekmek için editörle işbirliği yapmakla yükümlüdür. Başvurusu yapılmış bir makalenin geri çekilme istemi Editörler Kurulu'nca onaylanmadıkça, yazar(lar) makalesini başka bir dergiye gönderemez. Değerlendirme sürecindeki bir makalenin geri çekilme isteminde bulunmak isteyen yazar(lar), <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> ileti adresiyle Editörler Kurulu'na iletir. Editörler Kurulu, makale çekme istemini kısa sürede inceleyerek kararını yazar(lar)ya bildirir.

## ETİK SORUMLULUKLAR VE POLİTİKALAR

Yayın süreci bilimsel yöntemle yansız biçimde bilginin üretilmesi, geliştirilmesi ve paylaşılmasına dayanır. Yayıncı, editörler, yazarlar, hakemler ve okuyucuların etik ilkelere uymaları gerekir. Bu kapsamda Yayın Etiği Komitesi'nin (**Committee on Publication Ethics, COPE**) açık erişimde yayınladığı kılavuzlar ve politikalar doğrultusunda (**COPE Davranış Kuralları ve Dergi Editörleri İçin En İyi Uygulama Kılavuzları**; "Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors" ve "COPE Best Practice Guidelines for Journal

Editors”) süreci sürdürmeleri gerektirmektedir. Makalelerde kullanılan verilerin manipüle edilmesi, çarpıtılması ve uydurma verilerin kullanılması gibi durumlar tespit edilirse makale red edilecektir.

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEM bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim” linkindeki ek dosyalar bölümden, gönderilmelidir. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

## Üniversite Öğrencilerinin Diyet Posası Alımı ve Dışkılama Sıklığı

### Dietary Fiber Intake and Defecation Frequency of University Students

Ebru OKUMUŞ<sup>1</sup>, Aysun YÜKSEL<sup>2</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma üniversite öğrencilerinin diyet posası alım miktarını ve dışkılama sıklığını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan bu çalışma üniversitede öğrenim gören gönüllü öğrenciler ile Mayıs-Haziran 2019 tarihinde yürütülmüştür. Öğrencilerin demografik bilgileri, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları, dışkılama sıklığı ve üç günlük besin tüketim kayıtları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile elde edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma 238 (%81,7)'si kız, 57 (%19,3)'si erkek olmak üzere toplam 295 üniversite öğrencisi ile tamamlanmıştır. Öğrencilerin yaş ortalamaları kızlarda 21,14±2,68 yıl, erkeklerde 21,53±2,59 yıldır. Beden Kütle İndeksi değerine göre kız öğrencilerin %11,3'ünün, erkek öğrencilerin ise %24,6'sının fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Kız ve erkek öğrencilerin günlük ortalama diyet posası alımları sırasıyla 14,7±5,5 gr ve 14,0±6,2 gr ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tüm öğrencilerin günlük ortalama dışkılama sayısı 1,15±0,69'dur. Diyet posası alımının her gün dışkılama üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Posası alımındaki bir birimlik artış, günlük dışkılama oranını 0,17 kat arttırmıştır. Öğrencilerin günlük ortalama 3,50±4,1 litre çay/kahve tükettikleri buna karşın 1,71±0,71 litre su içtikleri hesaplanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada hem kız hem de erkek üniversite öğrencilerinin günlük posası gereksinimini karşılamadıkları, diyet posası alımı arttıkça dışkılama sayısının arttığı belirlenmiştir. Diyet posasının sağlık üzerindeki olumlu etkileri göz önünde bulundurularak, üniversite öğrencilerinin günlük posası gereksinimlerini karşılamaları için beslenme eğitimlerinin yapılması, ulusal beslenme eğitim programlarının geliştirilmesi gereklidir.

**Anahtar kelimeler:** Diyet Posası, Dışkılama, Konstipasyon, Üniversite Öğrencisi

#### ABSTRACT

**Aims:** This study was conducted to determine the dietary fiber intake of university students and defecation frequency to examine the relationship between them.

**Methods:** This descriptive, cross-sectional study was carried out in May and June 2019 with volunteer students studying at university. Through face-to-face interviews, the researcher obtained students' demographic information, nutrition and physical activity habits, defecation frequency, and three-day food consumption records.

**Results:** While 238 (81.7%) of those who participated in the research were female students, 57 (19.3%) of them were male, in total 295 participated. The mean age of the students is 21.14±2.68 years for girls and 21.53±2.59 years for boys. It was determined that the BMI values of 11.3% of the female students and 24.6% of the male students were within the overweight range. Mean dietary fiber intakes of female and male students were 14.7±5.5 g and 14.0±6.2 g, respectively. The average number of defecations per day was 1.15±0.69 for all students. Dietary fiber intake has been found to have a significant effect on defecation every day. One unit increase in fiber intake increased the daily defecation rate by 0.17 times.

**Geliş Tarihi/Received:** 16.09.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 01.10.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 28.02.2023.

**Doi:** 10.57224/jhpr.1176488

<sup>1</sup> Amerikan Hastanesi, Beslenme ve Diyet Birimi, ebru.okumus@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-3157-8449

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, aysun.yuksel@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6580-0207

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Ebru OKUMUŞ, ebru.okumus@hotmail.com

**Cite this article as:** Okumuş E, Yüksel A. Dietary Fiber Intake and Defecation Frequency of University Students. J Health Pro Res 2023;5(1): 1-9.

It was calculated that the students consumed a mean of 3.50±4.1 liters of tea/coffee daily, whereas they drank 1.71±0.71 liters of water.

**Conclusion:** In this study, it was observed that both female and male university students did not meet their daily fiber requirement according to their three-day food consumption records, and the number of defecations increased as dietary fiber intake increased. Considering the positive effects of dietary fiber on health, nutrition education should be given to university students to meet their daily fiber requirements or national nutrition education programs should be developed.

**Key words:** Dietary Fiber, Defecation, Constipation, University Student

## Giriş

Geçmişte diyet posası terimine dair herhangi bir besin değeri olmadığı düşüncesi, yapılan pek çok araştırma sonucunda tam tersi bir anlam kazanmıştır. Diyet posasına dair araştırmalar son 40-50 yıl boyunca istikrarlı şekilde devam ederken, birçok ülkenin beslenme rehberinde günlük alınması gereken diyet posası miktarı bulunmaktadır (1). Günümüzde ise hızlı-hazır besin tüketim taleplerinin artması, yetersiz ve dengesiz beslenme diyetinde alınan posası miktarının azalmasına neden olmuştur (2) ve yetersiz diyet posası alımının çeşitli hastalıklar ile ilişkili olduğu bilinmektedir (3).

İlk olarak Hispley tarafından 'diyet posası' terimi isimlendirilmiştir (4) ve böylece diyet posası: insanların ince bağırsağında sindirim ve emilime karşı direnç gösteren ancak kalın bağırsakta tamamen veya kısmen fermente olabilen bitki kaynaklı bileşikler olarak tanımlanmıştır (5). Diyet posası besinlerde çözünür ve çözünmez posası olarak farklı miktarlarda bulunmaktadır. Diyet posası bileşiklerinin sahip oldukları çözünürlük, viskozite, hacim arttırma, su bağlama kapasitesi ve sindirilebilirlik gibi özellikler, sağlık üzerindeki önemli fizyolojik etkilerin temelini oluşturmaktadır (6). Sağlıklı beslenme için her iki posası türünün de alınması gerektiği, çeşitli hastalıklarda her iki posası türünü bir arada bulunduran besinlerin tüketilmesinin, tek başına olduklarından daha etkili olduğu bildirilmiştir (7). Çoğu zaman göz ardı edilen diyet posası alımının günlük beslenmede yeterli düzeyde olması hastalıklardan korunmada ve genel sağlığın sürdürülmesinde oldukça önemlidir.

Posası gereksinimi yaş ile artmaktadır. Yetişkinlerin günlük posası gereksiniminin 25-30 gr. olması gerektiği bildirilmiştir (1). Ayrıca üniversite öğrencilerinde yeterli ve dengeli beslenmenin, düzenli öğün tüketiminin ve öğün sayısının akademik başarı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (7). Bununla birlikte yetersiz miktarda diyet posası alımının neden olabile-

ceği sağlık sorunlarını önlemek, gelecekte oluşabilecek hastalık yükü açısından da son derece önemlidir.

Diyet posası, kalın bağırsak ile ilişkili bazı hastalıkların nedeni olarak bilinen organik bileşikler bağlama veya seyreltme yeteneklerinden dolayı kalın bağırsak sağlığı ile ilişkilendirilmiştir (8). Diyet posası alımının artışı ile fekal miktarın artmakta ve kolon geçiş süresi kısalmaktadır (9). Diğer bir ifadeyle konstipasyonun önlenmesine yardımcı olan en önemli nedenlerden biri de dışkı miktarındaki artış ve diyet posasının su bağlama özelliğidir. Dünya çapında konstipasyon prevalansının tüm yetişkinlerin için yaklaşık %16; 60 yaş üzerindeki yetişkinler için ise %33,5 olduğu bildirilmiştir (10). Literatürde konstipasyon; dışkı kıvamının sertleşmesi, dışkılama sıklığında azalma, ıkınma ve boşaltım hissinin tamamlanmaması şeklinde tanımlanmaktadır (11). Ancak haftada 3 kez den az dışkılama konstipasyonu sorununun işaret etmektedir. Çalışmalar, yüksek posalı bir diyetin dışkı ağırlığını artırabildiğini, bu da kolon geçiş süresinin azalmasına neden olduğunu, düşük posalı diyetin ise süreyi uzatarak konstipasyona neden olduğunu göstermiştir (12).

Bu çalışma genç yetişkin üniversite öğrencilerinin günlük diyetleri ile diyet posası alım miktarını belirlemek, dışkılama sıklıklarını sorgulamak ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yürütülmüştür.

## Gereç ve Yöntem

### Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan araştırmanın evreni İstanbul Okan Üniversitesi'nde öğrenim gören 1258 öğrenciden oluşmaktadır. Evreni temsil eden örneklem sayısı %5 hata payı ve %50 prevalans ile 295 olarak belirlenmiştir (13). Fakültenin bölümlerine göre tabakalı

örneklem hesabı yapılmış ve bu sayı kadar öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir (Beslenme ve Diyetetik 109, Çocuk Gelişimi 47, Hemşirelik 50, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 68 ve Sağlık Yönetimi 21).

### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için Okan Üniversitesi Etik Kurulu'nun 13.02.2019 tarihli, 103/15 toplantı ve karar sayısı ile 'Etik Kurul Onayı' alınmıştır. Çalışma verileri Helsinki Bildirgesi kurallarına uygun olarak toplanmıştır.

### Verilerin Toplanma Araçları ve Verilerin Toplanması

Çalışma verileri Mayıs-Haziran 2019 tarihinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile elde edilmiştir. Araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan 27 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Bu anket formu üç bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, eğitim bilgileri, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, fiziksel aktivite alışkanlıkları, dışkılama alışkanlıkları, su tüketim alışkanlıkları, hastalık varlığı, probiyotik ve sigara kullanımı ve alkol tüketimi sorgulanmıştır. İkinci bölümünde öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve diyet posası ile ilgili bilgilerini değerlendiren toplam 9 soru sorulmuştur. Son bölümde ise biri hafta sonu olmak üzere üç günlük besin tüketim kaydı alınmıştır.

Besin tüketim kaydı öğrenciler ile iki kez görüşme ile elde edilmiştir. Hafta sonu öğrencilerden kendilerine öğretilen şekilde kayıt tutmaları istenmiştir. Kayıtları daha sonra tekrar sorgulanarak kesinleştirilmiştir. Tüketilen yemeklerin porsiyonlarına giren besin miktarları, öğrencilere ayrıntılı olarak sorulmuş ve standart yemek tarifelerinden Öğrencilerin cinsiyetlerine göre haftalık toplam dışkılama sayısının kız öğrencilerde ortalama  $7,79 \pm 4,77$  ve erkek öğrencilerde ortalama  $8,91 \pm 5,15$  olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin bazı beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir (Tablo 2). Tüm öğrencilerin yaklaşık yarısının (%49,5) günde üç öğün yaptıkları görülmektedir. Aynı zamanda ev dışında her gün beslenenlerin oranı %27,1'dir. Öğrencilerin ana ve ara öğün sayısı, günlük su ve günlük çay/kahve tüketimi değerleri cinsiyetler arasında bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (ana öğün sayısı

yararlanarak düzenlenmiştir. Besin tüketimi Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS8) ile analiz edilmiştir.

Öğrencilerin boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları beyana dayalı alınmıştır. Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçüsü ile Beden Kütle İndeksi (BKİ) değeri hesaplanmıştır. BKİ sınıflandırması Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre belirlenmiştir.

### Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS22 programı kullanılmıştır. Verilerin normallik testi (Kolmogorov Smirnov), tanımlayıcı istatistikleri (frekans analizi, tanımlayıcı istatistikler), bağımsız grup karşılaştırmalarında Student t testi, tek yönlü varyans analizi, kategorik değişkenlerde ki-kare testi ve korelasyon testlerinde pearson testi kullanılmıştır. Öğrencilerin posa alımlarının dışkılama üzerindeki etkisini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir ( $p < 0,05$ ).

### Bulgular

Çalışma 295 öğrenci ile tamamlanmıştır ve genel özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Öğrencilerin yaş ve BKİ ortalaması sırasıyla  $21,33 \pm 2,63$  (Alt-Üst:17-35) yıl ve  $21,7 \pm 3,36$  (Alt-Üst:15,9-39,1)  $\text{kg/m}^2$  bulunmuştur.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ ortalamaları kızlarda  $21,14 \pm 2,68$   $\text{kg/m}^2$  erkeklerde  $21,53 \pm 2,59$   $\text{kg/m}^2$  bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Ayrıca BKİ sınıflaması yapıldığında kız ve erkek öğrencilerin sırasıyla zayıf: %15,1 ve %10,5; normal: %71,0 ve %64,9; fazla kilolu %11,3 ve %24,6; şişman: %2,5 ve %0,0 oldukları belirlenmiştir. Bu kategorik değerler arasındaki ki kare test istatistiğine göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p = 0,043$ ).

$p = 0,374$ ; ara öğün sayısı  $p = 0,298$ ; su miktarı  $p = 0,690$ ; çay/kahve tüketimi  $p = 0,798$ ).

Öğrencilerin cinsiyete göre; haftalık dışkılama sayısı ve dışkı kıvamının posa alım miktarlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir. Tüm öğrencilerin ortalama haftalık dışkılama sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre dışkılama alışkanlıkları ile diyet posası alım miktarları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı, cinsiyetler karşılaştırıldığında da ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı

belirlenmiştir. Diyetle posa alım miktarlarının kız öğrencilerde ortalama  $14,7 \pm 5,5$  gr ve erkek

öğrencilerde  $14,0 \pm 6,2$  gr olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 1.** Öğrencilerin Genel Özellikleri (n=295)

Genel özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	57	19,3
Kadın	238	81,7
<b>Kronik hastalık</b>		
Var	32	10,8
Yok	263	89,2
<b>Sigara içme</b>		
Evet	132	44,7
Hayır	163	55,3
<b>Alkol tüketimi</b>		
Evet	59	20
Hayır	236	80
<b>Düzenli egzersiz yapma</b>		
Evet	96	32,5
Hayır	199	67,5
<b>Probiyotik kullanma</b>		
Evet	120	40,7
Hayır	175	59,3
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
Zayıf (<18,5)	42	14,2
Normal (18,5 – 24,9)	206	69,8
Fazla Kilolu (25,0-29,9)	41	13,9
Şişman ( $\geq 30,0$ )	6	2,0
	<b><math>\bar{x} \pm SS</math> (Alt-Üst)</b>	
<b>Yaş (yıl)</b>	$21,33 \pm 2,63$ (17-35)	
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	$21,7 \pm 3,36$ (15,9-39,1)	
<b>Dışkılama sayısı (günde)</b>	$1,15 \pm 0,69$ (0,14-5)	
<b>Dışkılama sayısı (haftada)</b>	$8,01 \pm 4,85$ (1-35)	

Araştırmada öğrencilerin posa alımları ile dışkılama sayısı ve dışkı kıvamı arasındaki ilişki ve ortalama arasındaki fark değerlendirildiğinde hem dışkılama sayısında hem de dışkı kıvamında cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (dışkılama sayısı <3 p= 0,459; dışkılama sayısı  $\geq 3$  p=0,299; Yumuşak dışkı kıvamı p=0,247; sulu dışkı kıvamı p=0,230; katı dışkı kıvamı p=0,698).

Diyet posa alım miktarı ile dışkılama sayısı arasında anlamlı farklılık yokken (p=0,459), dışkı kıvamı arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (p=0,017). Dışkı kıvamı katı olan öğrencilerin ortalama posa alım miktarı anlamlı olarak dışkı kıvamı yumuşak olan öğrencilerin ortalama posa alımlarından düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 2.** Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme alışkanlıkları	Kadın		Erkek		Toplam	
	(n:238)		(n: 57)		(n:295)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Ana öğün sayısı</b>						
1	12	5,0	3	5,3	15	5,1
2	107	45,0	22	38,6	129	43,7
3	116	48,7	30	52,6	146	49,5
3'den fazla	3	1,3	2	3,5	5	1,7
<b>Ara öğün sayısı</b>						
Hiç	45	18,9	7	12,3	52	17,6
1-3	190	77,8	49	86,4	239	81,0
3'den fazla	3	1,3	1	1,3	4	1,4
<b>Ev dışında yeme sıklığı</b>						
Her gün	67	28,2	13	22,8	80	27,1
Haftada 1-2 kez	107	45,0	28	49,1	135	45,8
Haftada 3-4 kez	58	24,4	16	28,1	74	25,1
Hiç	6	2,5	0	0,0	6	2,0
<b>Ev dışında tercih edilen yiyecek</b>						
Fast-food	141	29,4	33	26,4	174	59,0
Pide/lahmacun/gözleme	93	19,4	20	16,0	113	39,0
Kızartma	26	5,4	8	6,4	34	12,0
Kebap	49	10,2	15	12,0	64	22,0
Sulu yemekler	56	11,7	17	13,6	73	25,0
Izgara	66	13,8	19	15,2	85	29,0
Salata	37	7,7	9	7,2	46	16,0
Diğer	11	2,3	4	3,2	15	5,1
	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
<b>Ana öğün sayısı</b>	2,54 ± 0,66		2,46 ± 0,61		2,48 ± 0,62	
<b>Ara öğün sayısı</b>	1,60 ± 0,76		1,72 ± 0,72		1,69 ± 0,73	
<b>Su tüketimi (gün/L)</b>	1,75 ± 0,87		1,70 ± 0,67		1,71 ± 0,71	
<b>Çay/Kahve tüketimi (gün/L)</b>	3,23 ± 1,81		3,31 ± 2,27		3,50 ± 4,1	

\*p&lt;0,05

Çalışmada öğrencilerin cinsiyetlerine göre yaş, BKİ, enerji ve makro besin ögesi alımları ile diyet posa miktarı arasındaki ilişki Tablo 4'te verilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda hem kız hem de erkek öğrencilerin enerji ve makro besin öğeleri ile posa alım miktarı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (enerji  $r=0,565$ ,  $p<0,001$ ; karbonhidrat  $r= 0,393$ ,

$p<0,001$ ; protein  $r=0,480$ ,  $p<0,001$ ; yağ  $r=0,444$ ,  $p<0,001$ ). Ayrıca erkek öğrencilerin posa alım miktarları ile makro besin öğelerinden enerjiye gelen protein yüzdesi arasında negatif ( $r= -0,344$ ,  $p<0,009$ ), yağ yüzdesi arasında pozitif yönlü anlamlı ( $r= 0,288$ ,  $p<0,030$ ) ilişki belirlenmiştir.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Dışkılama Alışkanlıkları ile Diyet Posası Alım Miktarları

Dışkılama alışkanlıkları	Diyet Posası Alım Miktarı						p	p
	Kadın			Erkek				
	n	$\bar{x}$	SS	n	$\bar{x}$	SS		
<b>Haftalık dışkılama sayısı</b>								
<3	17	12,9	5,43	1	17,15	-	<sup>a</sup> 0,459	<sup>b</sup> 0,459
≥ 3	221	14,19	5,63	56	14,29	4,92	<sup>a</sup> 0,299	
<b>Dışkı kıvamı</b>								
Yumuşak	142	15,54	5,52	33	14,28	5,94	<sup>a</sup> 0,247	
Sulu	3	18,85	4,8	1	9,38	-	<sup>a</sup> 0,230	<sup>b</sup> 0,017*
Katı	93	13,31	5,4	23	13,83	6,92	<sup>a</sup> 0,698	

p<0,05 <sup>a</sup>Student t testi <sup>b</sup>Tek Yönlü Varyans Analizi

**Tablo 4.** Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Diyet Posası Alım Miktarlarının Bazı Değişkenler ile İlişkisi

Değişkenler		Diyetle alınan posası (g/gün)	
		Kadın (n:238)	Erkek (n:57)
Yaş (yıl)	r	0,049	-0,009
	p	0,448	0,949
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	-0,064	-0,045
	p	0,327	0,742
Enerji (kkal/gün)	r	0,565	0,526
	p	0,001**	0,001**
Karbonhidrat (g/gün)	r	0,393	0,427
	p	0,001**	0,001**
Karbonhidrat (%)	r	0,003	0,097
	p	0,962	0,471
Protein (g/gün)	r	0,480	0,322
	p	0,001**	0,015*
Protein (%)	r	0,057	-0,344
	p	0,384	0,009**
Yağ (g/gün)	r	0,444	0,517
	p	0,001**	0,001**
Yağ (%)	r	-0,069	0,288
	p	0,290	0,030*

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Öğrencilerin posası alımlarının haftalık dışkılama üzerine etkisine yönelik regresyon analizi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 5'te gösterilmiştir. Bu analizde F testine göre kurulan model 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=21, 161, p<0,05). Dışkılamadaki (her gün) (bağımlı değişken) değişiminin %6'sının kullanılan bağımsız değişken tarafından açıklandığı görülmektedir (Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0,065). Regresyon analizi

sonucuna göre posası alımının dışkılama (her gün) üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre posası alımı dışkılamayı (her gün) artırmaktadır. Diğer bir ifadeyle, öğrencilerin posası alma oranı arttıkça günlük daha fazla sayıda dışkılamaktadırlar. Posası alımındaki birimlik artış günlük dışkılama oranını 0,17 kat arttırmıştır.



**Tablo 5.** Katılımcıların Diyet Posası Alımlarının Dışkılama (Haftalık) Üzerine Etkisine Yönelik Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişken (haftalık)	
	Beta	T
Sabit	1,705	0,000**
Diyet posası miktarı	0,175	0,011*
R <sup>2</sup>		0,066
Düzeltilmiş R <sup>2</sup>		0,065
F		21,161*

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01

### Tartışma

Çalışmaya katılan öğrencilerin diyet posası miktarlarının Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberinde (14) önerilen (20-30gr) günlük miktardan az (~14gr) olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan benzer bir çalışmada da 19-30 yaşındaki kadınların günlük ortalama 19,0 gram diyet posası aldıkları bulunmuştur (15). Yapılan çalışmalar yaştan bağımsız olarak diyet posası alımının önerilen miktarın altında olduğunu göstermektedir (2, 16, 17). Her yaş grubu için diyet posasının önemi anlatılmalıdır.

Üniversite öğrencilerinin tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de beslenme alışkanlıkları sıklıkla sorgulanmaktadır ve bu genç yetişkinlerin daha fazla fastfood tükettiği bilinmektedir (2). Ancak fast-food yiyeceklerin yağ içeriği yüksek, tersine posası miktarı da azdır. Literatürde diyet posasının artmasıyla birlikte bağırsak hareketlerinin arttığı, bunun dışında su tüketiminin ve fiziksel aktivite düzeyinin etkili olduğu görülmektedir (16, 18, 19). Posası

alımının ve beraberinde su tüketiminin dışkılamaya yardımcı olduğu bilinen bir gerçektir. Düşük fiziksel aktivite bağırsak hareketlerinin azalmasına neden olacağından konstipasyon için önemli risk faktörlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü 18-65 yaş aralığında bulunan bireylerin haftada ortalama 150 dakika orta dereceli bir fiziksel aktivite yapması gerektiğini bildirmiştir (15). Düzenli olarak egzersiz yapan ve kronik konstipasyona sahip olan öğrenciler ile yapılan bir çalışmada, egzersiz süresinin 12 hafta sürmesi öğrencilerde konstipasyon semptomlarını azalttığını göstermiştir (20). Bu çalışmada öğrencilerin yarısından daha azı (%32,5) düzenli egzersiz yapmaktadır ancak egzersiz yapmayanlarda

dışkılama sıklığı egzersiz yapanlardan istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Multifaktöriyel bir etiyojiye sahip olan konstipasyon; bireyin cinsiyet, fiziksel aktivite düzeyi, beslenme alışkanlıkları, yaş, hastalık durumu ve ilaç kullanımına bağlı değişmektedir.

Günümüzde obezite sağlığı tehdit eden en önemli hastalıkların başında yer almakta ve kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Araştırmacılar obezite prevalansındaki çarpıcı artış nedeniyle sağlığı iyileştirici tedaviler bulma arayışındadır. Bu nedenle farklı destekler almak obezite yönetimi için bir tedavi yöntemidir (21). Posadan zengin besinlerin tüketiminin obezite ve adipozite göstergeleri ile negatif yönde ilişkili gösterilmiştir (22). Bununla birlikte, birçok birey günlük tüketilmesi önerilen düzeyi karşılamak için yeterli miktarda posası içeren besinleri tüketmemektedir (23) ve özellikle obez kişilerde diyet posası tüketimi normal bireylere göre daha düşüktür (24). Ancak bu çalışmada, öğrencilerin çoğunluğu normal ağırlıkta olduğu bulunmuştur. Dışkılama sıklığı ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Obez öğrenci sayısının daha az olması sonucu etkilemiş olabilir. Özellikle obez öğrencilerin dahil edildiği çalışmalar yapılabilir.

Konstipasyon dışkı kıvamının sertleşmesi, defekasyon sıklığında azalma, ıkınma ve boşaltım hissinin tamamlanmaması ile tanımlanmaktadır (11). Konstipasyon riski; genetik yatkınlık, sosyoekonomik durum, düşük posası alımı, yetersiz sıvı alımı, hareket eksikliği, hormon dengesizliği ve ilaçların yan etkilerinden etkilenmektedir (19). Çalışmalar, yüksek posalı bir diyetin dışkı ağırlığını

artırabildiğini ve kolon geçiş süresinin azalmasını sağladığını, tersine düşük posalı diyetin ise konstipasyona neden olduğunu göstermiştir (25). Bu çalışmada diyet posa alım miktarı ile dışkılama sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ancak diyet posa alımının dışkı kıvamı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Dışkı kıvamı katı olan öğrencilerin ortalama posa alım miktarı dışkı kıvamı yumuşak olan öğrencilerin ortalama posa alımlarından düşük bulunmuştur.

### Sonuç

Üniversite öğrencilerinin diyet posası alım miktarının ve dışkılama sıklığının belirlendiği bu çalışmada, öğrencilerin diyetlerinden yeterince diyet posası almadıkları, ancak ortalama dışkılama sayısının konstipasyon için bir gösterge olabilen haftalık dışkılama sayısına göre öğrencilerin neredeyse tamamına yakını haftada üçten fazla sayıda dışkıladı belirlenmiştir. Ayrıca diyet posa alımının günlük dışkılama sayısını artırdığı, posa alımındaki her bir birimlik artışın günlük dışkılama oranını 0,17 kat artırdığı bulunmuştur.

Öğrencilerin besin tercihlerinde yüksek yağ-şeker ve düşük posa içeren atıştırmalıklardan uzak durması diyet posa alımını artıracaktır. Diyet posa miktarı fazla olan baklagiller, tahıllar, sert kabuklu yemişler, sebze ve meyveler günlük beslenmede yer almalıdır. Beslenme alışkanlıklarının kazanılmaya devam ettiği üniversite döneminde öğrencilere yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine yönelik ve diyet posasının alımı ve önemi konusunda bilgilendirme eğitimlerinin yapılmasına ihtiyaç vardır.

### Kaynaklar

1. Stephen A, Champ M, Cloran S, Fleith M, Lieshout L, Mejbourn H, Burley V. Dietary fibre in Europe: current state of knowledge on definitions, sources, recommendations, intakes, and relationships to health. *Nutrition Research Reviews* 2017;30:149-190.
2. Kalkan İ, Pehlivan M, Öztürk S, Ersoy G. İstanbul Aydın Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik 1. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Saptanması. *Aydın Sağlık Dergisi* 2018;4(1):45-60.
3. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, et al. Chronic

constipation. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017;3 (1):1-19.

4. Ergene E, Bingöl E. Diyet lif içeriği yüksek bazı gıdalar ve beslenme üzerindeki etkileri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019;3(1):70-78.
5. Arslan S, Erbaş M. Selüloz ve selüloz türevi diyet liflerin özellikleri ve fırın ürünlerinde kullanım imkanları. *Gıda*, 2014;39(4):243-250.
6. Tursoy S, Özkaya H, Duman B. Effect of dephytinization by fermentation and hydrothermal autoclaving treatments on the antioxidant activity, dietary fiber, and phenolic content of oat bran. *Journal of Agricultural And Food Chemistry* 2017;65(28):5713-5719.
7. Dülger D, Şahan Y. Diyet lifin özellikleri ve sağlık üzerindeki etkileri. *Journal of Agricultural Faculty of Uludag University* 2011;25(2):147-157.
8. Ötles S, Ozgoz S. Health effects of dietary fiber. *Acta Sci. Pol., Technol. Aliment.* 2014;13(2):191-202.
9. Makki K, Deehan E, Walter J, Backhed F. The impact of dietary fiber on gut microbiota in host health and disease. *Cell Host & Microbe* 2018;23(6):705-715.
10. Forootan, M.; Bagheri, N.; Darvishi, M. Chronic constipation a review of literature. *Medicine* 2018; 97(20): e10631.
11. Özcan B, Saka M. Fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkin bireylerin posa, sıvı ve vitamin mineral alımlarının değerlendirilmesi. *Beslenme Diyet Dergisi* 2018; 46(3):220-229.
12. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and metanalysis. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:1582-1591.
13. Sample size for a prevalence survey, with finite population correction <https://sampsizе.sourceforge.net/iface/>
14. Türkiye Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2016.
15. World Health Organization (WHO). Physical Activity and Adults. 2019. Available from:[https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/)
16. Folden S. Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing Foundation*, 2002;27(5):169-175.

17. Akyol P, İmamoğlu O. Üniversite öğrencilerinde cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları. *Sportmetre*, 2019;17(3):67-77.
18. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2019.
19. Xu L, Yu W, Jiang J, Li N. Clinical benefits after soluble dietary fiber supplementation: A randomized clinical trial in adults with slow-transit constipation. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2014;94(48):3813-3816.
20. De Schryver M, Keulemans C, Peters P. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol* 2005;40(4):422-429.
21. Lin Y, Huybrechts I, Vereecken C, Mouratidou T, Valtuena J, Kersting M, et al. Dietary fiber intake and its association with indicators of adiposity and serum biomarkers in European adolescents: the HELENA study. *Eur J Nutr*. 2015;54(5):771-82.
22. Holscher H. Dietary fiber and prebiotics and the gastrointestinal microbiota. *Gut microbes*, 2017;8(2):172-184.
23. Aliasgharzadeh A, Dehghan P, Gargari BP, Asghari-Jafarabadi M. Resistant dextrin, as a prebiotic, improves insulin resistance and inflammation in women with type 2 diabetes: a randomised controlled clinical trial. *Br J Nutr*. 2015;113(2):321-330.
24. Azadbakht L, Haghighatdoost F, Esmailzadeh A. White rice consumption, body mass index, and waist circumference among iranian female adolescents. *J Am Coll Nutr*. 2016;35(6):495-499.
25. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and metanalysis. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:1582-91.

## Ebelerin Profesyonel Değerleri ve Mesleki Yetkileriyle İlgili Algılarının Değerlendirmesi

### Evaluation of Midwives' Perceptions Regarding Professional Values and Professional Authorities

Melek BALÇIK ÇOLAK <sup>1</sup>, Sibel İÇKE <sup>2</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırmada, ebelerin profesyonel değerleri ve mesleki yetkileriyle ilgili algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma kesitsel-analitik tiptedir. Araştırma verileri 05.05.2021-31.07.2021 tarihleri arasında web tabanlı veri toplama yöntemi kullanılarak toplanmış, araştırma örneklemini 209 ebe oluşturmuştur. Araştırma verileri “Ebe Tanıtım Formu”, “Ebelerin Profesyonel Değerler Ölçeği” ve “Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Ebelerin Profesyonel Değerler Ölçeği toplam puan ortalaması 130,36±17,67, Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği toplam puan ortalaması ise 66,88±8,97 olarak bulunmuştur. Ölçeklerin birbiri ile ilişkilerinin bakıldığı korelasyon analizinde, ebelerin profesyonel değerleri arttıkça ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algılarının da arttığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca mesleği isteyerek tercih etme ve çalışma zamanı ile ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırmada ebelerin yüksek düzeyde profesyonellik değerine ve orta düzeyde mesleki yetkinliklerinde algıya sahip oldukları, uzun süre meslekte çalışma durumunun profesyonel değer ve mesleki yetkinlik algıları üzerine olumlu yönde etki sağladığı sonucuna varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Algı, Değerler, Ebelik, Profesyonel, Yetkinlik

#### ABSTRACT

**Aims:** In this study, it was aimed to evaluate the perceptions of midwives about their professional values and professional authority.

**Methods:** It's a cross sectional-analytical research. The research data were collected by using web-based data collection method between 05.05.2021 and 31.07.2021, and the research sample consisted of 209 midwives. Research data were collected using the “Midwife Information Form”, “Midwife's Professional Values Scale” and “Perception Scale Regarding the Competences of the Midwifery Profession”.

**Results:** The total mean score of the Midwives' Professional Values Scale was 130.36 ± 17.67, and the total mean score of the Perception Scale Regarding the Competences of the Midwifery Profession was 66.88 ± 8.97. In the correlation analysis, in which the relationships between the scales were examined, it was concluded that as the professional values of the midwives increased, their perceptions of the midwifery profession's powers also increased. In addition, it has been determined that there is a significant difference between the perception of willingly choosing the profession and working time and the authorities of the midwifery profession.

**Conclusion:** In the study, it was concluded that midwives have a high level of professionalism and a medium level of perception of professional competencies, and the fact that they work in the profession

**Geliş Tarihi/Received:** 23.06.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 22.10.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 28.02.2023

**Doi:** 10.57224/jhpr.1134710

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, mbalcikcolak@sakarya.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1842-5539

<sup>2</sup>Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, sibell.icke@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9580-3505

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Melek BALÇIK ÇOLAK, mbalcikcolak@sakarya.edu.tr

**Cite this article as:** Balçık Çolak, M. İçke S. Ebelerin Profesyonel Değerleri ve Mesleki Yetkileriyle İlgili Algılarının Değerlendirmesi. J Health Pro Res 2023;5(1): 10-18.

for a long time has a positive effect on their perceptions of professional value and professional competence.

**Key words:** Perception, Values, Midwifery, Professional, Competence

## Giriş

Meslek, belli bir eğitim ile kazanılan, sistemli bir bilgi ve beceriye dayanan, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında belli bir ücret almak için yapılan, kuralları belli olan uğraşı, iş olarak tanımlanmıştır (1). Ebelik mesleği; bilim, sanat ve güçlü etik değerlerin birleştiği profesyonel bir sağlık disiplindir ve Türkiye’de eğitim yolu ile edinilen ilk kadın mesleklerdendir (2, 3, 4). Bir mesleğin profesyonel olabilmesi için o mesleği en iyi şekilde ve en az zararla yapmak, onu en ince ayrıntılarıyla kavramak ve uygulayabilmek, aynı zamanda toplum tarafından kabul görmesi gerekmektedir (3, 5, 6, 7).

Profesyonellik, meslekte yetkilere/ yetkinliklere sahip olmayı gerektirir. Ayrıca “çeşitli yetkinlikleri içeren bir tutum, bir bakış açısı ve bir davranış biçimi” olarak tanımlanmıştır (8). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM), ebelik mesleğinde yetkileri “genel yetkiler”, “gebelik öncesi ve antenatal bakım için özel yetkiler”, “travay ve doğum sırasında dikkat edilecek özel yetkiler”, “kadınların ve yenidoğanların devam eden bakımına özel yetkiler” olmak üzere dört kategori halinde düzenlemiştir. Düzenlenen bu yetkiler ve yetkinlikler ICM’nin ebenin tanımı ve kapsamına ek olarak ebelik bakım felsefesi ve modelini yansıtan bütüncül ifadeler olarak yazılmıştır. Bu ifadeler; ebelerin ebelik uygulaması kapsamında ve tüm ortamlarda uygulama özerkliği, ebenin doğum fizyolojisini destekleme ve normal doğumu teşvik etme rolü, ebenin insan haklarını koruma ve kadınlar için bilgilendirilmiş onay ve karar alma rolü, ebenin gereksiz müdahaleleri azaltma dahil kanıt dayalı uygulamayı teşvik etme rolü, ebenin acil müdahalelerin sağlanması da dahil olmak üzere gerektiğinde değerlendirme, tanı koyma, harekete geçme, müdahale etme, danışma ve sevk etme rolü olarak karşımıza çıkmaktadır (9). ICM’nin amacı, profesyonel ebeliğin geliştirilmesi, eğitimi ve yararlı kullanımı yoluyla tüm dünyada kadınlara, bebeklere ve ailelere sağlanan bakım standardının iyileştirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda ICM

ebenin eğitimine, uygulamasına ve araştırmasına rehberlik etmek için mesleki etik kodu ortaya koymuştur. Bu kod, kadınları insan haklarına sahip kişiler olarak kabul eder, tüm insanlar için adalet ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik arar ve toplumun tüm üyelerinin karşılıklı saygı, güven ve haysiyet ilişkilerine dayanır (10). Ülkemizde ebelerin çoğu profesyonel alanlarının dışında çalıştıkları için bağımsız rollerine yabancılaşmaktadır. Bu nedenle ebeler, ulusal ebelik kodlarının önemini farkında olmalı, mesleğin değerlerinin farkında olmalı hem mesleki gelişime hem de değişime önem ve öncelik vermelidir (11).

Literatürde ebeliğin profesyonelliği üzerine yapılmış sayılı çalışma olmakla birlikte, bu çalışmalar daha çok ebelik öğrencilerine yöneliktir. (2, 6, 7, 16). Ebelerin profesyonel değerleri ile ilgili görüşlerini ve ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algılarını ele alan, araştırma bulgularını destekleyecek çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle böyle bir çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

## Araştırma Soruları

1. Ebelerin profesyonel değerler düzeyi nedir?
2. Ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı düzeyi nedir?
3. Ebelerin profesyonel değerler ve ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

## Gereç ve Yöntem

### Amaç

Bu araştırma, ebelerin profesyonel değerleri ve mesleki yetkileriyle ilgili algılarının değerlendirmesi amacıyla kesitsel-analitik tipte yapılmıştır.

### Evren ve Örneklem

Araştırma verileri 05.05.2021-31.07.2021 tarihleri arasında web tabanlı veri toplama yöntemi (Microsoft Forms) kullanılarak toplanmıştır. Türkiye’de bulunan tüm ebeler

(N=59.040) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, belirlenen tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden, online araştırma anket formunu eksiksiz dolduran ebelerin tümü (n=209) araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; üç ayrı form kullanılarak toplanmıştır. Bu formlar:

**Ebe Tanıtım Formu:** Literatür doğrultusunda hazırlanan form, sosyo-demografik bilgileri içeren 9 adet anket sorusundan oluşmaktadır (3). Sosyo-demografik ve mesleki verilerde, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ebelik dışında eğitim durumu, çalıştığı birim, meslekte ve birimdeki çalışma yılı, mesleki tercihi, kadro durumu, haftalık çalışma saati, çalışma zamanı sorulmuştur.

**Ebelerin Profesyonel Değerler Ölçeği (EPDÖ):** Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (EPDÖ), ebelerin profesyonel değerlerini belirlemek amacıyla Demirbaş Meydan ve Kaya (2018) tarafından Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) etik kodlarından rehber alınarak geliştirilmiştir. EPDÖ 5'li likert tipinde ("önemli değil" yanıtı "1", "biraz önemli" yanıtı "2", "önemli" yanıtı "3", "çok önemli" yanıtı "4" ve "son derece önemli" yanıtı "5 puan) bir ölçektir. Ölçekte ters kodlanması gereken ifade yoktur. Ölçekten alınan toplam ham puan 30-150 arasında değişmekte, ayrıca değerlendirme için bir hesaplama yapılarak ölçek puanı elde edilmektedir. Hesaplama, "Bireyin Ölçek Puanı=Ölçekten Toplam Ham Puan×100/Ölçek Maksimum Ham Puan" formülü ile yapılmaktadır. Ölçek; puanlar yükseldikçe ebelerin profesyonel değerlerinin daha olumlu olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (3). EPDÖ'nün Cronbach Alpha'sı 0.96 olduğu belirtilmiştir.

**Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği (EMYAÖ):** Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği, ilk olarak Mathews ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha'sı kontrol 0.70, destek 0.84, tanıma 0.75, yetenekler 0.69 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018

yılında Murat Öztürk ve ark. tarafından yapılmıştır. "Destek ve Yönetim", "Beceri" ve "Kaynak" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 22 maddeden oluşan (1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4 katılıyorum, 5 kesinlikle katılıyorum) 5'li likert tipi bir değerlendirmesi bulunmaktadır. Orijinal ölçeğin toplam puanı en az 22 ve en fazla 110 puandır. Ancak Türkçe uyarlamasında 3, 12 ve 22.ci maddeler çıkarıldığı için ölçeğin toplam puanı en az 19 ve en fazla 95 puandır. Ölçekte 5., 7., 9., 13.,18., ve 20. sorular ters kodlanmıştır (11). EMYAÖ'nün Cronbach Alpha'sının 0.82 olduğu belirtilmiştir.

### Verilerin Toplanması

Araştırmanın, gerçekleştirilmesinin planlandığı dönemde yaşanan COVID-19 pandemisi nedeniyle veri toplama süreci çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Anketlerin uygulanması Microsoft Forms anket kısmından yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen ebeler çevrimiçi anketler aracılığı ile doldurulan veri toplama formlarıyla değerlendirilmiştir.

Ebe tanıtım formu ve ölçeklerin soruları "Microsoft Forms" sistemine aktarılıp, paylaşılabılır bir bağlantı oluşturulmuş ve bu bağlantı çevrimiçi olarak katılımcılara gönderilmiştir. Veri toplama aracı olarak Microsoft Forms'un kullanılmasının nedeni Covid-19 etkisine maruz kalmamak, sosyal mesafenin korunmasıdır. Bu durum çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Microsoft Forms üzerinde katılımcılara yönelik gerekli yönlendirici ve bilgilendirici açıklamalar yapılmıştır.

**Bağımlı değişkenler:** Ebelerin profesyonel değerler ölçek puanı, ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı ölçek puanı

**Bağımsız değişkenler:** Sosyo demografik özellikler; yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, çalışma zamanı, mesleği isteyerek tercih etme, kadro durumu.

### Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) ile yapılmıştır. Ebelere yönelik tanıtıcı bilgiler sayı, yüzde dağılımları ve ortalamaları alınarak hesaplanmıştır. Tüm analizlerde istatistik önemlilik eşik düzeyi olarak p<0.05 alınmıştır. Nonparametrik analizlerde üç veya daha fazla sayıda grubun ortalamaları arasındaki

farklılığın anlamlılığını belirlemek için Kruskal Wallis, iki bağımsız grup ortalamalarını karşılaştırmak için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Parametrik analizlerde üç veya daha fazla sayıda grubun ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlılığını test etmek amacıyla Oneway Anova testi, iki bağımsız grup ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla Independent-T testi kullanılmıştır. Anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklı olduğunu belirlemek için Post-hoc testlerinden Bonferroni testi yapılmıştır. Ayrıca, pearson korelasyon analizi de kullanılmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya “TC. Mardin Artuklu Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan” Etik Kurul (2021/4-18 sayılı ve 04.05.2021 tarihli) onayı alınmıştır. Ayrıca çevrimiçi ankete başlamadan önce katılımcıların

çalışmaya katılmayı kabul ettiğine dair onay kutucuğu eklenmiş ve kutucuğu işaretleyecek şekilde onayı alınmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan ebelerin ölçek toplam puan ortalaması ve ölçekler arası ilişki Tablo 1’de gösterilmiştir. Buna göre; EPDÖ toplam puanı ortalaması  $130.36 \pm 17.67$ , EMYAÖ toplam puanı ortalaması ise  $66.88 \pm 8.97$  olarak bulunmuştur. EPDÖ’nün Cronbach Alpha’sı 0.961, EMYAÖ’nün Cronbach Alpha’sı ise 0.793 olarak bulunmuştur. Ölçeklerin birbiri ile ilişkilerinin bakıldığı korelasyon analizinde, ölçekler arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ( $r= 0.215$ ), ebelerin profesyonel değerleri artıkça ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algılarının da arttığı sonucuna varılmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 1.** Ebelerin Profesyonel Değerler Ölçeği ve Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği Toplam Puanları ve Karşılaştırmaları

Ölçekler	Sayı (n)	X̄	Sd	r	p
<b>Ebelerin Profesyonel Değerler Ölçeği (EPDÖ)</b>	209	130.36	17.67		
<b>Ebelik Mesleğinin Yetkileri İle İlgili Algı Ölçeği (EMYAÖ)</b>	209	66.88	8.97	0.215	0.001

r = korelasyon katsayı

Araştırmaya katılan ebelerin sosyo-demografik özellikleri ile ebelerin profesyonel değerlerinin karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalamasının  $29.39 \pm 6.04$  olduğu,  $50.20$ ’sinin evli,  $87.60$ ’ının ön lisans ve lisans mezunu,  $54.50$ ’sinin meslekte çalışma süresinin 0-5 yıl arasında olduğu,  $75.10$ ’unun mesleği isteyerek tercih ettiği,  $56.90$ ’unun sözleşmeli çalışan olduğu ve  $41.10$ ’unun devamlı gündüzde çalıştığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan ebelerin medeni durumu, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, çalışma zamanı, mesleği isteyerek tercih etme ve kadro durumu ile profesyonel değerleri karşılaştırıldığında, elde edilen bulgulara göre, ebelerin medeni durumu, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, çalışma zamanı, mesleği isteyerek tercih etme ve kadro durumu

ile profesyonel değerleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Tablo 3’te araştırmaya katılan ebelerin sosyo-demografik özellikleri ile ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algıları karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, kadro durumu ile ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı arasında anlamlı fark olmadığı ( $p > 0.05$ ) fakat mesleği isteyerek tercih etme ve çalışma zamanı açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Çalışma zamanı ile ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı arasında anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklı olduğunu belirlemek için Post-hoc testlerinden Bonferroni testi yapılmış, 24 saatte bir rotasyon ile devamlı gündüz ve gece/gündüz çalışma arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 2.** Sosyo-Demografik Özellikler ile Ebelerin Profesyonel Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sıra Numaralarının Ortalamaları	* $\chi^2$	**U	z	p
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	105	50.20	101.62	-	5105.000	0.813	0.416
Bekar	104	49.80	108.41				
<b>Eğitim Durumu</b>							
Lise	8	3.80	133.56	4.137	-	-	0.126
Önlisans ve lisans	183	87.60	101.84				
Lisansüstü	18	8.60	124.39				
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>							
0-5 yıl	114	54.50	106.66	0.469	-	-	0.791
6-10 yıl	44	21.10	99.48				
10 yıl üstü	51	24.40	106.06				
<b>Çalışma zamanı</b>							
Devamlı gündüz	86	41.10	113.49	3.020	-	-	0.221
Gece/gündüz	54	25.80	101.31				
24 saatte bir rotasyon	69	33.00	97.30				
<b>Mesleği İsteyerek Tercih Etme</b>							
Evet	157	75.10	107.43	-	3700.000	1.011	0.312
Hayır	52	24.90	97.65				
<b>Kadro Durumu</b>							
Sözleşmeli	119	56.90	103.90	-	5224.000	-0.303	0.762
Kadrolu	90	43.10	106.46				

\*X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis (ki Kare) Analizi, \*\*U: Mann Whitney U

### Tartışma

Profesyonel değerleri ve mesleki algıları yüksek ebe veya hemşireler, verdiği hizmet sırasında, insan onuru, sorumluluk, harekete geçme, güvenlik, otonomi konularında üst düzey mesleki değerlere sahiptir. Profesyonel değerlerin yüksek olması, sağlık bakımında kritik yapabilme ve karar verebilme güçlerine etki ederek kaliteli hizmet sunmayı kolaylaştırmaktadır (12). Tüm hastaların en iyi koşullarda, en insancıl ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmesinde, profesyonel değer algılarının yüksek olması oldukça önemlidir (13).

Literatürde araştırmacıların bildiği kadarıyla, ebelerin profesyonel değerleri ile ilgili görüşlerini ve ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algılarını ele alan, araştırma bulgularını destekleyecek çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca ebelikte profesyonel değerler ile ilgili yapılan çalışmaların ebelik öğrencileri üzerine yapıldığı görülmektedir (7). Bu nedenlerden dolayı ebelik ve hemşirelik mesleğinin değerleri ve ortak özelliklerinin olması nedeniyle hemşirelik mesleğine ilişkin yapılmış çalışmaların sonuçlarından yararlanılarak tartışılmıştır.



**Tablo 3.** Sosyo-demografik Özellikler ile Ebelik Mesleğinin Yetkileri İle İlgili Algılarının Karşılaştırılması

Özellikler	X±Sd	*t	**F	p
<i>Medeni durum</i>				
<b>Evli</b>	66.705±8.572	-0.284	-	0.777
<b>Bekar</b>	67.058±9.399			
<i>Eğitim durumu</i>				
<b>Lise</b>	71.750±7.005	-	1.898	0.152
<b>Ön lisans ve lisans</b>	66.459±8.903			
<b>Lisansüstü</b>	69.000±9.923			
<i>Meslekte Çalışma Süresi</i>				
<b>0-5 yıl</b>	66.316±9.071	-	0.542	0.582
<b>6-10 yıl</b>	67.250±9.160			
<b>10 yıl üstü</b>	67.824±8.664			
<i>Çalışma zamanı</i>				
<b>Devamlı gündüz</b>	68.035±9.160	-	4.349	<b>0.014</b>
<b>Gece/gündüz (vardiyalı)</b>	68.315±7.753			
<b>24 saatte bir rotasyon</b>	64.319±9.196			
<i>Mesleği İsteyerek Tercih Etme</i>				
<b>Evet</b>	67.898±8.898	2.899	-	<b>0.004</b>
<b>Hayır</b>	63.808±8.566			
<i>Kadro Durumu</i>				
<b>Sözleşmeli</b>	66.462±9.046	-0.774	-	0.440
<b>Kadrolu</b>	67.433±8.896			

\*t: Independent-t test, \*\* F: Oneway Anova

Araştırmada, ebelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri tanımlanmış, bu özelliklerin ebelerin profesyonel değer ve ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algıları incelenmiştir. Araştırmaya katılan ebelerin EPDÖ toplam puanı ortalaması 130.36 ± 17.67, EMYAÖ toplam puanı ortalaması ise 66.88 ± 8.97 olarak belirlenmiştir. Ebelerin EPDÖ'den alınan toplam puan ortalamasının yüksek, EMYAÖ'den alınan toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum, ebelerin yüksek düzeyde profesyonellik

değerine ve orta düzeyde mesleki yetkinliklerinde algıya sahip oldukları şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalamasının 29.39±6.04, 50.2'sinin evli, büyük çoğunluğunun (%87.6) önlisans ve lisans mezunu olduğu %43.5'inin Doğumhane ya da Kadın Doğum Servisi'nde çalıştığı, %54.5'inin meslekte çalışma süresinin 0-5 yıl arasında, %75.1'inin mesleği isteyerek tercih ettiği, %56.9'unun sözleşmeli çalışan olduğu ve

%33.0'ünün 24 saatte bir rotasyonda çalıştığı belirlenmiştir.

Akan (2021) "Tekirdağ İli ve İlçelerinde Çalışan Ebelerin Tükenmişlik Düzeyleri ile Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tezinde EPDÖ puan ortalamasını  $86,19 \pm 12,54$  olduğunu ve yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ile EPDÖ arasında anlamlı farklılık bulunmadığını belirtmiştir (14). Görüş ve ark. (2014) "Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler" adlı çalışmada hemşirelerin profesyonel değerler ölçeği puan ortalamasının  $90.7 \pm 14.7$  olduğunu, cinsiyet, yaş, medeni durum ve iş deneyimi gibi faktörlerin ölçek puanını etkilemediğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalar araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (12).

Ebelikte mesleki profesyonelleşmede ve mesleki algıda eğitim önemli faktörlerden biridir. Zaman içerisinde mesleki uygulama deneyimi, mesleki algı, beceri, rol ve sorumlulukların gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu süreçte mesleki profesyonelleşmeyle birlikte mesleki yetkiler ile ilgili algılar da artmaktadır.

Medeni durum ve eğitim durumu ile EPDÖ ve EMYAÖ puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir fakat bekar ve lise ile lisansüstü mezunları lehine EPDÖ'de hafif bir artış söz konusudur. EMYAÖ puan ortalamaları ise benzerdir ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Akan (2021), eğitim durumu ile EPDÖ arasında anlamlı fark olmasa da eğitim durumunun arttıkça ölçek puan ortalamalarının da yükseldiğini belirtmiştir (14). Elmalı (2020) "Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Değer Algılarının Belirlenmesi" adlı çalışmada öğrencilerin profesyonel değer algıları toplam puan ortalamalarını yüksek bulmakla birlikte ilgili sınıfların ortalama puanlarını karşılaştırdığında sınıfların büyüdükçe puan ortalamasının da arttığını belirtmiştir (15). Yücel ve ark. (2018) "Ebelik Öğrencilerinin Profesyonel Değer Algılarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmada birinci sınıfta ve üst sınıflarda okuyan öğrenciler arasında profesyonel değer algıları arasında fark olduğunu, daha üst sınıflardaki öğrencilerin profesyonel değer algılarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (16).

Kaya ve Kantek (2016) "Yönetici Hemşirelerin Profesyonel Değerler Algısı ve

Etkileyen Faktörler" adlı çalışmada yönetici hemşirelerin eğitim düzeyinin arttıkça profesyonel değer algılarının da arttığını ve profesyonel değerler puanları ile yalnızca eğitim durumu arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir (17). Görüş ve ark. (2014) lisans mezunu hemşirelerin profesyonel değerlerinin, ön lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin en yüksek puan alan grup olduğunu fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Ölçek puan ortalamalarındaki yüksekliğin nedeni olarak okullarda alınan temel eğitimlerin üzerine lisansüstü eğitimlerin alınmasının profesyonel tutum ve değerleri olumlu yönde şekillendirecek davranışlara dönüşmesini sağladığı düşünülmektedir (18).

Literatürle bulgularımızda eğitim ve profesyonel değerler ve mesleki yetkinlik algı ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı benzerlik gösterse de diğer çalışmaların aksine eğitim düzeyi lise olan ebelerin ölçeklerdeki toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun nedeni olarak ülkemizde son 15 yıldır ebelik eğitiminin lisans seviyesinde olması, daha önce liselere giriş sınavı ile bölümün tercih edilmesi ve buna bağlı mesleki algılarının yüksek olması, daha uzun yıllar meslekte var olmaları, farklı birimlerde çalışmış olmaları, kurumsal çalışma koşulları, toplumsal olaylar gibi faktörlerin profesyonel değer ve mesleki yetkinlik algıları üzerinde etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Meslekte çalışma ve kadro durumu ile EPDÖ ve EMYAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, meslekte çalışma süreleri bakımından ölçek puan ortalamaları benzerdir ve gruplar arasında fark bulunmamıştır. Akan (2021) çalışmada EPDÖ puan ortalaması ile mesleki deneyim arasında anlamlı fark olmadığını, 6-10 yıl arasında deneyimi olanların ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu (14), Hüsmenoğlu (2022) mesleki deneyim sürelerinin 11-15 yıl arasında olanların yüksek, 21 yıl ve üzerinde olanların ise düşük puan ortalamasının olduğunu belirtmiştir (18).

Çalışma zamanı ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında EPDÖ puan ortalaması ile anlamlı fark bulunmamış olsa da devamlı gündüz rotasyonunda çalışan ebelerin ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile

İlgili Algıları ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ve bu farklılık 24 saatte bir rotasyon ile çalışan ebelerden kaynaklanmaktadır.

Yapılan bir çalışmada, çalışma şekli ile EPDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadığı fakat EPDÖ puan ortalaması sürekli gece ve nöbet usulü çalışan ebeler göre devamlı gündüz çalışanların puan ortalamalarının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (14). Diğer bir çalışmada da aynı şekilde devamlı gündüz çalışan hemşirelerin EPDÖ puan ortalamasının, nöbet usulü ile çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerin genellikle idari birimlerde çalışıyor olmaları daha fazla mesleki sorumluluk bilinciyle çalışmasından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca gündüz çalışma şeklinin daha planlı olunması ve iş yaşantısı dışında daha rahat aktivite planlaması yapılabilmesine katkı sağladığı, bulunduğu konum gereği seminer, kongre vs. gibi faaliyetlere daha fazla katılım sağlanabilmesinden kaynaklanabilmektedir (18).

Mesleği isteyerek tercih etme ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında EPDÖ puan ortalaması ile anlamlı fark bulunmamış olsa da mesleği isteyerek tercih eden ebelerin lehine bir artış söz konusudur. EMYAÖ puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Göriş ve ark. (2014) ve Akan (2021) çalışmasında mesleği isteyerek tercih etme ile EPDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığını fakat mesleği isteyerek tercih edenlerin ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (12, 14). Ayrıca Akan (2021), ebelerin çalıştıkları servis ile EPDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını fakat kadın doğum servislerinde çalışan ebelerin EPDÖ puan ortalamasının doğumhane ve diğer birimlerde çalışan ebeler göre düşük olduğunu belirtmiştir (14). Çalışılan birimlere bağlı iş yükünün fazlalığı, yaşanan olumsuz durumlar motivasyonun düşmesine neden olabilir ve buna bağlı olarak profesyonelliği de olumsuz etkileyebilir (14). Diğer bir çalışmada ise yataklı servislerde çalışmayan hemşirelerin veya akademisyen hemşirelerin, diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek EPDÖ

puan ortalamasının olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir. Yine bu durumun nedeninin iş yükünün fazla olması ve tükenmişlik durumunun yaşanması olduğu düşünülmektedir (18).

### Sonuç

Meslekte çalışma ve uzun süreli mesleki deneyim, devamlı gündüz rotasyonunda çalışma, mesleği isteyerek tercih etme durumlarının ebelerin profesyonel değerleri ve mesleki yetkinlik algıları üzerine olumlu yönde etki etmektedir. Literatürde yer alan diğer çalışmaların aksine araştırmamızda eğitim düzeyi lise olan ebelerin profesyonel değer ve mesleki yetkinlik algılarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni ülkemizde lisans eğitimine yakın bir zamanda başlanmış olması, geçmişte ebeliğin liselere giriş sınavı ile kazanılıp ve isteyerek tercih edilen bir meslek olması ve buna bağlı mesleki deneyimlerinin daha fazla olması, kurumun birçok alanında çalışma durumlarının olması ve toplumsal yapı gibi faktörlerin etkisi olarak düşünülmektedir.

### Teşekkür

Çalışma verilerinin toplanması pandemide yoğun iş yükünün olduğu bir döneme denk gelmesine rağmen, çalışmaya desteğini esirgemeyen tüm ebe meslektaşlarımıza teşekkür ediyoruz.

### Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Güncel Türkçe Sözlük. [Internet]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr>, Erişim Tarihi: 15.04.2021.
2. Özcan M, Akpınar A, Ergin AB. Personal and professional values grading among midwifery students. *Nurs Ethics* 2012; 19(3): 399–407.
3. Demirbaş Meydan Ş, Kaya N. Ebelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geliştirilmesi. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg* 2018;5(2):129–38.
4. Karaçam Z. Türkiye’de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: yasal düzenlemeler, eğitim ve araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg*. 2016;6(3):128–36.
5. Mivšek P, Pahor M, Hlebec V, Hundley V. How do midwives in Slovenia view their

- professional status? Midwifery 2015;31(12):1193–201.
6. Karaca Saydam B. Profesyonel bir meslek olarak Türkiye’de ebelik. Sağlık ve Toplum. 2015;(6):3–9.
  7. Ertekin Pınar Ş, Cesur B, Duran Ö, Güler E, Üstün Z, Abak G. Ebelik öğrencilerinin mesleki profesyonellikleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2013;8(23):19–37.
  8. Kırılankıç S. Hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının incelenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, 2019.
  9. International Confederation of Midwives. Essential competencies for midwifery practice 2019 update [Internet]. 2019. Erişim Adresi: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019\\_final\\_18-oct-5db05248843e8.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf)
  10. International Confederation of Midwives. International code of ethics for midwives [Internet]. 2014. Erişim Adresi: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
  11. Murat Öztürk D, Sayiner FD, Bayar A. Ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve

- güvenirlilik çalışması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2018;7(1):28–34.
12. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Nurses’ professional values and affecting factors. J Psychiatr Nurs 2014;5(3):137–42.
  13. Esenkaya D, Aydemir A. Hemşirelerin profesyonel hemşirelik değer algısının yaşlı hasta bakımı üzerine etkisi. J Soc Humanit Adm Sci 2020;6(29):1211–1221.
  14. Akan A. Tekirdağ ili ve ilçelerinde çalışan ebelerin tükenmişlik düzeyleri ile profesyonel değerleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2021.
  15. Elmalı H. Determination of professional values of nursing students. J Acad Res Nurs 2020;6(1):125–31.
  16. Yücel U, Ünal İ, Özdemir T, Koyuncu M, Çakmak N. Ebelik öğrencilerinin profesyonel değer algılarının belirlenmesi. Med Sci 2018;13(4):94–105.
  17. Kaya A, Kantek F. Yönetici hemşirelerin profesyonel değerler algısı ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2016;3(1):18–25.
  18. Hüsmenoğlu M. Hemşirelerin profesyonel değer algısı ve bağlamsal performans düzeyleri arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2022.

## Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna Yönelik Bir Değerlendirme

### An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey

Gülay EKİNCİ<sup>1</sup>, Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ<sup>2</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Palyatif bakım; tedavisi olmayan ya da uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyulan kronik hastalıklarda, bireyin mevcut hastalıkla uyumunu sağlayarak yaşam kalitesini optimal düzeye çıkarmaya ve/veya optimal düzeyde idamesini sağlamaya dönük çabalar bütünüdür. Bu çalışma ile palyatif bakım ile ilişkili uluslararası düzenlemelerde yer verilen öneriler ile ülkemizde mevcut mevzuat çerçevesince yürütülmeye çalışılan palyatif bakım hizmetlerine ait değerlendirmenin yapılması ve gereksinimler çerçevesince bir model önerisinde bulunulmaya çalışılacaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma ile palyatif bakım hizmetlerine ait mevcut durumun yorumlanması amaçlandığı için nitel araştırma türlerinden durum çalışması ile desenlenmiştir. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak doküman analizi kullanılmıştır. Bu araştırmada “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Dünya Sağlık Örgütü’nün “Palyatif Bakımın ve Semptomların Giderilmesinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegre Edilmesi: Planlayıcılar, Uygulayıcılar ve Yöneticiler İçin Bir Kılavuz” resmi belgeleri kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaların değerlendirilmesinde kullanılan alt başlıklar politika/yasal düzenlemeler, eğitim, hizmet sunumu, ilaç yönetimi, araç/ekipman yönetimi, insan kaynakları yönetimi, hizmete erişim, yasal yükümlülükler ve çıktılar kapsamında değerlendirilecektir. Bu kapsamda yazar tarafından dokuz ana başlıkta toplamda yirmi dört alt gösterge belirlenmiştir. Belirlenen 24 alt göstergenin %54’üne kısmen ya da tamamen uyum sağlandığı, %25’inde uyumsuz olduğu, %21’inde ise belirsizlik tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında, palyatif bakım hizmetlerinin uluslararası düzenlemelerde önerilen veriler ile mevcut ulusal mevzuatımız değerlendirildiğinde palyatif bakım hizmetlerinin işleyişinin büyük ölçüde önerilen standartlara uygun olmadığı; hizmetin geliştirilmesine yönelik ulusal düzenlemelerin ivedilikle ele alınıp plan ve programların hayata geçirilmesi önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Palyatif Bakım Hizmetleri, Organizasyon, Göstergeler

#### ABSTRACT

**Purpose:** Palliative care is a set of efforts aimed at increasing the quality of life to the optimal level and/or ensuring its maintenance at the optimal level by ensuring the adaptation of the individual with the existing disease in chronic diseases that do not have palliative care treatment or that require long-term treatment. With this study, it will be tried to evaluate the palliative care services that are tried to be carried out within the framework of the current legislation in our country, with the recommendations included in the international regulations related to palliative care, and propose a model within the framework of the requirements.

**Geliş Tarihi/Received:** 05.07.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 25.10.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 28.02.2023

**Doi:** 10.57224/jhpr.1140949

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey, [gulay.ekinci@izu.edu.tr](mailto:gulay.ekinci@izu.edu.tr) ORCID: 0000-0003-4773-4821

<sup>2</sup>Professor, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey, [rukiye.boluktas@izu.edu.tr](mailto:rukiye.boluktas@izu.edu.tr) ORCID: 0000-0002-1281-0276

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Gülay EKİNCİ, [gulay.ekinci@izu.edu.tr](mailto:gulay.ekinci@izu.edu.tr)

**Cite this article as:** Ekinci G, Bölüktaş RP. An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey. J Health Pro Res 2023;5(1): 19-27.

**Method:** Since this research aims to interpret the current situation of palliative care services, it was designed with a case study, one of the qualitative research types. Document analysis was used as a data collection method in the research. In this study, an evaluation was made using the official documents of the "Directive on the Practice Procedures and Principles of Palliative Care Services" and the World Health Organization's "Integrating palliative care and symptom relief into primary health care services: a guide for planners, practitioners, and administrators".

**Results:** The subtitles used in the evaluation of the studies will be evaluated within the scope of policy/legal regulations, education, service delivery, drug management, vehicle/equipment management, human resources management, access to service, legal obligations and outputs. In this context, a total of twenty-four sub-indicators were determined by the authors under nine main headings. It was determined that 54% of the 24 sub-indicators were partially or completely compliant, 25% were inconsistent, and 21% were uncertain.

**Conclusion:** In the light of the results obtained from the study, when the data suggested in the international regulations and our current national legislation are evaluated, the operation of palliative care services is not in accordance with the recommended standards to a large extent; it is recommended that national regulations for the development of the service be urgently addressed and plans and programs implemented.

**Keywords:** Palliative Care Services, Organization, Indicators

## Giriş

İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılan “Palliative” sözcüğü kökeni Latinceye dayanan kapsayıcı, koruyucu anlamında kullanılan “Palliate (Palliare)” kelimesine dayanmaktadır (1). Sözcük yapısı itibarıyla “Palyatif” kelimesi “bakım” süreci ile ilişkilendirildiğinde bireyin yaşadığı süregelen bir hastalığın sürecine ait sorunların hafifletilmesi, yatıştırılması anlamına gelmekte; kronik ve uzun süreli bakım ihtiyacı duyulan hastalıkların tamamen tedavi edilip ortadan kaldırılmasından ziyade hastalığa ait sürecin etkin şekilde yönetilmesine işaret eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden ya da sınırlayan, ilerleyici/tedavisi olmayan hastalıkların tanı sürecinden başlayan, bireyin yaşam kalitesini artırmayı, ıstırapı azaltmayı ve/veya dindirmeyi, hastalık sürecinde ortaya çıkabilecek semptomları hafifletme/yönetmeye dönük, fiziksel-psikososyal ve spiritüel boyutları olan, birey ve aile merkezli bir bakımdır (2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan yetişkin ve çocuk hastaların ve ailelerinin acılarının önlenmesi ve bu acıların giderilmesi olarak tanımlamaktadır (4).

Palyatif Bakım Hizmetlerinin 1850’lerde Fransa’da sunulmaya başladığı, modern anlamda ise İngiltere’de St. Christopher’s Hospis adı altında Cicely

Saunders tarafından Londra’da 1967’de başlatılmış, tarihte ilk palyatif bakım ünitesi Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde 1975 yılında hizmete sunulmuştur (5).

Palyatif bakım hizmetleri, 1990 yılı başlarından itibaren İngiltere, Kanada ve İskandinav ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde hızlı bir gelişme sürecine girmiştir (6).

Tarihimizde ilk hospis mantığı ile kurulan kurum; 1896 yılında yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet veren Darülaceze olarak kabul edilmektedir (7). Daha sonra 1993-1997 yılları arasında hizmet veren ve Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan bakımevi modern anlamdaki ilk kurum olarak kabul edilmektedir (8). Sağlık Bakanlığı düzeyinde ilk çalışmalar ise 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programında tanımlanan palyatif bakım hizmetleri ise PALLİA-TURK projesi kapsamında palyatif bakım ünitelerinin kurulmasını hızlandırmıştır (9). Akabinde 2014 yılında Palyatif bakım hizmetlerine yönelik mevzuat hazırlanmış ve palyatif bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik kapsamına alınması sağlanmıştır.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerine ait “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayınlanmıştır (10). Bu mevzuat ile palyatif bakım hizmetlerinin sunulması amacıyla palyatif bakım merkezlerinin kurulum ve işleyişi bakımından sahip olması gereken fiziki şartlar, merkezde bulundurulması gereken araç,

gereç ve personelin asgari standardı, hizmette görev alacak personelin görev yetki ve sorumlulukları ile uygulamanın süreçlerine ait denetime ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir.

DSÖ, palyatif bakım hizmetlerini geliştirme hususunda kavramsal model oluşturmuştur. Önerilen model, sağlıkla ilgili ciddi acı çeken kişilere optimal palyatif bakım sağlamak için gereken altı temel bileşeni vurgulamaktadır: (i) palyatif bakımla ilgili sağlam sağlık politikaları; (ii) temel palyatif bakım ilaçlarının kullanımı; (iii) entegre sağlık hizmetleri içinde palyatif bakımın sağlanması; (iv) palyatif bakım sağlayan sağlık çalışanları ve gönüllüler için eğitim ve öğretim; (v) yetkilendirilmiş insanlar ve topluluklar; ve (vi) palyatif bakımla ilgili araştırmalar önerilmiştir (11). Bu mihvalde bu çalışma ile uluslararası bu düzenlemede yer verilen öneriler ile ülkemizde mevcut mevzuat çerçevesince yürütülmeye çalışılan palyatif bakım hizmetlerine ait değerlendirmenin yapılması ve gereksinimler çerçevesince bir model önerisinde bulunulmaya çalışılacaktır.

## Gereç ve Yöntem

### *Araştırmanın Modeli*

Bu araştırma ile palyatif bakım hizmetlerine ait mevcut durumun yorumlanması amaçlandığı için nitel araştırma türlerinden durum çalışması ile desenlenmiş, verilerin toplanmasında doküman analizi yöntemi kullanılmıştır.

Nitel araştırmalar, olay ve olguların gerçekleşme anına ilişkin derin analizler ve araştırmacının özel betimlemelerini sıklıkla içerirler (12). Doküman analizi; araştırma konusu hakkında oluşturulan çeşitli belge, yazı, yapım veya kalıntıların toplanması ve incelenmesi olarak kabul edilmektedir (13).

Bu araştırmada “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Dünya Sağlık Örgütü’nün “Palyatif Bakımın ve Semptomların Giderilmesinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegre Edilmesi: Planlayıcılar, Uygulayıcılar ve Yöneticiler İçin Bir Kılavuz” resmi belgeleri kullanılarak değerlendirme yapılacaktır (14).

### *Kodlama Sistemi ve Analiz*

Doküman analizi yapılırken; (i) uygun dokümanların bulunması, (ii) dokümanların orijinalliğinin kontrol edilmesi, (iii) kodlanması ve kataloglama konusunda bir sistematik oluşturulması ve (iv) veri analizinin yapılması

(içerik analizi yapılması) sıralamasına uyulur (15). Çalışmada işlem için mevcut yönerge ile DSÖ’nün kılavuzu çerçevesince palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonuna yönelik öneriler alt başlıklarda kodlanmıştır ve bu kodlamalar çerçevesince analiz yapılmıştır.

Çalışmaların değerlendirilmesinde 9 (dokuz) alt başlık (kategori) belirlenmiştir. Bu kategoriler; (i) politika/yasal düzenlemeler, (ii) eğitim, (iii) hizmet sunumu, (iv) ilaç yönetimi, (v) araç/ekipman yönetimi, (vi) insan kaynakları yönetimi, (vii) hizmete erişim, (viii) yasal yükümlülükler ve (ix) çıktılar kapsamında değerlendirilecektir. Bu kapsamda yazar tarafından dokuz kategoride toplamda yirmi dört alt gösterge belirlenmiştir. Bu göstergelerin 17’si (onyedi) DSÖ Kılavuzundan, 7’si (yedi) ise yazarlar tarafından önerilmiştir. DSÖ kılavuzu ve yazar tarafından önerilen göstergeler; var, yok, kısmen, belirsiz olarak değerlendirilmiş ve tabloya işlenmiştir.

### *Araştırmanın Sınırlılıkları*

Araştırma değerlendirme için belirlenen dokümanlar ile sınırlıdır.

### *Yayın Etiği Beyanı*

Bu çalışmanın tüm süreçlerinde bilimsel ve etik kurallara uyulmuştur. Çalışmada etik kurul onayı gerektirecek şekilde veri toplanmadığından etik kurul onayına ihtiyaç bulunmamaktadır.

## Bulgular

Palyatif bakım hizmetlerine ait kategoriler ve her kategoriye ait göstergeler hazırlanmış ve bu göstergeler çerçevesince Palyatif Bakım

Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergenin içerik değerlendirmesine ait sonuçlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

DSÖ kılavuzu ile politika başlığı altında beş gösterge üzerinden yapılan değerlendirmede mevcut yönerge ile yasal düzenlemenin sağlandığı, sosyal güvence teminatının ise hastane/kurumsal düzeyde sağlandığı, ev ortamındaki bakımın teminat dışında olduğu ve opioid ilaç düzenlemesine yer verilmediği anlaşılmaktadır. Ayrıca mevcut mevzuat palyatif bakım hizmetlerinin özel ya da kamu eliyle kurum temelli yapılmasını öngörmekte; toplum temelli yaklaşım aile hekimleri ve evde sağlık merkezleri ile sınırlandırılmaktadır.

**Tablo 1.** Palyatif Bakım Hizmetlerine Ait Göstergeler

	Kategori	Göstergeler	DSÖ Klavuzu	Yönerge
1	Politika	Stratejik Plan/Program	✓	Kısmen
		Yasal düzenleme	✓	✓
		Sosyal güvence teminatı (hastane)	✓	✓
		Sosyal güvence teminatı (ev bakımı)	✓	Yok
		Opioid reçetesine ait düzenleme	✓	Yok
2	Eğitim	Resmi eğitim politikasının varlığı (Tıp Fakültesi Düzeyinde)	✓	Yok
		Resmi eğitim politikasının varlığı (Hemşirelik, eczacılık vd. sağlık profesyonelleri düzeyinde)	✓	Yok
3	Hizmet sunumu	Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında	✓	Kısmen
		İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında	YTÖ	✓
		Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında	YTÖ	✓
		Ev ortamı	✓	Yok
		Palyatif Bakım Merkezleri	YTÖ	✓
4	İlaç yönetimi	Hastalık başına opioid tüketimi	✓	Belirsiz
		DSÖ'nün önerdiği palyatif bakım temel ilaçları	✓	Kısmen
		Oral morfin stoğu	✓	Belirsiz
5	Araç/ekipman yönetimi	Nakil araçlarının yönetimi	✓	✓
		Tıbbi cihazların yönetimi	YTÖ	Belirsiz
		Tıbbi sarf malzemelerin yönetimi	YTÖ	Kısmen
6	İnsan kaynakları yönetimi	Hizmet kapsamına göre insan kaynakları tanımlanması	✓	Kısmen
7	Hizmete erişim	Hizmete kabul/red kriterlerinin varlığı	YTÖ	Kısmen
8	Yasal yükümlülükler	Hasta ve yakınlarının hakların ve sorumlulukların tanımlanması	✓	Kısmen
9	Çıktılar	Ölüm anında palyatif bakıma erişimi olan hasta %	✓	Belirsiz
		100.000 kişi başına palyatif bakım alan hasta sayısı	✓	Belirsiz
		Hizmet Kalite Standartlarının Varlığı	YTÖ	Yok

**Kaynak:** Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.  
\*YTÖ: Yazarlar tarafından önerilmiştir.

Yine yönetim ve organizasyonu sağlamaya dönük sorumluluk ise hekim üzerinden ele alınmaktadır. Hizmet sunumunda yönerge hastane temelli organizasyona işaret ederken; ev temelli bakım hizmetine evde bakım kapsamında ve aile hekimliği düzeyinde kısmen değinilmiştir. Sivil toplum kuruluşları, gönüllü

dernekler gibi oluşumlara yönelik düzenlemelere yer verilmemiştir. İlaç yönetiminde ilaçların sağlık raporu ile temini önerilmiş, ilaçların nev'i konusu açıklanmamıştır. Araç ve ekipman yönetimi açısından hastaların ulaşım ve nakil işlemlerinde kullanılmak üzere araç tahsisine



yer verilmiş; palyatif bakımda ihtiyaç duyulacak tıbbi cihaz ve ekipmanın tarifi kurumsal düzeyler için ele alınmış; ev ortamında bu cihazların kullanımına ve tedarikine yönelik bilgiye yer verilmemiştir.

İnsan kaynakları kapsamında planlamada sorumlu tabip, yönetici ve diğer personel şeklinde değerlendirme yapılmış; hizmet kapsamının gerektirdiği personel özelliklerine detaylı yer verilmemiş; konunun palyatif bakım alanında eğitimin/tecrübenin varlığı dikkate alınmadan sağlık profesyonelleri arasında genel görevlendirmeler ile ekibin oluşturulması önerilmiştir.

Palyatif bakım hizmetlerine kabul/ret kriterlerinin varlığı DSÖ kılavuzunda belirtilmemesine rağmen, mevcut mevzuatta kısmen yer almakta ayrıca palyatif bakım hizmetlerine hasta kabulünde evde bakım hizmetlerinin yönlendirmesine vurgu yapılarak bu konuda net bir açıklama yer almamaktadır.

Yasal yükümlülükler hususunda ise hastaların hak ve sorumluluklarına hasta hakları mevzuatına atıf yapılarak değinilmiştir.

Çıktılar hususunda ise palyatif bakım hizmetlerine ait kayıtların tutulması ve istatistiki değerlendirmelerin yapılması belirtilmiş ancak hizmetin değerlendirmesine yönelik hizmet kalite standartlarına yer verilmemiştir.

## Tartışma ve Öneriler

Sağlık hizmetleri; geniş anlamda bireyin yaşam sürecinin tüm evrelerinde (hasta, özürlü, yaşlı, bebeklik, doğum) sağlığı koruma ve geliştirme, lüzum halinde tanı koyma ve tedavi etme amacıyla tıbbi, psiko-sosyo-ekonomik ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren, ev ya da kurumsal ortamda ve farklı düzeylerde sunulan çok boyutlu bir kavramdır. Bu mihvalde palyatif bakım hizmetlerini bireyin sahip olunan süregelen bir hastalıkla yaşama uyum sürecini sağlamada ihtiyaca yönelik verilen sağlık hizmetleridir. Palyatif bakım hizmetleri tıbbi, psiko-sosyo-ekonomik ve rehabilitasyon hizmetlerini içermekte ve ev ya da kurumsal ortamda ve farklı düzeylerde sunulan interdisipliner ve multidisipliner bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri için tanımlanan temel boyutlar 4 başlıkta ele alınır; (i) hastalığa ait semptomların kontrolü, (ii) psikolojik, ruhsal ve duygusal/manevi destek sağlanması, (iii) hastaların aileleri ve yakınları için destek

sağlanması ve (iv) süreç sonundaki yas desteğinin verilmesi. Bu boyutlar çerçevesince palyatif bakım hizmetlerinin hizmet kapsamına göre önerilen sınıflandırma Şekil 1’de gösterilmiştir.

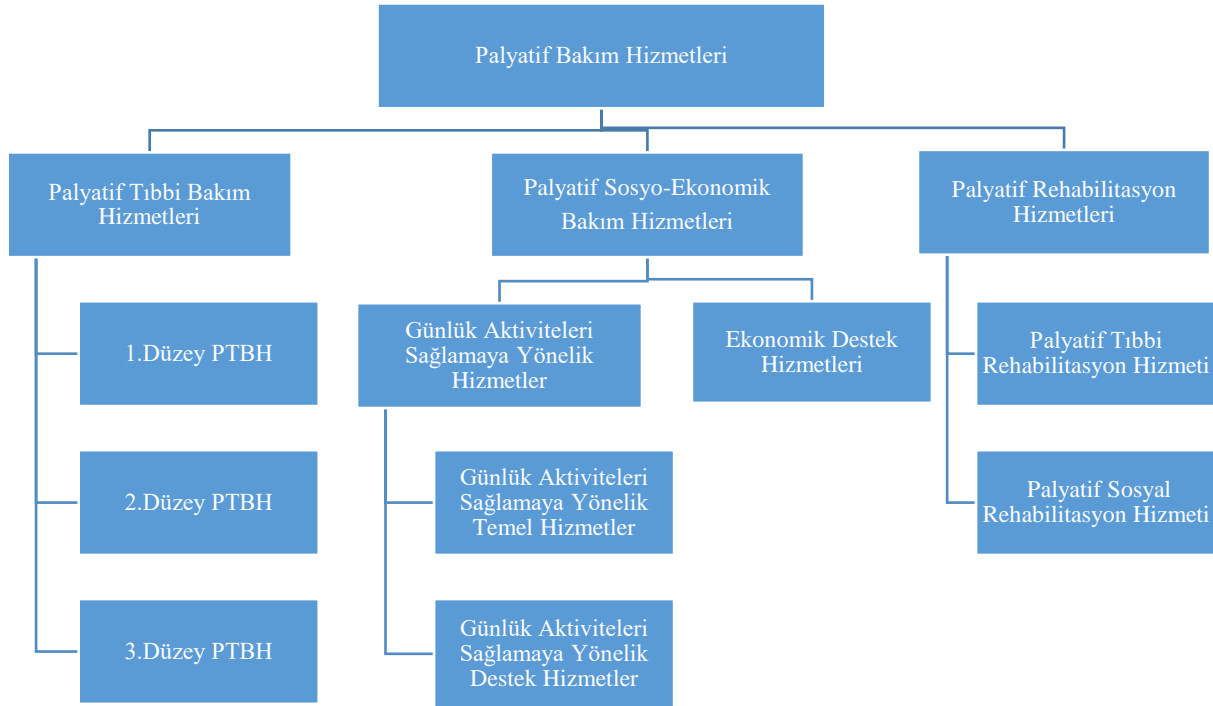
### **Birinci düzey palyatif tıbbi bakım hizmeti:**

Birinci düzey tıbbi bakım hizmeti; bireyin birinci basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis ve tedavisinin sağlandığı, koruyucu sağlık hizmeti odaklı hizmet türüdür (16). Birinci düzey bakım hizmetlerinde, daha düşük düzey teknolojiye ihtiyacın duyulduğu/duyulmadığı, tıbbi bilginin daha az kullanıldığı ve koruyucu sağlık hizmetleri hususunda temel düzeyde eğitim almış tek uzmanlı (hekim, hemşire) ya da uzman olmayan kişilerle (hasta yakını, bakım görevlileri gibi...) yürütülebilen hizmetlerdir (16). Bu hizmetlerin odağında hasta yer almaktadır. AIDS ya da ilaçla tedavisi mümkün olmayan tüberküloz hastalığı tanısı alan bireyin ihtiyacı olan temel düzeydeki sağlık hizmetleri birinci düzey palyatif bakım hizmetlerine örnek verilebilir. Bu aşamada bireye hastalık tanımlanmıştır ve süreç ayaktan takip şeklinde hastalıkla ilgili semptomların kontrolü, hastalığın seyrinin izlenmesi, rutin kontrol ve tahlillerin yapılmasını, reçetelerin düzenlenmesi, beslenmenin desteklenmesi koruyucu önlemlerle bir arada yürütülmektedir. Bu aşamada bireyin ihtiyaç duyacağı psiko-sosyo-ekonomik hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri ile de desteklenmektedir. Literatürde toplum temelli palyatif bakım hizmeti bu düzeye işaret etmektedir.

### **İkinci düzey palyatif tıbbi bakım hizmeti:**

İkinci düzey tıbbi bakım hizmeti; bireyin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis ve tedavisinin profesyonel bir ekip ve hasta yakınlarının katılımı ile ev ya da kurumsal ortamda sağlandığı hizmetlerdir (16). İkinci düzey tıbbi bakım hizmetleri tıbbi bilgi gerektiren ancak teknolojinin daha az kullanıldığı, sunulan bakım hizmetinde uzmanlaşmanın görüldüğü, tek uzmanlı grup çalışması şeklinde yürütülen hizmet türüdür (16). Bu hizmetlerin sunumunda hasta, yakını/yakınları ve sağlık ekibi ön plandadır. Karaciğer kanseri tanısı alan ve nihayetinde organ nakli geçiren bireye ait süreç ikinci düzey palyatif bakım hizmetlerine örnek verilebilir. Bu aşamada bireyin hastalıkla ilgili tedavisi gerçekleştirilmiş; ağrı ve diğer semptomların ailenin katılımı ile profesyonel şekilde ev ile

kurumsal düzeyde (hastane vb.) dönüşümlü şekilde yönetildiği süreçtir.



**Şekil 1.** Palyatif Bakım Hizmetlerinin Hizmet Kapsamına Göre Sınıflandırması (Yazarlar tarafından “Ekinci ve Sur, 2012. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi” başlıklı yayından faydalanarak hazırlanmıştır (15)).

Bu aşamada birey ve ailesinin ihtiyaç duyacağı psiko-sosyo-ekonomik hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri ile de desteklenmektedir.

**Üçüncü düzey palyatif tıbbi bakım hizmeti:** Üçüncü düzey tıbbi bakım hizmetleri; bireyin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis, tedavisinin profesyonel bir ekip ile hasta yakınlarının katılımının da sağlanarak ev ya da kurumsal ortamda yürütüldüğü hizmetlerdir (16). Üçüncü düzey tıbbi bakım hizmetinin ikinci düzey tıbbi bakım hizmetinden farkı; uygulamada yoğun bilgi gerektirmesi, tanı ve tedavi süreçlerinde yüksek tıbbi teknolojilerin kullanılması, tedavi ve bakımın çok uzmanlı ekip çalışması şeklinde yürütülmesidir (16). İleri evre kanser tanısı alan hastaya ait bakım süreci örnek verilebilir. Bu aşamada bireyin hastalıkla ilgili tanısı konmuş, tedavi süreci gerçekleştirilmiş ancak hastalığın seyrinin kötü ilerlemesi nedeniyle gelişen ağrı ve semptomların yönetiminin bu alanda

profesyonel eğitim almış sağlık profesyonellerince ve ailenin katılımı ile sağlandığı, yaşam sonu bakım/terminal dönemin ev ya da kurumsal düzeyde (palyatif bakım üniteleri vb.) dönüşümlü şekilde yönetildiği bakım hizmetleridir. Bu aşamada birey ve ailesi, ihtiyaç duyacağı psiko-sosyo-ekonomik hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri ile de desteklenmektedir.

Ev temelli ya da hastane temelli palyatif bakım hizmetleri ikinci ve üçüncü düzey palyatif bakım hizmetleri içinde değerlendirilmektedir. Bu tür hizmetlerde, hasta ve yakınları 24 saat süreyle palyatif bakım desteği alabilmektedir.

Sosyo-ekonomik hizmetler bireyin günlük ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak bireyin yaşam ortamının iyileştirilmesi; birey ve ailesinin yaşam kalitesinin iyileştirilip geliştirilmesi ve lüzum halinde ekonomik destek hizmetlerinin sağlanmasına yönelik faaliyetler bütünüdür (16). Sosyal bakım hizmetleri teknik olarak yemek yeme, banyo,

tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi Günlük Yaşam Aktivitelerini Sağlamaya Yönelik Temel Hizmetler ile günlük ev işlerinin yapılması, yemek hazırlama ve alışveriş gibi Günlük Yaşam Aktivitelerini Sağlamaya Yönelik Yardımcı Hizmet desteğini içermektedir (16, 17).

Palyatif bakımda rehabilitasyon hizmetleri kapsamında bireyin bedenen ya da ruhen başkalarına bağımlı olmadan ya da bağımlılıklarının azaltılması/desteklenerek yaşamlarını sürdürmeleri amacıyla yapılan çalışmalardır. Palyatif bakım hizmetlerinin sosyal bakım hizmetlerini ile tıbbi bakım süreçlerini bir arada buldurması nedeniyle sınıflandırma iki kategoride yapılmıştır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri bireyin fiziksel ya da ruhsal durumunun tıbbi müdahaleler ile desteklenmesi sürecidir. Bu kapsamda solunum yetmezliği durumunda solunum rehabilitasyonu verilmesi ya da birey ve ailenin hastalık sürecini kabul ve uyum sağlamasını destekleme amacıyla psikoterapi ve aile terapisi vb. uygulamaları içerir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise bireyin ihtiyaç duyduğu sosyal faaliyetlerin gerçekleştirilmesine yönelik faaliyetlerdir (16). Örneğin lösemi hastası çocuğun eğitim talebinin yerine getirilmesi için okul hizmetleri, özel uğraşı-hobi hizmetleri ile bireyin desteklenmesi gibi.

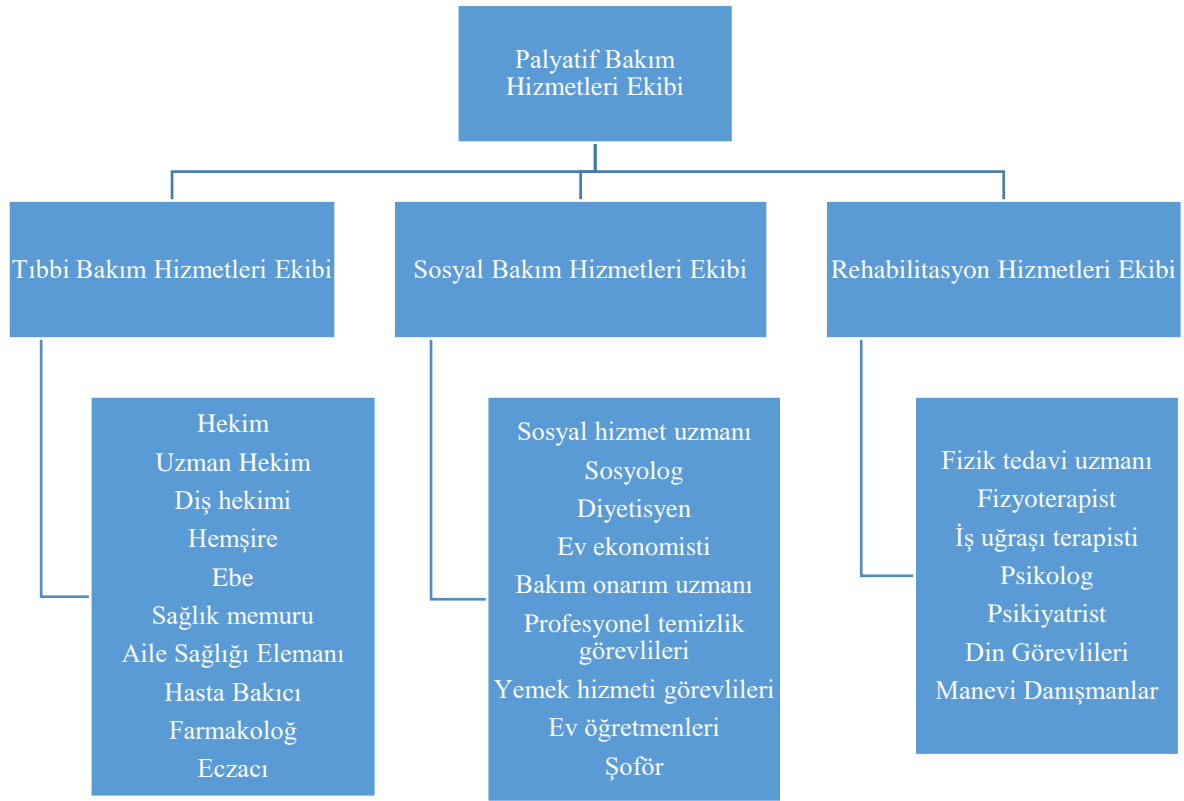
Temel boyutlar itibariyle hizmet kapsamına göre yapılan değerlendirmede ihtiyaç duyulan tıbbi, sosyal, ekonomik ve rehabilite edici hizmetlerin yürütümü farklı sektörlerin katılımını (multidisipliner yaklaşım) ifade eder. Tıbbi hizmetler sağlık otoritelerinin sorumluluğunda iken; sosyo-ekonomik ve rehabilite edici hizmetler belediyeler, sivil toplum kuruluşları, dernek ve vakıf gibi oluşumların katılımını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonunda farklı sektörler arası işbirliğinin tek bir merkezden sağlanarak yürütülmesi önem arz etmektedir. Bir palyatif bakım hastasına ait bakım sürecinde hastaya ait tüm bilgilerin palyatif bakıma özgü oluşturulacak bir yazılım üzerinden yürütülmesi, hastaya ait ihtiyaçların yönetiminde etkinliği sağlayacaktır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin toplum temelli inşasının sağlanmasında Aile Sağlığı Merkezlerinde oluşturulacak Palyatif Bakım Hizmetleri Birimlerinde palyatif bakıma konu hastanın tıbbi ve sosyal ihtiyaçlarına ait süreçlerinin

koordinasyonunun bu alanda eğitim almış bir sağlık profesyoneli (sağlık yönetimi uzmanı vb.) tarafından yürütülmesi önerilebilir. Aile sağlığı merkezinde aile hekimliği birimlerine kayıtlı palyatif bakım hastalarının takibinin bu birimin koordinasyonunda diğer sektörler ile işbirliğinin sağlanarak entegre şekilde yönetilmesi hizmetin sunumunda etkinliği sağlayabileceği gibi, hizmetin kalitesinin artması ve maliyetlerin azalmasında da etkili olabileceğine literatürde yer almaktadır (18,19).

Altmış Yedinci Dünya Sağlık Asamblesinde “palyatif bakımın sağlık sistemlerinin etik bir sorumluluğu olduğunu” ve palyatif bakımın halk sağlığı sistemlerine entegrasyonunun Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 3.8’de evrensel sağlık kapsamına ulaşılması için gerekli olduğunu belirtmekte; bu nedenle palyatif bakım bir seçenek değil, sağlık sisteminin tüm seviyelerinde ihtiyacı olan herkes tarafından erişilebilir olması gereken tıbbi ve etik bir zorunluluk olarak değerlendirilmektedir (14). Aynı kararda “hastalık veya durumun tedavi edilip edilemeyeceğine bakılmaksızın, fiziksel, psikososyal veya ruhsal olsun, acı ve ıstırapı hafifletmek sağlık çalışanlarının etik görevidir...” kararı verilmiştir. Palyatif bakım hizmetleri sunumunda görevli insan kaynaklarının hizmet kapsamına göre dağılımı ise Şekil 2’de gösterilmiştir.

Yapılan bir çalışmada Türkiye’de hemşirelik alanı lisans ve lisansüstü eğitimde palyatif bakım müfredatına yer verildiği tespit edilmekle birlikte derslerin kapsam ve içeriğinde bir standardizasyon olmadığı vurgulanmıştır (20). Bu nedenle palyatif bakım konusunu içeren müfredatın, uluslararası standartlar çerçevesince toplumun ihtiyacına uygun olacak şekilde geliştirilerek sağlık bilimleri fakültelerinde (tıp, eczacılık, hemşirelik, rehabilitasyon hizmetleri, acil hizmetler, sağlık yönetimi vb.) uygulanması ve yaygınlaştırılması önerilir.

Eğitim açısından değerlendirdiğimizde palyatif bakım hizmetlerinde uzmanlaşmanın sağlanması için sağlık profesyonelleri yetiştiren programlara palyatif bakım konulu müfredatın eklenmesi; mevcut hizmette görevli personelin ise DSÖ kılavuzunda belirtildiği üzere görev alacak sağlık profesyonellerine yönelik temel-orta düzey eğitimlerin verilmesi öncelikle önerilmektedir (21).



**Şekil-2.** Palyatif Bakım Hizmetleri Ekibi

## Sonuç

Araştırmada “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Dünya Sağlık Örgütü’nün “Palyatif Bakımın ve Semptomların Giderilmesinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegre Edilmesi: Planlayıcılar, Uygulayıcılar ve Yöneticiler İçin Bir Kılavuz” resmi belgeleri kullanılarak yazarlar tarafından dokuz ana başlıkta toplamda yirmi dört alt gösterge belirlenmiştir. Yazarlar tarafından belirlenen göstergeler çerçevesince “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”sine yönelik yapılan değerlendirmede mevcut mevzuatın (yönerge) belirlenen göstergelerin %54’üne kısmen ya da tamamen uyum sağladığı, %25’inde uyumsuz olduğu, %21’inde ise belirsizlik tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında, palyatif bakım hizmetlerinin uluslararası düzenlemelerde önerilen veriler ile mevcut ulusal mevzuatımız değerlendirildiğinde palyatif bakım hizmetleri işleyişinin büyük ölçüde önerilen standartlara uygun olmadığı; hizmetin geliştirilmesine

yönelik ulusal düzenlemelerin ivedilikle ele alınıp toplumsal ihtiyaca yönelik plan ve programların hayata geçirilmesi önerilir.

### Araştırmacıların Katkı Oranı

Çalışmanın yazarları literatür taraması ve makalenin tüm yazım aşamalarında birlikte çalışmıştır.

### Çatışma Beyanı

Araştırmanın yazarı herhangi bir çıkar/çatışma beyanı olmadığını ifade eder.

### Kaynaklar

1. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
2. Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım. In: Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç (eds) Palyatif bakım: Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:1-26.

3. Mastroianni C, Ramon Codina M, D'Angelo D, Petitti T, Latina R, et al. Palliative Care Education in Undergraduate Nursing Curriculum in Italy. *J Hosp Palliat Nurs.* 2019;21:96-103.
4. WHO Definition of palliative care/WHO Definition of palliative care for children. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, accessed 17 March 2018).
5. Twycross RG. Hospice Care-Redressing The Balance In Medicine. *JR Soc Med.* 1980;73(7):475-481.
6. Klaschik E. Palliativmedizin. *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Ethik und Kommunikation 'de.* Eds. Husebø, Stein and Klaschik E. Berlin. Springer 2000:1-33.
7. Güngör S. Osmanlı'dan Türkiye Cumhuriyeti'ne Bir Hayır Örgütü: İstanbul Darülaceze Müessesesi. *Türk İdare Dergisi* 2009;163-164:157-81.
8. Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. <http://ghs.asyod.org/konular/2013-3-15.pdf>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
9. Şahan Fu, Terzioğlu F. Dünyada Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015;4(2):81-90.
10. 07.07.2015-253 sayılı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı.
11. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-003335-1
12. Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report.* 2003; 8(4), 597-606.
13. Seyidoğlu H. Bilimsel araştırma ve yazma el kitabı. Güzem Can Yayınları.2016.
14. World Health Organization 2018, Integrating Palliative Care And Symptom Relief Into Primary Health Care: A WHO Guide For Planners, Implementers And Managers. Geneva: World Health Organization;2018.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-151447-7
15. Merriam, SB. Qualitative research: A guide to design and implementation. Jossey-Bass. 2009.
16. Ekinci G, Sur H. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi. *Sağlıkta Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi.* 2012; (24): 68-72.
17. Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Aktivite ve Uğraş Terapisi , Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2016.
18. Center to Advance Palliative Care. The Case For Hospital Palliative Care:Improving Quality. 2012. [http://www.capc.org/capc-resources/capc\\_publications/making-the-case.pdf](http://www.capc.org/capc-resources/capc_publications/making-the-case.pdf) (erişim: 3 Aralık 2015).
19. Santa-Emma P, Roach R, Gill M, et al. Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *J Palliat Med,* 2002; 5(1): 93–100
20. Kudubeş AA, Özkan S, Semerci R. Hemşirelik Lisans ve Lisansüstü Programlarında Palyatif Bakım Dersinin Yeri: Türkiye Uygulaması. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med.* 2022; 9:17-26.
21. Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2014 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)).

## Engelli Çalışanlar için İş Güvenliği Eğitimlerinin İncelenmesi

### Investigation of Occupational Safety Trainings of Disabled Employees

Serhat SARI<sup>1</sup>, Furkan BERBER<sup>2</sup>, S. Buğra KÖSEOĞLU<sup>3</sup>, Gamze N. UYGUN<sup>4</sup>, Serap TEPE<sup>5</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Eğitim belli bir konuda bilgi ve beceri kazandırma işidir. Eğitim hem yetiştirme hem de geliştirme özelliklerini ihtiva ettiğinden hayat boyu devam eden öğrenme faaliyetlerinin bütünüdür. İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri yasal zorunlulukları yerine getirmenin yanı sıra çalışanlar ve kurumlar için gelişme fırsatı olarak görülmesi gereken eğitimlerdir. Bu eğitimler sayesinde çalışanlar hem yasal yükümlülükler hakkında bilgi sahibi olmakta hem de iş kazalarına yönelik riskleri ve alınabilecek önlemleri öğrenmektedirler. Bu farkındalık çalışanlara direkt pozitif etkide bulunurken uzun vadede çalışma hayatının tamamına dolaylı olumlu etki yapmaktadır. Öneme istinaden bu eğitimlerin dezavantajlı grup diye nitelendirilen engelli çalışanlar için farklı bir perspektifte ele alınması gerekliliği söz konusudur. Çalışmanın amacı engelli çalışanların aldıkları İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimlerinin mevcut durumunu gözlemek ve iyileştirme adına önerilerde bulunmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada yarı yapılandırılmış onam formları ile katılımcılara sorular yöneltilmiş, görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşmelerin içerikleri deşifre edilirken katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli tutulması şartı sağlanmış ve veriler analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Görüşmeler sonucunda engelli çalışanların kendi ihtiyaçlarına yönelik verimli bir İSG eğitimi alamadıkları gözlenmiştir ve bu eğitimlerin iyileştirilmesine yönelik çalışmaların olması gerektiği düşünülmektedir.

**Sonuç:** İyileştirme çalışmaları eğitim içeriklerinin yeniden yapılandırılması ve eğitimi aktarma yollarının çeşitlendirilmesi ile güncellenebilir. Ayrıca eğitimi verecek uzmanların da mesleki gelişimlerine yönelik ek faaliyetler yapılması engelli çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimlerinin niteliğinin artmasına neden olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dezavantajlı Grup, Eğitim, Engelli Çalışan, İş Güvenliği

#### ABSTRACT

**Aim:** Education is the job of gaining knowledge and skills in a certain subject. Since education includes both training and development features, it is the whole of learning activities that continue throughout life. Occupational health and safety (OHS) education are trainings that should be seen as a development opportunity for employees and institutions as well as fulfilling legal obligations. Thanks to these trainings, employees are informed about legal obligations as well as the risks and precautions to be taken for occupational accidents. While this awareness has a direct positive effect on employees, it has an indirect positive effect on the entire working life in the long run. Based on its importance, it is necessary to consider these trainings from a different perspective for disabled employees, who are described as

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, ORCID: 0000-0002-7575-9789, e-posta: [srserhatpriv@gmail.com](mailto:srserhatpriv@gmail.com)

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, ORCID: 0000-0002-9934-2312, e-posta: [furkan.berber6700@gmail.com](mailto:furkan.berber6700@gmail.com)

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, ORCID: 0000-0002-1310-0161, e-posta: [stkbgr@hotmail.com](mailto:stkbgr@hotmail.com)

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, ORCID: 0000-0003-0829-371X, e-posta: [g.uygun2001@hotmail.com](mailto:g.uygun2001@hotmail.com)

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, ORCID: 0000-0002-9723-6049, e-posta: [serap.tepe@sbu.edu.tr](mailto:serap.tepe@sbu.edu.tr)

**Geliş Tarihi/Recieved:** 14.06.2022, **Kabul Tarihi/Accepted:** 01.11.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 28.02.2023

**Doi:** 10.57224/jhpr.1130620

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Serhat SARI. e-posta: [srserhatpriv@gmail.com](mailto:srserhatpriv@gmail.com)

**Cite this article as:** Sarı S, Berber F, Köseoğlu SB, Uygun GN, Tepe S. Engelli Çalışanlar için İş Güvenliği Eğitimlerinin İncelenmesi. J Health Pro Res 2023; 5(1):28-35.

disadvantaged groups. The aim of the paper is to observe the current status of the occupational health and safety trainings received by disabled employees and to make suggestions for improvement.

**Method:** In the paper, questions were asked to the participants with semi-structured consent forms and the interviews were recorded. While deciphering the contents of the interviews, it was ensured that the identity information of the participants was kept confidential and the data were analyzed.

**Results:** As a result of the interviews, it was observed that the disabled employees could not receive an efficient OHS training for their own needs, and it is thought that there should be studies to improve these trainings.

**Conclusion:** Improvement studies can be updated by restructuring the training content and diversifying the ways of delivering the training. In addition, it is thought that carrying out additional activities for the professional development of the experts who will provide the training will increase the quality of the occupational health and safety trainings of disabled employees.

**Keywords:** Disadvantaged Group, Education, Disabled Employee, Occupational Safety

## Giriş

İş sağlığı ve güvenliği (İSG), çalışanların sağlığını ve güvenliğini önemseyen, iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda çalışanları bilinçlendiren ve güvenlik için gerekli proaktif çalışmaları yürüten bir bilim dalıdır. Çalışma hakkı tüm diğer haklar gibi herkes için aynı derecede geçerli olduğundan çalışma hayatında engelli çalışan varlığı gün geçtikçe önemi artan yadsınamaz bir gerçektir. Dezavantajlı grup içerisinde bulunan engelli çalışan, doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle zihinsel, fiziksel, duyuşsal, ruhsal engel durumu olan çalışandır. Ülkemizde engellilerin istihdamı ile ilgili ilk düzenleme, 1967 tarihinde ve 854 sayılı Deniz İş Kanununun 13. Maddesi ile “Sakat ve Eski Hükümlü Çalıştırma” başlığı altında yapılmıştır. Bu kanunda bulunan sakat sözcüğü ise 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kaldırılmış yerine özürlü sözcüğü getirilmiştir. Fakat 2013 tarihinde ve 6462 sayılı kanun ile getirilen değişiklik ile tüm özürlü kavramları değiştirilerek yerine engelli kavramı kullanılmıştır (1). Engelli erişilebilirliği çalışma ortamlarının, ulaşımın, iletişimin engelliler tarafından rahat ve bağımsız olarak kullanılabilmesidir. Aynı zamanda engelli erişilebilirliği “herkesin erişilebilirliği” kavramını desteklemektedir. Ancak günümüzde engelliler için en önemli sorunlardan biri de şüphesiz ki erişilebilirliktir (2). Mevcut tabloda işverenlerin maliyeti ve alt yapıyı öne sürerek erişilebilirliği göz önünde bulundurmaksızın kullanım alanlarını organize etmeleri en önemli sorunlardandır. Erişilebilirlik kısaca işin insana uydurulması, daha açık bir ifadeyle insanın fiziksel ve psikolojik özelliklerini göz önünde bulundurarak insana iş ortamını uydurmak için yürütülen çalışmalar bütünüdür. Erişilebilirlik iş

verimini etkilemekte ve iş sağlığı ve güvenliği gerekliliklerini sağlamada pozitif etkisi bulunmaktadır.

Gelişen sanayileşme ve teknoloji ile çalışanlarda önceden varlığı bilinmeyen ya da fark edilmeyen bazı sağlık ve güvenlik problemleri ortaya çıkmıştır. Başta önemsiz gibi gözükken bu problemler iş gücünü, iş verimini düşürmüş, direkt ve dolaylı maliyetler oluşturmuş, işvereni zor durumda bırakmış, çalışma hayatını sekteye uğratmıştır. Bu gibi durumlardan korunmak amacıyla çalışmalar başlatılmış ve bu çalışmalara İSG denilmiştir. İSG kavramı en genel halde halihazırda bir risk oluşmamışken bu risklerin doğuracağı problemleri öngörmeye çalışan ve bunların geçerli olup olmadığına karar veren bilimsel ve sistemli çalışmalar olarak tanımlanabilir (3). İSG, çalışanları koruduğu gibi bunun yanı sıra işletmeyi ve üretimi de korumaktadır. İşletme içerisindeki riskleri öngörüp bu risklerin gerçekleşmemesini ya da en aza indirgenmiş halde gerçekleşmesini sağlayarak üretimi daha verimli bir şekilde devam ettirmektedir. Bir başka ifade ile İSG'nin amacı; çalışanları kazalar ve meslek hastalıkları konusunda risklerden korumak, var olan zararları en aza indirmek, gerçekleşecek zarar verici unsurları önlemek kısacası daha güvenli bir çalışma ortamı sağlamaktır (4).

Engellilik durumu yaşamsal etkinliklere kısıtlama getiren fiziksel veya ruhsal bozukluk olarak tanımlanır. Engelli çalışanlar da diğer çalışanlar gibi aynı risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Ancak engelli çalışan engel durumu dolayısıyla normal çalışana kıyasla bir takım ek risklere maruz kalabilmektedir (5). Örneğin, engelli bir kişi sırt problemlerinden

dolayı elle taşıma risklerine diğer iş arkadaşlarından daha fazla maruz kalabilir (6). Engelli çalışanların bu tür ek risklere maruz kaldığı düşünüldüğünde engelliliğe duyarlı, İSG eğitimleri ve risk değerlendirmelerinin gerekliliği söz konusudur. Karşılaşılabilecek risk düzeyi birçok değişkene bağlıdır. Yapılması gereken görevler ve bu görevlerin gerçekleşeceği ortamlar bu değişkenlere örnek gösterilebilir. Engelli çalışanlar için bir taraftan daha az iş gücü gerektiren, alışlagelmişin dışında daha esnek çalışma saatleri olan işler düşünülürken bir taraftan da bu tür daha düşük sorumluluk taşıyan işlerin, daha az katkı sağlama vb. sebeplerden ötürü kişide oluşacak stresin, dışlanmışlık hissinin veya anksiyete gibi psikososyal risklerin önüne geçmek için çalışmalar yapılmaktadır. Tüm bu ve benzeri sebeplerden dolayı engelli çalışanların çalışma ortamında karşılaştıkları zorluklar için bazı düzenleme ve iyileştirmelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu düzenleme alanlarından biri de hiç şüphesiz İSG eğitimleridir.

Engelli çalışanlar için düzenlemeler denildiğinde bunun sadece fiziksel, mekânsal düzenlemeler olmadığı her alanda gerçekleştirilecek değişikliklere ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir (7). İş ekipmanlarının engelli çalışana yönelik uyarlanması, işin organize edilmesi, işaret ve levhaların düzenlenmesi, acil durum prosedürlerinin tanıtılması, iletişim adına destek hizmetler sağlanması ve eğitim, gözetim gibi uygulamalar bunlardan bazılarıdır (8). Bu ve buna benzeri uygulamalar engelli çalışanın iş hayatına daha verimli bir şekilde katılmasını, karşılaştığı engelleri en aza indirmesini sağlayacaktır. İşyerindeki koşulların engelliler için düzenlenmesi işverenler tarafından maddi bir yük şeklinde yorumlansa da işyerinde yapılan erişilebilirlik düzenlemeleri sadece engelli çalışan için değil diğer çalışanlar için de yararlıdır.

Engelli çalışanlar için erişilebilirlik kavramı ergonomi ile başlamaktadır. Ergonomi, insanların fiziksel özelliklerini, kapasitelerini göz önünde bulundurarak insanın makine ve çevreyle uyumunu optimum hale getirmeyi amaçlayan bilim dalıdır (9). Ergonomi, üretim sisteminde bulunan çalışanın meslek hastalıklarını ve iş kazalarını önleyerek sağlığını korumayı ve güvenliğini sağlamayı amaçlar. Ergonomi, insanın işin yaparken daha verimli olabilmesi için çalışanın sağlıklı ve güvenli bir ortamda bulunması aynı zamanda işin insana

uygun olarak ve çalışılan ekipmanların insan bedeni ve yetenekleri ile uyumlu bir şekilde tasarlanması yönünde çalışmalar yapar (9). Çalışılan ortam içerisinde çalışan sağlığını riske eden, kaza yaşama olasılığını arttıran bütün unsurların önlenmesi hatta tam anlamıyla ortadan kaldırılması ergonomik değerlendirmelerle mümkün kılınır. Ergonomik sorunlar yalnızca iş kazalarına ve meslek hastalıklarına sebep olmaktan ziyade çalışanların aktif iş hayatından sonra da yaşam kalitesini düşüren, gündelik aktivitelerini kısıtlayan kronik sağlık sorunlarına neden olmaktadır (7). Bu nedenle ergonominin hayatımızdaki önemi yadsınamaz bir gerçektir. Ergonomik düzenlemeler için sadece fiziksel erişilebilirlik açısından iyileştirme yapmak günümüzde yeterli olmayacağından iletişim ve eğitim gibi konularla psikososyal açıdan da ergonomi adına iyileştirmeler yapılmalıdır. Çünkü engelli çalışan sadece fiziksel dezavantajı olan çalışan değildir. Elbette fiziksel dezavantaj bu tabloda büyük paya sahiptir (10); ancak bu konuda yapılacak iyileştirmeler tek başına yeterli olmayacaktır. İşte tam da bu evrede İSG eğitimleri engelli çalışanlar için nasıl olmalı sorusu gündeme gelmektedir. Mevcut tabloya bakıldığında her ne kadar iyi uygulamalar olsa da İSG eğitimlerinin çalışanlar açısından kıymetine ve önemine dair yeterli hassasiyet oluşmamışken aynı eğitimlerin aynı şekilde engelli çalışanlara verilmesinin istenen olumlu etkiyi yaratmayacağı düşünülmektedir. İSG eğitimleri çalışanlarda farkındalık oluşturmaktadır. Çalışan kendi önemini fark etmeli, haklarını, sorumluluklarını, sınırlarını bilmeli, bu eğitimler sayesinde önceden yaptığı veya yaşadığı olumsuz durumları öğrendiklerinin ışığında yeniden yorumlayabilmeli ve öğrendiklerini iş hayatında uygulayabilmelidir. Çünkü öğrenmede hedef kalıcı davranış değişikliği oluşturmaktır. Bu hedefler doğrultusunda engelli bireyler için istihdam oranını arttırmak etkili olacaktır (11). Verilen eğitimlerin çıktısını görmek için davranış değişikliği olup olmadığına bakmak gerekmektedir. Genel anlamda hedef davranış değişikliği oluşturmak olduğundan söz konusu eğitimlerin engelli çalışanlara verilme şekli engel durumuna, içinde bulunulan ortama ve kişinin ihtiyaçlarına göre çeşitlenmelidir. Aksi takdirde engelli çalışan İSG eğitimlerinden faydalanamaz ve bu süreçler prosedür olarak kâğıt üzerinde kalır. Bu çalışmada engelli çalışanların İSG eğitimlerini incelemek, erişilebilirlik derecesini gözlemlemek,



mevcut durumu analiz etmek ve çözüme yönelik öneriler sunmak amaçlanmıştır. Çalışmanın ilerleyen kısımlarında yöntem ve araştırma bulguları paylaşılmış, elde edilen verilere ait değerlendirmeler yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışmada yarı yapılandırılmış onam formları ile katılımcılara sorular yöneltilmiş, görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşmelerin içerikleri deşifre edilirken katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli tutulması şartı sağlanmış ve veriler analiz edilmiştir. Yarı yapılandırılmış onam formları iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik sorular bulunmakta çalışmanın ikinci bölümünde ise katılımcıların İSG eğitimleri hakkındaki farkındalıklarını inceleyebileceğimiz tarzda sorular bulunmaktadır.

Çalışmada farklı sektörlerde görev yapan 10 engelli çalışan ile görüşülmüş, katılımcılara Türkiye İş Kurumu üzerinden ulaşılmıştır. Birinci bölüm sorularında katılımcılara yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir durumu, toplam çalışma süresi ve şu an çalışan kurumdaki çalışma süresi gibi demografik sorular sorulmuş ayrıca çalışanın sahip olduğu engel türünü detaylı olarak tanımlaması ve sağlık raporunda yer alan engel derecesini paylaşması istenmiştir. Birinci bölümden elde edilen verilere göre katılımcıların yaş ortalaması 38,4 olup eğitim seviyesine göre değerlendirildiğinde 5 kişi lise mezunu, 3 kişi üniversite mezunu, 1 kişi ilkökul mezunu ve 1

kişi ortaokul mezunu olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların mevcut kurumlarındaki çalışma süreleri 3, 17, 9, 13, 7, 3, 8, 4 ve 2 yıl olarak tespit edilmiş iki çalışanın ise mevcut kurumda çalışma sürelerinin 6 ay ve 1 ay olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların toplam çalışma sürelerine bakıldığında 37 yıl, 17 yıl, 13 yıl, 6 ay, 15 yıl, 19 yıl, 17 yıl, 21 yıl, 6 yıl ve 8 yıl gibi süre beyanlarının olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sahip olduğu engel türü ve oranları; KOAH, ankiloza spondilit, anksiyete %47, işitme ve görme engeli %56, görme engeli %40, nörolojik mesane %44, kronik böbrek rahatsızlığı %69, hidrosefali %46, bel fıtığı, astım ve işitme engeli %52, bedensel engel %45, görme engeli %60, görme engeli %52 ve işitme engeli %44 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Çalışmanın ikinci bölümünde katılımcıların İSG eğitimleri hakkındaki farkındalıkları incelenmek istenmiştir. Bu nedenle katılımcılara işe giriş süreçleri, iş yeri tasarımlarının kendilerine uygunluğu, işe girişte veya ilerleyen zamanlarda İSG eğitimleri alıp almadıkları, sağlık taraması gibi sorular sorulmuştur. Ayrıca işe uyum sağlamada yaşadıkları güçlükler, sahip oldukları engel durumunun iş performanslarına etkisi, çalışma arkadaşları ile ilişkileri ve İSG eğitimlerinin içerikleri de sorularak katılımcıların farkındalıkları ve önerileri tespit edilmiştir. Görüşmelerde katılımcıların izni ile ses kaydı alınmış, kayıtların deşifresi yapılarak verileri analiz edilip yorumlanmıştır

Tablo 1. Katılımcı Demografik Verileri

	YAŞ	MEDENİ DURUM	ÇOCUK SAYISI	EĞİTİM DURUMU	ÇALIŞMA SÜRESİ (TOPLAM YIL)	ÇALIŞMA SÜRESİ (MEVCUT KURUM)	ENGEL TÜRÜ	ENGEL ORANI
KATILIMCI 1	444	EVLİ	2	LİSE	24 YIL	2 YIL	KOAH, İLTİHAPLI ROMATİZMA, TANSİYON, ANKSİYETE	%47
KATILIMCI 2	47	BEKAR	1	ÜNİVERSİTE	17 YIL	16 YIL	KULAK BURUN BOĞAZ, GÖZ	%56
KATILIMCI 3	43	BEKAR	YOK	LİSE	13 YIL	9 YIL	GÖRME	%40
KATILIMCI 4	35	EVLİ	YOK	LİSE	6 AY	6 AY	NÖROLOJİK MESANE	%44
KATILIMCI 5	29	BEKAR	YOK	LİSE	15 YIL	7 YIL	KRONİK BÖBREK RAHATSIZLIĞI	%69
KATILIMCI 6	443	EVLİ	YOK	ORTAOKUL	19 YIL	3 YIL	BEYNİNDE ŞANT BULUNUYOR	%46
KATILIMCI 7	557	EVLİ	3	ORTAOKUL	17 YIL	8 YIL	BEL FITIĞI, ASTİM, İŞİTME	%52
KATILIMCI 8	552	EVLİ	YOK	İLKOKUL	21 YIL	1 AY	BACAĞ VE KOL DA PLATİN	%45

## Bulgular

Araştırma bulguları şu şekilde tasnif edilmiştir. Katılımcılara yöneltilen “İşe giriş süreciniz nasıl oldu?” sorusu şu şekilde cevaplanmıştır: Katılımcı X1 İŞKUR ve meslek danışmanı vasıtasıyla işe giriş yaptığını, katılımcı X2 ise memuriyet sınavına girip kazandığını ve engelli çalışan kontenjanından yararlandığını belirtmiştir. Katılımcı X3 engelli merkezleri vasıtasıyla işe giriş yaptığını belirtirken; katılımcı X4 kariyer.net vasıtasıyla işi kendisinin bulduğunu belirtmiştir. Katılımcı X5 ve X6 İŞKUR vasıtasıyla işe yerleştiklerini ifade etmiştir. Katılımcı X7 engelli olmadan önce çalışmakta olduğu işyerinde işe devam etmekte olduğunu ve kendisinin başvurduğunu söylemiştir. Katılımcı X8 İstanbul Büyükşehir Belediyesi (Atakent) İş İstihdam Ofisi sayesinde işe girdiğini ifade ederken katılımcı X9 ve X10 işe girişlerinin İŞKUR vasıtasıyla gerçekleştiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen “İş yerinizin tasarımının size uygun olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna katılımcı X1 işyerinde bazı uyarı levhalarının var olduğunu ve çalışan hareketlerinin iş güvenliği uzmanının denetimde olduğunu belirtmiştir. Katılımcı X2 iş yerinin tasarımından memnun olduğunu ve ona uygun olduğunu belirtirken katılımcı X3 işyeri tasarımının kendisine uygun olmadığını ama olsa da olmasa da çalışmak mecburiyetinde olduğunu ifade etmiştir. Bu soruya cevaben katılımcı X4 iş yeri tasarımında engelliler için herhangi farklı bir şey olmadığını sadece bir engelli tuvaleti olduğunu söylemiştir. Aynı soruya katılımcı X5 ‘iş yerinin tasarımında engellilere yönelik kolaylaştırıcı herhangi bir şeye rastlamadım’ cevabını vermiştir. Katılımcı X6 ve X8 tasarımla ilgili bir problem yaşamadıklarını ifade etmiş, katılımcı X7 ise işyerinde engelli tuvaletinin eksikliğinden bahsetmiştir. Katılımcı X9 ve X10 bazen ufak sorunlar yaşadıklarını ancak bu durumlarda diğer çalışanlardan yardım alarak sorunları çözdüklerini belirtmişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen “Engeliniz ile yaptığınız iş arasında bir ilişki var mı?” sorusuna katılımcı X1 engeli ve hastalıkları bilinmesine rağmen bedenen daha çok yorulduğu işleri yaptığını işin ona uygun olmadığını ama bir şekilde işe uyum göstermeye çalıştığını belirtmiştir. Katılımcı X2, X3, X4 ve X8 engeli ile yaptığı iş arasında bir ilişki olmadığını ifade

etmiş, katılımcı X5 kendisine yöneltilen soruya engeli ile yaptığı iş arasında bir ilişki olmadığını ve bir sorun teşkil etmediğini belirtmiştir. Katılımcı X6 kendisine yöneltilen “Engeliniz ile yaptığınız iş arasında bir ilişki var mı?” sorusuna görme engelli olduğunu ve yoğun efor gerektiren işler için bu durumun sorun olduğunu belirtmiştir. Aynı soruya katılımcı X7 engelinin iş yaparken onu olumsuz etkilediğini ama mecburiyetten dolayı çalışmak zorunda olduğunu, iş yükünün ağır olduğunu, haftada iki gün tatil yapabilse bir nebze daha iyi hissedeceğini belirten bir cevap vermiştir. Katılımcı X9 görme engelli olduğunu, masa başı bir işte çalıştığını ifade ederek mevcut durumda engeline göre kendince bulunabileceği en iyi durumda olduğunu ifade etmiştir. Katılımcı X10 yöneticileri tarafından engel durumu gözetilerek bir görevlendirme yapıldığını belirtmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “İş yeri arkadaşlarınız ile ilişkileriniz nasıldır?” sorusuna katılımcılardan X1, X2, X4, X5, X6 ve X8 genel olarak fazla sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Bu katılımcılardan X1 sorun olursa bunun iyi karşılanmayacağını ifade etmiştir. Katılımcı X3 aynı soruya hem özel sektör hem de kamuda arkadaşlarıyla ilişkisinin çok iyi olduğunu, bir sıkıntı yaşamadığını sadece kamuda yönetici kaynaklı zorluk çektiğini ifade etmiştir. Katılımcı X7 kendisine yöneltilen soruya çalışma hayatı boyunca iş arkadaşlarıyla ilişkilerinin çok iyi olduğunu söylemiştir. Katılımcı çalışma arkadaşlarının kendisinin engelli olduğunu bilmediğini sadece yöneticilerin bildiğini de cevaba eklemiştir. Katılımcı X9 zihinsel yoğun bir iş yaptığını ve bulunduğu kurum gereği arkadaşlık ilişkilerinin resmi olduğunu ifade etmiş, hatta zaman zaman bu yoğunluktan kendisinin engelinin neredeyse unutulduğu sonucuna vardığını belirtmiştir. Katılımcı X10 çalışma arkadaşlarının genel olarak ona iyi davrandığını ancak dış paydaşlarla çalışma esnasında zorluk yaşadığını ifade etmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “İşe girişte herhangi bir iş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldınız mı? Nasıl bir eğitimdi?” sorusuna X1 işe giriş süreci pandemi dönemine denk geldiğinden iş sağlığı ve güvenliği eğitimini çevrimiçi aldığını belirtmiştir. X2 herhangi bir eğitim almadığını, X3 ise İSG eğitimi aldığını, temizlik üzerinden 1 hafta her gün 5 er saatlik eğitim verildiğini ve eğitimde temizlik ile ilgili tehlikeli, iyi ve kötü durumlarda bahsedildiğini

ve anlatılanların fayda sağladığını ifade etmiştir. Aynı soruya X4 eğitim aldığı, eğitimde hijyen anlatıldığını ve eğitim sonucu sınava tabi tutulduğunu belirtmiş eğitimin belirli periyotlarla tekrar edildiğini söylemiştir. X5 İSG eğitimi aldığını ve eğitimin belirli aralıklarla tekrarlandığını belirtmiştir. X6 kendisine yüksekte çalışırken hangi kişisel koruyucu donanımların kullanılması gerektiği, vinçle yükseğe çıkarken halatların nasıl bağlanacağı hakkında eğitim verildiğini belirtmiştir. X7 ve X8 genel İSG eğitimleri aldıklarını, X9 ve X10 ise herhangi bir İSG eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen “İşe girişte iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bir ön test yapıldı mı?” sorusuna katılımcı X8 hariç tüm katılımcılar herhangi bir ön test yapılmadığını belirtmiş, X8 ise doktor muayenesinden geçtiğini ifade etmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Kendi haklarınıza ne kadar hakimsiniz? Haklarınızı biliyorsanız hangi haklardan yararlanıyorsunuz?” sorusuna X1, engelli arkadaşlarından ve internetteki engelli platformlarından haklarına hâkim olduğunu bu haklardan ulaşım, hane faturaları, iletişim faturalarında yararlandığını belirtmiştir. X2, X4, X6 ve X8 hakları konusunda bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir. X3 ise kendi haklarına hâkim olduğunu ama kendisine tanınan haklardan fayda sağlayamadığını söylemiştir. X5 indirimli su kullanımı hakkından yararlandığını onun dışında çok fazla bilgisi olmadığını belirtmiştir. Katılımcı X7 kendisine yöneltilen soruya belediyeden %30 su indirim hakkını kullandığını ve başka bir hakkı olduğunu düşünmediğini söylemiştir. Katılımcı X9 ve X10 haklarına sosyal medya ve engelli platformları sayesinde hâkim olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı X9 bazı haklarını kullanmak istemesinin iş yerinde sıkıntılara yol açtığını ifade etmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “İş yerinde engelli çalışanlar için yapılan farklı çalışmalar var mı?” sorusuna X1 engelli tuvaleti dışında herhangi farklı çalışma olmadığını söylemiştir. Katılımcı X2, X3, X4, X5, X6, X7, X8, X9 ve X10 farklı bir çalışma olmadığını ifade etmişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen “Engeliniz size diğer çalışanlara göre daha fazla performans sarf etmeye mecbur bırakıyor mu?” sorusuna katılımcı X1 engeli olmayan diğer çalışanın yaptığı işin de engeli olan çalışandan beklendiği

için daha fazla performans sarf ettiğini söylemiştir. Katılımcı X2 ve X4 engellerinin kendilerini daha fazla performans sarf etmeye mecbur bırakmadığını ifade etmiştir. Katılımcı X3 görme engelli olduğu için iyi görme gerektiren işleri yapmaması gerektiğini ama buna rağmen o işlerin kendisine yaptırıldığını hatta üst idari birimlerle görüştüğünde herhangi bir olumlu dönüş alamadığını söylemiştir. Katılımcı X5 ve X6 diğer çalışanlardan bir farkları olmadığını ve onlarla aynı koşullarda çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu soruyu katılımcı X7 astım hastası olmasına rağmen yeri geldiğinde temizlik işlerinde çalıştığını bu nedenle zorlandığını söyleyerek cevaplamıştır. Katılımcı X8 temizlik işiyle uğraştığını ve eğilmesi gerektiği durumlarda platinlerinin zorluk çıkardığını ama kendisinin bir şekilde idare etmeye çalıştığını söylemiştir. Katılımcı X9 diğer çalışanlara göre daha fazla performans sarf etmek zorunda olduğunu aksi takdirde mobbinge maruz kaldığını belirtmiştir. Katılımcı X10 yoğun dönemlerde biraz zorlandığını diğer zamanlarda sıkıntı yaşamadığını belirtmiştir. Yoğun dönemlerde herkesten aynı performans beklendiğini bu nedenle aynı işi yapabilmek için arkadaşlarından daha uzun saatler çalışmak durumunda olduğunu ifade eden X10 bu durumun zaman zaman onda stres yarattığını belirtmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Engelinizden dolayı diğer çalışanlara göre daha fazla yoruluyor musunuz?” sorusuna katılımcı X1 daha fazla yorulduğunu söylemiştir. Katılımcı normal çalışana göre daha fazla yorulmakta olduğunu ve temizlik görevlisi olmasına rağmen kendi işleri dışında başka işler verildiği için de yorulduğunu ve bu işleri yapmak istemediğinde üst idari birim tarafından mobbinge maruz kaldığını söylemiştir. Katılımcı X4 engelinden dolayı değil kendi titizliğinden dolayı zorluk yaşadığını söylemiştir. Katılımcı X5 soruyu diğer çalışanlara göre daha fazla yorulduğu şeklinde cevaplarırken katılımcı X6 yorulmadığını ifade etmiştir. Katılımcı X7 engelinden dolayı değil genel olarak ruhsal açıdan yorulduğunu belirtmiş, X8 ise engelli olduğu için başkalarına daha fazla yük olmamak için daha fazla çaba gösterdiğinden dolayı yorulduğunu söylemiştir. Katılımcı X9 ve X10 diğer çalışanlara göre daha fazla yorulduklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen “Çalıştığımız işe uyum sağlamakta güçlük çektiniz mi?” sorusuna katılımcı X5 hariç tüm katılımcılar güçlük çekmediklerini belirtmişlerdir. X5 ise işe

başlangıç zamanlarında çok fazla yabancılık çektiğini; ancak engeli dolayısıyla iş arkadaşlarına ya da iş ortamına uyum konusunda bir problem yaşamadığını söylemiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Çalışma koşullarınızla ilgili olarak iş sağlığı ve güvenliği adına eklemek istediğiniz bir şey var mı?” sorusuna X1 engellerinin göz ardı edilmeden daha uygun işler verilmesini ve bedenen engelli çalışanlara tüm vücut kullanılan işlerin verilmemesi gerektiğini söylemiştir. Katılımcı X2 çalışma koşullarına iş sağlığı ve güvenliği adına eklemek istediği bir şey olmadığını belirtmiştir. Katılımcı X3 hali hazırda olan haklarının tanınmasının yeterli olacağını söylemiştir. Katılımcı X3 kendisine herhangi bir ayrıcalık gösterilmediğini hatta 3 Aralık Dünya Engelliler Gününde izin almak istediğinde işten çıkarılma tehdidi aldığını söylemiştir. Katılımcı X4 engelli çalışanların iş çıkışlarının 30-60 dakika erken olmasının daha iyi olacağını düşündüğünü söylemiştir. Katılımcı X5 çalışma koşulları açısından çalışma saatlerinin engelli çalışanların normal çalışanlara kıyasla daha esnek saatlere sahip olmasının daha iyi olacağını söylemiştir. Katılımcı X7 çalışma molalarının artırılması gerektiğini düşündüğünü hatta bu durumu yöneticileriyle paylaştığını ve bunun sonucunda mola sürelerinde değişiklik olduğunu söylemiştir. Katılımcı X8 çalışma süresinin kısaltılması gerektiğini söylemektedir. Katılımcı X9 İSG eğitimlerinin engel durumuna göre çeşitlenmesinin iyi olabileceğini belirtmiştir. X10 ise işyerinde İSG uzmanından daha fazla yararlanmak istediğini ifade etmiştir.

### **Tartışma ve Sonuç**

Araştırmanın amacı İSG eğitimlerinin engelli çalışanlar için erişilebilirlik derecesini gözlemek ve mevcut durumu analiz edip önerilerde bulunmaktır. İSG eğitimleri tüm çalışanları kapsamaması gereken önemli eğitimlerdir. Bu eğitimlerin yaratacağı farkındalık iş kazalarının ve kayıplarının önüne geçecektir. İSG eğitimlerini gereken ciddiyetle yapan kurumlarda çalışanların daha bilinçli hareket ettikleri gözlenmektedir. Çalışma hayatında özel risk gruplarında değerlendirilen engelli çalışanların İSG eğitimlerine daha fazla ihtiyaç duyacakları ön görülebilir bir durumdur; ancak gerçekleştirilen araştırmada farklı iş kollarında görev yapan 6 erkek ve 4 kadın çalışanın katılımıyla elde edilen verilerde mevcut durumun yetersizliği tespit edilmiştir.

Çalışmada yarı yapılandırılmış onam formları ile katılımcılara sorular yöneltilmiş, görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşmelerin içerikleri deşifre edilirken katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli tutulması şartı sağlanmış ve veriler analiz edilmiştir. Görüşmeler sonucunda engelli çalışanların verimli bir İSG eğitimi alamadıklarını gözlenmiştir ve bu eğitimlerin iyileştirilmesine yönelik çalışmaların olması gerektiği düşünülmektedir. İSG ülkemizde tüm paydaşlar tarafından yeni yeni tanınmaya başlayan bir alan olduğundan bu alan içerisinde engelli çalışanların mevcudiyeti, yaşadıkları zorluklar, eğitimleri ve farkındalıkları üzerinde titizlikle çalışılması gereken hassas bir konu başlığı olarak düşünülmektedir. Araştırmada elde edilen bulguların benzer çalışmalara kaynaklık edebileceği ön görülmektedir.

Engelli çalışanlar için öncelik engel kategorisinin ve seviyesinin net bir şekilde tespit edilmesidir. Sağlık raporlarında belirtilen engel kategorisi ve seviyesi önemli bir ön bilgidir. İşe girişte yapılacak ilave uygulamalarla çalışanın hazır bulunuşluluğuna uygun işe yerleştirilmesinde ilk önemli adım gerçekleştirilmiş olacaktır.

Eğitimlerde gruplama aşamasında yapıldığı gibi bir düzey belirleme uygulamasına gidilmelidir. Çalışanların engel oranı, fiziksel ve psikolojik özellikleri nedeniyle gerçekleştirilecek uygulamalar her çalışana uygun olmayacaktır. Bu nedenle düzeyler ve ihtiyaçlar belirlendikten sonra çalışanlara eğitimler verilmeye başlanmalıdır. Eğitim başında dikkat uyandırmak için farklı uygulamalar ve etkinlikler yapılabilir, verilen eğitimler sonucunda belirlenen davranış değişikliği beklendiğinden eğitimler zaman yayılmalı ve çıktıları kontrol edilmelidir. Hedefe ulaşamadığı gözlemlendiğinde hızlandırılmış kısa bir eğitim programıyla iyileştirmelere gidilmelidir. Böylelikle tüm engelli çalışanlarda İSG bilinci oluşturulmuş olacaktır. Eğitimlerde sadece yazılı ve sözlü içerik bulundurmaktan ziyade; görseller, sanal gerçeklik, oyunlar gibi daha interaktif uygulamalardan da yararlanılmalıdır. Bu uygulamalardan yararlanırken içerikler sonuç odaklı olursa ve yapılan hatanın sonucunda nasıl bir tehlike ile karşılaşılacağı vurgulanırsa çalışanın ilgisi ve

dikkati daha fazla çekileceğinden akılda kalması daha kolay olacaktır.

Yıl içerisinde belirli periyotlarla, içeriği giderek zenginleşen ve daha ilgi çekici hale gelen bir eğitim programı oluşturulmalı, bu eğitimlerin uygulanmasına ve takibine özen gösterilmelidir. Yasal zorunluluklar az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli iş yerleri için eğitim periyotlarını belirlemiş olsa da hem bu eğitimler gerçekleştirilip hem de engelli çalışanlara yönelik zenginleştirilmiş eğitimler uygulamaya geçirilirse mevcut durumu daha iyi hale getirmek için önemli adımlar atılmış olacaktır.

Burada göz önünde bulundurulması gereken bir başka husus da eğiticinin eğitimidir. Çalışanlara zengin içerikli eğitimler organize etmek, takipte bulunmak ve eğitim faaliyetlerini ihtiyaçlara göre güncellemek bir İSG uzmanının teknik bilginin yanı sıra sosyal bilgilere de sahip olması gerektiğini, kuvvetli iletişim özelliklerine sahip olmanın yanı sıra ölçme değerlendirme de vakıf olması mecburiyetini gündeme getirmektedir. İSG uzmanının yetiştirilmesinde göz önünde bulundurulacak bu hususlar aslında çalışan eğitimlerine de yatırım yapmak anlamını taşımaktadır. Eğiticinin eğitimi konusu tam da bu noktada konunun önemini vurgulamaktadır. Ön lisans, lisans ve lisansüstü seviyede çağın ihtiyaçlarına uygun eğitimler alabilmiş, mesleğinin önemini farkında olan, multi-disipliner çalışma becerisi olan İSG uzmanları çalışma hayatları boyunca alacakları eğitici eğitimleri ile kendilerini yenileme fırsatı bulacaklardır. Bu durum İSG uzmanlarının çalıştıkları örgütlerde çalışan ihtiyacını daha hassasiyetle karşılamasına yol açacaktır. Engelli çalışanların söz konusu durumdan pozitif yönde etkilenecekleri ve çalışma hayatındaki konularından daha memnun olacakları yadsınamaz bir gerçektir.

#### Çıkar Çatışması

Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

#### Kaynaklar

1. Hüseyinli N, Göçmen S, Nasibov D, Çalışma Hayatında Engelli Haklarına İlişkin Yasal Düzenlemeler ve Engellilerin Haklara İlişkin

Farkındalıkları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2017; 138-152.

2. Civan O, İş Sağlığı ve Güvenliğinde Özel Politika Gerektiren Gruplar. Ankara Barosu Dergisi 2017; 205-290.
3. Akılı H, Aydoğdu, İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi. MTA Doğal Kaynaklar ve Ekonomi Bülteni 2013; 245-250.
4. Bıyık F, Alas B, Küçük Sanayi Sitelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Üzerine Bir İnceleme Örnek Alan: Marmara Sanayi Sitesi. İş Sağlığı ve Güvenliği Akademi Dergisi 2018; 98-109.
5. Çoker İ, Selim H, Bir Tekstil İşletmesinde Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıklarına Yönelik Ergonomik Risk Değerlendirme. ASEAD 2019; 230-240.
6. Yenidünya S, Güler A, Çoktu A, Bolat Y, Erel F, Engelli Çalışanlar İçin İş Sağlığı ve Güvenliği Rehberi. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı – İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM) 2016.
7. Engür M, Chaush-Ogly K, Türkiye İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatında Ergonominin Yeri Üzerine Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Orman Fakültesi Orman Endüstri Mühendisliği Bölümü – İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü 2019; 69-77.
8. Kaynak K, Uluğtekin N, Çalışma Ortamındaki Fiziksel Faktörlerin Ergonomik Analizi: 9 Eylül Üniversitesi Hastanesi Örneği. Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 2018; 319-325.
9. Çetinkaya F, Baykent G, İşyeri Çalışma Ortamı Koşullarının Ergonomik Yönden İncelenmesi. Uşak Üniversitesi Fen ve Doğa Bilimleri Dergisi 2017; 15-31.
10. Öztürk K, Dezavantajlı Gruplara Yönelik Ayrımcılık: Engellilerin Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Ayrımcılık ve Çözüm Öneriler 2014.
11. Hernandez B, Reflections from Employers on the Disabled Workforce: Focus Groups with Healthcare, Hospitality and Retail Administrators. Employee Responsibilities and Rights Journal 2008.

## Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği: Metodolojik Çalışma

### Turkish Validity and Reliability of the Evidence-based Practice Questionnaire for Nurses: A Methodological Study

Burcu ÇAKI DÖNER<sup>1</sup>, Şirin ÇELİKKANT<sup>2</sup>, Zeynep GÜNGÖRMÜŞ<sup>3</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada Upton ve Upton tarafından 2006 yılında geliştirilen "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma metodolojik tasarımda olup, örneklemini 217 hemşireden oluşmuştur. Araştırmanın verileri 18 Kasım 2021 – 15 Nisan 2022 tarihleri arasında online ortamda (whatsapp ve e-mail) toplanmıştır. Veriler SPSS 26 ve AMOS 24 paket programlarında değerlendirilmiştir. Ölçeğin geçerliğini belirlemek için; kapsam geçerliği, ölçüt geçerliği, yapı geçerliği (açımlayıcı ve doğrulayıcı) ve hipotez sınaması yapılmıştır. Güvenirliği ise; iç tutarlık güvenilirlik katsayısı (cronbach alfa), madde-toplam puan korelasyonları, puanlama tutarlılığı (Sınıf içi korelasyon), Hotellings T2 testi, standart hata, taban tavan etki analizi ve maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Ölçeğin geçerliği; kapsam geçerliliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliği (açımlayıcı ve doğrulayıcı) ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,972 bulunmuştur. Ölçüt geçerliğinde; iç ölçüt geçerliği (alt-üst grup karşılaştırması tüm ölçeklerde  $t=28,924$ ,  $p=0,000$ ) ve madde-toplam korelasyonları (0,562 – 0,827) kabul edilebilir değerlere sahiptir. Yapı geçerliğinde yapılan açımlayıcı faktör analizinde; "Kaiser Meyer Olkin" ve "Barlett Testi" (KMO: 0,955, Barlett's test  $\chi^2: 4504,032$   $p<0,001$ ), özdeğer incelemesi (özdeğeri 1'in üzerinde 2 faktör), total varyans açıklaması (%64,245) incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum indekslerinin çoğu kabul edilebilir/mükemmel uyum aralığında bulunmuştur. Ölçeğin güvenirligi değerlendirilmedi; iç tutarlık güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa: 0,963), madde-toplam puan korelasyonları (0,562 -0,827), puanlama tutarlılığı (Sınıf içi korelasyon: 0,963), Hotelling's T2 testi ( $F=11,606$ ,  $p=0,000$ ), standart hata (SEM:  $1,74<6,98$ ), taban tavan etki analizi (Min Fr= %0,5, Max Fr= %1,4) ve maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması (0,561) çalışılmıştır.

**Sonuç:** Yapılan analizler sonucunda 2 alt boyut ve 22 maddeden oluşan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin istatistiksel olarak geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşireler, Kanıta Dayalı Hemşirelik, Klinik Hemşirelik Araştırması, Sonuçların Tekrarlanabilirliği

#### ABSTRACT

**Aim:** The "Evidence-based Practice Questionnaire for Nurses", created by Upton and Upton in 2006, was tested in this study to determine its validity and reliability in Turkish.

**Method:** 217 nurses made up the sample for this methodological study. Between November 18, 2021, and April 15, 2022, the study data was gathered online (through WhatsApp and email). The programs IBM SPSS 26 and AMOS 24 were used to examine the data. To determine the validity of the scale;

**Geliş Tarihi/Recieved:** 05.10.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.11.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Avialible Online Date:** 28.02.2023

**Doi:** 10.57224/jhpr.1184713

<sup>1</sup> Arş. Gör., Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Gaziantep/Türkiye, b.caki@hotmail.com, ORCID : 0000-0002-3592-5121

<sup>2</sup> Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Gaziantep/Türkiye, sirin-celikkant@gmail.com, ORCID : 0000-0001-9475-4505

<sup>3</sup>Prof. Dr., Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Gaziantep/Türkiye, gungormusz@yahoo.com, ORCID : 0000-0002-3761-8184,

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Burcu ÇAKI DÖNER, b.caki@hotmail.com

**Cite this article as:** Döner Ç. B., Çelikkant Ş., Güngörmüş Z., Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği: Metodolojik Çalışma. J Health Pro Res 2023;5 (1):.36-48.

Content validity, criterion validity, construct validity (exploratory and confirmatory) and hypothesis testing were performed. Its reliability is; internal consistency reliability coefficient (cronbach alpha), item-total score correlations, scoring consistency (intraclass correlation), Hotellings T2 test, standard measurement error, top-down impact analysis and the average of the correlation coefficients between items.

**Result:** To evaluate the questionnaire's validity, content validity, criterion, and construct validity (both exploratory and confirmatory) were done. The questionnaire's content validity index was discovered to be 0.972. Internal criterion validity (lower-upper groups comparison) was found to have acceptable values of  $t=28.924$ ,  $p=0.000$ , and item-total correlations varied from 0.562 to 0.827 across all subscales. In the exploratory factor analysis, the "Kaiser Meyer Olkin" and "Barlett Test" (KMO: 0.955, Barlett's test  $\chi^2$ : 4504,032  $p<0.001$ ), the eigenvalue analysis (2 factors with an eigenvalue above 1), and the total variance explanation (64.245%) were explored in order to analyze the construct validity. Most of the fit indices of all subscales were found to be in the acceptable/excellent fit levels in confirmatory factor analysis. Internal consistency reliability coefficients (Cronbach's Alpha: 0.963), item-total score correlations (0.562 -0.827), scoring consistency (Intraclass correlation: 0.963), Hotelling's T2 Test ( $F=11,606$ ,  $p=0.000$ ), standard measurement error (SEM: 1.746.98), and top-down impact analysis (min  $fr=0.5\%$ , max  $fr=1.4\%$ ) were used to assess the subscales' reliability.

**Conclusion:** The research revealed that the Nurse Evidence-based Practice Questionnaire which consists of 2 sub-dimensions and 22 items, is statistically valid and reliable.

**Key Words:** Nurses, Evidence-Based Nursing, Clinical Nursing Research, Reproducibility of Results

## Giriş

Teknolojide ve bilgiye erişimde yaşanan hızlı değişimler, bilimsel alanda yaşanan hızlı gelişmeleri beraberinde getirmiştir. Özellikle 1960 yılları sonrası sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artışlar, geleneksel bakım yaklaşımları, uzman/güçlendirilmiş hasta profilindeki artış sağlık uygulama yaklaşımlarında temel değişikliklere sebep olmuştur. Hemşirelik de, bilimsel ve sağlık alanında yaşanan bu değişimlerden etkilenmiştir (1). Sağlık hizmetinin ön saflarında çalışan hemşireler, sağlık hizmetlerine ilişkin karar vermede, uygulamayı sorgulama ve en güncel araştırma kanıtlarını kullanma konusunda kilit bir konumdadır (2). Geçmiş yıllarda hemşirelik, "düşünen bir meslekten ziyade yerine getiren bir meslek" gibi görülmekteydi (3). Ancak son zamanlarda; bilimsel, teknolojik, ekonomik ve sağlık hizmetleri alanlarında yaşanan majör gelişmeler ve değişimler; sağlık hizmetleri müdahalelerinin bilimsel temele dayandırılmasını gerekli hale getirmiştir (3,4). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları; vicdanlı, şeffaf ve bireysel hasta bakımı hakkında karar vermede hemşirelikle ilgili bilimsel çalışma ilkelerinin bilinçli kullanılması yoluyla hemşirelikte etkili müdahalelerin uygulanması, geliştirilmesi ve değerlendirilmesidir (4). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarını engelleyici ya da teşvik edici bilgileri, tutumları ve uygulamaları belirleme, hemşireliğin bilimin ışığında yürütmesinde yol gösterici bir yaklaşım olacaktır. Bu durum hemşirele-

rin kanıta dayalı uygulamalarda yetkinliğinin değerlendirilmesinde bir aracı gerekli kılmaktadır (5).

Kanıta dayalı uygulamaların nihai hedefi, mevcut kaynakları etkin ve verimli şekilde kullanarak, toplumu oluşturan bireylerin psikososyal, fiziksel ve çevresel sağlığını korumasını, devam ettirmesini ve geliştirmesini sağlamaktır. Kanıta dayalı uygulamalar, uygulamadaki açığı ortaya koyarak sağlık profesyonellerini çözümün bir parçası olarak göstermektedir. Ayrıca kanıta dayalı uygulamalar yeni politika ve prosedürlerin kullanılmasına olanak sağlaması (araç, kural vb.) yönüyle de geleneksel uygulamalardan ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunulan alanlarda, geleneksel uygulamaların kullanılmaya devam edilmesi güncel bilgilerin uygulamalarda kullanılan bilgilerin güncellenmesini zorlaştırmaktadır. Bu durumun temelinde hemşirelerin araştırma yönlerinin eksik olması, araştırmaların tartışıldığı ve değerlendirildiği akademik ortamlardan ayrı tutulması, güncellenen uygulamaları kabullenmelerini sağlayacak güven duygularının eksik olması, çalıştıkları kurumda kitap okuma veya araştırma yapmak için uygun zaman ve ortamın bulunmaması da kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasını engellemektedir (6). Hemşireleri rutin hemşirelik uygulamaları dışında kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını benimsemeye ve uygulamaya teşvik etmek hem hemşireye hem de hemşirelik alanına önemli

katkılar sağlayacaktır (7). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarla ilgili bilgi, tutum ve uygulamaları bakımı kişisel değerlendirmeler ve yargılardan uzak, daha nesnel biçimde, standart ölçümlerle incelenmesini sağlayacaktır. Türk hemşirelerin kanıta temelli uygulamalar hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçeğe literatürde rastlanmamıştır. Yapılan bu çalışma ile literatüre katkı sağlanmaya çalışılmıştır.

### **Araştırmanın Hipotezleri**

**H1:** Araştırmacılar tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği" geçerli bir ölçme aracıdır.

**H2:** Araştırmacılar tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği" güvenilir bir ölçme aracıdır.

### **Gereç ve Yöntem**

#### **Araştırmanın Amacı**

Metodolojik tipteki bu çalışma ile Upton ve Upton tarafından 2006 yılında geliştirilen "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği"nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılarak literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

#### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Geçerlik ve güvenilirlik çalışması verileri bir evrene genellenmeyeceği ancak ölçeğin toplam madde beş veya on katı sayıda bireyin örnekleme alınması önerilmektedir (8). Çalışmada literatür bilgisine dayanarak örneklem sayısı belirlenmiştir. Bu doğrultuda 24 maddeli ölçeğin, yaklaşık 9 katı alınarak 217 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir.

#### **Dâhil Edilme Kriterleri**

Çalışmaya 18 yaş üzeri, Türkçe bilen, e-mail veya sosyal ağ (WhatsApp, Twitter, Instagram) bağlantısına sahip, akıllı telefon kullanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü hemşireler dâhil edilmiştir.

#### **Dışlanma Kriterleri**

Anket formunu eksik/yanlış dolduran hemşireler çalışmadan dışlanmıştır.

#### **Veri Toplama Araçları**

Veri toplamada araştırmacıların oluşturduğu tanıtıcı bilgi formu ile Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği Türkçe uyarlaması kullanılmıştır.

**Tanıtıcı Bilgi Formu:** Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini değerlendiren sorulardan oluşturmaktadır.

#### **Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği (HKDUÖ):**

Ölçek 2006 yılında Upton ve Upton tarafından hemşirelerin, kanıta dayalı uygulamalarda yetkinliklerini değerlendirmek ve tutumları ile ilgili kavramları kapsamlı biçimde incelemek için geliştirilmiştir. Upton'un çalışmasında ölçek; Bilgi, Tutum, Uygulama alt boyutlarından oluşmuş olup 24 maddelidir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,87 bulunmuştur (9). Bu çalışmada ise ölçek iki alt boyuttan oluşmuştur. Bilgi ve tutum bir alt boyutu, uygulama ikinci alt boyutu oluşturmuştur. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmakta olup (1=Zayıf – 7= Çok İyi), her alt boyut için bir ortalama puan hesaplanmaktadır. Hemşirelerin ölçekten aldıkları yüksek puan, kanıta dayalı uygulamalara yönelik bilgi, tutum ve klinik uygulamalarının yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı  $\alpha = 0,963$ 'dür.

#### **Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri, anket formunun Google anket aracılığıyla web tabanlı soru formu haline getirilerek, e-mail ve sosyal medya hesapları aracılığıyla toplanmıştır.

#### **Verilerin Analizi**

Ölçeğin geçerliğini belirlemek için; kapsam geçerliği, ölçüt geçerliği, yapı geçerliği (açımlayıcı ve doğrulayıcı) ve hipotez sınaması yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliği ise; iç tutarlık güvenirlik katsayıları (cronbach alfa), puanlama tutarlılığı (Sınıf içi korelasyon), taban tavan etki analizi, Hotellings  $T^2$ , maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması ve SEM (ölçeklerin ölçmedeki kesinlikleri) ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılımı kolmogorov smirnov testi, detrended grafi ve histogram ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma sahip olmadığı görülmüştür.

#### **Ölçek İzni ve Dil Geçerliği**

Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmak için Penney Upton'dan mail yoluyla izin alınmıştır. Dil geçerliği için ölçek önce bir dilbilimci tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra farklı bir dilbilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Uzman görüşle-



rine dayalı düzeltmeler yapıldıktan sonra bir dil-bilimci tarafından Türkçe'nin son hali orijinal ölçek ile karşılaştırılmıştır. Yazarlar, ölçeğin dilsel eşdeğerliğini ve kapsam geçerliliğini belirlemek için uzman ekip üyelerinin görüşlerine başvurulmuş ve öneriler doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiştir.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmanın yapılabilmesi için üniversite Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmış olup (Tarih: 16/01/2021 Sayı: 2021/65), araştırmanın her aşaması Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür.

### **Bulgular**

#### **Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Geçerlik Bulguları**

Ölçeğin geçerliği; kapsam geçerliği, ölçüt geçerliği, yapı geçerliği (açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör) ile değerlendirilmiştir.

#### **Kapsam Geçerliği**

Ölçeğin, kapsam geçerliği için hemşirelik alanlarında uzman üyelerin ölçekteki her bir maddenin uygulanabilirliğini ve uygunluğunu "1 = madde uygun değil, 2 = madde biraz uygun/ciddi olarak gözden geçirilmeli, 3 = madde oldukça uygun ancak küçük değişiklik gerektiriyor ve 4 = madde çok uygun" şeklinde derecelendirerek değerlendirmesi istenmiştir. Kapsam geçerlik indeksinin 0,80 ile 1,00 arasında olması beklenmektedir. Türkçe'ye çevirisi tamamlanan ölçek maddeleri 10 uzman tarafından değerlendirilmiş ve maddelerin kapsam geçerlik indeksleri 0,90 ile 1,00 arasında bulunmuştur. Uzmanlar tarafından verilen madde puanları doğrultusunda ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,972 bulunmuştur. Ölçeğin amacına uygunluğunu ve maddelerin ölçme gücünü belirlemek amacıyla 15 kişiden oluşan pilot çalışma yapılmıştır.

#### **Ölçüt (İç Ölçüt) Geçerliği**

Ölçüt geçerliği, iç ölçüt ve dış ölçüt geçerliği olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarını değerlendiren Türkçe bir ölçek bulunmadığından sadece iç ölçüt geçerliği kullanılmıştır. İç ölçüt geçerliği kapsamında %27 Alt - %27 üst grup karşılaştırması ile ölçeğin ayırt ediciliğine ve madde-toplam puan korelasyonları ile madde ayırt ediciliklerine bakılmıştır.

%27 Alt-%27 Üst Grup Karşılaştırması: Toplam puan içindeki dağılımın %27'lik en düşük ve en yüksek puana sahip dilimler arasında anlamlı düzeyde ilişki ( $t=28,924$ ,  $r=0,783$ ) saptanmıştır ( $p=0,000$ ) (Tablo 2). Madde Toplam Puan Korelasyonu: Ölçeğin madde toplam puan korelasyon değeri 0,562 - 0,827 aralığındadır (Tablo 2).

#### **Yapı Geçerliği**

Ölçeğin yapı geçerliği için, açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde (AFA) KMO değeri 0,955 ve Barlett testinde  $\chi^2$ : 4504,032,  $p<0,05$  bulunmuştur. Sonuçlar örneklemin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

Yapı geçerliği için yapılan AFA'ya ölçeğin 24 maddesi alınmıştır. T1 ve T3'üncü maddeler birnişik olduğundan ölçekten çıkarılmıştır. Ölçek toplam varyans açıklamasında özdeğeri 1 ve üzeri olan 2 faktörlü bir yapı sergilemiştir ve iki faktör total varyansın %64,245'ni açıklamıştır (Tablo 1) (Grafik 1). Tüm maddelerin veri kalitesi 0,30'un üzerinde bulunmuştur (Tablo 2).

Doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) modellerin DFA veri kalitesi (estimate), regresyon ağırlıkları ve uyum indeksleri değerlendirilmiştir. Tüm maddelerin veri kalitesi (estimate) değerleri; 0,566-0,879 aralığında bulunmuştur (Tablo 2). Maddelerin regresyon ağırlıkları; 7,106-10,833 aralığında olup, uyum indeksleri (CMIN/df, CFI, RMSEA, RMR, IFI, TLI, GFI, AGFI) kabul edilebilir/mükemmel uyum aralığındadır (Tablo 3). Analizler sonucunda ölçek iki faktör ve 22 maddeden oluşmuştur (Şekil 1).

#### **Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Güvenirlilik Bulguları**

##### **İç Tutarlılık Katsayısı (Cronbach Alfa)**

İç tutarlılık katsayısı  $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$  arasında ise ölçek güvenilir değildir;  $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$  ise ölçek düşük güvenirliliktir;  $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir;  $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin iç tutarlılık değeri 0,963 olup yüksek güvenirlilik düzeyinde bulunmuştur.

##### **Puanlama Tutarlılığı**

Sınıf içi korelasyon değeri;  $r= 0,963$  olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

##### **Maddeler Arası Korelasyon Katsayılarının Ortalamaları**

Ölçeğin maddeler arası korelasyon katsayısının ortalama değeri 0,561'dir.

**Hotelling's T2**

Hotellings T2 testi sonucunda madde ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (F= 11,606, p= 0,000) (Tablo 2).

**Madde Toplam Puan Korelasyon**

Ölçeğin madde toplam puan korelasyon değeri 0,562 - 0,827 aralığındadır (Tablo 2).

**Madde Analizi**

Ölçeğin madde puan ortalamalarında en yüksek madde puan ortalaması; 22. maddeye (Kendi uygulamalarını değerlendirme becerisi) (5,58±1,30); en düşük madde puan ortalaması; 1. maddeye (Açığı kapatmak üzere sürecin başlangıcı olarak, açık bir şekilde cevap verilebilir

bir soru oluşturdum) (4,61±1,63) aittir (Tablo 2).

**Standart Hata**

Ölçeğin SEM( $SEM \leq SS/2$ ) değeri 1,74≤6,98'dir (Tablo 2).

**Taban Tavan Etki Analizi:** Ölçeğin taban ve tavan frekansları %15'in altında bulunmuştur. (27 puan alanların frekansı =%0,5'tür, 161 puan alanların frekansı= %1.4'tür) (Tablo 2).

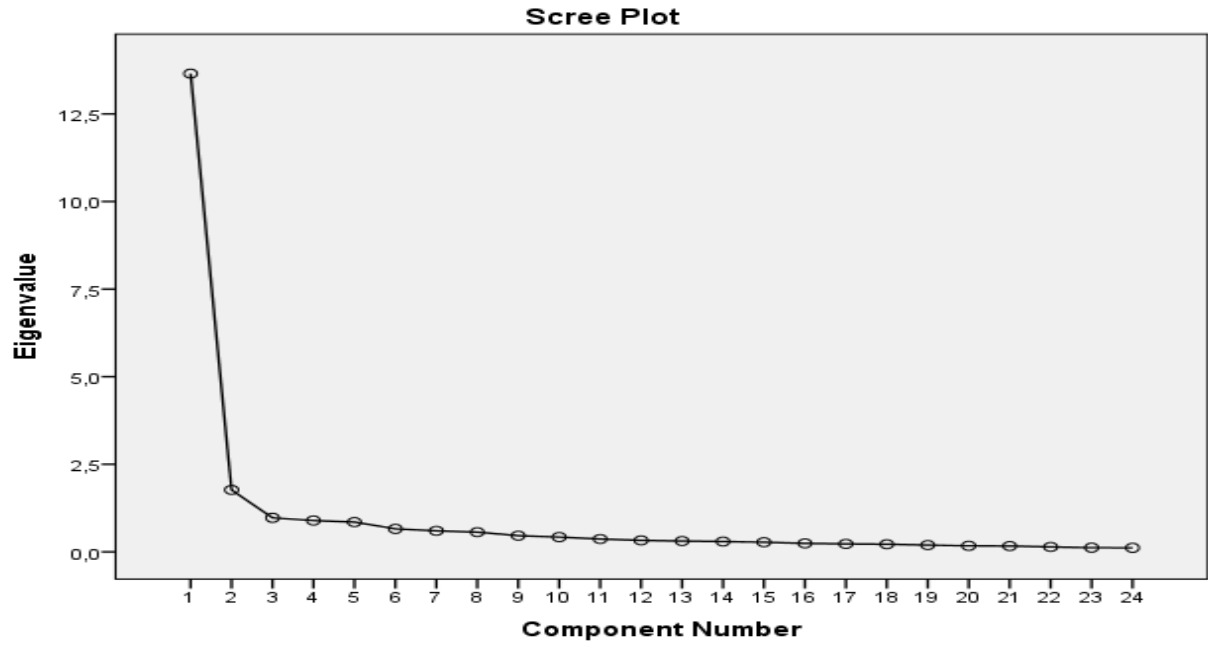
**Tanımlayıcı Bulgular**

Çalışmaya katılanların; yaş ortalaması 28,53±6,16'dır. Hemşirelerin %78,6'sı kadın, %71,6'sı lisans mezunu olup, %58,1'i devlet hastanelerinde ve %65,6'sı 2-6 yıldır çalışmaktadır.

**Tablo 1.** HKDUÖ Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2
U1	0,697	
U2	0,832	
U3	0,810	
U4	0,817	
U5	0,716	
U6	0,678	
T2		0,526
T4		0,489
B1		0,698
B2		0,705
B3		0,777
B4		0,763
B5		0,794
B6		0,784
B7		0,825
B8		0,806
B9		0,802
B10		0,848
B11		0,801
B12		0,774
B13		0,705
B14		0,796
Özdeğerler	12,934	1,753
Açıklanan Varyans Oranı	58,792	66,760

**HKEKDUÖ:** Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulama Ölçeği



Grafik 1. HKEKDUÖ Yamaç Birikinti Grafiği

**Tablo 2.** HKDUÖ Geçerlik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

Maddeler	X±SS	KM	AFA-VK	DFA-VK	M-TK*	Madde silindiğinde $\alpha$
<b>U1.</b> Açığı kapatmak üzere sürecin başlangıcı olarak, açık bir şekilde cevap verilebilir bir soru oluşturduğum	4,61±1,63	0,766	0,528	0,651	0,562	0,963
<b>U2.</b> Bir soru oluşturduğumda konuya ilişkin kanıtın izini sürdürdüm	4,74±1,67	0,863	0,759	0,809	0,672	0,962
<b>U3.</b> Bulduğum tüm bilgi kaynaklarını, belirlenen standartlara rağmen, eleştirel olarak değerlendirdim	4,71±1,64	0,744	0,693	0,785	0,615	0,963
<b>U4.</b> Elde ettiğim kanıt ile uzmanlığımı birleştirdim	4,87±1,66	0,874	0,762	0,879	0,712	0,962
<b>U5.</b> Uygulamamın sonuçlarını değerlendirdim	5,21±1,55	0,853	0,727	0,849	0,770	0,961
<b>U6.</b> Bu bilgileri arkadaşlarımla paylaştım	5,37±1,63	0,800	0,611	0,832	0,684	0,962
<b>T1.</b> İş yüküm fazla olduğundan yeni kanıtlar hakkında bilgimi güncel tutmak için zamanım yok.				Dışlandı		
<b>T2.</b> Yürüttüğüm klinik uygulama sorgulandığında alınırım.	5,34±1,58	0,627	0,385	0,579	0,593	0,963
<b>T3.</b> Kanıta dayalı uygulama zaman kaybıdır.				Dışlandı		
<b>T4.</b> Bir şeyi yenisiyle değiştirmek yerine denenmiş ve güvenilir yöntemlere bağlı kalırım.	4,93±1,74	0,625	0,372	0,566	0,583	0,963
<b>B1.</b> Araştırma becerileri	4,91±1,42	0,803	0,645	0,787	0,779	0,961
<b>B2.</b> Bilişim becerileri	5,15±1,41	0,762	0,570	0,736	0,700	0,962
<b>B3.</b> Uygulama becerilerinin izlenmesi ve gözden geçirilmesi	5,34±1,26	0,842	0,718	0,833	0,805	0,961
<b>B4.</b> Bilgi ihtiyaçlarını bir araştırma sorusuna dönüştürme	4,99±1,49	0,813	0,657	0,801	0,755	0,962
<b>B5.</b> Önemli bilgi türleri ve bilgi alma kaynaklarının farkında olma	5,21±1,40	0,853	0,736	0,853	0,808	0,961

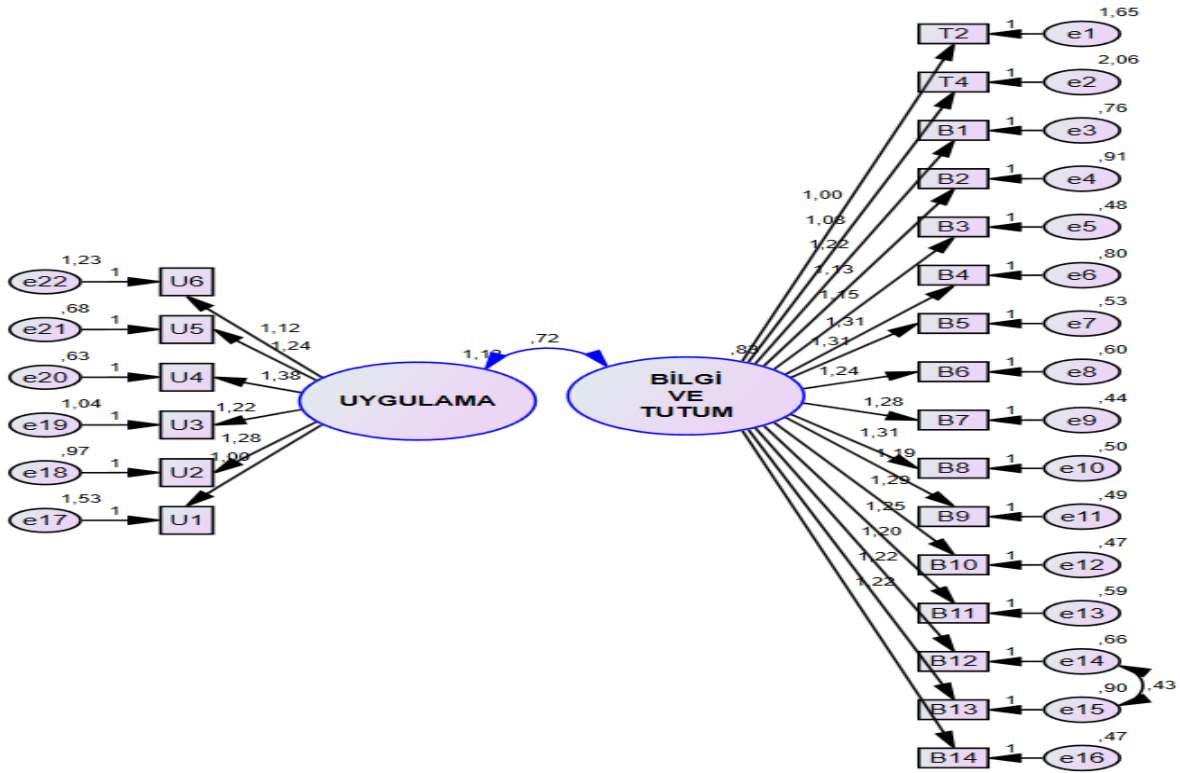
<b>B6.</b> Mesleki uygulamadaki boşlukları tespit etme becerisi	5,36±1,37	0,835	0,703	0,825	0,785	0,961
<b>B7.</b> Kanıtı nasıl elde edeceğini bilme	5,07±1,34	0,865	0,759	0,869	0,809	0,961
<b>B8.</b> Belirlenen standartlara rağmen kanıtı eleştirel olarak inceleme becerisi	5,06±1,39	0,860	0,748	0,861	0,812	0,961
<b>B9.</b> Materyalin ne oranda geçerli olduğunu (gerçeğe yakınlık)belirleme becerisi	5,08±1,29	0,832	0,716	0,840	0,780	0,961
<b>B10.</b> Materyalin ne kadar kullanışlı olduğunu (klinik açıdan uygulanabilirlik)belirleme becerisi	5,11±1,36	0,868	0,771	0,864	0,795	0,961
<b>B11.</b> Bilgileri bireysel vakalara uygulama becerisi	5,22±1,37	0,834	0,715	0,830	0,778	0,961
<b>B12.</b> Fikirleri ve bilgileri iş arkadaşları ile paylaşma	5,53±1,36	0,827	0,692	0,804	0,780	0,961
<b>B13.</b> İş arkadaşlarına bakımla ilgili yeni fikirleri yayma	5,47±1,46	0,791	0,624	0,760	0,751	0,962
<b>B14.</b> Kendi uygulamalarını değerlendirme becerisi	5,58±1,30	0,864	0,755	0,852	0,827	0,961
<b>KMO</b>	0,955					
<b>Barlett's test</b>	x <sup>2</sup> : 4504,032, p<0,000					
<b>Sınıf içi korelasyon</b>	r=0,963, F= 27,38, p=0,000					
<b>Standart Hata (SEM≤SS/2)</b>	1,74≤6,98					
<b>Hotelling's T<sup>2</sup> test</b>	F= 11,606, p=0,000					
<b>Maddeler Arası Korelasyon Katsayılarının Ortalamaları</b>	0,561					
<b>Taban tavan etki analizi (%15 sınırı)</b>	Min.Fr=%0,5, Max.Fr= %1,4					
<b>%27 Alt - %27 Üst grup karşılaştırması</b>	t= 28,924, r= 0,783, p= 0,000					

**HKEKDUÖ:** Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulama Ölçeği, KM=Korelasyon Matrixleri, AFA VK=AFA veri kalitesi, DFA veri kalitesi, M-TK= Madde Toplam Korelasyonu

**Tablo 3.** HKDUÖ Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri

UYUM İNDEKSLERİ	UYUM DEĞERLERİ	
	Elde edilen uyum değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
X <sup>2</sup> /sd	2,514	0-1*
TLI	0,91	**0,90 ≤ TLI (NNFI) ≤1,0*
CFI	0,92	0-1*
IFI	0,92	**0,80 ≤ IFI ≤1,0*
GFI	0,81	0-1*
AGFI	0,77	0-1*
RMSEA	0,08	RMSEA≤0,08**

**HKEKDUÖ:** Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Uygulama Ölçeği (\*D'Souza ve ark., 2015; \*\*Karagöz, 2016)



Şekil 1. HKDUÖ Path Diyagramı

## Tartışma

### Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Geçerliği İle İlgili Bulguların Tartışılması

#### Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, ölçeği oluşturan maddelerin ölçülecek özelliğin ölçülmesinde nicelik ve nitelik açısından yeterli olup olmadığını ortaya koyar (10,11). Bu çalışmada kapsam geçerliliği için 20 uzmandan görüş alınmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliğinde Davis'in (1992) kapsam geçerlik oranı kullanılmıştır. Davis yöntemi uzman görüşlerini "4=uygun, 3=madde hafifçe gözden geçirilmeli, 2=madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve 1=madde uygun değil" şeklinde derecelendirmektedir. Değerlendirmede 4 ve 3 seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünür ve maddeye ilişkin kapsam geçerlik oranı hesaplanır. Ölçek ve madde kapsam geçerlikleri için bu değer 0,80 veya üzeri olmalıdır (12). Çalışmada ölçeğin kapsam geçerlik değerinin 0,972 bulunması ölçeğin kapsam açısından geçerli bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

#### Ölçüt Geçerliği

Ölçeğin %27 alt - %27 üst grup karşılaştırması ile ayırt ediciliği ve madde-toplam puan korelasyonları ile madde ayırt ediciliği değerlendirilmiştir.

%27'lik alt ve %27'lik üst grupların madde puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olması ve ölçeğin iki zıt grubu birbirinden ayırt edebilmesi beklenmektedir (13). Yapılan analiz sonucunda ölçeğin iki uç grubu birbirinden ayırt edebilen ( $p < 0,05$ ) bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

Madde toplam puan korelasyonu, maddelerin aldığı değer ile ölçeğin tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi gösterir (13). Büyüköztürk'e göre (2018) bu değer 0,30 veya üzeri olması maddelerin ayırt ediciliğini gösterir (14). Çalışmada madde toplam puan korelasyon değeri 0,30'un üzerinde bulunmuş olup, bu değer ölçeğin ölçüt yönünden geçerli bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

#### Yapı Geçerliği

Faktör analizi, "ortak faktör adı verilen yeni değişkenleri ortaya çıkarma veya maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların iş-

levsel tanımlarını elde etme” şeklinde tanımlanabilir (16). Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde AFA ve DFA yapılmaktadır. AFA ve DFA öncesi verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirilmektedir. Verilerin uygunluğu; KMO ve Barlett Küresellik Testi ile değerlendirilmektedir. Büyüköztürk (2018) KMO katsayısının 0,60 üzeri olmasını yeterli kabul etmektedir (14). Çalışmada ölçeğin KMO değerinin 0,955 olması ölçeğin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir. Bartlett Küresellik Testi ise, korelasyon matrisinin istatistiksel olarak anlamlılığını ve birim matrisi olup olmadığını sınamaktadır (15). Büyüköztürk’e göre test sonucunun anlamlılığı ( $p<0,05$ ) yeterli kabul edilmektedir (14). Çalışmada Barlett Küresellik Testi’nin  $p<0,05$  bulunması ölçeğin değişkenler arasındaki yüksek korelasyonunu, verilerin çoklu normal dağılımlardan geldiğini ve örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir.

**Açımlayıcı Faktör Analizi:** Bu analizde faktör sayısını belirlemede çeşitli ölçütler geliştirilmiştir. Maddeler arasındaki ilişkiyi en etkin biçimde ortaya koyabilecek faktör sayısını belirlemede; açıklanan varyans oranı, özdeğer ölçütü ve çizgi yamaç grafiği olmak üzere üç kriter kullanılmıştır (15).

**Açıklanan Varyans Oranı:** Toplam varyansın ardışık faktörler tarafından açıklanan belirlenmiş birikimli yüzdesine dayanmaktadır. Elde edilen birikimli varyans oranının yüksekliği faktör yapısının gücünü göstermektedir. Ölçek uyarlama çalışmalarında açıklanan varyans oranının %30 veya üzeri olması ölçüt alınmaktadır (17,18). Yapılan bu çalışmada iki faktörlü yapının toplam varyansın %64,245’i gibi büyük bir kısmını açıklaması Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin yapı geçerliğinin uygun düzeyde olduğunu göstermektedir.

**Özdeğer:** Bir faktör tarafından açıklanan toplam varyans değerini göstermektedir (19). Guttman’ın ortaya koyduğu ve Kaiser’in geliştirdiği bu ölçüte göre özdeğeri 1 veya üzeri faktörler anlamlı kabul edilmekte, 1’den küçük olanlar ise analiz dışı bırakılmaktadır. Yani 1’den büyük özdeğer sayısı kadar faktör oluşmaktadır (15). Çalışmada ölçek iki faktörden oluşmuş ve faktörlerin özdeğeri 1’den büyük bulunmuştur.

**Çizgi Yamaç Grafiği:** Cattell (1965) tarafından geliştirilmiş özdeğerlerin grafikleştirildiği yöntemdir. Büyüköztürk’ göre (2008); çizgi yamaç grafiği, maddelerin öz değerlerinin birleştirilmesi sonucunda elde edilmekte olup, bu ne-

denle grafikte görülebilecek hızlı düşüşler (kırılma noktaları) faktör sayısını vermektedir (17). Analiz sonucu elde edilen grafikte; birinci faktörün kırılma noktası olduğu ve ikinci faktörden sonraki faktörlerin hem küçük hem de aralarındaki mesafenin çok benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda ölçeğin faktör sayısı iki ile sınırlandırılmıştır.

**Doğrulayıcı Faktör Analizi:** DFA’da daha önce elde edilen bilgiler doğrultusunda oluşturulan modelin elde edilen veriler tarafından doğrulanıp doğrulanmadığı sınıdır. Bu analizde örtük değişkenler teorik bir yapıyı temsil ederken, gözlenen ölçümler bu yapının göstergeleri olarak tasarlanır. DFA’da ölçeklerin estimate değerleri, regresyon ağırlıkları ve uyum indeksleri değerlendirilmelidir (20).

**Estimate Değeri:** Gizli değişkenlerle gözlenen değişkenleri tahmin eden katsayılar anlamına gelmektedir. Yüksek faktör yükü makul kabul edilmekte ve genellikle 0,30’un altındaki faktör yükleri analize dâhil edilmemektedir (21,22). Yapılan bu çalışmada ölçek maddelerinin DFA veri kalitesinin (estimate değerlerinin) 0,30’un oldukça üzerinde olduğu belirlenmiştir.

**Regresyon Ağırlığı:** Gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücüdür. İkili ilişki için  $p<0,05$  değeri maddelerin, faktörlere doğru yüklendiğini gösterir (23). Çalışmada ölçeğin  $p$  değeri 0,05’ten küçük bulunmuştur. Bu değer maddelerin faktörlere doğru yüklendiğini göstermektedir.

**Uyum İndeksleri:** Modelin uyumluluğunu belirlemede kullanılır. Bu indeksler çok çeşitli olmakla birlikte, hangilerinin standart kabul edileceği hakkında tam bir uzlaşma sağlanmamıştır (24). Aynı zamanda her bir uyum indeksi için tek ve kesin referans değeri bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırmacıların birden fazla uyum indeksi ile modeli değerlendirmeleri önerilmektedir (25). Yapılan çalışmada; CMIN/DF( $X^2/sd$ ), RMSEA, TLI, IFI, CFI, GFI ve AGFI uyum indeksleri değerlendirilmiştir.

**CMIN/DF ( $X^2/sd$ ):** Modelin genel uygunluğunu belirlemede kullanılan “en temel” indekstir. Bu değer örnek kovaryans matrisi ve model tarafından uyarlanmış olan kovaryans matrisi arasındaki farklılığı değerlendirmede kullanılmaktadır.  $X^2/sd$  değerinin 3 veya altı iyi uyumu, 5 veya altı kabul edilebilir uyumu göstermektedir (23). Çalışmada ölçeğin  $X^2/sd$  değerinin 2,514 bulunması ölçüm aracının iyi uyumunu göstermektedir.

**RMSEA (Yaklaşık hataların ortalama karekökü):** Araştırmacıya bilinmeyen fakat optimum biçimde planlamış olduğu parametrelerin, ana kütleli kovaryans matrisiyle uyumluluk düzeyi hakkında bilgi verir (10). RMSEA değeri, 0,08 veya altı kabul edilebilir uyumu, 0,05 veya altı iyi uyumu gösterir (23). Ölçeğin RMSEA değerinin 0,08 olması yaklaşık hataların ortalama karekökünün kabul edilebilir uyumunu göstermektedir.

**TLI (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi):** NFI'nin serbestlik derecesi dikkate alınarak hesaplanan halidir. Böyle bir düzenleme ile elde edilen TLI, örneklem sayısının etkisini azaltarak iyi uyumu gösteren küçük örneklemli modellerin reddedilmesini önler. Bu değer 0,90 veya üzeri olması kabul edilebilir uyumu, 0,95 veya üzeri ise iyi uyumu göstermektedir (23). Yapılan çalışma sonucunda TLI değeri 0,91 bulunmuş olup ölçüm aracının kabul edilebilir normlaştırılmamış uyumunu göstermektedir.

**IFI (Artırmalı Uyum İndeksi):** IFI değeri 0,80 ve üzeri kabul edilebilir uyumu, 0,95 ve üzeri iyi uyumu gösterir (23). Çalışmada ölçeğin IFI değerinin 0,92 olması kabul edilebilir artırılmış uyumu göstermektedir.

**CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi):** Değişkenler arasında hiçbir ilişkinin olmadığını öngören/kabul eden indeks olup; serbestlik derecesi ve örneklem büyüklüğünü dikkate alarak test edilen modelin, temel modele göre karşılaştırmasını yapmaktadır. CFI değerinin 0,80 veya üzerinde olması modelin kabul edilebileceğini göstermektedir (26). Bu çalışmada ölçeğin CFI değerinin 0,92 bulunması ölçüm aracının kabul edilebilir karşılaştırmalı uyumunu göstermektedir.

**GFI (Uyum İyiliği İndeksi):** Modelin örneklemdeki kovaryans matrisini ne düzeyde ölçtüğünü göstermektedir (27). Bu değer 0-1 aralığında olması yeterli kabul edilmektedir (28). Çalışmada GFI değeri 0,81 bulunmuş olup, kabul edilebilir uyum iyiliğini göstermektedir.

**AGFI (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi):** GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini gidermek amacıyla kullanılır. AGFI'nin 0,85 ve üzeri kabul edilebilir uyumu, 0,90 ve üzeri iyi uyumu göstermektedir (23). AGFI değeri 0-1 aralığında olması yeterli kabul edilmektedir (28). Çalışmada bu değer 0,77 bulunmuş olup, kabul edilebilir uyum iyiliğini göstermektedir.

#### **PATH Diyagramı**

Yapısal eşitlik modelinde analiz sonrası uygun matris oluşturulduktan sonra uyum indeksleri

ve analizi haricinde bir path diyagramı çizdirilerek modele ait değişkenler, t değerleri, faktör yükleri, açıklanamayan varyans ve bazı uyum iyiliği değerleri bu diyagramda özet olarak görülür (24). Analiz sonucunda iki faktörlü yapıdan oluşan ölçeğin path diyagramı gösterilmiştir.

Ölçeklerin geçerliği için yapılan analizler istenilen değerlerde olduğu için sonuçlar araştırmanın 1. Hipotezini (H1: Araştırmacılar tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği" geçerli bir ölçme aracıdır.) doğrulamaktadır.

#### **Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Güvenirliği İle İlgili Bulguların Tartışılması**

##### **Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) Katsayısı**

Ölçekte yer alan maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, ölçülecek konuyla ilgili olup olmadığını ve katılımcıların ölçek maddelerini anlayarak cevaplandırdıklarını göstermektedir. İç tutarlılık değerinin 1'e yakın olması beklenmektedir. Literatürde, bu değer  $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$  arasında ise ölçek güvenilir değildir;  $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir;  $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilir;  $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (23,29). Çalışmada cronbach alfa değerinin 0,963 bulunmuş olması ölçeğin yüksek güvenirlige sahip olduğunu göstermektedir.

**Puanlama Tutarlılığı:** Numerik ölçümlerde sınıf içi korelasyona bakılarak değerlendirilir. Aynı zamanda bu değer yapı özellikleri açısından güvenilirlik hakkında bilgi verir (30). İki ölçüm arası tutarlılık değerinin 0,60-0,80 arası olması güvenirlığın iyi, 0,80 üzerindeki değer ise mükemmel derecede olduğunu gösterir (13). Ölçeğin puanlama tutarlılığının 0,963 bulunması ölçeğin uyumunun mükemmel düzeyde olduğunu göstermektedir.

##### **Maddeler Arası Korelasyon Katsayılarının Ortalaması**

Bu değer, ölçek maddelerinin ne ölçüde birbirleri ile ilişkide olduğunu göstermektedir (31). Ölçeğin maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması 0,30'un üzerinde bulunmuştur. Bu durum ölçek maddelerinin birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

**Hotelling's T2**

Madde ortalamalarının birbirlerine eşit olup olmadığını değerlendirildiği testtir. Bu test sayesinde; maddelerin denekler tarafından aynı yaklaşım ile algılanıp algılanmadığı belirlenmektedir. Hotelling's T2 analizi  $p < 0,05$  ise ortalama olarak ölçek maddeleri arasında fark var demektir (32). Bu çalışmada yapılan Hotelling's T2 testinde  $p = 0,000$  bulunmuştur. Bu değer değişkenlerin ortalamalarının birbirinden farklı olduğu göstermektedir.

**Madde-Toplam Puan Korelasyonu**

Ölçeğin toplam puanları ile her bir maddeye ait puanların korelasyonunun alınmasıdır. Bu değerlendirme için örneklem büyüklüğünün; en az 100-200 olması veya her madde için en az 5 cevaplayıcının olması gerektiği belirtilmektedir (33). Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,30'un altında ise bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Çalışmanın 217 kişi ile gerçekleştirilmesi örneklem kriterini sağlarken; ölçek maddelerinin korelasyon katsayısının 0,30'un üzerinde bulunması ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

**Madde Analizi:**

Ölçeğin madde puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek madde puan ortalamasının; 22. maddeye (Kendi uygulamalarını değerlendirme becerisi) ( $5,58 \pm 1,30$ ); en düşük madde puan ortalamasının; 1. maddeye (Açığı kapatmak üzere sürecin başlangıcı olarak, açık bir şekilde cevap verilebilir bir soru oluşturdum) ( $4,61 \pm 1,63$ ) ait olduğu belirlenmiştir. Ancak ölçeğin tüm maddelerinin ortalama  $\pm$  standart sapma değerinin ortalamasının üzerinde olması dikkat çekicidir.

**Standart Hata (SEM):**

Standart hata, Pontes ve Griffiths (2015) tarafından ölçüm hatalarının bir sonucu olarak ölçeklerin kararlılık düzeyini yansıtan, bir ölçü olarak alınmıştır. SEM, güvenilirlik katsayısının bire olan farkının karekökünün standart sapma ile çarpımına eşittir [ $SEM = (ss \times (1-\alpha))$ ]. SEM'in standart sapmanın yarısından küçük veya eşit olması ölçmede kabul edilebilir bir kesinlik ölçüsü kabul edilmiştir (34). Çalışmamızda standart hata değerinin  $1,74 \leq 6,98$  bulunması, ölçeğin kararlı bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

**Sonuç**

Türkçe'ye uyarlaması yapılan Hemşirelerin Kanıt Dayalı Uygulama Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçek 2 alt boyut ve 22 maddeden oluşmuştur.

Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanan ölçek, hemşirelerin kanıt dayalı uygulamalarını ve klinik yetkinliklerini değerlendirmek isteyen araştırmacılar tarafından kullanılabilir. Kültürler arası karşılaştırmaların yapılabilmesi için bu çalışmada geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanan ölçeğin farklı dil ve kültürlerle uyarlanması önerilir.

**Yazar katkıları:** Fikir: Z.G., B.Ç.D., Ş.Ç.; Tasarım: Z.G., B.Ç.D.; Denetleme: Z.G., B.Ç.D.; Veri Toplama ve/veya İşleme: B.Ç.D.; Analiz ve/veya Yorum: B.Ç.D., Ş.Ç.; Literatür Taraması; Ş.Ç.; Yazı Yazan: B.Ç.D., Ş.Ç.; Eleştirel İnceleme: Z.G

**Finansal Kaynak:** Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

**Kaynaklar**

1. Seçginli S. Hemşirelikte araştırma kullanımı ve kanıt dayalı uygulamalar. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, editör. Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p.335-358.
2. Günerigök F, Kurt FY, Küçüköğlü S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme sürecinde özgüven ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi: iki farklı program örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;23(1):77-94. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.549320>
3. Şenyuva E. Hemşirelik eğitimi ve kanıt dayalı uygulamalar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2016;24(1):59-65.
4. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, Barisone M, Timmins F, Rossi S, et al. A review of the



role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *Journal of Nursing Management* 2018;26(8):918-932. <https://doi.org/10.1111/jonm.12638>

5. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Medical Education* 2013;13:19. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-19>

6. Çopur EÖ, Kuru N, Seyman ÇÇ. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2015;1(2):51-55. doi:10.5222/SHYD.2015.051

7. Wu Y, Brettle A, Zhou C, Ou J, Wang Y, Wang S. Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurse education today* 2018;70:109-114.

8. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayınları; 2005.

9. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing* 2006; 53(4): 454-458.

10. Byrne BM. Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming: Routledge; 2013.

11. Acar T. Validity evidence in scale development: the application of cross validation and classification-sequencing validation. *Educational Sciences: Theory and Practice* 2014; 14(3):973-976. <https://doi.org/10.12738/estp.2014.3.2107>

12. Davis LL. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research* 1991;5(4):194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)

13. Erkuş A. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-1 temel kavramlar ve işlemler. 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2012.

14. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Atıf İndeksi; 2018.

15. Bektaş H. İkili değişkenler için faktör analizi: çalışma yaşamı kalitesi üzerine bir uygulama. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015. <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/54061.pdf>

16. Okursoy A, Turan AH. Açımlayıcı faktör analizi ve üniversite yemekhanesinde müşteri

memnuniyeti üzerinde etkili olan boyutların belirlenmesi üzerine bir uygulama. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 2014;15 (1):65-78.

17. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2007.

18. Alış S. Geçiş ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 3. Uluslararası Multidisipliner Avrasya Kongresi'nde sunulan bildiri, Barselona, İspanya. 2017.

19. Karagöz Y, Kösterelioğlu Ş. İletişim becerileri değerlendirme ölçeğinin faktör analizi metodu ile geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2008; 21:81-98.

20. Jöreskog K, Sörbom D. Lisrel 8: Structural equation modeling with the simplis command language. USA: Scientific Software International; 1993.

21. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics 5.Ed. NeedhamHeight: Allyn&Bacon/Pearson Education; 2007.

22. Gündüz MA, Akarçay Ö. Yapısal eşitlik modellemesi, amos ve lisrel uygulama örnekleri. Aslan Ş, editör. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Nicel, Nitel ve Karma Tasarımlar İçin Bir Rehber*. Konya: Eğitim Yayınevi; 2019.

23. Karagöz Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler. 1. Baskı. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2016.

24. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(3):196-205.

25. Sharma S. Applied multivariate techniques. New York: John Wiley & Sons Inc; 1996.

26. Gatignon H. Statistical analysis of management data. (2.Ed.). New York: Springer Publishing Company; 2010.

27. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. New York: Springer Publishing Company; 2010.

28. D'Souza MS, Karkada SN, Venkatesaperumal R, Natarajan J. Self-Care Behaviours and glycemc control among adults with type 2 diabetes. *GSTF Journal of Nursing and Health Care* 2015;2(1): 29-40. doi:10.5176/2345-718X\_2.1.60

29. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004.

30. Mehta S, Bastero-Caballero RF, Sun Y, Zhu R, Murphy DK, Hardas B, et al. (2018). Performance of intraclass correlation coefficient

(ICC) as a reliability index under various distributions in scale reliability studies. *Statistics in medicine* 2018;37(18):2734-2752.

<https://doi.org/10.1002/sim.7679>

31. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2005.

32. Terzi Y. [İnternet]. Güvenilirlik Analizi. 2017. [Erişim Tarihi: 23.08.2022]. Erişim linki:

<https://ist-fef.omu.edu.tr/tr/hakimizda/dersnotlari/GA-2017y.pdf>

33. Coşkun S, Bebiş H. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı açısından: English Şeker ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2015;57(7): 378-384.

34. Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 İnternet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior* 2015;45:137-143.

## Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Mevcut Standartları ve İyileştirme Önerileri

### Current Standards of Traditional and Complementary Medicine Practices in Turkey and Suggestions for Improvement

Betül AKALIN<sup>1</sup>, Arzu İRBAN<sup>2</sup>, Gizem ÖZARGUN<sup>3</sup>

#### ÖZ

Modern tıp bilimsel bilgiye dayanmaktadır. Objektif ve evrensel tedavi yöntemleridir. Modern tıbbın dışında geleneksel ve tamamlayıcı tıp adı altında da uygulamalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre geleneksel tıp; çeşitli kültürlerin inançları, teorileri ve deneyimlerine dayalı, açıklanan veya açıklanamayan, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisi süreçlerinin hepsinde kullanılan bilgi ve uygulamaların tümüdür. Tamamlayıcı tıp veya alternatif tıp terimlerini ise; ülkenin kendi geleneği ile ilgili olmayan, mevcut sağlık sistemine entegre edilmemiş uygulamalar olarak tanımlamıştır. Çok eskiye dayanmasına rağmen, halen kullanımı oldukça fazladır. Son dönemde bazı devletlerin ve önemli kurumların desteğiyle önü daha da açılmıştır. Türkiye de destekleyici ülkeler arasındadır. 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamaları Yönetmeliği" ile 15 uygulama Türkiye’de yasal hale getirilmiştir. İlgili yönetmelik, yasal sınırları belirsiz olan çeşitli uygulamaların düzenlenmesi açısından oldukça önemli bir adım olsa da, yetersiz kaldığına yönelik eleştiriler almaktadır. Bu nedenle çalışmanın amacı; derleme yöntemi ile mevcut literatürü inceleyerek, Türkiye’de GETAT uygulama standartlarını iyileştirmek için öneriler geliştirmektir. Cezai yaptırımların ağırlaştırılması, modern tıptan ayrı özel hukuki şartların belirlenmesi, medya kaynaklarına sınırlamalar getirilmesi, reçete yazmaya yönelik gerekli mevzuatın eklenmesi, hastanın kendi hekiminden uygunluk belgesi alma zorunluluğu getirilmesi, GETAT uygulamalarına özel "Bilgilendirme ve Rıza Formu" oluşturulması ve denetimlerin sıklaştırılması, geliştirilen başlıca öneriler olmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Alternatif Tıp, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Mevzuat

#### ABSTRACT

Modern medicine is based on scientific knowledge. They are objective and universal treatment methods. Apart from modern medicine, applications are also made under the name of traditional and complementary medicine. According to the definition of the World Health Organization (WHO), traditional medicine; It is all of the knowledge and practices used in all processes of health protection, disease prevention, diagnosis and treatment, based on the beliefs, theories and experiences of various cultures, explained or unexplained. Complementary medicine or alternative medicine terms; defined as practices that are not related to the country's own tradition and that are not integrated into the existing health system. Although it is very old, it is still used quite a lot. With the support of important institutions and states, its path is gradually cleared. Turkey is among the countries that support it. With the "Regulation on Traditional and Complementary Medicine (GETAT) Practices" published in the Official Gazette on October 27, 2014 in Turkey, 15 practices were made legal. Although the relevant regulation is a very important step in regulating various applications whose legal boundaries are unclear, it receives criticism that it is insufficient. For this reason, it is the aim of our study to develop recommendations to improve the GETAT application standards in Turkey by examining the existing studies with the compilation method. Our recommendations are aggravating criminal sanctions, determining special legal conditions

**Geliş Tarihi/Received:**08.01.23 **Kabul Tarihi/Accepted:**23.02.23 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:**28.02.23 **DOI:** 10.57224/jhpr.1230794

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, betul.akalin@sbu.edu.tr, 0000-0003-0402-2461

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, arzu.irban@sbu.edu.tr, 0000-0002-4904-0658

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, gizemozargunn@gmail.com , 0000-0002-0777-2770

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Betül AKALIN, betul.akalin@sbu.edu.tr

**Cite this article as:** Akalin B, İrban A, Özargun G. Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Mevcut StandardAero ve İyileştirme Önerileri. J Health Pro Res 2023;5(1):49-69.

separate from modern medicine, imposing limitations on media resources, adding necessary legislation for prescribing, requiring the patient to obtain a certificate of conformity from his own physician, creating an "Information and Consent Form" specific to GETAT application, and increasing inspections.

**Keywords:** Alternative Medicine, Regulation, Traditional and Complementary Medicine

### Giriş

Modern tıp, bilimsel bilgiye dayanmaktadır. Bilimsel bilgiler ise akıl, deney ve gözlem gibi bilimsel yöntemler ile elde edilen bilgilerdir. Bu sebeple bilginin bilimsel olma ölçütü, yöntemsel olmasıdır. Ayrıca bilimsel bilgiler nesnel ve evrensel (1). Modern tıbbın dışında alternatif/tamamlayıcı tıp adı altında da uygulamalar yapılmaktadır. Literatür incelendiğinde bazı kaynaklarda bu uygulamaların tarihinin Çin'e dayandığı söylenmektedir. Eski Çin'de bitkisel tedavi yöntemlerinin uygulandığı yönünde bulgular saptanmıştır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre geleneksel tıp; çeşitli kültürlerin inançları, teorileri ve deneyimlerine dayalı, açıklanan veya açıklanamayan, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisi süreçlerinin hepsinde kullanılan bilgi ve uygulamaların tümüdür. DSÖ tamamlayıcı tıp veya alternatif tıp terimlerini ise; ülkenin kendi geleneği ile ilgili olmayan, mevcut sağlık sistemine entegre edilmemiş uygulamalar olarak tanımlamıştır (3).

Modern tıp ile bazı hastalıkların tedavisinde yetersizlikler bulunması, modern tıptaki bazı tedavi yöntemlerinin yan etkilerinin fazla ve şiddetinin yüksek olması, bunlarla birlikte; kültürel yapı ve inanışların insanlara tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin daha az yan etkiye neden olacağını düşündürmesi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına rağbeti artırmıştır. (4). Asırlardır süregelen bu yöntemler yetkili makamlarca desteklenerek giderek yaygınlaşmaktadır. Bunlardan biri de DSÖ'dür. Yayınladığı raporlar ve düzenlediği kongreler ile geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tanınmasına ve yaygınlaşmasına destek olmaktadır. (3). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Hakkındaki Küresel Raporu'nda Üye Devletlerin %87'si formu yasal olarak tanıdığını, 100 Üye Devletin ise ilgili ulusal politikalarının mevcut olduğunu söylenmiştir. Bunun yanı sıra, 124 Üye Devletin bitkisel ilaçlara yönelik düzenlemeleri olduğu iletilmiştir. Ayrıca gelişmiş ülkelerin nüfusunun yaklaşık %50'si bu uygulamaları kullandığını belirtmiştir (5). Türkiye de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını des-

tekleyici ülkeler arasındadır. 2014 yılında yayınlanmış olan 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamaları Yönetmeliği ile bazı uygulamalara izin verilmiştir. İzin verilen GETAT yöntemleri; akupunktur, apiterapi, hipnoz, fitoterapi, ozon uygulaması, osteopati, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, refleksoloji ve müzikterapi olarak sıralanmıştır (6).

Yeniden popülerite kazanmış olan GETAT uygulamaları tartışma konusu olmaktadır. "Tek bir fizik, tek bir biyoloji olduğu gibi, tek bir tıp vardır, o da bilimsel tıptır. Dolayısıyla bu çerçeveye dışına çıkan herkes şarlatan kategorisine girer." şeklinde zıt görüş belirtenlere karşın "Endüstriyel çarkın, bizi doğal şifa kaynaklarından uzaklaştırdığını, tecrübe yoluyla elde edilen büyük bilgi birikiminin yok sayıldığını" gibi savunucu ifadeler olarak farklı görüşler bulunmaktadır (1).

Karşıt görüşlerin olmasının sebebi bilimsel verilerin yetersizliği olarak düşünülmektedir. Alternatif tıp adı altında yapılan tedavilerin çoğu hakkında bilinenler sınırlı ve bilimsel veri çok azdır. Örneğin kanser ağrılarını hafifletmek için akupunktur tedavisinin etkili ve güvenli olduğu bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra farklı çalışmalarda; bazı alternatif yöntemlerin etkisinin olmadığı, üstelik insan sağlığı açısından oldukça tehlikeli olduğu net olarak belirtilmiştir (7). Alternatif tedavi yöntemlerini tercih eden 260 kanser hastası ve hasta özellikleri benzer olan modern tıp yöntemlerini kullanan 560 kanser hastasının yaşam sürelerinin karşılaştırmasına yönelik araştırma yapılmıştır. 5 yılın sonunda alternatif tıp tercih edenlerin % 55'inin, modern tıp ile tedavi görenlerin ise % 78'inin yaşadığı görülmüştür (1). Başka bir yazıda doktorun yıllardır takip ettiği böbrek hastasının acile geldiğini, böbreklerin daha kötüye gittiğini gördüğünü belirtmiştir. Hastanın faydalı olarak duyduğu otu kullanmasını takiben gelişen bu komplikasyon sonucu kişi bir hafta hastanede yatmak durumunda kalmıştır (8).

GETAT uygulamalarının yasal bir çerçevesi ve standartları olmaz ise yukarıda verdiğimiz örnekler daha fazla çoğalacaktır. Çünkü eğer izin verilmez ise bu uygulamalara inanan insanlar bunları merdiven altı yerlerde yaptırma arayışına girecektir. Bu uygulamalar insanların önemli bir çoğunluğunun hayatındadır. Mevzuatı olmayan, standartları belirlenmemiş, denetimsiz ve istismlara açık olabilecek bir alanın görmezden gelinmesi toplum sağlığını riske atacaktır (9). Sonuçta alternatif tıp gibi uzun bir geçmişi olan kavramı insanların aklından silmek mümkün değildir, ancak yasal hale getirilmesi, denetlenmesi ve standardize edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Türkiye’de “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile yasal sınırları belirsiz olan çeşitli uygulamaların düzenlenmesi açısından oldukça önemli bir adım atılmıştır. Ancak mevzuatın yetersiz kaldığına yönelik eleştiriler mevcuttur. Türk hukukun da yeni yer alan bu alan, mutlaka bilimsel bakış açısı ile doğru yere oturtulmalıdır (10). Bu çalışmanın amacı, derleme yöntemi ile mevcut çalışmalarını inceleyerek, Türkiye’de GETAT uygulamalarının standartlarını iyileştirmek için öneriler geliştirmektir.

## **Türkiye’de Kabul Edilmiş GETAT Uygulamaları**

### **Akupunktur**

İğne anlamında olan “Acus” ve delmek anlamında olan “Punctura” kelimeleri bir araya gelerek oluşturulan akupunktur kelimesi latince kökenlidir. Milattan önce Doğu Asya’da, bambu, kemik ve sivri taşlardan yapılan iğneler ile ağrının dindirileceği öne sürülmekteydi. Ancak yöntemin ayrıntılarıyla sistematize edilmiş ve yaygınlaşmış halini yaklaşık 2000 yıl öncesinde Çin tıbbi kaynaklarında görmekteyiz. (11). Akupunktur, yüzyıllar boyunca uygulanmış ve batı tıbbi içinde de kendine yer edinmiş bir GETAT uygulamasıdır. Vücutta Qi adında hayat enerjisinin olduğuna dair felsefesi vardır. Qi enerjisi yaşamsal fonksiyonlar için destekleyici bir güç olarak görülmektedir. Qi enerjisi enerji kanallarında zıt ama birbiri ile dengeli çalışan Yin ve Yang adının verildiği iki farklı enerjiden oluşmaktadır. Bu zıt enerjiler enerji kanallarında denge içerisinde serbest bir şekilde akarsa kişi sağlıklıdır. Akışı ve dengeyi bozabilecek endojen ve ekzojen faktörlerin hastalıklara sebebiyet vereceği düşünülmektedir. Akupunktur uygulamasının amacı ise enerji akışını

ve dengesini sağlayarak vücudun kendi kendini iyileştirmesini uyarmaktır (12).

Akupunktur uygulamalarında çeşitli iğneler kullanılmaktadır. En sık tercih edilen tek kullanımlık paslanmaz çelik iğnelerdir. Çünkü sterilize edilerek tekrar kullanıma hazırlanan iğnelerde enfeksiyon gibi yan etkiler görülme riski daha fazladır. İğne seçiminin ardından hasta ve şikayetine göre akupunkturun uygulanacağı noktaların belirlenmesi gelmektedir. Bu noktalar, vücutta yüzeysel olarak sinirlerin geçtiği yerlerdir. Sonrasında akupunkturist iğneleri kas içine veya cilt altına batırarak, hastalığın durumuna göre farklı sürelerde iğneleri bekletmektedir. Bazı durumlarda akupunkturist sinirleri uyarmak için iğneleri takılı olduğu yerde hareket ettirebilmektedir. Bu işlemler esnasında kişi ağrı hissetmez ancak uyuşma hissi duyabilmektedir. İşlemler bittikten sonra hasta sakin bir yerde yatırılarak bir süre dinlendirilmektedir. Seans bu şekilde sonlanmaktadır (13). Fakat akupunktur uygulamasında iğne dışında farklı teknikler de kullanılabilir. Önemli olan, enerji kanallarının ve ilgili noktaların uyarılmasını sağlamaktır. Bu sebeple; manuel iğneleme, laser, kapsikum flaster, elektroakupunktur, akupres, kupa çekme, bitkisel tohumlar ve moksa gibi birçok farklı yöntem karşımıza çıkmaktadır. Bu çeşitliliğin geçmişten günümüze devamlılığı görülmektedir (14).

Türkiye’de akupunktur uygulamalarında GETAT yönetmeliğinden yararlanılmaktadır. Yönetmeliğe göre; kas-iskelet sisteminin mekanik ağrıları, eklem ağrıları, baş ağrıları, diş ağrıları, nöropatik ağrıları, kas spazmı, bel fıtığı, bulantılar, fonksiyonel gastrointestinal sistem bozuklukları, alerjik rinit bulguları, dismenore, infertilite, polikistik over sendromu, premenstruel sendrom, doğum ağrısı, organik nedene bağlı olmayan uyku bozukluğu, alerji, egzema, cilt kuruluğuna bağlı kaşıntı, anksiyete, organik bir nedene bağlı olmayan gece işemeleri, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı gelişen komplikasyonlar, organik nedeni olmayan vertigo, geriatrik hastalar, sinir kökü irritasyonları, eksojen obezite hastasının diyet uyumu, solunum sisteminin kronik hastalıklarında hastanın günlük yaşam kalitesini artırma, alkol bağımlılığı tedavisinde oluşabilecek sıkıntılıların azaltılması, çocukta ekstubasyon sonrası solunum sıkıntısı, kronik göz hastalıklarında hastanın tedavi uyumunun artırılması, unutkanlık, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozuklukları, idiopatik/sjögren hastalığına bağlı göz kuruluğu, inme ve felçlerde kas kontraktürleri

veya güçsüzlüğü, genel iyilik halinin oluşması için akupunktur uygulamaları kullanılabilir. Ancak kanama diyatezi olan hastalarda akupunktur uygulanmamaktadır. Gebelikte ise ilk üç ayda alt karın bölgesine, 2. ve 3. trimesterde üst abdomen-lumbosakral bölgelerine ve gebeye yoğun uyarı veren noktalara akupunktur yapılamamaktadır (6).

Akupunktur uygulamasının çeşitli hastalıklarda fayda göstereceği düşünülse de bazı yan etkileri de bulunmaktadır. Çoğunlukla iğnelerin yeterli derecede steril olmaması, yanlış bölgelere iğne batırılması, hastaların uygulama sırasında hareket etmesi veya iğnenin kusurlu olmasından kaynaklanabilmektedir. Özellikle kanser hastalarında kemoterapi gibi uygulamalarla bağışıklık sistemi zayıflar, bu sebeple steril olmayan bir iğneden enfeksiyon kapma riskleri çok daha yüksektir. Bu ve benzeri sebepler ile gelişebilecek diğer yan etkilerden bazıları ise; kanama, morarma, baş dönmesi, sinir hasarı, yorgunluk hissi, sersemlik, uyuklama, işlem sırasında ağrıdır. Aynı zamanda akupunkturun beklenen etkiyi vermediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin en çok kullanıldığı hastalıklardan olan kanserin tedavisinde, tek başına etkin bir yöntem olduğuna yönelik hiçbir bilimsel bulgu ve kanıt yoktur. Ayrıca bilinçsiz şekilde ve ticari amaçlarla bu uygulamaları yapanlar çoğunluktadır. Bu sebeple hastaların yaptıracağı yeri çok dikkatle seçmesi ve hekimlerine danışarak onların yönlendirmesiyle hareket etmelidir (11).

### **Apiterapi**

Apiterapi; bal arısının polen, propolis, arı sütü, arı ekmeği, bal, arı zehri gibi ürünlerinden çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmasına denmektedir (15). Hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi için doğal ürünlere yönelimin popüler hale gelmesi arı ürünlerine ve apiterapiye olan ilgiyi de arttırmış, günümüzde pek çok ülkede tamamlayıcı tıbbın bir paçası haline gelmiştir (16). Web of Science veri tabanının kullanılarak yapılan çalışmada, 1980-2016 yılları arasında literatür incelenmiştir. Yayın sırasına göre ilk sırada Brezilya yer almıştır. ABD, Çin, Japonya ve Türkiye ise sırasıyla onu takip eden ülkeler olmuştur. Alınan puanlara göre de apiterapiye en verimli ülkeler İsviçre, Hırvatistan ve Bulgaristan olduğu görülmüştür (17).

GETAT yönetmeliğiyle Türkiye’de önü açılan uygulamalar arasında apiterapi de bulunmaktadır. Yönetmeliğe göre; bal, polen, propolis ve arı sütü sekonder immün yetmezliklerde

immün sistemini güçlendirme amaçlı kullanılabilir. Arı zehri; kas-iskelet sistemi semptomlarının azaltılması ve kas kuvvet artışında uygulanabilmektedir. Bal kronik deri yaralarında iyileşmeye destekleyici olarak da uygulanabilmektedir. Ancak arı ve arı ürünlerine karşı alerji var ise apiterapi uygulaması yapılmamalıdır. Ayrıca arı zehri 18 yaş altı, diğer arı ürünlerini 1 yaş altı, kişilerde uygulanması da doğru değildir. Arı zehri için ise; dekompanse kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, solunum yetersizliği, sistemik/lokal enfeksiyonlar, karaciğer fonksiyon bozukluğu, beta bloker kullanımı, tedavi uyumunu etkileyen şiddetli psikiyatrik rahatsızlıklar, yemekten hemen önce ya da hemen sonra, gebelerde ve süt veren annelerde uygulanamaz maddesi bulunmaktadır (6). Arı zehri deri içi veya deri altı olarak uygulanabilirken, diğer arı ürünleri ağız yoluyla veya vücut yüzeyine olacak şekilde uygulanabilmektedir. Apiterapide kullanılan tüm hazır ilaçlar Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylıdır (18). Onaylı ilaçlar olsa dahi temkinli olmak şarttır. Dr Stangaciun’un tavsiyelerine bakıldığında, apiterapi öncesi mutlaka ilgili alerji testleri yapılmalıdır. Ayrıca verilecek dozlar hastanın yaşına, kilosuna, durumuna ve uygulama zamanına göre belirlenmelidir. Tedavi süresi de etkiye ve hastalığa göre yürütülmelidir. Her hastanın çeşitli etkenlerden dolayı tedaviye farklı tepki verme ihtimali vardır (19). Apiterapide kullanılan ürünlerin kalitesi toprak, hasat, iklim, botanik kaynaklar ve depolama yöntemleriyle ilişkilidir. Ürünlerin elde edilme koşulları, sonuçları iyileştirmek adına önemlidir. Tam da bu sebeple arı ürünlerini inceleyen deneyler sadece aktivitelerle sınırlı kalmamalı, etki edebilecek tüm mekanizmaları incelemelidir. Çünkü bu sebeple birçok ülkede hekimler, yeterli kanıt olmamasından kaynaklı bu uygulamayı kullanmamaktadır. (16). Daha iyi ve detaylı çalışmaların tamamlanmasının ardından kullanımın artacağı, ancak henüz bu ortamın oluşmadığı düşünülmektedir (20).

### **Hipnoz**

Hipnoz, hekimin zihinsel imgeleri ve sözel tekrarları kullanarak yaptığı en eski tedavi yöntemlerindedir (21). Bir başka deyişle uyanık farkındalık olarak tanımlanabilen hipnoz, telkinlere uyum sağlamadır. Hipnoz kullanımının geçmişi, Yunanlılar tarafından kurulan uyku ta pınaklarına kadar uzandığı düşünülmektedir. Ülkemizde ise Pierre Janet’in kitabının 1935’te

Cemil Sena Ongun tarafından çevirisi yapılmışla başlamıştır. Sonraki yıllarda Dr. Bedri Ruhselman'ın hipnoz ile ilgili yayını, ardından 1950 yılında Dr. Sevil Akay tarafından hipnozla tonsillektomi yapılması gibi bilimsel alanlarda kullanıldığı görülmüştür. Dr. Hüsnü İsmet Öztürk ise 1951-1979 arasında "Bilinçli Hipnoz" tekniği ile 2000 hastayı hipnotize etmiş ve 250'den fazla hastada yalnızca hipnoanestezi kullanılarak cerrahi işlemler yapmıştır (22).

Ülkemizde artan kullanımlarıyla beraber hipnoz da GETAT yönetmeliğinde yer alan uygulamalar arasına girmiştir. Yönetmeliğe göre sertifikalı hekimlerin gözetimi altında olmak şartıyla klinik ya da ilgili yetki belgesine sahip psikologlar da tedaviye katılabilmektedir. Cerrahi işlemlerde korku, ağrı ve anksiyete azaltma gibi süreçlerde rol oynamaktadır. Bunun dışında obezite, sigara bırakma, alerjik astım, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, organik olmayan uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, kanser hastalıklarında ortaya çıkan yan etkilerin baş edilmesi ve yanık tedavilerinde ağrıyı azaltma gibi alanlarda kullanılabilir. Ayrıca hipnozun uygulanamayacağı durumlar da belirtilmiştir. İntihar eğilimi olan depresif kişilerde, şizofreni ve psikopatik durumlarda, demans hastalarında, alkol ya da ilaç zehirlenmelerinde hipnoz uygulanamamaktadır (6). Hipnoz birçok hastalıkta kullanılsa da etkisi; hipnozcu-hasta arasındaki ilişkiye ve hastanın motivasyonuna göre değiştiği söylenmektedir (23). Ayrıca tek başına bir tedavi yöntemi değildir. Ancak ikna edici iletişim tarzı sebebiyle tedaviyi güçlendirebilmektedir. Uygulayıcı gerekli eğitimleri almış ve hasta hipnozu etkili kullanabilirse, hastanın kendini kontrol duygusu ve problem çözme yeteneğini de geliştirecektir. Böylece stresi önleme süreçlerinde oldukça etkili olacağı düşünülmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus hipnozun uygun bir şekilde kullanılmasıdır. Hipnoz uygun kullanılmaz ise hastanın durumunu kötüleştirme ihtimali de vardır. Kişilik bozuklukları, paranoid bozukluklar, iletişim kuramama sorunları ve zeka geriliği gibi sonuçlara yol açma ihtimali vardır. Bu sebeple güvenli bir şekilde kullanılması için etkili bir eğitim mutlaka şarttır (24,25).

### **Fitoterapi**

İlk çağlarda insanlar hastalıkları, doğa olaylarına ve kötü ruhlara bağlar ya da tanrıların kendilerine verdiği ceza olarak görürlerdi. Devasını bulmak için de şaman ve büyücü gibi kişilere

gidilirdi. Bu sebeple bitkiler ve dualar insanlık için ilk tedavi yöntemleri olmuştur. İlk insanlar deneyimleri sonucu bitkilerin birçok özelliğini keşfetmişlerdir. Bitkiler önce gıda olarak kullanılmış, zehirli bitkileri tanıdıktan sonra ise ok zehri olarak da kullanılmaya başlanmıştır. Hayvanlarda yaptıkları gözlemlerde bazı bitkilerin iyileştirici özellikleri de keşfedilmiş ve bu bitkiler tedavilerde yer almaya başlamışlardır (26). Bitkilerin tedavide kullanılmasıyla beraber "Fitoterapi" kavramı doğmuştur. Bu kavram yunanca kökenli olup "phyton" (Bitki) ve "therapeia" (Tedavi) kelimelerinin birleşiminden meydana gelmiştir. Başlarda batı ülkelerde halk arasında kullanılan bir yöntem olsa da daha sonraları hekimler tarafından da kullanmaya başlanmış, çeşitli ülkelerde tamamlayıcı tedavi olarak yerini almıştır (27). Ayrıca yapılan çalışmalar sonucu en çok tercih edilen GETAT uygulamasının fitoterapi olduğu görülmüştür (28).

Fitoterapi; onkoloji, jinekoloji, nöropsikiyatri ve kardiyovasküler hastalıklarda, yara tedavileri, ortopedi gibi birçok çeşitli alanda kullanıldığı görülmektedir. Oldukça yaygın kullanımı olmasına rağmen ilgili protokollerin olmaması, yapılan çalışmalarda örneklem yetersizliği ve bazı belirsizlikler göze çarpmaktadır (27). Ülkemizde ilgili yönetmeliğe bakıldığında ise hastalık kısıtlılığı koyulmayan tek uygulama olduğu görülmektedir. Böylece fitoterapinin her hasta için uygulanabileceği algısı oluşmaktadır (6).

Bitkisel ilaçlara olan ilginin bu şekilde giderek artmasının sebebi ise ucuz olmaları, kolay ulaşılabilir olmaları ve zararsız görülmeleri olarak sıralanabilmektedir (29). Bitkisel tedaviler doğal olarak görüldüğünden zararsız olduğu düşünülmektedir. Ancak bitkiler, içerdikleri kimyasal bileşikler sayesinde farmakolojik etkiye sahiptir (30). Bitkisel ürünlerin yan etkilerinden kaynaklı ciddi sorunlar görülebilmektedir. Bitkisel ürünlerin kontamine olması, yanlış kullanılması ve ilaçla etkileşimine göre yan etkiler çıkabilmektedir. Bu sebeple çok dikkatli kullanımın sağlanması gereklidir (31).

Fitoterapi uygulamalarında dikkat edilmesi gereken bir diğer konu ise kullanım şeklidir. Uzun yıllar boyu bitkinin doğrudan kendisi kullanılarak fitoterapi yapılmıştır. Gelişen modern tıp uygulamaları ile günümüzde bitkiler; yalnızca etkin maddelerini taşıyan kısımlarının alınması veya işlenmiş doğal ürünlerin farmasötik formlar haline getirilmesi şekliyle kullanılmaktadır (28). Ancak bitkilerin tedavi olarak

kullanılmasıyla sorunlar da meydana gelebilmektedir. Bitki-ilaç etkileşiminden kaynaklanacak olumsuz sonuçlar, bitkisel ürünlerin kaynağına ve paketlenmesine bağlı olarak bileşimlerinde değişiklik olması, fazla seyreltilmesi, bitkinin yanlış tanımlanması, aktif maddenin dengesizliği, yanlış etiketleme, toplama şekillerindeki değişiklikler ve hastalara yetersiz açıklamalar yapılması bu sorunlardan bazılarıdır. Bu sebeple fitoterapi uygulayıcılarının bu konuda kendini oldukça geliştirmiş olması ve gerekli eğitimleri almış olan sağlık profesyonelleri olmaları gereklidir (32).

### **Ozon Uygulaması**

Ozon molekülü, üç oksijen atomundan meydana gelmektedir. Ozon gazının keşfi ise alman kimyager Christian Friedrich tarafından 1839 yılında gerçekleştirilmiştir. Keşfedildikten sonraki ilk yıllar dezenfeksiyon amaçlı kullanımları olmuştur. İlk olarak tıbbi amaçla kullanımı ise Dr. John Harvey Kellogg tarafından 1880 yılında olduğunu yazan kaynakların yanı sıra, daha yaygın olarak kabul edilen Birinci Dünya Savaşı esnasında Alman askerlerinde görülen cilt yaralanmaları ve kangren tedavilerinde kullanıldığı düşünülmektedir (33).

Ozon tedavisi; belirlenen oranda ozon-oksijen karışımının, hastanın dolaşım sistemine veya vücut boşluklarına uygulanmasıdır (34). Açık yara durumlarında direkt uygulama, kas ve eklemlerde içlerine enjeksiyon uygulama veya hastadan alınmış olan kanın ozona maruz bırakılmasının ardından hastaya geri verilmesi şeklinde parenteral uygulama olarak ozon tedavisi gerçekleştirilebilmektedir (35). Ancak buradaki ozonun hazırlanmasında dikkat edilmesi gereken önemli hususlar vardır. O<sub>3</sub> asla saf haliyle kullanılmamalıdır. O<sub>2</sub> ile gerekli oranda karıştırılmalıdır. Bu karışıma ise normal atmosfer havasının girmesi engellenmelidir. Tıbbi kullanımı esnasında taze bir şekilde hazırlanmalı ve bekletilmeden uygulama yapılmalıdır. Direkt damar içerisine O<sub>3</sub> gazının uygulanması emboli riski yarattığı için dışarıda kanla iyice karışımı sağlanmasının ardından infüzyon yöntemiyle uygulanmalıdır. Ayrıca tedavide O<sub>3</sub>'e dayanıklı malzemeler kullanılmalıdır (36).

Ozon tedavileri Türkiye'de de kabul gören uygulamalar arasındadır. İlgili yönetmelikte bu tedavinin; vertebra ve disk hastalıklarına bağlı hastalıklar, fibromiyalji, diyabetik yaralar, diş eti iltihabı, nöropatik ağrı, kritik iskemili ekstremiteler yaraları, eklem, tendon ve ligaman yaralanmaları gibi hastalıklarda kullanılabilirliği

görülmektedir. Ancak şiddetli kanama, Glikoz 6 Fosfat Dehidrogenaz enzimi eksikliği, kontrolsüz hipertroidi, ağır trombositopeni ve malign hipertansiyon durumlarında kullanılması uygun görülmemiştir (6). Literatür incelendiğinde ise ozon tedavisinin özellikle erken dönem hamileliklerde ve ozona reaksiyon verebilecek astım hastalarında da sakıncalı olabileceği iletilmiştir (37). Ayrıca uygun dozlarda kullanımı olsa dahi bazı yan etkileri olabileceğinden bahsedilmiştir. Mide bulantısı, ağızda metalik bir tat kalma, kaşıntı, deri döküntüleri, yorgunluk, hafif seyreden hipotansiyon, dudak ve dilde karıncalanma gibi faktörler görülebilmektedir (36). Bu alanda daha fazla çalışmalar yapılarak, ozon tedavisinin etkililiği ve komplikasyonlarının incelenmesine ihtiyaç vardır.

### **Osteopati**

Osteopati, manuel terapi kullanarak yapılan, bütüncül yaklaşımı olan bir tıbbi uygulamadır. Vücudun yapısını ve işlevini etkilemektedir (38). Hastalıkların meydana gelmesinde kas-iskelet sisteminin rolünü incelemektedir. Kişinin iyilik hali kemik, kas, ligaman ve bağ dokularının sorunsuz olarak birlikte işlemeleri ile sağlanacağı ilkesine sahiptir. Herhangi bir sebepten sinirlerin etkilenmesiyle eklem ve organlarda oluşan fizyolojik-fonksiyonel bozukluklar, hareket kısıtlılığı ve bunlara bağlı gelişen ağrıların giderilmesi hedefleri arasındadır. Fiziksel manipulasyonlar, masaj ve esnetmeler yöntemleri ile osteopati uygulanabilmektedir (39). Ayrıca osteopatik tedaviler 1997 yılından beri Birleşmiş Milletler tarafından onaylanmış ve sağlık çalışanınca reçete edildiği görülmektedir (40).

Omurga ve kas-iskelet sistemi fonksiyon bozuklukları, omurga ve kemik eklem sisteminin ağrı sendromları, omurga disk kaymaları, iskiyalji, brakial nevralsi, siyatalji, diskopatik ağrılar, eklem sertliği, eklem dejenerasyonu, baş ağrıları, postural kusurlar, ameliyat sonrası ayaktan rehabilitasyon, kaza sonrası ağrı sendromları, nöromüsküler problemler, çocuklarda koordinasyon ve psikomotor fonksiyon bozuklukları, psikosomatik sendromlar, kronik nörolojik hastalıklarda destekleyici amaçlı, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, sindirim sistemi, üriner sistem, ürogenital, solunum ve dolaşım sistemleri fonksiyonel bozuklukları, visserosomatik fonksiyon bozukluklarına bağlı rahatsızlıklar, hamile kadınlarda ağrı sendromları, hormonal denge bozuklukları gibi oldukça geniş bir kullanım alanı görülmektedir. Ancak ağrı



nedeniyle uygulamanın istenmemesi, kanamalar, antikoagülan kullanımı ile pıhtılaşma bozuklukları, hemofili, internal fiksasyon, total eklem protezi varlığı, tümör, metastatik hastalık, süpüratif artrit, osteomyelit, septik artrit, kemik tüberkülozu, kırıklarda erken dönem, akut hematoma, Down sendromu, akut psikoz durumları uygulanmayacak haller olarak belirtilmiştir (6).

### **Sülük Uygulaması**

Latince "Hirudotherapy" olarak bilenen kavram, hastalıkların tıbbi sülükler ile tedavisinin yapılması olarak tanımlanmaktadır (41). Bu uygulamanın yaklaşık 2500 yıl öncesinde Antik Mısır'da kan almak için kullanıldığını bilinmektedir. Roma döneminde ise Galen, insan vücudundaki dengesizlikler sebebi ile kan almanın gerekli olduğunu düşünerek sülük kullanmıştır. İbn-i Sina da Ortaçağ'da sülük tedavisini kullanmış ve El Kanun Fi't-Tıbb eserinde bu tedavi hakkında detaylı bilgilere yer vermiştir. Sülüğün kan emerken salgıladığı maddelerin içeriği; kan pıhtılaşmasını engelleyici, kas gevşetici, ağrı kesici ve bağışıklık sistemini düzenleyici etkiler yarattığı tespit edilmiştir. Bu etkiler sebebi ile 1800'lü yıllara gelindiğinde Amerika'da birçok hastalığın tedavisinde sülüğün kullanımı görülmüştür (42).

Sülük tedavisi günümüzde de kullanılmaktadır. Ancak modern sülük tedavisi eskilerinden farklıdır. Modern uygulamalarda hastalar belli şartlar altında tedavi edilmekte ve sadece ruhsatlandırılmış çiftliklerde yetiştirilmiş sülükler kullanılmaktadır. Yabancı sülükler asla kullanılmamaktadır. Ayrıca tıbbi sülükler kişiye özel olup kullanıldıktan sonra imha edilmektedir (43). Bu uygulamayı başta Almanya olmak üzere, Fransa, İngiltere, İsviçre, Amerika, Rusya, Kanada ve Hollanda gibi birçok farklı ülkede hastane ve klinikler tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmaktadır. Giderek artan bir kullanımı göze çarpmaktadır. Artan kullanımla tıbbi sülüklerin neslinin tükenmesi tehlikesi oluşmuştur, tam da bu sebeple sülük çiftlikleri oluşturulmuştur. Bu yanı sıra tıbbi sülükler ekonomik açıdan da önemli görülmektedir. Sülük ticaretinin yaklaşık 2/3'lük bir bölümü Türkiye'de bulunması sebebiyle de, ülkemiz sülük ihracatında önemli bir yere sahiptir (44).

Ülkemizde önemli bir yer edinen bu uygulamalar için GETAT yönetmeliğinde; "Hirudo medicinalis ve Hirudo verbana" adlı tıbbi sülüklerin, üretim yerinden ve steril sülükler

elde edilen işletmelerden alınması şartı belirtmiştir. İmha işleminde ise "Tıbbi Atık Yönetmeliği"ne göre hareket edilmesi gerektiği iletilmiştir. Kullanım sağlanan durumlara bakıldığı ise; dejeneratif eklem hastalıkları, alt ekstremitte variköz ven hastalıkları ve lateral epikondilit gibi hastalıklarda ağrı amaçlı olarak kullanılabilirdiği görülmüştür. Flep cerrahisi sonrası görülen venöz yetmezlikler, replantasyon ve revascularizasyon sonrası venöz yetmezlikler durumlarında da kullanılabilir. Ancak kanama diyatezlerinin olduğu, ciddi anemi rahatsızlığının olması, cerrahi işlemler öncesi, kan sulandırıcı ilaç kullanımı, gebelik, emzirme, sülük alerjisi, şiddetli psikiyatrik hastalıklar yaşanması, kemik iliği supresyonu varlığı, kanser, enfeksiyon varlığı, kalp pili varlığı, gastrointestinal kanama, siroz varlığı, kadımların adet zamanı, kemoterapi ve radyoterapi alındığı dönemlerde ve çocuklarda sülük kullanımı uygun değildir (6). Uygulanması uygun olmayan hallerin dışında, sülük bazı komplikasyonlara da sebep olabilmektedir. Bunlar; aeromonas hydrophila enfeksiyonları, anemi, uzun süre kanama ve alerjik durumlar olarak belirtilmiştir (45).

### **Homeopati**

Homeopati, Alman Dr. Samuel F. Hahnemann tarafından iki yüz yirmi yıl öncesinde geliştirildiği iletilmektedir. Bu temeller atılmasından bu yana değişik hastalıklarda birçok hasta üzerinde kullanımı sağlanmıştır (46). Bilimselliği bilim dünyasında halen tartışmalara neden olsa da günümüzde tamamlayıcı ya da alternatif tıp adı altında homeopati uygulamaları halen yapılmaktadır. "Benzer benzeri iyileştirir" ilkesine dayanmaktadır. Hastalığa neden olan etken maddelerin seyreltilmesinin ardından; belli dozlarda, hasta kişiye uygulanması sonucu, hastalığın ortadan kalkacağı hedefi bulunmaktadır (47). Klasik batı tıbbının aksine, semptomu tedavi etmeye çalışmamaktadır. Semptomlara neden olabilecek rahatsızlıklar bulunarak, hastanın kendi kendisini tedavi etmesi sağlanmaktadır (48).

Homeopatide kullanılan ilaç maddeleri; bitki, hayvan ve mineral kaynaklı olabilmektedir. Ayrıca tuz, asit, enzim ve sentetik özellikte oldukları görülebilmektedir. Bazı durumlarda kuduz köpek salyası, uyuz böcek, aşılar, tüberkülin ve kanserli oluşumlardan kaynaklanan maddeler de yer alabilmektedir. Özellikle hayvan ve bitki kaynaklı maddelerin taze ya da ku-

rutulmuş olması gereklidir (49). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 verilerine göre homeopati ilaçları için harcanan tutarlara bakıldığında; Çin'de 26 milyar dolar, Fransa'da 408 milyon üzerinde, Almanya'da 346 milyon dolar, İngiltere'de 62 milyon dolardan fazla, Avustralya'da 7,3 milyon dolar gibi yüksek rakamlara rastlanmıştır (48).

Türkiye'de ise homeopatik ilaçların ruhsatlandırılması ve satışı ile ilgili hususlar "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" tarafından düzenlenmektedir. Kullanılabileceği hastalıklar ise; migren, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, uykusuzluk, fibromiyalji, irritabl barsak sendromu, egzema, alerjik astım, alerjik rinit, romatizmal hastalıklar, solunum yolu hastalıkları kemoterapi yan etkileri, dikkat eksikliği, sindirim sistemi hastalıkları, adet dönemi rahatsızlıkları, kısırlık, varis, kas-iskelet sistemindeki ağrılar, diş ağrıları, ürolitiazis ağrısı, doğum sancısı, sinir kökü irritasyonları ve anksiyete olarak GETAT yönetmeliğinde belirtilmiştir. Ayrıca kemoterapi ve radyoterapi yan etkilerini azaltma, çocuklarda ameliyata hazırlık aşamalarında destekleme, travma iyileşmelerinde hızlanma, ağrı ve yara iyileşmelerinde ağrıları azaltma, bağımlılık tedavilerinde destekleme gibi yararlarından da bahsedilmiştir. Ancak palyatif kullanım dışında, kanser gibi ağır kronik hastalıklarda bu uygulamaların yapılamayacağı eklenmiştir. Fiziksel travma ve yaralanmalarda ise sadece destekleyici olarak kullanılması konusunda bilgilendirme yapılmıştır (6).

### **Kayropratik**

Dünya Kayropratik Federasyonu'nun tanımına göre kayropratik; kas-iskelet sisteminde olan mekanik bozuklukların teşhisi, tedavisi ve önlenmesiyle beraber bu bozuklukların sinir sistemi işlevi ve genel sağlık üzerindeki etkileri ile ilgilenen uygulamalardır. Omurilik düzeltilmesi, diğer eklem ve yumuşak doku manipülasyonu dahil olmak üzere yapılan manuel tedavileri kapsamaktadır (50). Kayropraktiğin doğuşunu ise çoğu kaynak 1895'te Daniel David Palmer'ın hikayesine dayandırmaktadır. O dönem Palmer, sağır bir kapıcının sırtını tedavi ettikten sonra hastanın iştme duyusunu geri kazandığını iddia etmiştir. Ancak bu hikâye bazı kaynaklarda yalnızca efsane olarak görülmektedir (51). Kelime anlamı olarak da "el ile uygulama" demektir. Bu uygulamaların kullanımı oldukça basit, maliyeti düşük, yan etkisi az ve invaziv olmadığı için kullanımı yaygınlaşmaktadır (52).

Kayropratik tedavi birçok farklı ülkede, tamamen veya kısmen ulusal sağlık sistemleri tarafından desteklenmekte ve yasal olarak tanınmaktadır. Ancak bu yöntemi herhangi bir yasa kapsamına almayan, hatta yasa dışı gören ülkeler de mevcuttur (53). Türkiye ise bu uygulamayı tanıyan ve uygulayan ülkeler arasındadır. GETAT yönetmeliğinde; boyun ve bel ağrısı, kronik servikal bölge kaynaklı baş ağrısı, fleksiyon ve ekstansiyon ilişkili ağrılar, lomber dar kanalda cerrahi olmayan tedaviler, lomber-torakal-servikal disk hernilerinde cerrahi olmayan tedaviler, yumuşak doku zorlanmaları, miyofasiyal ağrı sendromu, kas-iskelet sistemi sorunları ve yaralanmaları, biyomekanik disfonksiyonlar, koksiks ağrısı, postürel skolyoz, sinir kökü irritasyonları, eklem disfonksiyonları gibi oldukça fazla bir alanda kullanılabilmektedir. Odontoid hipoplazi, instabil odontoid, akut kırık, spinal kord tümör, osteomyelit, hematoma (spinal kord veya intrakanaliküler), menenjial tümör, vertebral tümör, fragmanlı disk hernisiyle birlikte olan ilerleyici nörolojik defisit, üst servikal omurganın arnold chiari malformasyonu, vertebral luksasyon, anevrizmal kemik kisti, dev hücreli kemik tümörü, osteoblastom, osteoidosteoma, ameliyat sonrası fiksasyon/stabilizasyon protezleri, kas ya da diğer yumuşak dokuların neoplastik hastalıkları, pozitif, kerne ya da lhermit belirtileri, siringomiyeli, etiyojisi bilinmeyen hidrosefali, kauda equina sendromu gibi durumlarda ise kayropraksi uygulanmaması gerektiği iletilmiştir (6).

Kullanım alanı oldukça geniş olan kayropratik uygulamalar bazı hastalarda çeşitli reaksiyonlar da yaratabilmektedir. En yaygın olanı tedavi alanındaki lokal rahatsızlıktır. Ardından tedavi sonrasında ağrı, yorgunluk, baş ağrısı, mide bulantısı, baş dönmesi ve benzeri reaksiyonlar görülebilmektedir (54). Ancak ağrı şikâyeti olan hastalarda, tek bir seansta tedavide etki gösterdiği de kanıtlanan bir bulgudur. Günümüz dünyasında gelişmeye devam ettiği görülen bu uygulamaların özellikle fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında büyük gelişmeler göstereceği düşünülmektedir (55).

### **Kupa Uygulaması**

Kupa tedavisi geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler arasında en eski olanlardan biridir. Belli bölgelere vakumlama yaparak hastalıkların tedavisine iyi gelme inancına dayanan bu yöntemin beş bin yılı aşkın süredir birçok farklı kültürlerde uygulandığı söylenmektedir. M.Ö. 3500 yıllarında Orta Doğu'da ilk kez Asurlular

bambu ve hayvan boynuzları kullanarak kupa uygulamaları yapmıştır. Takip eden yıllarda çömlek, çelik, bakır ve kauçuk gibi malzemele-  
rinde kullanıldığı görülmüştür. Günümüzde ise en sık olarak cam, plastik ve bambu kupalar tercih edilmektedir. Cam ve bambu olanlarda ateş ile vakumlama yapılırken, plastik olan kupalarda pompa ile vakumlama yapılmaktadır. Kupa uygulamaları içinde insizyon sınıflamasına göre kuru ve yaş olarak iki çeşit uygulamadan sıklıkla bahsedilmektedir. Kuru kupa uygulamalarında vücuttan kan alınmamaktadır. Uygulama yapılırken içerisindeki havanın boşaltılmasının ardından negatif basınç etkisiyle cildin kabarması sağlanmaktadır. Yaş kupa uygulamalarında ise ek olarak cilde yüzeysel kesikler atılarak, kan boşaltılmaktadır. Türkiye’de ise kupa tedavileri halk arasında daha çok “Hacamat” adıyla bilinmektedir. Arapça anlamı emmek ve doğru hacme sokma olan “Hicâme” kelimesi, Osmanlıcada “Hicâmet” olarak kullanılmıştır (56,57).

Türkiye’de yıllardır kullanılmakta olan kupa tedavileri 2014 yılında GETAT yönetmeliği ile Sağlık Bakanlığı’na kabul edilen bir uygulama halini almıştır. Yönetmelik; immün sistemi güçlendirme, fibromiyalji sendromu, romatizmal hastalıklara bağlı durumlar, kas-iskelet sistemi mekanik ağrılar, diz ağrıları, uyku bozuklukları, sindirim sistemi hastalıklarına ait durumlar, nevraljilere bağlı ağrılar, inmeye bağlı gelişen durumlar şeklinde kupa tedavisinin uygulanabilecek hallerini belirtmiştir. Ayrıca ven iltihabı, aktif yaralar, cerrahi yaralar, dekompanse kalp hastalığı, anemi, hemofili, kanama bozuklukları, antiagregan ilaç kullanımı durumları varsa kupa uygulaması yapılamayacağı iletilmiştir. Direkt varisin üzerine de kupa uygulaması yapılamayacağı bilgisi yer almaktadır (6).

### **Larva Uygulaması**

Larva tedavisi; maggot tedavi, biyocerrahi debridman ve terapötik miyaz gibi isimlerle de bilinmektedir. Bu uygulamada, *Lucilia* (*Phaenicia*) *sericata* sineğinin steril hale getirilmiş olan larvaları, kronik yaralarda tedavi için kullanılmaktadır (58). Yaranın başarılı bir şekilde iyileştirilmesi ise etkili enfeksiyon ve debridman kontrolüne bağlıdır. Bu yöntem güvenli ve etkili olarak görülmektedir. Antibiyotik ile tedavi sürelerini, ayakta tedavilerde hastane ziyaret sayısını ve hastaneye yatış gerektirecek durumları azaltabileceği düşünülmektedir. Ayrıca

çok fazla maliyeti olmayan bir tedavi yöntemi-  
dir (59).

1990’lı yılların başında ABD ve 1995 yılından itibaren ise Kanada, İngiltere, İsveç, Fransa, Almanya, Hollanda, Tayland, Avusturya, Mısır ve İsrail gibi 20’den fazla ülkede 3000’den fazla hekimin tedavilerinde kullandığı bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (60). Türkiye’de de tercih edilen uygulamalardan biri olması sebebi ile GETAT yönetmeliğinde larva uygulaması yerini almıştır. Yönetmeliğe göre bu uygulamaların; diyabetik ayak ülseri, venöz staz ülseleri diyabete bağlı olmayan nöropatik ayak ülseri, arteriyel/iskemik ülser, bası ülseri, iyileşmeyen travmatik yara, kemik iltihabı ve nekrotizan fasiit durumlarında kullanılabileceği iletilmiştir. Böcek alerjisi olması ve anlamlı düzeyde koagülopati varlığı olması durumlarında bu uygulamaların yapılmaması gerektiği söylenmiştir. Ayrıca baş bölgesine, solunum sistemine, iç organlara, endokrin bezlere, hayati organlarla bağlantılı olan fistüllere ve hemarojik apselere uygulanamayacağı da eklenmiştir (6).

### **Mezoterapi**

Mezoterapi; çeşitli ilaç, vitamin, bitki özü ve eser element karışımlarının uygun bölgelere enjekte edilmesi ile yapılan tedavi yöntemidir. 1952 yılında ilk kez Dr. Michel Pistor tarafından kullanılmaya başlanmış olup, 1970’lerden bugüne ise birçok hastalıkta kullanılan bir yöntem haline almıştır (61). Bu uygulama 4, 6, 8, 13 mm’lik ince iğne uçları ile yapılabildiği gibi mezoterapi tabancaları ile de yapılabilmektedir. Düşük doz ürün kullanımı ve az yan etki düşüncesi sebebi ile yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir. Ancak birçok ürünün etkinliği, dozu ve tedavi protokolü hakkında bilgilerin yetersiz olmasından kaynaklı, tedavi sonuçları farklılık gösterebilmektedir (62).

Bu yaygın uygulama Türkiye’de de 2014 yılından beri yasal olarak kullanılabilir hale gelmiştir. GETAT yönetmeliğinde; nevraljiler, eklem dejenerasyonu sonrası oluşacak komplikasyonlar, bağ dokusu patolojisine bağlı gelişebilecek etkiler, akut ve kronik yumuşak doku zorlanmalarındaki gelişebilecek etkiler, miyofasiyal ağrı sendromu, migren, mikro dolaşım bozukluğuna bağlı ödemler, cilt patolojilerinin tedavisi, spazmodik patolojilere bağlı ağrılar ve yumuşak doku spor yaralanmaları, eklem patolojileri, arteritler, mikro- dolaşım sorunları, jinekoloji ve doğum vasküler patolojileri tedavisinde kullanılabildiği gibi immün sis-

temi güçlendirmede ve genel rehabilitasyon uygulamalarında da kullanılabilmesi belirtilmiştir. Ancak akut enfeksiyonlar, derin ven trombozun, instabil kan basıncı, kalp krizi, senkop sonrası epizod, açık yaralar, kalp yetmezliği, diabetes mellitus, antikoagülan tedavisi gören, böbrek yetmezliği olan, ilaçlara karşı aşırı duyarlılığı olan hastalarda ve hamilelerde uygulanamaz olarak özellikle belirtilmiştir (6).

Yan etkileri az gibi görülse de mezoterapi birçok komplikasyona sebebiyet verebilmektedir. Mezoterapinin ardından en sık rastlanan mikobakteriyel enfeksiyonlar başta olmak üzere, kafein intoksikasyonu, masif subkutan amfizem, granülomatöz inflamasyon, servikal lenfadenopati, lokalize ürtikeria pigmentoza ve alopesi vakaları görülebilmektedir. Ayrıca uygulama bölgesinde ödem, nodül, kaşıntı, hiperpigmentasyon gibi etkilere rastlamakta mümkündür. Bazı uygulamalar anksiyete, çarpıntı ve kas krampları vb. yan etkilere de sebebiyet verebilmektedir (61).

### **Proloterapi**

Proloterapi; eklem aralarına, ligament ve tendon yapışma yerlerine solisyonların enjekte edilmesiyle yapılan uygulamalardır. İyileşmeyi hızlandırmak ve ağrıyı azaltmak amaçlı kullanılan tamamlayıcı tıp yöntemidir. ABD’de 1950’li yıllarda Dr. George Stuart proloterapi tanımını yapmıştır ve ardından “ligament ve tendon relaksasyonunun proloterapi ile tedavisi” adlı kitabını yayınlamıştır. Son yıllarda da proloterapi çalışmalarında artış yaşanmaktadır. Bu çalışmalarda özellikle yan etki riskinin düşük olduğu ve oldukça uygun maliyetli tedavi olduğu vurguları yapılmıştır (63).

Proloterapi uygulamalarında yan etki riski düşük olmakla birlikte, enjeksiyon bölgesinde ağrı gibi komplikasyonları görebilmek mümkündür. Nörolojik sinir hasarı, alerjik reaksiyon ve enfeksiyon gibi risk unsurları da bulunmaktadır. Ancak klinik etkinlik çalışmalarında, müdahale edilmesi gereken ciddi bir etki ile karşılaşmadığı belirtilmiştir. Bu gibi sebeplerden proloterapiye olan ilgi giderek artmaktadır. ABD, Kanada, Türkiye gibi birçok ülkede kullanılmasına rağmen proloterapi uygulamaları için genellikle sigorta şirketlerince ödeme yapılmamaktadır (64).

Türkiye’de GETAT yönetmeliği ile yasal hale gelen uygulamalar arasındadır. Eklem bağ gevşeklikleri, kısmi tendon yaralanmaları, tekrarlayan baş-boyun-sirt-bel ağrıları, geçme-

yen kas ve ligament kaynaklı ağrılar, migren ağrıları, miyofasiyal ağrılar, topuk diken, ayak tabanı iltihabı, yumuşak doku spor yaralanmaları, bağ ve kas yaralanmalarına bağlı kısmi yırtılmalar, enflamatuar eklem hastalıkları, arteritler, mikro- dolaşım sorunları gibi durumlarda kullanılması uygun görülmüştür. Böbrek yetmezliği, hemofili, kanama bozukluğu, derin ven trombozu, zeka geriliği, stabil olmayan kan basıncı, epilepsi, kalp krizi, son evre kalp yetmezliği, şeker hastalığı, kan pıhtılaşma sorunu, ilaçlara karşı aşırı hassas olan hastalarda ve açık yaralarda kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir (6).

### **Refleksoloji**

Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tanımına göre refleksoloji “tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik” olarak belirtilmiştir (65). Ayaklar ise en yaygın olarak tercih edilen refleks bölgesidir. Refleks noktalarına el ile ovma, sıkma ve sıvazlama yapılarak basınç uygulanmaktadır. Bu noktaları uyarmanın, elektrokimyasal mesajları ortaya çıkararak nöronların yardımıyla organlara etki sağladığı düşünülmektedir. Yapılan masaj ve basınç ile enerjinin serbest ve dengeli bir şekilde yayılması sağlanmaktadır. Böylece refleksoloji vücudu canlandırır ve vücudun kendi kendine iyileşme gücünü göstermesine yardımcı olmaktadır. Beden, zihin ve ruhu içeren bir uygulama olması sebebi ile bütünsel bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir (66).

Yaklaşık olarak 12 bin yıldır kullanılan refleksoloji, ilk olarak Mısır’da uygulanmıştır. Geçmişten bugüne doğru bakıldığında ise Amerika başta olmak üzere Avusturya, Singapur, İsrail, Yeni Zelanda, Avrupa ve Kuzey Afrika gibi birçok bölgede refleksoloji eğitimine yönelik okullar açıldığı görülmüş, refleksoloji için önemli gelişmeler yaşanmıştır. Ayrıca Çin, Danimarka ve İngiltere’de en sık tercih edilen alternatif tedavi yöntemi refleksolojidir (65). Türkiye’de ise 2014 yılında yayınlanan GETAT yönetmeliğinden bu yana yasal olarak uygulanabilmektedir. Yönetmelikte; stres, anksiyete, huzursuz bağırsak sendromu, immün sistemi güçlendirme, sindirim sistemi hastalıklarına ait durumlarda, mekanik kas-iskelet sistemi ağrıları, organik nedenli olmayan baş ağrılarında, organik olmayan uyku bozuklukları, hiperaktif detrusor kasına bağlı idrar kaçırma, panik atak, nö-

rolojik kökenli hastalıklarda genel rehabilitasyon uygulamaları, kanser ve kemoterapiye bağlı yan etkileri azaltma, doğum ağrısı hafifletme gibi durumlarda destekleyici olarak kullanılabileceği yazılmıştır. Ayrıca anamnezde akut enfeksiyonlar, ateşli durumlar, ayakta aktif gut artriti, derin ven trombozu, kontrol edilemeyen kan basıncı, kalp krizi, kalp pili varlığı, senkop sonrası epizod, akut cerrahi durumlar, safra kesesi-böbrek taşları, uygulama bölgesinde açık ve kapalı yaralar, gebeliğin ilk üç ayı gibi durumlar var ise refleksoloji uygulanmamalı olarak belirtilmiştir (6).

Dünyanın birçok yerinde kullanılan ve ülkemizde de yasallaşan refleksoloji uygulamaları için halen tartışmalar devam etmektedir. Sunulan kanıtlar bazı araştırmacılar tarafından yetersiz görülmektedir. Çalışmalarında ise refleksolojinin herhangi bir tıbbi durum için etkili bir tedavi olmadığı belirtilmektedir (67). Bu uygulamalarda yan etki açısından olmasa da tedaviyi geciktirme açısından endişe duyulabilmektedir. Tedavi yöntemi olarak anılması için daha fazla etkili ve güvenli araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

### **Müzikterapi**

Müzik, insanların iletişim kurması için ortak bir dil olmasının yanı sıra duygularını yansıtmada önemli bir yardımcıdır. "Ruhun gıdası" olarak da bilinen müziğin, terapi olarak hastalıkları iyileştirme amacıyla kullanılması ise 1900'lü yıllara dayanmaktadır. Müzik terapi; ilgili alanda eğitilmiş olan profesyonel bir terapist eşliğinde, klinik standartlar altında, kanıta dayalı ve kişiye özel olarak tedavi edici müzikal müdahaleler yapılması şeklinde tanımlanabilmektedir (68).

Müzikterapi müziğin, insan sesinin ve bazı bedensel hareketlerin (dans, ritim tutma vb.) beraber kullanılmasıyla yapılmaktadır. Terapilerde amaç hastada anlık meydana gelen tepkilerin, terapötik müdahaleler ile tedavi edilmesidir. Bu aşamada müzik, hastanın tepkilerini ortaya çıkarmada yardım ettiği gibi doğrudan üretici görevde de yer alabilmektedir (69). Müziğin nasıl kullanıldığına göre aktif (üretici) ve pasif (alıcı) terapi olarak ikiye ayrılmaktadır. Terapiler ihtiyaca göre hem bireysel hem grup olarak alınabilmektedir. Müziğin akıl, vücut ve ruh arasında denge oluşturduğu düşünülmektedir. Ağrılarda ve anksiyete durumlarında olumlu değişiklikler meydana getirdiği yapılan çalışmalarda görülmektedir. Uzun yıllardır dün-

yada fizyolojik ve ruhsal hastalıkların tedavisinde müzik önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (70).

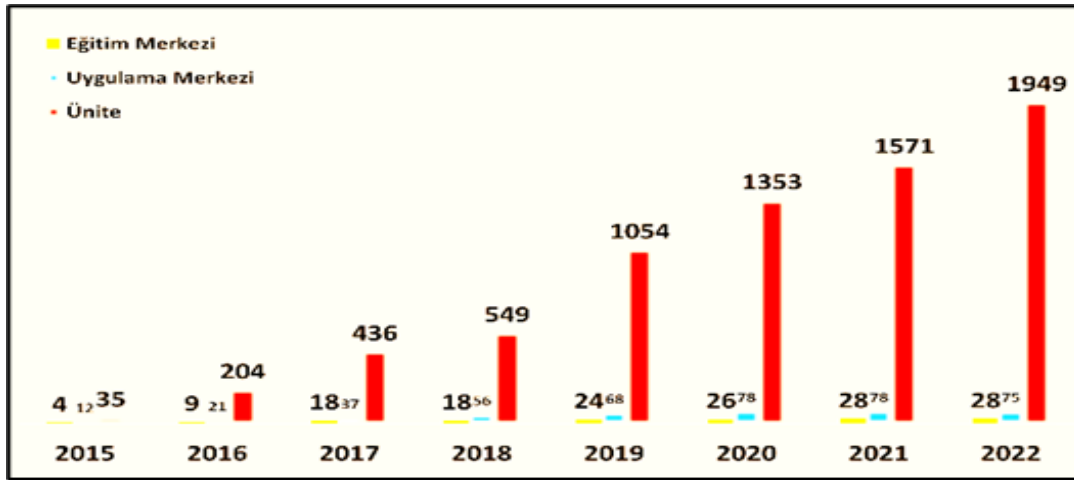
Türklerin de uzun yıllardır hayatında olan müzik ile tedavi, GETAT yönetmeliğinde kabul edilen uygulamalar arasındadır. Yönetmelikte; anksiyete, stres, fobi, kişilik bozukluğu, kaygı, ağrı, otizm hastalarının fonksiyon iyileştirmeleri, zeka geriliğinde fonksiyon iyileştirmeleri, organik hastalıkların rehabilitasyonu, felçli hastaların rehabilitasyonu, kanser hastalarında meydana gelen yan etkilerle baş edilmesi gibi farklı alanlarda müzik terapi kullanılabileceği iletilmiştir (6).

### **GETAT Standartlarının İncelenmesi**

#### **Uygulayıcılar**

Etik ilkeler birçok alanda olduğu gibi tıp alanında da karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi uygulamalarda her zaman "zarar vermeme" ilkesinin öncelikli olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda uygulayıcıların; yaptığı iş hakkında uzmanlık düzeyinde bilgi sahibi olması, dürüstlikle kendi bilgi ve becerisini tasvir edebilmesi, hilekârlıktan uzak durması, hastasının çıkarını koruyarak sadakatini her durumda devam ettirmesi gibi faktörler tıbbi uygulamaların etik açıdan uygun olması açısından önemlidir. Bu ise uygulayıcının etkin bir hekim olmasından geçmektedir (4,71).

GETAT uygulamaları da, yönetmeliğe istinaden; ilgili alanda sertifikaya sahip hekim ve/veya dış hekimi tarafından, Sağlık Bakanlığınca yetki verilmiş merkezlerde yapılması gereklidir. Ayrıca hekim ve dış hekimi olmayan uygulamalarda temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları sertifikalı hekim ve dış hekimleri gözetimi altında uygulamalara katılabilmektedir. Temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları hekim gözetimi altında diğer uygulamalarda da yardımcı olabilmektedirler (6). Eğitim alanında yapılan faaliyetler 14 Ekim 2021 tarihi itibarı ile Eğitim ve Sertifikasyon Daire Başkanlığına devredilmiş olup onlar tarafından ilgili yönetmelikler ile takip edilmektedir. Türkiye'de GETAT yönetmeliğinin yayınlanmasının ardından ünite ve merkez sayılarına Grafik 1'de yer verilmiştir.



Kaynak: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-52962/daire-baskanligi-istatistikleri.html>

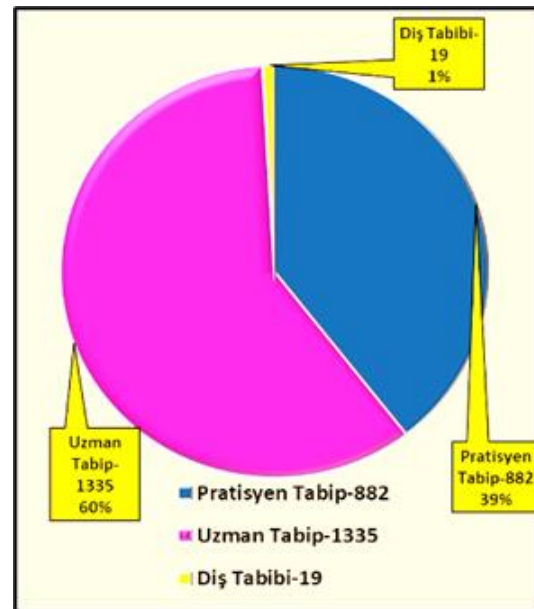
Grafik 1. GETAT Merkez/Ünite Sayısı (Kümülatif)

Grafik 1’de görüldüğü üzere 2015 yılında 4 eğitim merkezi, 12 uygulama merkezi ve 35 ünite; 2022 yılında ise 28 eğitim merkezi, 75 uygulama merkezi ve 1949 ünite Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olduğu görülmektedir. Uygulama ve ünite merkezlerinde uygulayıcıların hekim olma zorunluluğunun yanı sıra, onlar için de yetki sınırlaması vardır. Diş hekimleri yalnızca diş hekimliği ile ilgili alanda uygulama yapabilmektedir. Hekim ve diş hekimleri uygulama sertifikasında yetki verilmiş olan alan dışında uygulama yapamamaktadır. (6). Ancak diğer uzman hekimlerin, kendi uzmanlık alanına göre sertifika alma gibi bir zorunluluğu yoktur. Grafik 2’de sertifikalı hekim ve diş hekimlerinin dağılımı gösterilmiştir. Grafik 3’de ise uzmanlık alanlarına göre dağılım sayıları belirtilmiştir.

Grafik 2’ye göre diş hekimlerinin toplam hekim oranına göre yalnızca %1’lik bir kısmında yer aldığı, uzman hekimlerin ise %60 oranıyla en fazla GETAT uygulamalarında yer aldığı görülmüştür. Grafik 3’te ise bu uzman hekimler arasında en çok Fiziksel Tıp Rehabilitasyon uzmanlarının sertifikalı olduğu görülmüştür.

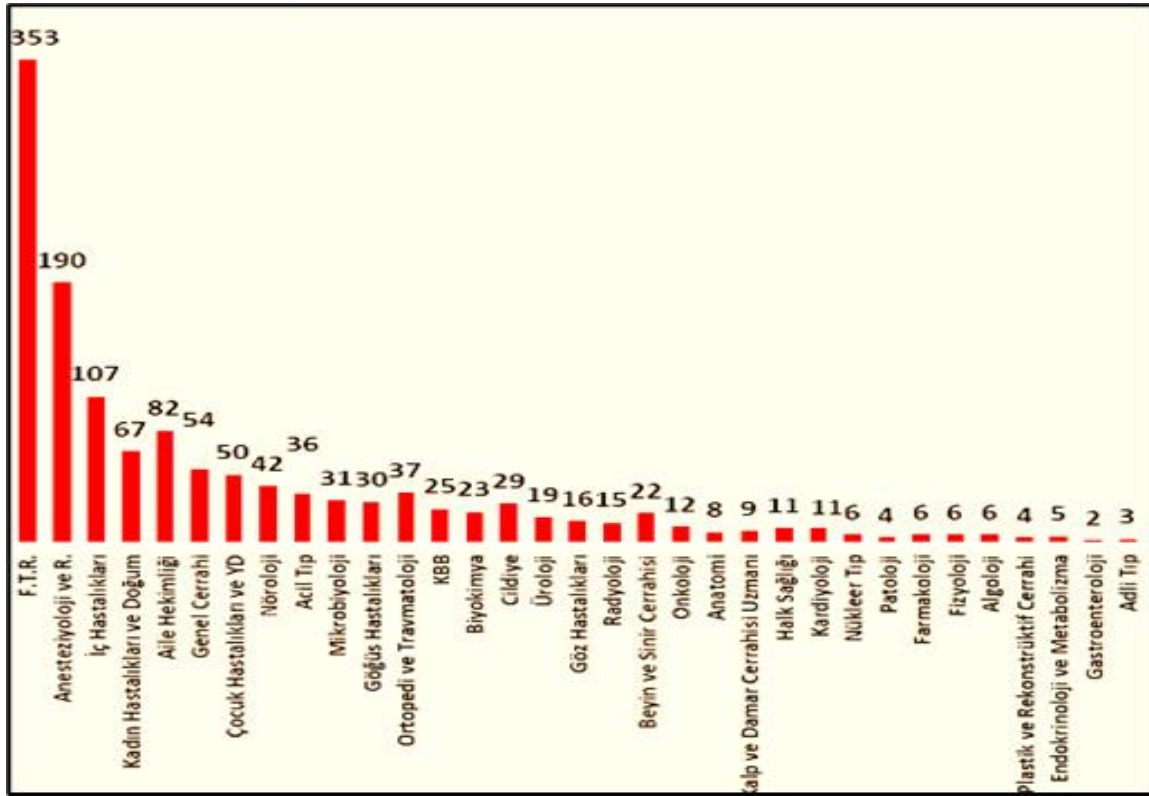
Görüldüğü üzere yetkisiz, gerekli eğitim ve sertifikaya sahip olmayan kişilerin GETAT uygulamalarını yapması hukuka aykırıdır (72). Ancak tüm bu yasal düzenlemelere rağmen, ülkemizde GETAT uygulamaları yetkisiz kişilerce yapılabildiği görülmektedir. Özellikle televizyon programları ve sosyal medya, kişilerin yetkisiz kişilerden tedavi almasında önemli

rol oynamaktadır. Örneğin lomber disk hernisi ağrısı olan hastaya, yetkisiz kişi tarafından yaptırılmış olduğu kupa tedavisi sonrasında Nekrotizan fasiit tanısı konulmuştur (73). Bu ve benzeri örnekler çevremizde bulunmaktadır. Mağduriyetlerin çoğalmaması adına sağlıksız ortamlarda, yetkisiz kişilerce gerçekleştirilen uygulamalar konusunda denetimler sıklaştırılması gerekmektedir (74).



Kaynak: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-52962/daire-baskanligi-istatistikleri.html>

Grafik 2. Uzman Tabip/Tabip/Diş Tabibi Dağılımı



Kaynak: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-52962/daire-baskanligi-istatistikleri.html>

Grafik 3. Uzman Tabip Branşa Göre Dağılım

### İlaç Yazımı

Hastalıkların tedavisinde tıbbi müdahalelere ek olarak ilaç kullanımı gerekebilmektedir. Tedaviyi gerçekleştiren kişinin doğru ve dengeli reçeteleme yapması gerekmektedir. Bunu başarmış olanın temel adımları ise; hastanın tedavisinin öyküsüne ve muayenesine dikkat edilmesi, doğru teşhis konulması, terapötik hedef ışığında dozajının dikkatli ayarlanması, reçetenin dikkatli yazılması, reaksiyonlara ve hasta uyumuna dikkat edilmesi gibi faktörlerden geçmektedir (75). Bu dengeli reçeteleme ise ancak gerekli yetkinliğe sahip hekimler tarafından yapılabilmektedir. Tüm hekimlerde bulunması gereken bu yetkinlikler; doğru ilaç geçmişi oluşturabilme yeteneği, sık görülen endikasyonlar için uygun tedaviyi planlama becerisi, başkalarının reçetelerini değerlendirebilme yeteneği, uygun doz hesabı yapabilme, ilaç hakkında yeterli bilgi verebilme yeteneği, ilaçlar hakkında güvenli bilgiye erişim imkanı, ilaç reaksiyonlarını tespit etme ve bildirme yeteneği olarak sıralanmıştır (76). Reçete yazma yeterliliği de ancak

iki genel yolla değerlendirilebilmektedir; gerçek dünyada belgelendirilerek veya kontrollü bir ortamda (77).

İlaç yalnızca modern tıpta kullanılan bir yardımcı madde değildir. Geleneksel tıbbi uygulamalar halen yaygın bir şekilde kullanıldığı gibi geleneksel ilaçlar da kullanılmaktadır. Örneğin Çin ilaç pazarının yaklaşık beşte birini geleneksel ilaçlar oluşturmaktadır. Geleneksel ilaçlarda özellikle bitkisel ürünler akla gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bitkisel ilaçların değerlendirilebilmesi için bazı kılavuzlar yayınlamıştır. Bu kılavuzlarda bitkisel ilaçların kalite, güvenlik ve etkinliğinin değerlendirilmesi için temel kriterler belirtilmiştir. DSÖ bitkisel ilaçlar ve bitkisel ürünler için dünya pazarının, 2050 yılına kadar 5 trilyon ABD Dolarına ulaşacağını düşünmektedir. Ancak bu denli büyümekte olan bitkisel ilaç pazarı çoğu ülkede iyi düzenlenmemiştir. Tıbbi amaçlarla kullanılacak bitkilerin güvenliği, kalitesi ve etkinliğinin güvencesi artık önemli bir konu haline almıştır.

Hem tüketici hem de sağlık profesyonelleri güncel ve güvenilir bilgilere ihtiyaç duymaktadır (78).

Ülkemizde Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünlerin ruhsatlandırma işlemleri, 06.10.2010 tarih 27721 sayılı “Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği” hükümlerine göre yapılmaktadır (79). GETAT yönetmeliğine bakıldığında ise bu yönetmelikten veya reçetelendirme konularından bahsedilmemektedir. Muhtemelen uygulayıcıların hekim olması gerektiği için ilaç yazımında gerekli bilince sahip olabileceği düşünülmüştür. Ancak GETAT uygulamalarında kullanılacak ilaçlar farklı olabilmektedir. Özellikle bitkisel ilaç uygulamalarının denetimsiz yapıldığı durumlarda tedavide kullanılan ilaçlarla etkileşmesi, beklenmedik yan etkilerinin ortaya çıkması veya tedavide kullanılan ilaçların etkinliğinin azalmasına yol açma riski bulunmaktadır (80). Bu durumda tedavi uygulayıcılarına önemli bir sorumluluk düşmektedir. Uygulayıcılar hastalarını alternatif kanıtlanmamış bir bitkisel ürün yerine belirli kanıtlara sahip ürünleri almaya teşvik etmelidir (81). Alternatif bir ilacın ihtiyaçları karşılayacağından emin olmadıkça, ruhsatsız ve standart uygulamaların dışında kalan ilaçları reçete etmemelidir. Bu kararı kanıt ve deneyimlere göre vermelidir (75).

### Bilgilendirme ve Rıza

Aydınlatılmış onam; kişinin kendisine yapılacak olan tıbbi müdahaleyi bilmesi ve karar verme hakkı olması görüşünü temel almaktadır. Ayrıca hastalık durumlarında, kişinin haklarını güvence altına alan bir kavramdır (82). Hipokrat’ın güzel bir sözü vardır; “Önce kelimeler, sonra ilaç, sonra neşter”, bu sözle de doktorun hastasını aydınlatmasının önemine vurgu yapmaktadır. Aydınlatmanın düzgün bir şekilde yerine getirilmesi hastanın yalnızca fiziksel ve zihinsel bütünlüğüne dair kararı vermesiyle kalmamaktadır. Aynı zamanda hastanın kaygılarının azalmasını ve hekim ile arasındaki güven bağının oluşmasını sağlamaktadır. Ülkemizde doktorun hastayı aydınlatmasına ilişkin hükümler, Hasta Hakları Yönetmeliği, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Tabipler Birliği Meslek Etiği Kuralları’nda yer almaktadır (72).

GETAT uygulamaları yönetmeliğinde de; 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun şekilde hazırlanan “Bilgilendirme ve Rıza Formu” ile tüm hastalardan rıza alın-

ması zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca bu uygulamaların standart tedavinin yerini alamayacağı ve devam eden tedaviyi aksatmayacak şekilde olacağı açık bir şekilde belirtilmesi iletilmiştir (6). Sözü edilen Hasta Hakları Yönetmeliğine bakıldığında ise aşağıda belirtilen maddeler açıkça hastaya belirtilmelidir (83);

- Hastalığın olası nedenleri ve nasıl devam edeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından, ne zaman, nerede, nasıl, ne şekilde ve tahmini ne kadar sürede gerçekleşeceği,
- Diğer tedavi seçeneklerinin ve bu tedavinin getirebileceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki olası etkileri,
- Olası komplikasyonlar,
- Reddetme durumunda olabilecek fayda ve riskler,
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- Hastanın sağlığı için kritik yaşam tarzı önerileri,
- Gerektiği durumda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği

Sağlık, bilgi asimetrisi olan bir alan olduğundan, bu bilgileri ancak hizmeti verenden alılabilmektedir. Bu sebeple hizmeti veren kişinin, hastalarına anlayacakları bir dille ve yeterli şekilde durumu anlatmaları gerekmektedir. Yeterli bilgilendirme yapılabilmesi için hekimlerin kendi uzmanlık alanları ile ilgili olan GETAT uygulamaları hakkında bilgisi olmalıdır. Beraberinde GETAT uygulayıcılarının da klasik tıp ve diğer GETAT uygulamaları hakkında bilgili olmaları ve hastaya gerekli bilgilendirmeleri yapabilmeleri gerekmektedir. Bu şekilde kapsamlı bilgilendirmenin yapılmadan alınan rızanın, özerkliğe saygı ilkesini ihmal etmesi muhtemeldir (84). Ayrıca GETAT uygulamalarında bilgilendirme esnasında komplikasyonlar yeterince bilinmemesinden dolayı, faydalar ön plana çıkarılmakta ve hastalara umut vererek onları beklentiye sokmaktadır. Aydınlatılmış onam ve rıza böyle bir durumda hukuki olarak geçersiz sayılabilmektedir (85).

Konvansiyonel tıbbi müdahalelere göre GETAT uygulamalarının kendine has özellikleri olduğu görülmektedir. Bu sebeple yönetmeliklerde sözü edilen ilkelerin içeriği farklılaşabilmektedir. Dolayısıyla hukuka uygunluğunun tespit edilmesi bakımından GETAT uygulamaları için aydınlatma, rıza, tıbbi gereklilik ve standart şartlarına ayrı ve açık hükümlerin getirilmesine ihtiyaç vardır (72).



## Denetim

GETAT uygulamaları hakkında DSÖ tarafından geliştirilen strateji ve raporların ardından birçok ülke konuyla ilgili düzenlemelere gitmiştir. Bu uygulamaların eğitimli işler tarafından verilmesi sağlanmış, en önemli sorunu olan denetimler artmış ve sağlık kurumu bünyelerinde güvenilir bir ortamda hizmet sunumuna başlanmıştır (86). Türkiye de düzenleme yapan ülkeler arasındadır. Düzenlemeyle beraber-bu alan denetim altına alınmıştır.

Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin (Kararname No:1) 355. maddesi 3. fıkrasında yazılı olan (30): “Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak” ifadesi ile beraber, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görev tanımlarına GETAT uygulamaları hakkında görevler dahil edilmiştir (87). Bu bağlamda GETAT hizmeti verecek yerlerin belgelendirilmesi, yetkilendirilmesi ve denetlenmesi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün sorumluluğunda olup GETAT uygulamalarını düzenleyici organ ise Sağlık Bakanlığı'dır (88). GETAT yönetmeliğinde Madde 16'da denetim için gerekli standardın da açıkça düzenlendiği görülmektedir. Denetim formu da yönetmelikte ekler arasında sunulmuştur (6).

Sözü edilen denetim formu; idari işler, personelle ilgili işler, acil hizmetler, arşiv/tıbbi kayıt, tıbbi atıkların kontrolü, hasta hakları ve diğer genel konular ile ilgili olacak şekilde 35 sorudan oluşmaktadır (6). Mevzuatta bu gibi düzenlemeler yapılmış olsa da denetimlerin yetersiz kaldığı görülmektedir. Yasa dışı uygulamaların halen oldukça fazla oluşu ve buna bir müdahalenin yapılmayışı GETAT sektörünün önünde oldukça büyük bir engeldir (89). Bir diğer yetersiz görülen nokta ise; GETAT uygulamaları hakkında en çok bilgi alınan televizyon, internet ve gazete gibi yayınlarının denetimi ile ilgili mevzuatta herhangi bir yerinin olmamasıdır. Konuyla ilgili yayınların mutlaka yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından denetlenmesi gereklidir (88).

## Yaptırımlar

DSÖ, geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin yasal mekanizmalarla güvenilirliğinin sağlanarak, yetkisiz ve eğitimi olmayan kişilerce suiistimal edilmesinin önüne geçileceğinden, doğru kulla-

nılması durumunda destekçisi olacağını belirtmektedir. Buna istinaden birçok ülke ilgili sağlık politikaları oluşturmuştur. Türkiye de yasal düzenlemelere gitmiştir. GETAT hakkındaki ilk düzenleme 1991 yılında “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile yapılmıştır. 2010 yılında bitkisel ürünlerin ruhsatlandırılması ile ilgili “Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği” oluşturulmuştur. 2012 yılında 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanunun Ek-13 üncü maddesi ile 663 sayılı Kanunun 8 inci maddesinin (ğ) bendine dayanılarak Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuştur. 2014 yılında ise “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” yayınlanarak ilk defa akupunktur haricindeki uygulamaların düzenlenmesi sağlanmıştır (72,86).

“Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” sınırları belirsiz bir alanın düzenlenmesi açısından olumlu bir adım olarak görülmektedir. Ancak hukuki açıdan eksiklikler göze çarpmaktadır. Yöntemlerin hukuka uygun görülmesi için gereken özel şartlar ya da uygulayıcıların hukuki sorumluluklarına yönelik özel şartlar gibi gerekli hususlar belirtilmemiştir. Oysa GETAT ve modern tıp birbirinden farklı özelliklere sahip iki alandır. Fakat özel şartların belirlenmemesi sebebiyle GETAT uygulamalarının, modern tıbbın genel ilkelerinden yararlanması zorunlu hale getirilmiştir (72).

Yönetmelik toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Madde 18'de ise usul ve esaslara uymayanlar hakkında uygulanacak olan yaptırımlara yer verilmiştir (6):

- Bakanlıktan ruhsat ve faaliyet belgesi alınmaz ise faaliyet durdurulur, kişiler hakkında Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulur.
- Suç olan tıbbi işlemler yapıldığı görülürse önce 3 ay faaliyet durdurulur, yıl içerisinde tekrarlanırsa faaliyet izni iptal edilir.
- Ünitelerde yapılabileceği belirtilen uygulamalardan başka işlem yapılması, uygulamalar hastalığın standart tedavisinin yerine geçerek tedaviyi aksatması ya da onaylanmış rıza formunda bilgilendirmenin açıkça yapılmaması gibi durumların ilk tespitinde Cumhuriyet Savcılığı'na suç duyurusunda bulunulur ve merkez uyarılır. Yıl içerisinde ikinci kez tespit edilmesi durumunda

tekrar suç duyurusunda bulunulur ve üç gün süreyle faaliyet durdurulur. Aynı yıl içerisinde üçüncü kez tespit edilmesi halinde ise tekrar suç duyurusu yapılır ve on gün faaliyet durdurulur (M.8/3,4).

- Diş hekimliği uygulama ve araştırma merkezlerinde, diş hastanelerinde, ağız ve diş sağlığı merkezlerinde ve diş polikliniklerinde diş hekimliği alanında uygulamalar yapılması ilk tespit edildiğinde Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulur ve ünite/uygulama merkezi uyarılır. İkinci kez tespit edilmesi halinde tekrar suç duyurusunda bulunularak, ünite/uygulama merkezi faaliyetleri üç gün durdurulur. Üçüncü kez tespit edildiğinde ise yeniden suç duyurusunda bulunulur ve bu sefer faaliyet on gün süreyle durdurulur (M.9/2).
- Yapılan tüm uygulamalara yönelik hasta dosyalarının hazırlanarak bakanlığa gönderilmesi, hastalarda çıkan her türlü istenmeyen etkinin her ay müdürlüğe bildirilmesi ve Bakanlığa gönderilmesi, uygulama öncesi tüm hastalardan rıza alınması maddelerine aykırılık halinde öncelikle merkeze uyarı yapılır. Aynı yıl içerisinde ikinci kez tespit edildiğinde de uyarı yapılır. Üçüncü kez tespit edildiğinde bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde biri oranında para cezası, dördüncü tespit 2 katı para cezası uygulanır. Aynı yıl içerisinde beşinci kez aynı sorun tespit edilir ise bir gün faaliyet durdurma kararı uygulanmaktadır (M.10/3,4,5).
- Ünite ve uygulama merkezinde asgari sayıda tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar ile ayrıca her uygulama için gerekli olan tıbbi cihaz, araç ve gereç ile ilaçların bulundurulması maddesinin çiğnenmediği durumlar tespit edildiğinde yaptırımlar uygulanır. İlk tespit edildiğinde, bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin binde biri oranında idari para cezası verilir ve eksiklikleri gidermeleri için 15 gün süre verilir. Yıl içerisinde ikinci kez tespit edilmesi durumunda bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin binde ikisi oranında idari para cezası verilir ve eksiklikleri gidermeleri için 15 gün süre

verilir. Yıl içinde üçüncü kez bu eksikler tespit edilirse ise bir süreyle faaliyet durdurulur (M.15)

- Ünite ve uygulama merkezinde bulunulması zorunlu asgari birimler yer almadığı durumların ilk tespit edilmesinde, bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin binde biri oranında idari para cezası verilir ve gerekli düzenlemelerin yapılması için 15 gün süre verilir. Yıl içerisinde ikinci kez tespit edilmesi durumunda bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin binde ikisi oranında idari para cezası verilir ve gerekli düzenlemelerin yapılması için 15 gün süre verilir. Yıl içinde üçüncü kez aynı durum tespit edilirse ise yedi gün süreyle faaliyet durdurulur (M.17/b).
- Ünite ve uygulama merkezleri amacı dışında faaliyet gösterir ise bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin binde üçü oranında idari para cezası verilir. Aynı yıl içerisinde ikinci kez tespit edilir ise brüt hizmet gelirinin binde altısı oranında para cezası uygulanır. Yıl içinde üçüncü kez tespit edilmesi durumunda ise beş gün faaliyet durdurulur. Ayrıca aykırı durum her tespit edildiğinde gerekli düzenlemeleri yapmaları için ünite ve uygulama merkezlerine on beş gün süre verilir (M.17/c).
- Ünite ve uygulama merkezlerinde yapılan faaliyetin yetkisi olmayan kişiler tarafından yapılması durumunda bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin binde üçü oranında idari para cezası verilir. İkinci tespit 2 katı para cezası uygulanır. Aynı yıl içerisinde üçüncü kez tespit edilir ise 5 gün faaliyet durdurma kararı alınır. Ayrıca yetkisiz sağlık hizmeti sunulduğu her tespit edildiğinde birer ay süreyle faaliyet durdurulur ve Cumhuriyet Savcılığı'na suç duyurusunda bulunulur (M.17/ç).
- Gerekli çalışma izni ve sertifikası olmayan hekim ve diğer sağlık personeli çalıştırıldığı tespit edilirse on gün süreyle faaliyet durdurulur, kişiler hakkında savcılığa suç duyurusunda bulunulur. Aynı yıl içerisinde ikinci kez tespit edilirse üç ay süreyle faaliyet durdurulur. Eğer aynı yıl içerisinde üçüncü kez tespit edilirse merkezin faaliyet izinleri iptal edilir (M.17/d).

- Tabip ve diş tabipleri uygulama sertifikası ile yetkilendirildikleri alan dışında uygulama yapmaları halinde, ilgililer hakkında suç duyurusunda bulunulur ve ünite/uygulama merkezi uyarılır. Yıl içerisinde ikinci kez tespit edilmesi durumunda ilgililer hakkında tekrar suç duyurusunda bulunulur ve üç gün süreyle faaliyetleri durdurulur. Üçüncü bir tespit durumunda ise suç duyurusunda bulunulduktan sonrasında on gün faaliyetleri durdurulur (M.17/e).

Yaptırımların oldukça iyi niyetli olduğu görülmektedir. Ancak bu iyi niyet suiistimal edilecek, usul ve esasların dışına daha çok çıkılmasını sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple cezai yaptırımların caydırıcı olacak şekilde düzenlenmesi, yetkililerin bu konuda daha hassas olması, verilen hizmetin standartlarını arttıracak ve stratejik planlara ulaşmak daha kolay olacaktır (90).

### Sonuç ve Öneriler

GETAT uygulamaları bilimsel verilerle kanıtlanmamış olması, etkinlik ve risk faktörlerinin belirsizlikleri, bilimsel yönden fikir birliği sağlanamaması gibi durumlar nedeniyle modern tıptan farklılaşmaktadır (72). Bu farklılık sebebi ile uygulamalar konusunda halen tartışmalar vardır. Ancak buradaki en önemli etik problem her iki destekçi grubun da genellemeler yapmasıdır. Modern tıpçıların GETAT uygulamalarını tamamen red görmeleri gibi GETAT destekçilerinin de modern tıbbı yok sayması ve her hastalığa iyi geleceklerini iddia etmeleri yanlıştır (84). Çünkü tıp sürekli gelişen bir bilimdir. Henüz tanımlanamayan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının, yaşanabilecek yeni tıbbi gelişmeler ile modern tıbbın içerisine girme ihtimali vardır (72). Ayrıca bu uygulamaların büyük bir kitle tarafından kullanıldığı da unutulmamalıdır. Bu denli göz önünde olan uygulamalar için yasal bir düzenleme olmaz ise kontrol altında tutmak oldukça zor olacaktır. 2014 yılında yayınlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile de bu yasal düzenleme Türkiye’de yapılmıştır. Her ne kadar yasal çerçeve oluşturmak için mantıklı bir adım olsa da oldukça yetersiz kaldığı alanlar olduğu görülmüştür. Bu sebeple bazı düzenlemelerin yapılması bir ihtiyaç halini almıştır. Çalışmada son olarak bu ihtiyacın karşılanabilmesi için bazı öneriler geliştirilmiştir:

- Cezai yaptırımların ağırlaştırılması gerekmektedir. Uygulamaların yaygınlaşması için ağır olmayan yaptırımlar ile teşvik edici bir anlayıştan ziyade, caydırıcı yaptırımlar olmalıdır.
- GETAT uygulamaları için modern tıptan ayrı özel hukuki şartlar belirlenmelidir. GETAT uygulamalarının karakteristik özellikleri dikkate alınmalıdır.
- GETAT uygulamaları hakkında en fazla bilgi alınan televizyon, sosyal medya ve gazete gibi kaynaklara da sınırlar ve yaptırımlar getirilmelidir. Örneğin televizyona çıkarak ot karışımı vb. çeşitli tedavi önerilerinde bulunan kişiler için, yayına çıkmadan önce GETAT araştırmaları yapılan üniversitelerden onay alması zorunluluğu getirilebileceği düşünülmektedir.
- Reçete yazma konusunda yönetmelikte hiçbir maddeye yer verilmemiştir. İlaçlara sınırlama olmalı, sanal bir ortamda onaylanarak reçete edilebilme şartı getirilmelidir.
- Yönetmelikte mevcut tedaviyi aksatmama şartı bulunmaktadır. Ancak bunun takibinin yapıldığı bir sistem yoktur. Bu sebeple bireyin kendi hekiminin uygun görmesi halinde GETAT uygulamasına gidebileceğine dair uygunluk belgesi şartı konulmalıdır. Çünkü herkese her tedavi uygun değildir, bunu da en iyi modern tıp verileri ile hastalığı takip eden hekim bilecektir.
- GETAT uygulamalarına özel “Bilgilendirme ve Rıza Formu” oluşturulmalıdır.
- Denetimler muhakkak sıklaştırılmalıdır.

### Kaynaklar

1. Kuzhan O. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp bataklığı. *Bilim ve Gelecek Dergisi* 2020; (193).
2. Kaptanoğlu RÖ, Tosun N. Türkiye ve Dünyada Alternatif-Tamamlayıcı Tıp Kullanımı. *Atlas Sosyal Bilimler Dergisi* (2022); 1(9), 0-0.
3. WHO. Traditional, complementary and integrative medicine. *Internet*: [https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab\\_](https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_). Erişim: 27.10.2022

4. Yurdakul ES, Sarı O. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Etik Yönden İncelenmesi. Lokman Hekim Dergisi 2020; 10(3), 404-414.
5. Magdalena L, Ilona K, Julia B, Agnieszka K, Rafał P. Opinions and experiences of physicians regarding complementary and alternative medicine (CAM). A research report from Poland. Journal of Education, Health and Sport 2022; 12(8), 307–316.
6. Resmi Gazete. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (29158) 27 Ekim 2014. İnternet: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027.pdf>. Erişim: 20.10.2022
7. Özyiğit G. Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp. Bilim ve Teknik, 2017; 60-62.
8. Akpolat T. Tıbbi Şarlatanlar 2. İnternet: <http://tekinakpolat.com/tibbi-sarlatanlar-2/>. Erişim: 5.11.2022
9. Aydın S. DSÖ ve Gelenekten Küresele Tıbbın Alternatif Serüveni. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2011-2012; (22), 8-11.
10. Lutz EV, Somer P. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin Hukuki ve Etik Açısından Değerlendirilmesi. Anadolu Kliniği 2017; 22(1), 58-65.
11. Ünlü A, Kırca Ö, Duman O, Özdoğan M. Akupunktur ve Kansere. Akdeniz Tıp Dergisi 2017; 3(2) , 59-64.
12. Çayır Y, Çınar Tanrıverdi E. Kadın Sağlığı ve Hastalıklarında Akupunktur. Dicle Tıp Dergisi 2022; 49 (1) , 256-263.
13. Helms JM. An overview of medical acupuncture. Altern Ther Health Med 1998; 4(3), 35-45.
14. Acar HV. Türklerde ve Anadolu'da Akupunktur ve Benzeri Uygulamaların Tarihçesi. In: Tekin A, Çevik C, editors. Akupunktur Uygulaması Kitabı. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2021. p. 46-58.
15. Tolon B. Apiterapi; Arı Ürünlerinin İnsan Sağlığındaki Önemi. Hayvansal Üretim 1997; 37 (1) , 73-83.
16. Weis WA, Ripari N, Lopes Conte F, Honorio MS, Sartori AA, Hage Mattucci R, Sforcin JM. An overview about apitherapy and its clinical applications. Phytomedicine plus 2022; 2(2).
17. Şenel E, Demir E. Bibliometric analysis of apitherapy in complementary medicine literature between 1980 and 2016. Complementary therapies in clinical practice 2018; 31, 47–52.
18. Ünal M, Dağdeviren H. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. Eurasian Journal Of Family Medicine 2019; 8(1), 1-9.
19. Hellner M, Winter D, von Georgi R, Münsted K. Apitherapy: usage and experience in German beekeepers. Evid-based Complement Alternat. Med 2008; 5(4),475-479.
20. Faqih R, Taha E. Apitherapy as an Alternative medicine: Article review. African Journal of Biological Sciences 2022; 18(2), 43-57.
21. Erel Ö, Erel KV. Hypnosis. Meandros Med Dent J 2017; 18(2),76-79.
22. Telli A. Hipnoz ve bilimde kullanım alanları. Journal of Medicine and Palliative Care 2020; 1(4), 109-112.
23. Kekecs Z, Moss D, Elkins G, De Benedittis G, Palsson OS, Shenfelt PD, Terhune DB, Varga K, Whorwell PJ. Guidelines for the Assessment of Efficacy of Clinical Hypnosis Applications. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2022; 70(2), 104-122.
24. Stanley RO, Norman T, Burrows GD. Hypnosis in the Management of Stress and Anxiety Disorders. In; Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB, editors. International Handbook of Clinical Hypnosis. New York: Wiley; 2001. p. 113-127.
25. Ceyhan D, Yiğit TT. Tıbbi Tedavilerde Hipnoz Uygulamalarının Kullanımı ve Etkinliği. ADO Klinik Bilimler Dergisi 2013; 7(2): 1507-1516.
26. Mat A. Geçmişten Günümüze Fitoterapi. In: Canat HL, Kadioğlu A, editors. Genito-Üriner Hastalıklarda Fitoterapinin Yeri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2019. p. 1-3.
27. Yıldırım D, Baykal D, Can G. Kanıt Temelli Fitoterapi Uygulamalarının İncelenmesi. Jaren. 2020; 6(3),571-6.
28. Şahan D, İlhan MN. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 4 (3), 12-19.

29. Koçtürk OM, Kalafatçılar ÖA, Özbilgin N, Atabay H. Türkiye’de Bitkisel İlaçlara Bakış. Ege Üniv Ziraat Fak Derg 2009; 46(3), 209-14.
30. Ipek G, Ergul M. Fitoterapi ve Kanser. Health Sciences Student Journal 2021; 1(1), 15-23.
31. Sarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat. Sted/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14(8), 182 - 187.
32. Dağlar N, Dağdeviren HN. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Fitoterapinin Yeri. Euras J Fam Med 2018; 7(3),73-7.
33. Özler M, Öter Ş, Korkmaz A. Ozon Gazının Tıbbi Amaçlı Kullanılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2009; 8(1), 69-74.
34. Bocci V. Scientific and Medical Aspects of Ozone Therapy. State of The Art. Archives of Medical Research 2006; 37, 425-435.
35. Aslan Yüksel N, Açıkgöz B, Yüksel C, Ayoğlu FN, Er T. Hekimlerin Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Bakış Açısı - Physicians' Point Of View Of Traditional And Complementary Medical Practices. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi 2019; 4(3), 276-286.
36. Kavaklı A, Aksu F. Ozon Tedavisi. Fırat Tıp Dergisi 2021; 26(4), 183-189.
37. Bocci V. Ozone a New Medical Drug. Dordrecht. Springer. The Netherlands, 2005.
38. Brugman R, Fitzgerald K, Fryer G. The effect of Osteopathic Treatment on Chronic Constipation – A Pilot Study. International Journal of Osteopathic Medicine 2010; 13(1),17-23.
39. Gerçekler, H. Alternatif Tıp Ve Din. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, 2019.
40. Kaya Ş, Karakuş Z, Boz İ, Özer Z. Dünyada ve Türkiye’de tamamlayıcı terapilere ilişkin yasal düzenlemelerde hemşirelerin yeri. Jaren 2020; 6(3),584- 91.
41. Küçük M, Yaman O. Tıbbi Sülük Terapisi (Hirudoterapi). J Biotechnol & Strategic Health Res 2019; 3, 29-46.
42. Okka B. Geçmişten Günümüze Sülük Tedavisi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, Lokman Hekim Journal Supplement 2011; 9-9.
43. Trak G. Hirudoterapi ve Cerrahide Kullanımı. J Biotechnol & Strategic Health Res. 2019; 3: 47-54.
44. Özkaptan BB, Güler Y. Geleneksel bir tedavi yöntemi: Tıbbi sülük tedavisi (Hirudoterapi). In: Çaltekin İ, Çaltekin M, editors. Sağlık Bilimleri Alanında Araştırma Makaleleri. Ankara: Gece Akademi; 2019. p. 96-112.
45. Ayhan H, Mollahaliloğlu S. Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi. Ankara Medical Journal 2018; 18 (1), 141-148.
46. Ağaoğlu A, İlhan NF, Arslantürk N. COVID-19 Pandemisinde Homeopati Uygulaması. In: Yılmaz N, Yeni Koronavirüsün Tedavisinde ve Önlenmesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (COVID-19). Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 61-68.
47. Yardımcı AB. Homeopati Bilim Midir? Bilim Felsefesi Açısından Bir Değerlendirme. Sözel Bildiri, 3. Uluslararası Felsefe, Eğitim, Sanat ve Bilim Tarihi Sempozyumu, Giresun, 2018.
48. Sezer Ö. Türkiye’de Yeni Parlayan Bir İntegratif Tıp Yöntemi: Homeopati. Euras J Fam Med 2015; 4(1),1-6.
49. Kızıl Ö, Atam S. Homeopati ve Veteriner Hekimlikte Homeopatik Tedavi Uygulamaları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Veteriner Dergisi 2016; 30(3), 243 - 246.
50. World Federation of Chiropractic. WFC Dictionary Definition. Internet: [https://www.wfc.org/website/index.php?option=com\\_content&view=article&id=90](https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90). Erişim: 11.11.2022
51. Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. Chiropractic: Origins, Controversies, and Contributions. Arch Intern Med 1998; 158(20),2215–2224.
52. Ural Nazlıkul FG, Öztürk GT, Dizdar D, Karabay İ, Nazlıkul H. Kronik Bel Ağrısı Olan Hastalarda Kayropraksik Manuel Tedavinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2021; (2):250-260.
53. Hartvigsen J, French SD. So, what is chiropractic? Summary and reflections on a series of papers in Chiropractic and Manual Therapies. Chiropractic & manual therapies 2020; 28(1), 4.
54. Leboeuf-Yde C, Hennius B, Rudberg E, Leufvenmark P, Thunman M. Side

- effects of chiropractic treatment: a prospective study. *Journal of manipulative and physiological therapeutics* 1997; 20(8), 511–515.
55. Ağan S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tamamlayıcı, Alternatif Tedavi ve Modern Tıbbı İlişkin Tutum ve Davranışları. Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2019.
56. Çiftçi MM. Kupa Tedavisi ve Klinik Uygulamalar. *J Biotechnol & Strategic Health Res.* 2019; 3, 22-28.
57. Okumuş M. Kupa Tedavisi ve Hacamat. *Ankara Med J.* 2016; (4), 370-82.
58. Tanyüksel M, Koru Ö, Araz R, Güçlü Kılbaş H, Yıldız Ş, Alaca R, Ay H, Şimşek K, Yıldız C, Yurttaş Y, Demiralp B, Devci M, Beşirbellioğlu B. Kronik Yaraların Tedavisinde Steril *Lucilia Sericata* Larva Uygulamaları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2014; 56(4), 218 - 222.
59. Bazaliński D, Kózka M, Karnas M, Więch P. Effectiveness of Chronic Wound Debridement with the Use of Larvae of *Lucilia Sericata*. *J Clin Med.* 2019; 8(11),1845.
60. Erdoğan E, Akşit A, Gürgel A, Karaca S, Özkan B. Maggot Debridement Therapy and Its Important Components: Antimicrobial Agent Chymotrypsin and It's Protein Structure . *Journal of Immunology and Clinical Microbiology* 2019; 4 (4), 107-117.
61. Bulam H, Ayhan S, Sezgin B, Özmen S, Çenetoğlu S. Mezoterapi: İğnenin Ucundaki Mucize Mi, Yoksa Şişirilmiş Balon Mu? . *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi* 2013; 21(2), 16-19.
62. Atalık A. Mezoterapi ve Klinik Uygulamalar. *J Biotechnol & Strategic Health Res.* 2019; 3, 115-118.
63. Ay S, Tur BS, Evcik D. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Sık Uygulanan Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2019; 20(3), 147-156.
64. Özcan E, Toska Sert A. Evidence-based use of prolotherapy in treating musculoskeletal pain. [Article in Turkish] *Turk J Phys Med Rehab.* 2016; 62,192-8.
65. Akın Korkan E, Uyar M. Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5(1), 9-14.
66. Doğan HD. Ellerin İyileştirme Sanatı: Refleksoloji. *Eur J Basic Med Sci.* 2014; (4), 89-94.
67. Ernst E. Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials. *Med J Aust.* 2009; 191 (5), 263–66.
68. Akyürek, G. Türkiye’de Uygulanan Müzik Terapi Yaklaşımları. *Ordu Üniversitesi. Ordu*, 2021.
69. Aydın E. Müzik terapi: işleyiş ve yaklaşımlar 2012. *Sanat Psikoterapileri Derneği*. [Internet:http://www.sanatpsikoterapileriderneği.org/uploads/6/4/5/5/6455557/aydin\\_esma\\_muzik\\_terapi\\_isleyis\\_ve\\_yaklasimlar.pdf](http://www.sanatpsikoterapileriderneği.org/uploads/6/4/5/5/6455557/aydin_esma_muzik_terapi_isleyis_ve_yaklasimlar.pdf). Erişim: 1.12.2022
70. Fındıkoğlu S. Şizofrenik hastalarda müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkileri. *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*, 2015.
71. Arda B, Şahinoğlu Pelin S. Tıbbi Etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 1995; 48 (3) , 323-335.
72. Arpacı Ö. Sağlık Bakanlığı Tarafından Kabul Edilen Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Bunların Hukuka Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2021; 23 (2), 1245-1307.
73. Baran Z, Yıldız AT, Akin E. A Victimization in the Shadow of Traditional Treatment, *Journal of Health Sciences Institute* 2022; 7(1), 46-51.
74. Özdemir ME, Kıbık A. Kayseri Merkez İlçe Sağlık Müdürlükleri Çalışanlarının Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Uygulamalarına Bakışı. *Maltepe Tıp Dergisi* 2021; 13(1), 28-35.
75. Aronson JK. Balanced prescribing - principles and challenges. *Br J Clin Pharmacol.* 2012; 74(4):566-72.
76. Tobaiqy M, McLay J, Ross S. Foundation year 1 doctors and clinical pharmacology and therapeutics teaching. A retrospective view in light of experience. *Br J Clin Pharmacol.* 2007; 64, 363-72.

77. Mucklow J, Bollington L, Maxwell S. Assessing prescribing competence. *British journal of clinical pharmacology* 2012; 74(4), 632–639.
78. Ajazuddin, Saraf S. Legal regulations of complementary and alternative medicines in different countries. *Pharmacognosy reviews* 2012; 6(12), 154–160.
79. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK). Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler. İnternet: <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/bitkisel-ve-destek-urunleri>. Erişim: 5.12.2022
80. Taycan O. Psikiyatrik Hastalıklarda Fitoterapi. In: 2. Baskı. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp YÜGETAT Bülteni. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri; 2020. 29-34.
81. Hunter J. Applying Evidence-Based-Medicine When Prescribing Herbal Products. *OA Alternative Medicine* 2013; 1(3),21.
82. Pakiş I. Aydınlatılmış Onam. In: Mirici A, Akgül Kalkan E, editors. Göğüs Hastalıklarında Bilirkişilik. İstanbul: TÜSAD; 2018. p. 29-43.
83. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği (23420) 1 Ağustos 1998. İnternet: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim: 1.11.2022
84. Tokaç M. Geleneksel Tıbbi Etik ve Hukuk Yönü ile Bakış. *J Biotechnol & Strategic Health Res.* 2019; 3, 155-160.
85. Talhaoğlu D. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi* 2021; 3 (1) , 16-29.
86. Biçer İ, Yalçın Balçık P. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2019; 22 (1) , 245-257.
87. Gündüz İ. Bir Üçüncü Basamak Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımları. *Pamukkale Üniversitesi, Denizli*, 2021.
88. Zararsız F. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Davranışların Belirlenmesi ve Sağlık Turizmi Açısından Değerlendirilmesi; Alanya Örneği. *Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi. Alanya*, 2022.
89. Fırat S, Eraslan İH. Bölgesel Kalkınma Çalışmalarında Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Sektörünün (GETAT) Rolü: Düzce İli GETAT Sektörünün Uluslararası Rekabetçilik Analizi Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2021; 23 (2), 925-956.
90. Doğru F, Şahbaz R. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp; Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Değerlendirme. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2020; 3(1), 107 - 118

## Bronşektazi'de Pulmoner Rehabilitasyon

### Pulmonary Rehabilitation in Bronchiectasis

Şeyda YILDIZ<sup>1</sup>, Esra PEHLİVAN<sup>2</sup>

#### ÖZ

Bronşektazi; bronşların anormal, kalıcı ve geri dönüşü olmayan dilatasyonu ile karakterize klinik olarak öksürük, balgam üretimi ve tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan kronik inflamatuvar bir akciğer hastalığıdır. Bronşektazinin altta yatan birçok nedeni vardır. Bronşektazide pulmoner rehabilitasyon; egzersiz eğitimi, hava yolu temizleme teknikleri, kas-iskelet sistemine yönelik yaklaşımlar, solunum işini azaltmaya dayalı teknikler ve hasta eğitimini içermektedir. Bronşektazili hastalara kişiselleştirilmiş pulmoner rehabilitasyon programları planlanıp uygulanması yaşam kalitesini ve fiziksel kapasiteyi artırmak açısından oldukça değerlidir. Rehabilitasyonun uzun vadeli sonuçları ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Geleneksel pulmoner rehabilitasyon programlarının bronşektazi için optimize edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bronşektazi, Havayolu Temizliği, Pulmoner Rehabilitasyon

#### ABSTRACT

Bronchiectasis; It is a chronic inflammatory lung disease characterized by abnormal, persistent and irreversible dilation of the bronchi, clinically causing cough, sputum production and recurrent respiratory tract infections. There are many underlying causes of bronchiectasis. Pulmonary rehabilitation in bronchiectasis; exercise training, airway clearance techniques, musculoskeletal approaches, techniques based on reducing work of breathing, and patient education. Planning and implementing personalized pulmonary rehabilitation programs for patients with bronchiectasis is very valuable in terms of increasing the quality of life and physical capacity. More studies are needed on the long-term outcomes of rehabilitation. Traditional pulmonary rehabilitation programs need to be optimized for bronchiectasis.

**Key Words:** Bronchiectasis, Airway Clearance, Pulmonary Rehabilitation

#### Giriş

Bronşektazi; bronşların anormal, kalıcı ve geri dönüşü olmayan dilatasyonu ile karakterize klinik olarak öksürük, balgam üretimi ve tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan kronik inflamatuvar bir akciğer hastalığı olarak tanımlanmıştır (1,2). Bronş dilatasyonunun geri dönüşü olmayan bir yapıya sahip olduğu düşünülse de, radyografi ile belirlenen hafif bronşektazinin, erken tedavi edilirse herhangi bir yaşta geri dönüşümü olabileceği ve hastalığın ilerlemesi ile ilişkili akciğer fonksiyonu düşüşünü durdurulabileceği belirtilmiş ve böylece 'geri dönüşü olmayan'

kelimesinin tanımdan çıkarılması önerilmiştir (3).

Öksürük, balgam üretimi ve dispne bronşektazide en sık görülen semptomlardır ancak, yorgunluk, hemoptizi, rinosinüzit ve göğüs ağrısı da yaygındır (4). Periferik kas disfonksiyonu; kas zayıflığı, azalmış dayanıklılık, yüksek düzeyde yorgunluk ve dispne ile ilişkili bu hastalığın ortak bir özelliğidir (5).

Bronşektazinin altta yatan birçok nedeni vardır. Bunlar, şiddetli pnömoni veya tüberküloz

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ABD.; ORCID: 0000-0002-3917-2286, e-posta: seyda.yildiz@istun.edu.tr

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü; Doç Dr., ORCID: 0000-0002-1791-5392, email: [esra.pehliivan@sbu.edu.tr](mailto:esra.pehliivan@sbu.edu.tr)

**Geliş Tarihi/Received:** 15.02-2022, **Kabul Tarihi/Accepted:** 23.05.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 28.02.2023

**Doi:** 10.57224/jhpr.1065841

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Şeyda YILDIZ. e-posta: seyda.yildiz@istun.edu.tr

**Cite this article as:** Yıldız Ş, Pehlivan E. Pulmonary Rehabilitation in Bronchiectasis. J Health Pro Res 2023;5(1):70-80.



sonrası enfeksiyonları, Kistik Fibrozis ve Marfan sendromu gibi konjenital durumları; aspirasyon sendromlarını; birincil veya ikincil immün yetmezlik; alerjik bronkopulmoner aspergilloz (ABPA) gibi aşırı duyarlılık bozukluklarını; romatizmal durumları; veya bağ dokusu hastalıklarını içerebilir (6-8). Hastaların yaklaşık %50'si idiyopatik olarak belirtilir (6,9). Bronşektazinin altta yatan nedenini belirlemek, hastalarda tedavi stratejisine ve yönetimine rehberlik ettiğinden önemlidir (9). Erişkinlerde postenfeksiyöz nedenler ön planda iken çocukluk dönemi bronşektazisinde kistik fibrozis önemli yer tutmaktadır. Bronşektazinin diğer solunum sistemi hastalıkları ile birlikteliği de oldukça yaygındır. Orta-şiddetli Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan bireylerin %50'ye kadarında bronşektazi bildirilmiştir. Ayrıca astım için tanı kriterlerini karşılayan hastalarda da nispeten yaygın görülmektedir (10). Bronşektazi idiyopatik olarak nitelendirilmeden evvel kistik fibrozis mutasyonları, "alerjik bronkopulmoner aspergilloz", "tüberküloz olmayan mikobakteri" enfeksiyonu mutlaka ekarte edilmelidir (11).

Bronşektazi yaşa bağlı bir hastalıktır, yaşlılarda şiddetli hastalık prevalansında belirgin bir artış gözlenir. Hastalığın insidans, prevalans ve klinik özelliklerinde bazı coğrafi farklılıklar mevcuttur. Ayrıca hastalığın kadınlarda daha yüksek oranlarda görüldüğü ifade edilmiştir. Yaşam koşullarının iyileşmesi, solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde iyileşme ve aşılama sebepleriyle son yıllarda bronşektazi görülme sıklığında düşüş beklense de, araştırmalar hem prevalans hem de insidans oranlarında bir artış olduğunu belirtmiştir. Bu durumun olası nedenlerinin, hastaları değerlendirmek için tomografi taramalarının kullanım sıklığının artması ve bronşektazi gelişim riskinin yüksek olduğu bronşektazi ile ilişkili hastalıklarda rutin çalışmaların artması nedeniyle artan tanınma olduğu tahmin edilmektedir (12).

Bronşektazi patofizyolojisinde en yaygın olarak kabul edilen model Peter Cole'un ortaya attığı, inflamasyon, hava yolu tahribatı, anormal mukosilyer klirensi ve bakteriler tarafından enfeksiyon veya kolonizasyondan oluşan bir "kısır döngü" modelidir. Bu döngüye göre; kronik hava yolu enfeksiyonu, en sık *Haemophilus influenzae* ve *Pseudomonas aeruginosa* ile kalıcı enfeksiyona zemin hazırlar (13). Bu modelde, yatkın bir birey, pulmoner

enfeksiyona veya doku hasarına karşı güçlü bir inflamatuvar yanıt geliştirir. Ortaya çıkan bu yanıt hava yollarındaki yapısal hasardan sorumludur. Yapısal anormallikler ve devam eden kronik enfeksiyonu destekleyen kısır döngü mukus stazına izin verir. Bronşektazide mukusun kendisi genellikle anormaldir. Zamanla, tutulan balgam, hava yolu tıkanıklığına, obliterasyona ve daha ileri bronşektazi ile sonuçlanan hasara neden olabilir. Nötrofiller, lenfositler ve makrofajları içeren bu inflamatuvar yanıt, daha fazla hava yolu tahribatına neden olur. Bu döngünün nasıl başlatıldığı, etiolojiye göre farklılık gösterebilir. Terapi, mukus stazı, enfeksiyon, inflamatuvar yanıt ve hava yolu tahribatının bu kısır döngüsünü kırmaya odaklanır (14). Çoğu kanıt bu hastalık modelini desteklemektedir, ancak bu modelde önemli boşluklar bulunduğunu örneğin, enfeksiyon yokluğunda inflamasyon ve bronşektazi oluşabileceği söyleyen çalışmalar da mevcuttur (15).

Bronşektazili bireylerde mukosilyer klirens; yapısal bronşektazi, hava yolu dehidrasyonu, aşırı mukus hacmi ve viskozitenin etkisiyle bozulur ve hastaların %70'inden fazlası, oldukça değişken balgam hacimleriyle günlük balgam çıkarır (16). Bunun yanı sıra periferik kas gücündeki azalma, aerobik ve fonksiyonel kapasitelerde düşüş ve günlük yaşam aktivitelerinde zorluk ile birlikte daha inaktif kişiler olmaktadır (5,17). Bronşektazisi olan çocukların, maksimum egzersiz kapasitesinin azaldığı belirtilmiştir (18). Aynı yaşta sağlıklı kontrollere kıyasla bronşektazili kişilerde solunum kas güçsüzlüğü bildirilmiştir (19). Orta ila şiddetli bronşektazisi olan kişilerde dinamik hiperinflasyon ve yüksek dispne seviyelerinde ekspiratuvar hava akımı kısıtlaması tanımlanmıştır. Bronşektazide dispne nedenleri çok faktörlüdür ancak ana faktörler yetersiz gaz değişimi ve değişen solunum mekaniğidir (20). Dispne, mortalitenin en güçlü nedenlerinden biridir (21).

Çalışmalar, bronşektazide devamlı bir kronik inflamasyonun varlığını göstermektedir. Uzun süreli inflamasyon, bronşiyal hasarda aktif bir rol oynar ve IL-6, IL-8 ve TNF-a gibi proinflamatuvar sitokinlerin artan salınımı ile karakterize edilen alevlenmiş bir nötrofilik tepkiye neden olur. İnflamatuvar yanıt, karmaşık bir sitokin ağı içinde meydana gelen etkileşimlere dayanır. Diğer kronik akciğer hastalıklarında gözlemlendiği gibi, bronşektazili bireylerin inflamatuvar seviyesi veya oksidatif

stresi ne kadar yüksekse, egzersiz ve fiziksel aktivite kapasitelerinin ve dayanıklılıklarının o kadar az olduğu sonucu çıkarılabilir (22).

Başarılı bir PR için günümüzde multidisipliner yaklaşım, kişiye özel değerlendirme ve program uygulanması gerekmektedir. Bu çalışma, Bronşektazi özelinde fizyoterapi yöntemlerini tanımlamak ve hastalara düzenlenecek rehabilitasyon programında uygun yöntemin seçilmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

### Bronşektazi’de Değerlendirme

Diğer tüm kronik hava yolu problemlerinde olduğu üzere, pulmoner rehabilitasyon programına dahil olan bronşektazili hastalarda da standart ön değerlendirme yapılır (Tablo 1). Bronşektazide sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için bir dizi araç kullanılmıştır. Sık kullanılan St George Solunum Anketi, Leicester Öksürük Anketi ve Bronşektazide Yaşam Kalitesi anketlerinin geçerliliğini, güvenilirliğini ve tekrarlanabilirliğini destekleyen iyi kanıtlar vardır (23). Dispne algısı da bu hastalarda mutlaka değerlendirilmesi gereken bir parametre olup literatürde dispnenin varlığının ve şiddetinin istirahat sırasında kan gazı analizleri ve basit spirometrik ölçümler ile ölçümünün zorluğu bilinmektedir. Bu sebeple, dispne derecesi sıklıkla kısmen objektif olan özel ölçekler desteği ile değerlendirilmektedir. Araştırmalar incelendiğinde en sık kullanılan tek yönlü ölçekler, Vizüel Analog Skalası (VAS)“ ve “Modifiye Borg Skalası” (MBS)‘ dir. Dispne şiddeti ile konuşma ve günlük yaşam aktiviteleri sırasındaki dispne yanında; depresyon, korku, solunum esnasında harcanan çaba da dahil olmak üzere birçok parametreyi ölçmeyi sağlayan çok yönlü dispne ölçeklerinden en yaygın kullanılan ölçekler ise “Bazal Dispne İndeksi (BDİ)/ Geçiş Dispne İndeksi (GDİ)”dir (24). Hastaların egzersiz kapasitelerini belirlemek amacıyla alan testleri kullanılabilir (20). Bronşektazide egzersiz kapasitesini belirlemede duyarlı ve güvenilir olan yöntemler arasında Artan Hızda Mekik Yürüme Testi (AHMYT) ve Altı Dakika Yürüme testi (6DYT) sayılabilir (11). 2018 yılında Türkiye’de yapılan bir araştırmada artan yaş ve cinsiyet, Kistik Fibrozis dışı bronşektazilerde AHMYT mesafesinin azalmasına katkıda bulunan faktörler arasında bulunmuştur. Yine aynı çalışmada AHMYT mesafesi ile el kavrama kuvveti ve alt ekstremitte kas endüransı arasında zayıf bir ilişki saptanmıştır (25). Katılımcıların periferik kas kuvveti (kuadriseps, omuz

abdüktörü ve el kavrama kuvveti) dijital dinamometreler yardımı ile ölçülürken periferik kas endüransı çömelleme testi ile değerlendirilebilir (20). Solunum fonksiyon testleri de bronşektazili hastaların değerlendirme ve takibinde oldukça sık kullanılmaktadır. Tanılı hastaların büyük çoğunluğunda, bilhassa ağır olmayan vakalarda obstrüktif bozukluk gözlenir, FEV1 ve FVC değerleri sıklıkla düşük seyrederek (26). Hastalığın günlük yaşamı etkileyen semptomları nedeniyle anksiyete ve depresyon skorlamaları ve psikolojik değerlendirmeler de bu hasta grubunda oldukça önem kazanmaktadır. Gerekli durumlarda hastaya ve ailesine psikolojik destek verilmelidir. Tüm bu değerlendirmeler neticesinde multidisipliner yaklaşım ile kişiye özel egzersiz programları oluşturulup uygulanmalı ve hasta eğitimleri verilmelidir (11).

Tablo 1. Bronşektazi’de Değerlendirme

Subjektif Değerlendirme	
Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	St George Solunum Anketi
	Leicester Öksürük Anketi
	Bronşektazide Yaşam Kalitesi anketi
Dispne Algısı	Bronşektazi Sağlık Anketi
	VAS (Vizüel Analog Skalası)
	MBS (Modifiye Borg Skalası)
Yorgunluk Algısı	BDİ (Bazal Dispne İndeksi) / GDİ (Geçiş Dispne İndeksi)
	Yorgunluk Etki Ölçeği
	Yorgunluk Şiddet Ölçeği
Psikososyal Değerlendirme	Hastalık Algısı Ölçeği
	Beck Depresyon Envanteri
	Sürekli Kaygı Envanteri
Objektif Değerlendirme	
Egzersiz Kapasitesi	KPET (Kardiyopulmoner Egzersiz Testi)
	AHMYT (Artan Hızda Mekik Yürüme Testi)
	6DYT (Altı Dakika Yürüme testi)
Kas İskelet Sistemi	Postür Analizi
	Kısalık ve Esneklik Testi

### Bronşektazi’de Pulmoner Rehabilitasyon

Kronik solunum hastalarının tıbbi tedavisinin standart bir bileşeni olarak kabul edilen Pulmoner Rehabilitasyon 2013 yılında Amerikan Toraks Derneği ve Avrupa Solunum Derneği tarafından ortaklaşa hazırlanan raporda;

“detaylı bir hasta değerlendirmesi neticesinde, sadece egzersiz eğitiminden ibaret olmayan, eğitim ve davranış değişikliğini içeren, kronik solunum hastalığı olan bireylerin fiziksel ve psikolojik durumunu düzeltmeye yönelik sağlığı geliştirici davranışlara uzun dönem uyumun tesis edildiği yöntemlerin de dahil olduğu, hastaya özgü tedavileri esas alan kapsamlı yaklaşımlar” olarak tanımlanmıştır (27).

Bronşektazide tedavinin amaçları alevlenmeleri önlemek, ilerleyici akciğer hasarını, hava akımı obstrüksiyonunu ve semptomları azaltmak; yaşam kalitesini, egzersiz kapasitesini iyileştirmek ve hastalığın ilerlemesini durdurma (13). Bronşektazinin yönetimine yönelik uluslararası ve ulusal kılavuzlar, inflamasyonu en aza indirmenin, hava yolu açıklığını optimize etmenin ve yapısal akciğer hastalığını ele almanın önemini vurgulamıştır (17,28–30). Antibiyotikler, antiinflamatuvar ajanlar, mukolitikler, hava yolu temizleme tedavisi ve egzersiz eğitimi dahil olmak üzere bronşektazinin optimal yönetimini sağlamak için çeşitli müdahaleler uygulanmaktadır (27). Bronşektazideki tüm klinik incelemeler ve güncel kılavuzlar pulmoner rehabilitasyon ve/veya egzersiz eğitiminin tedavi protokollerine dahil edilmesini önermektedir (13,14,29,31,32).

Bronşektazili hastalara ve hastanın kendi sürecine özgü kişiselleştirilmiş pulmoner rehabilitasyon programları yaşam kalitesini ve fiziksel kapasiteyi artırmak açısından oldukça değerlidir. Bronşektazide pulmoner rehabilitasyon; egzersiz eğitimi, hava yolu temizleme teknikleri, kas-iskelet sistemine yönelik yaklaşımlar, solunum işini azaltmaya dayalı teknikler ve hasta eğitimini içermektedir (33). Pulmoner rehabilitasyonun egzersiz toleransını, öksürükle ilişkili semptomları ve yaşam kalitesini iyileştirmede, dispne ve yorgunluk semptomlarını azaltmada etkili olduğunu gösterilmiştir. Ayrıca, 12 aylık bir süre boyunca alevlenmelerin sıklığını azaltmada da etkili bulunmuştur (34).

### **Bronşektazi’de Hava Yolu Temizliği**

Bronşektazi patofizyolojisi mukosilyer sistemde meydana gelen hasar sonucu öksürük, balgam birikimi ve tekrarlayan enfeksiyonları içerdiği için hava yolu temizleme teknikleri tedavinin oldukça önemli bir parçasını oluşturmaktadır (33). Hava yolu temizleme teknikleri; semptomları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmek ve alevlenme sıklığını azaltmak için

farmakolojik olmayan stratejilerdir. Pozisyonlama, yerçekimi destekli drenaj, manuel teknikler, çeşitli solunum stratejileri, yönlendirilmiş öksürme, pozitif ekspiratuvar basınç (PEP) cihazları, hava yolu osilasyon cihazları ve göğüs duvarına uygulanan mekanik aletler dahil olmak üzere klinik uygulamada sayısız teknik uygulanmaktadır. Bu teknikler izole olarak veya kombinasyon halinde kullanılabilir (35). Hava yolu temizleme teknikleri, iki fizyolojik temel ilkeye dayanmaktadır. Bunlardan ilki havanın obstrüksiyonun arkasına hareket etmesine ve bölgelerin distalde havalandırılmasına izin veren bir mekanizma yaratması iken ikincisi, sekresyonları hava yollarına proksimal olarak iletmek için ekspiratuvar hava akışının modülasyonunu sağlamasıdır (36).

Hava yolu temizliğinde kısa vadeli hedefler; ventilasyonu iyileştiren, öksürük etkisini ve nefes darlığını azaltan daha etkili balgam temizliği sağlamaktır. Uzun vadeli hedefler ise bakteriyel kolonizasyon ve ardından gelen enflamasyonun kısır döngüsünü kırarak daha fazla hava yolu hasarı meydana gelmesini engellemek, pulmoner alevlenmeleri ve hastaneye yatış sayısını azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir (13,37). Kronik produktif öksürüğü veya balgam çıkarma güçlüğü olan hastalar, mevcut kılavuzlarda önerildiği gibi günde iki kez düzenli hava yolu temizleme tekniklerinden fayda görebilir. Bu nedenle hava yolu temizleme teknikleri bronşektazisi olan tüm hastalara bir solunum fizyoterapisti tarafından bağımsız şekilde gerçekleştirilmeleri için öğretilmelidir (36).

### **Pozitif ekspiratuvar basınç**

Reçete edilen yaygın bir hava yolu temizleme tekniğidir. PEP tedavisi, tek yönlü bir valf aracılığıyla bir dizi nefes için bir yüz maskesi veya ağızlık yoluyla inspirasyon ve ekspirasyon, ardından sekresyonları çıkarmak için zorlu ekspiratuvar manevralar (huffing) veya yavaş bir ekspiratuvar manevrası ile uygulanır (38). Bronşektazi için diğer hava yolu temizleme tekniklerine karşı pozitif ekspiratuvar basınç tedavisini inceleyen bir çalışmada pozitif ekspiratuvar basınç tekniğinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, nefes darlığı semptomları, balgam ekspektorasyonu ve akciğer hacimleri üzerinde diğer hava yolu temizleme teknikleri kadar etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ataklarda olan kullanımı ile ilgili araştırmalara ihtiyaç vardır (39).

## Hava yolu osilasyon cihazları

### Flutter

İçinde paslanmaz çelik bilye bulunan bir boruya benzer iki önemli salgı taşıma tekniği olan pozitif ekspiratuar basınç ve yüksek frekanslı osilasyon tekniklerini bir araya getiren hava yollarından mukusun çıkarılmasını sağlayan basit bir el cihazıdır. Cihazın uygulama prensibi havayolu çeperindeki mukusu uzaklaştırmak amacıyla oluşturduğu titreşim, mukusun ilerlemesi adına havayollarını açık tutmayı sağlayan endobronşiyal basınç artışı ve balgamın dışarı atılmasını sağlayan ekspiratuar hava akım hızındaki artışı sağlaması olarak gösterilebilir (40,41).

Tambascio ve arkadaşları, bronşektazili deneklerde Flutter VRP1 cihazının dört hafta süreyle kullanımının solunum salgısı taşıma özelliklerini değiştirebildiği ve bu değişikliğin tedavinin yüksek frekanslı salınım bileşeniyle daha yakından ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (41). Bronşektazili hastalar üzerinde Flutter'la yapılan bir diğer araştırmada günde 30 dk olacak şekilde en az dört haftalık düzenli kullanımı takiben sekresyon içeriğinde inflamatuvar hücrelerin toplam sayısında düşüş meydana geldiği belirtilmiştir (40).

### Acapella

Acapella Flutter ile benzer olarak, pozitif ekspiratuar basınç cihazının dirençli özelliklerini, mukus yapışkanlığını azaltan ve hava yollarının kollapsıbilitesini azaltan salınımlarla birleştiren bir hava yolu temizleme cihazıdır (42). Ancak Acapella'nın performansı Flutterde olduğu gibi yerçekimine yani cihazın yönüne bağlı değildir, bu da özellikle düşük ekspiratuar akıslarda hastalar tarafından kullanımı kolaylaştırabilir (43).

### Cornet

İçinde kauçuk bir hortum bulunan boynuz şeklinde plastik bir borudur. Cornet yoluyla ekspirasyon, hortumun esnemesine, bükülmesine ve açılmasına neden olarak hava yollarında hızla dalgalanan salınımlı pozitif basınca neden olur. Ağızlık, optimum direnç ve salınımı üretecek şekilde ayarlanabilir (44).

### Yüksek frekanslı göğüs duvarı ossilasyonu

Yüksek maliyetli bir sistem olup mental retarde vakalar için iyi bir seçenektir. Göğüs duvarı ossilatörü, şişebilen bir yelek ve hava kompresöründen oluşur (11).

## Otojenik drenaj

Otojenik drenaj, spontan veya istemli öksürüğe neden olan mukusu hava yollarına taşımak için farklı derinliklerde ve nefes verme hızlarında uygulanan kontrollü bir nefes alma tekniğidir. Yardımsız kullanılabilir, ancak eğitim, konsantrasyon ve çaba gerektirir (44). Bronşektazide meydana gelen ventilasyon inhomojenitesini iyileştirebilmektedir (45).

### Eltgol

Bu teknikte, hava mukus üzerinden aktığında, mukus tabakasındaki direnç kuvvetlerinin üstesinden gelebilecek bir kesme kuvveti oluşturur. Hava akışının hızı ne kadar yüksek olursa, kesme kuvveti o denli büyük olur. Eltgol tekniğinde hasta lateral dekübit pozisyonuna getirilir. Bu, esas olarak mukusun üretildiği periferik hava yollarının toplam kesit alanını azaltmaya yarar. Maksimum hava akış hızı hava yolu çapı ile ters orantılı olduğundan, periferik hava yollarındaki hava akış hızı artar. Hava yolu açıklığı açık bir glottis ile yavaş ekspirasyon yoluyla intralüminal basınç artırılarak korunur. Genel olarak bu, periferik hava yollarından mukusun daha fazla temizlenmesiyle sonuçlanır. Basit, ucuz, iyi tolere edilebilir, bağımsız olarak veya bir fizyoterapistin yardımıyla yapılabilen, tekrarlanabilir bir tekniktir (46). Munoz ve arkadaşları 44 hasta üzerinde bir yıllık bir süre içinde günde iki kez Eltgol tekniği ve plasebo egzersizlerini karşılaştırdı. Sonuç olarak Eltgol grubunda daha az alevlenme, öksürük etkisinin azalması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde iyileşme bildirildi (31). 2016 yılında yapılmış bir randomize çalışma ayrıca, Eltgol tedavisinin otojenik drenaj ve geçici PEP'e göre daha avantajlı olduğunu göstermiştir (47).

### Aktif solunum teknikleri döngüsü

Bu teknik solunum kontrolü, torakal ekspansiyon egzersizleri ve zorlu ekspirasyon tekniklerini birleştirir. Solunum kontrolü, diyafram kontrolü kullanılarak rahat tidal volümde solumayı içerirken, torakal ekspansiyon egzersizleri akciğer hacimlerini artırmak için aktif inspirasyona odaklanır. Bir veya daha fazla solunum kontrolü ve torakal ekspansiyon egzersizinden sonra, yüksek akciğer hacminde zorlu ekspirasyon yapılır. Kişiye göre uyarlanabilen bu teknik balgam hacmini azaltmak amacıyla oldukça sık kullanılır (44,48).

### Postüral drenaj

Postüral drenaj; kısa dönemde balgam viskozitesini azaltmada ve temizliğini sağlamada

oldukça önemlidir. Yer çekimine karşı konum değiştirilerek akciğerlerin çevresinden mukusun merkezi olarak boşaltılmasına yardımcı olur. Örneğin; akciğerin orta ve bazal lobları için postüral drenaj pozisyonu baş aşağı eğimlidir. Son yıllarda, baş aşağı eğim kullanılmadan konumlandırmayı içeren modifiye postural drenaj iyi tolere edilebildiğinden ötürü yaygın olarak kullanılmaktadır. Pasif bir yöntem olan postural drenaja perküsyon ve vibrasyon gibi manuel teknikleri eklemek ve uygulama sonrasında da birkaç kuvvetli öksürük manevrası ile sekresyon atılımını sağlamak oldukça önemlidir (44).

### Manuel teknikler

Postural drenaj pozisyonları ile uygulanan manuel teknikler perküsyon, vibrasyon ve shaking uygulamalarını içermektedir. Eller kubbe şekilde iken göğüs duvarında ilgili kısımlara ritmik vuruşlar şeklinde uygulanan perküsyon sekresyon atılımına hava yollarında gaz-sıvı arasındaki etkileşimi artırarak katkıda bulunurken, hızlı ve küçük titreşimler şeklinde gerçekleşen vibrasyon ve büyük ve yavaş titreşim hareketleri ile gerçekleştirilen shaking ise balgamın viskoelastik özelliğini değiştirilerek atılıma katkı sağlar. Bu tekniklerin dezavantajı bir uygulayıcıya bağımlı hale getirmesidir (49).

2015 yılında yapılmış olan bir çalışmada 10 dakikalık dinlenme periyotları ile ayrılan iki kez 20 dakika olacak şekilde uygulanan postural drenaj, perküsyon ve huffing tekniğinin; postüral drenaj ve huffing tekniğinin tek başına uygulanmasına göre kısa sürede daha fazla miktarda sekresyon atılmasına sebep olduğu gösterilmiştir (50).

### Bronşektazide mukoaktif tedavi

Hava yolu temizleme tekniklerinin yeterince etkili olmadığı durumlarda düşünülmelidir. Mukoaktif ilaçlar, potansiyel olarak balgam çıkarma ve/veya aşırı mukus salgısını azaltma yeteneğini artırır (36). Avrupa Solunum Derneği kılavuzundan elde edilen veriler, hipertonic salin (%7) ve karbosisteinin hastaların %20'sine kadar bronşektazide kullanılan iki mukoaktif ajan olduğunu göstermektedir (13). Bilton ve arkadaşları kistik fibrozis olmayan bronşektazili hastalarda 12 ay boyunca günde 400 mg inhale mannitolün alevlenme oranlarını düşürmediğini bulmuştur (51).

### Egzersiz ve Egzersiz Eğitimi

Egzersiz eğitimi, fiziksel işlev ve egzersiz toleransında iyileştirmeleri hedefleyen fiziksel

efor ve iskelet kası kasılmalarını içeren yapılandırılmış aktivite programlarını ifade eder. Egzersiz eğitimi tek başına veya pulmoner rehabilitasyon programının bir parçası olarak alınabilir (27). Bronşektazide pulmoner rehabilitasyon ve egzersiz eğitiminin fizyolojik mantığı, kas zayıflığı ve fiziksel hareketsizliğin hastalığın ilerlemesinde rol oynayabileceği ve ayrıca sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, enfeksiyöz alevlenmelerin sıklığını ve sekresyonları mobilize etme yeteneğini etkileyebileceğidir. Bronşektazili kişiler için egzersiz eğitimi bireysel olarak uyarlanır. Genel olarak alt ve üst ekstremitelerde kuvvetlendirme, aerobik egzersizler ve direnç egzersizlerini içerir. Egzersiz eğitimi bir hastanede, ev tabanlı olarak, telerehabilitasyon veya grup egzersizleri şeklinde gerçekleştirilebilir (36). Aerobik egzersizin özellikle yorgunluk ve solunum fonksiyonları üzerinde; direnç egzersizlerinin ise kas metabolizması ve periferik kas kuvveti üzerindeki yararlı etkileri bulunmaktadır. Yürüyüş ve sabit bir döngü ergometresi kullanarak bisiklete binme, kişi tarafından tolere edildiği takdirde en uygun egzersiz yöntemleridir. Yürüme eğitimi, yürüme kapasitesinde kolaylıkla iyileşmeye dönüşebilen fonksiyonel bir egzersiz olma avantajına sahiptir. Bisiklete binme egzersizi kuadriseps kaslarına yürümekten daha fazla spesifik yük bindirir ve daha az egzersize bağlı oksijen desatürasyonu ile sonuçlanır (27).

Kistik olmayan fibrozis bronşektazisinde egzersiz eğitiminin kısa ve uzun vadeli etkilerini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada müdahale grubu uygulamaları, sekiz hafta boyunca haftada iki kez bireysel olarak belirlenmiş koşu bandı, yürüyüş, bisiklet binme, serbest ağırlıkların ve vücut ağırlığının kullanıldığı bir egzersiz programını ve hava yolu temizleme tekniklerini içerirken kontrol grubuna ise yalnızca hava yolu temizleme teknikleri uygulanmıştır. Sonuç olarak, bu çalışma, sekiz haftalık denetimli bir egzersiz programının egzersiz kapasitesi, dispne ve yorgunluk üzerinde kısa süreli iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca egzersiz eğitimi, 12 ay boyunca bronşektazinin akut alevlenmelerinin sıklığında bir azalma ile de ilişkili bulunmuştur. Bu bulguların uzun vadeli prognoz açısından önemi daha fazla araştırmayı gerektirmektedir (52). 2017 yılında yapılmış bir sistematik derleme, hastaların denetimli pulmoner rehabilitasyon ve egzersiz eğitimine

katılmaktan elde ettikleri kısa vadeli faydaları doğrulamış, ancak faydayı sürdürmenin zor olduğunu ifade etmiştir (34).

Son zamanlarda kronik pulmoner rahatsızlıkları olan yetişkinlerin nefes darlığı, yorgunluk ve diğer semptomlar nedeniyle yönetiminde yüksek yoğunluklu ve sürekli egzersize ulaşmak zor olabileceğinden egzersiz eğitimi sırasında tolere edilebilecek yükü optimize etmek amacıyla bir strateji olarak yüksek yoğunluklu aralıklı egzersiz uygulanmasına klinik ilgi doğmuştur. Çoğu kronik pulmoner popülasyonda böyle bir yaklaşım için kanıtlar sınırlı olmakla birlikte Bronşektazide ilgili hiçbir çalışma tanımlanmamıştır (53). Konu ile alakalı literatürde ciddi bir boşluk bulunmaktadır ve alanın bu konuda desteklenmeye ihtiyacı vardır.

### **İnspiratuar Kas Eğitimi**

İnspiratuar kas kuvvetinin azalması dispne ve yürüme mesafesinin azalmasında önemli bir faktördür (54). İnspiratuar Kas Eğitimi, solunum kaslarını güçlendirmek için inspiratuar kaslara belirli dirence karşı solunum yaptırma prensibi ile çalışır (55). Bronşektazili hastalarda egzersiz toleransında azalma ve dispne sık görülen semptomlar arasında olup, inspiratuar kas eğitiminin bronşektazili bireylerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve egzersiz kapasitesini artırdığı dispneyi ise azalttığı ifade edilmiştir (55,56).

### **Nöromüsküler Elektriksel Stimülasyon**

İskelet kasının transkutanöz nöromüsküler elektriksel stimülasyonu (NMES), kas kasılmasının ortaya çıkarıldığı ve bu sayede geleneksel egzersize gerek kalmadan seçilen kasların eğitilebildiği alternatif bir rehabilitasyon tekniğidir. Elektrik stimülasyonunun neden olduğu kas kasılması dispneye yol açmaz bu nedenle, akut hastalık alevlenmeleri veya solunum yetmezliği ile hastaneye yatırılanlar da dahil olmak üzere ciddi solunum ve/veya kardiyak kısıtlaması olan kondisyonsuz kişiler için uygundur. Ayrıca küçük, nispeten ucuz, taşınabilir elektrikli stimülatörler de evde kullanım için uygundur ve bu nedenle evlerini terk edemeyecek kadar ağır, evde mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan veya geleneksel pulmoner rehabilitasyon programlarına erişimi olmayan kişilere fayda sağlayabilir (27).

### **Ev Tabanlı Pulmoner Rehabilitasyon**

Yararlarına dair güçlü kanıtlara rağmen, seyahat sorunları gibi katılım engelleri nedeniyle hastalara pulmoner rehabilitasyon sunmak kimi zaman güçleşebilmekte. Bu bağlamda, ev tabanlı pulmoner rehabilitasyon, merkez tabanlı programlara katılımın önündeki bazı engellerin üstesinden gelmek için bir alternatif olabilir (57).

Bronşektazili erişkin hastalarda evde pulmoner rehabilitasyonun fiziksel aktivite düzeyi ve genel klinik durum üzerindeki etkilerini araştıran 2019 yılında yapılan bir çalışmada hastalara iki ay boyunca lokal ekspansiyon nefes egzersizleri, göğüs hijyeni teknikleri eğitimi (postural drenaj, perküsyon, huffing), periferik kas güçlendirme eğitimi (serbest ağırlıklarla kuadriseps, hamstrings, deltoidler ve biceps brachii kaslarına yönelik) ve kendi kendine yürümeden oluşan evde egzersiz programı verilmiştir. Hastalara ayrıca diyafragmatik solunum egzersizleri öğretilmiş ve haftanın beş günü, günde dört kez oturur pozisyonda 10 tekrarlı nefes egzersizleri yapmaları istenmiştir. Çalışma pulmoner rehabilitasyonun fiziksel aktivite düzeylerini iyileştirdiği ve genel klinik durum üzerine olumlu etkileri olduğunu belirtmiş ve evde pulmoner rehabilitasyonun önemini altını çizmiştir (58).

2021 yılında yayınlanan randomize kontrollü çalışmada ev tabanlı pulmoner rehabilitasyonun, bronşektazili kişilerde fonksiyonel kapasite, periferik kas gücü ve yaşam kalitesinde iyileştirmeler sağladığını, ev tabanlı pulmoner rehabilitasyonun güvenli, iyi tolere edilir ve alternatif bir rehabilitasyon programı olarak kabul edilebileceğini belirtmiştir (59).

### **Sanal Gerçeklik Uygulamaları**

Sanal gerçeklik uygulamalarının yararları; motor öğrenmede gelişme sağlaması, egzersizlerin daha keyifli hale getirilmesi, hastanın tedaviye aktif olarak katılım oranının, ilgi ve motivasyonunun artması, egzersizlere devam etme konusunda istikrarın ve uyumun gelişmesi, daha sık tekrarlı hareketlerin yapılabilmesi, zaman ve maliyet açısından çok daha etkin olması olarak özetlenebilir. Ayrıca dereceli zorluk seviyeleri, hatalar hakkında geri bildirim sağlanması, görev süresini ve yoğunluğunu izleme yeteneği, gerçekleştirilen hareketler hakkında ipuçları ve rehberlik sağlanması anlamında da avantajlı bir sistemdir. Kronik solunum sistemi rahatsızlıklarında sanal gerçeklik uygulamalarından bu anlamda

yararlanabilmek adına, başta KOAH olmak üzere diğer pulmoner hasta popülasyonlarında kullanımı son yıllarda ciddi şekilde yaygınlaşmaktadır (60,61). KOAH'lı hastalarda doğal kullanıcı arayüzü (Natural User Interface-NUI) imkanı veren bir araç olan Kinect sistemi aracılığıyla sanal gerçeklik tekniklerini içeren pulmoner rehabilitasyon programlarının sonuçlarını bildiren 2020 yılında yapılmış bir randomize kontrollü çalışmada sanal gerçeklik eğitimi ile desteklenen pulmoner rehabilitasyon programının, hastalarda fiziksel uygunluğu iyileştirmek için faydalı bir müdahale olduğu gösterilmektedir (61).

### Sonuç

Kişiselleştirilmiş pulmoner rehabilitasyon programlarıyla Bronşektazi'li hastalarda; yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, semptomların azaltılması, günlük yaşam aktivitelerine fiziksel uygunluğun geliştirilmesi ve katılımın artırılması sağlanabilmektedir. Pulmoner rehabilitasyon programı sonunda dispnedeki azalmayla da hastalığın izleminde görülebilen sosyal izolasyonun önüne geçilebilir. Bronşektazi rehabilitasyonunun uzun vadeli sonuçları ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olup geleneksel pulmoner rehabilitasyon programlarının bronşektazi için optimize edilerek olguların bireysel tedavisine eklenmesi gerekmektedir.

### Kaynaklar

1. Chalmers JD, Hill AT. Mechanisms of immune dysfunction and bacterial persistence in non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Mol Immunol* [Internet]. 2013;55(1):27–34. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161589012004129>
2. Chandrasekaran R, Mac Aogáin M, Chalmers JD, Elborn SJ, Chotirmall SH. Geographic variation in the aetiology, epidemiology and microbiology of bronchiectasis. *BMC Pulm Med*. 2018 May;18(1):83.
3. Chang AB, Bush A, Grimwood K. Bronchiectasis in children: diagnosis and treatment. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10150):866–79. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361831554X>
4. King PT, Holdsworth SR, Freezer NJ, Villanueva E, Holmes PW. Characterisation of the onset and presenting clinical features of adult

- bronchiectasis. *Respir Med*. 2006;100(12):2183–9.
5. de Camargo AA, Boldorini JC, Holland AE, de Castro RAS, Lanza F de C, Athanazio RA, et al. Determinants of Peripheral Muscle Strength and Activity in Daily Life in People With Bronchiectasis. *Phys Ther*. 2018 Mar;98(3):153–61.
6. Gao Y-H, Guan W-J, Liu S-X, Wang L, Cui J-J, Chen R-C, et al. Aetiology of bronchiectasis in adults: A systematic literature review. *Respirology*. 2016 Nov;21(8):1376–83.
7. Araújo D, Shteinberg M, Aliberti S, Goeminne PC, Hill AT, Fardon T, et al. Standardised classification of the aetiology of bronchiectasis using an objective algorithm. Vol. 50, *The European respiratory journal*. England; 2017.
8. Bush A, Floto RA. Pathophysiology, causes and genetics of paediatric and adult bronchiectasis. *Respirology*. 2019 Nov;24(11):1053–62.
9. Pasteur MC, Bilton D, Hill AT. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. *Thorax*. 2010 Jul;65 Suppl 1:i1-58.
10. Chalmers JD, Aliberti S, Blasi F. Management of bronchiectasis in adults. *Eur Respir J*. 2015 May;45(5):1446–62.
11. Olcay S. Pulmonary Rehabilitation In Bronchiectasis Bronşektazide Pulmoner Rehabilitasyon. In: Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2019. p. 101–6.
12. Quint JK, Millett ERC, Joshi M, Navaratnam V, Thomas SL, Hurst JR, et al. Changes in the incidence, prevalence and mortality of bronchiectasis in the UK from 2004 to 2013: a population-based cohort study. *Eur Respir J*. 2016 Jan;47(1):186–93.
13. Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. *Eur Respir J* [Internet]. 2017 Sep 1;50(3):1700629. Available from: <http://erj.ersjournals.com/content/50/3/1700629.abstract>
14. McShane PJ, Naureckas ET, Tino G, Strek ME. Non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(6):647–56.
15. Chalmers JD, Chotirmall SH. Bronchiectasis: new therapies and new perspectives. *Lancet Respir Med*. 2018 Sep;6(9):715–26.
16. Snijders D, Fernandez Dominguez B, Calgaro S, Bertozzi I, Escribano Montaner A, Perilongo G, et al. Mucociliary clearance techniques for treating non-cystic fibrosis bronchiectasis: Is there evidence? Vol. 28, *International journal of*

- immunopathology and pharmacology. England; 2015. p. 150–9.
17. Martínez-García MÁ, Máiz L, Oliveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Spanish Guidelines on Treatment of Bronchiectasis in Adults. *Arch Bronconeumol*. 2018 Feb;54(2):88–98.
  18. Swaminathan S, Kuppurao K V, Somu N, Vijayan VK. Reduced exercise capacity in non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Indian J Pediatr*. 2003 Jul;70(7):553–6.
  19. Liaw M-Y, Wang Y-H, Tsai Y-C, Huang K-T, Chang P-W, Chen Y-C, et al. Inspiratory muscle training in bronchiectasis patients: a prospective randomized controlled study. *Clin Rehabil*. 2011 Jun;25(6):524–36.
  20. Ozalp O, Inal-Ince D, Calik E, Vardar-Yagli N, Saglam M, Savci S, et al. Extrapulmonary features of bronchiectasis: muscle function, exercise capacity, fatigue, and health status. *Multidiscip Respir Med*. 2012 Jun;7(1):3.
  21. McDonnell MJ, Aliberti S, Goeminne PC, Dimakou K, Zucchetti SC, Davidson J, et al. Multidimensional severity assessment in bronchiectasis: an analysis of seven European cohorts. *Thorax*. 2016;71(12):1110–8.
  22. de Camargo AA, de Castro RAS, Vieira RP, Oliveira-Júnior MC, Araujo AA de, De Angelis K, et al. Systemic Inflammation and Oxidative Stress in Adults with Bronchiectasis: Association with Clinical and Functional Features. *Clinics (Sao Paulo)*. 2021;76:e2474.
  23. Spinou A, Fragkos KC, Lee KK, Elston C, Siegert RJ, Loebinger MR, et al. The validity of health-related quality of life questionnaires in bronchiectasis: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2016 Aug;71(8):683–94.
  24. Dilek K, YILDIZ H. Dispne semptomunun değerlendirilmesinde dispne ölçeklerinin etkinlikleri ve kullanım sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2013;2(1):137–49.
  25. Yıldız S, Inal-Ince D, Calik-Kutukcu E, Vardar-Yagli N, Saglam M, Arıkan H, et al. Clinical Determinants of Incremental Shuttle Walk Test in Adults with Bronchiectasis. *Lung [Internet]*. 2018;196(3):343–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00408-018-0094-x>
  26. Korkmaz S, CANİTEZ Y, Çekiç Ş, Efe HP, Ocağolu G, Sapan N. Kistik fibrozis dışı bronşektazi tanılı olguların değerlendirilmesi. *Güncel Pediatr*. 2018;16(2):106–16.
  27. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013 Oct;188(8):e13-64.
  28. Chang AB, Bell SC, Torzillo PJ, King PT, Maguire GP, Byrnes CA, et al. Chronic suppurative lung disease and bronchiectasis in children and adults in Australia and New Zealand Thoracic Society of Australia and New Zealand guidelines. Vol. 202, *The Medical journal of Australia*. Australia; 2015. p. 130.
  29. Hill AT, Sullivan AL, Chalmers JD, De Soya A, Elborn SJ, Floto AR, et al. British Thoracic Society Guideline for bronchiectasis in adults. *Thorax*. 2019 Jan;74(Suppl 1):1–69.
  30. Al-Jahdali H, Alshimemeri A, Mobeireek A, Albanna AS, Al Shirawi NN, Wali S, et al. The Saudi Thoracic Society guidelines for diagnosis and management of noncystic fibrosis bronchiectasis. *Ann Thorac Med*. 2017;12(3):135–61.
  31. Muñoz G, de Gracia J, Buxó M, Alvarez A, Vendrell M. Long-term benefits of airway clearance in bronchiectasis: a randomised placebo-controlled trial. *Eur Respir J*. 2018 Jan;51(1).
  32. Vendrell M, de Gracia J, Oliveira C, Martínez-García MA, Girón R, Máiz L, et al. [Diagnosis and treatment of bronchiectasis. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery]. *Arch Bronconeumol*. 2008 Nov;44(11):629–40.
  33. DURMUŞ BB, Atalay T, YURDALAN U. Erişkin ve Geriatrik Bireylerde Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Gerektiren Hastalıklar. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*. 2021;6(2):69–81.
  34. Lee AL, Hill CJ, McDonald CF, Holland AE. Pulmonary Rehabilitation in Individuals With Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017 Apr;98(4):774-782.e1.
  35. Lee AL, Burge AT, Holland AE. Airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Nov;2015(11):CD008351.
  36. O'Neill K, O'Donnell AE, Bradley JM. Airway clearance, mucoactive therapies and pulmonary rehabilitation in bronchiectasis. *Respirology*. 2019 Mar;24(3):227–37.
  37. Mandal P, Sidhu MK, Kope L, Pollock W, Stevenson LM, Pentland JL, et al. A pilot study of pulmonary rehabilitation and chest physiotherapy versus chest physiotherapy alone in bronchiectasis. *Respir Med*. 2012 Dec;106(12):1647–54.
  38. Franks LJ, Walsh JR, Hall K, Jacuinde G, Yerkovich S, Morris NR. Comparing the Perfor



- mance Characteristics of Different Positive Expiratory Pressure Devices. *Respir Care* [Internet]. 2019;64(4):434–44. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/64/4/434>
39. Lee AL, Burge AT, Holland AE. Positive expiratory pressure therapy versus other airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane database Syst Rev*. 2017 Sep;9(9):CD011699.
40. Tambascio J, de Souza HCD, Martinez R, Baddini-Martinez JA, Barnes PJ, Gastaldi AC. Effects of an Airway Clearance Device on Inflammation, Bacteriology, and Mucus Transport in Bronchiectasis. *Respir Care*. 2017 Aug;62(8):1067–74.
41. Tambascio J, de Souza LT, Lisboa RM, Rita de Cássia VP, de Souza HCD, Gastaldi AC. The influence of Flutter® VRP1 components on mucus transport of patients with bronchiectasis. *Respir Med*. 2011;105(9):1316–21.
42. Sharma P, Prem V, Jain S. Immediate Effects of Acapella® on Dynamic Lung Compliance in Mechanically Ventilated Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome: A Case Series. *Indian J Crit care Med peer-reviewed, Off Publ Indian Soc Crit Care Med*. 2018 Feb;22(2):100–2.
43. Volsko TA, DiFiore JM, Chatburn RL. Performance Comparison of Two Oscillating Positive Expiratory Pressure Devices: Acapella Versus Flutter. *Respir Care* [Internet]. 2003;48(2):124–30. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/48/2/124>
44. McCormack P, Burnham P, Southern KW. Autogenic drainage for airway clearance in cystic fibrosis. *Cochrane database Syst Rev*. 2017 Oct;10(10):CD009595.
45. Poncin W, Reyhler G, Leeuwerck N, Bauwens N, Aubriot A-S, Nader C, et al. Short-Term Effect of Autogenic Drainage on Ventilation Inhomogeneity in Adult Subjects With Stable Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis. *Respir Care*. 2017 May;62(5):524–31.
46. Wong C, Sullivan C, Jayaram L. ELTGOL airway clearance in bronchiectasis: laying the bricks of evidence. *Eur Respir J* [Internet]. 2018;51(1). Available from: <https://erj.ersjournals.com/content/51/1/1702232>
47. Herrero-Cortina B, Vilaró J, Martí D, Torres A, San Miguel-Pagola M, Alcaraz V, et al. Short-term effects of three slow expiratory airway clearance techniques in patients with bronchiectasis: a randomised crossover trial. *Physiotherapy*. 2016;102(4):357–64.
48. Chalmers JD, Sethi S. Raising awareness of bronchiectasis in primary care: overview of diagnosis and management strategies in adults. *NPJ Prim care Respir Med*. 2017 Mar;27(1):18.
49. Saygı EK, Coşkun ÖK. Kistik fibrozis hastalarında pulmoner rehabilitasyon. *Turkish J Phys Med Rehabil Fiz Tip ve Rehabil Derg*. 2017;63(1).
50. Ramos EMC, Ramos D, Moreira GL, Macchione M, Guimarães ET, Rodrigues FMM, et al. Viscoelastic Properties of Bronchial Mucus After Respiratory Physiotherapy in Subjects With Bronchiectasis. *Respir Care* [Internet]. 2015;60(5):724–30. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/60/5/724>
51. Bilton D, Daviskas E, Anderson SD, Kolbe J, King G, Stirling RG, et al. Phase 3 randomized study of the efficacy and safety of inhaled dry powder mannitol for the symptomatic treatment of non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Chest*. 2013 Jul;144(1):215–25.
52. Lee AL, Hill CJ, Cecins N, Jenkins S, McDonald CF, Burge AT, et al. The short and long term effects of exercise training in non-cystic fibrosis bronchiectasis--a randomised controlled trial. *Respir Res*. 2014 Apr;15(1):44.
53. Sawyer A, Cavalheri V, Hill K. Effects of high intensity interval training on exercise capacity in people with chronic pulmonary conditions: a narrative review. *BMC Sport Sci Med Rehabil*. 2020;12:22.
54. Kabitz H-J, Lang F, Walterspacher S, Sorichter S, Müller-Quernheim J, Windisch W. Impact of impaired inspiratory muscle strength on dyspnea and walking capacity in sarcoidosis. *Chest*. 2006 Nov;130(5):1496–502.
55. Lötters F, van Tol B, Kwakkel G, Gosselink R. Effects of controlled inspiratory muscle training in patients with COPD: a meta-analysis. *Eur Respir J*. 2002 Sep;20(3):570–6.
56. Koulouris NG, Retsou S, Kosmas E, Dimakou K, Malagari K, Mantzikopoulos G, et al. Tidal expiratory flow limitation, dyspnoea and exercise capacity in patients with bilateral bronchiectasis. *Eur Respir J*. 2003 May;21(5):743–8.
57. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 Dec;192(11):1373–86.
58. Pehlivan E, Niksarlıoğlu EY, Balcı A, Kılıç

L. The Effect of Pulmonary Rehabilitation on the Physical Activity Level and General Clinical Status of Patients with Bronchiectasis. Turkish Thorac J. 2019 Jan;20(1):30–5.

59. José A, Holland AE, Selman JPR, de Camargo CO, Fonseca DS, Athanazio RA, et al. Home-based pulmonary rehabilitation in people with bronchiectasis: a randomised controlled trial. ERJ open Res. 2021 Apr;7(2).

60. Burdea GC. Virtual rehabilitation--benefits and challenges. Methods Inf Med. 2003;42(5):519–23.

61. Rutkowski S, Rutkowska A, Kiper P, Jastrzebski D, Racheński H, Turolla A, et al. Virtual Reality Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020;15:117–24.

## Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri

### Problems Experienced By Healthcare Professionals Caring For Palliative Care Patients and Solution Suggestions

Tuğba MENEKLİ<sup>1</sup>

#### ÖZ

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner yaklaşım gerektiren, birçok daldan sağlık çalışanının dahil olduğu bir takım çalışmasıdır. Deneyimli ve eğitilmiş sağlık personeli ve gönüllülerden oluşan bir ekip tarafından hizmet sunulur Palyatif bakım uygulamasında yaşanan problemleri; politika, eğitim, ilaç ulaşılabilirliği ve uygulamaya yönelik engeller olarak sıralanmaktadır. Sağlık çalışanları hem karşılaştıkları güçlükler yüzünden hem de güçlüklerle mücadele etme sürecinde ölüm kaygısı, stres ve tükenmişlik, iş doyumunda azalma, etik sorunlar, merhamet yorgunluğu yaşamaktadırlar. Çalışanların eğitilmişlikleri, donanımları, çalıştıkları branşla ilgili beklentileri ve düşünceleri verdikleri hizmetin kalitesini direkt olarak etkilemektedir. Çalışanların yeterliliklerinin sağlanması, eğitimlerinin standardizasyonu; Palyatif bakım uygulamalarına hakimlikleri açısından önemlidir. Palyatif bakım ünitelerinin kalitesinin artırılması, ulaşılacak hasta sayısının yükseltilmesi, sağlık sisteminde daha aktif rol alması bu şekilde sağlanabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif Bakım, Problem Çözme, Sağlık Çalışanı

#### ABSTRACT

Palliative care service is a team effort that requires a multidisciplinary approach and includes health professionals from many branches. Service is provided by a team of experienced and trained health personnel and volunteers. Problems experienced in palliative care practice; policy, education, drug availability, and barriers to practice. Health workers experience death anxiety, stress and burnout, decrease in job satisfaction, ethical problems, compassion fatigue, both because of the difficulties they face and in the process of struggling with them. The training, equipment, expectations and thoughts of the employees directly affect the quality of the service they provide. Ensuring the qualifications of employees, standardization of their training; It is important for their mastery of palliative care practices. In this way, it will be possible to increase the quality of palliative care units, increase the number of patients to be reached, and take a more active role in the health system.

**Key Words:** Palliative Care, Problem Solving, Health Personnel

---

**Geliş Tarihi/Received:**15.02.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:**17.10.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online**

**Date:**28.02.2023

**Doi:** 10.57224/jhpr.1073872

<sup>1</sup> Doç. Dr. Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, [tugbamenekli2013@gmail.com](mailto:tugbamenekli2013@gmail.com)

ORCID: 0000-0002-8291-8274.

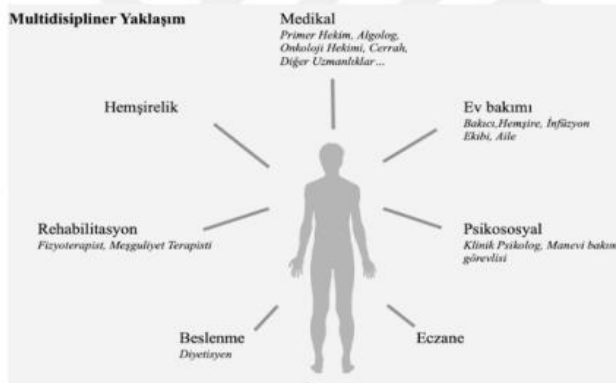
**Sorumlu yazar/Correspondence:** Tuğba MENEKLİ, [tugbamenekli2013@gmail.com](mailto:tugbamenekli2013@gmail.com)

**Cite this article as:** Menekli, T. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri. J Health Pro Res 2023;5(1):81-88.

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakımı kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşların, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesi olarak tanımlamaktadır (1,2). Palyatif bakım hizmeti multidisipliner yaklaşım gerektiren, birçok daldan sağlık çalışanının dahil olduğu bir takım çalışmasıdır. Deneyimli ve eğitilmiş sağlık personeli ve gönüllülerden oluşan bir ekip tarafından hizmet sunulur (1-3). Palyatif; hekim, hemşire, hasta bakım personeli, fizyoterapist, beslenme uzmanı, eczacı, psikososyal destek uzmanları, gönüllüler gibi çok yönlü yaklaşımı sağlayacak karma ekipten oluşan bir takım oyunudur (2, 4) (Şekil 1).

Hastalara doğrudan hizmet veren sağlık çalışanlarının amacı hayatının son döneminde olan hastalara ve ailelerine yardımcı olmaktır. Ancak bu amaç doğrultusunda hareket eden sağlık çalışanları görevlerini icra ederken birçok güçlükle mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar (3,4). Sağlık çalışanları hem karşılaştıkları güçlükler yüzünden hem de güçlüklerle mücadele etme sürecinde ölüm kaygısı, stres ve tükenmişlik, iş doyumunda azalma, etik sorunlar, merhamet yorgunluğu yaşamaktadırlar (1, 4).



Şekil 1. Palyatif Bakımda Multidisipliner Yaklaşım ve Hasta

## Palyatif Bakım Uygulamasında Yaşanan Sorunlar ve Engeller

Palyatif bakım uygulamasında yaşanan problemleri; politika, eğitim, ilaç ulaşılabilirliği ve uygulamaya yönelik engeller olarak sıralanmaktadır (5,6).

Politika ile ilgili engeller; Palyatif bakımın kanun ve mevzuatlarla yeterince desteklenmemesi, evde bakım uygulamaları gibi bazı Palyatif bakım uygulamalarının sigorta kapsamı dışında kalması ve yeteri kadar mali desteğin olmaması, Palyatif bakımı anlatan ve tanımlayan ulusal standartlar, klinik rehberler ve protokollerin olmamasıdır (5-7).

Eğitim ile ilgili engeller; Palyatif bakım adına tanımlanmış tıbbi uzmanlık, alt (yan dal) uzmanlıkların kurulmaması, hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının eğitiminin Palyatif bakım eğitimini içermemesi, Palyatif bakım kavramı hakkında gerek toplumda gerek sağlık profesyonelleri arasında farkındalığın olmamasıdır (2, 6).

İlaç ulaşılabilirliğindeki engeller; sağlık personeli ve hastanın opioid fobisi, bağımlılık korkusu, opioidlerin teminindeki zorluklar, kırmızı ve yeşil reçeteye ulaşılabilirlikte ve reçete yazma mevzuatında güçlükler, opioidlerin çeşitliliğinin az olması ve eczanelerde temin edilmesindeki engellerdir (1, 4).

Uygulamaya yönelik engeller; ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınması ya da giderilmesi için semptom yönetimi ve standartları bilmemek, sağlık personelinin iş yükünün fazlalığı ve personel eksikliği, belirtileri tanımama ve "lüzum halinde" olan ilaçların iyi uygulanmaması, hastaların semptomlarını söylememesi ve ifade edememesi ile hastanelerde uygun Palyatif bakım alanlarının olmamasıdır (5, 7).

Palyatif bakım süreçlerinde üzerinde durulan olgulardan biri de ağrıdır. Bu açıdan ağrı kontrolüyle alakalı bazı engeller ortaya çıkabilmektedir. Bu engeller şunlardır (5, 8):

- Sağlık çalışanları ile hastanın opioid korkusunun mevcut olması (bağımlılık korkusu vb.),
- Kırmızı ile yeşil reçete teminindeki zorluklarla bu reçetelerin yazılmasıyla alakalı mevzuattaki zorluklar,
- Farklı opioidlerin olmaması ile eczanelerden sağlanmasının zor olmasıdır.

## Palyatif Bakım Çalışanlarının Karşılaştıkları Güçlükler ve Çözüm Önerileri

Terminal dönemin hasta, hasta yakınları ve terminal dönemdeki hastalarla çalışan sağlık ekibi

için zorlayıcı bir durum olduğu aşikârdır. Hastanın içerisinde bulunduğu fiziksel ve psikolojik değişikliklerden kaynaklanan zorlu durumlar, palyatif bakım servislerinde çalışan hastane personelini hem fiziksel hem de psikolojik açıdan zorlamaktadır (4, 7, 8). Sağlık çalışanlarının terminal dönemdeki hastalara hizmet verirken yaşadıkları güçlüklerin tespiti için yurt dışında da birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçları da yukarıda sayılan güçlükleri destekler niteliktedir (3, 8). Palyatif bakım çalışanları sık sık ölümle karşılaşmalarından dolayı yoğun bir şekilde ölüm kaygısı yaşayabilmektedirler. Ayrıca palyatif bakım çalışanlarının yaşadıkları güçlükler stres ve tükenmişlik sendromuna sebep olmaktadır. Merhamet yorgunluğu, iş doyumunda azalma ve etik ikilimler de yaşadıkları en önemli sorunlar arasında sayılmaktadır (2, 6).

### Ölüm Kaygısı

Ölüm olgusu her zaman yaşamın ayrılmaz bir parçası olduğu için, çağlar boyu insanlar ölüm üzerine düşünmüş ve onu tanımaya çalışmıştır. İnsanlar için hala bilinmezliğini koruyan ölüm geçmişten günümüze kadar birçok şekilde tanımlanmıştır; “canlı varlıklarda yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona ermesi, hayatın sonu, yaşamın bitişi, ömrün sona ermesi, acı bir kayıp, katlanılması gereken bir yaşam gerçeği, yaşamın zenginleşmesi, hiçliğin içinde erimek ya da değişim” bunlardan bazılarıdır (8, 9). Sağlık alanında ölüme ilişkin tanımlarda ise, canlı sistemin fonksiyonelliğinin sona ermesine yapılan vurgu öne çıkmaktadır (10).

Geçmişten günümüze kadar ölüme ilişkin yapılan tüm konuların kökeninde ölüm kaygısı yer almaktadır. Ölüm kaygısı, insanın evrimsel sürecinde hayatta kalmasına yardımcı olan bir savunma mekanizmasıdır. Ölüm kaygısının altında yatan temel beyin sistemleri; amigdala, hipokampus ve ilgili kortikal alanlardır (9-11). İnsanlarda, iki duygusal hafıza sistemi paralel hareket ettiği ve aynı uyaranlar tarafından aynı anda aktive edildiği için ölümle ilgili tehditle ilgili algılar, insanlardaki hafıza yapılarının oluşumundaki bilişsel süreçlerle birleşmektedir (9, 12). İnsan yaşamının birgün sona ereceğini bilen tek canlıdır. Bu bilgi bireyi anlamlı yaşayıp yaşamadığı konusunda kaygılandırır. Ölüm kaygısı, çoğunlukla bireylerin bilicisizliğinde yaşanan kaçınılmaz bir kaygıdır (9, 11). İnsanların

evrensel olarak taşıdığı bu kaygı, ölümle yakından ilişkili olan hemşireleri genel popülasyona oranla çok daha fazla etkilemektedir (9, 10). Özellikle palyatif hastaların bakımından sorumlu sağlık çalışanları sıklıkla ölümle yüzleşmektedir. Bu deneyim, sağlık çalışanlarına kendilerinin ve yakınlarının ölümlülüklerini hatırlatarak onlarda anksiyete yaratabilmektedir (11, 12). Yapılan çalışmalar, palyatif bakım kliniklerinde çalışan sağlık çalışanlarının ölüm kaygısı yaşadığını bildirmektedir (9-12). Sağlık çalışanlarının yaşadığı bu kaygı hastalara sundukları bakımı da etkilemektedir (11, 12). Yapılan bazı çalışmalarda, çalışanlarda ölüm kaygısı arttıkça bakım verdikleri hastaya olan olumsuz tutumlarının da artabileceği bildirilmektedir (10, 11). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının hastaya daha nitelikli bakım sunabilmesi için ölüm kaygılarının azalması gerektiği savunulmaktadır (10-12).

Ölüm kaygısını yaş, cinsiyet, medeni durum, ölüm deneyimleri ve kültür gibi değişkenlerin etkilediği bilinmektedir (9, 10). Tüm bu çalışmalar göstermektedir ki palyatif bakım çalışanlarının kendi ölüm kaygıları ile yüzleşmeleri, hasta ve yakınlarıyla kurdukları empati terminal dönemdeki hastaların bakım kalitesini etkileyecektir. Hemşirelerin ölüm kaygısı ile gerçek bir yüzleşme yaşaması, onların empati düzeyinin artmasını sağlayarak ölümcül hastadan kaçınıcı tutumunun azalmasında etkili olabilecektir (9, 11, 12). Kendisinin ve sevdiklerinin ölümlülüğü ile yüzleşebilen palyatif bakım çalışanları hastaların ihtiyaç duydukları bütüncül bakımı sunabilirler (9, 11). Ayrıca ölümle yüzleşme çalışanların kendileriyle ilgili farkındalıklarının artmasıyla birlikte hem kendilerinin hem de hastaların anlam arayışına katkı sunabilir (9, 12). Ölüm kaygısını açıklamaya çalışan varoluşçu yaklaşım, bireylerin ölümü inkar etmeden kendi ölümleri ile yüzleşmelerinin bireylerin anlam arayışı yolculuğunda yaşamsal bir önemi olduğunu vurgulamaktadır (11, 12). Ancak bireyler ölümle yüzleşmenin güçlüğü karşısında genellikle ölümlülüğü inkar ederek bu yüzleşmeden kaçınmaktadır. Ölüm varoluşsal gerçeklerden biridir ve hastaların anlam arayışında kilit rol oynayan sağlık çalışanları ölümle yüzleşerek sorumluluğu alabilmelidir (9-11).

### Stres- Tükenmişlik

Çağımızın en büyük hastalığı olan stres toplumda her kesimden insanı etkilemektedir. Yapılan araştırmalar gösteriyor ki strese en çok sağlık çalışanları maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanları arasında ise hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli etkileşim ve iletişim halinde olan hemşirelerde daha çok stres görülmektedir. Stres, Latince kökenli bir sözcük olan “estricia” dan gelmektedir. 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18 ve 19. yüzyıllarda ise bir nesnenin veya insanın, bir tür gücün etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı oluşturduğu direnç anlamında kullanılmaya başlamıştır (13, 14)

Sağlık çalışanlarının yaşadığı güçlüklerle ilgili literatüre bakıldığında; karşımıza “tükenmişlik” ve “stres” kavramları çıkmaktadır (13, 15). Stres; bireyin fizyolojisi ve psikolojisi üzerinde baskı oluşturan düşünce, duygu ve davranış olarak tanımlanmıştır (16). İnsanlara doğrudan hizmet veren ve bu hizmet sırasında sürekli hizmet alan kişilerle yüz yüze ilişki içinde olunan meslek gruplarında belirli ruhsal sıkıntılar yaşanabilmektedir. İnsana yönelik hizmetin ön planda olduğu sağlık kurumları bu meslek gruplarının ilk sıralarında sayılabilmektedir. (14, 15). Hizmet alan grubun hastalardan oluştuğu düşünüldüğünde bu zorluğun derecesi daha iyi anlaşılabilir. Ayrıca palyatif bakımın terminal dönemdeki hastalara hizmet veren bir bölüm olmasından dolayı çalışanlar yoğun stresle karşılaşabilmektedir. Tükenmişlik sendromu, uzun süreli strese bağlı yorgunluk, bitkinlik, gerginlik, yoğun çalışmaya karşın sonuç alamama ve yetersizlik belirtileri ile kendini gösteren bir ruhsal durumdur (17, 18)

### İş Doyumunda Azalma

Hemşirelerin yaşamının büyük bir bölümünü iş yaşamı oluşturmaktadır. İş yaşamındaki olumlu-olumsuz her durumun bireylerin genel yaşamında da etkili olacağı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak, iş doyumunu ve yaşam doyumunun iç içe geçmiş, birbirlerini etkileyen ve tamamlayan kavramlar olduğu düşünülmektedir (19, 20). Literatürde iş doyumunun, kişilerin yaşamlarından doyum sağlamaları için gerekli bir unsur olduğunu buna bağlı olarak yaşam doyumunun iş doyumunun sağlanmasını içerdiğini belirtilmektedir (9, 19). İş yaşamının farklı

yönlerinin ve işten aldıkları doyumun hemşirelerin yaşam doyumunu ve iyilik durumunu güçlü bir şekilde etkileyebildiği vurgulanmaktadır (7, 20). Çünkü iş yaşamındaki hayal kırıklığı, mutsuzluk ve isteksizlik durumları çalışanların genel yaşamlarını da etkilemekte ve yaşamdan doyum sağlanamamasına neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak kişilerin aile, arkadaşlık ve çevresi ile ilişkileri de olumsuz etkilenerek, fiziksel ve ruhsal sağlıkları bozulabilmektedir (19, 20). Yaşam doyumunu, aile, arkadaş ilişkileri, fiziksel ve ruhsal sağlık, iş yaşamı gibi birçok alanı bünyesinde barındırmaktadır. Kişilerin bu alanlara göre kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan, hayata karşı genel tutumunu yansıtan, iş dışındaki yaşama yönelik duygusal tepkisi yaşam doyumunu olarak tanımlanmaktadır (13, 20).

### Merhamet Yorgunluğu

Palyatif bakım çalışanlarının çalışma ortamlarında uygulanan tedavinin karmaşıklığı, hastalar ve ailelerle uzun süreli yoğun ilişki, ölüme tanıklık etmek, kayıplara bağlı başarısızlık hissi yaşamak, iş yükü dâhil olmak üzere çok sayıda stres faktörleri yer almaktadır (21, 22). Merhamet yorgunluğu, bakım vericinin başkalarına empati kurma ve bakım verme isteği ile becerisi ve enerjisinde yaygın azalmaya neden olan fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal anlamda tükenme olarak tanımlanmaktadır. Merhamet yorgunluğu, bakım vericiyi kendi durumu ya da yaşamı konusunda yorgun, bunalmış, çaresiz ve umutsuz hale getirebilir (21, 23). Özellikle uzun süre acı çeken bireylerle çalışan kişilerin beklenmedik bir şekilde kendilerini acı çekmiş bir halde bulduklarına dikkat çekilmektedir (20-23).

Palyatif bakım biriminde çalışan ekibin merhamet yorgunluğuna yönelik çalışmalara bakıldığında ise; 387 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, palyatif bakım kliniklerinde çalışanların orta seviye merhamet yorgunluğu yaşadığı (22), bir diğer araştırmada ise 22 hastanede yer alan 216 hospis hemşiresi ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %78'inin merhamet yorgunluğuna karşı orta riskli grupta yer aldığını, %26 'sının ise yüksek riskli grupta yer aldığını bildirmektedir (23). Çalışmada, ağır hasta iş yükü, kısa sürede ortaya çıkan çoklu ölümler ve vardiyalı çalışmanın hemşireler üzerinde strese neden olduğu ve buna bağlı olarak merhamet yorgunluğuna yol açabileceği bildirilmektedir

(23). Literatürde tümü kadın olan ve 11-33 yıllık çalışma deneyimine sahip 6 palyatif bakım hemşiresi ile yürüttüğü çalışma sonucunda hemşirelerinin tümünün merhamet yorgunluğu açısından risk altında bulunduğunu ve 1 tanesinin de araştırma esnasında 24 merhamet yorgunluğu belirtilerini gösterdiği bildirmektedir (24). Sağlık çalışanlarının zorlu çalışma ortamlarının düzenlenmesinin, duygularına karşı dürüst olmalarının, çalışma arkadaşlarıyla bilgi alışverişinde bulunmanın, hastalarla sınırları belirlemenin ve iş dışında fiziksel aktivite yapmanın merhamet yorgunluğunu önlemeye yönelik uygulanabilecek korunma stratejileri olduğu belirtilmektedir (21-23). Frey ve ark. (2018)'nin yaptığı bir başka çalışmada ise palyatif bakımda görev alan 15 sağlık çalışanını ele alınmakta ve hemşirelerin bir çoğunun merhamet yorgunluğu riski taşıdığı bildirilmektedir. Ayrıca iş yükü ve mola vermeden çalışmanın merhamet yorgunluğu yaşama riskini arttırdığı belirtilmektedir (24). O'Mahony ve ark. (2018)'nin palyatif bakım profesyonellerinin iş yaşamını ele aldığı çalışmada, çalışanların %25 'inin merhamet tatmini, % 20,6 'sının merhamet yorgunluğu ve % 29,3 'ünün tükenmişlik yaşadığı bildirilmektedir (25). Aynı çalışmada, daha fazla farkındalık seviyesine sahip sağlık profesyonellerinin daha düşük merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşadığı belirtilmektedir. Literatürde kanser palyatif bakım merkezinde çalışan sağlık çalışanlarını arasında hekim-hemşirelerin haftada gördüğü vaka sayısı ile merhamet yorgunluğu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve hemşirelerin %95,4'ünün merhamet yorgunluğu yaşadığını ortaya koymaktadır (21, 23) Brito-Pons ve Librada-Flores (2018) yaptıkları çalışma sonucunda hemşirelerin ve hekimlerin %51,5'i merhamet yorgunluğu açısından yüksek riskli, %36,2'si orta riskli olduğunu bildirmektedir (26). Aynı çalışma sonucuna göre, 41-51 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarında, 12-22 yıl meslekte çalışma süresine sahip olanların 23-33 yıl çalışma süresine sahip olanlara göre, erkeklerin kadınlara göre, palyatif bakımla ilgilenmeyi sevmeyenlerin sevenlere göre, bakım verdiği hastadan etkilendiğini ifade edenlerin etkilenmeyenlere göre daha yüksek oranda merhamet yorgunluğu yaşadığı ifade edilmektedir (26).

### Etik sorunlar

Palyatif bakım süreçlerinde hemşireler ile diğer sağlık çalışanlarının en zorlandığı konulardan biri etik kavramıdır. Özellikle palyatif bakım süreçlerinde sağlık çalışanları oldukça ikilem yaşayabilmektedirler (27, 28). Ölümcül rahatsızlıkla veya kanserli olarak hayatı sürmenin ruhsal ve sosyal durumu farkında olan sağlık çalışanları tedavilerin etkinliğini yükselten, geçici bakım metotları bulan, hasta arzularını karşılayan, hastaları “ölüm” kavramına alıştıran ve hastalıkların yan etkileriyle baş etmelerini sağlayan çalışanlar olarak karşımıza çıkmaktadır (27,30). Söz konusu bu çalışmalar kapsamında, sağlık çalışanları büyük görevler üstlenmektedirler. Bu açıdan hemşireler bu konularla alakalı olarak ağrıyı dindirme, insani bakım sağlama, gerçeği açıklama, aydınlatma benzeri etik sorumlulukları yüklenmektedirler (28,30). Bu sebepten dolayı palyatif bakım süreçlerinde görev alan hemşirelerin etik yeterliliğe sahip olması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının palyatif bakım sürecinde temel etik ilkelere bağlı kalması ve sorunları bu ilkelere göre çözmesi gerekmektedir (27, 29)

Palyatif bakım sürecinde açığa çıkan etik sorunlarının hasta hakları, insan hakları, ölümü geciktiren uygulamaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri gibi konularla beraber değerlendirilmesi gerekmektedir (28, 29).

### Etik Sorunlara Yönelik Prensipler

Palyatif bakım sürecinde ortaya çıkabilecek etik sorunlara ilişkin bazı prensiplere bağlı kalınması sorunların çözüme ulaştırılması açısından etkili olacaktır.

Bu prensipler şunlardır (27- 31):

- Ailenin, hastanın ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına ve kararlarına saygı duymak,
- Aile ve hastanın ihtiyaçlarıyla ve seçimleriyle uyuşan iletişim kanalının geliştirilerek, ailenin palyatif bakıma tam bir şekilde katılmasını sağlamak,
- Palyatif bakım süresince sağlık ekibinin aile fertleriyle görüşmesi sağlanmalı ve bakım amaçlarıyla alakalı aileyle aynı fikirde olunmalı,
- İhtiyaçlar ve amaçlarla alakalı olarak belli aralıklarla değerlendirmeler yapılmalıdır.

### **Palyatif Bakım Sağlık Çalışanlarının Sahip Olması Gereken Nitelikleri**

Etkin ve kaliteli bir palyatif bakım sağlanabilmesi için palyatif bakım ekibinin empati yeteneği gelişmiş olmalıdır. Hastayı günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda değerlendirmeli, bağımsız aktivitelerini desteklemelidir (1-3). Hasta ve bakım verenlerine yönelik bakım planlarını, günlük yaşam aktiviteleri ve psikososyal gereksinimlerine göre planlamalıdır. Hastanın ve bakım verenlerinin baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olmalıdır. Hastaların semptom yoğunluğunu değerlendirmeli ve semptomların kontrol altına alınmasını sağlamalıdır (4, 6). Hasta ve bakım verenlerinin mahremiyetinin sağlanmasında yardımcı olmalıdır. Hastanın tedavisi ve bakımının sürekliliğinin sağlanmasında yardımcı olmalıdır. Hasta ve bakım verenlerinin sağlık ekibi ile iletişimde sürekliliği sağlamalıdır. Ekip içi koordinasyonu sağlamalıdır. Hasta ve bakım verenlerinin haklarını korumalıdır (11, 15). Tüm bireyler eşsizdir. Bakım gereksinimleri farklıdır, bu sebeple bakım planı bireye özgü yapılmalıdır. Hastanın huzurlu bir şekilde ölebilmesi için gerekli çevre düzenlemesini yapmalıdır. Bakım verenleri/aileyi, ölüm sırasında oluşabilecek durum, belirti-bulgu yönünden bilgilendirmelidir (17, 32). Tedavide kullanılan ilaçlar hakkında hastayı ve bakım verenlerini bilgilendirmelidir (etki, yan etki, uygulama şekli, etki süresi vb.). Hasta ve bakım verenlerinden geribildirim almalıdır (bilinçsiz hastalar için geçerli değildir), soru sormaları için cesaretlendirmelidir. Bakım verenlerinin / ailenin gerçekleştirmek istediği dini ya da kültürel bir uygulama varsa, uygunluğunu değerlendirip gerekirse destek sağlamalıdır. Hasta ve bakım verenlerine diğer disiplinlerden nasıl yardım alabileceği konusunda danışmanlık yapmalıdır. Bakım, beceri ve özgüven konusunda sürekli eğitim almalıdırlar (19-23).

### **Palyatif bakım sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlara yönelik sorumlulukları**

Sağlık ekibi, hasta ve yakınlarının beklenti ve isteklerini göz önünde bulundurarak bakımı planlama ve uygulama rolleri üstlenmektedir (1, 7). Bakımın kanıta dayalı iyi uygulama örnekleri doğrultusunda sunulması önemlidir. Bununla birlikte hasta bakımı, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve spiritüel yönleri dikkate

alınarak kapsamlı, koordineli, şefkatli ve bütüncül olarak planlanmalıdır (9, 23). Hasta ve yakınları farklı kültürel inanç ve değerlere sahiptir. Bu doğrultuda ekip, spiritüel ve dinî inançlara saygılı, kültürel farklılıklara duyarlı, bütüncül bir bakım sunmalıdır. Diğer yandan ölüme yaklaşmakta olan hastaya sunulan bakım; barışçıl ve onurlu ölüme katkıda bulunabilecek nitelikte olmalıdır (24, 29). Sağlık ekibi, ölüme yaklaşmakta olan hasta yakınlarını bakım, tedavi ve hastanın prognozu hakkında bilgilendirmelidir (6, 8). Yas sürecinde olan hasta yakınlarına özenli ve destekleyici bir bakım sunulmalıdır. Hasta yakınlarının kaybı ve kederi kabul etmelerine ve yaşadıkları durumla başa çıkmalarına yardımcı olunmalıdır (3, 7). Sağlık ekibi, hasta ve ailesinin öğrenme gereksinimlerini belirlemeli; hastalık ve tedavi süreci, ilaçlar, ağrı ve semptom yönetimi, acil durumlar hakkında bilgi vermelidir (2). Klinik problemleri tanımlama, veri toplama, araştırma projelerini/çalışmalarını geliştirme, yürütme ve denetleme, kalite iyileştirme, kanıta dayalı araştırma sonuçlarını uygulamaya aktarma, politika ve prosedürler oluşturma gibi rollerini yerine getirmelidir (11, 17). Hasta ve yakınlarına zaman ayırma, etkili iletişim kurma, dinleme, konuşmaya cesaretlendirme, duygularını ifade etmelerine fırsat verme, ölüme yaklaşan hasta yakınlarının yanlarında bulunma gibi sorumlulukları da bulunmaktadır (3-6).

Çalışanların eğitilmişlikleri, donanımları, çalıştıkları branşla ilgili beklentileri ve düşünceleri de verdikleri hizmetin kalitesini direkt olarak etkilemektedir. Çalışanların yeterliliklerinin sağlanması, eğitimlerinin standardizasyonu; palyatif bakım uygulamalarına hakimlikleri açısından önemlidir. Palyatif bakım ünitelerinin kalitesinin artırılması, ulaşılabilecek hasta sayısının yükseltilmesi, sağlık sisteminde daha aktif rol alması bu şekilde sağlanabilecektir (8-10).

### **Sonuç**

Palyatif bakım hastalarına bakım veren sağlık çalışanları palyatif bakım uygulamalarında pek çok engellerle karşılaşmaktadır. Ayrıca ölüm kaygısı, stres ve tükenmişlik, iş doyumunda azalma, etik sorunlar, merhamet yorgunluğu yaşamaktadırlar. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının bu sorunlarını düzeylerini azaltmaya yönelik önlemler alınmalıdır. Ölümcül hastaya bakım vermenin sağlıkçılar üzerinde yarattığı zorluklar



çalışmalar yapılarak anlaşılır hale getirilmelidir. Palyatif bakım servislerinde bu konuda eğitim almış kişiler çalıştırılmalı ve düzenli hizmet içi eğitimler verilmelidir. Bunun yanında hastaların bakım kalitesine etkisi göz önüne alınarak, hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama durumunun araştırılması ve bu durumla etkili mücadele etmeye ilişkin kurumsal politika ve stratejilerin geliştirilmesi önerilebilir.

### Kaynaklar

- Whitehurst JL, Rowlands J. Helping palliative care healthcare professionals get the most out of mentoring in a low-income country: a qualitative study. *BMC palliative care* 2016;15(1), 1-9.
- Enguidanos S, Cardenas V, Wenceslao M, Hoe D, Mejia K, Lomeli S, et al. Healthcare provider barriers to patient referral to palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2021;38(9), 1112-1119.
- Mills J, Wand T, Fraser JA. Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review. *International journal of palliative nursing* 2017; 23(5), 219-229.
- Hawley P. Barriers to Access to palliative care. *Palliative Care: Research and Treatment*, 2017;20(10), 1-5.
- Gopal KS, Archana PS. Awareness, knowledge and attitude about palliative care, in general, population and healthcare professionals in tertiary care hospital. *Int J Sci Stud* 2016; 3(10), 31-5.
- Parola V, Coelho A, Sandgren A, Fernandes O, Apóstolo J. Caring in palliative care: A phenomenological study of nurses' lived experiences. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2018;20(2), 180-186.
- Black A, McGlinchey T, Gambles M, Ellershaw J, Mayland CR. The 'lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting—a qualitative study. *BMC palliative care* 2018;17(1), 1-10.
- Chaturvedi SK. Problems and needs of patients in palliative care. *Cancer Research, Statistics, and Treatment* 2020; 3(1), 115.
- Green A, Jerzmanowska N, Green M, Lobb EA. 'Death is difficult in any language': A qualitative study of palliative care professionals' experiences when providing end-of-life care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *Palliative medicine* 2018; 32(8), 1419-1427.
- Bitter A, Lee M. 22 The Collaboration of Palliative Care and Oncology Social Work. *The Oxford Textbook of Palliative Social Work* 2022; 240.
- Roberts D. The future: Developing collaborative palliative care. *In Collaborative Practice in Palliative Care* 2021;110-120). Routledge.
- Samson T, Shvartzman P. Association between level of exposure to death and dying and Professional quality of life among palliative care workers. *Palliative & supportive care* 2018; 16(4), 442-451.
- Kim M. The problems and the improvement plan of the hospice/palliative care and dying patient's decisions on life-sustaining treatment. *The Korean journal of hospice and palliative care* 2018; 21(1), 1-8.
- Fitch MI, DasGupta T, Ford B. Achieving excellence in palliative care: Perspectives of healthcare professionals. *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 2016; 3(1), 66.
- Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of pain and symptom management* 2015; 50(2), 200-207.
- Chan WCH, Fong A, Wong KLY, Tse DMW, Lau KS, Chan LN. Impact of death work on self: existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health & Social Work* 2016;41(1), 33-41.
- Dijxhoorn AFQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative medicine* 2021; 35(1), 6-26.
- Ercolani G, Varani S, Peghetti B, Franchini L, Malerba MB, Messana R, et al. Burnout in home palliative care: what is the role of coping strategies?. *Journal of palliative care* 2020; 35(1), 46-52.
- Wallerstedt B, Benzein E, Schildmeijer K, Sandgren A. What is palliative care? Perceptions of healthcare

- professionals. *Scandinavian journal of caring sciences* 2019; 33(1), 77-84.
20. Kalies H, Schöttmer R, Simon ST, Voltz R, Crispin A, Bausewein C. Critical attitudes and beliefs towards guidelines amongst palliative care professionals—results from a national survey. *BMC palliative care*, 2017;16(1), 1-9.
  21. Galiana L, Sansó N, Muñoz-Martínez I, Vidal-Blanco G, Oliver A, Larkin PJ. Palliative care professionals' inner life: Exploring the mediating role of self-compassion in the prediction of compassion satisfaction, compassion fatigue, burnout and wellbeing. *Journal of Pain and Symptom Management* 2022; 63(1), 112-123.
  22. Cross LA. Compassion fatigue in palliative care nursing: a concept analysis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2019;21(1), 21.
  23. Kase SM, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliative & supportive care* 2019; 17(3), 269-275.
  24. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Applied Nursing Research* 2018; 43, 1-9.
  25. O'Mahony S, Ziadni M, Hoerge M, Levine S, Baron A, Gerhart J. Compassion fatigue among palliative care clinicians: findings on personality factors and years of service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2018;35(2), 343-347.
  26. Brito-Pons G, Librada-Flores S. Compassion in palliative care: A review. *Current opinion in supportive and palliative care* 2018;12(4), 472-479.
  27. Goss AL, Creutzfeldt CJ. Prognostication, Ethical Issues, and Palliative Care in Disorders of Consciousness. *Neurologic clinics* 2022; 40(1), 59-75.
  28. Muldrew DH, McLaughlin D, Brazil K. Ethical issues experienced during palliative care provision in nursing homes. *Nursing ethics* 2019; 26(6), 1848-1860.
  29. De Panfilis L, DiLeo S, Peruselli C, Ghirrotto L, Tanzi S. "I go into crisis when...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC palliative care* 2019; 18(1), 1-8.
  30. Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *American journal of critical care* 2018; 27(4), 295-302.
  31. Panas A. Qualifications, competencies and professional liability of palliative care nurses. *Palliative Medicine in Practice*. 2022
  32. May S, Gabb F, Ignatyev Y, Ehrlich-Repp J, Stahlhut K, Heinze M, Muehlensiepen F. Mental and Physical Well-Being and Burden in Palliative Care Nursing: A Cross-Setting Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022;19(10), 6240.

## Maternal - Paternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler ve Ebelik Yaklaşımları

### Factors Affecting Maternal - Paternal Attachment and Midwifery Approaches

Esmâ GÜNEŞ<sup>1</sup>, Cansu IŞIK<sup>2</sup>

#### ÖZ

Maternal ve paternal bağlanma bebeğin zihinsel ve fiziksel gelişimi için son derece önemli bir kavramdır. Geçmişten günümüze sıklıkla maternal bağlanma üzerinde durulmuştur. Günümüzde paternal bağlanmanın da bebeğin gelişimi ve çocukluk döneminin sağlıklı sürdürülebilmesi için önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Maternal ve paternal bağlanma birçok faktörden etkilenebilmektedir. Ebeler maternal ve paternal bağlanmanın sağlanmasında önemli rollere sahiptir. Maternal ve paternal bağlanmayı etkileyen faktörlerin bilinmesi ve bu doğrultuda prenatal, doğum ve doğum sonu dönemlere göre uygun ebelik girişimlerinin planlanıp uygulanması, maternal-paternal bağlanmanın sağlanmasında etkili olacaktır. Bu derleme, maternal-paternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve ebelik yaklaşımlarını incelemek amacıyla yazılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bağlanma, Ebelik Yaklaşımları, Maternal Bağlanma, Paternal Bağlanma

#### ABSTRACT

Maternal and paternal attachment is an extremely important concept for the mental and physical development of the infant. From past to present, maternal attachment has often been emphasized. Today, it has been stated that paternal attachment is an important factor for the development of the baby and the healthy maintenance of the childhood period. Maternal and paternal attachment can be affected by many factors. Midwives have important roles in providing maternal and paternal attachment. Knowing the factors affecting maternal and paternal attachment and accordingly planning and applying appropriate midwifery practice according to prenatal, birth and postpartum periods will be effective in ensuring maternal-paternal attachment. This review was written to examine the factors affecting maternal-paternal attachment and midwifery approaches.

**Keywords:** Attachment, Midwifery Approaches, Maternal Attachment, Paternal Attachment

**Geliş Tarihi/Received:** 16.09.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 01.10.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 28.02.2023.

**Doi:** 10.57224/jhpr.1158640

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, esmagunes.sbu@gmail.com , ORCID: 0000-0002-9752-4286

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, cansu.isik@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3789-9051

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Esmâ GÜNEŞ, [esmagunes.sbu@gmail.com](mailto:esmagunes.sbu@gmail.com)

**Cite this article as:** Güneş E, Işık C. Factors Affecting Maternal - Paternal Attachment and Midwifery Approaches. J Health Pro Res 2023;5(1): 89-95.

#### Giriş

Bağlanma teorisinin gelişimi John Bowlby ve Mary Ainsworth'un çalışmaları aracılığıyla gerçekleşmiştir. Bağlanma kelimesinin anlamı "sağlıklı ilişkiler kurmak ve bu ilişkileri sürdürmek"tir (1,2). Bağlanmanın temelini yaşamın ilk yıllarında anne ve bebek arasında kurulan bağ oluşturmaktadır. Bowlby'e göre yenidoğan ve bakım vereni arasında sıcak, samimi, her iki tarafın da keyif aldığı sürekli bir ilişkinin sonucunda bebek zihinsel olarak sağlıklı olacaktır (2). Ebeveyn ve bebek arasında kurulan bu bağ,

bebeğin güven duygusu ve ihtiyaçlarının ebeveynin bebek her istediğinde veya ihtiyaç duyduğunda ulaşılabilir olmasıyla karşılanması anlamına da gelebilmektedir. Diğer yandan anne bebek arasında kurulan bu bağ annenin verdiği tepkinin bebek tarafından hangi biçimde yorumlandığı konusu üzerinde de durur. Bebeklik sürecinde tam olarak kurulamayan bağlanma davranışı çocuğun hayatında ileriki süreçlerde kuracağı ilişkileri etkileyebilir (1). Bağlanma

kuramına göre tutarlı ve destekleyici davranışlar sergileyen ebeveynler çocuk için güven oluştururlar ve bunun sonucunda çocuklar özgür bir şekilde araştırma ve keşfetme davranışı sergiler. Bağlanma figürü (anne, baba veya bakım veren kişi) bebeğin korunma ve konfor ihtiyaçlarını (ayrıca bebeğin çevreyi keşfetmesine saygı duyarak) kabul etmişse çocuğun kendine güven duygusu gelişir ve değer verildiğini hisseder. Aksine bağlanma figürü, bebeğin keşif ve konfor için olan talebini sıkça reddeder ise çocukta yetersizlik veya değersizlik duygusu gelişebilir (3). Maternal ve paternal bağlanmanın sağlanması sağlıklı bebeklik ve çocukluk dönemi için son derece önemli etkilere sahiptir. Bu nedenle bu derlemede, maternal-paternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve ebelik yaklaşımları ele alınmıştır. Maternal ve paternal bağlanmayı etkileyen faktörler açıklanmış ve uygun ebelik girişimlerine yer verilmiştir. Bu derleme makalesi ile sağlık profesyonellerinin, ailelerin ve dolaylı olarak toplumun bu konudaki farkındalığının artırılması hedeflenmiştir.

### Maternal Bağlanma

Maternal bağlanma; anne ve yenidoğan/çocuk arasında yakın ve sıcak bir ilişki olması aynı zamanda iki tarafın da bu ilişkiden mutluluk, huzur duymasıdır. Diğer bir ifade ile emosyonel ve davranışsal açıdan annenin bebeğine bağlanmasıdır. Maternal bağlanma hem anne hem de bebeğin ruh sağlığı ve yenidoğanın nörolojik gelişimi açısından önemlidir (4). Maternal bağlanma sürecini başlatan, anne adayının fetüs varlığını öğrenmesidir. Doğum öncesi dönemdeki yetersiz bağlanma düzeyleri, doğum sonrasında bağlanma sorunlarına neden olabilmekte ve annede yüksek depresif semptomlara neden olabileceği için bebeğin gelişiminde olumsuz etkiye neden olabilmektedir (5). Gebelik boyunca anne adayının fetüs varlığını kabul etmesi, onu benimsemesi ve onunla iletişim kurması bağlanma sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Doğum sonrası dönem ise bağlanmanın en yoğun olduğu dönemdir (6). Anne ve bebek arasındaki bağlanma süreci; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde gelişme gösterir ve anne bebek arasındaki ilişki devam ettiği sürece gelişmeye devam eder (7). Anne bebek bağlanmasında oldukça etkili olan doğum sürecinde, annenin bebeğine ilk kez dokunması ile olumlu duygular oluşur ve ebeveynlik tutumları gelişerek bağlanmaya destek olur (8). Emzirme de bu bağlanmanın katlanarak artmasına yardımcı olan bir diğer faktördür (9).

### Paternal Bağlanma

Birincil bağlanma çoğunlukla anne ve bebek arasında gerçekleşir. Babaların bebeklerinin hayatında annelere kıyasla dışarda kaldığı ve çocukların gelişiminde az etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Ancak, süreç doğru bir şekilde ilerleyebilir ve baba, bebek bakımında aktif olabilirse bağlanma anne ile olduğu kadar baba ile de gerçekleşebilir (10). Bebeklerin duygusal ve zihinsel gelişiminde baba-bebek bağlanması oldukça etkilidir. Yenidoğan döneminden itibaren babalar ile kurulan güvenli bağlanmanın çocukların yetişkinlik dönemlerinde sağlıklı ilişkiler kurmasına yardımcı olacağı ortaya konulmuştur. Güvenli baba-bebek bağlanmasını etkileyen önemli etkenlerden biri de anne ve baba arasındaki iletişimin şeklidir. Eşlerin evlilik dinamiklerindeki doğru ve yeterli iletişim şekli, hissettikleri doyum, anne ve baba olma hakkındaki düşünceleri bağlanma ile yakından ilişkilidir. Paternal bağlanmayı, baba davranışlarının çocukları ile bağlanmalarını hem direkt hem de dolaylı olarak etkilediği bilinmektedir (11). Hem anne hem de baba ile güvenli bağlanmanın gerçekleştiği bebekler, tek ebeveyn güvenli şekilde bağlanan bebekler ile karşılaştırıldığında bu bebeklerin gelişimlerinin zihinsel, ruhsal ve bilişsel açıdan daha yeterli olduğu bildirilmiştir (12). Babaları ile güvenli bağlanmanın gerçekleştiği bebeklerin daha sosyal, özgüvenli ve mutlu oldukları tespit edilmiştir (13). Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde sağlıklı bağlanma süreci yaşamış çocuklar yaşamları boyunca da güvenli bağlanma yaşamaktadır. Diğer taraftan çocukluk döneminde davranış sorunu yaşayanların babaları ile olan bağlanma süreçlerinin uygun şekilde gerçekleşmediği görülmüştür (14).

### Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Maternal bağlanma birçok faktörden etkilenmektedir. Gebelik sürecinde annenin ve fetüsün sağlık durumu, aile bağları ve kültürel özellikler, doğum sonrası dönemde depresyon gibi emosyonel durumda değişiklikler, varsa ilk gebelik deneyimi, sağlık profesyonellerinin desteği, plansız gebelik, gebeliğin istenmesi, gebelik sayısı, prematüre doğum öyküsü, tensel temasın doğru zamanda başlatılması, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası gibi faktörler maternal bağlanmayı etkileyen faktörler olarak bildirilmiştir. Bu faktörlere ek olarak literatürde; yaş, eğitim ve gelir durumu, eş ilişkileri ve desteği, annenin kendisine duyduğu güven duygusu, doğuma hazırlık eğitimi alma, evlilik do-

yumu, fetüs cinsiyeti, emzirmeye erken başlama, annenin kendi annesiyle yaşadığı bağlanma ilişkisi ve annenin sorun çözme becerisi de maternal bağlanmayı etkileyen faktörler olarak bildirilmektedir (6,15,16). Ayrıca; doğum sonu ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk, hastanede bulunmak, psikolojik/psikiyatrik sorunların varlığı gibi faktörler de anne ve bebek arasındaki bağlanma sürecini olumsuz şekilde etkilemektedir (1, 17). Maternal bağlanmayı etkileyen faktörlerin birkaçına aşağıda yer verilmiştir.

**Yaş:** Yapılan bir çalışmada anne yaşı arttıkça maternal bağlanma düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bunun olası nedenleri; annelerin doğum tecrübelerinin artması, anneliğe hazır oluşluğun artması, bir de ruhsal ve fiziksel gelişimlerinin artması olabilir (18). Literatürde yapılan bazı çalışma sonuçlarına göre ise, anne bağlanması ve yaş arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (15,18)

**Eğitim Düzeyi:** Cuijlits ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek eğitim düzeyinin postpartum bağlanmayı olumlu etkilediği bulunmuştur (19). Lindgren'in, Çimen ve Varol'un çalışmalarında; eğitim durumu ve maternal bağlanma arasında ters yönlü ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durumun nedeninin, düşük eğitim düzeyine sahip annelerin çalışma hayatına katılım oranlarının daha az olması ve bunun sonucunda da bebekleriyle daha fazla zaman geçirmeleleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (20,21)

**Sosyoekonomik Durum:** Ailelerin temel ihtiyaçlarını giderecek düzeyde sosyal ve ekonomik kaynaklarının olması maternal bağlanmanın sağlanmasında önem arz ettiği bildirilmiştir (15).

**Annenin İş Hayatına Katılımı:** Çimen ve Varol'un çalışmasında, geniş aileye sahip ve gelir gidere denk olan ailelerde anne bebek bağlanma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ancak kadının iş hayatına katılımı ile bağlanma arasında ilişki bulunmamıştır (20). Keskin ve Yağmur'un çalışmasında ise kadının iş gücüne katılımının bağlanmayı artırdığı gösterilmiştir (18). Elkin'in çalışmasında da çalışan gebelerde prenatal bağlanma düzeyi çalışmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (2).

**Gebelik Sayısı:** Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin çalışmasında primipar annelerin bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (22).

**Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları:** Gebelik döneminde annelerin karşılaştığı sağlık sorun-

ları bir kriz olarak algılanır. Bu durum ebeveynlik duygu ve davranışlarını olumsuz etkiler (23). Pisoni ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek riskli gebelik dönemi geçiren kadınların daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadığı, bağlanmada da problem yaşadıkları görülmüştür (24). **Doğum Şekli ve Doğumda Karşılaşılan Problemler:** Koç ve arkadaşları doğum şeklinin ve doğumda sorun yaşanma durumunun annelik rolünü etkilemediğini bildirmişlerdir (25). Ebrahimi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, müdahalesiz vajinal doğum yapan kadınların müdahaleli doğum yapanlara göre bağlanma düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (26). Çeşitli ve arkadaşlarının çalışmasında da sezaryen ile doğum yapan annelerin müdahaleli doğum deneyimi yaşayan annelere göre daha düşük bağlanma düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (27).

**Erken Ten Tene Temas:** Anne ve bebeğin erken ten teması sonucu, bebek kendini güvende hisseder ve maternal bağlanma artar (20). Durualp ve arkadaşlarının çalışması sonucunda bebeğini doğum sonrası ilk 30 içerisinde kucağına alan annelerin bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (15).

**Doğuma Hazırlık Eğitimi Almak:** Doğuma hazırlık eğitimi almak, depresyon riskini azaltmakta ve anne bebek bağlanmasını olumlu etkilemektedir (28).

**Evlilik Doyumu:** Kadınların gebelikte evliliklerinden aldıkları doyum, prenatal bağlanma ile doğru orantılıdır (29).

**Fetüs Cinsiyeti:** Erdemoğlu'nun çalışmasında ilk gebelikte fetüs cinsiyetinin kız, multigravidalarda ise erkek olmasının prenatal bağlanmayı artırdığı bulunmuştur (30).

**Gebelik Haftası:** Elkin'in çalışmasında gebelik haftası 26 ve üzeri olanlarda prenatal bağlanma düzeyinin daha fazla olduğu bulunmuştur (2). Literatürde farklı çalışmalarda da gebelik haftası arttıkça prenatal bağlanmanın arttığı görülmektedir (31).

**Gebe Kalma Zamanı:** Kadının hem kendi hem de ailesi için uygun olan bir zamanda gebe kalması ve bebeğe sahip olması maternal bağlanmayı artırmaktadır (28).

**Emzirme:** Emzirme sayesinde anne ile bebeği arasında olumlu bağlar kurulur. Gibbs ve arkadaşlarının çalışmasında 6 ay ve daha uzun süre anne sütü ile beslenen çocukların bağlanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Emzirme süreleri daha fazla olan çocuklar, anneleri tarafından daha "sevimli ve sıcak" bulunmuştur (9). Ayrıca anne ile bebeği arasında kurulan ilk temas

çoğunlukla emzirme ile sağlanır ve bu da bebeğin güven duygusu kazanmasında oldukça önemlidir (23). Gebelik döneminde başlayan anne-bebek bağlanması emzirme ile artarak devam etmektedir (13).

**Sosyal Destek:** Bebek bakımı konusunda kendi ailesinden veya eşinin ailesinden destek alan annelerin bebekleri ile bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (18).

### **Paternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler**

Baba-bebek bağlanmasını etkileyen faktörler; babanın eğitim durumu, geliri, mesleği, çalışma durumu, aile tipi, ilk baba olduğu yaş, çocuk sayısı, babalık hakkında bilgi arama durumu, çocuğu isteme durumu, yaşı, evlilik süresi, babanın eşi ile ilişkisi, yaşadığı bölge, işinden izin alma durumudur (32,33). Bunlar dışında baba-bebek bağlanmasının; eş iletişimi, eşe sağlanan destek, anne ve babanın bebek bakımına birlikte katılma durumu, bebek ile iletişimi gibi faktörlerden etkilendiği de çalışmalarda gösterilmiştir (34,35). Dündükcü ve Aslan'ın çalışmasında; gelir düzeyi, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu ve çocuk sayısı ile baba bağlanması arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (33). Paternal bağlanmayı etkileyen faktörlerin birkaçına aşağıda yer verilmiştir.

**Yaş:** Kılan ve Özpınar'ın çalışmasında baba yaşı arttıkça bebekleri ile bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (36). Kartal ve Erişen'in çalışmasında; 40 yaş üzeri olan, gelir düzeyi yüksek, bebeklerinin bakımına katılan babalarda bağlanmanın daha fazla olduğu gösterilmiştir (37). Seçer, Çeliköz ve Yaşa'nın çalışmasının sonucunda babaların yaşı azaldıkça bebeklerinin bakımına aktif katılımlarının arttığı ve bağlanma düzeylerinin de daha yüksek olduğu bulunmuştur (44).

**Eğitim ve Gelir Düzeyi:** Dinç ve Balcı'nın çalışmasında eğitim düzeyi yüksek, gelir düzeyi iyi, kamuda çalışan babaların bağlanma düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir (38). Ailedeki gelirin tek veya çift olması da evlilik ilişkisini ve babanın bebek bakımına katılımı etkilemektedir (39). Kartal ve Erişen'in çalışması sonucunda da aylık gelir düzeyi ile paternal bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (37).

**Baba-Bebek İletişimi:** Babanın bebeğine dokunması, onunla vakit geçirmesi, onunla konuşması, oynaması, bebeği hakkındaki kararlara aktif katılması bağlanmayı olumlu etkiler ve ilerleyen süreçlerde de baba-çocuk ilişkisini güçlendirip sürekliliğini sağlar (40).

**Partner Desteği:** Baba eşi tarafından ilgi ve destek gördüğünde prenatal bağlanma düzeyi artar. Babanın anne karnını okşayarak bebeği ile fiziksel temas kurması, bebeği ile konuşması gibi davranışlar bağlanmayı destekler (41). Aynı şekilde, babanın anneye destek olması, ev işlerinde yardımcı olması, bebeklerinin bakımına katılması baba ile bebeği arasındaki ilişkiye olumlu katkılar sağlar (42). Ebeveynlerin ilişkisinde herhangi bir olumsuz durumun varlığı, ebeveynlerin biri veya ikisinde depresyon olması baba ile bebek ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Eşlerin evlilik memnuniyetinin artmasıyla baba-bebek doyumunun arttığı da gösterilmiştir (43).

**Çocuk Sayısı:** Seçer ve arkadaşlarının çalışmasında; 2 çocuğa sahip olan babaların 3 ve daha fazla çocuğa sahip olan babalara kıyasla babalık tutumuna yönelik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (44). Şahin ve Demiriz yaptıkları çalışmada, tek çocuğa sahip babaların, babalık rolü algılayışı ve okul dışı ortamlarda çocuğun öğrenme sürecine desteğini yüksek bulmuşlardır (45).

**Babanın Doğumda Yer Alması:** Doğum anına eşlik eden babaların bağlanma sürecinin kolaylaştığı ve paternal bağlanmanın daha yoğun hissedildiği bildirilmiştir (46).

**Babanın Kendi Babası ile İlişkisi:** Türk Dündükcü ve Taş Aslan'ın çalışması sonucunda kendi babaları ile iyi bir ilişkiye sahip olduğunu belirten babaların 4-12 aylık bebekleri ile bağlanma düzeyleri de anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (33).

**Doğum Şekli:** Vajinal doğum yapan annelerin eşlerinin bağlanma düzeyleri, sezaryen ile doğum yapanların eşlerine oranla daha yüksek bulunmuştur (14).

### **Ebelik Yaklaşımları**

Ebeveyn bebek arasındaki bağlanmanın oluşmasında ebeler anahtar role sahiptir. Ebelerin özellikle bağlanma açısından riskli olan grupları değerlendirmesi, destekleyici bakım ve danışmanlık sağlamaları bağlanmanın güçlenmesine katkıda bulunacaktır (23,25). Ebeler, bütüncül bakım kapsamında ebeveyn bebek bağlanmasını sağlayabilmek için değerlendirme ve uygun yaklaşımlara prenatal dönemde başlamalıdır. Prenatal dönemde psikiyatrik problemlerin varlığı, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen ve plansız gebelik, yetersiz sosyal destek sistemleri açısından ebeveynler ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonucunda uygun ebelik yaklaşımları planlanmalı, ciddi psikiyatrik sorunların

varlığında ebeveynler psikiyatriye konsülte edilmelidirler. İhtiyaç grubunda olan ebeveynlere (eğitim durumu düşük, plansız ve ilk gebelik vb.) uygun doğum öncesi eğitimler planlanmalıdır (47). Doğum sırasında mümkün olan en az müdahale ile doğumu gerçekleştirmek, doğum sonu dönemde bebeği annenin göğsüne koyarak yenidoğanın ilk muayenesini yapmak veya annenin sağlık durumu elverişli değil ise baba ile ten tene temas sağlamak ebelerin doğum anı ve doğum sonu dönemde bağlanmanın kurulmasını sağlayacak yaklaşımlarındandır (20, 26, 46).

Doğum sonu dönemde bebeğin kirli ve bakımsız görünmesi, bebekte pişiklerin varlığı, bebeğin yeterli kilo alımının sağlanmamış olması, bağlanmada problemler olduğunun göstergeleridir. Ebeler bu göstergeleri titizlikle takip etmeli, bu göstergelerden biri veya birkaçının varlığında, annenin bebeği hakkındaki duygularını anlatması için ortam oluşturmalıdır. İhtiyaçlar tespit edildiğinde ihtiyaca yönelik bebek bakımını destekleyecek eğitimler vermeli dir (48).

Baba-bebek arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için öncelikle evlilik ilişkileri güçlendirilmeli, planlı ve istedik sayıda çocuk sahibi olmaları için uygun aile planlaması danışmanlığı sunulmalıdır. Evliliklerinde sorun olduğu düşünülen çiftler aile danışmanından destek almaları için yönlendirilmelidir (32). Ebeler; ebeveynlerin olabildiğince en olumlu deneyimleri yaşaması ve destek sistemlerinin oluşması için yardımcı olmalı, kriz anlarında mutlaka ailenin yanında olup onlara destek olmalıdır (49).

## Sonuç

Maternal ve paternal bağlanmayı etkileyen birçok farklı etkenin olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Buradan hareketle; ebeveyn-bebek bağlanmasını gerçekleştirmek için bağlanmayı etkileyen faktörler göz önünde bulundurulurken ebe öncülüğünde bakım sağlanmalıdır. Hem maternal hem de paternal bağlanmanın en doğru ve en uygun şekilde gerçekleşmesi elbette ki prenatal, intrapartum ve postpartum süreçte sürekli ebe desteği ile sağlanacaktır. Bu nedenle ebeler, sadece maternal bağlanmanın sağlanmasında değil, paternal bağlanmanın da en üst düzeyde sağlanabilmesi için maternal-paternal bağlanma faktörlerinin farkında olmalı ve uygun ebelik yaklaşımlarını planlayıp, uygulamalıdır.

## Kaynaklar

1. Dereli Yılmaz S. Prenatal anne- bebek bağlanması. HEAD. 2013;10(3):28–33.
2. Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. STED. 2015;24(6):230–7.
3. Karadeniz G, Zabcı N, Gezgin S, Katip C. Anneleri ile ceza infaz kurumlarında kalan 0-3 yaş çocuklarının bağlanma süreçlerinin desteklenmesi ve sağlıklı gelişimleri için bir pilot çalışma: Duygu salınacağı. UÜFEFSBD 2021;23(42):45–89.
4. Aydın R, Aktaş S, Binici DK. Vajinal doğum yapan annelerin doğuma ilişkin travma algısı ile maternal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir kesitsel çalışma. GÜSBD. 2022;11(1):158–69.
5. Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T. Prenatal attachment and perinatal depression: A systematic review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020;17(8).
6. Nacar EH, Gökkaya F. Bağlanma ve maternal bağlanma konusunda bir derleme. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Derg. 2019;1(1):49–55.
7. Mutlu C, Yorbik Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2015;16(6):442–50.
8. Karakaş MK, Dağlı FS. Bebeklerde bağlanmanın önemi ve bunu etkileyen faktörler. Türk Pediatri Ars. 2019;54(2):76–81.
9. Gibbs BG, Forste R, Lybbert E. Breastfeeding, Parenting, and Infant Attachment Behaviors. Matern Child Health. 2018 Jan 31;22(4):579–88.
10. Biller HB. Fathers and families: Paternal factors in child development. In: Fathers and Families Paternal Factors in Child Development. London: Auburn House; 1993.
11. Newland LA, Coyl DD, Chen HH. Fathering and attachment in the USA and Taiwan: contextual predictors and child outcomes. Early Child Develop. and Care. 2010 Jan;180(1–2):173–91.
12. Belsky J, Fearon RMP. Precursors of attachment security. In: J. Cassidy & P. R. Shaver, editor. Handbook of Attachment Theory and Research. 2. New York: Guilford Press; 2008. p. 295–316.
13. Güleç D, Kavlak O. Baba-bebek bağlanması ve hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2015;7(3):63–8.

- 14.Aydın R, Boz B, Uçar O, Dölek F. Attachment levels of fathers and examining the factors affecting. *IJCS*. 2020;13(2):1440–8.
- 15.Durualp E, Kaytez N, Aykanat Girgin B. Evlilik doyumu ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017;18(2):129–38.
- 16.Turan Z, Kurt G, Arslan H. Graviditenin sosyal destek algısı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisi. *Cukurova Med J*. 2020;45(3):1126–36.
- 17.Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *JHS*. 2009;6(1):188–202.
- 18.Keskin F, Yağmur Y. The factors affecting maternal attachment in eastern Turkey. *IJCS*. 2020;13(2):858–66.
- 19.Cuijlits I, van de Wetering AP, Endendijk JJ, van Baar AL, Potharst ES, Pop VJM. Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Ment Health J*. 2019 Nov 1;40(6):768–85.
- 20.Çimen K, Varol H. Maternal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *SAUHSD*. 2021;4(3):126–35.
- 21.Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health* 2001 Jun 1;24(3):203–17.
- 22.Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *GTD*. 2010;20(3):99–108.
- 23.Kınık E, Özcan H. Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve primiparlarda maternal bağlanma durumu. *J Pro Health Res*. 2020;2(1):47–53.
- 24.Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, et al. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015 Mar 3;29(5):771–6.
- 25.Koç Ö, Özkan H, Bekmezci H. Annelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Derg*. 2016;6(2):143–50.
- 26.Haratipour H, Partash N, Ebrahimi E, Zadeh MD, Bolbolhaghghi N. Non-physiological and physiological delivery method: Comparison of maternal attachment behaviors and anxiety. *IJCS*. 2021 Feb 28;10(1):37.
- 27.Egelioglu Çetisli N, Arkan G, Top ED. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *RAMB*. 2018 Feb 1;64(2):164–9.
- 28.Aydın Kartal Y, Karaman T. Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *ZKTB*. 2018 Mar 5;49(1):85–91.
- 29.Günay Ulu P, Bayraktar S. Investigation of variables related to prenatal bonding levels in pregnant women. *Yeni Symp*. 2018; 56(2): 1–8.
- 30.Erdemoğlu Ç. Fetusun Cinsiyetinin Prenatal Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkisinin Saptanması. [Malatya]: İnönü Üniversitesi; 2016.
- 31.El-Hage W, Léger J, Delcuze A, Giraudeau B, Perrotin F. Amniocentesis, maternal psychopathology and prenatal representations of attachment: A prospective comparative study. *PLOS ONE*. 2012 Jul 25;7(7).
- 32.Pündük Yılmaz M, Ören B, Kösegil P. 0-2 yaş bebeğe sahip babaların, baba-bebek bağlanması ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Ordu Universty J Nurs Stud*. 2021;4(3):306–15.
- 33.Türk Dündükçü F, Taş Aslan F. Paternal-infant attachment and determination of factors affecting attachment. *Arch Health Sci Res*. 2020 Feb 1;7(1):43–9.
- 34.İnel Manav A, Gözüyeşil E, Tar E. The Effects of the Parenting Education Performed through Whatsapp on the Level of Maternal-Paternal and Infant Attachment in Turkey. *JPN*. 2021 Nov 1;61:e57–64.
- 35.Poulsen HB, Hazen N, Jacobvitz D. Parents' prenatal joint attachment representations and early caregiving: the indirect role of prenatal marital affect. *Attachment & Human Development*. 2018 Nov 2;21(6):597–615.
- 36.Kılan S, Özpınar S. Baba-bebek bağlanması ve etkileyen faktörler: Manisa örneği. *SSTB Dergisi*. 2020;(35):1–15.
- 37.Aydın Kartal Y, Erişen B. 6-12 aylık bebeği olan babaların bebeklerine bağlanma durumu ve ilişkili faktörler. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg*. 2020; 8(2): 44–9.
- 38.Dinç S, Balcı S. Baba-bebek bağlanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2021;13(1):8–17.
- 39.Kuzucu Y. Değişen babalık rolü ve çocuk gelişimine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg*. 2011;4(35):79–91.
- 40.Semerci B. Birlikte Büyütelim, Çocuk Ruh Sağlığı (Özel Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları; 2009. 69–101 p.
- 41.Üstünsöz A, Güvenç G, Akyüz A, Oflaz F. Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*. 2010 Apr 1;26(2):e1–9.



- 42.Kara M, Çetinkaya S. Türk toplumunda babalık kavramı ve baba-bebek bağlanmasında hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2019;11(2):200–10.
- 43.Noh NL, Yeom HA. Development of the Korean Paternal-Fetal Attachment Scale (K-PAFAS). *Asian Nurs Res.* 2017 Jun 1;11(2):98–106.
- 44.Seçer Z, Çeliköz N, Yaşa S. Bazı kişisel özelliklerine göre okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların babalarının babalığa yönelik tutumları. *SUSBED.* 2007;(18):425–38.
- 45.Şahin H, Demiriz S. Beş altı yaşında çocuğu olan babaların, babalık rolünü algılamaları ile

- aile katılım çalışmalarını gerçekleştirmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Sosyal Araştırmalar Derg.* 2014 Feb 1;181(181):273–94.
- 46.Üzel N, Özbalcı S. Bağlanma. 1st ed. Beyazova U, editor. Vol. 1. Ankara: Modern Tıp Kitabevi; 2018.
- 47.Baltacı N, Başer M. Maternal-fetal attachment during pregnancy and nursing. In: Alexandrova E, Shapekova NL, Ak B, Özcanaslan F, editors. *Health Sciences Research in the Globalizing World.* Sofia: St. Kliment Ohridski University Press; 2018 . p. 123–31.
- 48.Kavlak O, Şirin A. Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *EGEHFD.* 2007;23(2):183–94.
- 49.Şahin NH. Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *MUSBED.* 2009;2(3):93–8.