

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

CİLT: 22

SAYI:1

2025

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü adına
Genel Müdür Yardımcısı **Prof. Dr. Emre KORKUT**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı

Yayın Türü

Sürelili Yayın

Yayın Periyodu

Dergi; Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere üç kez yayımlanır.

*Dergimiz hakemli dergi olup,
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.*

Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Etik İlkeler ve Yayın Politikaları'na uygun yazılar kabul edilir.

Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.

Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı

Adres: Üniversiteler Mah. Şehit Mehmet Bayraktar Cad.

(Eski 6001. cadde) Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA

web: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr>

e-posta: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 585 25 81



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

e-ISSN:2980-3640

Yayın Yılı - 2025

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

Genel Yayın Yönetmeni

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU

İmtiyaz Sahibi

Prof. Dr. Emre KORKUT

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

İstatistik Editörü

Dr. Öğr. Üye. İsmail YILDIZ

Yazım ve Dil Editörleri

Gül YILDIRIM

Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN

Gülay DİNÇ

Hacer ÇİL

Havva ÜNLÜER

Öznur ÖZEN

Sema KARADUMAN

Seval ÇİFTÇİ

Şakire ŞAHİNBAŞ

Şerife ENGELÖĞLU

Alan Editörleri

Dr. Şule ÖZTÜRK

Çiğdem GÜNAY

Çağlayan SARIOĞLAN

Öznur ÖZEN

Editör ve Danışma Kurulu

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Prof. Dr. Emre KORKUT
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Prof. Dr. İsmayil YILMAZ
Prof. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK
Prof. Dr. Sevgi ERGİN
Doç. Dr. Hilal AKSOY
Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Emre KORKUT
Uzm. Dr. Dilek TARHAN
Doç. Dr. Hilal AKSOY
Uzm. Dr. Dursun Ali SAĞLAM
Gül YILDIRIM

Bilim Kurulu

Prof. Dr. Afsun EZEL ESATOĞLU
Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
Prof. Dr. Özlem COŞKUN AKAR
Prof. Dr. Hüseyin BASKIN
Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERSBERGEN
Doç. Dr. Mesut SANCAR
Prof. Dr. Yasemin AKBULUT

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Özlem UZUNLAR	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü
Prof. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Bayram METİN	Kayseri Şehir Hastanesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK	Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Tuğrul ZEYTİN	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Bilimleri Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Elif Serap ESEN	Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dahili Tıp Bilimleri, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Rabia BAŞER AÇIKGÖZ	Zonguldak Alaplı Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Hilmi KESKİN	Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ	Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

1
15**DÖNDÜ KURNAZ - AYDEN ÇOBAN (DERLEME MAKALESİ)**

Ebelik Etik Kodları Bakımından Olumsuz Doğum Algısı
Negative Perception of Birth in terms of Midwifery Ethics Codes

16
31**MUHDEDİR CANER - TÜLAY KAYA GÖL - NEZAKET TÜRE ÖZDAĞ
SEYDİ ALİ PEKER - NESLİHAN ÖZ (ARAŞTIRMA MAKALESİ)**

Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personellerinin El Hijyeni İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi
Investigation of the Beliefs and Practices of Hand Hygiene of Medical Personnel Working at

32
41**SUPHİ AYDIN - AYDIN BALCI - AHMET DUMANLI (ARAŞTIRMA MAKALESİ)**

COVID - 19 Hastalarında İnflamasyon Belirteçleri ve Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişki
The Relationship Between Inflammatory Markers and Disease Severity in COVID - 19 Patients

42
61**ÖZNR BOZKURT - BEKİR KÜÇÜK DURSUN (ARAŞTIRMA MAKALESİ)**

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Kalite Algısı
The Perception of Quality of Employees in Pre - Hospital Emergency Health Services

Etik İlkeler ve Yayın Politikası

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisine yapılan yayın başvuruları; Yayın Kurulu tarafından uluslararası etik kurallara uygunluk açısından değerlendirilir.

Başvuru yapılan her çalışmada, “Araştırma ve Yayın Etiği”ne uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir. Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgilere (kurul adı, tarih ve sayı no), yöntem bölümünde ve/veya ilk ya da son sayfada yer verilmelidir.

Gerekli durumlarda (hasta/hasta yakınına bire bir uygulanan çalışmalarda) bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun imzalandığına dair bilgiye makalede yer verilmelidir.

Yazar(lar), bilimsel etik sorunların başında gelen intihalden kesinlikle kaçınmalıdır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisinde yayımlanacak bir çalışma için, kabul görmüş intihal değerlendirme programları ile elde edilmiş bir intihal raporu gönderilmesi beklenmektedir. İntihal raporunda %30'un üzerinde benzerlik bulunan çalışmalar, tüm aşamalardan geçmiş olsa dahi yayımlanmayacaktır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin benimsediği Etik İlkeler ve Yayın Politikasına; <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/policy> adresinden erişim sağlanabilmektedir.

Ebelik Etik Kodları Bakımından Olumsuz Doğum Algısı

Döndü KURNAZ¹

Ayden ÇOBAN²

Geliş Tarihi: 22.03.2024

Kabul Tarihi: 12.12.2024

ÖZ

Bu derlemenin amacı, yapılan çalışmalarda bildirilen doğuma ilişkin olumsuz tutumların ebelik etik kodları bakımından değerlendirilmesi ve etik ihlal boyutunun belirlenmesidir. Sağlık profesyonelleri için sürekli hizmet içi eğitim uygulanması, tüm kadınların ihtiyaçlarının karşılamak için gereken klinik yeterliliğin korunması ve bakımda eşitliğin sağlanması için bakımın etik boyutunun öncelenmesi, bakım kalitesinin artırılmasında önemli bir unsur olduğu için, etik boyutuna dikkat çekilmesinin derlemeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Algısı, Ebelik, Etik, Kod,

1 Dr. Ebe., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye, e-mail: zsk2001@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-0613-7919

2 Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın, Türkiye, e-mail: ayden.coban@adu.edu.tr. Orcid: 0000-0002-2189-2488

Negative Perception of Birth in terms of Midwifery Ethics Codes

ABSTRACT

The purpose of this review is to evaluate negative attitudes towards childbirth reported in studies in terms of midwifery ethical codes, to determine the occurrence and extent of ethical violations. It is believed that this review will contribute to highlighting the ethical dimension of care, which is an important factor in increasing the quality of care and ensuring equality in care by prioritizing the ethical dimension of care to maintain the clinical competence necessary to meet the needs of all women, and by providing ongoing in-service training for health care professionals.

Keywords: Birth Perception, Code, Ethics, Midwifery

1. GİRİŞ

Perinatal ve intrapartum hizmetler; kadın ve yenidoğan için sağlık sonuçlarını optimize etmenin yanı sıra olumlu bir doğum deneyimini teşvik eden saygılı annelik bakımını hedeflemelidir (WHO, 2018). Anne ve yenidoğanın fiziksel sağlığına ek olarak yaşadıkları doğum deneyimi de saygılı annelik bakımının göstergelerindedir (Olza et al. 2018). Ancak dünya çapındaki araştırmalar kadınların ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak olumsuz doğum deneyimine maruz kaldığını göstermektedir (Bohren et al. 2015). Yapılan çalışmalarda kadınların ebeler tarafından yok sayıldığı, istismara uğradığı, negatif ve tehdit edici muameleye maruz kaldığı (Mannava et al. 2015) ve yine istemeden kadının acı çekmesine neden olabilecek gereksiz tıbbi girişimlerin, yalnız bırakma, refakatçi kabul etmeme, otonomisine saygı duymama gibi çeşitli obstetrik uygulamaların olduğu bildirilmiştir (Karlström et al. 2015; Kruk et al. 2018).

Öznel bir olgu olduğu için tanımlanması zor ve bireysel farklılıkları olan olumsuz doğum deneyimi çok farklı şekillerde yorumlanmaktadır (Diaz-Tello, 2016; Freedman et al. 2014). Farklı şiddetlerde birçok faktörün, olumsuz doğum deneyimine neden olduğu bilinmekte ve bu durum günümüzde küresel bir sorun olarak önemini korumaktadır (Bohren et al. 2015; Diaz-Tello, 2016). Olumsuz doğum deneyimi dünyadaki kadınların %20-48'ini etkilediği ve doğumun doğal döngüsünü bozduğu da bilinmektedir (Mannava et al. 2015; Ford ve Ayers, 2011). Olumsuz doğum deneyimi yaşayan kadınların %30'unun travma sonrası stres bozukluğu yaşadığı ve bu duruma “doğum istismarı” ve “obstetrik şiddet” gibi terimler kullanıldığı ortaya konulmuştur (Diaz-Tello, 2016; Freedman et al. 2014). Ayrıca bu deneyim, düşük yaşam kalitesi, düşük öz sağlık puanı ve kötü hafıza ile de ilişkilidir (Smarandache et al. 2016). Bu olumsuz deneyim ve sonuçlar kadınların doğum tercihlerini (Smarandache et al. 2016) ve gelecekteki doğurganlıklarını da (Hatamleh et al. 2022) etkilemektedir. Kötü muamele ve taciz edici deneyimler, kadınların obstetrik sağlık tesislerine ve sağlık personeline güvenini zedelemekte ve bakım almayı reddetmelerine neden olmaktadır (Mannava et al. 2015; Perera et al. 2018). Bu durum sonuçları göz önüne alındığında yüksek öneme sahiptir (Simpson ve Catling, 2016).

Olumsuz doğum deneyimi birçok faktörün tek birinden etkilenebildiği gibi aynı anda birden fazla faktörle de ilişkili olabilir. Ebelerin, hizmet grubundaki

kadınların olumsuz doğum deneyimlemesine neden olan etkenleri daha iyi anlamaları gerekmektedir. Kadınların doğum algılarının pozitif yönde olmasını sağlamak ebeler için bir öncelik olmalıdır (Simpson ve Catling, 2016). Ebe ve kadın arasındaki pozitif ilişki doğum deneyiminin anahtarıdır (Howarth et al. 2011). Ebelik bakımı annelik bakımında kilit öneme sahiptir ve bakımın bütün yönleri ebe ve kadın arasındaki iletişim ile ilişkilidir. Bu ilişki yeterince iyi değilse, diğer bütün etkenler sınırlı değerdedir (Aune et al. 2014).

Dünyada ebelik uygulamaları, ebeler arasında belirgin farklılıklar gösterse de, genellikle gebeliğin doğal ve normal bir süreç olduğu üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bir ebeden; bakımda eşitliği sağlaması, güncel bilgileri takip etmesi, güven ve sorumluluk paylaşımı, kadının kültürüne, etik değerlere saygı duyması ve böylece kadının sağlık gelişimine katkı vermesi, mahremiyet sağlaması, bilgilendirme yaparak kadınların kendi kararlarını vermesini sağlaması ve normal doğumların savunucusu olması beklenmektedir (Foster et al. 2010).

Birçok bağımsız görevi olan ebelerin her uygulamasının yapı taşı etikdir (Ersoy, 2011). Etik; çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar, sorumluluklar, idealler, mesleki standartlar ve değerleri içeren normları ifade eder (Varkey, 2020). Doğum anında etik bakım, hem zararı önleyen hem de fayda sağlayan bakımın sağlanması açısından temel öneme sahiptir. Ancak bu bağlamda saygısızlık ve istismarın rutin olarak meydana geldiğine dair giderek artan bir kabul vardır. Bu olumsuz durum ise bakım etiğinin, geleneksel biyomedikal etik ilkelere bir alternatif olarak kullanmasının gerekliliğini göstermektedir (Buchanan et al. 2021).

Ebeler, aile ve toplum sağlığı ile birlikte, kadın ve yenidoğan sağlığını ve refahını artırmaya yönelik ebelik misyonunu gerçekleştirmede üç etik sorumluluğa sahiptir. Birinci sorumluluk, ebelerin bakımını üstlendiği kadınlara ve ailelerine yöneliktir, ikinci sorumluluk tüm kadınlar ve ailelerinin yararına "kamu yararı" için daha geniş bir kitleye yönelik, son olarak üçüncüsü de ebelik mesleğinin bütünlüğünü ve misyonunu yerine getirebilme sorumluluğudur (ACNM, 2013). Ebeler, ebeliğe özgü etik değer ve kodların yanı sıra tüm sağlık çalışanlarının uyması gereken temel etik ilkelere de bağlı kalmalıdır. Uluslararası Ebelik Etik Kodları (ICM, 2020):

- İnsan onuruna saygı,
- Zarar vermeme/yarar sağlama,
- Eşitlik,
- Adalet,
- Doğruluk,
- İnsan özerkliğine (otonomisine) saygı,
- Mahremiyete saygı ve sır saklama,
- Aydınlatılmış onam şeklinde özetlenebilir.

Etik kodlar, hem halkın geneli hem de meslek üyeleri için profesyonel gruba özgü özelliklerinin tanınmasında önemli rol oynamaktadır. Ebelikte mesleki değerlerin, etik kodların bilinmesi, ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasına, böylelikle hem olumsuz doğum deneyimi olgularının azalarak toplum sağlığının yükseltilmesine hem de ebelik mesleğinin toplum içerisinde statüsünün artmasına katkı sağlayacaktır. Bunun yanında, etik kod ve meslek değerlerinin bilinmesi ebelikte yaşanan ikilemlere bağlı ahlaki sorunların azalmasını da sağlayacaktır (Prosen, 2022).

Ülkemiz koşullarına uygun olarak ulusal ebelik değerleri ve kodlarına ilişkin çalışmalar sürdürülmektedir. “Ulusal Ebelik Etik Kodları Projesi” 2011 yılında başlatılmıştır. Bu projenin amacı; ulusal profesyonel etik değerlerin belirlenmesi ve ebelik kodlarının oluşturularak çağdaş ebelik uygulamalarının artırılmasıdır. Çalışma sonunda belirlenen ilk beş kod aşağıda belirtildiği şekildedir (Berkiten et al. 2011):

1. Çıkar gözetmez ve çıkar ilişkisine girmez.
2. Mahremiyeti korur.
3. Güvenirliği ve doğruluğu korur, aldatmadan sakınır ve hatalı uygulamaları bildirir.
4. Gebe, fetüs, anne ve yenidoğanı değerli olarak görür.
5. Özensizlik, ihmal ve zararı engeller.

2. OLUMSUZ DOĞUM ALGISININ ETİK KODLAR ÇERÇEVESİNDE ANALİZİ

Olumsuz doğum algısının ulusal etik kodlar çerçevesinde analizi aşağıda yapılmıştır.

2.1. Çıkar Gözetmez ve Çıkar İlişisine Girmez

Yapılan çalışmalarda ebelerin sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi ve etnik köken gibi bazı gebe özelliklerine yönelik önyargılarının, daha fakir, daha az eğitilmiş ve kırsalda yaşayan kadınlara yönelik ayrımcılık veya kaba davranışlara neden olduğu bildirilmektedir (Perera et al. 2018; Pell ve ark., 2013; Ith et al. 2013). Dinsel ve dilsel azınlık olmak, olumsuz doğum deneyimi için bir neden olmasına rağmen gerekli finansal güce sahip olan kadınlar, gizlilik ve dil kaygılarının daha az olduğu özel kurumlarda obstetrik bakımı tercih etmektedirler. Bu olumsuz tutumun kadınların kültürel geçmişiyle ilgili gibi gözükse de, maddi çıkar ilişkisinin daha güçlü bir etken olduğunu belgelemektedir (Perera et al. 2018). Diğer yandan bazı çalışmalarda da sağlık personelinin herhangi bir bakımı vermek için rüşvet istediği veya işlerini sadece para için yapanların olduğu bildirilmiştir (Foster et al. 2010; Prytherch et al. 2013). Sunulan sağlık hizmetleri özellikleri açısından değerlendirildiğinde, maddi çıkar sağlanmadığı durumlarda hastanın ihmal edilmesi, yalnız bırakılması, eksik sağlık hizmeti ve hizmet vermeyi reddetme gibi davranışlar yaşandığı bildirilmektedir (Mannava et al. 2015). Yapılan bir çalışmada da kadınların doğum öncesi bakım alma nedeninin bakım vericinin arkadaşı olması olarak belirtilmiştir (Reis et al. 2015). Bu da, kadınların tanıdıkları ebelerin yanında daha özgüvenli olmak gibi olumlu duyguları hissetme ihtimalinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği 5 inci , 6 ncı maddesi ve ebelikte etik çerçevesinde beklenen ise kişilerin sosyo-kültürel düzeyi veya sosyal ilişkilerinden bağımsız olarak eşit muamele görmesi ve hiçbir çıkar gözetmeden herkese uygun bakımın sağlanmasıdır (RG, 2019). Ebelik etik değerler çerçevesinde yapması gereken, kadının sağlık durumunu iyileştirmek ve riskleri en aza indirmek için ebelik uygulamalarında her bir kadının ve bebeğin bireysel ihtiyaçlarına dikkat etmek, her kadın için, ihtiyaç ve istekleri dâhilinde, bireye uygun bakımını planlamaktır. Ebelik bakımı “Çıkar Gözetmez ve Çıkar İlişisine Girmez” etik kodu kılavuzluğunda planlandığı zaman ise olumsuz doğum deneyimi olgularını azalacaktır.

2.2. Mahremiyeti Korur

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün olumlu doğum deneyimi için ilk önerisi saygılı annelik bakımındır. Saygılı annelik bakımı; insan hakları temelli bir yaklaşımla, tüm kadınların saygınlığını, mahremiyetini ve gizliliğini koruyacak şekilde düzenlenmiş olan ve bu bağlamda verilen bakımı ifade etmektedir (WHO, 2018). Saygılı bakımın en önemli bileşeni olmasına rağmen obstetride mahremiyet ihlali bildirilen çalışmalar bulunmaktadır (Mannava et al. 2015). Yapılan bir nitel çalışmada, katılımcıların başkalarının yanında vajinal muayeneye maruz bırakılarak utanç hissettiklerini fakat bu konuda görüş bildiremediklerini vurgulanmıştır (Nguyen et al. 2007). Başka bir çalışmada ise çalışmaya katılan tüm kadınların mahremiyetlerine dikkat edilmediğini söylemeleri oldukça dikkat çekicidir (Christe and Padmanaban, 2022). Çalışmalar doğum anında kadınların sağlık hizmetleri süreci boyunca talep ettikleri en yoğun ihtiyacın mahremiyet olduğunu ve mahremiyet ihlalinin de birçok problemi beraberinde getirdiğini göstermektedir (Esteban-Sepúlveda et al. 2022).

Sağlık çalışanlarının günlük işlerini yerine getirirken, bireyin mahremiyet hakkını düşünmemesi veya ihlal etmesinin sonuçları kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, kadının kendisini değersiz algılamasına, sosyal izolasyona, kendine olan güvenin azalmasına ve hastanedeki yatış sürecinde huzursuz ve konforsuz hissetmesine neden olur (Tosun, Aksoy, 2019). Hasta Hakları Yönetmeliği 21 inci maddesi (RG, 2019) ile de güvence altına alınmış olan kadının mahremiyet hakkının korunması için ebelik etik kodları çerçevesinde ebeden beklenen yaklaşım; muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini sağlamaktır.

2.3. Güvenirliği ve Doğruluğu Korur, Aldatmadan Sakınır ve Hatalı Uygulamaları Bildirir

Sağlık çalışanları, kadınların durumunu tam olarak anlamalarını sağlamak, onları bilgilendirmek ve onlara beklenen ilerlemeyi tüm doğruluğu ile açıklamakla yükümlüdür (Mukamurigo et al. 2017a). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği madde 11 inci ve 37 nci maddelerinde kadınların bu haklarını korumaktadır (RG, 2019).

Kadına kendi seçimi ile ilgili sorular sorulması, kontrolün kadında olmasının sağlanması ve bu kontrolün hangi durumlarda ve nerede kadın dışında diğer doğum aktörlerinde olacağına kararının sağlıklı verilmesi, etik karar verme sürecine göre belirlenecek konulardandır (Köken Durgun et al. 2018). Sağlık çalışanlarının kadına durumu hakkında doğru ve tam bilgi vermesi ona olan güveni artırarak kadını rahatlatmaktadır. Eksik veya yanlış bilgi ise kadında belirsizlik duygusuna yol açmaktadır. Ayrıca açıklamaların eksikliği saygısız bir şekilde muamele görme duygusunu artırmaktadır. Yapılan nitel çalışmalarda, doğum travması yaşadığını bildiren kadınların ifadeleri, obstetrik bakım sırasında gerçekleştirilen önemli etik ihlallerden birinin, kadına sağlık durumu hakkında eksik veya yanlış bilgi verilmesi olduğunu ortaya koymuştur. (Nguyen et al. 2007; Mukamurigo et al. 2017a; Van Der Pijl et al, 2022). Özellikle genç kadınlar, kendilerine durumları hakkında bilgi verilmediğini ve ebelere soru sorduklarını hatta durumları hakkında bilgiyi sağlık çalışanlarının birbiri ile konuşmalarına kulak misafiri olarak öğrendiklerini ifade etmişlerdir (Silal et al. 2012). Durumu hakkında bilgi alamayan kadınların ya bilgi almaktan vazgeçtiği ya da bakım almak için başka bir sağlık kuruluşunu tercih ettiğini gösteren çalışmalar, kadınların korku ve kaygılarını da ortaya koymakta ve kadınlar bu durumu, küçük düşürülmek olarak algılamaktadır (Mukamurigo et al. 2017a). Bu çalışmalar pozitif doğum deneyiminin artırılması için ebelik etik kodlarının önemini göstermektedir.

2.4. Gebe, Fetüs, Anne ve Yenidoğanı Değerli Olarak Görür

Gebe kadınlara bakım veren ebeler; her zaman fetüs, yenidoğan ve annenin çıkarlarını göz önünde bulundurmalıdır (Köken Durgun et al. 2018). Ancak kadınların çıkarlarının gözetilmesinin aksine, doğum anında değersiz hissettirildiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Perera et al. 2018; Silal et al. 2012). Kadınlar daha çok sosyo-kültürel seviyeleri, dini ve etnik kökenleri yüzünden değersizleştirildiğini belirtirken (Perera et al. 2018) kimi zaman ise ebelerin kendilerine yaptığı uygulama hataları yüzünden değersiz hissettiğini bildirmektedir. Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada, ölü doğum yapmış kadınlar, sağlık çalışanlarının kendilerini canlı doğum yapan kadınlar ile aynı odaya alınmaları konusunda hassasiyet gösterilmemesinden şikayetçi olmuşlar ve kendilerini değersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir (Silal et al. 2012). Bu çalışmanın başka bir boyutu ile "*Gebe, Fetüs, Anne ve Yenidoğanı*

Değerli Olarak Görür" etik kodunda etik ihlal boyutunun çok önemli olduğunu göstermektedir.

Kadınların yaşadıkları etik ihlallere sessiz kalmak zorunda kaldığını gösteren başka bir çalışmada kendilerini değersiz olarak algıladıkları belirlenmiştir (Mukamurigo et al. 2017a). Bu sonuç, etik olarak zarar vermeme ilkesi ve savunuculuk görevi olan ebelerin kadını haksızlık karşısında sessiz kalmaya zorladığını göstermektedir. Doğum sırasında, kadınların istismarı önemli bir sorun olabilir bu nedenle doğum yapan kadınların haklarını güvence altına almak için kalite güvencesi gereklidir (Annborn and Finnbogadóttir, 2022).

"Gebe, Fetüs, Anne ve Yenidoğanı Değerli Olarak Görür" etik kod bağlamında en sık karşılaşılan olumsuz tutumlar, sözel veya duygusal etik ihlaller olarak tespit edilmiştir (Pell ve ark, 2013; Van Der Pijl et al, 2022; Mukamurigo et al. 2017b). En çok uygulanan etik ihlaller ise bağırarak, azarlamak veya hakaret etmektir. Böyle bir duruma maruz kalan kadınlar ise kendini "çok üzgün", "hakarete uğramış", "utanmış", "değersiz", "çaresiz" hissettiklerini ifade etmişlerdir (Mannava et al. 2015; Mukamurigo et al. 2017a; Mukamurigo et al. 2017b). Hatta aşağılanmaya maruz kalan kadınların tek başına doğum yapmayı tercih edip profesyonel yardım almadan doğurduğu da bilinmektedir (Mukamurigo et al. 2017a). Bu durum, ebelerin bu şekilde kadına değersiz davranmasının kadının ve yenidoğanın hayatını psikolojik travmanın ötesinde anne-bebek sağlığını tehdit eder boyutta etkilediğini göstermektedir.

Ebelik etik kodlarından *"Gebe, Fetüs, Anne ve Yenidoğanı Değerli Olarak Görür"* etik kodu doğrultusunda planlanan ebelik bakımı ve kişiler arası iletişim süreci, anne ve bebek sağlığının geliştirilmesi ile bakımın devamı için gereken en önemli unsurlardandır. Ayrıca olumsuz doğum deneyimi yaşanmasına da engel olması açısından önem arz etmektedir.

2.5. Özensizlik, İhmal ve Zararı Engeller

Kadının sağlık bakımı sürecinde ihmal edilmemesi ve zarar görmemesi Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 14 üncü maddesi ile korunsa da uygulamada aksaklıklar ile karşılaşmaktadır (RG, 2019). İhmal edici bakım, bir sağlık çalışmasının kadının yanında olmamasıdır.

İhmal edilmeyi, görmezden gelinmeyi veya kadının geçmişine, mevcut durumuna saygı duymamayı, isteklerini reddetmeyi, rahatlık ihtiyacına dikkat etmemeyi ve yardım edilme çağrısına cevap vermemeyi ifade eder. Ayrıca sağlık çalışanlarının sadece iş odaklı çalışması da özensiz bakımın içine girmektedir. Özensiz bakım ve ihmal etmenin nihai sonucu ise terk edilme hissidir (Mukamurigo et al. 2017a). “Özensizlik, İhmal ve Zararı Engeller” ebelik etik kodu ihlalide, kadının hayatını hem psikolojik boyutta etkilemekte hem de anne ve yenidoğanın yaşamını tehdit etmektedir. Bu etik kod ihlali doğum travmasına neden olmakta, anne ve yenidoğanın sağlığını ve gelişimini de etkilemektedir. Kadına bütüncül yaklaşımdan verilen bakım sonrası yaşanan anne ölümlerinin rapor edildiği çalışmalar da bulunmaktadır (Mukamurigo et al. 2017a). Bu çalışmalar aynı zamanda etik ihlalin anne ölüm nedeni olduğunun da en ciddi kanıtıdır.

Ebelik etik kodları çerçevesinde gerçekleşen saygılı annelik bakımının, doğum eylemi süresince kadının sürekli desteklenmesini sağladığı, zarar ve kötü muamele görmesini engellediği, bilinçli seçim yapmasını mümkün kıldığı, kadının olumlu doğum ve bakım algısı sağladığı ve bakım eşitsizliğini önlediği belirtilmektedir. Ayrıca saygılı annelik bakımının sağlanması, maternal morbidite ve mortaliteyi de azaltmaktadır (Bohren et al. 2015; Oladapo et al. 2018). Bu nedenle DSÖ doğum eylemi süreci tüm kadınlar için; saygınlıklarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyacak şekilde düzenlenmiş ve bu bağlamda verilen, zarar ve kötü muamele görmelerini engelleyen, travma ve doğum sırasında bilinçli seçim yapmalarını ve sürekli destek almalarını sağlayan saygılı anne bakımını önermektedir (WHO, 2018; Bohren et al. 2015). DSÖ, böyle bir yaklaşımı, program ve politikanın tasarım, uygulama, izleme ve değerlendirmesinde insan hakları normlarının ve etik ilkelerinin yer aldığı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Bu normlar ve ilkeler, savunmasız grupların ihtiyaç ve haklarına hitap eden insan onurunu, sağlık sistemlerine erişilebilirliği ve cinsiyet rollerine dayanan ayrımcılığa karşı özgürlüğü içerir (Mannava et al. 2015).

Annenin olumlu doğum deneyimlemesi ve sağlıklı anne-çocuk sonuçlarına ulaşmak için politika ve programların yeniden değerlendirilmesi önemlidir (Smarandache et al. 2016). İyileştirme programlarında sağlık sisteminin tüm seviyelerinde mesleki standartlar ve etik değerlerin belirlenmesi ve uygulamada yer alması önem arz etmektedir (Mannava et al. 2015).

Doğum anında kadına verilen destek oldukça önemlidir. Kadına verilen sosyal destek seçtiği bir aile üyesi veya arkadaş olabilir. Fakat profesyonel destek bu konuda en yetkin sağlık profesyoneli olan ebeler tarafından verilmelidir. Kadınların bireysel ihtiyaçlarına bilgili ve duyarlı bir şekilde yanıt veren bire bir ebelik bakımı; cerrahi müdahaleleri, komplikasyonları ve tıbbi maliyetleri azalttığı için doğumda bu bakımının sağlanması önerilmektedir (Rahimiyan et al. 2015). Kadınlara verilen ebelik bakımı etik ve insan hakları çerçevesinde olmalıdır. Ebelik etik kodları, ebelik bakımında ebeden beklenildiği gibi, tüm kişilere saygı duyan, bilinçli karar vermeyi teşvik eden, herhangi bir şiddet eylemini veya kadınlara yönelik ayrımcılık yapılmasını önlemeyi, mahremiyeti korumak ve ebelik hizmeti arayan herkes için güvenliği teşvik etmek için önlemler alan bir insan hakları çerçevesi oluşturur. Ebelik bakımının optimize edilebilmesi için ise ebelerin ebelik etik kodlarının bakım sürecindeki işlevini ve önemini anlaması, uygulamalarında ve etik karar vermede etik kodları kullanması gerekmektedir.

3. SONUÇ

Ebelikte meslek değerlerin ve etik kodların yarattığı etkinin bilinmesi; ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasına, hem toplum sağlığının yükseltilmesine hem de ebelik mesleğinin toplum içerisinde statüsünün artmasına katkı sağlayacaktır. Ulusal ebelik kodları çerçevesinde verilen intrapartum bakımın olumsuz doğum deneyimi olgularını azaltacağı için kadın ve yenidoğan ile birlikte toplum sağlığına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması: Bu derleme hiçbir dergi, kongre veya bilimsel ortamda sunulmamış ve yayınlanmamıştır. Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması olmadığı beyan edilmektedir. Bu derleme için hiçbir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- American College of Nurse–Midwives ACNM. (2013). Code of ethics. Erişim adresi: <https://www.midwife.org/acnm/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000048/Code-of-Ethics.pdf>. Erişim tarihi: 22.01.2023.
- Annborn, A., Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105:103212. doi: 10.1016/j.midw.2021.103212.
- Aune, I., Amundsen, H. H., Skaget, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1):89-95. doi: 10.1016/j.midw.2013.02.001.
- Berkiten, E. A., Özcan, Ş. M (Sunan), Acar, Z., Ersoy, N., Karahan, N. (2011). Ulusal ebelik etik kodları projesi. I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi 2011; Safranbolu Özet Kitabı. s. 15-20.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Me*, 30, 12(6): e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- Buchanan, K., Newnham, E., Ireson, D., Davison, C., Bayes S. (2021). Does midwifery-led care demonstrate care ethics: A template analysis. *Nurs Ethics*. 2022 Feb;29(1), 245-257. doi: 10.1177/09697330211008638.
- Christe, D. M., Padmanaban, S. (2022). Respectful maternity care initiative: A qualitative study. *J Obstet Gynaecol India*, 72(1), 32-37. doi: 10.1007/s13224-021-01482-1. Epub 2021 Apr 27.
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*, 24(47), 56-64. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.004.
- Ersoy, N. (2011). Ebelikte meslek etiğinin, etik değerlerinin önemi ve gereği, I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı, Safranbolu, Türkiye.
- Esteban-Sepúlveda, S., Fabregas-Mitjans, M., Ordobas-Pages, L., Tutusaus-Arderiu, A., Emanuela Andreica, L., Leyva-Moral, J. M. (2022). The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification. *Enferm Clin (Engl Ed)*, 32 Suppl 1: S14-S22. doi: 10.1016/j.enfele.2021.10.007.
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*, 1;92(12):915-7. doi: 10.2471/BLT.14.137869.

- Ford, E., Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychol Health*, 26(12), 1553-70. doi: 10.1080/08870446.2010.533770.
- Foster, J., Burgos, R., Tejada, C., Cáceres, R., Altamonte, A. T., Perez, L. J., Noboa, F. R., Urbaez, M. F., Heath, A., Hilliard, R. C., Chiang, F., Hall, P. (2010). A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal-newborn health services in the Dominican Republic. *Midwifery*, 26(5), 504-11. doi: 10.1016/j.midw.2010.06.001.
- Hatamleh, R., Sinclair, M., Kernohan, G. (2022). Birth memories of Jordanian women: Findings from qualitative data. *Journal of Research in Nursing*, 18(3), 235–244. doi.org/10.1177/1744987112441911.
- Howarth, A., Swain, N., Treharne, G. J. (2011). First-time New Zealand mothers' experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*, 45, 6–11.
- ICM. (2020). International code of ethics for midwives 2020. Erişim adresi: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>. Erişim tarihi: 22.01.2023.
- Ith, P., Dawson, A., Homer, C. S. (2013). Women's perspective of maternity care in Cambodia. *Women Birth*, 26(1), 71-5. doi: 10.1016/j.wombi.2012.05.002.
- Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9;15:251. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0.
- Köken Durgun, S., Şen, S., Tayhan, E. (2018). Ulusal ve uluslararası ebelik etik kodları. *CBU-SBED*, 5(4),218-223.
- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., Freedman, L. P. (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: A facility and community survey. *Health Policy Plan*, 1;33(1):e26-e33. doi: 10.1093/heapol/czu079.
- Mannava, P., Durrant, K., Fisher, J., Chersich, M., Luchters, S. (2015). Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: A systematic review. *Globalization and Health*, 15;11:36. doi: 10.1186/s12992-015-0117-9.
- Mukamurigo, J. U., Dencker, A., Ntaganira, J., Berg, M. (2017a). The meaning of a poor childbirth experience- A qualitative phenomenological study with women in Rwanda. *PLoS One*, 8;12(12):e0189371. doi: 10.1371/journal.pone.0189371.

- Mukamurigo, J. U., Berg, M., Ntaganira, J., Nyirazinyoye, L., Dencker, A. (2017b). Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: A population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9;17(1):181. doi: 10.1186/s12884-017-1363-z.
- Nguyen, M. H., Gammeltoft, T., Rasch, V.. (2007). Situation analysis of quality of abortion care in the main maternity hospital in Hai Phòng, Viet Nam. *Reprod Health Matters*, 15(29):172-82. doi: 10.1016/S0968-8080(07)29283-3.
- Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S., Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: Transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*, 125(8):918-922. doi: 10.1111/1471-0528.15237.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 18;8(10):e020347. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020347.
- Pell, C., Metaca, A., Were, F., Afrah, N. A., Chatio, S., Manda-Taylor, L., Hamel, M. J., Hodgson, A., Tagbor, H., Kalilani, L., Ouma, P., Pool, R. (2013). Factors affecting antenatal care attendance: Results from qualitative studies in Ghana, Kenya and Malawi. *PLoS One*, 8(1):e53747. doi: 10.1371/journal.pone.0053747.
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J. (2018). 'When helpers hurt': Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7;18(1):211. doi: 10.1186/s12884-018-1869-z.
- Prosen, M. A. (2022). Systematic integrative literature review of the factors influencing the professionalization of midwifery in the last decade (2009–2019). *Midwifery*, 106:103246. doi: 10.1016/j.midw.2021.103246.
- Prytherch, H., Kagoné, M., Aninanya, G. A., Williams, J. E., Kakoko, D. C., Leshabari, M. T., Yé, M., Marx, M., Sauerborn, R. (2013). Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers: a comparison of qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *BMC Health Serv Res*, 25;13:149. doi: 10.1186/1472-6963-13-149.
- Rahimiyan M. N., T. Rahnavard T., Lari M.Z. (2015). Biosciences Biotechnology Research Asia. 12:839-845. DOI: 10.13005/bbra/2103.
- Reis, T. M. R., Zamberlan, C., Silveira de Quadros, J., Grasel, J. T., Moro, A. S. S. (2015). Obstetric nurses: contributions to the objective of the millennium development Goals. *Rev Gaúcha Enferm*, 36, 94-101.

- Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi Hasta Hakları Yönetmeliği. (2019, 16 Ocak). T. C. Resmi Gazete (Sayı: 30657). Erişim adresi: <https://mevzuat.gov.tr/>.
- Silal, S. P., Penn-Kekana, L., Harris, B., Birch, S., McIntyre, D. (2012). Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res*, 21;12:120. doi: 10.1186/1472-6963-12-120.
- Simpson, M., Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth*, 29(3):203-7. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.009.
- Smarandache, A., Kim, T.H., Bohr, Y., Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18;16(1):114. doi: 10.1186/s12884-016-0903-2.
- Tosun, H., Aksoy, N. (2019). Ebelik uygulamalarında mahremiyet. *Pro Health Res*, 1(1), 21-27.
- Van der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C.J.M., Verweij, R., van der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H., de Jonge, A. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: A national survey. *Reprod Health*, 8;19(1):160. doi: 10.1186/s12978-022-01460-4.
- Varkey, B. (2020). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract*, 30(1):17-28. doi: 10.1159/000509119.
- WHO. (2023). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>. Erişim tarihi: 12.12.2023.

Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin El Hijyeni İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi

Geliş Tarihi: 09.03.2024

Kabul Tarihi:08.05.2024

Muhdedir CANER¹

Tülay KAYA GÖL²

Nezaket TÜRE ÖZDAĞ³

Seydi Ali PEKER⁴

Serpil AKDOĞAN⁵

Neslihan ÖZ⁶

ÖZ

Amaç: Bu araştırma sağlık çalışanlarının el hijyeni konusunda inanç ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi poliklinik ve yataklı servislerinde çalışan hemşire, hekim, ebe, teknisyen, yardımcı personel ve öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma, El Hijyeni İnanç Ölçeği (EHİÖ) ve El Hijyeni Uygulama Envanteri (EHUE) kullanılarak kesitsel bir tasarımla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 2023 yılı ocak, şubat ve mart ayları arasında toplanmıştır. Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler IBM SPSS Statistics 21.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

1 Hem., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale, Türkiye. e-mail: muktedircaner75@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2298-0287

2 Hem., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale, Türkiye. e-mail: tlyky_2205@hotmail.com. Orcid: 0000-0003-3722-0341

3 Biyolog., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale, Türkiye. e-mail: n_ozdag55@hotmail.com. Orcid: 0000-0001-9566-0770

4 Uzm. Dr., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale, Türkiye. e-mail: seydi_peker@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-2585-3267

5 Hem., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale, Türkiye. e-mail: serpilakdogan.cs@hotmail.com. Orcid: 0000-0003-4717-0018

6 Hem., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale, Türkiye. e-mail: neslihan.oz1@saglik.gov.tr. Orcid: 0009-0001-0919-955X

Bulgular: Araştırmanın toplam katılımcı sayısı 751'dir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %35,8'inin hemşire, %30,2'sinin öğrenci, %19,4'ünün teknisyen, %19,4'ünün ebe, %2,7'sinin yardımcı personel, %2,1'inin doktor olduğu belirlendi. Katılımcıların hizmet süreleri bir yıldan az 246 (%32,8), 2-5 yıl aralığı (%8,7), 6-10 yıl aralığı 103 (%13,7) ve 11 yıl üzeri 337 (%44,7) olarak tespit edildi. Katılımcıların %42,2'si lise, %27 lisans, %2,5'inin yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu tespit edildi. Sağlık çalışanlarının el hijyeni inanç ölçeği puan ortalamasının 82.93 ± 26.2 (min=22, max=110) ve el hijyeni uygulama envanteri puan ortalamasının ise 65.44 ± 10.58 (min=14 max=70) olduğu belirlendi. Meslek grupları incelendiğinde EHUE de istatistiksel olarak fark gözlenmezken, EHİÖ de ebe-öğrenci ($p=0,017$), ebe- yardımcı personel ($p=0,009$), hemşire-teknisyen ($p=0,029$), hemşire-ebe ($p=0,003$) istatistiksel fark gözlemlendi.

Sonuç: Bu çalışmada sağlık çalışanlarının EHİÖ puanı ve EHUE puanları yüksektir. Olumlu el hijyeni inançlarının el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının el hijyeni inançlarını daha da geliştirmeleri için desteklenmesi, çalışmanın daha büyük örneklem grupları ile yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: El Hijyeni, El Yıkama, El Hijyeni İnanç Ölçeği, El Hijyeni Envanteri

Investigation of the Beliefs and Practices of Hand Hygiene of Medical Personnel Working at Kırıkkale High Specialized Hospital

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to ascertain the beliefs and practices of health care workers with regard to hand hygiene.

Materials and Methods: This study was conducted with the participation of nurses, physicians, midwives, technicians, auxiliary staff and students working in outpatient and inpatient clinics of Kırıkkale High Specialisation Hospital. The study was conducted using the Hand Hygiene Belief Scale (HHBS) and Hand Hygiene Practice Inventory (HHPI) scale, employing a cross-sectional design. The research data were collected between January and March 2023. This study is a descriptive study. The data were analysed using the IBM SPSS Statistics 21.0 statistical package programme.

Results: A total of 751 individuals participated in the study. The study revealed that 35.8% of the health care professionals who participated were nurses, 30.2% were students, 19.4% were technicians, 19.4% were midwives, 2.7% were auxiliary personnel, and 2.1% were doctors. The length of service of the participants was determined as follows: 246 (32.8%) had less than one year's experience, 8.7% had been in their roles for between two and five years, 13.7% had been in their roles for between six and ten years, and 44.7% had been in their roles for over 11 years. It was determined that 42.2% of the participants had obtained a high school diploma, 27% had completed an undergraduate degree, 2.5% had obtained a master's degree, and 2.5% had obtained a doctorate. The mean score on the Hand Hygiene Belief Scale was 82.93 ± 26.2 (range: 22–110), while the mean score on the Hand Hygiene Practice Inventory was 65.44 ± 10.58 (range:14–70). Upon analysis of the occupational groups, no statistically significant differences were observed in HHBS. However, statistically significant differences were observed in HHPI between midwife and student ($p=0.017$), midwife and auxiliary personnel ($p=0.009$), nurse and technician ($p=0.029$), and nurse and midwife ($p=0.003$).

Conclusion: In this study, the HHBS score and HHPI scores of health workers are high. It is thought that positive hand hygiene beliefs will contribute to the evaluation of hand hygiene practices. It is recommended to support health care professionals to further develop their hand hygiene beliefs, and the study should be conducted with larger sample groups.

Keywords: Hand Hygiene, Hand Washing, Hand Hygiene Belief Scale, Hand Hygiene Inventory

1.GİRİŞ

El hijyeni hem hastanelerde hem de günlük yaşamda bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemenin en etkili yollarından biridir. Hastane ortamında el yıkama, enfeksiyon önleme ve kontrol prosedürlerinde birincil öncelik olarak kabul edilir. Hastanelerde tüm sağlık çalışanları için el hijyenine yüksek düzeyde uyum sağlanması kritik bir kuraldır. Bunun sağlanabilmesi için planlı ve sistematik eğitim gereklidir. Sağlık hizmet sunumunda sağlık çalışanlarının hatalı el hijyeni uygulamaları, enfeksiyon geçişi açısından büyük etkindir (Kayar ve ark. 2020). Uygun el hijyeni, Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon (SHİE)'nin önlenmesinde en önemli, en kolay ve uyumun da az olduğu bir uygulamadır. Sağlık personelinin el hijyenine uyumunu etkileyen çalışma ortamında çok çeşitli etkenler (bilgi eksikliği, deneyim, yanlış rol model vb.) bulunmaktadır (Karadağ ve ark. 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'de el hijyeni prosedürünü içeren "Sağlık Hizmetlerinde El Hijyeni Kılavuzu"nu yayınlamıştır (DSÖ 2009).

Tüm sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan hastane enfeksiyonlarına sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar denir (Bayram ve ark. 2019). Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların görülme sıklığının gelişmiş ülkelerde %7, gelişmekte olan ülkelerde %10 olduğu bildirilmektedir (Khan ve ark. 2017). Dünyada, 1,4 milyondan fazla insan SBİE'ye yakalanmaktadır (WHO 2002). Hastaneye yatan hastaların %5 ile %15'inde hastane enfeksiyonu gelişir (Çakmak ve Dursun, 2019).

Doğru el yıkama, sağlık çalışanı ve hastalar arasındaki mikroorganizma transferini önlemede en etkili yöntemlerden biridir (Kaya, G. ve ark., 2019). Sağlık hizmeti sunumunda görevli personel, mesai saatleri boyunca hastalarla doğrudan ve dolaylı temasta bulunmaktadır (Kayar ve ark. 2020). Hasta bakımı ile ilişkili enfeksiyonlara neden olan mikroorganizmalar, temas sonucu hastalara bulaşır. Mikroorganizmalar sadece enfekte veya akıntılı yaralardan değil, hastanın bütünlüğü bozulmamış cildinde, yatak, çarşaf ve yakın çevresinde de kolonizedir (WHO, 2009; HİDER, 2006; Karahan, ve ark. 2020). Sağlık çalışanları uygulamalarda eldiven giyseler dahi mikroorganizmalarla elleri kirlenebilir. Etkin el hijyeni sağlamak, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine büyük katkı sağlayacaktır (Giuffré ve Kilpatrick, 2016).

DSÖ, el hijyeni uygulanması gerekliliğinin hasta güvenliği açısından önemli olduğunu yayınlamış oldukları el hijyeni kılavuzunda belirtmiştir (WHO, 2009).

Türkiye’de el hijyenine yönelik yapılan bir çalışmada hemşirelerin öz bildirimlerinin iyi olduğu ancak habersiz olarak yapılan gözlemlerde el hijyeni uyum oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (Karaoğlu ve Akın, 2019).

Başka bir çalışmada çevresel koşulların yetersiz olması el hijyeni uygulanmasına engel teşkil ettiği bildirilmiştir (Kumar, ve ark. 2017).

El hijyeni uygulamasındaki eksiklikler tespit edilerek düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin planlanması sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önüne geçilmesinde önemli bir katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada; sağlık çalışanlarının el hijyeni sağlama inancı ve meslek bazında el hijyeni uygulama düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, tanımlayıcı araştırma olarak Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019/10/10 sayılı etik kurul izni alınarak Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi’nde Ocak, Mart 2023 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmaya 751 sağlık çalışanı ve öğrenci katılmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır.

Araştırmanın verileri; Tanıtıcı Bilgi Formu ve El Hijyeni Uygulama Envanteri (EHUE) ve El Hijyeni İnanç Ölçeği (EHİÖ) çalışanların öz bildirimleriyle elde edildi. Veriler, IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. EHİÖ ve EHUE tanımlayıcı verileri ortalama ve standart sapma, toplam puanlar üzerinden olarak median, minimum ve maksimum puanlar olarak sunuldu. İstatistiksel analizde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi yapıldı. Ölçeğin iç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı kullanılmıştır. EHİÖ ve EHUE nin güvenilirlik katsayısı sırasıyla ($\alpha=0.88$, $\alpha=0.91$) bulunmuştur. $P<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3. BULGULAR

Araştırma örneklemini oluşturan sağlık çalışanlarının yaşları 19 yaş altı 239 (%31,8), 20-39 yaş aralığında 229 (%30,5), 40-55 yaş aralığında 283 (%37,7) kişi olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların %61,1(459)'inin kadın, %38,9 (292)'unun erkek, %54,9 (412)'ünün evli, %45,1 (339)'inin bekâr olduğu belirlendi. Katılımcıların %42,2 (317)'si lise, %28,2 (212)'si önlisans, %27 (203)'si lisans, %2,5 (19)'inin yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarının %35,8 (265)'inin hemşire, %30,2 (227)'sinin öğrenci, %19,4 (146)'ünün teknisyen, %9,7 (73)'sinin ebe, %2,7 (20)'sinin yardımcı personel, %2,1 (16)'inin doktor olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların hizmet süreleri bir yıldan az 246 (%32,8), 2-5 yıl aralığı 65 (%8,7), 6-10 yıl aralığı 103 (%13,7) ve 11 yıl üzeri 337 (%44,9) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %49,4 (371)'ünün dâhili servisler, %22,5 (169)'inin cerrahi servisler, %12 (90)'sinin yoğun bakım ve %16,1(121)'inin ameliyathane çalışanlarından oluştuğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının el hijyeni inanç ölçeği puan ortalamasının $82,93 \pm 26,2$ (min=22,max= 110) ve el hijyeni uygulama envanteri puan ortalamasının ise 65.44 ± 10.58 (min=14, max=70) olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının EHİÖ'ye göre el yıkamaya inandıkları, EHUE'de belirtilen durumlarda çoğunda el yıkadıkları görülmüştür (Tablo 2, Tablo 3).

Sağlık çalışanlarının el hijyeni inanç ölçeğinde en yüksek puan verdikleri maddelerin “tuvaletten sonra elleri temizlemek enfeksiyon hastalığı bulaşma riskini azaltır ($4,50 \pm 0,94$), el hijyeni eğitimi müfredatın önemli bir parçası olarak düşünülür”(4,34±1,04) önermesi olduğu, en az puan verdikleri maddenin “işim yoğun olduğunda, el hijyenini gerçekleştirmektense işimi tamamlamak daha önemlidir” ($2,83 \pm 1,43$) olduğu saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulama envanterinde en yüksek puan verdikleri maddelerin “tuvalete gittikten sonra ($4,86 \pm 0,57$), kan ve vücut sıvılarına temas ettikten sonra ($4,85 \pm 0,54$)” olduğu, en az puan verdikleri maddenin ise “izolasyon uygulanan hastanın odasına girmeden önce (4.36 ± 1.07), hastayla temastan önce (4.41 ± 1.03)” olduğu saptanmıştır.

Tanımlayıcı özelliklere göre EHİÖ ve EHUE puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınlarda ve erkeklerde istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Yaş gruplarında EHİÖ'de 19 yaş, 20-39 yaş arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,007$). EHUE’de ise 19, 40-55 yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,011$). Diğer yaş grupları arasında hem EHUE hem de EHIÖ’de fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Medeni durumuna göre ise EHIÖ’de istatistiksel olarak fark yok ($p> 0,05$) iken EHUE’de fark gözlenmiştir ($p=0,001$). Eğitim durumları karşılaştırıldığında EHUE’de lise-önlisans arasında fark var ($p<0,05$) iken diğer gruplar arasında fark gözlenmemiştir.

Çalışma yıllarına bakıldığında yalnız EHUE’de 1 ve 11 yıl üzeri gruplarda fark gözlenmiştir ($p=0,007$).

Meslek grupları incelendiğinde EHUE’de istatistiksel olarak fark gözlenmezken, EHIÖ’de ebe-öğrenci ($p=0,017$), ebe- yardımcı personel ($p=0,009$), hemşire- teknisyen ($p=0,029$), hemşire-ebe ($p= 0,003$) istatistiksel fark gözlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştığı birimler karşılaştırıldığında ise EHUE de dahili birim-ameliyathane ($p=0,003$), cerrahi birim-ameliyathane ($p=0,035$) ve ameliyathane-yoğun bakım ($p=0,022$) istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1: El Hijyeni İnanç Ölçeğinin ve Uygulama Envanterinin Toplam Puanlarına Göre Dağılımı

Değişkenler	N (%)	El hijyeni inanç ölçeği Median (min-max)	p değeri	El hijyeni uygulama envanteri Median (min-max)	p değeri
Cinsiyet					
E	292 (%61.1)	83.5 (23-110)	0.513	64 (13-65)	0.841
K	459 (%38,9)	83 (22-110)		64 (13-65)	
Yaş					
<19	239 (%31.8)	86 (22-110)	0.023*	63 (13-65)	0.016**
20-39	229 (%30.5)	82 (28-109)		63 (17-65)	
40-55	283 (%37.7)	83 (26-110)		65 (13-65)	
Medeni durum					
Evli	412 (%54.9)	83 (26-110)	0.334	65 (13-65)	0.001
Bekâr	339 (%45.1)	83 (22-110)		63 (13-65)	

Eğitim durumu					
Lise	317 (%42.2)	84 (22-110)	0.119	64 (13-65)	0.043 ^a
Önlisans	212 (%28.2)	82 (47-107)		65 (35-65)	
Lisans	203 (%27)	83 (26-109)		63 (13-65)	
Y. lisans/Doktora	19 (%2.5)	82 (61-106)		65 (52-65)	
Çalışma Yılı					
<1	246 (%32.8)	85 (22-110)	0.152	63 (13-65)	0.047 ^b
2-5	65 (%8.7)	83 (28-106)		63 (17-65)	
6-10	103 (%13.7)	83 (34-110)		63 (38-65)	
>11	337 (%44.9)	83 (26-110)		65 (13-65)	
Meslek					
Doktor	16 (%2.1)	82 (52-106)	0.012 ^c	64 (26-65)	0.294
Hemşire	265 (%35.8)	84 (34-110)		64 (17-65)	
Ebe	73 (%9.7)	81 (28-107)		63 (49-65)	
Teknisyen	146 (%19.4)	82 (26-110)		64 (13-65)	
Yardımcı personel	20 (%2.7)	87 (72-99)		65 (43-65)	
Öğrenci	227 (%30.2)	85 (22-110)		63 (13-65)	
Çalıştığı birim					
Dahili	371 (%49.4)	83 (22-110)	0.119	65 (13-65)	0.023 ^d
Cerrahi	169 (22.5)	84 (39-110)		64 (39-65)	
Ameliyathane	121 (16.1)	84 (26-107)		61 (13-65)	
Yoğunbakım	90 (12)	82 (22-110)		63 (29-65)	

* 19, 20-39 yaş p<0.007, ** 19, 40-55 yaş p<0.011, a lise-önlisans p<0.02, b bir yıl, 11 yıl üstü p<0.007 ,ebe-öğrenci p<0.017, ebe-yardımcı personel p<0.009, hemşire-teknisyen p<0.029, hemşire-ebe p<0.003, dahili birim-ameliyathane p<0.003, cerrahi birim-ameliyathane p<0.035, ameliyathane-yoğun bakım p<0.022

Tablo 2: El Hijyeni İnanç Ölçeğinin Ortalama Puanlarına Göre Dağılımı

İfadeler	Ort ± SS
El hijyeni eğitimi müfredatın önemli bir parçası olarak düşünülür.	4.34±1.04
Klinik uygulama yaptığım servisler el hijyeninin öneminin vurgulanması kolaylaştırıcıdır.	4.15±0.94
Klinik danışmanım/servis sorumlum el hijyeninin önemini vurgular.	4.18±0.99
Diğer sağlık çalışanlarına rol modeli olma görevim var.	3.87±1.14
İşim yoğun olduğunda, el hijyenine dikkat etmektense işimi tamamlamak daha önemlidir.	2.55±1.44
Önerilen durumlarda el hijyenini gerçekleştirmek hasta ölüm (mortalite) oranını düşürebilir.	3.84±1.16
Önerilen durumlarda el hijyenini gerçekleştirmek hastane kaynaklı enfeksiyonlarıyla ilgili maliyeti azaltabilir.	4.08±1.10
Hastalarının ihtiyaçları daha öncelikli olduğu için, önerilen durumlarda el hijyenini her zaman gerçekleştiremiyorum.	2.83±1.43
Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi sağlık çalışanlarının rolünün önemli bir parçasıdır.	4.27±1.04

El hijyenini gerçekleştirip gerçekleştirilmeme konusunda deneyimli sağlık çalışanlarının davranışlarını örnek alırım.	3.88±1.24
Sağlık kurumlarında kapılan enfeksiyonlu bir hastalık hayatımı ya da kariyerimi tehdit edebilir.	4.27±1.04
Çalışma ortamındaki yanlış/kötü uygulamaları değiştirebilme gücüne sahip olduğuma inanıyorum.	3.52±1.25
Önerilen durumlarda el hijyenini sağlayamama ihmalkârlık olarak düşünülebilir.	3.74±1.24
El hijyeni kişisel yaşamımda benim için bir alışkanlıktır.	4.25±1.03
El hijyeni konusundaki bilgimi klinik çalışmalarımda etkili bir şekilde uygulayabileceğim konusunda kendime güveniyorum.	4.17±1.02
Önerilen durumlarda el hijyenini sağlamayı hatırlamak bir çaba gerektirir.	3.65±1.25
Bir sağlık çalışanını el yıkaması konusunda uyarmak beni rahatsız eder.	3.34±1.42
El hijyenini sağlamak hastalıklara karşı bağışıklık kazanmayı yavaşlatır.	2.93±1.52
Kirli lavabolar elleri yıkamamak için bir gerekçe olabilir.	3.02±1.46
Uygun bir temizleme ürünü eksikliği elleri temizlemem için bir sebep olabilir.	3.23±1.45
Bir yaraya bakım sonrasında el hijyenini sağlamak enfeksiyonlardan koruyabilir.	4.32±1.06
Tuvaletten sonra elleri temizlemek enfeksiyon hastalığı bulaşma riskini azaltır.	4.50±0.94

Tablo 3. El Hijyeni Uygulama Envanterinin Ortalama Puanlarına Göre Dağılımı

Ellerimi şu durumlarda temizliyorum	Ort ± SS
1- Tuvalete gittikten sonra	4.86±0.57
2- Yaraya bakım yapmadan önce	4.51±0.96
3- Yaraya bakım yaptıktan sonra	4.77±0.68
4- Olası kirli nesnelere dokunduktan sonra	4.75±0.64
5- Kan ve vücut sıvılarına temas ettikten sonra	4.85±0.54
6- Bir hastaya invaziv bir alet yerleştirdikten sonra	4.78±0.62
7- İzolasyon uygulanan hastanın odasına girmeden önce	4.36±1.07
8- Hastanın cildine dokunduktan sonra	4.68±0.75
9- İzolasyon uygulanan hastanın odasına girdikten sonra	4.68±0.76
10- Endotrakeal aspirasyondan önce	4.45±0.99
11- Hastanın salgılarıyla temastan sonra	4.76±0.72
12- Hastayla temastan önce	4.41±1.03
13- Eldivenleri çıkardıktan sonra	4.77±0.65
14- Ellerim kirli olduğumu hissettiğimde veya ellerim öyle göründüklerinde	4.81±0.60

4. TARTIŞMA

Araştırmada kullanılan ölçeğin sorularına, katılımcıların verdiği cevaplarda öz bildirimleri görülmüştür. Katılımcıların kendi ifadelerinden; el hijyeni sağlamasına inandıkları, uygulamayı çoğunlukla yaptıkları sonucuna varılmıştır.

Kayar ve arkadaşlarının cinsiyet farklılığı açısından kadınların el hijyeni uyum oranının erkeklere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Kayar ve ark. 2020). Bu çalışma kapsamında kadın ve erkekler arasında el hijyeni uyumunda istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Najwa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada el hijyeni uyumunun kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Najwa ve ark. 2016). Kurum enfeksiyon kontrol komite hemşirelerinin sık eğitim ve saha sürveyans çalışmalarında etkinlerdir. Aynı zamanda bu hemşireler arasında, tüm katılımcılarda el hijyeni sağlamanın gerekliliği yönünde uygulama birliği vardır.

Çalışmamızda, literatürde yer alan çalışmalardan farklı olarak meslek grupları çeşitlendirilmiştir. Ancak çalışmamızın el hijyeni uygulama envanteri ortalama puanları, çalışmaya katılanların genellikle envantere tanımlanan durumlarda el hijyenini sergilediğini göstermektedir. Bu durum benzer çalışma sonuçlarının bu çalışmada uyumlu olduğunu göstermiştir (Karadağ ve ark. 2016, Alcan ve Dolgun, 2019, Ceylan ve ark. 2020).

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının en fazla “tuvalete gittikten sonra” ve en az da “izolasyon uygulanan hastanın odasına girmeden önce” el hijyeni sağladıkları belirlenmiştir. Karahan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının en fazla “kan ve vücut sıvılarına temas ettikten sonra” ve en az da “hastayla temastan öncesinde el hijyenini uyguladıkları” belirlenmiştir (Karahan ve ark. 2020). Başka bir çalışmada sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık personelinin en yüksek oranda hastayla temas sonrası el hijyeni sağladıkları (%31), en düşük oranda aseptik işlemlerden önce el hijyeni sağladıkları (%11) bildirilmiştir (Tümtürk ve ark. 2016). Sağlık çalışanlarının aseptik işlemlerden önce düşük oranda el hijyeni sağlamalarının nedeni ortamın temiz olduğunu düşünmeleri, takmış olduğu eldivenin vermiş olduğu yalancı güven hissi olabilir.

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi el hijyeni konusunda farkındalık, inanç ve el hijyeni davranışını sürdürmede etkili olabilir. Çalışmamızda EHUE'de lise ve ön lisans arasında fark tespit edilmiştir. Çalışmada yüksek lisans düzeyindeki sağlık çalışanlarının el hijyenini uygulama envanterinin diğer eğitim düzeyindeki sağlık çalışanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılmış çalışmalarda eğitim ve öğretimin el hijyeni davranışına olumlu katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Rn ve ark. 2017). Erasmus ve arkadaşlarının yapmış olduğu sistematik derlemede, sağlık çalışanlarının el hijyeni uyum oranı %40 olarak saptanmış ve uyumun artırılmasında eğitimin etkili olacağı ortaya koyulmuştur (Erasmus ve ark. 2010). Çalışmamız, eğitim seviyesinin artmasının el hijyeni sağlama ve uygulama inancının yükselmesine katkı sağladığını göstermiştir.

Literatürde kliniklere göre el hijyeni uyumunda farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulama envanterinde dahili birim-ameliyathane, cerrahi birim-ameliyathane ve ameliyathane-yoğun bakım çizelgelerinde istatistiksel olarak fark görülmüştür. Bu çalışmada dahili birimlerde çalışan sağlık personellerinin EHUE ortalaması 65, ameliyathane biriminde çalışan sağlık personellerinin 61, yoğun bakım biriminde çalışan sağlık personellerinin ise 63 olarak tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlama koşullarının yetersizliği (mimari yapı, lavabonun uzaklığı, el antiseptik stantlarının yetersiz olması vb.) uyum oranının azalmasına neden olmaktadır (Karadağ. ve ark. 2016). Özel bakım üniteleri hastaya invaziv-non invaziv uygulamaların en fazla yapıldığı yerlerdir. Bu birimlerde el hijyeni uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Lee ve ark. 2014; Bulut, ve ark. 2017). Yoğun bakımlarda el hijyeni uyumunun incelendiği çalışmada metodolojik olarak çalışmaların zayıf olduğu buna rağmen girişimsel stratejiler olarak %78,9 oranında eğitime, %71,1 oranında etkinlik platformu oluşturmaya, %68,4 oranında öğretime, %65,8 oranında çevresel düzenlemeyi yeniden yapılandırmaya ve %65,8 oranında el hijyeni inancını güçlendirmeye yönelik olduğu tespit edilmiştir (Lydon ve ark. 2017).

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre EHUE'de yardımcı personelin 65, öğrencilerin ve ebelerin 63 puan aldıkları tespit edilmiştir. EHIÖ'de yardımcı personellerin 87, ebelerin 81 puan aldıkları tespit edilmiştir. Koşucu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada el hijyeni uyumu, hemşirelerde %69,

yardımcı sağlık personelinde %36 olarak tespit edilmiştir (Koşucu ve ark. 2015). Bu yönüyle çalışmamızla farklılık göstermektedir. Yardımcı personellerin uyum ve inanç ölçeğinde fazla puan almalarının sebebi yüksek riskli atıklarla temaslarının fazla olması düşünülmektedir. Hemşirelerde ve doktorlarda beklenen düzeyde olmamasının sebebi ise işlerin yoğunluğu, hastaya bakım vermenin el hijyeninden daha önemli olduğuna inanılıyor olması sayılabilir.

Sağlık çalışanlarının genelinin el hijyenine uyumda doğru ve etkin davranış sergilemesi, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde büyük katkı sağlayacaktır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Eğitim seviyesinin yüksekliği, kurumlarda kurumsal kültürün oluşturulması, el hijyeni etkinliklerinin yapılması, enfeksiyon kontrol komitelerinin konuyla alakalı eğitim vb. faaliyetleri sistematik olarak yapması el hijyeni sağlama ve uygulama inancının yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2019/10/10 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Alcan, A.O., Dolgun, E. (2019). Student nurses' hand hygiene belief sand practices. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), 279-286.
- Ay, P., Teker, A. G., Hidiroglu, S., Tepe, P., Surmen, A., Sili, U. Korten, V. (2019). A qualitative study of hand hygiene compliance among health care workers in intensive care units. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 13(2), 111-117. doi:10.3855/jidc.10926.
- Bayram, Ş., Çalışkan, N., Gülnar, E., Aydın, M. (2019). Planlı eğitimin hemşirelik öğrencilerinin el yıkama inanç ve uygulamaları üzerine etkisi: Ön-Son test düzeni katılımsız gözlem araştırması. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 20-30.
- Bulut, A., Yigitbaş, Ç. ve Tuncay, S. (2017). Hand hygien eattitudes of health care staff working in intensive care unit of a state hospital. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 74(2), 139-146. doi: 10.5505/TurkHijyen.2017.43815.
- Ceylan, B., Gunes, U., Baran, L., Ozturk, H., Sahbudak, G. (2020). Examining the hand hygiene beliefs and practices of nursing students and the effectiveness of their hand washing behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 1-9. doi: 10.1111/jocn.15430.
- Demirdal, T., Uyar, S., Demirtürk, N. (2007). Bir üniversite hastanesinde çalışanlarda el yıkama uygulamalarının ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *e Med J of Kocatepe*, 8(3), 39-43.
- Dr. Çakmak, B., Dursun, A. (2019). EHUS-El Hijyeni Uyumluluk Sistemi (HHCS- Hand Hygiene Compliance System). Tıp Teknolojileri Kongresi, 2019, 103-106.
- Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. D., Vos, M. C. Van Beeck, E. F. (2010). Systematicreview of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospitalcare. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(3), 283-94. doi: 10.1086/650451.
- Giuffré, C. ve Kilpatrick, C. (2016). HandHygiene. Friedman, C. ve Arbor A. (Ed.) IFIC Basic Concepts of Infection Control, 3rd edition, (s.1-13) içinde. Erişim adresi:http://theific.org/wp-content/uploads/2016/04/10-HandHygiene_2016.pdf.

- Karadağ, M., Iseri, O. P., Yıldırım, N., Etikan, I. (2016). Knowledge, beliefs and practices of nurses and nursing students for hand hygiene. *Jundishapur Journal of Health Science*, 8(4):e36469.
- Karadağ, M., Yıldırım, N. ve İşeri, Ö. (2016). El hijyeni inanç ölçeği ve el hijyeni uygulamaları envanterinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(2), 271-284. doi:10.17826/cutf.237742.
- Karahan, E., Doğan, Ş., Çelik, S. (2020). Sağlık çalışanlarında el hijyeni inancı ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 5 (2), 91-103.
- Karaoğlu, M. K. ve Akın, S. (2019). Hemşirelerin el yıkama alışkanlıklarına ilişkin görüşleri ve el hijyeni uyum oranlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 33-40. doi: 10.5222/HEAD.2019.033.
- Kaya, G., Trabzon, Ş., Doğanay, S., Güçlü, E., Karabay, O., Altındış, S. (2019). Sağlık eğitimi alan üniversite öğrencilerine verilen el hijyeni eğitimi etkinliği. *J Biotechnol and Strategic Health Res.*, 3(2), 219-224, doi:10.34084/bshr.649305.
- Kayar, N. A., Daloğlu, M., Şenol, Y. (2020). Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin el hijyeni inanç durumları ve etkileyen faktörler. *Selcuk Dent J*, 7, 488-493, doi: 10.15311/selcukdentj.698732.
- Khan, H. A., Baig, F. K., Mehboob, R. (2017). Nosocomial infections: epidemiology, prevention, control and surveillance. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 7(5), 478-482.
- Koşucu, S. N., Baltacı G. S. ve Yıldız, T. (2015). Sağlık personelinin el hijyeni uyum oranı. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 105-108. doi:10.5455/musbed.20150327042901.
- Kumar, R., Kumar, Gupta, P., Sharma, P., Kaur, R., Reetu., Verma, R., Saini, R. (2017). Hand hygiene, attitude and barriers among health care workers at a Tertiary Care Teaching Hospital. Uttarakhand. *International Journal of Health Sciences and Research*, 7(9), 159165.
- Lee, S. S., Park, S. J., Chung, M. J., Lee, J. H., Kang, H. J., Lee, J. A. ve Kim, K. Y. (2014). Improved hand hygiene compliance is associated with the change of perception to ward hand hygiene among medical personnel. *Infection and Chemotherapy*, 46(3), 165-71. doi:10.3947/ic.2014.46.3.165.
- Lydon, S., Power, M., McSharry, J., Byrne, M., Madden, C., Squires, J. E. ve O'Connor, P. (2017). Interventions to improve hand hygiene compliance in the ICU: A Systematic Review. *Critical Care Medicine*, 45(11), 1165-1172. doi:10.1097/CCM.0000000000002691.

- Najwa, Z., Naheel, A., Mohannad, A., Hamza, A. ve Al, M. (2016). Perception of health-care workers about hand hygiene and its resources at King Fahad Hospital of University. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(2), 307-3012. doi: 10.5455/ijmsph.2016.17082015127.
- Nargiz, Koşucu, S., Baltacı, Göktaş, S., Yıldız, T. (2015). Sağlık personelinin el hijyeni uyum oranı. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 105-108, doi: 10.5455/musbed.20150327042901.
- Price, L., MacDonald, J., Gozdzielewska, L., Howe, T., Flowers, P., Shepherd, L. Watt, Y. (2018). Interventions to improve health care workers' hand hygiene compliance: A systematicreview of systematicreviews. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 39(12),1449-1456. doi: 10.1017/ice.2018.262.
- Rn, O. D., Jones, D., Martello, M., Biron, A. ve Lavoie-Tremblay, M. (2017). A systematicreview on theeffectiveness of interventions to improve hand hygiene compliance of nurses in the hospital setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 143-152. doi:10.1111/jnu.12274.
- Tümtürk, A., Erçen, Diken, Ö. ve Güler, S. B. (2016). Assessment of adherence to hand hygiene practices in a specialty hospital. *Flora*, 21(3), 111-115. Erişim adresi:http://www.floradergisi.org/getFileContent.aspx?op=REDPDF&file_name=2016-21-03-111-115.pdf.
- Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği. (2006). İzolasyon önlemleri kılavuzu. Erişim adresi: http://www.hider.org.tr/global/Dernek_Kilavuzlari/2006-10-Ek2-005-028.pdf.
- World Health Organization-WHO. (2002). Prevention of hospital-acquire dinfctions A practicalguide 2.nd edition. Date: 06.10.2021.
- World Health Organization-WHO. (2009). Guidelines on handhygiene in healthcare. First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva, Switzerland World HealthOrganization. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1.
- World Health Organization-WHO. (2019). Guidelines on hand hygiene in healthcare. Erişim adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf. (20 June 2019).
- Yurttaş, A., Kaya, A. ve Engin, R. (2017). Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesindeki el hijyeni uyumları ile hastane enfeksiyonlarının incelenmesi: Retrospektif çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 1-7. doi: 10.17681/hsp.115490.

COVID-19 Hastalarında İnflamasyon Belirteçleri ve Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişki

Geliş Tarihi:02.01.2025

Kabul Tarihi:14.01.2025

Suphi AYDIN¹

Aydın BALCI²

Ahmet DUMANLI³

ÖZ

Giriş ve Amaç: Nötrofil-lenfosit oranı (NLR), lenfosit-monosit oranı (LMR) ve trombosit-lenfosit oranı (PLR), inflamatuvar, kardiyovasküler ve malign hastalıkların çoğunda inflamasyon belirteci olarak kullanılmakta olup bu hastalıkların prognozunu öngörmeye önemli markerlerdir. Bu çalışmada, hastanemizde göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi servislerinde yatış yapılan ve Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) tespit edilen hastaların hemogramlarında hesaplanan NLR, LMR ve PLR ile hastalığın şiddeti arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: COVID-19 klinik semptomları ile hastaneye başvuran ve kantitatif ters transkriptaz-polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi pozitif olan toplam 614 hasta, 92 şiddetli ve 522 şiddetli olmayan hasta olarak iki gruba ayrıldı. İnflamasyon belirteçleri NLR, LMR, PLR, c-reaktif protein (CRP) ve sedimentasyon düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: 614 hastanın yaş ortalaması $48,9 \pm 19,4$ yıl olup, tüm hastaların %45'i kadındı. Şiddetli hasta grubunda NLR $8,84 \pm 13,20$, LMR $2,22 \pm 1,54$, PLR ise 244 ± 26 olarak belirlendi. NLR, eğri altında kalan alanı (AUC) 0,69 ile en büyük özgüllük (%67) ve duyarlılık (%67,3) değerine sahipti. Şiddetli COVID-19 hastalarında NLR, PLR, CRP gibi inflamasyon belirteçlerinin artarken, LMR'nin azaldığı gözlemlendi.

Sonuçlar: COVID-19 hastalığının tanısı ve takibi için basit, ucuz ve kolay ulaşılabilir bir hemogram testi ile hesaplanan NLR, PLR ve LMR değerlerinin hastalık şiddetini öngörebileceği sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, Nötrofil-Lenfosit Oranı, Trombosit-Lenfosit Oranı, Lenfosit-Monosit Oranı

1 Doç. Dr., Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD,Afyonkarahisar, Türkiye. e-mail adresi: dr_suphi@hotmail.com. Orcid: 0000-0003-2102-0484

2 Doç. Dr., Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD,Afyonkarahisar, Türkiye. e-mail adresi: draydnbalci@gmail.com. Orcid: 0000-0002-6723-2418

3 Doç. Dr., Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD,Afyonkarahisar, Türkiye. e-mail adresi: ahmet_dumanli@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-5768-7830

The Relationship Between Inflammatory Markers and Disease Severity in COVID-19 Patients

ABSTRACT

Introduction and Objective: The Neutrophil-Lymphocyte Ratio (NLR), Lymphocyte-Monocyte Ratio (LMR), and Platelet-Lymphocyte Ratio (PLR) are used as inflammatory markers in many inflammatory, cardiovascular, and malignant diseases, and are important for predicting the prognosis of these diseases. In this study, we aimed to investigate the relationship between NLR, LMR, and PLR, calculated from the hemograms of patients diagnosed with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the Chest Diseases and Chest Surgery departments of our hospital, and the severity of the disease.

Method: A total of 614 patients who presented to the hospital with clinical symptoms of COVID-19 and had positive quantitative reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) test results were divided into two groups: 92 severe cases and 522 non-severe cases. Inflammatory markers including NLR, LMR, PLR, C-reactive protein (CRP), and sedimentation levels were evaluated.

Results: The mean age of the 614 patients was 48.9 ± 19.4 years, and 45% of the patients were female. In the severe patient group, NLR was 8.84 ± 13.20 , LMR was 2.22 ± 1.54 , and PLR was 244 ± 26 . NLR had the highest specificity (67%) and sensitivity (67.3%) with an area under the curve (AUC) of 0.69. In severe COVID-19 patients, it was observed that while markers such as NLR, PLR, and CRP increased, LMR decreased.

Conclusion: It was concluded that the values of NLR, PLR, and LMR, calculated from a simple, inexpensive, and easily accessible hemogram test, could predict the severity of COVID-19.

Key Words: COVID-19, Neutrophil-Lymphocyte Ratio, Platelet-Lymphocyte Ratio, Lymphocyte-Monocyte Ratio

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Mart 2020'de Koronavirüs hastalığı (COVID-19)'u şiddetli akut solunum sendromu-koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) pandemisi olarak tanımlamıştır (Jin, Y., et al. 2020). Kesin bir tedavisi olmayan COVID-19, asemptomatik ve hafif semptomatik hastalıktan ölüme kadar ilerleyen farklı formlara sahiptir ve genel ölüm oranı %2-5 arasında değişmektedir (Wu, Z., and McGoogan, J. M. 2020). Hastalığın hızlı tanısı, hastaların izolasyonu ve sosyal mesafe kurallarına uyulması ile yayılması önlenabilir (Adalja et al. 2020).

Enflamasyonu ve bağışıklık tepkisini yansıtan biyobelirteçler, COVID-19'un prognozunu öngörmeye kritik öneme sahiptir (Yang et al. 2020). C-reaktif protein (CRP), inflamasyonu yansıtan temel bileşenlerden biri olup, inflamatuvar reaksiyonlar, enfeksiyon ve doku hasarı ile artış gösterir. COVID-19 hastalarında görülen akut akciğer hasarı, CRP düzeylerinde belirgin bir artışa neden olmaktadır (Liu et al. 2020).

NLR, PLR ve LMR değerleri; inflamatuvar, kardiyovasküler ve malignite gibi durumlarda biyobelirteç olarak önemlidir (Prajapati et al. 2014, Kaplan et al. 2018). Özellikle NLR'nin, COVID-19'a bağlı ölüm oranları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Wang et al. 2020).

PLR, konakçı immün tepkisi tarafından oluşturulan sistemik inflamasyonla ilişkilidir (Cho et al. 2018). NLR ve PLR değerleri malign hastalıkların, kardiyovasküler hastalıkların, sistemik lupus eritematozus, inflamatuvar Ailesel Akdeniz Ateşi gibi hastalıklar ve akut pankreatit gibi hastalıkların prognozu açısından klinik olarak anlamlıdır (Kaplan, M., et al. 2018).

Düşük lenfosit düzeyleri, COVID-19 prognozunu belirlemede daha duyarlı kabul edilmektedir (Li et al. 2020). NLR, PLR ve LMR seviyeleri inflamatuvar sürecin prognozunu tahmin etmek için aktif inflamatuvar hastalıklarda basit bir kan sayımından elde edilebilen ve kullanılabilen hızlı ölçüm yöntemleridir (Shi et al. 2017, Simpson, 2019). Çalışmanın amacı, basit ve erken bir belirteç

olarak NLR, PLR, LMR ve diğer inflamasyon belirteçlerinin COVID-19 hastalarında hastalığın prognozunu belirlemedeki önemini göstermektedir.

2. YÖNTEM

Çalışma, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi (AFSÜ) Etik Kurulu tarafından onaylanmış ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, AFSÜ Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri, hamile olmayan hastalar dahil edilmiştir. Mart-Eylül 2022 tarihleri arasında COVID-19 şüphesi ile geriye dönük tarama yapılmıştır. Çalışmaya, klinik bulguları (ateş, öksürük, nefes darlığı, titreme), COVID-19 ile uyumlu kas ağrısı, boğaz ağrısı, ishal, tat kaybı ve koku kaybı bulunan ve RT-PCR testiyle COVID-19 pozitif olan 614 hasta dahil edilmiştir.

Tüm hastalara, akciğer tutulumu değerlendirilmek amacıyla akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilmiştir. Hastalar, şiddetli ve şiddetli olmayan hastalık olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Aşağıdaki üç klinik belirti, şiddetli hasta grubunda sınıflandırılmıştır:

- Dinlenme durumunda ortalama arteriyel oksijen doygunluğu \leq %93,
- Nefes darlığı ve solunum hızı (RR) $>$ 30 kez/dakika,
- Kısmi arteriyel oksijen basıncı (PaO₂)/oksijen konsantrasyonu (FiO₂) \leq 300 mmHg (1 mmHg = 0,133 kPa).

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan, orofaringeal ve burun sürüntüsü örnekleri alınarak COVID-19 için RT-PCR testi yapılmıştır. Ayrıca, tam kan sayımı ve C-reactive protein (CRP) testleri için kan örnekleri alınmıştır. Kan sayımı sonuçlarına göre Nötrofil/Lökosit oranı (NLR), Lenfosit/Lökosit oranı (LMR) ve Platelet/Lökosit oranı (PLR) hesaplanmıştır.

Hastanın yaşı, cinsiyeti, semptomları, fizik muayene bulguları, hastalığın başlangıcı, kullanılan tedavi, tedavi süresi, hastaneye yatış durumu, yoğun bakım gereksinimleri ve ölüm durumu kaydedilmiştir. COVID-19 pnömonisi ile uyumlu BT bulguları (periferik, iki taraflı buzlu cam görünümü, çok odaklı yuvarlak buzlu cam alanları, ters halo) ve viral pnömoni ile uyumlu olarak değerlendirilen BT bulguları (periferik ve yuvarlak olmayan multifokal,

yaygın, perihiler veya tek taraflı buzlu cam opaklığı, düşük sayılarda ve çok küçük çevresel ve yuvarlak olmayan buzlu cam alanları) değerlendirilmiştir.

2.1. Verilerin Analizi

Bu retrospektif kesitsel çalışmanın verileri SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş; kategorik değişkenler yüzde, sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler için ki-kare testi, sürekli değişkenler için t-testi kullanılmıştır. Sayısal veriler için Pearson korelasyonu kullanılmıştır. Tüm veriler SPSS 20.0 (IBM SPSS İstatistikleri for Windows; IBM Corp, Armonk, NY, ABD) programı kullanılarak test edilmiş ve $p < 0,05$ olan veriler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

614 hasta, 92 şiddetli ve 522 şiddetli olmayan hasta olarak iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı fark göstermemiştir. Şiddetli hastaların en yaygın semptomları ateş, öksürük ve halsizlik olmuştur. Tablo 1’de inflamasyon belirteçleri ve semptomlar sunulmuştur. NLR, PLR ve CRP değerleri şiddetli grupta daha yüksek bulunmuş, LMR ise daha düşük olarak saptanmıştır. Lökosit ve nötrofil düzeyleri şiddetli hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). Lenfosit ve eozinofil sayıları her iki grupta da düşüktü, lenfosit ve eozinofil sayılarına göre gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Şiddetli hasta grubunda hastanede kalış süresi, yoğun bakım gerekliliği ve ölüm oranı önemli ölçüde daha yüksekti ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Tablo 1: COVID-19 Hastalarında Demografik ve Klinik Özellikler

Özellikler	Şiddetli Olmayan (N=522)	Şiddetli (N=92)	p Değeri
Yaş (ortalama \pm SS)	45.4 \pm 15.8	61.8 \pm 16.2	<0.001
Cinsiyet (% erkek)	248 (%49)	46 (%50)	0.624
Hipertansiyon	81	50	<0.001
Diyabet	55	48	<0.001
KOAH/Astım	35	38	<0.001
Koroner Arter Hastalığı	38	32	<0.001
Hiperlipidemi	35	30	<0.001
Atriyal Fibrilasyon	8	9	<0.001
Kronik Böbrek Yetmezliği	2	8	<0.001

Malignite	8	7	<0.001
Ateş	261	45	0.51
Öksürük	308	40	0.47
Yorgunluk	408	62	0.27
Nefes Darlığı	80	49	<0.001
Koku Kaybı	11	21	<0.001
İshal	16	4	<0.001
Göğüs Ağrısı	98	58	<0.001

Tablo 2: Laboratuvar ve Klinik Bulgular

Laboratuvar Bulguları	Şiddetli Olmayan (N=522)	Şiddetli (N=92)	p Değeri
Lökosit (10 ³ /mL)	5.87 ± 2.62	9.73 ± 6.45	<0.001
Nötrofil (10 ³ /mL)	4.53 ± 1.94	7.69 ± 5.16	<0.001
Lenfosit (10 ³ /mL)	1.49 ± 0.79	1.37 ± 1.07	0.078
Monosit (10 ³ /mL)	0.64 ± 0.25	0.68 ± 0.42	0.301
Eozinofil (10 ³ /mL)	1.14 ± 1.28	0.87 ± 0.95	0.089
Hemoglobin (g/dL)	14.30 ± 1.75	13.28 ± 2.26	0.234
Hematokrit (%)	41.76 ± 4.67	39.34 ± 5.60	0.113
Trombosit (10 ³ /mL)	236 ± 74	232 ± 19	0.926
NLR	3.92 ± 4.18	8.95 ± 14.28	0.008
LMR	2.68 ± 1.56	2.28 ± 1.54	0.043
PLR	175 ± 93	245 ± 256	<0.001
CRP (mg/L)	28.6 ± 44.5	91.6 ± 87.2	<0.001
Kalp Hızı (/dk)	80.7 ± 11.6	93.7 ± 15.1	<0.001
Oksijen Saturasyonu (%)	96.4 ± 5.2	90.3 ± 8.7	<0.001
Solunum Hızı (/dk)	16.1 ± 2.8	20.5 ± 4.6	<0.001
BT Pozitifliği (sayı)	261	62	<0.001
Hastanede Kalış Süresi (gün)	2.3 ± 2.8	11.4 ± 4.8	<0.001
Yoğun Bakım Gereksinimi (sayı)	8 (2%)	42	<0.001
Mortalite (sayı)	3	21	<0.001

NLR: Nötrofil-Lenfosit oranı, LMR: Lenfosit-Monosit oranı, PLR: Trombosit-Lenfosit oranı,

BT: Bilgisayarlı Tomografi

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda COVID-19 hastalarında LMR azalırken, NLR ve PLR'nin arttığı gözlemlendi. Bu bulgu, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur (Balcı et al. 2021, Islamoglu, M. S., 2021). Beklendiği gibi, hastane ve yoğun

bakım yatış oranları ile mortalite şiddetli hasta grubunda daha yüksekti. Ayrıca, NLR, LMR ve PLR değerlerinin akciğer tutulumu ile korele olduğu ve hastanede kalış süresi ile COVID-19 şiddetini öngördüğü belirlendi (Islamoglu, 2021). Enfeksiyonlarda olduğu gibi inflamasyon ve sitokin fırtınası, COVID-19'un patofizyolojisinde temel rol oynar. Enflamatuar sürecin ve ciddi vakaların erken dönemde belirlenmesi, daha agresif tedavilerin başlatılmasını sağlayabilir ve mortalite oranlarını azaltabilir. COVID-19 hastalarında lökosit düzeylerinin genellikle normal veya azalmış olduğu, lenfosit ve eozinofil düzeylerinde ise belirgin bir azalma görüldüğü bildirilmiştir. Henry ve arkadaşlarının çalışmasında, şiddetli vakalarda lenfopeni ve trombositopeni saptanmıştır (Henry et al. 2020). Sitokin fırtınasına bağlı olarak lenfosit sayılarında ciddi azalma görülebilir ve bu durum hastalığın ilerlemesini tetikleyebilir (Li et al. 2020).

Monosit ve eozinofil seviyelerinde şiddetli düşüşler yaşanırken, hastalığın erken dönemlerinde eozinofiller başlangıçta artabilir ve sonrasında düşüş gösterebilir. Lenfositlerin bağışıklık yanıtındaki düzenleyici rolü daha sonra ortaya çıkar (Lachmann, G., et al. 2020). Bizim çalışmamızda lökositöz ve nötrofil gözenirken, lenfosit ve eozinofil seviyelerinde anlamlı bir azalma tespit edilmedi. Bu bulgu, Zhang ve arkadaşlarının çalışmasındaki sonuçlarla da uyumludur (Wang et al. 2020).

NLR, PLR ve LMR'nin inflamatuvar, kardiyovasküler ve malign hastalıklardaki önemi bilinmektedir ve bu markerler hemogram testiyle kolaylıkla elde edilebilir (Prajapati et al. 2014, Islamoglu et al. 2021). Çalışmamızda bu belirteçlerin COVID-19 hastalığının prognozu açısından önemli bir klinik değeri olduğu görülmüştür. Russel ve diğerlerinin bir meta-analizinde, pnömoni ve diğer enfeksiyonlarda düşük LMR ve NLR değerlerinin kötü prognoz ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Russell et al. 2019). Wuhan'da yapılan bir çalışmada ise NLR'nin yüksek değerlerinin mortaliteyi öngörmeye yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu tespit edilmiştir (Wang, et al. 2020). Yang ve arkadaşları, şiddetli vakalarda NLR ve PLR'nin arttığını, LMR'nin ise azaldığını ve bu durumun kötü prognoz ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Liu et al. 2020).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, NLR ve PLR'nin anlamlı düzeyde arttığı, LMR'nin ise azaldığı gözlemlenmiştir. Bu markerlerin hastanede kalış süresi ve akciğer tutulumu gibi hastalık ilerlemesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bir meta-analizde şiddetli COVID-19 vakalarında lökositlerde artış, lenfositlerde ve trombositlerde azalma, monositlerde ise fark olmadığı bildirilmiştir (Feng et al. 2020).

Lenfosit azalmasının lenfosit apoptozu ve lenfoid organların atrofisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastalığa bağlı laktik asidoz, lenfosit çoğalmasını önleyebilir ve bu da bağışıklık yanıtının baskılanmasına yol açabilir (Chan et al. 2019). Bu süreç inflamasyonu tetikleyerek NLR'yi artırır ve COVID-19'un klinik semptomlarını ağırlaştırabilir.

Mevcut çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, sonuçlar tüm topluma genellenemez, çünkü çalışma tek merkezde yürütülmüş ve sadece 18 yaş üstü hastalar dahil edilmiştir. İkinci olarak, deneysel veriler sınırlıdır. Son olarak, NLR, LMR ve PLR'nin diğer inflamasyon markerleri ile karşılaştırılması gereklidir.

5. SONUÇ

COVID-19 hastalarında inflamatuvar markerlerinin hastalık şiddeti ile ilişkisi, bu markerlerin erken tanı ve tedavi yönetimindeki potansiyel faydasını göstermektedir. NLR ve PLR, uygun maliyetli ve kolay uygulanabilir bir çözüm sunarak, hastaların risk sınıflandırmasında önemli bir rol oynayabilir.

Çıkar Çatışması: Makalede hiçbir suç unsuruna veya kanuna aykırı ifadeye yer verilmemiş, araştırma yapılırken araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir. Çalışmamız, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 2021/29 tarih ve sayı ile onaylandı.

KAYNAKLAR

- Adalja, A. A., Toner, E., Inglesby, T. V. (2020). Priorities for the US health community responding to COVID-19. *JAMA*, 323(14):1343-1344. doi:10.1001/jama.2020.3413.
- Balcı, A., Yıldız, E., Selendili, O. (2021). New markers in the differentiation of Covid 19 disease and pneumonia: Neutrophil and platelet lymphocyte ratio. *J Contemp Med*, 11(4), 478-482. doi:10.16899/jcm.892114.
- Chan, J. F., Zhang, A. J., Yuan, S., et al. (2019). Simulation of the clinical and pathological manifestations of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in golden Syrian hamster model: Implications for disease pathogenesis and transmissibility. *Clinical Infectious Diseases*, 71(9), 2428-46. doi:10.1093/cid/ciaa325 (PMID: 32215622).
- Cho, U., Par H. S., Im, S. Y., et al. (2018). Prognostic value of systemic inflammatory markers and development of a nomogram in breast cancer. *PLoS One*, 13(7):e0200936. doi:10.1371/journal.pone.0200936.
- Feng, F., Li, L., Zeng, J., et al. (2020). Can we predict the severity of coronavirus disease 2019 with a routine blood test? *Pol Arch Intern Med*, 130(5), 400-406. doi:10.20452/pamw.15331.
- Henry, B. M., de Oliveira, M.H.S., Benoit, S., et al. (2020). Hematologic, biochemical and immune biomarker abnormalities associated with severe illness and mortality in coronavirus disease 2019 (COVID-19): A meta-analysis. *Clin Chem Lab Med*, 58(7), 1021-1028. doi:10.1515/cclm-2020-0369.
- Islamoglu, M. S., Borku-Uysal, B., Yavuzer, S., et al. (2021). The diagnostic and predictive roles of neutrophil-lymphocyte ratio for severity of disease in COVID-19 patients. *Clin Lab*, 67(12), doi:10.7754/Clin.Lab.2021.210449.
- Jin, Y., Yang, H., Ji, W., et al. (2020). Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. *Viruses*, 12(4):372. doi:10.3390/v12040372.
- Kaplan, M., Ates, I., Oztas, E., et al. (2018). A new marker to determine prognosis of acute pancreatitis: PLR and NLR combination. *J Med Biochem*, 37(1), 21-30. doi:10.1515/jomb-2017-0027.
- Lachmann, G., von Haefen, C., Kurth, J., et al. (2018). Innate immunity recovers earlier than acquired immunity during severe postoperative immunosuppression. *Int J Med Sci*, 15(1), 1-9. doi:10.7150/ijms.22099.
- Li, Q., Ding, X., Xia, G., et al. (2020). A simple laboratory parameter facilitates early identification of COVID-19 patients. (2020). medRxiv, doi:10.1101/2020.02.13.20022830.

- Li, T., Lu, H., Zhang, W. (2020). Clinical observation and management of COVID-19 patients. *Emerg Microbes Infect*, 9(1), 687-690. doi:10.1080/22221751.2020.1741327.
- Liu, Y., Yang, Y., Zhang, C., et al. (2020). Clinical and biochemical indexes from 2019-nCoV infected patients linked to viral loads and lung injury. *Sci China Life Sci*, 63(3), 364-374. doi:10.1007/s11427-020-1643-8.
- Prajapati, J. H., Sahoo, S., Nikam, T., et al. (2014). Association of high-density lipoprotein with platelet to lymphocyte and neutrophil to lymphocyte ratios in coronary artery disease patients. *J Lipids*, 686791. doi:10.1155/2014/686791.
- Russell, C. D., Parajuli, A., Gale, H. J., et al. (2019). The utility of peripheral blood leucocyte ratios as biomarkers in infectious diseases: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*, 78(5), 339-348. doi:10.1016/j.jinf.2019.02.006.
- Shi, L., Qin, X., Wang, H., et al. (2017). Elevated neutrophil-to-lymphocyte ratio and monocyte-to-lymphocyte ratio and decreased platelet-to-lymphocyte ratio are associated with poor prognosis in multiple myeloma. *Oncotarget*, 8, 18792-18801. doi:10.18632/oncotarget.15155.
- Simpson, S., Kay, F. U., Abbara, S., et al. (2020). Radiological society of north america expert consensus statement on reporting chest CT findings related to COVID-19. *J Thorac Imaging*, 35(4), 219-227. doi:10.1097/RTI.0000000000000524.
- Wang, X., Li, X., Shang, Y., et al. (2020). Ratios of neutrophil-to-lymphocyte and platelet-to-lymphocyte predict all-cause mortality in inpatients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): A retrospective cohort study in a single medical centre. *Epidemiol Infect*, 148:e211. doi:10.1017/S0950268820002154.
- Wu, Z., McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72,314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648.
- Yang, A. P., Liu, J. P., Tao, W. Q., Li, H. M. (2020). The diagnostic and predictive role of NLR, d-NLR and PLR in COVID-19 patients. *Int Immunopharmacol*, 84:106504. doi:10.1016/j.intimp.2020.106504.

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Kalite Algısı

Öznur BOZKURT¹
Bekir KÜÇÜKDURSUN²

Geliş Tarihi: 28.12.2024

Kabul Tarihi: 14.01.2025

ÖZ

Sağlık hizmetlerinde hatanın telafisinin olmaması, hasta ve çalışan güvenliğine önem verilmesini kalite uygulamalarını zorunlu hale getirmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımının artmasıyla birlikte, hastaların kaliteli hizmet alma isteği artmıştır. Ülkemizde kamu alanında sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları diğer kamu kurumlarına göre düzenli olarak yapılmaktadır. Sağlık kurumlarında kalite düzeyini artırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetin türüne göre "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" setleri hazırlanmıştır. Sağlıkta kalite standartları doğrultusunda, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetinin sağlanması amaçlanmaktadır; ancak bunun da ötesinde olası hataların önlenmesi ve hizmet sunumunun sürekli iyileştirilmesi ile etkin, verimli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunumu da amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların kalite algılarının ölçülmesi ve demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir. Araştırma verileri Bolu İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nde çalışan 284 kişiden anket tekniği ile toplanmıştır. SPSS 26 programı kullanılarak verilerin analizi yapılmıştır. Yapılan analizler neticesinde çalışanların kalite algısının yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca araştırmaya katılanların kalite algısının demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Öncesi, Acil Sağlık, Sağlık Çalışanları

1 Prof. Dr., Düzce Üniversitesi, Düzce, Türkiye, e-mail:oznurbozkurt@düzce.edu.tr. Orcid: 0000-0002-8846-1850

2 Bolu İl Sağlık Müdürlüğü, Bolu, Türkiye, e-mail:bekirkucukdursun@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2547-2763

The Perception of Quality of Employees in Pre-Hospital Emergency Health Services

ABSTRACT

The lack of compensation for errors in health services and the importance of patient and employee safety have made quality practices mandatory. In addition, with the increasing use of technology in health services, the desire of patients to receive quality services has increased. Quality practices in public health services in our country are carried out regularly compared to other public institutions. In order to increase the level of quality in health institutions, the Ministry of Health has prepared a set of quality standards in health according to the type of service provided. In line with the quality standards in health, it is aimed to ensure patient and employee safety and satisfaction in pre-hospital emergency health services; but beyond this, it is also aimed to provide effective, efficient and accessible health services by preventing possible errors and continuously improving service delivery. The aim of this study is to measure the quality perceptions of employees in pre-hospital emergency health services and to examine whether they show differences according to demographic characteristics. The research data were collected by survey technique from 284 people working at the Chief Medical Officer of Bolu Provincial Ambulance Service. The data were analyzed using the SPSS 26 program. As a result of the analyses conducted, it has been concluded that the perception of quality of employees is at a high level. In addition, it has been concluded that the perception of quality of the participants in the study differs according to demographic characteristics.

Key Words: Total Quality Management, Prehospital, Emergency Health, Medical Staffs

1. GİRİŞ

Küreselleşmenin artmasıyla birlikte işletmeler arasında rekabet artmıştır. Rekabetin artması ile birlikte artan ekonomik zorluklar karşısında işletmeler sürdürülebilirliğini sağlamak ve rekabet ortamında müşterilerine daha iyi hizmet vermek için kalite çalışmalarına ve kalite yönetimine önem vermişlerdir. Tüketicilerin kaliteli mal ve hizmet alma istekleri kalite çalışmalarını arttırmıştır. Kalite uygulamaları ile işletmeler, müşteri memnuniyetini ve verimlilikleri arttırırken maliyetleri düşürmektedir. Kalite yönetimi kavramı bazı işletmelere göre bir yönetim felsefesi, bazı işletmelere göre de müşteri memnuniyeti olarak görülmektedir. 1980'li yıllardan sonra kalite yönetiminde tüm işletmelerin amacı, müşteri isteğine göre düşük maliyetle hizmet sunarak müşteri memnuniyetini sağlamaktır (Oksay, 2016). Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bir işin doğru olarak yapılmasına yol gösteren rehberdir. Bir işin tüm süreçlerinin standart haline getirilmesi, çalışanların hata yapma olasılığını en aza indirmektedir. TKY olası hatalarda sürecin hangi aşamasında hata olduğu tespit ederek, iyileştirme yapılmasını zorunlu kılar. İşletmelerin maliyetleri azaltarak sıfır hataya yaklaşmaları, müşteri istek ve beklentilerini minimum maliyetle karşılayarak, müşteri memnuniyetini sağlamaları ve tüm bu süreçleri çalışanların katılımı ile gerçekleştirmeleri süreci toplam kalite yönetiminin en önemli hedefleri arasındadır (Ertaş ve Çelik, 2018). TKY uygulamalarının; israfın önlenmesi, verimlilik artışı, kalitenin yükselmesi, maliyetlerin azalması, işlem sürelerinin kısalması, sürekli iyileştirme ve geliştirme, iç ve dış müşteri memnuniyetinin sağlanması gibi birçok yararı vardır (Aktan, 2012).

Hastaların kaliteli hizmet alma isteği sağlık hizmetlerinde kalitenin başlamasını sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinde sürekli gelişen teknoloji ve yeniliklerle birlikte müşteri beklentileri artmaktadır. Toplam kalite yönetimi müşteri beklentilerine göre sürekli iyileştirme ve gelişim sağlayan dinamik bir süreçtir. Sağlık hizmetlerinde ister özel ister kamu olsun rekabet ile mücadelenin en önemli anahtarı kaliteli hizmettir. Dünyada gelişmişliğin en önemli göstergelerinden biri sağlık hizmetlerinde kalitedir (Lüleci vd., 2019).

Ülkemizde kamu hizmet sektörünün önemli bir bölümünü oluşturan sağlık hizmetlerinde kalite, iç ve dış paydaşların beklentilerinin ölçülmesine ve kurumun başarı sağlamasına yardımcı olur çünkü; iç ve dış müşteri memnuniyetinin ölçülmesi kurumun müşterilerin beklentilerine yönelik iyileştirme çalışması yaptığını gösterir. Yapılan iyileştirme çalışmaları kurumun ve yönetimin başarısını artırmaktadır (Örtlek vd., 2017).

Sağlık hizmetlerinde yapılan hata icra edilen mesleklerin insan sağlığına yarar sağlamasının beklenmesi nedeni ile ortaya çıkacak hatanın telafisi çok zordur veya hiç yoktur. Sağlık hizmetlerinde hata insan yaşamını etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kurumların kalite yönetimini ve kalite uygulamalarını esas alarak hizmet vermeleri gerekmektedir (Söyük ve Yenidikici, 2016). Sağlık hizmetlerinde hizmet sunan çalışanların kaliteye bakış açısı ve kalite uygulamaları hakkındaki düşünceleri toplam kalite yönetiminde başarı sağlanmasında önemli bir yere sahiptir. Toplam kalite yönetiminin başarılı olması için üst yönetimin kalite anlayışını benimseyerek liderlik etmesi ve çalışanların kaliteyi doğru algılamaları gerekmektedir (Esendemir ve Erkan, 2024).

Sağlık Bakanlığı; ulaşılabilirlik, etkili ve zamanında hizmet sunumu hedefleri doğrultusunda 2003 yılından günümüze kadar istasyon, ambulans ve personel sayılarını giderek arttırmıştır. 2023 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde 3402 acil sağlık hizmetleri istasyonu, 5738 ambulans ile 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet verilmektedir (<https://www.saglik.gov.tr>, 2024). Tüm ambulanslar, TS EN 1789 standardına uygun donanım ve tasarıma sahip olup hasta ve personel güvenliği tam olarak sağlanmıştır. Yaygın ambulans ağı ile kentsel vakalara ilk 10 dakika içinde, kırsal bölgede bulunan vakalara ilk 30 dakika içinde ulaşılması hedeflenmektedir. Dijital sistem altyapısı ile gelen çağrıların dijital haritalar üzerinden yer tespiti, ses kayıtları, ambulansların takibi ve hastanelerdeki kritik yatak durumları 24 saat izlenebilmektedir. Bu gelişmelerle birlikte hastane öncesi acil sağlık hizmetleri uluslararası standartlarda hizmet vermeye başlamıştır (Ulaş, 2023).

Türkiye’de ilk defa Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında "112 Acil Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları" oluşturulmuş ve ilk set bu tarihte yayınlanmıştır. Böylelikle 112 acil sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılması, ulaşılabilirliğinin artırılması, hizmetlerin hasta odaklı olarak verilmesi ve ulusal düzeyde standart hizmet verilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca personel ve yöneticilerde kalite kültürünün gelişimine katkı sağlayarak, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Ulusal bir kalite sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün ortak çalışması ile 2018 yılında SKS 112 setinin 3. versiyonu hazırlanmıştır. Günümüzde de kullanımı devam eden SKS 112 Acil Sağlık Hizmetleri seti; Türkiye’de hizmet veren İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri, komuta kontrol merkezi ve istasyonlara yönelik sonuç odaklı standartlar ve göstergeleri içermektedir. Bu set ile hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, risk yönetimi, hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amaçlanmaktadır. SKS 112 Acil Sağlık Hizmetleri seti kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde başarının temeli olan kalite uygulamalarına yönelik olarak hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının algısı incelenecektir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarında kalite algısının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği de araştırılacaktır. Sağlık çalışanlarının kaliteye bakış açısının belirlenmesi ve kalite uygulamalarının benimsenmesi yönünde öneriler sunulması amaçlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarının hastaya, çalışana ve kuruma faydaları bulunmaktadır. Etkin bir hizmet alan, tedavisi tamamlanan, iyileşme gösteren hasta mutlu olacaktır. Hasta memnuniyeti hastanın aldığı hizmet ile bağlantılıdır. Sağlık çalışanları tarafından hastaya doğru teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri verilmesi önemlidir. TKY uygulamalarını bir bütün olarak benimsemek başarıya ulaşmak için önemli bir anahtardır. Bu doğrultuda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların kalite algısının belirlenmesi önemlidir. Ayrıca hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde alan çalışmasının az olması, literatürde sağlık kurumlarında hizmet kalitesi ölçümünün yaygın olarak kullanılması, çalışanların kalite

algısının belirlenmesi adına çalışmaların az olması nedeniyle; literatüre sağlayacağı katkı açısından önemlidir.

2. YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırma evreni Bolu ilinde görev yapan İl Ambulans Servisi Başhekimliği çalışanlarıdır. Tüm çalışanlar 324 kişidir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde şoför ünvanı ile çalışanlar lisans, ön lisans veya lise düzeyinde eğitimini sağlık alanında almış çalışanlardır. Ulaşılabilir evren olması nedeni ile örneklemeye gidilmemiş ve tam sayım yöntemi kullanılmıştır. Ücretsiz izinde olan, katılmak istemeyen ve görevlendirme ile başka kuruma giden personel hariç toplam 294 kişi araştırmaya katılmıştır. Eksik ve yanlış doldurulan 10 anket analiz dışında bırakılarak 284 anket analiz kapsamına alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları ve Süreçleri

Bu araştırmada nicel yöntem kullanılmış olup veriler yüz yüze anket tekniği ile toplanmıştır. Ankette demografik özellikleri belirlemek için toplam 6 soru yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının toplam kalite yönetimine yönelik algılarını ölçmek için Bayer ve Baykal (2017) tarafından geliştirilmiş olan “Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarında kalite algısı ölçeği “Yönetim ve Liderlik”, “İnsan Kaynakları Kullanımı”, “Kalite Eğitimi”, “Ölçme ve Değerlendirme” ve “Kalite Uygulamalarının Yararı” olmak üzere beş boyut ve 65 sorudan oluşmaktadır. Kalite uygulamalarının yararı değişkeni üç boyutlu bir değişkendir. Bu yarar boyutları; kurum, hasta ve çalışanlar bağlamındadır. Ölçüm aracı, 5 dereceli likert tipi ölçektir ve Cronbach Alpha değeri 0,94’ dür.

Araştırma için öncelikli olarak etik kuruldan onay alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kamu kurumundan da araştırma izni alınmıştır. Kurum idari amiri ile görüşülüp araştırma hakkında ön bilgi verilmiştir. Katılımcıların onamı alındıktan sonra araştırmacı tarafından anket formları 15.02.2023-15.05.2023 tarihleri arasında elden dağıtılmış olup, sonrasında araştırmacı tarafından toplanmıştır.

2.3. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 26 programında yapılmıştır. Değişkenlere yönelik genel eğilimleri belirlemek ve demografik değişkenlere yönelik istatistikleri ortaya koymak için frekans dağılımlarına yönelik analizler yapılmıştır. Verilerin normal dağılımını test etmek amacıyla normallik testi yapılmıştır. Değişken ve alt boyutların ayrı ayrı güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Veri setinin güvenilirliğini değerlendirmek için Özdamar (2004) tarafından oluşturulan Croonbach's Alpha katsayısının değerlendirilme kriteri kullanılmıştır.

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ölçek güvenilir değil
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ölçek düşük güvenilirlikte
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ölçek oldukça güvenilir
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ölçek yüksek derecede güvenilir

Katılımcıların kalite algı düzeylerinin yorumlanmasında Zengin ve Kaygın (2016) tarafından oluşturulan ortalama değerler kullanılmıştır.

- 1 – 1,79 çok düşük
- 1,80 – 2,59 düşük
- 2,60 – 3,39 orta
- 3,40 – 4,19 yüksek
- 4,20 – 5 çok yüksek

3. BULGULAR

Tablo 1: Demografik Özellikler

Değişken	Değişken	Yüzde	Frekans
Cinsiyet	Kadın	52,5	149
	Erkek	47,5	135
Medeni Durum	Evli	65,5	186
	Bekar	34,5	98
Yaş	18-25	18,3	52
	26-33	48,2	137
	34-41	33,5	95
Eğitim	Lise	15,1	43
	Yüksekokul	40,1	114
	Üniversite	44,7	127
Ünvan	AABT	34,9	99
	ATT	46,8	133
	Sağlık Memuru	2,1	6
	Doktor	3,9	11
	VHKİ	,7	2
	Şoför	11,6	33
Toplam Çalışma Süresi	1-5 yıl	33,5	95
	6-10 yıl	25	71
	11-15 yıl	27,1	77
	16 ve üstü	14,4	41

Tablo 1.'de araştırmaya katılanların demografik özelliklerine ilişkin frekans-sıklık) analizi sonucu bulunmaktadır. Anketeye katılanların %52,5'ini kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %65,5'i evlidir. %15,1'i lise, %40,1'i yüksekokul, %44,7'si üniversite mezunudur. %34,9'u ambulans ve acil bakım teknikeri, %46,8'i acil tıp teknisyeni, %2,1'i sağlık memuru, %3,9'u doktor, %11,6'sı şofördür. Araştırmaya katılanların %33,5'i 1-5 yıl, %25'i 6-10 yıl, %27,1'i 11-15 yıl ve %14,4'ü ise 16 yıl ve üzeri süreli mesleki deneyime sahiptir.

Tablo 2'de araştırmaya katılanların kalite algılarına yönelik ortalama değerleri, ölçeğin güven katsayısı ve normal dağılıma yönelik veriler yer almaktadır. Araştırmaya katılanların toplam kalite yönetimi uygulamalarının varlığına yönelik algılarının (ort: 3,97) yüksek olduğu görülmektedir. Kalite algısını oluşturan alt boyutlara bakıldığında yönetim ve liderlik, insan kaynakları, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, kurum yararı, hasta yararı

Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Ortalama	St.Sapma	Güvenilirlik	Basıklık	Çarpıklık
Kalite Algısı	3,97	,704	,947	-,558	-,105
Yönetim ve Liderlik	3,92	,877	,946	-,738	,289
İnsan Kaynakları	3,87	,832	,894	-,527	-,336
Kalite Eğitimi	4,08	,799	,893	-,675	-,233
Ölçme ve Değerlendirme	3,87	,760	,812	-,659	,052
Kurum Yararı	4,06	,819	,910	-,593	-,187
Personel Yararı	3,93	,790	,869	-,974	1,002
Hasta Yararı	4,07	,754	,931	-,685	,015

ve personel yararı algılarının yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin güvenilirlik değerlerine bakıldığında, kalite algısı %94 oranında güvenilirliğe sahiptir. Kaliteyi oluşturan alt boyutlara bakıldığında yönetim ve liderlik %94, insan kaynakları %89, kalite eğitimi %89, ölçme ve değerlendirme %81, kamu yararı %91, personel yararı %86, hasta yararı %93 güvenilirlik değerine sahiptir. Özdamar (2004) tarafından oluşturulan veri seti güvenilirlik değerlendirme kriterlerine göre ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmektedir. George ve Mallery (2010)'a göre veri setine yönelik analizlerde normal dağılıma yönelik analizleri kullanabilmek için verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması gerekmektedir. Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi veri seti normal dağılım göstermektedir.

Tablo 3: Kalite Algısının Cinsiyet Açısından Farklılığı

Değişken (Cinsiyet)	Ortalama		F	T	df	(sig.)
	Kadın	Erkek				
Kalite Algısı	4,02	3,92	,033	1,187	277,779	,236
Yönetim ve Liderlik	4,01	3,82	,736	1,898	270,997	,059
İnsan Kaynakları	3,90	3,84	,014	,583	280,250	,560
Kalite Eğitimi	4,17	3,99	,275	1,847	275,115	,066
Ölçme ve Değerlendirme	3,90	3,81	,227	,711	280,450	,478
Kurum Yararı	3,96	3,89	,055	,713	278,826	,476
Personel Yararı	4,09	4,03	,964	,672	281,343	,502
Hasta Yararı	4,10	4,03	1,988	,753	267,580	,452

Tablo 3'te yer alan ve kalitenin cinsiyet açısından farklılığını test etmek için yapılan T-Testi analizi sonucuna göre, kalite algısı ve alt boyutları olan yönetim ve liderlik, insan kaynakları, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, kurum yararı, personel yararı ve hasta yararı cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4: Kalite Algısının Medeni Durum Açısından Farklılığı

Değişken (Cinsiyet)	Ortalama		F	T	df	(sig.)
	Kadın	Erkek				
Kalite Algısı	3,91	4,10	3,814	-2,315	226,598	,022
Yönetim ve Liderlik	3,87	4,01	2,037	-1,258	224,744	,210
İnsan Kaynakları	3,83	3,95	,247	-1,231	206,696	,220
Kalite Eğitimi	4,00	4,24	9,664	-2,593	250,763	,010
Ölçme ve Değerlendirme	3,79	4,03	6,319	-2,752	232,420	,006
Kurum Yararı	3,89	3,99	,269	-,926	194,000	,356
Personel Yararı	3,96	4,25	1,280	-3,080	212,324	,002
Hasta Yararı	3,99	4,21	3,029	-2,491	220,957	,013

Tablo 4, kalitenin medeni durum açısından farklılığını test etmek için yapılan T-Testi analizi sonucuna göre, kalite medeni durum açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0,022$). Araştırmaya katılan bekâr katılımcıların kalite algısı daha yüksektir. Kalite algısının alt boyutları olan kalite eğitimi ($p=0,010$), ölçme ve değerlendirme ($p=0,006$), personel yararı ($p=0,002$) ve hasta yararı ($p=0,013$) boyutları medeni durum açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılan bekâr

katılımcıların kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, personel yararı ve hasta yararı algıları daha yüksektir. Kalite algısının alt boyutları olan yönetim ve liderlik, insan kaynakları ve kurum yararı boyutlarının da medeni durum açısından anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5: Kalite Algısının Yaş Açısından Farklılığı

	Değişken (Yaş)	Kişi Sayısı	Ort.	df	F	(sig.)	Tukey
Kalite Algısı	18-25	52	4,23	-2,315	226,598	,022	,022
	26-33	137	3,94				
	34-41	95	3,88				
Yönetim ve Liderlik	18-25	52	4,19	-2,593	250,763	,010	,010
	26-33	137	3,92				
	34-41	95	3,77				
İnsan Kaynakları	18-25	52	4,11	-3,080	212,324	,002	,002
	26-33	137	3,84				
	34-41	95	3,77				
Kalite Eğitimi	18-25	52	4,31	-1,258	224,744	,210	,210
	26-33	137	4,05				
	34-41	95	4,02				
Ölçme ve Değerlendirme	18-25	52	4,20	-2,752	232,420	,006	,006
	26-33	137	3,83				
	34-41	95	3,76				
Kurum Yararı	18-25	52	4,13	-2,491	220,957	,013	,013
	26-33	137	3,92				
	34-41	95	3,82				
Personel Yararı	18-25	52	4,30	-1,231	206,696	,220	,220
	26-33	137	3,97				
	34-41	95	4,05				
Hasta Yararı	18-25	52	4,30	-,926	194,000	,356	,356
	26-33	137	4,03				
	34-41	95	3,97				

Tablo 5, kalitenin yaş açısından farklılığını test etmek için yapılan Anova Testi sonucuna göre, kalite yaş açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0,012$).

18-25 yaş aralığındaki katılımcıların kalite algısı (ort: 4,23) diğer yaş guruplarına göre daha yüksektir. Kalite algısının alt boyutlarından olan yönetim ve liderlik boyutu yaş açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0,020$). 34-41 yaş aralığındaki katılımcıların yönetim ve liderlik algısı (ort: 3,77) diğer yaş guruplarına göre daha düşüktür. Kalite algısının alt boyutu olan ölçme ve değerlendirme boyutu yaş açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=,002$). 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların ölçme ve değerlendirme algısı (ort: 4,20) diğer yaş guruplarına göre daha yüksektir. Kalite algısının alt boyutu olan personel yararı boyutu yaş açısından farklılık göstermektedir ($p=0,034$). 26-33 yaş aralığındaki katılımcıların personel yararı algısı (ort: 3,97) diğer yaş guruplarına göre daha düşüktür. Kalite algısının diğer bir alt boyutu olan hasta yararı boyutu yaş açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0,034$). 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların hasta yararı algısı (ort: 4,30) diğer yaş guruplarına göre daha yüksektir. Kalite algısının alt boyutlarından insan kaynakları, kalite eğitimi ve kurum yararı boyutları yaş açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6: Kalite Algısının Eğitim Durumu Açısından Farklılığı

	Değişken Eğitim	Kişi Sayısı	Ort.	df	F	(sig.)	Tukey
Kalite Algısı	Lise	43	3,98	2	1,082	,340	
	Yüksekokul	114	4,04				
	Lisans	127	3,91				
Yönetim ve Liderlik	Lise	43	3,96	2	,409	,665	
	Yüksekokul	114	3,96				
	Lisans	127	3,87				
İnsan Kaynakları	Lise	43	3,93	2	1,386	,252	
	Yüksekokul	114	3,95				
	Lisans	127	3,78				
Kalite Eğitimi	Lise	43	4,13	2	,479	620	
	Yüksekokul	114	4,13				
	Lisans	127	4,03				
Ölçme ve Değerlendirme	Lise	43	3,86	2	1,581	,208	
	Yüksekokul	114	3,97				
	Lisans	127	3,79				

Kurum Yararı	Lise	43	3,90	2	2,562	,013	
	Yüksekokul	114	4,06				
	Lisans	127	3,82				
Personel Yararı	Lise	43	3,90	2	2,562	,220	
	Yüksekokul	114	4,06				
	Lisans	127	3,82				
Hasta Yararı	Lise	43	4,07	2	,915	,402	
	Yüksekokul	114	4,14				
	Lisans	127	4,00				

Tablo 6'da yer alan ve kalite algısının eğitim durumu açısından farklılığını test etmek için yapılan Anova Testi sonucuna göre, araştırmaya katılan katılımcıların kalite ve alt boyutları olan yönetim ve liderlik, insan kaynakları, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, kurum yararı, personel yararı ve hasta yararı cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7: Kalite Algısının Meslek Gurubu Açısından Farklılığı

	Değişken Eğitim	Kişi Sayısı	Ort.	df	F	(sig.)	Tukey
Kalite Algısı	AABT	99	4,01	2	,594	,553	
	ATT	133	3,92				
	Şoför	33	3,89				
Yönetim ve Liderlik	AABT	99	4,02	2	1,692	,186	
	ATT	133	3,81				
	Şoför	33	3,83				
İnsan Kaynakları	AABT	99	3,91	2	,422	,656	
	ATT	133	3,81				
	Şoför	33	3,83				
Kalite Eğitimi	AABT	99	4,10	2	,292	,747	
	ATT	133	4,05				
	Şoför	33	3,99				
Ölçme ve Değerlendirme	AABT	99	3,94	2	1,208	,300	
	ATT	133	3,84				
	Şoför	33	3,71				

Kurum Yararı	AABT	43	3,93	2	,195	,823	
	ATT	114	3,95				
	Şoför	127	3,78				
Personel Yararı	AABT	43	4,13	2	,259	,772	
	ATT	114	4,13				
	Şoför	127	4,03				
Hasta Yararı	AABT	43	3,86	2	,147	,863	
	ATT	114	3,97				
	Şoför	127	3,79				

Tablo 7'de kalite algısının meslek grubu açısından farklılığının analizini yaparken grupların eşit dağılım göstermeyeceği düşünülerek sağlık memuru (6), doktor (11), VHKİ (2) ünvanına sahip katılımcılar çıkarılarak analiz yapılmıştır. Kalitenin meslek grubu açısından farklılığını test etmek için yapılan Anova Testi sonucuna göre, araştırmaya katılan katılımcıların kalite algısı ve alt boyutları olan yönetim ve liderlik, insan kaynakları, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, kurum yararı, personel yararı ve hasta yararı ünvan açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 8: Kalite Algısının Çalışma Süresi Açısından Farklılığı

	Değişken Çalışma Süresi	Kişi Sayısı	Ort.	df	F	(sig.)	Tukey
Kalite Algısı	1-5 yıl	95	4,12	3	2,313	,076	
	6-10 yıl	71	3,94				
	11-15 yıl	77	3,88				
	16 yıl ve üzeri	41	3,85				
Yönetim ve Liderlik	1-5 yıl	95	4,13	3	3,235	,023	4<1,2,3
	6-10 yıl	71	3,88				
	11-15 yıl	77	3,81				
	16 ve üzeri	41	3,71				
İnsan Kaynakları	1-5 yıl	95	4,05	3	2,682	,047	4<1,2,3
	6-10 yıl	71	3,80				
	11-15 yıl	77	3,81				
	16 ve üzeri	41	3,67				

Kalite Eğitimi	1-5 yıl	95	4,27	3	2,654	,051
	6-10 yıl	71	4,03			
	11-15 yıl	77	3,97			
	16 ve üzeri	41	3,96			
Ölçme ve Değerlendirme	1-5 yıl	95	4,02	3	1,705	,166
	6-10 yıl	71	3,81			
	11-15 yıl	77	3,82			
	16 ve üzeri	41	3,76			
Kurum Yararı	1-5 yıl	95	4,01	3	,542	,654
	6-10 yıl	71	3,91			
	11-15 yıl	77	3,87			
	16 ve üzeri	41	3,86			
Personel Yararı	1-5 yıl	95	4,14	3	,745	,526
	6-10 yıl	71	4,05			
	11-15 yıl	77	3,96			
	16 ve üzeri	41	4,05			
Hasta Yararı	1-5 yıl	95	4,21	3	2,504	,059
	6-10 yıl	71	4,10			
	11-15 yıl	77	3,94			
	16 ve üzeri	41	3,93			

Tablo 8' de yer alan ve kalite algısının çalışma süresi açısından farklılığını test etmek için yapılan Anova Testi sonucuna göre, araştırmaya katılan katılımcıların kalite ve alt boyutları olan kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, kurum yararı, personel yararı ve hasta yararı boyutları çalışma süresi açısından anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kalite algısının alt boyutu olan yönetim ve liderlik boyutu araştırmaya katılan katılımcıların çalışma süresi açısından anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,023$). 16 yıl ve üzeri iş yerinde çalışanların yönetim ve liderlik algısı (ort: 3,71) diğer çalışanlara göre daha düşüktür. Kalite algısının bir diğer alt boyutu olan insan kaynakları boyutu araştırmaya katılan katılımcıların çalışma süresi açısından anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$). 16 yıl ve üzeri iş yerinde çalışanların yönetim ve liderlik algısı (ort: 3,67) diğer çalışanlara göre daha düşüktür.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde uygulanan kalite uygulamalarında çalışanların algısı incelenmiştir. Kalite algısının demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Araştırmaya katılanların yüksek düzeyde kalite algısına (ort: 3,97) sahip oldukları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların kalite algısının demografik değişkenler açısından farklılığı incelendiğinde medeni durum, yaş ve çalışma süresi açısından farklılık gösterdiği, cinsiyet, meslek gurubu ve eğitim açısından farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Devebakan ve Arısan (2016)'ın bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmada çalışanların kalite algısının meslek gurubuna ve medeni duruma göre farklılık göstermediği, cinsiyete göre farklılık gösterdiği erkeklerin kadınlara göre kalite algısının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Esendemir ve Erkan (2024)'ın hastane çalışanları ile yaptığı çalışmada kalite algısının cinsiyet, meslek grubu ve eğitim durumuna göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Örtlek vd. (2017) tarafından sağlık çalışanlarının kalite algısını belirlemek üzere yapılan çalışmada çalışanların kalite algılarının cinsiyet, ünvan ve mesleki deneyim açısından farklılık gösterdiği; yaş, medeni durum, eğitim açısından farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Erkeklerin kalite algısının kadınlara göre daha yüksek olduğu, hemşirelerin kalite algısının doktorlara göre daha yüksek olduğu, meslek deneyimi 6-10 yıl olanların kalite algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yorulmaz ve Pırol (2019) tarafından sağlık çalışanlarının kalite algısını belirlemek üzere yapılan çalışmada kalite algısının cinsiyet ve çalışma süresi açısından farklılık göstermediği, yaş değişkenine göre kalite algısının farklılık gösterdiği; 18-24 yaş aralığında olan katılımcıların kalite algısının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada kalite algısı alt boyutları olan kalite eğitimi, personel yararı, hasta yararı, ölçme ve değerlendirme algısının bekâr katılımcılarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların kalite algısı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. 34-41 yaş aralığındaki katılımcıların yönetim ve liderlik algısı diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. 26-33 yaş aralığındaki katılımcıların personel yararı algısı diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür.

18-25 yaş aralığındaki katılımcıların hasta yararı, ölçme ve değerlendirme algıları çok yüksektir. Çalışmada 18-25 yaş arasında çalışanların, bekâr katılımcıların ve 1-5 yıl arası çalışanların kalite algıları yüksektir. 16 yıl ve üzeri çalışanların kalite algısı ve kalite algısı alt boyutlarından; insan kaynakları, yönetim ve liderlik algısı diğer çalışma süresi gruplarına göre daha düşüktür. Bu durum genç, çalışma hayatına yeni başlayan çalışanların ortak özellik gösterdiği, kaliteye bakış açılarının daha olumlu olduğu şeklinde yorumlanabilir. Kurumda eski çalışanların tecrübeli ve deneyimli olması, kalite çalışmalarında yönetim gücünü ve desteğini hissetmemesi, insan kaynakları kullanımının yetersiz olması, çalışma şartlarının yorucu olması şeklinde yorumlanabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kamu kurumlarında toplam kalite yönetimini uygulamak özel sektöre göre daha zordur. Fakat sağlık kurumlarında insan sağlığının söz konusu olması, hataların telafisinin olmaması, herkese eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti verilmesi, hasta memnuniyetinin sağlanması, toplam kalite yönetimi uygulanmasını zorunlu hale getirmiştir.

Çalışmamızın sonucuna göre çalışanların kalite algısı yüksek çıkmıştır. Kalite algısının demografik değişkenler açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bekâr katılımcıların ve 18-25 yaş aralığında olan katılımcıların kalite algısı yüksek çıkmıştır. Yaşı genç ve bekâr katılımcıların çalışma hayatına yeni başlamalarına rağmen diğer gruplara göre kaliteyi daha çok benimsediği sonucuna ulaşılmıştır. 34-41 yaş aralığında çalışanların kalite algısının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Kurumda çalışma sürelerine göre 16 yıl ve üzeri çalışanların kalite algısının diğer çalışma süresi guruplarına göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma süresi uzun ve yaşı 34 üzeri olan katılımcıların kalite algısının diğer guruplara göre düşük olmasının nedeni; mesleki yorgunluk, tükenmişlik, çalışma şartları, üst yönetime olan inancın düşük olması olarak yorumlanabilir. Kalite eğitimleri ile zamanla kalite kültürünün oluşturulması, personelin çalışma koşullarının düzenlenmesi, personelin motivasyonunu yükseltecek faaliyetler yapılması önerilir. Kalite anlayışının eğitim ile zamanla oluşacağı, kalitenin bir zorunluluk değil gereklilik olduğu, çalışanlardan en üst yönetime kadar tüm kuruma anlatılmalıdır.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının kaliteye bakış açısının belirlenmesi açısından önemli bir çalışmadır. Elde edilen bulgular sağlık kurumu yöneticilerine kalite uygulamalarında yön verebilir. Sağlık çalışanlarının kaliteye bakış açısı geliştirilebilir ve kalite çalışmalarına katılması sağlanabilir. Ayrıca sağlık kuruluşu yöneticilerine öncelikle kalite yönetiminde zayıf oldukları ve aksamaların yaşandığı alanları sıklıkla kontrol etmeleri ve bu bağlamda iyileştirmelere öncelik vermeleri önerilebilir. Araştırmanın tek bir il ve sağlık kuruluşunda yapılması sınırlılık olarak ifade edilebilir. Araştırmacılara farklı il ve farklı sağlık kuruluşunda çalışanların kalite algısının belirlenmesi üzerine çalışma yapmaları önerilir. Ayrıca hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların motivasyonu, çalışan memnuniyeti, örgütsel bağlılık vb. değişkenleri kalite algısı ile ilişkilendirecek çalışmaların yapılması da önerilir.

KAYNAKLAR

- Aktan, C. C. (2012). Organizasyonlarda toplam kalite yönetimi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(2), 249-256.
- Bayer, N. ve Baykal, Ü. (2018). Sağlık çalışanları kalite algı ölçeğinin geliştirilmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 5 (2), 86-99.
- Devebakan, N. ve Arısan, Y. (2016). Sağlık işletmelerinde çalışanların sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı: İzmir’de bir devlet hastanesinde araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(3).
- Ertaş, H. ve Çelik, Ö. (2018). Sağlıkta kalite standartları üzerine nitel bir değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(1), 18-40.
- Esendemir, E. ve Erkan, I. (2024). Hastane çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(3), 499-512.
- George, D. & Mallery, M. (2010). SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 Update (10a Ed.) Boston: Pearson.
- Lüleci, M., İkizler, C., ve Aytakin, G. K. (2019). Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi ve personel performansını etkileyen faktörler: Bir vakıf üniversite hastanesi örneği. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 13-41.
- Oksay, A. (2016). Sağlık hizmetlerinde kalite tam olarak ne demek?. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 181-192.
- Örtlek, M., Yanık, A., Kalkan, A. C., Topaloğlu, S., Kalaner, A. ve Baç, A. (2017). Sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ve kalite algısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3 (2), 37-51.
- Özdamar, K. (2004). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi (2. Basım). Eskişehir: Kaan.
- Söyük, S. ve Yenidikici, Ü. A. (2016) Sağlık işletmelerinde kalite yönetimi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-3197/basin-duyurulari.html>, Erişim tarihi: 22 Eylül 2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html>, Erişim Tarihi: 22 Mart 2024.

- Ulaş, S. (2023). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının iş doyumunu etkileyen faktörler. *Hastane Öncesi Dergisi*, 7(3), 411-423.
- Yorulmaz, M. ve Pirol, M. (2019). Sağlık çalışanlarında kalite algısının ölçülmesi üzerine bir araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(1), 15-21.
- Zengin, Y. ve Kaygın, E. (2016). Örgütsel adalet ve örgütsel yabancılaşma arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (56), 391-415.