

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 4 SAYI 2 YIL 2017



İÇİNDEKİLER

Hakem Kurulu i

Yazarlara Bilgi ii

ARAŞTIRMA YAZILARI

- 1 **Üniversite Öğrencilerinin Kan ve Organ Bağışına İlişkin Düşünceleri/**
Opinions of University Students Regarding Blood and Organ Donation
Funda ÖZPULAT..... 71 - 79
 - 2 **Türkiye'nin İki Farklı Bölgesindeki 1-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Karın Ağrısına Yönelik Geleneksel Uygulamalarının Belirlenmesi**
Determination of Traditional Practices for the Abdominal Pain of Mothers with 1-12 Months in Two Different Regions of Turkey
Esra Karaca ÇİFTÇİ, Selma KAHRAMAN, Diler AYDIN..... 80-87
 - 3 **Türkiye'de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili**
Academic and Physical Profile of Midwifery Department in Turkey
Yeliz ÇAKIR KOÇAK Hafize ÖZTÜRK CAN, Ummahan YÜCEL, Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ,
Esin ÇEBER TURFAN..... 88-97
 - 4 **Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinde Malpraktis/ Malpractice in Nursing and Midwifery Students**
Talip MANKAN, Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN, Hilal POLAT..... 98-104
 - 5 **Ebelerde Örgütlenme ve İş Doyumunun Belirlenmesi / The Organization in Midwives and Determination of Job Satisfaction**
Zümrüt BİLGİN, Meryem Yaşar KOCABEY, Gülsüm YEŞİLYURT, Derya ÖZTÜRK..... 105-110
 - 6 **Sağlık Yönetimi Stajyer Öğrencilerinin Yeterliliklerinin Değerlendirilmesi: Bir Alan Araştırması/ Determining the Level of Proficiency of Healthcare Management Students: A Field Study**
Selma SÖYÜK, İbrahim GÜN..... 111-118
 - 7 **Bir Termik Santral Çalışanlarında Vardiya Çalışması Ve Gündüz Uykululuk Durumunun Değerlendirilmesi: Kesitsel Survey**
Daytime Sleepiness Evaluation and Shift Work among Thermic Santral Workers: A Cross- Sectional Survey
Türkan Akyol GÜNER, Sibel KIRAN..... 119-124
- OLGU SUNUMU**
- 8 **İleri Evre Demans Hastasında Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**
Nursing Care of Advanced Stage Dementia Patient: Case Report
Filiz DİLEK, Aysun ÜNAL, Serap ÜNSAR..... 125-131
- DERLEME YAZILARI**
- 9 **Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri**
Palliative Care Services in Turkey
Meral MADENOĞLU KİVANÇ..... 132-135
 - 10 **Hastanelerde Kurumsal Sosyal Sorumluluğun Önemi**
The Importance of Corporate Social Responsibility in Hospitals
Ebru Aydemir Gedik..... 136-141
 - 11 **Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık**
Pregnancy Drug Use and Consultancy
Mukaddes MİRAL, Nezihe KIZILKAYA BEJİ..... 142-148

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ
JOURNAL of HEALTH SCIENCES and PROFESSIONALS-HSP

ONURSAL EDİTÖR
Dr. Halil Koyuncu

EDİTÖR
Dr. Neriman Zengin

BÖLÜM EDİTÖRLERİ
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik
Dr. Reyhan Bahçivan Saydam
Dr. Selma Söyük

YAYIN KURULU
Dr. Ahmet Akgül
Dr. Ebru Kaya Mutlu
Canser Boz
Sevil Günaydın
Tuğba Canbulut

DERGİ SAHİBİ
Prof. Dr. Ahmet Akgül, İstanbul Üniversitesi

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

DANIŞMA KURULU

Dr. Abdulfaz Suleymanov
Dr. Abdulkakim Beki
Dr. Afsun Ezel Esatoğlu
Dr. Ahmet Ataş
Dr. Aklime Sarıkaya
Dr. Ali Rıza Aba
Dr. Arash Alaei
Dr. Arzu Razak Özdiñçler
Dr. Asiye Gül
Dr. Aslı Sis Çelik
Dr. Ayden Çoban
Dr. Ayla Bayık
Dr. Ayla Ergin
Dr. Ayşe Çil Akıncı
Dr. Ayşe Ergün
Dr. Ayşe Okanlı
Dr. Ayşegül Oksay Şahin
Dr. Ayten Dinç
Dr. Bedriye Ak
Dr. Besey Ören
Dr. Birgül Cerit
Dr. Birsan Karaca Saydam
Dr. Birsan Mutlu
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Dr. Burcu Semin Bilgütay
Dr. Çağrı Çövener Özüçelik
Dr. Candan Öztürk
Dr. Çiğdem Gün
Dr. Çiğdem Öksüz
Dr. Derya Çelik
Dr. Dilek Aygin
Dr. Dilek Potur
Dr. Doğaç N. Özüçelik

Dr. Duygu Gözem
Dr. Eda Yılmaz
Dr. Ela Tarakçı
Dr. Emine Kıyak
Dr. Esin Çeber Turfan
Dr. Esin Uslusoy
Dr. Esmâ Demirezen
Dr. F. Deniz Sayiner
Dr. Fatma Ay
Dr. Gökşen Kuran Aslan
Dr. Gonca Bumin
Dr. Gülbahar Keskin
Dr. Gülbeyaz Can
Dr. Gülcan Kar
Dr. Gülçin Bozkurt
Dr. Gülnur Akkaya
Dr. Gülsün Özentürk
Dr. Gülten Okuroğlu
Dr. Gülümser Dolgun
Dr. Hacer Karanisoğlu
Dr. Hacer Özgen Narcı
Dr. Hafize Öztürk Can
Dr. Hakan Acar
Dr. Hakan Topaçoğlu
Dr. Halim İşsever
Dr. Handan Güler
Dr. Hasibe Kadıoğlu
Dr. Hatice Kaya
Dr. Hatice Ulusoy
Dr. Hatice Yıldız
Dr. Hava Özkan
Dr. Haydar Sur
Dr. Hicran Yıldız

Dr. Hülya Bilgin
Dr. Hülya Kaya
Dr. Hülya Kayıhan
Dr. Hülya Üstündağ
Dr. Hüsnüye Dinç
Dr. İpek Yeldan
Dr. Işıl Işık Andsoy
Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu
Dr. Leyla Erdim
Dr. Leyla Küçük
Dr. Mehmet Top
Dr. Mehmet Yazıcı
Dr. Mehveş Tarım
Dr. Melahat Akgün Kosatak
Dr. Meltem Kürtüncü
Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç
Dr. Mine Uyanık
Dr. Mithat Kıyak
Dr. N. Ekin Akalan
Dr. Nazan Karahan
Dr. Nazan Tuna Oran
Dr. Necla Canbulut
Dr. Neriman Soğukpınar
Dr. Neriman Zengin
Dr. Nermin Olgun
Dr. Neşe Çelik
Dr. Neslihan Keser Özcan
Dr. Nevin Çitak Bilgin
Dr. Nevin Hotun Şahin
Dr. Nilgün Sarp
Dr. Nilgün Ulutaşdemir
Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu
Dr. Nuran Gençtürk

Dr. Nurdan Demirci
Dr. Nurten Kaya
Dr. Osman Hayran
Dr. Özgür Alparslan
Dr. Özlem Akman
Dr. Özlem Öztürk
Dr. Panagiotis V. Tsaklis
Dr. Rabia Etki Genç
Dr. S. Haluk Özsarı
Dr. Saadet Yazıcı
Dr. Saime Erol
Dr. Selma Söyük
Dr. Serap Balcı
Dr. Serap Ejder Apay
Dr. Sevil İnal
Dr. Sevim Çelik
Dr. Sevim Ulupınar
Dr. Sezgin Sarıkaya
Dr. Sibel Öztürk
Dr. Sıdıka Kaya
Dr. Sıdıka Oğuz
Dr. Şule Alpar Ecevit
Dr. Sultan Alan
Dr. Tülay Yılmaz
Dr. Tümer Ulus
Dr. Veli Duyan
Dr. Vesile Ünver
Dr. Yeliz Doğan Merih
Dr. Zekiye Karaçam
Dr. Zeliha Tülek
Dr. Zeynep Erdoğan
Dr. Zeynep Kurtuluş Tosun

*İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.

YAYIN KURALLARI

- SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış ve başka bir derginin hakem değerlendirmesinde olmayan, Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek yayınlanmaya uygun bulunan yazılar basılır.
- Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez.
- Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir.
- Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

YAYIN KURALLARI BİLİMSSEL SORUMLULUK

- Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır.
- Yazar olarak belirlenen isim makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli ve son halini kabul etmelidir.

ETİK SORUMLULUK

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

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

BIYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir (p= 0.025; p= 0.524 gibi). Araştırma makaleleri dergiye gönderilmeden önce, biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzmanın ismi yazarlar arasında ya da makalenin sonunda yer almalıdır.

YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya www.tdk.gov.tr adresi esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilmelidir.

YAYIN HAKKI

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiye yayımlayan kuruma aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır. Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

YAZI ÇEŞİTLERİ

- Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının "Başlık Sayfasında" toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklanmalıdır.
- Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise "Başlık Sayfasında" belirtilmeli ve Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
- Yazılar A4 boyutlarında 1,5 Aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, ÖZET ve ABSTRACT 10, YAZI METNİ 11 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 2,5 cm' lik, üst ve sol yanından 2,5 cm' lik boşluk bırakılmalıdır.
- Ana ve alt başlıklardan sonra gelen ilk cümlede paragraf girintisi olmamalı, cümle başlıkla aynı düzende olmalıdır
- Yazıda ana ve alt başlıkların dışında bütün paragraflar 0,7cm içerden başlamalıdır.

- **SAYFA SAYISI KAYNAKLAR DIŞINDA DERLEMELER İÇİN EN FAZLA 10, ARAŞTIRMA RAPORLARI İÇİN EN FAZLA 12 OLMALIDIR.**

ORİJİNAL ARAŞTIRMA: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayınlanabilmektedir.

Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
2. Çalışmanın metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
3. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe Başlığı ve Özeti ana metin içinde yer almalı. Özet 10 punto, makale metni 11 punto olmalıdır.
4. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle paragraf girintisi olmamalı ve başlıklarla aynı hizada bulunmalıdır.
5. Özet (Ortalama 200-250 kelime, 10 punto amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce, kısaltma kullanılmamalı)
6. Giriş (11 punto)
7. Gereç ve Yöntem
8. Bulgular
9. Tartışma
10. Sonuç
11. Teşekkür
12. Kaynaklar

DERLEME:

Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tıp literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 10 olmalıdır.

Yapısı:

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir. Yazı metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
2. Derlemenin İngilizce ve Türkçe Başlığı ve Özet makale metni içinde yer almalı. Özet 10 punto, makale metni 11 punto olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümlede paragraf olmamalı, başlıklarla aynı hizada bulunmalıdır.
3. Özet (Ortalama 200-250 kelime, 10 punto, derlemenin içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, kısaltma kullanılmamalı)
4. Konu ile ilgili başlıklar
5. Kaynaklar
6. Konu ile ilgili alt başlıklar, kaynaklar 11 punto ile yapılmalıdır.

OLGU SUNUMU:

Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
2. Özet (Ortalama 150-200 kelime, 10 punto, yazının içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
3. Giriş
4. Olgu Sunumu
5. Tartışma
6. Kaynaklar

EDİTÖRYEL YORUM/TARTIŞMA

- Yayınlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

EDİTÖRE MEKTUP

1. Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.
2. Başlık ve özet bölümleri yoktur.
3. Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
4. Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

BİLİMSEL MEKTUP

1. Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.
2. Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
3. Konu ile ilgili başlıklar
4. Kaynaklar

TIBBİ KİTAP DEĞERLENDİRMELERİ

Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

YAZIM KURALLARI

DERGİYE YAYIMLANMASI İÇİN GÖNDERİLEN MAKALELERDE BİÇİMSEL ESASLAR

1. Ana metin içinde yazarların kimliklerini belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
2. Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı, The Times Roman karakterinde yazılmalıdır.
3. Özetle kısaltma kullanılmamalı, 10 punto ile yazılmalıdır
4. Ana metin 11 punto ile yazılmalı, ana ve alt başlıklardan sonra paragraf ile başlanmamalıdır.
5. Ana metin içinde kısaltmalar kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kurallarına” başvurulabilir.
6. Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler metin içine yerleştirilmeli ve yazı içinde ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir.
7. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
8. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
9. Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.
10. Editöre Sunum Sayfası: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.
11. Başlık sayfası makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bildiri yeri ve tarihi belirtilmelidir. Bu bölüm makaleden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
12. Özetler yazı çeşitleri bölümünde belirtilen özelliklere uygun hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.
13. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (.) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
14. Teşekkür: Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.
15. Kaynaklar makalede geçiş sırasına göre rakamla yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp “et al.” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus’ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: www.icmje.org).
16. Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır.
 - a. Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.
17. Yazının Takibi: Kullanıcı adı ve şifrenizle sisteme giriş yaptıktan sonra yazınızın hangi aşamada olduğunu, görebilirsiniz.

KAYNAKLARIN YAZIMI İÇİN ÖRNEKLER (NOKTALAMA İŞARETLERİNE LÜTFEN DİKKAT EDİNİZ)

Yazı türü	Örnek
<ul style="list-style-type: none">• Makale Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı; sayfa no’su belirtilmelidir	<p>Aşçı Ö, Gökdemir F, Çiçekoğlu E. Hemşirelik öğrencilerine akran eğitimciler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği [Efficiency of Training on Reproductive Health Provided by Peer Trainers to Nursing Students]. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi [Journal of Health Science and Profession], 2016;3(3):173-183.</p> <p>Tarhan P, Yılmaz, T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. 147 [Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors]. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi [Journal of Health Science and Profession] 3 (2016): 140-146.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Elektronik Makale Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi[serial on the Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no’su. Erişim adresi:	<p>Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in conventional drug treatments. BMJ [serial on the Internet]. 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from: http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Bölüm yazarları farklı olan kitaplar; Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir 	<p>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar;</p> <ul style="list-style-type: none"> Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113. Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150. <p>Türkçe kitaplar için;</p> <ul style="list-style-type: none"> Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.
<ul style="list-style-type: none"> Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için; Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir 	<p>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için;</p> <ul style="list-style-type: none"> Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210. <p>Türkçe kitaplar için;</p> <ul style="list-style-type: none"> Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.
<ul style="list-style-type: none"> On-line yayınlar DOI kabul edilebilir online referanstır 	<ul style="list-style-type: none"> Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.
<ul style="list-style-type: none"> Yazarı Belirsiz Kitaplar 	<ul style="list-style-type: none"> The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155. Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.
<ul style="list-style-type: none"> Tezler 	<ul style="list-style-type: none"> Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, StLucia, 2007. A... N. Tezin adı [Tezin İngilizce adı][Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 1999.
<ul style="list-style-type: none"> Yazarlı Web Sayfası Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa);Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi). Erişim adresi 	<p>Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10]. Available from: http://www.learningandteaching.info/learn/Yayn_yeri_(Varsa):ng/b_ehaviour_mod.htm</p>
<ul style="list-style-type: none"> Yazarsız Web Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının Sayfası tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi: 	<p>Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi:) Erişim adresi: http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=47</p> <p>Diabetes Australia. Diabetes globally 2012 [updated 2013 Dec 20; cited 2014 Jun 30]. Available from: http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally</p>
<p>Metin içinde kaynaklar</p>	<ul style="list-style-type: none">in his research, Joneas evidenced from a Scholtz 1 has argued

Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa	...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^(1 p23) Scholtz ^(1 pp16-18) has argued that.....
Aynı anda birçok kaynak kullanılacaksa	Her bir kaynak numarasından sonra virgöl konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır. • <input type="checkbox"/> örnek:..... ^{1,5,6-8}

Üniversite Öğrencilerinin Kan ve Organ Bağışına İlişkin Düşünceleri Opinions of University Students Regarding Blood and Organ Donation

Funda ÖZPULAT

ÖZET Amaç: Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin kan ve organ bağışına ilişkin düşüncelerinin saptanması amacıyla planlanmış tanımlayıcı türde bir araştırmadır. **Yöntem:** 30.03.2015- 05.05.2015 tarihleri arasında yürütülen araştırmaya Selçuk Üniversitesine bağlı Sağlık Yüksekokulu, Meslek Yüksekokulu, İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi öğrencileri katılmış, örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler ile (n=400) çalışma yürütülmüştür. Elde edilen veriler SPSS 17.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin yüzdeler ve sayılar ile değerlendirilmesi yanı sıra, öğrencilerin cinsiyet ve okulları ile kan ve organ bağışına ilişkin özelliklerinin ve öğrencilerin kan ve organ bağışını isteme durumlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 17 ile 25 arasında değişmektedir ve aritmetik ortalaması 20.59 ± 1.27 'dir. %72.6'lık bölümü kız öğrencilerinden oluşurken, %33.1'i Meslek Yüksekokulu öğrencisidir. **Sonuç:** Yapılan araştırma sonunda, kan bağışlama durumunun cinsiyete göre değiştiği saptanmıştır. Cinsiyet ile organ bağışlamayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ve Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin büyük çoğunluğu kan bağışlamayı istemektedir. Kan ve organ bağışının önemiyle ilgili eğitim, toplantı, sempozyum, konferans gibi etkinliklerin düzenlenmesi, gençlerin aktif olarak katılabileceği bağış kampanyalarının hayata geçirilmesi, üniversite gençliğinin ve toplumun kan ve organ bağışı hakkındaki duyarlılığını arttırmada etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler; Üniversite öğrencileri, kan bağışı, organ bağışı, toplum duyarlılığı

ABSTRACT Objective: This study is a descriptive research planned with an aim of determining the opinions of university students regarding blood and organ donation. **Method:** Students of Health High School, Vocational High School, Faculty of Economics and Administrative Sciences which are extensions of Selçuk University participated in the carried on research between the dates 30.03.2015 and 05.05.2015, and the study was carried out with the students (n=400) who voluntarily accepted to participate in the research before the sample election. The acquired data were evaluated with the SPSS 17.0 package software. Besides the evaluation of the data with numbers and percentages, Chi Square Test was used in comparing the students' sexes and schools, and their characteristics regarding blood and organ donation, and the students' desire of donating blood and organs. **Findings:** The ages of the students participating in the study varied between 17 and 25 and the arithmetic average was 20.59 ± 1.27 . 72.6 % percent of the study consisted of female students and 33.1% of the students were Vocational High School students. **Conclusion:** At the end of the conducted research it was determined that the condition for blood donation changed according to sexes. There is a statistically significant relationship between sex and the desire of donating organs, and most of the Health High School Students want to donate their blood. Organizing events concerned with the importance of blood and organ donation such as educations, meetings, symposiums and conferences; and bringing donation campaigns into action in which the youth can actively participate would be effective in increasing the university youth's and society's sensitivity about blood and organ donation.

Keywords: University students, blood donation, organ donation, society sensitivity

Giriş

Kan, geçmişten günümüze sağlığın ve yaşamın temel simgesi olmuş, “kaynağı insan olan ve elde edilmesi için başka alternatifi bulunmayan eşsiz bir tedavi aracı” olarak bilinmiştir.¹ Ameliyatlar, hastalıklar, kazalar gibi nedenlerle her gün binlerce insanın kan nakline ihtiyacı olmaktadır.²

Kan bağışı “tam kan veya kan bileşenlerinden en az birinin bağışlanması işlemi” olarak tanımlanmaktadır. Kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin temin edilmesinde karşılıksız ve gönüllü bağış yapılması esastır.³ Toplumu oluşturan bireyler hayatları boyunca farklı

Geliş Tarihi/Received: 12-12-2016 / **Kabul Tarihi/Accepted:**07-03-2017

^a Öğr. Gör. Dr. Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Konya, e-mail:funda-ozpulat@hotmail.com

zamanlarda ve çeşitli nedenlerden dolayı kendisi, ailesi veya yakın çevreleri için kan ve kan ürünlerine gerek duyabilmekte, bağışlanan kan, ciddi kazalar, ağır yaralanmalar veya ameliyat sonrası yoğun kan kaybı gibi durumlar yanı sıra; hemofili, lösemi, aplastik anemi gibi hematolojik hastalıklar, kanser tedavisi yapılan hastalar ve gebelerde de yaşam kurtarıcı olabilmektedir.^{4,5} Dünya çapında yılda 107 milyon ünite kan bağışı yapılırken neredeyse yarısı yüksek gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Toplam 156 ülkenin raporlarına göre;71 ülke kan tedarikinin büyük bölümünü (%90) karşılıksız gönüllü bağışlarla karşılarken, 71 ülkenin 60'ı kan tedarikinin tamamını karşılıksız gönüllü bağışlarla sağlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde gönüllü kan bağışlarının nüfusa oranı %5'e ulaşmakta, bu oran ülkemizde ancak %3.6 civarını bulmaktadır.⁶ Tıp dünyasında yaşanan hızlı gelişmelerle birlikte yaşama ümidi kalmayan hastaların organ ve doku nakilleriyle iyileşme imkanı bulması ve artık bir çok organ ve doku naklinin tıbben mümkün olması, organ ve doku naklinin öneminin giderek artmasına sebep olmaktadır.⁷ Organ nakli "sağlam bir organın canlı vericiler ya da kadavralardan alınarak organ yetmezliği olan hastalara nakledilmesi işlemi" olarak tanımlanmakta, günümüzde kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, pankreas, ince barsak, kemik iliği, kan, deri, kornea gibi yaşamsal önemi olan pek çok organın nakli gerçekleştirilebilmektedir.^{8,9} Organ naklinin amacı, organ yetmezliği nedeniyle yaşamının sonuna gelmiş bir hastanın hayatını kurtarmak, yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktır. Organ nakli sayesinde organ yetmezliğine bağlı çeşitli sağlık problemleri yaşayan birçok hastanın hayatı kurtulmakta, yaşam kaliteleri artmakta ve hatta yaşam sürelerini uzatmak mümkün olabilmektedir.^{8,10}

Organ naklinin en önemli aşamalarından birisi kuşkusuz organ bağışıdır. Organ bağışı, bir kişinin yaşarken kendi iradesiyle tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesi ve bunu belgelendirmesidir.¹¹ Yaşanan tüm gelişmelere rağmen halen çok az insan organ-doku bağışında bulunmaktadır. Bu da organ-doku nakli bekleyen insanların sayısının artmasına, ihtiyaç duyulan organ ve doku bulunmadığı takdirde hastaların ölmesine neden olmaktadır.¹² Ülkemizde 70 bin diyaliz hastası bulunmakta,

böbrek nakli bekleyen hastaların yalnızca %12.5'ine nakil yapılabilmektedir. Halen 20 bini böbrek hastası olmak üzere 22 bin hasta nakil için organ beklemektedir. Her 4 hastadan sadece birinin organları bağışlanırken, diğer 3 hastanın organları kullanılmamaktadır. Örneğin İspanyada, milyon nüfus başına yılda 30 beyin ölümlü hastanın organları bağışlanmakta, ülkemizde ise, milyon başına yaklaşık 4 beyin ölümlü hastanın organlarının bağışlandığı görülmektedir.¹³

Kan ve organ bağışının istenen düzeyde olmaması yanı sıra, ihtiyacı ve bağış durumunu ortaya koyan verilerin tam ve doğru olarak toplanmasında da sorunlar yaşanabilmektedir. Aynı zamanda, toplumu oluşturan bireylerin, özellikle bugün ve gelecekte bağışların büyük bölümünü karşılayabileceği düşünülen üniversite öğrencilerinin görüş ve düşüncelerinin saptanması önemlidir. Ancak, bu yaş grubunun kan ve organ bağışına ilişkin düşüncelerini saptamaya yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir.

Materyal ve Metod

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin kan ve organ bağışına ilişkin düşüncelerini saptamak amacıyla planlanmış tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma 30.03.2015-05.05.2015 tarihleri arasında yürütülen araştırmaya Selçuk Üniversitesine bağlı Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Meslek Yüksekokulu, İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi öğrencileri katılmış, örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler ile (n=400) çalışma yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce okul yönetimlerinden alınan yazılı izinler yanı sıra, öğrencilerin sözel onamlarının alınmasına dikkat edilmiştir. Araştırma sürecine ise, 06.05.2015 tarihinde meslek yüksekokulundan 20 öğrenciye ön uygulama yapılması ve uygulama sonrasında gerekli düzeltmeler yapılarak formun asıl uygulama için hazır hale getirilmesi ile başlanmıştır. Uygulama sırasında, öğrencilerin ders saatleri dikkate alınarak ve araştırma hakkında bilgi verilerek her sınıfa ayrı olacak şekilde soru formları dağıtılmış, cevaplamaları için 10-15 dakika süre verilerek soru formları tekrar toplanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde, öğrencilerin okulunu, yaşını, sınıfını, cinsiyetini, anne ve babasının öğrenim durumunu ve ailesinin gelir durumunu sorgulamaya yönelik 7 soru yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde ise, aile bireylerinin kan ve organ bağışına ilişkin özellikleri, öğrencilerin kan grupları, kan ve organ bağışında bulunma ve bağış yapmayı isteme durumları gibi özelliklerini saptamaya yönelik 10 soru bulunmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

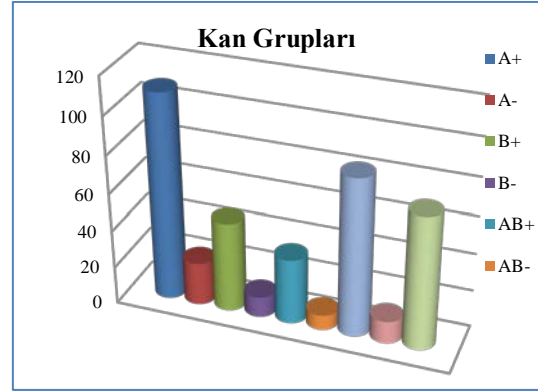
Elde edilen veriler SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin yüzdeler ve sayılarla değerlendirilmesi yanı sıra, öğrencilerin cinsiyet ve okulları ile kan ve organ bağışına ilişkin özelliklerinin ve öğrencilerin kan ve organ bağışını isteme durumlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 17 ile 25 arasında değişmektedir ve aritmetik ortalamasının 20.59 ± 1.27 olduğu görülmektedir. %72.6'lık bölümü kız öğrencilerinden oluşurken, %32.3'ünü Sağlık Yüksekokulu, %33.1'ini Meslek Yüksekokulu, %34.6'sını İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. %42.8'i 2. Sınıf, %35.8'i 1.sınıf öğrencisidir. Yarısından fazlası (%57) gelirini giderine denk olarak belirtirken, %31.6'sının geliri giderinden azdır. %61.7'sinin annesi, %36.3'ünün babası ilkökul ve altı mezuniyete sahiptir ve birbirine yakın yüzdeler ile %25.6'sının babasının ortaokul, %22.9'unun babasının lise mezunu olduğu görülmektedir.

Şekil 1'de öğrencilerin kan gruplarının dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin %27.4'i kan grubunu A+, %20.9'u O+, %11.9'u B+, %8.7'si AB+ olarak belirtilirken, %17.7'si kan grubunu bilmemektedir.

Şekil 2'de ailelerin kan ve organ ihtiyacına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Öğrencilerin %32'lik bölümü, daha önce aile bireylerinin kan ihtiyacının olduğunu belirtirken, sadece %8'lik bölümünde aile bireylerinin organ ihtiyacı bulunduğunu saptanmıştır.



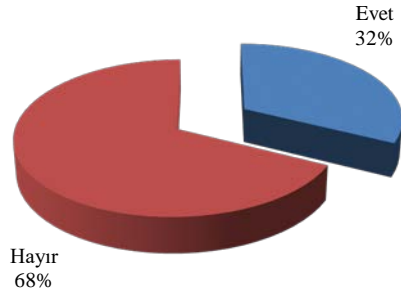
Şekil 1. Öğrencilerin Kan Gruplarının Dağılımı

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

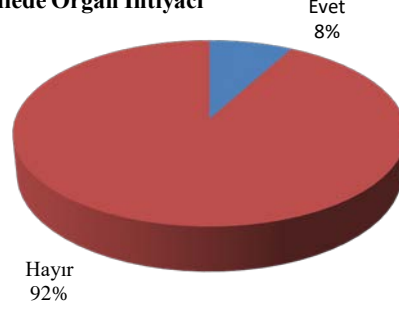
	Min-Max	Ort±SS
Yaş	17-25	20.59±1.27
Cinsiyet		
Kız	292	72.6
Erkek	110	27.4
Okul		
SYO*	130	32.3
MYO**	133	33.1
İBF	139	34.6
Sınıf		
1.sınıf	144	35.8
2.sınıf	172	42.8
3.sınıf	71	17.7
4.sınıf	15	3.7
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Fazla	46	11.4
Gelir Gidere Denk	229	57.0
Gelir Giderden Az	127	31.6
Annesinin Öğrenim Durumu		
İlkokul ve Altı	248	61.7
Ortaokul	83	20.6
Lise	60	14.9
Lisans ve üstü	11	2.8
Babasının Öğrenim Durumu		
İlkokul ve Altı	146	36.3
Ortaokul	103	25.6
Lise	92	22.9
Lisans ve üstü	61	15.2
Toplam	402	100.0

*Sağlık yüksekokulu **Meslek yüksekokulu

Ailede Kan İhtiyacı



Ailede Organ İhtiyacı



Şekil 2. Ailelerin Kan ve Organ İhtiyacına İlişkin Özellikleri

Tablo 2. Öğrencilerin Cinsiyetleriyle Kan ve Organ Bağışına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırması

	Kız		Erkek		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Kan Bağışını İsteme Durumu								
Evet	197	67.5	64	58.2	261	64.9	4.671	.097
Hayır	56	19.2	32	29.1	88	21.9		
Kararsızım	39	13.3	14	12.7	53	13.2		
Kan Bağışı Yapma Durumu								
Evet	43	14.7	38	34.5	81	20.1	19.507	.000*
Hayır	249	85.3	72	65.5	321	79.9		
Kan Bağışı Sayısı								
1	23	53.5	21	55.3	44	54.3		
2	15	34.9	12	31.6	27	33.3		
3	2	4.6	3	7.9	5	6.2		
4	3	7.0	2	5.2	5	6.2		
Kan Bağışı Yapılan Kurum								
Kızılay	39	90.7	29	76.3	68	84.0		
Devlet Hastanesi	2	4.7	6	15.8	8	9.9		
Üniversite Hastanesi	1	2.3	3	7.9	4	4.9		
Diğer	1	2.3	-	-	1	1.2		
Toplam	43	100.0	38	100.0	81	100.0		
Organ Bağışını İsteme Durumu								
Evet	134	45.9	30	27.3	164	40.8	13.299	.001
Hayır	81	27.7	48	43.6	129	32.1		
Kararsızım	77	26.4	32	29.1	109	27.1		
Organ Bağışı Yapma Durumu								
Evet	2	.7	-	-	2	.5		
Hayır	290	99.3	110	100.0	400	99.5		
Toplam	292	100.0	110	100.0	402	100.0		
Bağış Yapılan Organ								
Böbrek	1	50.0	-	-	1	50.0		
Kemik İliği	1	50.0	-	-	1	50.0		
Toplam	2	100.0	-	-	2	100.0		

*Fisher's Exact Test uygulanmıştır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, katılımcıların %64.9'u kan bağışlamayı istemektedir. Kız öğrencilerin %14.7'i daha önce kan bağışı yaptığını belirtirken, erkek öğrencilerin %34.5'inin daha önce kan

bağışında bulunduğu belirlenmiştir. Birbirine yakın yüzdeler ile kız öğrencilerin %53.5'i, erkek öğrencilerin %55.3'ü bir defa kan bağışında bulunmuş, 4 defa kan bağışlayan 3 kız ve 2 erkek

öğrenci olduğu görülmüştür. Öğrencilerin %84'ü Kızılay'a kan bağıışı yaptığını belirtirken, %9.9'luk bölümü devlet hastanesine kan bağıışlamıştır. Öğrencilerin %40.8'i organlarını bağıışlamayı istemektedir. Erkek öğrencilerin %27.3'ü organ bağıışında bulunmayı istemekte, bu oran kız öğrencilerde %45.9'a yükselmektedir.

Tablo 3'de SYO öğrencilerinin %75.4'ü kan bağıışlamayı istediğini belirtirken, daha düşük oranlarla MYO öğrencilerin %66.9'unun, İİBF öğrencilerinin %53.2'sinin kan bağıışlamayı istedikleri saptanmıştır. Birbirine yakın yüzdelerle SYO öğrencilerinin %21.5'i, İİBF öğrencilerinin %21.6'sı daha önce kan bağıışında bulunmuştur.

Tablo 3. Öğrencilerin Okulları İle Kan ve Organ Bağıışına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırması

	SYO		MYO		İİBF		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kan Bağıışını İsteme Durumu										
Evet	98	75.4	89	66.9	74	53.2	261	64.9	18.232	.001
Hayır	15	11.5	30	22.6	43	30.9	88	21.9		
Kararsızım	17	13.1	14	10.5	22	15.9	53	13.2		
Kan Bağıışı Yapma Durumu										
Evet	28	21.5	23	17.3	30	21.6	81	20.1	1.008	.604
Hayır	102	78.5	110	82.7	109	78.4	321	79.9		
Toplam	130	100.0	133	100.0	139	100.0	402	100.0		
Kan Bağıışı Sayısı										
1	14	50.0	11	47.8	19	63.3	44	54.3		
2	9	32.1	9	39.1	9	30.0	27	33.3		
3	1	3.6	2	8.7	2	6.7	5	6.2		
4	4	14.3	1	4.4	-	-	5	6.2		
Kan Bağıışı Yapılan Kurum										
Kızılay	23	82.1	19	82.6	26	86.7	68	84.0		
Devlet Hastanesi	2	7.2	2	8.8	4	13.3	8	9.9		
Üniversite Hastanesi	3	10.7	1	4.3	-	-	4	4.9		
Diğer	-	-	1	4.3	-	-	1	1.2		
Toplam	28	100.0	23	100.0	30	100.0	81	100.0		
Organ Bağıışını İsteme Durumu										
Evet	58	44.6	60	45.1	46	33.1	164	40.8	16.432	.002
Hayır	27	20.8	45	33.8	57	41.0	129	32.1		
Kararsızım	45	34.6	28	21.1	36	25.9	109	27.1		
Organ Bağıışı Yapma Durumu										
Evet	-	-	2	1.5	-	-	2	.5		
Hayır	130	100.0	131	98.5	139	100.0	400	99.5		
Toplam	130	100.0	133	100.0	139	100.0	402	100.0		
Bağıış Yapılan Organ										
Böbrek	-	-	1	50.0	-	-	1	50.0		
Kemik İliği	-	-	1	50.0	-	-	1	50.0		
Toplam	-	-	2	100.0	-	-	2	100.0		

*Fisher's Exact Test uygulanmıştır.

Tablo 4. Öğrencilerin Kan ve Organ Bağıışını İsteme Durumlarının Karşılaştırılması

	Kan Bağıışlamayı İsteme				Organ Bağıışını İsteme				X ²	p
	Evet		Hayır		Kararsızım		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Evet	138	84.1	53	41.1	70	64.2	261	64.9	85.774	.000
Hayır	16	9.8	59	45.7	13	11.9	88	21.9		
Kararsızım	10	6.1	17	13.2	26	23.9	53	13.2		
Toplam	164	100.0	129	100.0	109	100.0	402	100.0		

Her üç okulda da en çok kan verilen kurum Kızılay'dır (SYO: 82.1, MYO: 82.6, İİBF: 86.7). Birbirine yakın yüzdelerle, MYO öğrencilerinin %45.1, SYO öğrencilerinin %44.6'sı organ bağışını yapmak istediğini belirtmiştir. Organ bağışında bulunduğunu belirten iki öğrenci de MYO öğrencisi iken, bağışlanan organların böbrek ve kemik iliği olduğu görülmüştür. Tablo 4'de öğrencilerin kan ve organ bağışını isteme durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Kan bağışlamayı istediğini belirten öğrencilerin %84.1'i organlarını da bağışlamayı isterken, kan bağışını yapmak istemediklerini belirten öğrencilerin %45.7'sinin organ bağışında isteksiz olduğu, %11.9'lük bölümünün kararsızım cevabı verdiği, sadece %9.8'inin organlarını bağışlamayı düşündüğü görülmüştür.

Tartışma

Araştırma sonucunda, öğrencilerin %32'lik bölümü, daha önce aile bireylerinin kan ihtiyacı olduğunu belirtirken, sadece %8'lik bölümünde aile bireylerinin organ ihtiyacı bulunduğu, büyük çoğunluğunun organ nakline ihtiyaç duymadığı saptanmıştır. Bourne ve arkadaşlarının 200 katılımcıyla yürüttükleri (2013) çalışmada, her 10 öğrenciden ikisinin geçmişte kan verdiği, geçmişte kan bağışında bulunanların çoğunluğunun aile bireylerinden birisinin hastalığı dolayısı ile bağışta bulunduğu (%86) belirlenmiştir.¹⁴ Schaeffner ve arkadaşları 1136 katılımcıyla yaptıkları (2004) çalışmada, tıp öğrencisi ve hekimlerin ancak %8'inin aile bireylerinin organlarını bağışlama konusunda kendilerini hazırlıklı hissettiklerini ortaya koymuştur.¹⁵ Tüney'in Kızılay Kan Merkezine kan bağışını için başvuran 800 bireyle yaptığı (2011) çalışmanın sonucunda ise, kan bağışında bulunan bireylerin %93.8'inin yakın akrabalarına organ bağışında bulunmadığı saptanmıştır.¹⁶

Yapılan bu çalışmada kız öğrencilerin %67.5'i kan bağışlamak istediklerini belirtirken, %13.3'lük bölümü kararsızdır. Erkek öğrencilerin %58.2'si kan bağışlamayı istemekte, %21.9'unun ise bu soruya hayır cevabı verdiği görülmektedir. Kız öğrencilerin %14.7'i daha önce kan bağışında bulunmuş, erkek öğrencilerin ise daha yüksek bir oranla (%34.5) daha önce kan bağışında bulunduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, cinsiyet ile kan bağışlamayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunmazken ($p>0.05$), kan bağışında bulunma durumunun cinsiyete göre değiştiği saptanmıştır ($p<0.05$). Erkek öğrencilerin %27.3'ü organ bağışında bulunmayı istemekte, bu oranın kız öğrencilerde %45.9'a yükseldiği görülmektedir. Organ bağışında bulunduğunu belirten 2 kişiyi kız öğrenciler oluştururken, cinsiyet ile organ bağışlamayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kızılay Kan Hizmetleri'nin 2011 yılı verilerine göre, kan bağışında bulunan bireylerin %94'ü erkek, %6'sı kadın¹⁷, Hindistan'da Uma ve arkadaşları tarafından yapılan (2013) bir çalışmada, kan bağışında bulunanların %93'ü erkek, %7'si kadındır.¹⁸ Şihbaraklıoğlu'nun (2014) çalışmasının sonucunda ise, kan bağışını ile cinsiyetin istatistiksel olarak birbirine bağımlı olduğu, erkeklerin %79.4'lük bölümünün kan bağışını yaptığı, kadınların %60.9'unun ise bağışta bulunmadığı ortaya konmuştur.¹⁹ İncelenen çalışmalarda yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermekte, erkeklerin daha fazla kan bağışında bulunduğu görülmektedir. Yine erkek katılımcıların daha fazla kan bağışında bulunduğunu¹⁴, organ bağışını ve nakliyle ilgili olumlu tutuma sahip olduklarını²⁰, daha fazla oranlarla organ bağışında bulduklarını²¹ ortaya koyan çalışmalar olduğu gibi, kızların erkeklerden daha fazla oranlarda bağış yapmayı düşündüklerini²²⁻²⁴ ya da katılımcıların cinsiyetleri ile organ bağışına karşı tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını²⁵⁻²⁶ gösteren araştırmalarda bulunmaktadır.

Yapılan çalışma sonucunda, SYO öğrencilerinin %75.4'ü kan bağışlamayı istediğini belirtirken, MYO öğrencileri ile İİBF öğrencilerinin daha düşük oranlarla (%66.9; %53.2) kan bağışlamayı istedikleri görülmüştür. Okullara göre kan bağışlamayı isteme durumu değişirken ($p<0.05$), kan bağışını yapma durumu bakımından okullar arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Birbirine yakın yüzdelerle, MYO öğrencilerinin %45.1, SYO öğrencilerinin %44.6'sı organ bağışını yapmak istediğini belirtmiş, İİBF öğrencilerinin daha düşük oranla (%33.1) organ bağışını yapmak istediği ve organ bağışında bulunma isteğinin okullara göre değiştiği saptanmıştır ($p<0.05$). Singh ve arkadaşlarının tıp ve hemşirelik öğrencisi 400 katılımcı ile yaptıkları (2015) çalışmada, öğrencilerin kan bağışını farkındalığının bulunduğu, ancak büyük çoğunluğunun (%71.5) kan bağışını

yapmadığı belirtilmiştir.²⁷ Kaya ve arkadaşlarının biyoloji, hemşirelik ve sınıf öğretmenliği bölümlerinden 480 öğrenciyle yürüttüğü (2007) çalışma sonucunda ise, düzenli ve ara sıra kan verdiğini belirten öğrencilerde biyoloji bölümünün daha yüksek oranda olduğu, hiç kan vermeyenlerde sınıf öğretmenliği öğrencilerinin daha fazla bulunduğu saptanmış, ancak öğrencilerin kan bağışlama durumları ile bölümleri arasında ilişki bulunmamıştır.²⁸ Yazıcı ve arkadaşlarının 352 hemşirelik öğrencisiyle yaptığı (2015) çalışmada, öğrencilerin yarısının organlarını bağışlamayı düşündüğü, ancak organ bağıışı istediğinde ne yapması gerektiğini bilmeyenlerin oranının %30.1 olduğu saptanmıştır.²² Çelebi ve arkadaşları sağlık grubu (n=146) ve sağlık grubu olmayan (n=155) katılımcılarla yürüttükleri çalışmada, organ bağışlama oranlarının sağlık grubunda %4.1, sağlık grubu olmayanlarda %3.2 olarak belirlenmiştir.²⁹ Yaptığımız çalışmaya benzer olarak sağlık alanında öğrenim gören ya da çalışan bireylerde bağış bilinç ve farkındalığının daha yüksek okuduğunu ortaya koyan birçok çalışma^{8,30-34} bulunmaktadır.

Yapılan çalışmada, kan bağışlamayı istediğini belirten öğrencilerin %84.1'i organlarını bağışlamayı isterken, kan bağıışı yapmayı istemediklerini belirten öğrencilerin %45.7'sinin organ bağıışında isteksiz olduğu, %11.9'lük bölümünün kararsızım cevabı verdiği, kan bağıışında bulunmayı istediğini belirten kişilerin organlarını bağışlamayada olumlu baktığı saptanmıştır (<0.05). Tüney'in Kızılay Kan Merkezi'ne kan bağıışı için başvuran 800 bireyle yaptığı (2011) çalışmada, bireylerin %78.4'ünün hayat kurtarmak için kan bağıışında buldukları, kan bağıışında bulunan bireylerin %37.5'inin organlarını bağışlamayı düşündükleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada organlarını bağışlamayı düşünenlerle düşünmeyenler arasında organ bağıışı bilgi puanları açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur.¹⁶ Yaşar ve arkadaşlarının sağlık meslek yüksekokulu son sınıf öğrencisi 86 katılımcıyla yaptıkları (2011) çalışma sonucunda ise, organ bağıışında bulunmak isteyenlerin tamamı, organ bağıışına karşı olanların %88.9'u ve organlarını bağışlama konusunda kararsız olanların neredeyse tamamı (%95.7) kan bağıışında bulduklarını ve/veya bulunmak istediklerini belirtmişlerdir.³⁴ Yaptığımız çalışmaya benzer olarak incelenen

çalışmalarda da kan bağışlama ya da bağış yapmayı isteme durumunun organ bağıışına yönelik bilgi, tutum ve düşünceleri etkilediği görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Yapılan araştırmanın sonucunda, kan bağışlama durumunun cinsiyete göre değiştiği, cinsiyet ile organ bağışlamayı isteme durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. SYO öğrencilerinin büyük çoğunluğu kan bağışlamayı istediğini belirtmiş, MYO öğrencileri ile İİBF öğrencilerinin daha düşük oranlarla kan bağışlamayı istedikleri görülmüştür. Okullara göre kan bağışlamayı isteme durumu değişirken, kan bağıışı yapmaları bakımından okullar arasında fark saptanmamıştır. Aynı zamanda, kan bağıışında bulunmayı istediğini belirten kişilerin organlarını bağışlamayada olumlu baktığı görülmüştür.

Üniversite gençliği bilinç ve farkındalık olarak toplumun geneline göre beklentilerin daha yüksek olduğu bir grubu oluşturmaktadır. Gençlerin kazanacağı olumlu davranışlar kendi sağlıklarını etkileyebileceği gibi, toplumun sağlık düzeyinin artmasında katkıda bulunacaktır. Üniversite öğrencilerini hedef alan kan ve organ bağıışının önemiyle ilgili eğitim, toplantı, sempozyum, konferans gibi etkinliklerin düzenlenmesi, gençlerin aktif olarak katılabileceği ve görev alabilecekleri bağış kampanyalarının hayata geçirilmesi, bu faaliyetleri sağlayabilmek için bölgesel ve yerel girişimlerde bulunulması, kan ve organ bağıışı hakkında üniversite gençliğinin, daha geniş kapsamda toplumun, bağış hakkındaki duyarlılığını arttırmada etkili olabilir.

Kaynaklar

1. Hablemitoğlu Ş, Özkan Y, Yıldırım F. Bir fedakâkarlık örneği olarak "kan bağıışı" ["Blood donation" as an example of altruism]. Aile ve Toplum [Family and Society] 2010; 11(5): 67-78.
2. Randa AC, Cömert A, Adıgüzel B, Balıkçioğlu C, Örnekol C, Bayındır P, Bakal İS. Türk kızılaiya orta anadolu bölgesi kan ürünleri tedarik zinciri yönetimi projesi [Turkish red crescent society central anatolia region blood products supply chain management project]. Endüstri Mühendisliği Dergisi [Journal of Industrial Engineering] 2011; 22(3): 22-70.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de kan tedarik sisteminin güçlendirilmesi teknik destek projesi

[Strengthening the blood supply system in Turkey is a technical support project]. Aralık. 2013. Available from: <http://www.shgm.saglik.gov.tr/dosya/188069/h/ulusal-kan-ve-kan-bilesenleri-rehberi-kan-bagisi-bolumu-.pdf>.

4. Solaz N. Ülkemiz ulusal kan politikası ve donör kazanım stratejisi [Our country is the national blood policy and donor acquisition strategy]. Kan bankacılığı ve transfüzyon kurs kitabı. İstanbul: Şan Ofset, 2004. p.118-21.

5. Marantidou O, Loukopoulou L, Zervou E, Martini G, Eglezou B, Fountouli P, Dimexonus P, Parara M, Gavalaki M, Maniatis B. Factors that motivate and hinder blood donation in Greece. *Transfus Med* 2007; 17(6): 443-450.

6. Türk Kızılayı. Dünyada ve Türkiye’de kan bankacılığı [Blood banking in the World and in Turkey]. Available from: <http://www.kanver.org/sayfa/e-kutuphane/dunyada-ve-turkiye-de-kan-bankaciligi/43>.

7. Koçak Süren Ö. Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi [Legal and ethical examination of organ and tissue transplantation]. Available from: portal.ubap.org.tr/App_Theme/s/Dergi/2007-73-374.pdf.

8. Sungur MA, Mayda AS. Düzce üniversitesi tıp fakültesi dönem I ve dönem VI öğrencilerinin organ bağıışı konusunda bilgi ve tutumları [Knowledge and attitudes of term I and term VI students of duzce university school of medicine towards organ donation]. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Düzce University Health Sciences Institute Journal]* 2014; 4(2): 15-20.

9. Aksoy Ş. Kadavradan organ bağıışını artırmaya yönelik bir öneri [A proposal to increase organ donation from cadavers]. *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi [T Klin J Med Ethics, Law and History]* 2003; 11: 189-194.

10. Özdağ N. Organ nakli ve bağıışına toplumun bakışı [The view of the public towards organ transplantation and donation]. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [C.Ü Journal of Nursing School]* 2001; 5(2): 46-55.

11. Özer N, Sarıtaş S, Karaman Özlü Z. Hemşirelik öğrencilerinin organ nakli ve bağıışı konusundaki bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi [Knowledge and thoughts of nursing students about organ donation and transplantation]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*

[*Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences*] 2010; 13(2): 1-11.

12. Çetin G, Harman Ö. Lise öğrencilerinin organ nakli ve organ bağıışı konusundaki bilgi ve tutumları [High school students' knowledge and attitudes of organ transplantation and organ donation]. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi [Journal of Research in Education and Teaching]* 2012; 1(2): 172-177.

13. Yılmaz Z. Organ nakli [Organ transplantation]. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. Yayın No: 26. Available from: http://hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/pdf/yayin/26_yayin_organnakli.pdf.

14. Bourne PA, Richards S, Holder-Nevins D. Knowledge, attitude, practices and readiness among university science students toward non-remunerated blood donation in a middle-income developing country. *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(5): 529-538.

15. Schaeffner ES, Windisch W, Freidel K, Breitenfeldt K, Winkelmayr WC. Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians. *Transplantation* 2004; 77: 1714–1718.

16. Tüney B. Kan bağıışında bulunan bireylerin organ bağıışına ilişkin bilgi ve düşünceleri [Blood donors' knowledge and opinions about organ donation][Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Mersin University], Mersin, Türkiye, 2011.

17. Türk Kızılayı. Kan hizmetleri genel müdürlüğü faaliyet kitabı [General directorate of blood services activity book]. Ankara, 2011. p.1-105.

18. Uma S, Arun R, Arumugam P. The knowledge, attitude and practice towards blood donation among voluntary blood donors Chennai. *India* 2013; 7(6): 1043- 1046.

19. Şıhbaraklıoğlu H. Kayseri ilinde toplumun kan bağıışına karşı tutum ve davranışları [Community attitudes and behaviors towards blood donation in Kayseri][Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Okan University], İstanbul, Türkiye, 2014.

20. Tarhan M, Dalar L, Yıldırımoğlu H, Sayar A, Altın S. Hasta yakınlarının organ bağıışı ve nakli ile ilgili tutumları ve sosyal profilleri arasındaki ilişki [The relationship between the attitudes of patients' relatives towards organ donation and

transplantation and their social profiles]. *Bakırköy Tıp Dergisi [Medical Journal of Bakırköy]* 2013; 9: 152-158.

21. Doğan P. Afyon Kocatepe Üniversitesi öğrencilerinin organ bağıışı konusundaki bilgi tutum ve davranışları [Afyon Kocatepe University students' information attitudes and behaviors related to organ donation][Yüksek Lisans Tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Afyon Kocatepe University], Afyon, Türkiye, 2009.

22. Yazıcı SÖ, Kavak HO, Kaya E, Tekin A, Kalaycı I. Hemşirelik öğrencilerinin organ nakli ve bağıışı konusunda bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi [Nursing students' knowledge and opinions about organ transplantation and donation]. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg [MAKÜ Health Science Institute Journal]* 2015; 3(2): 66-76.

23. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Sarızeybek B, Zeybek A. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin organ bağıışına ilişkin bilgi ve görüşleri [Knowledge and views of students of the Celal Bayar University Manisa School of Health towards organ donation]. *Türkiye Klinikleri [J Med Sci]* 2008; 28: 311-318.

24. Chen JX, Zhang TM, Lim FL, Wu HC, Lei TF, Yeong PK, Xia SJ. Current knowledge and attitudes about organ donation and transplantation among Chinese university students. *Transplantation Proceedings* 2006; 38: 2761-2765.

25. Baykan Z, Naçar M, Yamanel R, Uzun AÖ, Dağlıtuncezdi Ş, Davran H, Murt G. Tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin organ-doku nakli konusundaki bilgi, tutum ve davranışları [Knowledge and attitudes among first year medical students about organ donation]. *Ulusal Cerrahi Dergisi [National Surgical Journal]* 2009; 25(4): 137-141.

26. Kaya E Sezek F, Akman Z, Erbil B, Aslan B, Özgen R, Keleş Ö. Üniversite öğrencilerinin cinsiyetinin organ nakli ve bağıışı hakkında görüşlerine etkisi [The effect of gender on the opinion of the university students about organ transplantation and donation]. *Ekev Akademi Dergisi [Ekev Academy Journal]* 2015; 19(62): 307-319.

27. Singh S, Chandrappa M, Venkatesha M, Anil NS. Blood donation awareness and beliefs among medical and nursing students. *International Journal of Medical Science and Public Health* 2015; 4(10): 1338-1342.

28. Kaya E, Sezek F, Doğan S. Üniversite öğrencilerinin kan bağıışına karşı tutumları ve kan bağıışında alan bilgilerinin etkisinin incelenmesi [University students' attitudes towards blood donation and examination of the effect of field information on blood donation]. *Çankaya Üniversitesi Sanat ve Bilim Dergisi [Cankaya University Journal of Arts and Sciences]* 2007; 7: 97-114.

29. Çelebi F, Balık AA, Yılmaz İ, Polat KY. Doğu anadolu bölgesi insanı organ bağıışına nasıl bakıyor? [What the people think about organ donation in east Anatolia?]. *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi [T Klin J Med Ethics, Law and History]* 2002; 10: 34-38.

30. Bostancı Daştan N, Daştan M, Kıranşal N. Practices and attitudes towards blood donation in health high school students. *International Journal of Human Sciences* 2013; 10(1): 293-306.

31. Mortazavi Y, Mahmoodizadeh F. Evaluation of the awareness of students in zanjan universities about blood donation eligibility criteria. *SJIBTO* 2008; 5(3): 195-202.

32. Sabu KM, Remya A, Binu VS, Vivek R. Knowledge, attitude and practice on blood donation among health science students in a university campus, South India. *Online J Health Allied Scs* 2011; 10(2): 1-3.

33. Nwogoh B, Aigberadion U, Nwannadi A. I. Knowledge, attitude, and practice of voluntary blood donation among healthcare workers at the university of benin teaching hospital, Benin City, Nigeria. *Journal of Blood Transfusion* 2013; (2013): 1-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/797830>.

34. Yaşar KK, Pehlivanoglu F, Işık ME, Çiçek G, Gürsoy S, Şimşek M, Sandıkçı S, Özkan H, Şengöz G. Ne kadar farkındayız? Kan bağıışı konusunda doktor anketi [How aware are we? A survey among doctors on blood donation]. *Haseki Tıp Bülteni [Med Bull Haseki]* 2011; 49: 56-61.

Türkiye'nin İki Farklı Bölgesindeki 1-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Karın Ağrısına Yönelik Geleneksel Uygulamalarının Belirlenmesi*

Determination of Traditional Practices for the Abdominal Pain of Mothers with 1-12 Months in Two Different Regions of Turkey

Esra Karaca ÇİFTÇİ^a, Selma KAHRAMAN^b, Diler AYDIN^c

ÖZET Amaç: Bu araştırma bebeklik döneminde karın ağrısı yaşayan çocukların annelerinin başvurdukları geleneksel uygulamalarını belirlemek amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma, Türkiye'nin farklı iki bölgesinde yer alan 2 Aile Sağlığı merkezine kayıtlı bebeklerin anneleri ile yürütülmüştür. Toplam 243 anne ile anket formu aracılığı ile veriler elde edilmiştir. **Bulgular:** Annelerin %64.6'sının bebeklerindeki karın ağrısı nedeni ile doktora başvurduğu ve %47.3'ünün bebeklerindeki karın ağrısını gidermek için ilaç verdikleri belirlenmiştir. Annelerin bebeklerindeki karın ağrısını gidermek için başvurdukları geleneksel uygulamalardan yarar görme durumları incelenmiş ve %68,7'sinin bebeği sallama, %37'si karına zeytinyağı ile masaj, %38,3'ü sıcak içecek içirme, %37'si bacak egzersizleri yaptırma, %25.5'i karanlık odada tutma, %25.1'i rezene çayı içirme, %24.3'ü tatlı içecekler içirme uygulamalarından yarar gördüklerini ifade etmişlerdir. Karın ağrısı yaşayan bebeklere uygulanan geleneksel uygulamalar bölgeler arası karşılaştırıldığında sakın ve karanlık odada tutma, bacak egzersizleri yaptırma, karına veya ayakaltına gülyacağı sürme, hocaya okutma gibi uygulamaların güneydoğu bölgesinde daha sık uygulandığı belirlenmiş olup istatistiki anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmada annelerin yaşadığı bölgeye göre karın ağrısında doktora başvurma ($p<0.001$), karın ağrısında ilaç kullanma ($p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup batıda yaşayanların daha sık doktora başvurduğu, güneydoğuda yaşayanların daha çok geleneksel uygulamalara başvurduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). **Sonuç:** Karın ağrısına yönelik geleneksel uygulamalar arasında çeşitli zararlı uygulamalara (karına veya ayak altına alkol ve katran sürüldüğü, karabiber içirildiği vb.) rastlanmıştır. Yapılan geleneksel uygulamalardan yararları kanıtlanmış uygulamalar da ise miktar ve süre önemli olduğundan bilinçsiz uygulamalardan kaçınılması konusunda annelerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: anne, bebek, geleneksel, hemşire, uygulamalar, karın ağrısı,

ABSTRACT Aim: This study was conducted in order to determine traditional practices used by mothers of children who experienced abdominal pain during infancy. **Method:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with mothers of infants enrolled in 2 Family Health centers located in two different regions of Turkey. The data were collected from totally 243 mothers by using a questionnaire. **Results:** It was determined that 64.6% of the babies referred to the doctor for abdominal pain in their infants and 47.3% gave medicine for the abdominal pain in infants. Benefits of traditional practices applied by the mothers in order to relieve abdominal pain of their infants were investigated and the mothers stated that they benefited from following practices, rocking the infant (68.7%), massaging abdomen with olive oil (37%), giving hot drink (38.3%), having their infant do leg exercises (37%), keeping in a dark room (25.5%), giving fennel tea (25.1%), giving sweet drinks (24.3%). When traditional practices applied to infants suffering from abdominal pain were compared based on regions, practices such as keeping in a quiet and dark room, having their infants do leg exercises, applying rose oil to abdomen or underside of foot and going to preacher to say prayer were used more frequently in south-eastern region and a statistical significance was determined ($p<0.05$). In the study, a statistical significance was found between consulting to doctor in case of abdominal pain ($p<0.001$) and using medicine for abdominal pain ($p<0.05$) based on the region where mothers lived, and while those living in west applied to doctor more frequently, those living in south-eastern region applied mostly traditional practices ($p<0.05$). **Conclusion:** Traditional practices for abdominal pain include several harmful treatments (alcohol or tar under the stomach or under the feet, black pepper, etc.). Mothers need to be conscious of avoiding unconscious practices since the amount of time and the duration are important for proven practices that are beneficial from traditional practices.

Key words: Traditional practices, baby, mother, abdominal pain, nurse.

Geliş Tarihi/Received: 20-06-2016/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 09-03-2017

^a Yrd. Doç. Dr. Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

^b Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa

^c Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bandırma

*Çalışma 21-23 Mayıs 2015 tarihinde Çanakkale'de Düzenlenen III. Uluslararası Katılımlı Kültürlerarası Hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Sorumlu yazar/Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Esra Karaca Çiftçi, Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul esrakaracaciftci@hotmail.com

Giriş

Karın ağrısı; bebeklik ve çocukluk döneminde ailelerin en çok karşılaştıkları sorunlardan birisi olup çocuk yaş gruplarında sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.^{1,2} Uğurlu ve ark. çalışmasında çocukların %77.4'ünün karın ağrısı yaşadıkları belirlenmiştir.²

Karın ağrısını gidermede geleneksel ve çağdaş uygulamalardan yararlanılmaktadır. Hem geleneksel hem de çağdaş uygulamaların amacı çocuğu sağlığına kavuşturmak, sağlığını geliştirmek ve sürdürmektir. Anne/babalar/bakım vericilerin yarından fazlasının çocuklarının hastalık ve rahatsızlıklarında geleneksel tedavi yöntemlerine başvurdukları bilinmektedir. Aynı zamanda geleneksel tedavi uygulayanların neredeyse tamamı uyguladıkları bu yöntemler hakkında hekime bilgi vermemektedirler.¹ Ağrısı olan çocuğun ailelerinin yaşadıkları kaygı ve endişe, sağlık kurumuna başvurmadan önce çocukların ağrısını azaltmak için bildikleri/duydıkları çeşitli yöntemleri evde uygulamalarına ve farkında olmadan çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkilemelerine neden olmaktadır.^{3,4}

Çocuklara uygulanan geleneksel uygulamaları başta ailenin ve toplumun kültürel özellikleri, bilgi, inanç, değerleri, ailedeki rolleri, iletişim şekilleri, meslekleri vb. gibi durumlar etkilemektedir. Bu etkiler bireylerin karşılaştıkları sağlık problemlerinde yaşanan bölgeye göre değişik kültürel uygulamalar olarak görülmektedir.¹

Literatür değerlendirildiğinde geleneksel uygulamalara başvuru nedenleri arasında, karın ağrısının ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. En sık başvurulan yöntemler arasında ise bitkisel karışımlar, masaj gibi yöntemlerin olduğu belirtilmiştir.⁵

Genel olarak çocuklarda ağrıya yönelik geleneksel uygulamalar arasında masaj, ağrıyan bölgeye bir şey sürme, bitki çayları içirme gibi uygulamalar yer almaktadır.² Karın ağrısı için ailelerin sıklıkla başvurduğu uygulamalar arasında ise; kuru-sıcak uygulama, alkolle karını ovma, sallama, karına ve/veya ayak altına çeşitli bitkisel karışımlar sürme, çocuğun göbeğine çiğ soğan koyma, hocaya okutma, sallama, sıcak bitki karışımı içecekler içirme, tatlı içecekler verme, müzik dinletme gibi uygulamalar yer almaktadır.¹

Çiftçi ve Arıkan'ın (2007) çalışmasında annelerin %64.5'inin bebeklerindeki kolik ağrısında geleneksel tedavi yöntemlerini tercih

ettikleri ve davranışsal tedavilerden farmakolojik tedavilere göre daha çok fayda gördüklerini bildirdikleri saptanmıştır.⁶ Esenay ve ark. (2014) çalışmasında da ailelerin yarından fazlasının karın ağrısı durumunda geleneksel uygulamalara başvurduğu belirlenmiştir.³ Öztürk'ün (2005) çalışmasında ise geleneksel uygulamalara başvuru oranı %57 olarak belirlenmiştir.⁷

Vlieger ve ark. (2008) çalışmalarında, pediatri gastroenteroloji kliniğine başvuran çocukların %37.6'sında tamamlayıcı/alternatif tedavi kullanıldığını bildirmişlerdir.⁸ Sikand, Schubiner ve Thomas (2002) yapmış oldukları çalışmada, 5 yaş altı çocuğu olan annelerin %41'inin çocuklarına tamamlayıcı /alternatif tedavi uyguladıklarını belirtmişlerdir.⁹ Martinez(2008) çalışmasında, anne ve bebek bakımında geleneksel yöntemlerin kırsal alanlarda sık kullanıldığını göstermiştir.¹⁰

Kültürel zenginlikleri olan ülkemizde her yörede farklı geleneksel uygulamalar olduğu bilinmektedir. Ülkemizde geleneksel uygulamalarına yönelik yapılan çalışmalar olmasına rağmen, karın ağrısı olan çocuğa ailelerin yaklaşımını bölgeler arası karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

Toplumla birebir iletişim içerisinde olan hemşirelerin toplumun yaptığı uygulamaları tanımları, bireylerin sağlık davranışlarını etkileyecek kültürel özellikleri bilmeleri, verecekleri hizmetin etkinliği açısından büyük öneme sahiptir.⁴ Hemşirelerin farklı kültürlerde annelerin, karın ağrısına yönelik yaptıkları uygulamaları bilmeleri, çocuklara ve ailelerine holistik yaklaşım göstererek varsa hatalı uygulamaları düzeltmeleri, doğru uygulamaları desteklemeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda planlanan araştırmanın amacı; Türkiye'nin iki farklı bölgesindeki 1-12 aylık bebeklerin annelerinin karın ağrısına yönelik geleneksel uygulamalarının belirlenmesidir.

Materyal ve Metod

Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte olan araştırma; Türkiye'nin farklı iki bölgesindeki iki farklı şehirde (Balıkesir ve Şanlıurfa) bulunan Aile Sağlığı merkezlerine (ASM) kayıtlı 1-12 ay arasındaki bebeklerin anneleri ile Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Annelere araştırmanın amacı anlatılarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırmanın verileri; Şanlıurfa Haliliye ilçesinde, Balıkesir Bandırma ilçesinde bulunan

ASM'lerin listesi Halk Sağlığı Müdürlüklerinden alınıp listeden basit rastgele örneklem yöntemine göre her iki ilçeden birer tane olacak şekilde seçilen ASM'lerden toplanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında bebeğine aşı yaptırmak için aile sağlığı merkezlerine başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 243 anne örneklem grubunu oluşturmuştur. Bu annelerin 117'sini Balıkesir, 126'sını Şanlıurfa'daki aile sağlığı merkezinde kayıtlı anneler oluşturmuştur.

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür.^{2,3,8} doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından anneler ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Anket formu bebeğin yaşı, cinsiyeti, annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, sağlık güvencesi, çocuk sayısı, bebek bakımı konusunda bilgi alma durumu, bilgiyi kimden aldığı, gibi soruların yanında bebekte karın ağrısı olduğunu nasıl anladığı, karın ağrısı durumunda doktora başvurma durumu, ilaç verme durumu, karın ağrısı belirtilerinin neler olduğunu, karın ağrısını gidermek için başvurulmuş geleneksel uygulamalar ve fayda görme durumlarını belirlemeye yönelik toplam 20 sorudan (çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan) oluşmaktadır. Demografik bilgileri içeren sorular (9 soru) çoktan seçmeli sorulurken, karın ağrısına yönelik (belirtileri, nasıl anladığı, geleneksel uygulamaları) sorular (11 soru) açık uçlu olarak sorulup sonradan gruplandırılmıştır. Anket formu; bebeğini aşı için ASM'ye getiren ve herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan bebeklerin annelerine uygulanmıştır. Anket uygulaması ASM'deki "bebek emzirme odasında" bebek sakinleşmişken yapılmıştır ve her bir anneye 15-20 dakika süre ayrılmıştır. İletişim sorunu yaşamamak için tercüman kullanılarak kriterlere uyanlar ile görüşülmüştür. Araştırmanın bağımsız değişkenleri demografik özellikler oluştururken bağımlı değişkenler ise bebek bakımı ve karın ağrısına yönelik yapılan uygulamalar oluşturmuştur.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde dağılım, ortalama, standart sapma, ki-kare testleri kullanılmıştır.

Tablo1. Bebek ve Annelere Ait Sosyo-demografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n	%
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	120	49.4
Erkek	123	50.6
Anne yaş ort: 26.33 (15-49)		
Annenin yaşı		
15-20	29	11.9
21-25	62	25.5
26-30	88	36.2
31-35	39	16.0
36 ve üzeri	25	10.3
Annenin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	69	28.4
İlköğretim	103	42.4
Ortaöğretim	52	21.4
Üniversite	19	7.8
Annenin çalışma durumu		
Ev hanımı	211	86.8
Çalışıyor(Memur/İşçi)	32	13.2
Gelir durumu		
Gelir giderden az	94	38.7
Gelir gidere denk	131	53.9
Gelir giderden fazla	18	7.4
Çocuk sayısı		
1	63	29.5
2	80	32.9
3	52	21.4
4 ve üzeri	48	19.8

Tablo 2. Annelerin "Bebeğinizde Karın Ağrısı Olduğunu Nasıl Anlıyorsunuz?" Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

	n*	%
Ağlamasından	220	90.5
Ayaklarını karnına çekmesinden	164	67.5
Karnının sert olmasından	168	69.1
Huzursuzluğundan	156	64.2
İştahsızlığından	89	36.6
Kaka yapmamasından	88	36.2
Sık kaka yapmasından	67	27.6
Yüzünün kızarmasından	75	30.9

*anneler birden fazla yanıt vermiştir.

Tablo 5'te Güneydoğudaki (GD) ve Batıdaki (B) annelerin karın ağrısına yönelik uyguladıkları geleneksel uygulamaların dağılımı yer almaktadır. Bu uygulamalar arasında; daha çok bacak egzersizi yaptırmaya (GD:%71.4, B:%18.8), sıcak içecekler içirme (GD:%52.4,

Tablo 3. Annelerin “Bebekte Karın Ağrısı Hangi Durumlarda Ortaya Çıkar” Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

	n	%
Gaz	215	88.5
İshal	148	60.9
Kabızlık	157	64.6
Enfeksiyon	81	33.3
Üşütme	118	48.6
Fazla yeme	67	27.6
Süt alerjisi	49	20.2
Bağırsak tıkanması	63	25.9
Annenin yedikleri	30	12.3
Bebeğe muz gibi besinleri verme	21	8.6
Acıkması	20	8.2

*Anneler birden fazla yanıt vermiştir.

B:%47.8), tatlı içecekler içirme (GD:%42.1, B:%29.9), karına ve ayak altına zeytinyağı sürme (GD:%43.6, B:%45.3), kuru sıcak uygulama (GD:%47.6, B:%38.5), sakin ve karanlık odada tutma(GD:%43.6, B:%28.2), sallama (GD:%84.9, B:%76.9), karına ve ayak altına katran sürme (GD:%12.7, B:%3.4), göbeğe çiğ soğan koyma (GD:%13.5, B:%2.6), hocaya okutup muska yazdırma (GD:%26.2, B:%8.5) gibi uygulamalar yer almaktadır. Karın ağrısı yaşayan bebeklere uygulanan geleneksel uygulamalar bölgeler arası karşılaştırıldığında sakin ve karanlık odada tutma, bacak egzersizleri yaptırma, karına veya ayak altına gülyacı sürme, hocaya okutma gibi uygulamaların güneydoğu bölgesinde daha sık uygulandığı belirlenmiş olup istatistiki anlamlılık saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 5).

Annelerin bebek bakımı konusunda bilgi alma durumları bölgeler arasında karşılaştırılmış ve Güneydoğu bölgesinde Batı bölgesine göre daha yüksek oranda bilgi aldığı belirlenmiş ve istatistiki anlamlılık saptanmıştır (p<0.05). Araştırmada annelerin yaşadığı bölgeye göre karın ağrısında doktora başvurma (p=0.001), karın ağrısında ilaç kullanma (p=0.03) arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup batıda yaşayanların daha sık doktora başvurduğu, güneydoğuda yaşayanların daha çok geleneksel uygulamalara başvurduğu belirlenmiştir (p<0.05). Güneydoğuda yaşayanların daha sık ilaca başvurduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tartışma

Türkiye'nin iki farklı bölgesindeki annelerin bebeklerin karın ağrısı durumunda

uyguladıkları geleneksel uygulamaların araştırıldığı çalışmada; annelerin kulaktan dolma bilgilerle toplumdan topluma, kültürden kültüre aktarılan geleneksel yöntemleri uyguladıkları görülmektedir. Kültürün etkisiyle şekillenen bu geleneksel uygulamaların birçoğu bebek sağlığını olumsuz etkilemekte ya da etkilerinin nasıl olduğu tam olarak açıklanamamakta / bilinmemektedir.^{1,7} Araştırma sonucunda karın ağrısına yönelik geleneksel uygulamalar arasında karına / ayak altına katran (%8.2), viks (%12.7), alkol (%11.5)) gibi maddelerin sürüldüğü, mantufar çiçeği gibi geleneksel bitkilerin içirildiği görülmüştür. Bebeklerdeki karın ağrısını geçirmek için uygulanan bu yöntemler cilt geçirgenliği yüksek olan bebeklerde dolaşıma karışabilmekte ve ciddi sonuçlar ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Bu gibi uygulamaların bebekler için yararları bilimsel olarak kanıtlanmadığı için sadece kulaktan dolma bilgilerle değil bebeğe verebileceği zararlar düşünülerek dikkatli olunmalıdır. Ayrıca kimi uygulamalar (şekerli su içirme, rezene içirme, anason çayı, nane içirme vb.) bilimsel olarak karın ağrısını geçirdikleri tesbit edilse de^{11,12} uygulama miktarlarının ayarlanamaması yine bebekte bazı sıkıntılara yol açabilmektedir. En sık uygulanan yöntemlerden olan şekerli su içirme bile eğer fazla miktarda uygulanırsa bebekte hiperglisemiye neden olup bebeğin gereğinden az besin almasına sebep olabilir. Ege bölgesinde (Isparta) yapılan bir çalışmada ebeveynlerin çocuklarına geleneksel uygulama yapma oranı % 57 olarak belirtilmiştir.⁷ Efe ve ark. (2012) çalışmalarında karın, diş ve kulak ağrısında geleneksel uygulamalara başvurma oranı % 29.2'dir.⁴ Bebeklerde sık karşılaşılan sorunlardan olan karın ağrısını tanımlamak, sözlü iletişim kuramayan bebeklerde bazı semptomların varlığı ile tanımlanabilmektedir. Doğru tanımlanamayan ağrı yanlış uygulamaların yapılmasına, bebeğin şikayetinin uzamasına ve hatta yapılan yanlış uygulamalar nedeni ile komplikasyonlar yaşanmasına neden olabilmektedir. Araştırmada annelerin bebek-lerinde karın ağrısı durumunu anlama yöntem-leri olarak %90.5 oranında ağlaması, %67.5 oranında ayaklarını karına çekmesi,

Tablo 5. İki Farklı Bölgede Yaşayan Annelerin Bebeklerindeki Karın Ağrısı Durumunda Uyguladıkları Uyguladıkları Bazı Geleneksel Uygulamaların Karşılaştırılması

Geleneksel Uygulama	Güneydoğu (n=126)	Batı	Tes* ve p değeri	
	n(%)	(n=117) (%)	n	
Kuru sıcak uygulama	60(47.6)	45(38.5)	7.361	0.061
Sakin ve karanlık odada tutma	55(43.6)	33(28.2)	12.485	0.006
Sallama	107(84.9)	90(76.9)	3.310	0.346
Bacak egzersizi yaptırma	90(71.4)	22(18.8)	14.669	0.005
Alkolle Karını ovma	13(10.3)	15(12.8)	3.275	0.351
Karına ve ayak altına zeytinyağı sürme	55(43.6)	53(45.3)	5.675	0.225
Karına ve ayak altına viks sürme	16(12.7)	15(12.8)	19.07	0.000
Karına ve ayak altına elma sürme	13(10.3)	5(4.3)	4.210	0.240
Karına veya ayak altına gül yağı sürme	31(24.6)	5(4.3)	23.884	0.000
Tatlı içecekler içirme	53(42.1)	35(29.9)	6.872	0.076
Rezene içirme	47(37.3)	37(31.6)	6.404	0.094
Sıcak içecekler içirme	66(52.4)	56(47.8)	6.908	0.075
Anason çayı içirme	6(4.8)	7(5.9)	9.895	0.019
Hocaya okutup muska yazdırma	33(26.2)	10(8.5)	14.939	0.002

*ki kare testi uygulanmıştır.

Tablo 6. İki Farklı Bölgede Yaşayan Annelerin Bebek Bakımı ve Bebekte Karın Ağrısı İle İlgili Bazı Durumların Karşılaştırılması

	Batı		Güneydoğu		Test ve p değeri
	n	%	n	%	
ebek bakımı konusunda bilgi alma durumu					
Almış	83	71.6	61	48.0	$x^2=13.892$
Almamış	33	28.4	66	52.0	$p=0.000$
Karın ağrısı durumunda doktora götürme durumu					
Doktora götüren	87	75.0	70	55.1	$x^2=10.481$
Doktora götürmeyen	29	25.0	57	44.9	$p=0.001$
Karın ağrısı durumunda ilaç verme durumu					
İlaç veren	46	39.7	69	54.3	$x^2=4.666$
İlaç vermeyen	70	60.3	58	45.7	$p=0.03$

%69.1 karnının sert olması, %64.2 huzursuz olması gibi yöntemler belirlenmiştir. Bebeklik döneminde ağlamak, ihtiyaçları ifade etmek için bir yoldur. Fakat uzamış tekrarlayan ağrı nöbetleri, ebeveynlerin bütün sallama, kucağa alıp sakinleştirme, besleme çabalarına rağmen yatışmadığı zaman ağlamanın ihtiyaçların belirtisi olmadığı daha çok gastrointestinal kökenli bir ağrı olduğu kanısını ortaya koymaktadır.¹³ Ağlama bebeklerin iletişim aracı olmasından dolayı ağlamaya zamanında ve doğru şekilde karşılık verilip bebeğin ihtiyacı giderilmelidir. Ağlama karşısında annelerin ilk aklına gelen bebeğin fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak gelmekte ve bebek doyurulup altı değiştirilmektir. Fakat bebekler sadece fizyolojik ihtiyaçlarını değil emosyonel, duygusal ihtiyaçlarını da ağlayarak

ifade ederler. Bunu annelerin anlayabilmesi bebeğini tanınması ve deneyim ile mümkün olabilmektedir. Bebeğin doğru ve zamanında anlaşılması en kısa sürede sabbileşmesine neden olmaktadır.

Annelerin ifadelerine göre bebeklerindeki karın ağrısı nedenleri olarak; %88.5 oranında gaz, %64.6 kabızlık, %60.9 ishal, %48.6 üşütme ve %33.3 oranında enfeksiyon gibi nedenleri belirttikleri dikkat çekmektedir. Çocukluk dönemindeki karın ağrıları gastrointestinal sistem kaynaklı olabileceği gibi, diğer sistemlere bağlı olarak da ortaya çıkabilen bir semptomdur. Yaşlara göre karın ağrısına neden olan durumlar incelendiğinde 0-1 yaş arası süt çocukluğu döneminde en sık infantil kolik, gastroenterit, kabızlık, idrar yolu enfeksiyonu, invajinasyon, malrotasyon

/volvulus, boğulmuş fitik, hirschsprung hastalığı gibi nedenler karın ağrısına neden olmaktadır.^{13,14} Literatürde de belirtildiği gibi bebeklerde karın ağrısına birçok durum neden olabilmektedir. Bu nedenle öncelikle karın ağrısının nedeninin belirlenmesi ve bu doğrultuda gerek medikal gerekse geleneksel uygulamaların doğru yapılması önemlidir.

Annelerin karın ağrısına yönelik başvurdukları geleneksel uygulamalardan yarar gördüğü uygulamalar arasında; sallama (%68.7), sıcak içecekler içirme (%38.3), bacak egzersizi yaptırma (%37), karına ve ayak altına zeytinyağı sürme (%37) ve kuru sıcak uygulama (%32.5) diğer uygulamalara göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Karabayar ve Oğuz'un (2009) çalışmasında kolikli bebeklere yavaş tonda bir şeyler fısıldamak, yavaşça sallamak ve karına masaj uygulamak gibi yöntemler bebeği rahatlatmaktadır.¹⁵ Literatürde kolikli bebeklere uygulanan masajın yararlı olduğu kanıtlanmıştır.^{16,17}

Toplumun kültürel özellikleri bireyin, özellikle de çocukların sağlık hastalık durumlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Kültürel farklılığın karın ağrısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada batı ve güneydoğu bölgesinde yaşayan annelerin başvurdukları geleneksel uygulamalar incelenmiş ve çeşitli durumlar dikkat çekmiştir. Karına veya ayak altına katral sürme, elma sürme, göbeğe çiğ soğan koyma, hocaya okutup muska yazdırma, tatlı içecekler içirme ve bacak egzersizi yaptırma gibi uygulamalar batı bölgesine göre güneydoğu Anadolu bölgesinde daha yaygın uygulandığı belirlenmiştir. Araştırmada genel olarak bakıldığında neredeyse tüm geleneksel uygulamaların güneydoğu bölgesinde daha sık uygulandığı saptanmıştır. Güneydoğu bölgesinde geleneksel normların daha yoğun yaşanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Rahman ve ark. (2013) çalışmasında anneler karın ağrısı olan bebeklerine %43,6 anason, papatya gibi bitkisel çaylar içirdiklerini, %6,4 bebeğin karnına tarhana lapası veya ısıtılmış kepek sardıklarını belirtmiştir.¹⁸ Uğurlu, Kalkım ve Sağkal (2014) Ege bölgesinde yaptıkları çalışmalarında bebeklerinde karın ağrısı şikayeti yaşayan annelerin %77.6'sı ağrıyı azaltmak için bebeklerinin karnına masaj yaptıkları, %21.8'inin bacak egzersizi yaptırdığı ve karına çeşitli şeyler sarma yöntemine başvuranların oranı %17.7 ve bitkisel kaynaklı içecekler içirenleri oranı %29.9 olarak

belirlenmiştir.² Ezer ve Avcı'nın (2004) yapmış oldukları çalışmalarında karın ağrısı durumunda ayva ve ebegümeçini kaynatıp suyunu içirdiği saptanmıştır.¹⁹ Uğurlu ve arkadaşlarının (2013) Ege bölgesinde yürüttüğü çalışmasında karın ağrısı yaşayan bebeklerin annelerinin bebekteki karın ağrısını geçirmek için ne tür uygulamalar yaptıkları araştırılmış ve %21.3 oranında bitki çayları içirdiği ve %19.3'ünün bebeğin sırtını sıvazlayarak masaj yaptığı belirlenmiştir.²⁰ Çalışkan ve Bayat'ın (2011) Kapadokya'da yaptıkları çalışmasında da %13.8'inin bitkisel çaylar içirdiği belirlenmiştir.²¹ Çiftçi ve Arıkan'ın (2007) Erzurum'da yürüttükleri çalışmalarında karın ağrısı durumunda %66 oranında farmakolojik ilaç, %64.5 oranında bitkisel ilaç tedavisi uyguladıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada annelerin %41.1 oranında sıcak uygulama yaptıkları, %44.7'sinin şerbet içirdiği belirtilmiştir.⁶ Efe ve arkadaşlarının (2012) Antalya'daki çalışmasında da annelerin çocuklarındaki karın ağrısı durumlarında çocuklarının karnına ve ayak tabanına çeşitli bitkisel karışımlar sürdükleri (%29.2) belirlenmiştir.⁴ Uygulanan geleneksel uygulamaların bir kısmının bebek sağlığı üzerine etkisini belirlemeye yönelik araştırmalar olmasına rağmen hala birçok uygulamanın bilimsel olarak yararı kanıtlanmamış olmasının yanında zarar veya dezavantajları konusunda şüpheler vardır.

Araştırmada iki farklı bölgede yaşayan annelerin bebek bakımı konusunda batı bölgesinde yaşayanların daha çoğunun bilgi aldığı ($p<0.001$), doktora götürme durumunun batı bölgesinde daha yüksek olduğu ($p<0.01$) ve karın ağrısı durumunda ilaç verme oranının güneydoğu bölgesinde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Arısoy ve arkadaşlarının (2014) Karaman'daki çalışmasında annelerin sadece %6.5'inin bebek bakımı konusunda bilgi almadığı, bilgi alanların ise %63.5'inin ise sağlık çalışanlarından aldığı belirlenmiştir.²² Çiftçi'nin (2007) Erzurum'daki çalışmasında annelerin %65.2'sinin karın ağrısı durumunda ilaca başvurduğu ve %50.4'ünün doktora götürdüğü belirlenmiştir.⁶ Uğurlu ve arkadaşlarının (2014) batıdaki çalışmasında ise %32.7 oranında doktora başvurma, %75.5 oranında ilaç verdiği belirlenmiştir.² Annelerin çocuk bakımı ile ilgili bilgileri daha çok büyüklerden öğrendiği ve çocukları hastalandığında iyileşemeyeceğini düşündükleri zaman doktora götürdükleri bilinmektedir. Bakım, sağlıklı büyüme ve gelişmeyi kapsayan bir takım uygulamalar ve

hareketlerdir. İyi bakım çocuğu tehlikelerden ve kötülüklerden korumaz aynı zamanda çocuğun büyümesini, psiko-sosyal, bilişsel gelişimini ve sağlıklı bir çevre yaratılmasına olanak sağlar.¹ Doktor önerisi dışında ilaç vermek ya da miktarlarını ayarlanmadan bitki çayları içirmek bebeğe zarar verebilecek uygulamalar arasındadır. Bu tür uygulamalardan kaçınılmalı ve geleneksel uygulamaları denemeden önce zararlı olup olmadığı araştırılarak uygulamaya geçilmelidir. Ayrıca bitkisel tedavilerde miktarın önemli olduğu unutulmamalı ve yararlı olduğu kanıtlanmış bitkisel maddelerin uygun dozlarda verilmesi konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırma sonucu göstermiştir ki; uygulanma sıklıkları değişse de ister doğu ister güneydoğu bölgesinde karın ağrısı durumunda geleneksel uygulamalara başvurma oldukça yüksek oranlardadır. Bu geleneksel uygulamaların bir kısmı mantıklı ya da mantık dışı, amaç ve sonuçları yönünden sağlığa yararlı ya da zedeleyici tutumlar olabilmektedir. Böylelikle sorunun temel nedeni göz ardı edilerek iyileşme süreci uzayabileceği gibi sağlık sorunu da ilerleyebilmektedir.¹ Küreselleşen dünyada hemşireler daha fazla farklı kültürden hastaya bakım vermek, farklı kültürleri tanımak, yaşam biçimleri hakkında bilgiye sahip olmak durumundadır.²³ Hizmet verdiği toplumun kültürünü, gelenek göreneklerini ve bunun sağlık bakım davranışları üzerine yansımalarını bilen hemşirelerin toplumla veya hasta ile iletişimi daha kolay olur. Kültür odaklı bakımı nasıl vereceğini bilmeyen hemşirelere karşı bireyler genel olarak, memnuniyetsiz, kinli, güvensiz, hoşnutsuz ve çekişmelidirler.

Bu amaçla hemşirelerin; gerek sağlıklı bebek izlemi gerekse herhangi bir nedenle hastaneye getirilmiş bebeklerin ailelerine sık karşılaşılan bir semptom olan karın ağrısına yönelik bilgilendirme yapması gerekmektedir. Yaşanılan bölgenin kültürel özellikleri dikkate alınarak geleneksel sağlık uygulamalarının yarar ve zararları konusunda açıklamalar yapılarak anne babalar ve hatta mümkünse aile büyükleri bilinçlendirilmelidir.

Kaynaklar

1-Özyazıcıoğlu N, Öncel S. Çocuk Bakımında kültürel (geleneksel) yaklaşımlar. In:Seviğ Ü, Tanrıverdi G(edt)Kültürlerarası hemşirelik. 1. Baskı Akademi Basın ve Yayıncılık 2014:338-370.

2-Uğurlu E, Kalkım A, Sağkal T. 0-1 Yaş arası bebeklerde sık karşılaşılan ağrı durumları ve ailelerin yaklaşımları. Fırat tıp dergisi 20014;19(1):25-30.

3-Esenay FI, Çalık C, Doru E, Gedik GG, Karın ağrısı ile hastaneye başvuran çocuklarda geleneksel uygulamalar. Mersin Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014,7(2):47-54.

4-Efe E, Öncel S, Yılmaz M. Kadınların Diş, karın ve kulak ağrısı olan çocuklarına yaklaşımları. Ağrı. 2012;24(2):69-76.

5- Snyder J, Brown P. Complementary and alternative medicine in children: an analysis of therecent literature. Current Opinion Pediatrics 2012; Aug;24(4):539-46.

6-Ciftçi EK, Arıkan D. Methods used to eliminate colic in infants in the eastern parts of Turkey. Public Health Nursing 2007;24(6):503-10.

7-Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptek F, Doğan M. Isparta ilinde halkın geleneksel tedavi tercihi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics 2005;13(3):179-86.

8- Vlieger AM, Blink M, Tromp E, Benninga MA. Use of complementary and alternative medicine by pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases: results from a multicenter survey. Pediatrics 2008;122(2):446-51.

9- Sikand AS, Schubiner H, Thomas RL. Use of complementary/ alternative therapies among children in primary care pediatrics. Ambulatory Pediatrics 2002;2(2):99-103.

10- Martínez GJ. Traditional practices, beliefs and uses of medicinal plants in relation to maternal-baby health of Criollo woman in central Argentina. Midwifery 2008;24(4):490-502.

11-Weizman Z, Alkrinawi S, Goldfarb D & Bitran C. Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic. Journal of Pediatrics. 1993; 122, 650-652.

12-Arıkan D, Alp H, Gözüm S, Orbak Z, Ciftçi EK. Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. Journal of Clinical Nursing, Volume 17, Number 13, July 2008; 1754-1761.

13-Abraham M. Rudolph MD, Robert K., Kamei MD, Kim J, Overby MD. Rudolph's Fundamentals of Pediatrics. Çeviri: Yurdakök M. Pediatri. 3. Baskı, Ankara Güneş Kitabevi, 2003: 110-112.

14-Kaya M. Çocuklarda akut karına yaklaşım. Güncel Pediatri 2012; 10: 31-5.

15-Karabayır N, Oğuz F. İnfantil kolik. Çocuk

Dergisi 2009; 9: 16-21.

16-Çetinkaya B, Başbakkal Z. The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colic. International Journal of Nursing Practice 2012;18:164-9.

17-Huhtala V, Lehtonen L, Heinonen R, Korvenranta H. Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colicky infants. Pediatrics 2000;105:84-9

18-Rahman S, Altan S, Çam S, Yüksel H. Manisa ili Karaağaçlı beldesinde çocuk bakımına yönelik yöresel uygulamalar. Lokman Hekim Journal, 2013;3(1):15-33.

19-Ezer N, Avcı K. Çerkeş Çankırı yöresinde kullanılan halk ilaçları. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2004;24(2):67-80.

20-Uğurlu ES, Başbakkal Z, Dayılar H, Çoban V, Ada Z. Ödemiş'te bulunan annelerin bebek

bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2013;2(3):342-60

21-Çalışkan Z, Bayat M. Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya Örneği, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011,14 (2), 23-30.

22-Arisoy A, Canbulat N, Ayhan F. Karaman ilindeki annelerin bebeklerinin bakımında uyguladıkları geleneksel uygulamalar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;17:1; 23-31.

23- Tanrıverdi G. Kültür ve Hemşirelik. İçinde:Seviğ Ü, Tanrıverdi G(edt) Kültürlerarası hemşirelik. 1. Baskı Akademi Basın ve Yayıncılık 2014:81-85.

Türkiye’de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili*
Academic and Physical Profile of Midwifery Department in Turkey

**Yeliz ÇAKIR KOÇAK^a, Hafize ÖZTÜRK CAN^b, Ummahan YÜCEL^c, Mahide
 DEMİRELÖZ AKYÜZ^d, Esin ÇEBER TURFAN^e**

ÖZET Amaç: Ebelik eğitimi, Türkiye’de ilk kez 1800’lü yıllarda başlamış, günümüzde lisans ve lisansüstü programlar ile sürdürülmektedir. Araştırma ile ülkemizdeki ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki koşullarına ilişkin verileri değerlendirmek ve ortaya koyabilmek amaçlanmıştır. **Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmada örnek seçimi yapılmamış, evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Etik ve yasal izinleri alınan araştırmanın verileri SPSS programı ile çözümlenmiştir. İlk lisans düzeyinde eğitim veren ebelik bölümünün 1996 yılında açılmasından itibaren araştırmanın yapıldığı tarihe kadar açılan tüm ebelik bölümlerinin araştırma kapsamına alınması hedeflenmiştir. Bu kapsamda araştırma evrenini ülkemizde açık olan 46 ebelik bölümünün 35’inden gelen verilerle toplam 183 öğretim elemanı oluşturmuştur. **Bulgular:** Çalışma sonuçlarına göre ebelik lisans eğitimi devam etmeyen üniversitelerin olduğu, bugüne kadar açık olan ebelik bölümlerinden 9.461 ebelinin mezun olduğu saptanmıştır. Bölümlerin öğretim üye/elemanlarının %37.5’inin ebe olduğu ve ebelik lisans eğitiminin daha büyük oranda farklı bilim dallarında uzmanlığı olan öğretim elemanları tarafından yürütüldüğü saptanmıştır. Ebelik bölüm başkanlarının ilk sırada diğer bilimlerden, ikinci sırada ise ebelerden oluştuğu belirlenmiştir. Öğretim elemanlarının çalışma yaşamında en sık karşılaştıkları sorunların; öğrenci sayısının fazlalığı, uygulama alanlarının yetersizliği, akademik gelişme ve yükselme ile ilgili sorunlar olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Araştırmada elde edilen bulgulara göre ebelik bölümlerinde öğretim eleman sayısının ve fiziki profillerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bölümlerin akademik personel ve fiziki açıdan ihtiyaçlarının belirlenmesi, ihtiyaca yönelik eylem planlarının hazırlanması konusunda gerekli girişimlerde bulunulması ebelik eğitiminin iyileştirilmesi açısından önemlidir. Bu özden yola çıkarak yapılan araştırma sonucunda ebelik eğitim ve öğretim programlarının yapısının uluslararası boyutlarda güçlendirilmesi ve ebe akademisyenlerin yetiştirilmesine ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Ebelik akademik profil, ebelik, eğitim, fiziki profil.

ABSTRACT Aim: In Turkey the training for midwifery has started during 1800s for the first time and currently continues with bachelor and master degree programmes. With the study it has been aimed to do an assesment and introduction of the academical and physical conditions of the midwifery departments in our country. **Method:** Sample selection has not been done for the descriptive study, but it has been aimed to acquire the whole population. The ethical and legal permissions have been taken to carry out the study. Data has been analyzed by SPSS program. In Turkey the first midwifery department for bachelor degree level has been opened in 1996. Within the 35 out of 46 midwifery departments there are in total 183 instructors. **Results:** According to the results of the study it has been determined that there are universities in which midwifery bachelor degree education is not going on, and so far 9.461 midwives have graduated. It has also been found out that 37.5% of the instructors of these departments are midwives and bachelor degree education for midwifery is being provided mainly by the other instructors from other disciplines. With the second frequency the heads of the departments of midwifery are midwives. It has been detected that the most frequent problems that the instructors are facing during the working life are the huge number of the students, the inefficiency of the execution areas, and the problems related to academical improvement and promotion. **Conclusion and Recommendations:** According to the findings obtained in the research, it was determined that the number of academic staff and physical profiles were insufficient in the midwifery departments. The required attempts have to be embarked to determine academic staff and the physical needs of the departments and to prepare action plans towards the needs. Besides

Geliş Tarihi/Received: 21-02-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:10-05-2017

^a Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir. e-mail: yeliz.cakir@ege.edu.tr

^b Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir. e-mail: hafize.ozturk@ege.edu.tr

^c Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir. e-mail: ummahan.yucel@ege.edu.tr

^d Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir. e-mail: mahide.demireloz@ege.edu.tr

^e Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir. e-mail: esin.ceber@ege.edu.tr

Sorumlu yazar /Correspondence: Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN, EÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 35050, Bornova/İzmir/Türkiye Tel:02323882851 Faks:02323427975 e-mail: hafize.ozturk@ege.edu.tr

*Ege Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Fonu tarafından 13-ASYO-011 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

**Araştırmanın özeti 1-5 Haziran 2014 tarihlerinde Prag, Çek Cumhuriyeti’nde Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) tarafından düzenlenen “ICM 30th Triennial Congress”te poster bildirisi olarak sunulmuştur.

it is required to strengthen the structures of midwifery training and education programmes in international scope and to train midwifery academists.

Keywords: Academical profile, education, midwifery, physical profile.

Giriş

Tüm dünyada sağlık sistemlerinin ortak hedefi topluma etkili, verimli, ulaşılabilir ve kaliteli hizmet sunmaktır¹. Bir toplumda iyi sağlık sonuçlarına ulaşabilmenin en önemli unsuru ise sağlık insan gücüdür. Sağlıkta insan gücü nicelikli ve nitelikli olduğu takdirde sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sağlanabilecektir². Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu annenin bakımı ve takibinde etkin rol alan ve sağlık bakım hizmetleri içinde önemli yeri olan, sağlık insan güçlerinden biri de ‘ebe’ dir. Ebelik, nesilden nesile aktarılan bilgi ile uygulanırken, günümüzde eğitim ile kazanılan profesyonel bir meslektir^{3,4}. Mesleğin profesyonellik gücünün artırılmasında “Ulusal ve Uluslararası” etik standartların belirlenmesine, ayrıca özelleştirilmiş profesyonel bilgi ve beceri kazandıran eğitim standartlarına gereksinim vardır^{5,6,7,8,9,10}. Bu gereksinimleri karşılamada nitelikli eğitim ve eğitim unsurları önemli yer tutmaktadır.

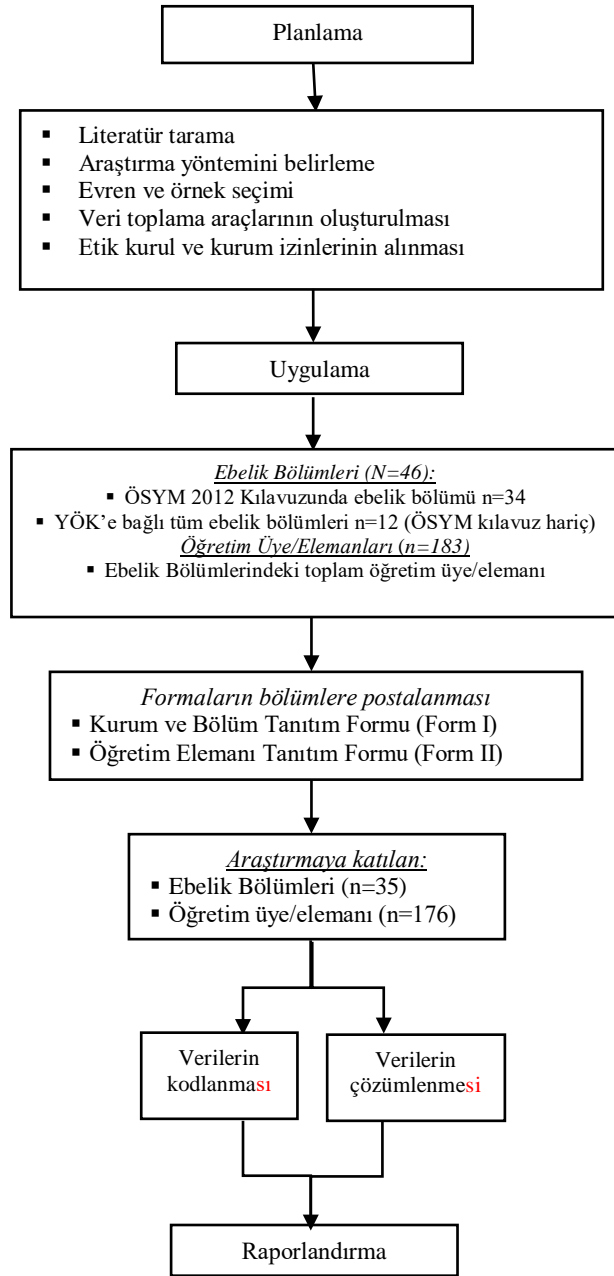
Türkiye’de ebelik eğitimi ilkökul ile başlamış, sağlık okulları, lise, önlisans ile devam etmiş, 1996 yılından itibaren de lisans düzeyinde devam etmektedir¹¹. Bunları takiben günümüzde ebelerde lisansüstü eğitim, yüksek lisans (2003) ve doktora (2013) programları ile gelişimini sürdürmektedir. Ebelerde lisans eğitiminin başladığı tarihten itibaren geline nokta ebeler bölümleri lisansüstü eğitim faaliyetleri ve akademik kadroları ile gelişim göstermektedir. Türkiye’de ilk kez 1800’lü yıllarda başlamış olan ve günümüzde lisans ve lisansüstü programlar ile devam eden ebelik eğitiminin geleceğine yönelik programların yapılabilmesi için ebeler bölümlerinin akademik ve fiziki koşullarına ilişkin mevcut durumun değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Ebenin; kadının, bebeğin, ailenin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilmesi, mesleki kimliğini güçlendirmesi açısından lisans ve lisansüstü düzeyde eğitimin önemi oldukça büyüktür. Dolayısıyla; mesleki eğitim kurumlarının akademik süreçte hızla yol almasını sağlamak adına bilimsel etkinliklere ve araştırma sürecine katılım, etik karar verme olmak üzere stratejik hedeflere ve politikalara uyum sağlanması gerekmektedir. Türkiye’de

ebeler eğitim programlarında değişim gereksinimi son yıllarda artmış ve her düzey eğitimde iyileştirme çalışmaları ivme kazanmıştır. Ebelik eğitiminin lisans düzeyinde sürdürülmesi ile farklı eğitim düzeylerindeki ebelerin aynı görev ve sorumluluklara sahip olması gibi benzeri olmayan bir karmaşanın giderilmesi ve yasal değişiklikler ile ebelik eğitiminin gelişiminin hızlandırılması sağlanmıştır¹². Eğitim programlarının geliştirilen strateji ve hedefler doğrultusunda düzenlenmesi ve gelişmiş ülkelerin düzeyine erişilmesi için, ülkemizde mevcut eğitim programlarının “Türkiye 2023 Vizyon Planı” da dikkate alınarak dünya dinamiklerine göre düzenlenmesi gerekmektedir^{6,13,14,15}. Bu nedenle ülkemizde ebelik eğitiminde nitelikli meslek elemanı yetiştirmek için öncelikle ebeler bölümlerinin akademik ve fiziki yapısının belirlenmesi yararlı olacaktır. Bu araştırma ile ebeler bölümlerinin akademik profillerinin saptanması, bölümlerin akademik ve fiziki koşulların belirlenmesi hedeflenmiştir. Böylece, ihtiyaca yönelik akademik ve fiziki kalitenin artması yönünde eylem planlarının yerel ve genel boyutta sağlanması konusunda gerekli girişimlerde bulunulmasına ilişkin önemli veriler elde edilmiştir. Literatür taramasında Türkiye’deki ebeler bölümlerinin akademik ve fiziki profillerine yönelik gerçekleştirilmiş bir araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılmış az sayıdaki araştırmada ise; sağlık bilimleri alanlarındaki bazı bölümlere ilişkin kısıtlı verilere ulaşılabilmektedir^{9,16,17}. Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, mevcut durumu ortaya koyarak geleceğe yönelik planlama ve yatırımların yapılmasında elde edilen verilerin yol gösterici olabilmesi, Türkiye’de ebelik eğitimi veren üniversitelerin akademik ve fiziki profillerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgularla, ebelik eğitimi ve akademik yapısı açısından bir arşiv oluşturulması ve gelecekte eğitim unsurları açısından geline noktayı ortaya koyması açısından yararlılığı olacaktır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikte durum saptama çalışması olarak gerçekleştirilen araştırmanın verileri Şubat-Ekim 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.



Şekil 1. Araştırma Süreci

Araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir;

- **Birinci aşama:** Türkiye'deki tüm ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki profiline ilişkin değerlendirme yapılması hedefi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu aşamasında evreni 46 ebelik bölümü oluşturmuştur.
- **İkinci aşama:** Türkiye'deki tüm ebelik bölümlerinde görevli öğretim elemanlarının akademik profiline ilişkin değerlendirme yapılması hedefi ile gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada da, ebelik bölümlerinde görevli öğretim elemanlarının tümü evren olarak kabul edilmiştir (n=183).

Araştırma evreni, Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM)'nin açıkladığı 2012 yılı kılavuzunda yer alan ebelik bölümleri ve Yükseköğretim Kurulu (YÖK)'nun internet sayfası aracılığı ile üniversiteler incelenerek saptanmıştır. Her iki aşamada da örneklem seçimine gidilmeyerek tüm evren örneklem olarak kabul edilmiştir^{18,19}.

Saptanan 46 ebelik bölümünün incelenmesi sonucunda, Türkiye'de 59 Sağlık Yüksekokulu'nun (SYO) 36'sında, 17 Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin (SBF) dokuzunda ve bir Sağlık Bilimleri Yüksekokulu'nda ebelik bölümü olduğu belirlenmiştir. Ebelik bölümlerinin araştırmaya katılım oranı %76.0 (n=35) ve bu bölümlerde görevli öğretim üye/elemanlarının katılım oranı ise %96.2 (n=176)'dir. Veri toplama süreci posta yolu ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, *ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki koşulları ve öğretim üye/elemanlarının özelliklerini* saptamak üzere araştırmacılar tarafından hazırlanan iki ayrı form ile toplanmıştır. *Kurum ve Bölüm Tanıtım Formu (Form I)* bölüm başkanları tarafından, *Öğretim Elemanı Tanıtım Formu (Form II)* öğretim elemanları (bölüm başkanları dâhil) tarafından onamları doğrultusunda doldurulmuştur. Araştırma süreci Şekil 1'de sunulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik programı ile çözümlenmiştir. Ölçüm değerleri ortalama, sınıfsal veriler ise yüzde ile sunulmuştur. Bazı veriler elle hesaplama yöntemi ile hesaplanmış, tablolaştırılarak sunulmuştur²⁰.

Araştırma Etiği: Araştırmanın etik izni Türkiye Cumhuriyeti (TC) Sağlık Bakanlığı (SB) İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Kurulu'ndan (20.02.2013 tarih ve 20 nolu karar) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan akademisyenler araştırmaya dahil edilmiş, araştırma verileri her bir öğretim elemanı için kapalı zarf yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Sınırlılıklar: Araştırma evreninin belirlenmesi için ÖSYM klavuzu ve YÖK sayfası incelenmiştir. ÖSYM 2012 Yılı Kılavuzu'nda saptanan ebelik bölüm sayısı 34'tür. YÖK internet sayfasında yapılan araştırma sonucu,

ÖSYM Kılavuzu'nda bulunan ebelik bölümlerinin dışında 12 ebelik bölümünün daha olduğu saptanmıştır. YÖK'ün (2013) internet sayfasında bulunan 103 devlet üniversitesi, 65 vakıf üniversitesi, 13 diğer yükseköğretim kurumlarının internet sayfaları incelenmiştir. Veri toplama sürecinde toplamda saptanan 46 bölüm dikkate alınmıştır. Araştırmada, internet sayfalarının güncellenmemiş olması, bazı bölümlerle iletişim kurma ve ulaşmada sıkıntı yaşanması, iletilen formların geri dönüşünde gecikmeler yaşanmış olması gibi nedenlerle veri toplama süreci uzamış, 46 bölümün tümüne ulaşılammıştır.

Bulgular

Veriler, iki yolla elde edilmiştir. İlk veriler bölüm başkanlarından, diğerleri ise bölümde görevli ve araştırma süresinde çalışan ve ulaşılabilen öğretim elemanlarının kendilerinden elde edilmiştir. Tüm bulgular birleşik tablolar halinde sunulmuştur.

Ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki koşulları incelendiğinde; 2012-2013 Eğitim-Öğretim Yılı'nda araştırmaya katılan 35 bölümün 30'unda (%85.7) ebelik lisans eğitimine devam edildiği, 25 bölümden alınan geri bildirimlere göre lisans eğitimine devam eden öğrenci sayısının 6.045 ve sınıf dağılımlarının dengeli olduğu saptanmıştır. Bölümlerin %74.3'ünün SYO'nda olduğu, %74.3'ünün binalarının üniversite kampüsünün içinde olduğu, %88.6'sının beceri laboratuvarının olduğu, ancak bu laboratuvarların %53.3'ünün koşullarının yeterli ve okullarda ebelik bölümü dışında bölümlerin de olduğu bildirilmiştir. Ebelik bölümlerinin uygulamalı eğitimler için en yüksek oranla T.C. SB. Hastaneleri (%40.5) ve Halk Sağlığı Kurumları'nı (%36.1) kullandıkları saptanmıştır. Bölümlerin %34.3'ünün yurtdışı ile işbirliği içinde oldukları ve %57.1'inin de Erasmus Programı ile öğrenci değişimi yaptıkları bildirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki koşulları (2012-2013 Eğitim Öğretim Yılı)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lisans Eğitimine Devam Etme Durumu (n=35)		
Evet	30	85.7
Hayır	5	14.3
Eğitime Devam Eden Öğrenci Sayıları (n=25)*		
1. sınıf (en az:35, en çok:102)	1.689	27.9

Tablo 1'in devamı

2. sınıf (en az:25, en çok:98)	1.470	24.4
3. sınıf (en az:14, en çok:115)	1.391	23.0
4. sınıf (en az:18, en çok:106)	1.495	24.7
Toplam	6.045	100.0
Eğitim Birimi Şekli (n=35)		
Sağlık Bilimleri Fakültesi	9	25.7
Sağlık Yüksek Okulu	26	74.3
Binanın Durumu (n=35)		
Kampüs İçinde Bir Bina	26	74.3
Eski Sağlık Meslek Lisesi Binası	7	20.0
Kampüs Dışında Üniversiteye Ait	2	5.7
Beceri Laboratuvarı Varlığı (n=35)		
Var	31	88.6
Yok	4	11.4
Beceri Laboratuvarı Koşullarının Yeterliliği (n=30)		
Yeterli	16	53.3
Yeterli Değil	14	46.7
Fakülte/ Yüksekokulda Bulunan Diğer Bölümler** (n=86)		
Hemşirelik	32	37.2
Beslenme ve Diyetetik	20	23.3
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	13	15.1
Sosyal Hizmetler	5	5.8
Sağlık Memurluğu	1	1.2
Beden Eğitimi ve Spor	1	1.2
Diğer	14	16.2
Öğrencilerin Uygulama Yaptıkları Kurumlar (n=205)		
T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	83	40.5
T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumları	74	36.1
Üniversite Hastaneleri	28	13.7
Özel Hastaneler	12	5.9
Belediye Sağlık Birimleri	3	1.4
Diğer	5	2.4
Yurt Dışı Kurumlarla İşbirliği (n=35)		
Var	12	34.3
Yok	23	65.7
Erasmus ile Öğretim Elemanı Değişimi (n=35)		
Var	14	40.0
Yok	21	60.0
Erasmus ile Öğrenci Değişimi (n=35)		
Var	20	57.1
Yok	15	42.9

*Ebelik bölümlerinin 10'u tarafından öğrenci sayı iletilmemiş olup üç üniversite henüz mezun vermemiştir

**Tüm kurumlarda birden fazla bölüm bulunmaktadır.

Akademik personeli en fazla olan ebelik bölümlerinin Ege Üniversitesi (%8.7), Cumhuriyet Üniversitesi (%7.7) ve Atatürk Üniversitesi'nde (%6.0) olduğu saptanmıştır.

Öğretim elemanı sayısı üçten az olan sekiz üniversitenin olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Ebelik eğitiminde en fazla oranla (%55.2) hemşire (n=101) ve (%33.9) ebe (n=62) öğretim elemanlarının olduğu saptanmıştır. Ebelik bölümlerinde toplam 62 ebe akademisyen olduğu ve tüm öğretim elemanları içinde %19.1'inin (n=13) öğretim üyesi, %42.6'sının öğretim elemanı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Ebelik bölüm başkanlarının en yüksek oranda (%71.4'ünün) hemşire, ikinci sırada (%11.4'ünün) ebe ve %17.2'sinin ebelik ve hemşirelik dışı meslek elemanı olduğu, %62.9'unun Yrd. Doç. Dr. unvanına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Araştırmada, öğretim elemanlarının %93.2'sinin kadın ve yaş ortalamasının 36.4±8.2 (en küçük:22, en büyük:58) olduğu belirlenmiştir. Öğretim elemanlarının %47.2'sinin SYO mezunu olduğu, %93.8'inin yüksek lisans ve %63.1'inin doktora eğitimlerini tamamladıkları saptanmıştır. Her iki gruptaki öğretim elemanlarının Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda (AD) lisansüstü eğitimlerine devam ettikleri ya da tamamladıkları bildirilmiştir. Türkiye'deki Ebelik bölümlerinde eğitim-öğretim faaliyetlerinde görev almakta olan öğretim elemanlarının %77.3'ünün kadrosunun SBF/SYO'da olduğu, tüm akademisyenlerin %30.9'unun 1-5 yıldır akademisyen olarak ve %81.8'inin daha önce başka kurumda görev yaptıkları saptanmıştır. Öğretim elemanlarının %76.1'i ulusal mesleki bir sivil toplum kuruluşlarına üye olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4). Öğretim elemanlarının çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlar sorgulandığında eğitim öğretim faaliyetlerine ilişkin olarak öğrenci sayısının fazlalığı ve bununla bağlantılı sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Akademik faaliyetler ile ilgili olarak en çok yaşanan sorunlar arasında kadro yetersizliği gelmektedir (Tablo 5).

Tartışma

Bu araştırmada, YÖK ile SB arasında 1996 yılında yapılan protokolle SB'na bağlı Sağlık Meslek Liseleri'nin (SML) SYO'na dönüştürülmesi ile 1997 yılında lisans eğitimine başlayan ebelik bölümlerinin öğretim elemanı ve yöneticileri açısından mevcut durum ortaya konulmuştur. Türkiye'deki SYO ve SBF'lerine bağlı ebelik bölümlerinin akademik, idari yapıları ve fiziki koşulları değerlendirilmiştir.

Ayrıca öğretim elemanlarının çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlar da sorgulanmıştır.

Araştırmada veri toplama kapsamında ebelik bölümlerinde belirlenen öğretim elemanı sayısı 183'dür. Ebelik bölümlerindeki öğretim elemanlarının üçte biri ebe öğretim elemanıdır. T.C. SB 2013 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda 2012-2013 eğitim-öğretim yılı için, 34 ebelik bölümünde, toplam 56 öğretim elemanının görev yaptığı belirtilmiştir²¹. Yükseköğretim Yönetim Sistemi İstatistikleri "Anabilim Dalları" bağlamında incelendiğinde; Ebelik AD

Tablo 2. Ebelik bölümü bulunan üniversiteler ve bölüm öğretim üye/elemanı sayıları*

Üniversite Adı	Öğretim Elemanı	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğretim Elemanı 3 ve ↑ Üniversiteler (n=27)	172	94.0
Ege Üniversitesi	16	8.7
Cumhuriyet Üniversitesi	14	7.7
Atatürk Üniversitesi	11	6.0
Celal Bayar Üniversitesi	10	5.5
Çukurova Üniversitesi	9	4.9
Selçuk Üniversitesi	8	4.4
Süleyman Demirel Üniversitesi	8	4.4
Adnan Menderes Üniversitesi	7	3.8
Ankara Üniversitesi	7	3.8
Karabük Üniversitesi	7	3.8
Kocaeli Üniversitesi	7	3.8
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	7	3.8
Balıkesir Üniversitesi	6	3.3
Gazi Osman Paşa Üniversitesi	6	3.3
Akdeniz Üniversitesi	5	2.7
Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi	5	2.7
Marmara Üniversitesi	5	2.7
Yüzüncü Yıl Üniversitesi	5	2.7
Amasya Üniversitesi	4	2.2
Sakarya Üniversitesi	4	2.2
Adıyaman Üniversitesi	3	1.6
Fırat Üniversitesi	3	1.6
Haliç Üniversitesi	3	1.6
İnönü Üniversitesi	3	1.6
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	3	1.6
Mersin Üniversitesi	3	1.6
Niğde Üniversitesi	3	1.6
Öğretim Elemanı 3'ün ↓ Üniversiteler (n=8)	11	6.0
Toplam	183	100.0

*Ebelik bölüm başkanlarının bildirimleri ile verilere ulaşılmış olup elle hesaplama yapılmıştır.

bulunan 16 üniversitede toplam 112 öğretim elemanı olduğu (Prof. 5, Doç. Dr. 12, Yrd. Doç. Dr. 43, Öğretim Görevlisi 22, Okutman 2 ve Araştırma Görevlisi 28) belirtilmiştir. Ancak, bu öğretim elemanlarının mesleklerinin ne olduğu belirtilmemiştir²². Öğretim elemanı

sayısının gittikçe arttığını bu araştırmalar göstermekte iken; 2013 yılından 2016 yılına gelindiğinde ise Yükseköğretim Yönetim Sistemi'ne kayıtlı verilerde çok büyük bir değişim olmadığı görülmektedir. Bu durumun Ebelik Bölümü olan bazı üniversitelerin Ebelik AD olmadan eğitimlerini sürdürdükleri, ancak YÖK'e kayıtlı verilerin AD bağlamında değerlendirilmesi nedeni ile bu sayının içinde görülmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada Ebelik bölümlerinin öğretim elemanlarının yarısından fazlası hemşire,

yaklaşık üçte biri ebedir. Özcan ve Yiğit'in sağlık yükseköğretilerinin açılışının ikinci yılında (1998-1999 Öğretim Yılı) okulların nicel durumlarını değerlendirdikleri araştırmada 29 ebelik bölümü dâhil olmak üzere 98 bölümdeki toplam 290 öğretim elemanının %83'ü hemşire, %17'si ise hekim, biyolog ve diğer meslek gruplarında olduğu bildirilmektedir⁹.

Tablo 3: Ebelik bölümlerinde kadrolu öğretim üye/elemanlarının unvan ve meslekleri*

Meslek	Unvan								Öğretim Elemanı								Genel Toplam			
	Öğretim Üyesi						Toplam Öğretim Üyesi		Öğretim Elemanı				Toplam Öğretim Elemanı							
	Prof.Dr.	Doç.Dr.	Yrd. Doç.Dr.	n	%*	n	%*	n	%*	Öğr. Gör.	Arş. Gör.	Uzman	Okutman	n	%*	n	%*			
Tıp Hekim	2	33.3	2	15.4	1	2.0	5	7.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2.7	
Hemşire	4	66.7	10	76.9	29	59.2	43	63.2	41	61.2	15	34.9	2	66.7	-	-	58	50.4	101	55.2
Ebe	-	-	-	-	13	26.5	13	19.1	18	26.9	28	55.1	1	33.3	2	100.0	49	42.6	62	33.9
Biyolog	-	-	1	7.7	3	6.2	4	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2.2	
Veteriner Hekim	-	-	-	-	2	4.1	2	2.9	1	1.5	-	-	-	-	-	-	1	0.9	3	1.6
Sağlık Eğitmeni	-	-	-	-	-	-	-	-	5	7.5	-	-	-	-	-	-	5	4.4	5	2.7
Sağlık Memuru	-	-	-	-	1	2.0	1	1.5	2	3.0	-	-	-	-	-	-	2	1.7	3	1.6
Toplam**	6	3.7	13	7.1	49	26.7	68	37.2	67	36.5	43	23.4	3	1.5	2	1.1	115	2.8	183	100.0

*Bölüm başkanlarının bildirimleri ile verilere ulaşılmış olup tabloda sütun yüzdeleri alınmış, elle hesaplama yapılmıştır.

** Bölüm başkanlarının bildirimleri ile verilere ulaşılmış olup tabloda satır yüzdeleri alınmış, elle hesaplama yapılmıştır.

Geçen 10 yıllık süre içinde ebelik bölümlerinin akademik kadrolarının yaklaşık üçte birinin ebe akademisyenlerden oluşması olumlu ve hızlı bir ilerleme olarak değerlendirilse de halen istenilen düzeyde değildir.

Ebe öğretim elemanlarının sayısı giderek artmakta ve akademik gelişmeleri devam ettirmektedir. Ebe öğretim elemanlarının beşte biri yardımcı doçent doktor, yaklaşık olarak üçte biri öğretim görevlisi ve yaklaşık olarak yarısı ise araştırma görevlisidir. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde doçent ve profesör kadrosunda olan ebe öğretim elemanı henüz yoktur. Araştırma grubundaki altı profesörün dördü hemşire, ikisi tıp hekimi; 13 doçentin 10'u hemşire, ikisi tıp hekimi, biri ise biyologdur. Öğretim elemanlarının çoğunluğunu öğretim görevlisi ve araştırma görevlisinin oluşturmasının nedeni, akademisyen kadrolarına lisans mezunu ebelerin alınması ve akademisyen yetersizliği nedeni teorik ve

uygulamalı derslerin yürütülmesi için öğretim görevlisi kadrolarına duyulan gereksinimdir.

Öğretim görevlisi ve araştırma görevlilerinin üçte birinden fazlası doktora eğitimi yapmamıştır. Araştırmaya katılanların üçte biri beş yıl ve daha az süredir akademisyen olarak çalışmaktadır. Ebelik bölümlerinin hem ebe akademisyen hem de genel akademik yapı açısından henüz gelişme aşamasında olması beklenen bir durumdur. Bununla birlikte akademik kadrolardaki gelişme istenen düzeyde değildir. Ebelik bölümlerindeki akademik personel sayısındaki yetersizliğe rağmen yıllar içinde toplam öğrenci sayısı artmış ve 2003 yılında 5.432 olan öğrenci sayısı 2013 yılında 8.328'e çıkmıştır²³. Çalışmamızda ise öğrenci sayısını bildiren 25 bölümdeki toplam öğrenci sayısı 6.045'tir. Ebelik bölümlerindeki akademik kadro açısından gelişme özellikle sınırlı sayıdaki üniversiteler dışında daha da yavaştır. Öğretim elemanlarının dörtte birinden fazlası (%27) Ege Üniversitesi, Cumhuriyet

Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesi Ebelik Bölümleri'ndedir. Bu üniversitelerin dışındaki üniversitelerde bulunan ebeklik bölümlerinde öğretim elemanı sayısı 10'unun altında, sekiz bölümde ise üçün altında olup akademisyen açısından oldukça yetersizdir.

Tablo 4: Ebeklik bölüm başkanları ve öğretim elemanlarına ait sosyo-demografik ve akademik bulgular

Sosyo-Demografik ve Akademik Bulgular	Öğretim Elemanı Sayı (n)	Yüzde(%)
Bölüm Başkanı (n=35)		
Meslek		
Hemşire	25	71.4
Ebe	4	11.4
Tıp Hekimi	1	2.9
Veteriner Hekim	1	2.9
Diğer	4	11.4
Unvan		
Prof.Dr.	4	11.4
Doç.Dr.	7	20.0
Yrd. Doç. Dr.	22	62.9
Öğr. Gör.	2	5.7
Kadro		
Kadrosu SBF/SYO'da	33	97.1
Kadrosu başka bir bölümde	2	2.9
Öğretim Üye/Elemanı (n=176)*		
Cinsiyet (n=176)		
Kadın	164	93.2
Erkek	12	6.8
Yaş(n=171)*(Ort+Sd; 36.4±8.2;22-58)		
20-29	39	22.8
30-39	71	41.5
40-49	49	28.7
50 yaş ve üstü	12	7.0
Mezun Olunan Okullar (Lisans Eğitimi) (n=176)		
Sağlık Yüksekokulu (SYO)	83	47.2
Hemşirelik Yüksekokulu (HYO)	69	39.2
Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF)	3	1.7
Diğer	21	11.9
Yüksek Lisans Yapma Durumu (n=176)		
Evet	165	93.8
Hayır	11	6.2
Yüksek Lisans Yapılan Anabilim Dalı (n=162)*		
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	50	30.9
Diğer Hemşirelik Anabilim Dalları	42	25.9
Ebelik	29	17.9
Halk Sağlığı ve Halk Sağlığı Hemşireliği	22	13.6
Ebelik ve Hemşirelik AD harici	19	11.7
Doktora Yapma Durumu (n=176)		
Evet	111	63.1
Hayır	65	36.9
Doktora Yapılan Anabilim Dalı (n=111)		
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	47	42.4
Diğer Hemşirelik Anabilim Dalları	24	21.6

Tablo 4'ün devamı

Halk Sağlığı ve Halk Sağlığı Hemşireliği	22	19.8
Ebelik ve Hemşirelik AD harici	18	16.2
Öğretim Elemanlarının Kadro Durumu (n=176)		
Kadrosu SBF/SYO'da	136	77.4
Kadrosu başka bir bölümde (40a veya 13b)	6	3.4
Sağlık Bilimleri Enstitüsü /50d /Tahsisli kadro	5	2.8
ÖYP	5	2.8
2547-35 ile görevlendirme	3	1.7
2547-40/a, 2547-40/b, 2547-31 veya 657/89 ile görevlendirme	6	3.4
Diğer	15	8.5
Akademisyen Olarak Çalışma Süresi (n=175)*		
1 yıldan az	11	6.3
1-5 yıl	54	30.9
6-10 yıl	32	18.3
11-15 yıl	52	29.7
16-20 yıl	13	7.4
21 yıl ve üstü	13	7.4
Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Durumu (n=176)		
Evet	144	81.8
Hayır	32	18.2
Ulusal Mesleki Sivil Toplum Kuruluşlarına Üyelik (n=176)		
Var	134	76.1
Yok	42	23.9

*Öğretim üyelerinden bazı soruları yanıtlamayanlar ve veri toplama sürecine katılmak istemeyenler olmuştur.

SYO'ların açıldığı ilk yıllarda bildirilen akademik kadro eksikliğinin devam ettiği farklı araştırmalarda da bildirilmiştir^{9,24,25}. Ebeklikte yüksek lisans eğitimi veren kurum sayısının artması ve doktora eğitiminin başlamış olması ebe akademisyen kadrolarındaki eksikliğin giderilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Türkiye'de henüz ebeklik anabilim dalında doktora eğitimi tamamlayan ebe akademisyen bulunmamaktadır. Bu nedenle ebeklik doktorasını bitirmiş öğretim üyesi olmamasına rağmen, ebeklik doçentlik kodunun ayrı bir kodla yer almasından sonra ebeklikte doçentlik ünvanını almış öğretim üyesi sayısı da gittikçe artmaktadır. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde yardımcı doçent kadrosunda olan 13 ebe öğretim üyesi doktora eğitimlerini ebeklik dışındaki doktora programlarında tamamlamıştır. Ebeklik AD Doktora Programı araştırmanın yürütüldüğü 2013 yılında, ilk olarak Atatürk Üniversitesi ve daha sonra Ege Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne (SBE) bağlı olarak başlatılmıştır. Böylelikle ebeler, kendi mesleklerine ait doktora programlarında eğitim almaya başlamıştır²⁶. Yücel ve arkadaşlarının

lisans mezunu ebelerin lisansüstü eğitim profillerini değerlendirdikleri araştırmada (2013) ebelerin, 2007-2008 eğitim öğretim yılında %35.7'sinin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, %34.5'nin Ebelik, %14.3'ünün Halk Sağlığı Hemşireliği AD'da yüksek lisans yaptıkları belirtilmiştir²⁵. Aynı çalışmada lisans mezunu ebelerin %15.4'ünün ebelik dışındaki anabilim dallarında doktora

eğitimine devam ettikleri saptanmıştır. En yüksek oranda doktora yapılan anabilim dalları sırasıyla Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Halk Sağlığı Hemşireliği'dir (%53.8, %23.1, %15.4)²⁵.

Akademik kadroların yanı sıra ebelik bölümü ve bölümün bağlı olduğu SBF/SYO yönetici kadroları da araştırma kapsamında

Tablo 5: Öğretim üye/elemanlarının çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlar

Eğitim-Öğretim faaliyetleri ile ilgili (n=366)	Akademik faaliyetler ile ilgili (n=189)
Öğrenci sayısının fazla olması	Akademik kadro yetersizliği
Fiziki koşulların yetersizliği	Akademik sorunlar
Derslik sayılarının yetersiz olması	Ücret yetersizliği
Uygulama alanı yetersizliği	Ders yükü fazlalığı
Laboratuvar sayılarının yetersiz olması	Yasal sorunlar
Öğretim üye/elemanı sayısının az olması	Gereksiz iş yükü/iş yükü fazlalığı
Eğitim materyallerinin yetersizliği	Doktora programının olmaması
Doğum yaptırılmama	
Yasal sorunlar	
Diğer	

*Belirtilen sorunlar kendi içinde gruplandırma yapılarak sunulmuş ve bir kişi birden fazla görüş belirtmiştir. incelenmiştir. Sınırlı sayıda fakülte ve yüksekokulların dekan veya müdürleri Profesör ve Doçenttir. Yardımcı Doçent kadrosunda olan öğretim üyelerinin dekanlık/müdürlük yaptığı okullar da vardır ve bu yöneticiler arasında ebe akademisyenlerin olması da ebelik bölümlerinin akademik personel ve yönetimi açısından yaşanan gelişmeleri göstermektedir. Dekan/Müdür'lerin mesleklerinin dağılımı ise sırasıyla tıp hekimi, hemşire, veteriner hekim ve biyolog'tur. Ebelik bölüm başkanlarının mesleği çoğunlukla hemşire, ikinci sırada ebe ve veteriner hekimdir. Özcan ve Yiğit'in yaptıkları araştırmada (2000) SYO Müdürlerinin %13.3'ünün hemşire geri kalan %86.7'inin ise başta tıp hekimi ve biyolog olmak üzere farklı mesleklerden olduğu bildirilmiştir⁹. Lisans eğitiminin başladığı günden itibaren ebelik eğitimine önemli katkılar veren hemşire akademisyenlerin yönetim aşamalarında hekim ve biyologlara göre daha sıklıkla yer aldıkları ve ebe akademisyenlerin yönetici kadrolarında yer almaya başladıkları görülmektedir.

Öğretim elemanlarının çalışma yaşamı ile ilgili sıklıkla bildirdikleri sorunlar akademik kadro yetersizliği, öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının fazlalığı, fiziki koşulların ve uygulama alanlarının yetersizliğidir. Ebelik ve hemşirelik bölümleri ve bölüm öğrencileri ile yapılan çalışmalarda benzer sorunlar tanımlanmıştır.^{24,27,28,29,30}

Uygulamalı bir meslek olan ebelik için beceri geliştirmede uygulama alanı ve öğretim

elemanı önemlidir. Bu anlamda beceri geliştirmede öğretim elemanına düşen öğrenci sayısının dengesizliği ve yetersizliği ile uygulama alanının yetersizliği önemli bir sorun olarak düşünülmelidir. Ayrıca, Ebelik bölümlerinin fiziki koşulları değerlendirildiğinde bazı bölümlerin sağlık meslek lisesi veya kampüs dışında üniversiteye ait binaları kullandıkları ve bazı bölümlerde becerileri laboratuvarlarının olmadığı belirlenmiştir. SYO'nun ilk yıllarında sağlık meslek lisesi binalarında eğitim-öğretimi sürdüren yüksek okul oranı %86.6 olarak bildirilmiştir⁹. Bu durum YÖK ve SB arasında 1997 yılında yapılan protokolün bir gereği olarak; sağlık meslek lisesi binalarının SBF/SYO olarak kullanılmasından kaynaklanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye genelinde Ebelik Bölümleri'nin akademik ve yönetici kadroları ve bölümlerin fiziki koşullarının ortaya konulduğu bu araştırmada, ebelik bölümlerinin üniversite bünyesinde eğitim vermeye başladığı günden günümüze kadar önemli gelişmeler olduğu görülmüştür. Bununla birlikte akademik kadrolar ve bölümlerin fiziki koşullarında yetersizlikler halen yüksek orandadır. Uygulama ağırlıklı, ana-çocuk sağlığı ve toplum sağlığı açısından oldukça önemli görev ve sorumluluğu olan ebelik mesleğinin üniversite düzeyinde eğitim vermesi kuşkusuz çok önemli bir gelişmedir. Eğitimin istenilen

nitelikte yürütülebilmesi için fiziki koşulların ve akademik kadroların nicelik ve nitelik açısından geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca bölümlerin akademik yapı ve fiziki koşullarının yakından ve sürekli değerlendirilmesi gerekir. Ulusal düzeyde konu ile ilgili hazırlanan rapor ve istatistik yıllıklarında ebelik ve ebelik bölümleri ile ilgili verilerin yer alması bu değerlendirmeye önemli katkı sağlayacaktır.

Teşekkür: Verilerin toplamasında ve çalışma ekibine iletilme sürecinde verdikleri destekler nedeni ile ebelik bölüm başkanlarına, öğretim elemanlarına ve Bilimsel Araştırma Fonu proje no 13-ASYO-011 ile destekleyen Ege Üniversitesi Rektörlüğü'ne teşekkür ederiz. (Araştırma, Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği (EBEARGE)'ne ithaf olunmuştur.)

Kaynaklar

1. Mollahaliloğlu S, Taşkaya S, Kosdak M. A macro view on human resources for health in Turkey. *Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales* 2010;50(4):411-32.
2. İşlek E, Ayar B, Başara B.B, Dilmen U. Türkiye'de sağlıkta insan kaynaklarının son on yıllık gelişimi ve mevcut durum analizi [The recent history of human resources in health in Turkey and analysis of current situation]. *Halk Sağlığı Etkinlikleri-HASUDER* 2012; 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.
3. Akça Ay F. Mesleki temel kavramlar [Occupational Basic Concepts]. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler [Basic concepts and skills in health applications]. 6.Baskı, İstanbul, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.p.2-29.
4. Karanisoğlu H. Ülkemizde ebelik eğitimindeki gelişmeler [Developments in midwifery education in our country]. *Hemşirelik Formu Kadın Doğum Sayısı*, 1999; 2(3): 85-8.
5. Abaan S. Mesleki kimlik tasarımı [Professional identity design]. III. Ulusal Klinisyen Hemşire ve Ebeler Kongresi Bildiri Kitabı 2003, İzmir.
6. Bayındır Ü, Durak H.İ. Türkiye'de ebe insan gücü "Mevcut durum ve 2013 yılı vizyonu" [Human power in the eben in Turkey, Current situation and 2013 vision]. *Türkiye'de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması. Üniversitelerarası Kurul (ÜAK) Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı*. 2016 [Erişim tarihi: 10 Şubat 2016]. Erişim adresi: <http://sbedergisi.ankara.edu.tr/apa60.pdf,2008>.
7. Department of Health. Developing the role of the clinical academic researcher in the nursing, midwifery and allied health professions 2012. [Erişim tarihi: 10 Şubat 2016]. Erişim adresi: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215124/dh_133094.pdf.
8. World Helath Organization. Nursing in Europe: A resource for better health. WHO regional publications. Jane Salvage and Serge Heijnen (Ed.). (European series; No. 74). Denmark: World Health Organisation 1997. [Erişim tarihi: 12 Mart 2012].Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107350/1/euro_series_74.pdf
9. Özcan A, Yiğit R. Sağlık yüksekokulları ve ilk yıllarındaki nicel durumları [Quantitative situations in health schools and their first years]. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*[Celal Bayar University Journal of Nursing School] 2000; 4(2), 14-21.
10. Sabancıoğulları, S, Doğan, S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik [Professional identity development and nursing]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* [Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences] 2012; 15(4): 275-82.
11. Sogukpınar N, Karaca Saydam B, Demirel Bozkurt Ö, Ozturk H, Pelik A. Past and present midwifery education in Turkey. *Midwifery* 2007; 23(4): 433-442.
12. TC. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. 2011; SB Yayın No: 851, Ankara, 2011.
13. International Confederation of Midwives. Global standards for midwifery education 2010. Erişim tarihi: 26 Mayıs 2015]. Erişim adresi: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/MIDWIFERY%20EDUCATION%20PREFACE%20&%20STANDARDS%20ENG.pdf>.

14. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi [The effect on the nature and nature of the eagle]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi [Maltepe University Nursing Science and Art Review]2008; 1(2): 54-59.
15. Gök M. Türkiye’de lisansüstü eğitim, araştırmacı sayısı, araştırma görevlileri sorunları ve çözüm önerileri[Post-graduate education in Turkey, number of researchers, research assistant problems and solution proposal].Yükseköğretim ve Bilim Dergisi [Journal of Higher Education and Science] 2015; 5(2): 57–64.
16. Şener E, Erdem R, Akçakanat T. Türkiye’de lisans düzeyinde sağlık yöneticisi yetiştiren kurumların akademik ve eğitsel profili [The Academic and Educational Profile of The Institutions Educate Health Administrators at Licence Level]. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi [Hacettepe Journal of Health Administration] 2010; 13(1): 29-44.
17. Öztürk R. Türkiye’de hemşirelik yüksekokulu araştırma görevlisi profili [Nursing college research officer profile in Turkey]. [yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Turkey, 2007. [Erişim tarihi: 08.01.2013]. Erişim adresi: <http://acikerisim.ege.edu.tr:8081/jspui/bitstream/11454/2981/1/renginarozturk2007.pdf>.
18. Yükseköğretim Kurumu. Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu 2012;119-219. [Erişim tarihi: 10 Ocak 2013]. Erişim adresi: <http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2012/OSYS/2012OSYSKONTKILAVUZ.pdf>.
19. Yükseköğretim Kurulu. 2013 [Erişim tarihi: 10 Ocak 2013]. Erişim adresi: <https://www.yok.gov.tr/content/view/527/22/lang.tr/>.
20. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümleme [Health research and analysis]. 3. Baskı. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi; 2013.p.206-265.
21. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. [Erişim tarihi: 10 Ocak 2013]. Erişim adresi: http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf.
22. Yükseköğretim Bilgi Sistemi. Anabilim Dalı İsmine Göre Öğretim Elemanı Sayıları Raporu 2017. [Erişim Tarihi: 19 Nisan 2017]. Erişim adresi: <https://istatistik.yok.gov.tr/>.
23. Solak M. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu [Health Education and Health Manpower Status Report to Turkey]. Eskişehir, 2014.
24. Güner S, Yurdakul M, Yetim N. Türkiye’de Ebelik Mesleğinin Sorunlarına Akademik Bakışı Yansıtan Nitel Bir Çalışma [A Qualitative Study Reflecting the Academic Perspective on the Problems of the Midwifery Profession in Turkey], Yükseköğretim ve Bilim Dergisi [Journal of Higher Education and Science] 2015;5 (1):80-7.
25. Yücel U, Ekşioğlu A, Demirelöz M, Baykal Akmeşe Z, Çakır Koçak Y ve Soğukpınar N. Türkiye’de ebelik lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi [Profile analysis of post graduate education of midwifery in Turkey]. International Journal of Human Sciences 2013;10(1): 1342-354.
26. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, 08/10/2009 tarihli Yükseköğretim Genel Kurul Kararı uyarınca 28/03/2013 tarihli ve 75850160-104.01.04-2285 sayılı karar, Resmi Gazete 2013.
27. Ergöl Ş. Türkiye’de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi [Nursing education in higher education in Turkey]. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi [Journal of Higher Education and Science] 2011;1(3):152-55.
28. Karadağ G. et al. Öğrenci hemşirelerin klinik uygulamada karşılaştıkları güçlükler ve klinik hemşireler hakkındaki görüşleri [The difficulties faced by student nurses in clinical practice and their views on clinical nurses]. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(6): 665-72.
29. Seviğ Ü, Başer M, Güler, H, Yurdakul M. Türkiye’de Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması “Ebe insan gücü: Mevcut durum ve 2013 yılı Vizyonu” [Education and human power planning in the field of health sciences in Turkey "Midwife human power: current situation and vision of 2013]. Üniversitelerarası Kurul Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi, Ebe İnsan Gücü Planlama Komisyonu Çalışma Raporu, 2008.
30. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu 2014. [Erişim tarihi: 05 Mayıs 2015]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>

Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinde Malpraktis

Malpractice in Nursing and Midwifery Students

Talip MANKAN^a, Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN^b, Hilal POLAT^c

ÖZET Amaç: Bu araştırma hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin tıbbi hata yapma eğilimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, Kasım 2015–Haziran 2016 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan intörn hemşirelik ve ebelik öğrencileri oluşturmuştur (202). Veri toplamada Kişisel Bilgi Formu ve Malpraktis Eğilim Ölçeği (MEÖ) kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan intörn öğrencilerinin %62.4'ünün (126) hemşirelik bölümü öğrencileri oluşturduğu, %31.7'sinin kadın doğum kliniğinde staj yaptığı, %36.1'inin günlük 1-5 hastaya bakım verdiği belirlenmiştir. Eğitiminiz süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hata yaptınız mı? Sorusuna; araştırma kapsamındaki intörn hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %89.6'sı (181) hayır cevabını; Eğitiminiz süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını gördünüz mü? Sorusuna ise intörn hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin, %74.3'ü (150) hayır cevabını vermiştir. Araştırma kapsamında intörn hemşirelik ve ebelik öğrencilerine staj yaptıkları hastanede en çok karşılaşılan tıbbi hataların hangileri olduğuna ilişkin sorular yöneltilmiş ve en sık karşılaşılan hataların sırasıyla; hastane enfeksiyonları, tedavide gecikme veya yapmama, ameliyat sonrası komplikasyonları ve iğne/kesici alet yaralanmaları olduğu saptanmıştır. İntörn hemşirelik ve ebelik öğrencileri tıbbi hataya yol açan ilk 5 neden olarak stres, yorgunluk, iş yükünün fazla olması, mesleki bilginin yetersiz olması ve tecrübesizlik olduğunu belirtmişlerdir. **Sonuç:** Malpraktis Eğilim Ölçeğinin toplam puan ortalaması 200.62±33.07 (54-245 puan arası) olup düşük düzeyde tıbbi hata eğilimi saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, hemşire, intörn öğrenci, tıbbi hata, malpraktis

ABSTRACT Objective: This study was conducted to investigate the malpractice tendencies of nursing and midwifery students. **Method :** The study sample consisted of nursing intern nursing and midwifery students (n=202) studying at the Fırat University, Faculty of Health Sciences between November 2015 and June 2016. Personal Information Form and the Educational Malpractice Scale (EMS) was used for data collection. **Results:** Of the intern students included in the study, 62.4% (126) was found to be nursing students, 31.7% was doing internship in the maternity clinic, and 36.1% was found to provide care for 1 to 5 patients daily. The "During your education, have you ever made at least one mistake that might jeopardize the safety of the patients?" question was responded with 'No' by 89.6% (181) of the nursing and midwifery students included in the study. And, the "During your education, have you ever seen any mistake of your team that might jeopardize the safety of the patients?" question was answered with 'No' by 74.3% (150) of the nursing and midwifery students. The nursing and midwifery students included in the study were asked about the most common malpractices faced in their hospital of internship, and the most common medical errors were found to be hospital infections, postponed or unperformed treatment, post-operative complications, and needle/sharp object injuries. The first five causes of malpractice reported by the nursing and midwifery students were stress, excessive workload, inadequate professional knowledge, and inexperience. **Conclusion:**The mean Educational Malpractice Scale score was found to be 200.62±33.07 (in the range of 54-245 points), indicating a lower level of malpractice tendency.

Keywords: Intern student, malpractice, medical error, midwife, nurse.

Giriş

Tıbbi hatalı uygulama sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın yaralanması, zarar görmesi, ya da ölümüne neden olunması şeklinde tanımlanmaktadır.¹⁻³ Latince “mala-praxis” kelimesinden türemiş olup günümüzde malpraktis, olarak adlandırılmaktadır.⁴

Tıbbi hatalar aktif ve gizli hatalar olarak sınıflandırılmıştır. Etkileri anında hissedilen hatalar aktif hatalar olarak tanımlanmıştır. Gizli hatalar ise, yönetim yetersizliği, hatalı bakım, kötü idari kararlar ve zayıf yapılanmış kuruluşları içeren ve sağlık personeli kontrolü dışında gerçekleşen ve hatalar olarak belirlenmiştir.⁵ Tıbbi uygulama hataları temel olarak

Geliş Tarihi/Received: 12-12-2016 **Kabul Tarihi/Accepted:** 28-03-2017

^a Hemşire, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Doktora Öğrencisi, Malatya
talipmankan@hotmail.com

^b Arş. Gör. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Erzurum, glcnbah@hotmail.com.

^c Öğr. Gör. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Elazığ hilaltpolat@hotmail.com

Sorumlu yazar /Correspondence: Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Erzurum, glcnbah@hotmail.com.

tıbbi işleme, ihmale ve uygulamaya bağlı olarak tanı, tedavi, koruyucu tedavi ve diğer hatalar olmak üzere dört kısma ayrılır.⁶

En sık karşılaşılan tıbbi hatalar; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, bulguların atlanması, tetkiklerin eksik incelenmesi sonucu teşhiste oluşan hatalar; girişimsel, yanlış taraf cerrahisi, hastanın düşmesi, kazalar, hastanın yeterli beslenememesi, cihaz desteğinin hatalı kesilmesi ve hastanın taburcu olması sırasında yeterli bilgilendirilmemesi ve taburcu olduktan sonra bakımına destek olunmamasına bağlı oluşan hatalar şeklinde belirtilmiştir.⁷ Tıbbi hatalar tedavinin uzamasına, yeni sakatlıkların veya komplikasyonların tedavisi sonucunda ilave maliyetlere, manevi hasara, sağlık profesyonellerinin moral ve motivasyon kaybına, sağlık personeline güvensizliğine ve toplumda sağlık sisteminden memnuniyetsizliğine neden olmaktadır.^{8,9} Amerika’da yapılan bir çalışmada ilaç hatalarına bağlı ölümlerin yılda 98.000’e kadar ulaşabileceği ileri sürülmektedir. Ülkemizde ise tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemektedir.^{10,11} 2000-2007 yılları arasında basına yansıyan haberler ele alınarak yapılan retrospektif bir çalışmaya göre, tıbbi hataları yapan kişilerin %65.2’sinin hekimler, %12.2’sinin ise hemşireler oluşturduğu belirlenmiştir. En çok tıbbi hatanın ise %43.6’lık bir oranla ameliyathane bölümünde yapılmış olduğu saptanmıştır.¹²

Tıbbi hatalar tüm sağlık çalışanları için önemli bir konudur. Hemşireler ve ebeler tıbbi uygulamalarda doğrudan görev aldığı ve yaptıkları yanlış uygulamalar hastada yaşamsal tehlike oluşturabileceği için tıbbi hatalı uygulamalar hemşire ve ebeler açısından daha fazla önem taşımaktadır. Bu çalışmada amaç, hemşire ve ebelik öğrencilerinin tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin belirlenmesidir. Tıbbi hataların önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlerde, tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin bilinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü: Tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Kasım 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde yürütülmüştür.

Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde öğrenim gören 4.

sınıf hemşirelik ve ebelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler araştırma kapsamına alınmış ve araştırma 202 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Formları: Verilerin toplanmasında; anket formu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılmıştır.

Anket Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; öğrencilerin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, klinik eğitim düzeyi vb.) özellikleri, günlük bakım verilen hasta sayısı ve tıbbi hata yapma durumu ile ilgili 9 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde; kliniklerde yapılan tıbbi hatalara ilişkin 32 soru bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ise; tıbbi hataları nedenlerini belirlemeye ilişkin 23 soru bulunmaktadır.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği 2010 yılında Özata ve Altunkan tarafından hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.¹³ Ölçek 49 maddeden ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde), düşmeler (5 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), hasta izlemi/malzeme güvenliği (9 madde) ve iletişim (5 madde) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipi olup, ifadeler 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan ortalaması kullanılmaktadır. Ölçeğin ortalama puanı yükseldikçe hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu, ortalama puanı düştükçe hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 245, en düşük puan ise 49’dur. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.95 olduğu belirtilmiştir.¹³ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Ocak - Şubat 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra anket formu kendilerine dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Anket formunu cevaplama süresi yaklaşık 20-25 dakika kadardır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) 21 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin özetlenmesinde; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın planlanması aşamasında öncelikle Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya alınacak öğrencilerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları bildirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan intörn öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan intörn öğrencilerin %77.2’sinin kadın olduğu, %62.4’ünün hemşirelik bölümü öğrencisi olduğu, %31.8’inin özel birimlerde (ameliyathane, yoğun bakım, acil, poliklinik) uygulama yaptığı, %36.1’inin günde 1-5 hastaya bakım verdiği tespit edilmiştir. Öğrencilerin %89.6’sının eğitim süresince tıbbi hata yapmadığını, %25.7’sinin ise eğitim süresince arkadaşlarının tıbbi hata yaptıklarını gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 1). Öğrencilerin yaş ortalamasının 22.18±1.63 (Min:21-Mak:31) olduğu tespit edilmiştir

Araştırma katılan intörn öğrencilere uygulama yaptıkları hastanelerde en çok karşılaşılan tıbbi hataların hangileri olduğuna ilişkin sorular yöneltilmiş ve en sık karşılaşılan hataların; hastane enfeksiyonları (%87.6), tedavide gecikme veya yapmama (%78.2), ameliyat sonrası komplikasyonlar (%77.7), iğne/kesici alet yaralanmaları (%77.2), ve ameliyat komplikasyonları (%74.3) olduğu tespit edilmiştir. En az karşılaşılan hataların ise sıra beklemeye bağlı ölümler (%16.3), elektrik şokuna bağlı ölüm (%17.3) ve son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanımı (%22.8) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan intörn öğrencilere tıbbi hataların nedenlerine ilişkin sorular yöneltilmiş ve tıbbi hatalara yol açan nedenlerin; stres (%98.5), yorgunluk (%98.0), iş yükünün

fazla olması (%96.5) ve mesleki bilginin yetersiz olması (%96.0) olarak tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 1. İntörn Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri (N=202)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	46	22.8
Kadın	156	77.2
Bölüm		
Hemşirelik	126	62.4
Ebelik	76	37.6
Klinik		
Dâhili Klinik	25	12.4
Cerrahi Klinik	23	11.4
Kadın Doğum	64	31.7
Kliniği	27	13.4
ASM	49	24.3
Özel Birim	14	6.8
Psikiyatri Kliniği		
Günlük Bakım		
Verilen Hasta Sayısı		
1-5	73	36.1
6-10	37	18.3
11-15	22	10.9
16-20	25	12.4
21 hasta ve üstü	45	22.3
Kendinin Hata Yapma Durumu		
Evet	21	10.4
Hayır	181	89.6
Arkadaşının Hata Yapma Durumu		
Evet	52	25.7
Hayır	150	74.3

Toplam MEÖ puan ortalamasının 200.62 olduğu, alt ölçeklerin ise; “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” 78.36 puan, “düşmeler” 17.98 puan, “iletişim” 19.31 puan, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” 35.23 puan ve “hastane enfeksiyonları” alt ölçeğinin 49.72 puan olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tartışma

Bu çalışma, intörn öğrencilerinin staja çıktıkları hastanelerde malpraktis türlerini malpraktis yapılma nedenlerini ve malpraktis eğilim düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Tablo 2. Tıbbi Hata Türlerine İlişkin Bulgular (N=202)

Tıbbi Hata Türleri	n	%
1-Yanlış Taraf Cerrahisi	69	34.1
2- İntihar	68	33.7
3- Sıra Beklemeye Bağlı Ölümler	33	16.3
4- Transfüzyon Hataları	80	39.6
5- Ameliyat Komplikasyonları	150	74.3
6-Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar	157	77.7
7- Ölümcül veya zarar verici düşmeler	106	52.5
8- İnfüzyon Pompaları hataları	78	59.2
9- Hatalı Gaz/Gaz Karışımı Verilmesi	45	48.4
10- İğne/Kesici Alet Yaralanmaları	156	77.2
11- Tehlikeli Kısaltmalar	92	45.5
12- Vantilatörle İlişkili Problemler	78	38.6
13- Tedavide gecikme veya yapmama	158	78.2
14- Karyolaya Bağlı Yaralanma ve Ölümler	81	40.1
15- Hastane Enfeksiyonları	177	87.6
16- Cerrahi Yanıklar	76	37.6
17- Kemoterapi Hataları	58	28.7
18- Ameliyatlarda Yabancı Cisim Unutulması	83	41.1
19- Kontamine İlaç veya Kan Alınması	132	65.3
20- Araç gerecin bozulmasına bağlı hatalar	139	68.8
21- Hastanın Kaçması	124	61.4
22- Tanı Testlerinin Yetersizliği	116	57.2
23- Tanı Hataları	109	54.0
24- Son Kullanma Tarihi Geçmiş İlaç Kullanımı	46	22.8
25- Hipoglisemiye Bağlı Ölümler	51	25.2
26- Yatak Yaraları	117	57.9
27- Elektrik Şokuna Bağlı Ölüm	35	17.3
28- Yanlış doz ilaç uygulaması	121	59.9
29- Yanlış ilaç uygulama	106	52.5
30- Yanlış yerden ilaç uygulanması (IM veya IV yerin karıştırılması)	90	44.6
31- Yan etkisi olan ilacın kullanımına bağlı sorunlar	129	63.7
32- Araç gerecin bozulmasına bağlı hatalar	132	65.2

Çalışma kapsamında intörn öğrencilerinin staja çıktıkları hastanede en çok karşılaşılan tıbbi hatalar ve nedenleri incelendiğinde; hastane enfeksiyonları (%87.6) tedavide gecikme veya yapmama (%78.2), ameliyat sonrası komplikasyonlar (%77.7), İğne/Kesici Alet Yaralanmaları (%77.2) ve ameliyat komplikasyonları (%74.3) şeklinde hataların sıralandığı ve bu hataların nedenleri arasında stres (%98.5) yorgunluk (%98), iş yükünün fazla olması (%96.5), mesleki bilginin yetersiz olması (%96,

tecrübesizlik (94.6), tükenmişlik duygusu (94.1) ve çalışma süresinin uzun olması (%93.6) olarak belirtilmiştir (Tablo 2, Tablo 3). Sharek ve Classen (2006) ve Alemdar ve Aktaş (2013) yaptıkları çalışmada, hastane enfeksiyonlarının en çok görülen hata türlerinden biri olduğu belirtilmiştir^{14,15}

Tablo 3. Tıbbi Hata Nedenlerine İlişkin Bulgular (N=202)

Tıbbi Hata Nedenleri	n	%
1-Tecrübesizlik	191	94.6
2- Mesleki bilginin yetersiz olması	194	96.0
3- Çalışma sürelerinin uzun olması	189	93.6
4- Yorgunluk	198	98.0
5- Tükenmişlik duygusu	190	94.1
6- Stres	199	98.5
7-Olumsuz fiziksel (ısı, ışık, gürültü) ortam	180	89.1
8- Hataları önleyici sistem olmaması	174	86.1
9-Protokol ve prosedürlerin olmaması ya da anlaşılır olmaması	171	84.7
10- İletişim eksikliği	191	94.6
11-Doktor istemlerinin anlaşılma-ması (yazının veya dilin kötü olması)	179	88.6
12- İş yükünün fazla olması	195	96.5
13-Görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması	185	91.6
14-Ebelere görev dışı (sekreterlik) işlerin yüklenmesi	169	83.7
15- Aylık nöbet sayılarının fazla olması	178	88.1
16- Çalışan ebe sayısının az olması	167	82.7
17-Hemşirelerin/Ebelerin çalıştıkları birimin sabit olmaması	163	80.7
18-Nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi	155	76.7
19- Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması	168	83.2
20-Kayıtların düzenli tutulmaması	156	77.2
21-Yöneticilerden memnun olunmaması	184	91.1
22- Mesleğin sevilmemesi	188	93.1
23-Mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması	185	91.6

Özata ve Altuncan'ın (2010) çalışmasında da en çok görülen hata türünün hastane enfeksiyonları olduğu (2.26), ve sırasıyla yatak yaraları (1.83)

ameliyat sonrası komplikasyonlar (1.70) ameliyat komplikasyonları (1.67), iğne-kesici alet yaralanmaları (1.65) ve tedavide gecikme veya yapmama (1.42) belirtilmiştir.² Literatürde hemşirelerin yaptıkları malpraktis nedenlerine ilişkin bulgular incelendiğinde, Şahin ve

Tablo 4. MEÖ ve Alt Ölçeklerin Puan Ortalamaları

MEÖ ve Alt Ölçekler	Dağılım aralığı	X± SS
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18-90	78.36±12.42
Düşmeler	12-60	17.98±4.56
İletişim	5-25	19.31±5.44
Hasta izlemi/Malzeme Güvenliği	12-45	35.23±7.04
Hastane Enfeksiyonları	12-60	49.72±9.11
Toplam	54-245	200.62±33.07

Özdemir (2015), Alemdar ve Aktaş (2013) ve Kahriman ve Öztürk (2016) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hata yapma nedenlerini iş yükünün çok olması, yorgunluk, çalışan hemşire sayısının yetersiz olması ve çalışılan birimin sürekli değişmesi gibi faktörlerin neden olduğu belirtilmiştir.¹⁵⁻¹⁷ Aştı ve Kıvanç'ın (2003) çalışmasında, hemşirelerin %23.3'ü uzun çalışma saatlerinin olmasını, %17'si ise hemşire sayısının yetersizliğini ve yorgunluğu hata sebebi olarak gösterdikleri belirtilmiştir¹⁸ Gökteş'in (2007) çalışmasında günlük 12 saatten fazla çalışan hemşirelerin daha fazla olumsuz olaylar yaşadığı belirtilmiştir.¹⁹ Sezgin (2007) hemşirelerin ilaç uygulama hatalarının önemli nedenleri olarak ilk beş sırada; hemşire başına düşen hasta yoğunluğu, dikkat dağılması ve işe yoğunlaşamama, fazla mesai saatleri, uygulanan tedavi ve hastayla ilgili yeterli bilgi sahibi olunmamasını göstermiştir.²⁰ Özata ve Altuncan'ın (2010) yaptığı çalışmaya göre, tıbbi hata nedenlerinin başında ise; iş yükünün çok olması, çalışan hemşire sayısının yetersiz olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk gelmektedir.² Bu sonuçlar doğrultusunda çalışma sonuçlarımız, literatür ile büyük benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada, intörn öğrencilerin, ölçeğin tüm alt boyutlarına yüksek oranda olumlu puan verdikleri saptanmıştır. Ölçeğinin bu alt boyutları incelendiğinde, ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyut puan ortalamasının en yüksek olduğu, bu nedenle tıbbi hataya eğilimlerinin bu alt boyutta daha az

olduğu, düşmeler alt boyut puan ortalamasının ise en düşük olduğu ve bu nedenle tıbbi hata eğiliminin bu alt boyutta daha fazla olduğu saptanmıştır. Cebeci ve ark.'nın (2012) ve Avşar ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ölçeğin tüm alt boyutlarında yüksek puan aldığı, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyut puan ortalamasının en yüksek olduğu, düşmeler ve hasta izlemi/malzeme güvenliği alt boyut ortalamalarının ise en düşük puanı olduğu saptanmıştır.^{21,22} Ancak Şahin ve Özdemir'nin (2015), Özkan ve ark.'nın (2011) ve Ersun ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmalarda ise hemşirelerin ölçeğin tüm alt boyutlarında düşük puan aldığı, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyut puan ortalamasının en düşük olduğu bu nedenle tıbbi hataya eğilimlerinin bu alt boyutta daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{16,23,24} Çalışma sonuçlarımız literatür ile tam olarak paralellik göstermemektedir. Bu farklılıkların sebebi farklı kurumlarda ve gruplarda yapılmasından dolayı olabilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı hastanede kalite çalışmalarının devam etmesi, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimlerin yapılması bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir

Sonuç Öneriler

Malpraktis Eğilim Ölçeği'nin toplam puan ortalaması 200.62±33.07 (54-245 puan arası) olup intörn öğrencilerinin düşük düzeyde tıbbi hata eğilimi olduğu saptanmıştır. Ölçeğin "ilaç ve transfüzyon uygulamaları" alt boyut puan ortalaması 78.36±12.42, "hastane enfeksiyonları" alt boyut puan ortalaması 49.72±9.11, "hasta izlemi ve malzeme güvenliği" alt boyut puan ortalaması 35.23±7.04, "düşmeler" alt boyut puan ortalaması 17.98±4.56 "iletişim" alt boyut puan ortalaması 19.31±5.44 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçları olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmeye birlikte, intörn öğrencilerinin staj süresince hemşireler ve ebeler tarafından dışlanma veya okuldan ceza alma korkusu gibi nedenlerle ölçekte yer alan sorulara yüksek puanlar vermiş olmaları da imkân dâhilindedir.

Hemşirelik ve ebelik intörn öğrencilerine uygulama stajlarında yönetsel denetimlerin yanı sıra niteliksel ve niceliksel değerlendirmelerle malpraktisi önleme konusunda eğitim gereksinimleri belirlenmeli ve eğitimlerin sürekliliği ve güncelliği sağlanmalıdır. Hemşire ve ebelere mesleğe başlamadan önce, malpraktisi önleme konusunda bilgitutum-

davranış alanları belirgin olan ve spesifik hedeflere yönelik, hizmetiçi eğitim programları uygulanmalıdır. Malpraktisi önleme hemşirelik ve ebelik okullarında ayrı bir ders olarak müfredata konabilir

Kaynaklar

1. JCAHO. Sentinel Event Statistics, 2006 (Erişim tarihi:01.06.2016) Erişim adresi: www.jointcommission.org/Library/TM_hysicians/mp_11_06.htm,
2. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri Ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği [Frequency of medical errors in hospitals, determination of medical errors types and medical errors:Konya Sample].Tıp Araştırmaları Dergisi [Journal of Medical Research] 2010;8(2):100-11.
3. Aygün D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu [Drug administration errors and the responsibility of a nurse].Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni [The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital] 2011; 45(3):110-114.
4. Güngör P, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabay M, “Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası”[Legal arrangement attempts of different countries about malpractice: compulsory financial liability insurance approaches] Zeynep Kamil Tıp Bülteni [Medical Bulletin of Zeynep Kamil] 2012;43(4):128-138
5. Saygın T, Keklik B. “Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta İli Örneği”[A study about causes of medical errors: ısparta province sample].Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi [Hacettepe Journal of Health Administration] 2014;17(2):100-117
6. Bilge Y, Geçim E. Medikolegal düzlem tıpta uygulama hataları [Medicolegal platform for malpractice] 1. Baskı, Ankara, Matbaa Promosyon ve Reklam hizmetleri, 2013. p 7-13.
7. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği [Patient safety in intensive care units].Yoğun Bakım Dergisi [Turkish Journal Of Intensive Care Medicine] 2005; 5 (3):141-146.
8. Menachemi N, Shewchuk RM, O'Connor SJ, Berner ES, Allison JJ. Perceptions of Medical Errors by Internal Medicine Residents: Development and Validation of a New Scale. Quality Management in Health Care, 2005; 14 (3):144-154.
9. Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin bakışıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi [The causes of medical error from the perspective of nurses], TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012;11(4):421-430.
10. Kohn, Linda T, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, eds. To err is human: building a Safer Health System. Vol. 6. National Academies Press, 2000.
11. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama [An application on patient safety culture and nurse]. Hastane Yönetimi Dergisi [Journal of Hospital Management] 2006;10(2):61-68.
12. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme [A retrospective review about the malpractice applications in medicine], Dirim Tıp Gazetesi [Dirim Medical Newspaper] 2009; 84(1): 1-10.
13. Özata M, Altuncan H. Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik analizinin yapılması [Development of malpractice trend scale in nursing and validity and reliability analysis], II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: 2010b.
14. Sharek PJ, Classen D. The İncidence of adverse events and medical error in pediatrics,Pediatric Clinics Of North America, 2006;53:1067-1077.
15. Alemdar DK, Aktaş YY. Türkiye'de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türleri ve nedenleri [Medical error types and causes made by nurses in Turkey] TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12(3) :307-314.
16. Şahin Akgün Z., Özdemir Karadağ F. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi [Examination of the tendency for nursing malpractice and affecting Factors]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi [Journal of Nursing Education and Research] 2015;12 (3): 210-214.
17. Kahrıman, İ, Öztürk H. "Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. Journal of Clinical Nursing, 2016; 25(19-20) : 2884-2894.
18. Aştı T, Kıvanç M. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları [Nurses information and

- application related to the administration of oral medication], Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi [Ataturk University School of Nursing Journal] 2003;6(3):1-7
19. Göktaş S. Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi [Impact on employment of nurses for patient safety in a public hospital] [Yüksek Lisans Tezi].Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Haliç University] , İstanbul, Turkey, 2007
 20. Sezgin B. Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi [Evaluation of work environment and patient and nurse safety of nursing practices in hospitals which have received quality certificate] [Doktora Tezi], İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Haliç University] , İstanbul, Turkey,2007.
 21. Cebeci F. Gürsoy E. Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi [Determining the level of tendency in malpractice among nurses], Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences] 2012; 15(3):188-196
 22. Avşar G, Atabek Armutçu A, Karaman Özlü Z. Determining the level of tendency in malpractice of nurses: A hospital sample. HSP 2016 3(2):115-122.
 23. Özkan S, Kocaman G, Öztürk C, Seren S. Frequency of pediatric medication administration errors and contributing factors. Journal of Nursing Care Quality, 2011; 26(2):136-143.
 24. Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi [A study of the malpractice trends in pediatric nurses] Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Journal of Ege University Nursing Faculty] 2013; 29(2):33-45.

Ebelerde Örgütlenme ve İş Doyumunun Belirlenmesi The Organization in Midwives and Determination of Job Satisfaction

Zümrüt BİLGİN^a, Meryem Yaşar KOCABEY^b, Gülsüm YEŞİLYURT^c, Derya ÖZTÜRK

ÖZET Amaç: Araştırma, iki doğum hastanesinde görev yapan ebelerin örgütlenme ve iş doyumlarını belirlemektir. Gereç ve Yöntem: Araştırma İstanbul'da devlete bağlı iki kadın doğum hastanesinde 25 Ocak-25 Mart 2014 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini iki kadın doğum hastanesinde çalışan tüm ebeler, örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 82 ebe oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında iki bölümden oluşan "Bilgi Formu" kullanıldı. Formun ilk bölümü ebelerin demografik ve bireysel özellikleri; ikinci bölümünde ise, mesleki bilinç ve örgütlenme konusundaki görüşlerini içeren sorulardan oluştu. Ayrıca ebelerin iş doyumlarını belirlemek için "Minnesota İş doyum Ölçeği" kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmamıza katılan ebelerin %56,1'i lisans mezunu, %54,9'unun mesleği isteyerek seçtiği ve %70,7'sinin becerisine uygun klinikte çalıştığı belirlendi. Ebelerin %61'inin ulusal-uluslararası düzeydeki sağlık örgütlerini bildiği, %30,5'inin meslekle ilgili derneklere üye, %26,8'inin Türk Ebeler Derneğine üye olduğu saptandı. Araştırmaya katılan ebelerin iş doyumunu ölçek puanı ile meslekten ayrılmayı düşünme ve yöneticilerin tutumunun iş doyumunu etkilediğini düşünme durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Eğitim düzeyinin, mesleği isteyerek seçme, hizmet süresi ve çalıştığı kliniğin iş doyumunu etkilemediği saptandı ($p>0,05$). **Sonuç:** Araştırmaya katılan ebelerin %61'inin ulusal ve uluslararası düzeydeki sağlık örgütlerini bildiği, %30,5'inin meslekle ilgili derneklere üye, %26,8'inin Türk Ebeler Derneği'ne üye olduğu saptanmıştır. Türk Ebeler Derneği'ne Bireysel özelliklerin, performans değerlendirilmesi ve yönetici tutumunun ebelerin iş doyumunu etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Ebelerde örgütlenme; iş doyumunu.

ABSTRACT Objective: The purpose of the study is to determine the union and the job satisfaction of midwives working in two maternity hospitals. **Materials and Methods:** The research was conducted the dates between 25/1/2014 and 25/3/2014 in two maternity hospitals in Istanbul. All midwives working in two of the hospitals in Istanbul formed the population for the research and the total of 82 midwives participated in the study for sampling. The collection of data is derived from the information form which consisting two parts. The first part of the form including demographic and personal characteristics of the midwives, and the second part is including questions regarding their views on the professional awareness and the organization. Also to determine the job satisfaction of midwives, "Minnesota Satisfaction Questionnaire" was used. **Results:** 56.1% of bachelor's degree graduates of the midwives who participated in our research, 54.9% of them have chosen the profession willingly and 70.7% of them working in clinics that are matched with their skill set. 61% of midwives know the health organizations on the national and the international stage, 30.5% of them are the members of various professional associations and 26.8% of them are found to be members of the Turkish Midwives Association. The midwives participated in the study shows that there is a significant meaning between the job satisfaction scores and the scores of the consideration of leaving the job due to effect on job satisfaction caused by managers' attitude ($p<0,05$). It is found that, the level of education, the consciousness on job selection, the period of service, and the work place do not have an impact on job satisfaction. ($p> 0.05$). **Conclusion:** It was determined that 61% of the midwives participating in the survey were known of national and international health organizations, 30.5% were members of associations related to the profession and 26.8% were members of the Turkish Midwives Association. The individual properties are determined by performance evaluation and manager's attitude affect the job satisfaction of midwives.

Keywords: Midwives in the organization; job satisfaction.

Giriş

Ebeler sağlık bakım hizmeti ekibinin en önemli üyelerinden biridir. Meslek ekibinin bir üyesi olarak ebelerde bakım ve uygulamaların niteliğinin artırılması, bakım verme süreçlerinde yaşanan güçlüklerle başetmede mesleki örgütlenme ve iş doyumunu önemlidir. Ebelerin mesleki rolleri tanımlanmış olmasına karşın büyük çoğunluğunun görev tanımları dışındaki alanlarda çalışıyor olması mesleki doyumlarını etkilemekte bu durum ise mesleki örgütlenmenin önemini ve farkındalığını artırmaktadır.^{1,2} Mesleki örgütlenme; mesleki otonomi kazanmak, mesleki gelişimleri izlemek, sorunlara çözüm bulmak, meslekle ilgili sosyal-politik güç ve mesleki vizyon oluşturma açısından gereklidir. Ebelerde mesleki örgütlenme yoluyla mesleki topluluk oluşturulması, mesleki saygınlık,

iş doyumunu, memnuniyet düzeylerinin artırılması ve mesleki sorunlara çözümü hedeflenmektedir. Ayrıca ebelerde örgütlü olma veya mesleki örgütlere kayıtlı olma "profesyonel statü" kazanımı açısından da önemlidir. Ebeler mesleğine ilişkin konularda çalışmalar ve meslekle ilgili sosyal politikalar üreten, katkı sağlayan uluslararası ve ulusal düzeyde örgütler bulunmaktadır. Bu örgütler sırası ile Kuzey Amerika Ebeler Birliği (The Midwives Alliance of North America=MANA), Amerikan Ebe-Hemşire Koleji (American College of Nurse-Midwives=ACNM), Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives=ICM) Ulusal Sertifikalı Profesyonel Ebeler Derneği (National Association of Certified Professional Midwives=NACPM) dir. Ülkemizde

Geliş Tarihi/Received: 31-03-2016, Kabul Tarihi/Accepted: 11-12-2016

^a Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebeler Bölümü, zumrutbilgin45@gmail.com

^b Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, meryemkocabay@gmail.com

^c gulsum.yesilyurt@gmail.com

ebelik alanındaki ilk örgütlü yapı Türk Ebeler Derneği (1954)'dir. Daha sonra ebelerin de üyesi olduğu aile sağlığı merkezi çalışanları (Aile Sağlığı Mensupları Derneği-ASMED) derneği kurulmuş (2012)'tur.¹⁻⁵

Ebelerin sağlık bakım hizmeti alanında nitelikli hizmet vermesi mesleki bilimsel bilginin yanında, yaptığı işten aldığı doyuma bağlıdır. İş doyumunu ise bireysel, örgütsel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Kurumun çalışanlarına sunduğu olanaklar çalışanların iş doyum düzeyi konusunda belirleyicidir. Bu olanaklar genellikle işin özelliği ve iş ortamı ile ilişkilidir. Sağlık bakım hizmeti veren ebelerin çoğunluğunun uzmanlık dışı alanlarda çalışması iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Ebelerin çalışma alanlarından sürekli yakınmaları ve işten ayrılmayı düşünmeleri ise iş performansını ve iş doyumunu etkileyecek örgütsel sonuçlara neden olmaktadır.⁵⁻⁹

Ebelerin nitelikli hizmet verebilmesi için mesleki ilginin yanı sıra işe motive olması ve yaptığı işten doyum alması gerekmektedir. Uzmanlaşmanın ileri düzeyde olduğu, hizmetlerin yoğun çabayı gerektirdiği emek yoğun örgütler olan hastanelerde çalışan ebelerin iş doyumlarının belirlenmesi bu açıdan önemlidir. Literatüre bakıldığında işe doyumunu ve iş tatmini yönelik çalışmaların çoğunlukla hekim ve hemşireler üzerinde yapılmış olması, sağlık bakım hizmeti ekibi içinde önemli bir yeri olan ebeler ile ilgili yapılmış çalışmaların sınırlı olması çalışmanın yapılma amaçlarından birisini oluşturmaktadır. Bu çalışma ile, devlete bağlı iki doğum hastanesinde görev yapan ebelerin örgütlenme ve iş doyumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı çalışma, 25 Ocak-25 Mart 2014 tarihleri arasında, İstanbul Anadolu Yakası'ndaki devlete bağlı iki kadın doğum hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini yukarıda belirtilen tarihler arasında iki kadın doğum hastanesinde çalışan tüm ebeler, örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 82 ebe oluşturmuştur.

Araştırma verilerinin toplanması için literatürden yararlanarak geliştirilen ve iki bölümden oluşan bir bilgi formu kullanılmıştır. Formun ilk bölümü; katılımcıların demografik ve bireysel özelliklerini, ikinci bölümde ise; mesleki bilinç ve örgütlenme konusundaki görüşlerini içeren sorulardan oluşmuştur. Ayrıca katılımcıların iş doyumlarını belirlemek için "Minnesota İş doyum Ölçeği" kullanılmıştır.

Bilgi Formu: Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup katılımcıların; yaş, medeni durum, mezun oldukları okul, meslekte çalışma yılı, mesleği isteyerek seçme, meslek tanımı, mesleki bilinç ve mesleki örgütlenme

hakkındaki görüşlerini ifade eden toplam 28 (kapalı ve açık uçlu) sorudan oluşmaktadır.

Minnesota İş Doyum Ölçeği: Weiss ve arkadaşları tarafından 1967 yılında geliştirilmiş olan ve Baycan tarafından 1985 yılında Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek 20 sorudan oluşmakta ve beşli likert tipindedir. Bu seçenekler; 'hiç hoşnut değilim', 'hoşnut değilim', 'kararsızım', 'hoşnudum' ve 'çok hoşnudum' şeklindedir. Bu seçeneklerin değerlendirilmesinde, sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 puanları verilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan 20 olup, orta noktaya düşen 60 ise orta derecede doyumunu ifade etmektedir. Puanların 20'ye yaklaşması doyum düzeyinin düştüğünü, 100'e yaklaşması ise doyum düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.¹⁰ Minnesota İş Doyum Ölçeğini yorumlamak için persantil puanlar kullanılmaktadır. Bireyin yanıtlarına göre her bir soru için verilmiş olan ağırlıklı puan toplanarak ham puan elde edilir. Persantil değerinin 75'in üzerinde olması yüksek iş doyumunu, 25'in altında olması düşük iş doyumunu göstermektedir. 26-74 arasındaki persantil puanları ise normal iş doyumunu ifade etmektedir.¹¹⁻¹³

Araştırmanın Etik Yönü ve Uygulanması: Araştırma yapılabilmesi için hastanenin etik kurulundan izin, ilgili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden kurum onayı ve her iki hastanenin idaresinden gerekli izinler alındı. Katılımcıların kimliklerinin gizli tutulacağı ve bilgilerin yalnızca bu araştırma için kullanılacağı açıklandı. Katılımcıların onamları alındı ve çalışmaya katılmayı kabul eden 82 ebe örnekleme oluşturdu. Araştırmanın verilerinin elde edilmesi için hazırlanan bilgi formu, araştırmaya katılanların kendilerinin doldurulması ile elde edildi. Katılımcılara bilgi formu ve Minnesota İş doyum Ölçeği ortalama 15-20 dakika içinde katılımcılar tarafından dolduruldu.

Verilerin bilgisayar ortamında değerlendirilmiş; kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı, sürekli verilerde ortalama-standart sapma, bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalaması 33,32±7.01 (%40,2'sinin otuz beş yaş ve üzerinde), çalışma yıl ortalaması 12,37±7,13, % 67,1'inin evli, %36,6'sının 6-10 yıllık hizmeti olduğu ve 56,1'i ise lisans mezunudur. %54,9'unun mesleği isteyerek seçtiği, %40,2'sinin meslek ayrılmayı düşündüğü, %42,7'nin doğum salonu/doğum kliniklerinde ve %70,7'sinin becerisine uygun klinikte çalıştığını belirtmiştir.

Tablo 2'de ebelerin %61'inin ulusal ve uluslararası düzeydeki sağlık örgütlerini bildiği, % 91,5'inin mesleki örgütlenmenin gereğine inandığı,

Tablo 1. Ebelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=82)

Bireysel ve Mesleki Özellikleri	Sayı	%
Yaş		
≤ 29 yaş	29	35,4
30–34 yaş	20	24,4
≥ 35 yaş	33	40,2
Medeni Durum		
Evli	55	67,1
Bekar	27	32,9
Hizmet Süresi		
≤ 5 yıl	14	17,1
6– 10 yıl	30	36,6
11 – 15 yıl	11	13,4
≥ 16 yıl	27	32,9
Eğitim Düzeyi		
Lise	15	18,3
Ön lisans	18	22,0
Lisans	46	56,1
Lisans üstü	3	3,6
Mesleği İsteyerek Seçme		
İsteyerek	45	54,9
İstemeyerek	37	45,1
Meslekten Ayrılmayı Düşünme		
Evet	33	40,2
Hayır	49	59,8
Çalıştığı Klinik		
Doğum salonu /servisi	35	42,7
Diğer (çocuk, jinekoloji vd)	47	57,3
Mesleki Becerisine Uygun Klinik Alanda Çalıştığını Düşünme		
Evet	58	70,7
Hayır	24	29,3

Veriler sayı (s), yüzdelik (%) olarak verildi.

%87,8'nin profesyonelleşmenin mesleki örgütlenmeyi artırdığını düşündüğü, %62,2'sinin mesleki sertifika programına katıldığı, %11'inin mesleki yayınları her zaman takip ettiği, %53,7'sinin mesleği ile ilgili kongrelere katıldığı, %30,5'inin meslekle ilgili derneklere üyeliği ve %26,8'inin Türk Ebeler Derneğine üye olduğu saptanmıştır.

Tablo 3'de araştırmaya katılan ebelerin %53,7'sinin kurumda ekip ruhunun teşvik edildiğini, % 36,6'sının mesleki mevzuatın kurumdaki rolünü belirlediğini, %81,7'sinin yöneticilerin tutumunun motivasyonunu, tamamına yakınının (%98,8) mesleki becerisine uygun klinikte çalışmasını, %69,5'inin yöneticilerinin tutumunun, %51,2'inin performans değerlendirmesinin iş doyumunu etkilediğini düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4'de araştırmaya katılan ebelerin iş do-

Tablo 2. Ebelerin Mesleki Örgütleri Bilme ve Katılma Düzeylerinin Dağılımı (n=82)

Mesleki Örgütleri Bilme ve Katılma Düzeyleri	Sayı	%
Ulusal ve Uluslararası Düzeydeki Sağlık Örgütlerini Bilme		
Biliyor	50	61,0
Bilmiyor	32	39,0
Mesleki Örgütlenmenin Gereğine İnanma		
İnanıyor	75	91,5
İnanmıyor	7	8,5
Profesyonelleşmenin Mesleki Örgütlenmeyi Artırdığını Düşünme		
Düşünüyor	72	87,8
Düşünmüyor	10	12,2
Mesleki Sertifika Programına Katılma		
Evet	51	62,2
Hayır	31	37,8
Mesleki Yayınları Takip Etme		
Her zaman	9	11,0
Ara sıra	68	82,9
Hiçbir zaman	5	6,1
Mesleği ile İlgili Kongrelere Katılım		
Evet	44	53,7
Hayır	38	46,3
Meslekle İlgili Derneklere Üyeliği		
Yok	57	69,5
Var	25	30,5
Türk Ebeler Derneğine Üyeliği		
Yok	60	73,2
Var	22	26,8

Veriler sayı (s), yüzdelik (%) olarak verildi

yumu ölçek puanı ile bireysel ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılması incelendiğinde; meslekten ayrılmayı düşünme, performans değerlendirmesinin iş doyumunu etkilediğini düşünme ile yöneticilerin tutumunun iş doyumunu etkilediğini düşünme durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Eğitim düzeyinin, mesleği isteyerek seçme, hizmet süresi ve çalıştığı kliniğin iş doyumunu etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Ölçekten alınan en düşük puan 26, en yüksek puan 93,00 ve ölçek puan ortalaması ise $64,73\pm 15,39$ 'dir.

Tartışma

Ebeler sağlık bakım hizmetlerinin pek çok kurumu ve alanında hizmet veren sağlık bakım ekibinin önemli bir üyesidir. Ebelik, bilim ve sanattan oluşmuş profesyonel ve örgütlü bir meslektir.^{2,14,15} Her meslekte olduğu gibi ebelik mesleğinin de bazı güçlükleri vardır. Çalışma alımındaki güçlüklerle başa çıkmada, mesleki örgütlenme ve iş doyumunu önemlidir. Genel tanımıyla iş doyumunu; çalışanın işini, iş çevresini ve işyerindeki çalışma yaşamını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepki-

Tablo 3. Ebelerin Mesleki Doyuma İlişkin Görüşleri (n=82)

Mesleki İlişkin Görüşler	Doyuma	Sayı	%
Kurumda ekip ruhunun teşvik edildiğini düşünme			
Evet		44	53,7
Hayır		38	46,3
Mesleki mevzuatın kurumdaki rolünü belirlediğini düşünme			
Evet		30	36,6
Hayır		52	63,4
Yöneticilerin tutumunun motivasyonunu etkilediğini düşünme			
Evet		67	81,7
Hayır		15	18,3
Mesleki becerisine uygun klinikte çalışmanın iş doyumunu etkilediğini düşünme			
Evet		81	98,8
Hayır		1	1,2
Yöneticilerin tutumunun iş doyumunu etkilediğini düşünme			
Evet		57	69,5
Hayır		25	30,5
İş performansı değerlendirmesinin iş doyumunu etkilediğini düşünme			
Düşünüyor		42	51,2
Düşünmüyor		40	48,8

Veriler sayı (s), yüzdeler (%) olarak verildi.

dir. İş doyumunu belirleyen unsurlar ise bireysel ve kurumsaldır. Araştırmanın amacı; ebelerde örgütlenme ve iş doyumunu belirlemektir.^{1,16,17}

Araştırmamıza katılan ebelerin %40,2'sinin otuz beş yaş ve üzeri, % 67,1'inin evli, %36,6'sının 6-10 yıllık hizmeti olduğu ve 56,1'i ise lisans mezunudur. %54,9'unun mesleği isteyerek seçtiği, %40,2'sinin meslek ayrılmayı düşündüğü ve %70,7'sinin becerisine uygun klinikte çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). Ağapınar ve Handan Güler (2014) çalışmalarında ebelerin çoğunluğunu 30 yaşın altında, %62,1'inin sağlık meslek lisesi mezunu, yarısına yakının evli, çoğunluğunun 1-5 yıldır çalışmakta ve yarısından fazlasının mesleği isteyerek tercih ettiğini belirtmişlerdir.¹⁶ Derin (2007) "devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler" konulu çalışmasında, %51,1'inin mesleği kendi isteğiyle seçtiğini ve çoğunluğunun mesleğinde 5-15 yıl çalıştığını, %28,4'ünün kendi tercihi dışındaki bir bölümde çalıştığını saptamıştır.⁸ Araştırma sonuçlarımız eğitim düzeyi açısından Ağapınar ve Handan Güler çalışmasından daha yüksek bulunmuş, diğer özellikler açısından Ağapınar ve Handan Güler'in sonuçlarına yakın bulunmuştur. Araştırmanın Türkiye'nin batısında yapılması ve personel hareketliliğinin en fazla yaşandığı il olması ve boşalan kadrolara yeni mezunların daha fazla

istidamını gerektirdiğinden ebelerin eğitim düzeyini etkilediği düşünülmüştür.

Ebelerin %61'inin ulusal-uluslararası düzeydeki sağlık örgütlerini bildiği, % 91,5'inin mesleki örgütlenmenin gereğine, %87,8'nin profesyonelleşmenin mesleki örgütlenmeyi artırdığına inandığı, %62,2'sinin mesleki sertifika programlarına ve %53,7'sinin mesleği ile ilgili kongrelere katıldığını, %30,5'inin meslekle ilgili derneklere üye ve %26,8'inin Türk Ebeler Derneğine üye olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Derin (2007) çalışmasında hemşire-ebe-sağlık memuru grubunun %50,4'ünün kendini geliştirmek için hizmet içi eğitimlere katıldığını belirtirken, %24,2'si ise kurs ve seminerlere katıldığını belirtmiştir.⁸ Doğan Merih ve Arslan (2012) çalışmalarında hemşire ve ebelerin %92,1'inin mesleki örgütlenmeyi gerekli gördüğünü, ancak %37,3'ünün herhangi bir mesleki örgüte üye olduğunu belirlemişlerdir.³ Çalışma sonuçlarımız mesleki örgütlenmenin gereğine inanma ve mesleki örgütlere üye olma açısından Derin ve Doğan Merih ve arkadaşının çalışma sonucu ile paralellik gösterirken, ebelerin Türk Ebeler derneğine üye olma oranının hala istenen düzeyde olmadığı, üyelik durumunu engelleyen durumların saptanması, çözüm üretilmesi mesleki gelişim açısından önemlidir.

İş doyumunu genel tanımıyla, bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve çalışma yaşamını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepkidir. İş doyumunu bireysel, örgütsel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Çalışanlar gereksinimleri ve istekleri örgütlerince karşılandığı sürece doyumlu olmaktadır.^{8,18,19} Araştırmaya katılan ebelerin %81,7'sinin yöneticilerin tutumunun motivasyonunu, tamamına yakınının (%98,8) mesleki becerisine uygun klinikte çalışmasının, %69,5'inin yöneticilerinin tutumunun ve %51,2'sinin iş performans değerlendirmesinin iş doyumunu etkilediğini düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 3). Mesleğin saygınlığı arttıkça iş doyumunu da artmaktadır. Ayrıca çalışanın örgüt içindeki konumunun güçlenmesi de iş doyumunu artırmaktadır. Ağapınar ve Handan Güler (2014) çalışmalarında ebelerin tükenmişliği arttıkça iş doyumlarının azaldığını belirtmişlerdir.¹⁶

Araştırmaya katılan ebelerin iş doyumunu ölçek puanı ile bireysel ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılması incelendiğinde; meslekten ayrılmayı düşünme, performans değerlendirmesinin iş doyumunu etkilediğini ve yöneticilerin tutumunun iş doyumunu etkilediğini düşünme durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Eğitim düzeyinin, mesleği isteyerek seçme, hizmet süresi ve çalıştığı kliniğin iş doyumunu etkilemediği saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 4). Ebelerin ölçekten aldıkları en düşük puan 26 en yüksek puan 93 ve ortalaması ise 64,73±15,39'dir. Erbil ve Bostan (2004) ebe ve hemşirelerde iş doyumunu, benlik saygısı ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında; iş doyumunu ile mezun olunan okul, arkadaşlar arasındaki ilişkilerden memnun olma ve medeni durum; benlik saygısı ile yaş,

arkadaşlar arasındaki ilişkilerden memnun olma, medeni durum ve sahip olunan çocuk sayısı arasında

ebelerin bireysel özelliklerinden daha çok iş doyumunu etkilediği saptanmıştır. Ayrıca ebelerin meslekten

Tablo 4. Ebelerin İş Doyumu Ölçek Puanı İle Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=82)

Ölçek	Bireysel Mesleki Özellikler	Sayı	X±SS	Test İstatistiği	p*
Eğitim Düzeyi	Lise	15	57,00±19,88	F=1,608	0,194
	Ön lisans	18	65,55±9,66		
	Lisans	46	66,80±14,74		
	Lisans üstü	3	66,66±24,17		
Mesleği İsteyerek Seçme	İsteyerek	45	66,86±15,83	t=1,393	0,167
	İstemeyerek	37	62,13±14,63		
Meslekten Ayrılmayı Düşünme	Evet	49	69,24±14,64	t=3,468	0,001*
	Hayır	33	58,03±14,16		
Hizmet Süresi	≤ 5 yıl	14	59,35±15,19	F=1,969	0,125
	6– 10 yıl	30	63,63±16,07		
	11 – 15 yıl	11	73,81±17,83		
	≥ 16 yıl	27	65,03±12,65		
Çalıştığı Klinik	Doğum salonu/ kliniği	35	64,48±16,43	t=0,124	0,902
	Diğer klinikler (jinekoloji vd)	47	64,91±14,74		
Performans değerlendirmesinin iş doyumunu etkilediğini düşünme	Düşünüyor	42	68,42±15,61	t=2,291	0,025*
	Düşünmüyor	40	60,85±14,33		
Yöneticilerin Tutumunun İş Doyumunu Etkilediğini Düşünme	Düşünüyor	57	66,56±15,99	t=1,642	0,104
	Düşünmüyor	25	60,56±13,29		

F=One-Way ANOVA ve t= testi ile analiz edildi, X±SS, F ve t değeri olarak verildi. * p<0,05 anlamlı

anlamlı ilişki belirlemiştir.⁹ Derin (2007) çalışmasında sağlık personelinin iş doyum ölçeğinin puan dağılımları ile bazı değişkenleri karşılaştırdığında; en düşük iş doyumunun 21-30 yaş grubunda, lisans mezunu olanların iş doyumunu puan ortalamasının lise mezununa göre daha yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğunu bulmuştur (p<0,05).⁸ Sonuçlarımız hizmet süresi açısından Derin'in çalışma sonuçları ile paralellik gösterirken, eğitim düzeyi açısından benzer değildir. Eğitim düzeyi düşük bireylerin beklentilerinin sınırlı olması, doyumsuzluk yaratan etmenlerden çok fazla etkilenmemelerine neden olduğu düşünülmüştür. Eğitim ile iş doyum arasındaki ilişkinin tutarlılık göstermediği görülmüştür. Bireyin iş yaşamı ile ilgili beklentilerinin karşılanması ve mesleki memnuniyeti iş yaşamındaki doyum ve sağlık bakım hizmetlerindeki verimliliğini artırır. Bireysel, kurumsal ve diğer faktörlerin neden olduğu doyumsuzluk duygusu ise bireyin kurumla olan bağının zayıflamasına ve sağlık hizmet kalitesini düşüren sonuçlara neden olabilir.

Sonuçlar

Ebelerde örgütlenme ve iş doyumunun belirlenmesi amaçlanan bu çalışmada; araştırmaya katılan ebelerin yarısından fazlasının ulusal-uluslararası düzeydeki sağlık örgütlerini bildiği, büyük çoğunun mesleki örgütlenmenin gereğine inanmasına rağmen çok azının Türk Ebeler Derneği'ne üye olduğu saptanmıştır. Ebelerin meslekten ayrılmayı düşünme durumunun ve performans değerlendirmesinin iş doyumunu etkilediği belirlenmiştir. Ancak performans değerlendirilmesinin

ayrılmayı düşünme oranının yüksek olmasını etkileyen faktörlerden birinin mesleki iş doyumunu yetersizliği nedeniyle olabileceğidir. Ebelerin iş doyumunun sağlık bakım hizmeti kalitesi ve niteliğini doğrudan etkilediği düşünüldüğünde ebelerin; görev, yetki ve sorumluluklarının net olarak belirlenmesi, bireysel performans değerlendirme kriterlerinin yeniden tanımlanması; bireylerin mesleki beklenti, gereksinim ve sorunlarının saptanması ve çözüm üretilmesi için mesleki örgütlenme ve iş doyumunun artırılmasına yönelik çabaların desteklenmesi ve çalışma yaşamına geçirilmesini önermekteyiz.

Kaynaklar

1. Yıldırım G, Koçkanat P, Duran Ö. Ulusal ebelik kodları ve meslek değerleri [National codes of midwifery and professional values]. STED 2014; 23 (4):148-154.
2. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi [Nature of midwifery and effects of delivery mode]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1(2):54-59.
3. Doğan Merih Y, Arslan H. Hemşire ve ebelerin mesleki bilinç-örgütlenmeye yönelik görüşlerinin ve iş doyumlarının belirlenmesi [Job satisfaction levels of nurses and midwives and their ideas about professional awareness and professional organizations]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9 (3):40-46
4. Wynd, CA. Current factors contributing to professionalism in nursing. Journal of Professional Nursing 2003 19 (5):251-261.
5. Çakmur H. İş doyum kavramı ve değerlendirilmesi geliştirilmiş iş betimlemesi ölçeği. [Concept and evaluation of job satisfaction:developed job satisfaction

- index]. TAF Preventive Medicine Bulletin [TAF Prev Med Bull] 2011;10(6): 759 -764.
6. Kurçer MA. Harran üniversitesi tıp fakültesi hekimlerinin iş doyum ve tükenmişlik düzeyleri [Job satisfaction and burnout levels of physicians working Harran university faculty of medical]. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 2(3):10-15.
 7. Çetin H, Aygen Zetter S, Taş S, Çaylak M. İş doyum ve çalışanların demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi:Antalya Atatürk devlet hastanesi örneği [Determining the relationships between job satisfaction and the demographic characteristics of the employees:the case of antalya state hospital]. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi 2013 (26):145-163.
 8. Derin N. Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Türkiye, Eskişehir, 2007.
 9. Erbil N, Bostan Ö. Ebe ve hemşirelerde iş doyum, benlik saygısı ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004 7 (3):56-66.
 10. Baycan FA. Farklı gruplarda iş doyumunun bazı yönlerinin analizi. [Bilim Uzmanlığı Tezi]. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türkiye, İstanbul, 1985
 11. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ilişkin faktörler açısından iş doyum. Ege Akademik Bakış Dergisi 2005 5(1-2):55-64.
 12. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyum [The job satisfaction of physicians that working in primary health care institutions in family medicine system (Eskişehir)]. TAF Preventive Medicine Bulletin [TAF Prev Med Bull] 2008; 7(5):377-384.
 13. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 11. Baskı. Pegem Akademi Ankara:2010. p.1-196.
 14. International Confederation of Midwives (ICM) Essential Competences for Basic Midwifery Practices 2010;http://www.international midwives.org (Erişim tarihi: 20.01.2016).
 15. Ejder Apay S. Geçmişten günümüze ebelik: tarihi bir inceleme [Midwifery from past to present: a historical review]. Lokman Hekim Journal 2014;4 (2):13-20.
 16. Ağapınar S, Handan Güler Ş. Ağrı ilinde çalışan ebelerin tükenmişlik düzeylerinin iş doyumları ve empatik eğilimleri üzerine etkisi [The effects of the levels of burnout midwives working in ağrı on the job satisfaction and empathic tendencies of them]. TAF Preventive Medicine Bulletin [TAF Prev Med Bull] 2014;13(2):141-150.
 17. Ünsal P, Türetgen İ. Bir iş doyum ölçeği geliştirme çalışması. Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi 2005 16(51):43-55.
 18. Çelen Ü, Piyal B, Karaodul G. [Job satisfaction of health care workers of Ankara oncology training hospital]. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2004;7(3):295-318.
 19. Çakmur H. İş doyum kavramı ve değerlendirilmesi geliştirilmiş iş betimlemesi ölçeği [Concept and evaluation of job satisfaction: developed job satisfaction index]. TAF Preventive Medicine Bulletin [TAF Prev Med Bull] 2011; 10(6):759 -764.

Sağlık Yönetimi Stajyer Öğrencilerinin Yeterliliklerinin Değerlendirilmesi: Bir Alan Araştırması

Determining the Level of Proficiency of Healthcare Management Students: A Field Study

Selma SÖYÜK^a İbrahim GÜN^b

ÖZET Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlık yönetimi bölümünü lisans öğrencilerinin staja çıktıkları kurumlardaki birim yöneticileri tarafından yapılan değerlendirme sonucunda yeterliliklerinin ne düzeyde olduklarını ortaya koymaktır. Çalışma birim yöneticileri bazında yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde anketi cevaplayan birim yöneticilerine ait demografik bilgiler yer alırken, ikinci bölümde yöneticilerin stajyer öğrenciler hakkındaki görüşlerini belirten ölçeğe yer verilmiştir. Araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra Ekim-Şubat 2016 tarihleri arasında İstanbul'da sağlık yönetimi öğrencilerinin staja çıkmış oldukları hastaneler arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 11 hastanede uygulanmıştır. Veriler SPSS 20.0 Programı ile analiz edilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya 11 farklı hastaneden (32-Kamu; 19- Özel) 51 birim yöneticisi katılmıştır. Çalışmaya katılanların demografik özelliklerine baktığımızda; katılanların 26 (%51)'si kadın, 25 (%49)'i erkektir. Ankete katılanların çoğu 32-40 yaş aralığındadır. Stajyer seçimine dikkat edilmesi gereken kriterlere baktığımızda %20,48 ile eğitim olduğu saptanmıştır. Staj dönemi en çok yaşanan sorunların başında %20,98 ile mesai saatleri olmuştur. İşine özen göstermemeleri gelen cevapların %11,11'ini oluştururken; öğrencilerin bilgi yetersizliği olduğu cevapların %9,87'sinde belirtilmiştir. Stajyer öğrenciler hakkındaki düşüncelerin ortalama puanı 2,28±0,69 olarak tespit edilmiştir. **Sonuç:** Kurumdaki yöneticiler, ölçek puan aralığından da anlaşıldığı üzere (1,81-2,60=iyi) genel anlamda stajyer öğrencilerden memnundur (2,28±0,69). Kurumlar stajyer öğrenci alımlarında en çok eğitim düzeyine önem verirken, stajyer öğrencilerle en çok mesai kavramına uyum konusunda sorun yaşamaktadırlar. Çalışma sonucunda öğrencilerin teoride aldıkları bilgilerin uygulama aşamasında iş gerekliliklerine göre kullanılmasının öğrenciler hakkındaki genel memnuniyet düzeyi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yönetimi, sağlık yönetimi stajı, staj sorunları, stajların değerlendirilmesi

ABSTRACT Purpose: The aim of this study is to determine level of competence of students who studying healthcare management by functional managers of health institutions where they are undergoing training. The study is conducted on the basis of functional managers. **Methods:** Questionnaire form which consists of two parts is being used in this study. In the first section, demographic questions has been asked to the functional managers and in the second part a scale which measures proficiency of students. After we got permissions from institutions that are voluntary to attend this research in İstanbul, the study has been conducted in 11 hospitals between October 2015 and February 2016. Collected data has been analyzed by using SPSS 20.00. **Results:** 51 functional manager has joined this research from 11 different hospitals (32 public, 19 private). When we analyze demographic characteristics of participants, it has been understood that 26 (51%) people are women whereas 25 of them (49%) are consist from man. Majority of participants age changes between 32-40. In choosing process of trainer, managers indicate that, they were paying attention 20,48% education level which is the most important criteria for them. Problems that managers are facing during the internship with students consist of adaptation of working hours (20,98%), not care two hoots (11.11%), lack of information (9,87%). Mean score of students has been determined 2,28±0,69. **Conclusion:** Functional manager are generally pleased with the proficiency of student (2,28±0,69). According to them the most important criteria while they are choosing trainers is education level of students. The biggest problem that they are facing is adaptation of working

Geliş Tarihi/Received: 14-12-2016/ **Kabul Tarihi/Accepted:**09-05-2017

^a Yrd. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, E-posta: selmasoyuk@hotmail.com

^b Arş. Gör. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, E-posta: ibrahimgun1@gmail.com

Sorumlu yazar /Correspondence: Arş. Gör. İbrahim GÜN, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, E-posta: ibrahimgun1@gmail.com

hours. Theoretical information that students using during their internship is adding additional value to their internship process and enhance the satisfaction level of managers.

Key Words: Healthcare management, healthcare management internship, internship issues, evaluation of internship

Giriş

Sağlık, bir hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda beden ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.¹ Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sağlık tanımlaması gereğince sağlığın yönetilmesinin sadece belirli meslek grupları tarafından değil, multidisipliner olarak yapılması gerektiği anlaşılmaktadır. Örgütsel amaçların örgütsel kaynaklarla başarılmasını sağlayan yönetim kavramı, post modern çağımızda el ucuyula yapılan bir iş olmaktan ziyade profesyoneller tarafından yürütülmesi gereken bir süreçtir.

Hastanelerde talebin ve maliyetinin artması, verimliliğin ve etkinliğin artırılmasını zorunlu hale getirmiştir. Verimliliğin ve etkinliğin artırılmasında en önemli etmenlerinden biri de yönetim alanında uzman sağlık profesyoneli yetiştiren programlardır.² Yükseköğretim kurumlarında, yönetici yetiştirme rolünü üstlenen eğitim programları ülkenin nitelikli yönetici ihtiyacına cevap vermeyi amaçlamaktadır. Sağlık yönetimi lisans ve lisansüstü programları da ülkenin sağlık alanındaki yönetici ihtiyacına cevap verebilmek adına faaliyetlerini sürdüren önemli eğitim programlarıdır.

Sağlık statüsü göstergelerinde son yıllarda meydana gelen iyileşmelerle beraber (bebek ölüm hızının azalması, anne ölüm hızının azalması, ortalama yaşam yılının yükselmesi vb.), ülkelerin sağlık statüsü göstergelerini daha da ileriye götürmeleri her geçen yıl daha da zor bir hal almaktadır.³ Bu da sağlığın yönetimi konusunda uzmanlaşmanın, çalışmaları daha da ileriye götürecek yetişmiş insan kaynağının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Günümüzde teknoloji alanında meydana gelen baş döndürücü hızdaki değişim ve gelişim, teknolojiye duyarlı, iletişim becerisi yüksek, yardımsever, kişisel gelişime önem veren ve durumsallık yaklaşımı çerçevesinde meydana gelen olayları analiz etme becerisine sahip nitelikli sağlık personeli ve yönetici ihtiyacını zorunlu kılmıştır. Sağlık yönetimi lisans programları da gereken nitelikli personel ve yönetici ihtiyacını karşılamak adına verdikleri teorik eğitimlere

destek olarak staj uygulamasını zorunlu olarak öğrencilerine sunmaktadır.

Eğitimin temel amacı öğrencilere bilgi transferini başarılı bir şekilde gerçekleştirmektir. Eğitimin bu amacı doğrultusunda staj uygulamalarına da yer verilmektedir.⁴ Staj, kuramsal meslek bilgisine sahip kişilerin, alanlarında aldıkları akademik bilgileri gerçek yaşamda kullanma ve deneme, diğer bir deyişle, edindiği bilgileri yaparak ve yaşayarak davranışa dönüştürme deneyimi biçiminde ifade edilmektedir.⁵ Staj uygulamasının sağladığı bir diğer yarar da Bos ve arkadaşları tarafından "Stajlar bilgiyi farklı konularda iletmeyi sağlar ve bize çeşitli ortamlarda çalışmaya uyum sağlama deneyimini sağlar." şeklinde ifade edilmiştir.⁶

Staj süreci, sağlık yönetimi öğrencilerin eğitim dönemleri içerisinde, iş dünyası ile tanışma aşaması olarak görülmekte ve öğrencilerin kazandıkları bilgileri uygulamaya geçirmelerinin ancak sağlık işletmelerinde staj yapmalarıyla mümkün olabileceği belirtilmektedir.⁷

Öğrencilerin staj uygulamalarından edindikleri faydalar birçok araştırmacı tarafından vurgulanmaktadır.⁸ Örneğin Coco bu faydaları şu şekilde sıralamaktadır.⁹

- Sınıf içi ve uygulamaları ilişkilendirme yeteneği
- Kariyer planlamasında bilgi gelişimi
- Kariyer tutkularını ve ilgi alanlarını netleştirme
- Alana girdiğinde yaşanabilecek şoku azaltma
- Hızlı gelişim.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü dördüncü sınıf öğrencileri tarafından yapılan staj programı genel olarak, sağlık işletmelerinin organizasyon yapılarını, idari, mali ve teknik fonksiyonlarının işleyişinin uygulama eğitimini amaçlamaktadır.¹⁰

Öğrencilerin eğitim kurumlarında edindikleri teorik bilgi ve iş yöntemlerini, çalışma yaşamında uygulamaya dökülebilmeleri oldukça önemlidir. Bir yandan teorik bilgi ve pratik becerilerin bütünleşmesi, diğer yandan da

uzmanlaşabilmek için mesleki deneyim kazanmaları açısından staj dönemi, kariyerin önemli bir parçası olarak değerlendirilmektedir.¹¹

Hastanelerin de, toplumun gereksindiği sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla faaliyet gösteren emek-yoğun teknolojiye sahip bir örgüt olduğu göz önüne alındığında belirlenen amaca ulaşmada, hastanenin başarısı ve başarısızlığı personeline bağlıdır. Hastanede görevli birçok meslek grubu vardır. Bu meslek gruplarının hastane amaçları doğrultusunda faaliyet gösterebilmeleri için doğru yönetim ilkeleriyle bir araya getirilmiş olması ve koordine edilmesi gerekmektedir.¹²

Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında yönetici gereksiniminin karşılanmasına yönelik olarak ilk yükseköğretim kurumu 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından kurulan “Sağlık İdaresi Yüksek Okulu”dur.¹³ 2016 ÖSYS Kontenjan Kılavuzu’na göre sağlık yönetimi alanında Türkiye’de lisans düzeyinde eğitimi veren 51 üniversite bulunmaktadır.¹⁴

Jamison ve Clayton 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada, yönetsel anlamda da staj uygulamalarıyla beraber stajyerlerin deneyimlerinin geliştiğini vurgulamışlardır. Stajyerlerinin bu tecrübelerin, gelişim endişeleri çerçevesinde nasıl bir anlam ifade ettiklerinin etkilerini ifade etmiş, yönetici hazırlığı alanındaki araştırmalara katkıda bulunarak katma değer yarattıklarını ifade etmişlerdir.¹⁵

Staj gerek bireysel, gerek profesyonel iş hayatında önemli değişiklikler ve gelişmelere olanak sağlayan uygulama eğitimi olarak karşımıza çıkmaktadır. İş hayatında karşılaşılabilecek birçok olay staj uygulaması sırasında öğrenciler tarafından gözlemlenmekte ve gelişim süresince katma değer yaratmaktadır.¹⁶ Bu çalışma, staja çıkan sağlık yönetimi öğrencilerinin, staj yaptıkları kurumlarda onları yakından tanıma fırsatı bulan birim yöneticileri tarafından değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bir diğer amacı da, stajlarda olan sorunları belirleyerek kurum ve öğrenciler açısından daha sonraki stajların daha verimli geçmesini sağlamaktır.

Gereç ve Yöntemler

Tanımlayıcı türde planlanan bu araştırma, İstanbul’da sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin

staj yaptıkları kurumlardaki birim yöneticileriyle yüz yüze anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra Ekim-Şubat 2015 ayları arasında birim yöneticilerinden randevular alınarak anket formları elden teslim edilmiş ve anket açıklamaları yapılmıştır. Yöneticilerin anketleri yanıtlanması beklenerek geri toplanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırmaya katılan yöneticinin demografik bilgilerini değerlendirdiğimiz sorular, ikinci bölümde Dayıoğlu tarafından oluşturulan, staj öğrencilerinin yeterliliğini yöneticiler gözünden ölçen, sorulara yer verilmiştir.¹⁷ Ölçeğe göre belirli aralıklarda değerlendirmeler yapılmıştır. Ortalama sonucu 1,00-1,80 çok iyi, 1,81-2,60 iyi, 2,61-3,40 orta, 3,41-4,20 az, 4,21-5,00 çok az şeklinde değerlendirilmiştir. Son bölümde de sağlık yönetimi alanında uzman kişilerin görüşleri baz alınarak hazırlanan açık uçlu sorulara yer verilmiştir. Bu sorular da içerik analizine tabi tutularak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın evrenini; İstanbul’da sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin staja çıktıkları kurumlarda (6 kamu hastanesi, 5 özel hastane), çalışmış oldukları birimlerin yöneticileri oluşturmaktadır. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden kurumların birim yöneticilerine anket formu uygulanmıştır.

Araştırma verileri SPSS 20 paket programıyla değerlendirilmiştir. Çalışmanın analiz aşamasında sıklık, aritmetik ortalama, standart sapma ve faktör analizi analizleri kullanılmıştır. Araştırmada kurumlardan izin alma aşamasında etik kurul kararına gerek duyulmadığı ve sosyal bilimler kapsamında tanımlayıcı bir araştırma yürütüldüğünden dolayı etik kurul iznine başvurulmamıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılmayı kabul eden birim yöneticilerinin demografik özellikleri Tablo 1’de belirtilmektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %23,5’i, 22-31 yaş aralığında, %22’si 32-40 yaş aralığında ve kalan %33,3’ü 41 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya destek veren katılımcıların %51’i kadınlardan oluşmaktadır. Çalışılan birimler değerlendirildiğinde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%54,9; n=28) idari hizmetlerde görev yaptığı anlaşılmaktadır. Araştırma

sonuçlarına göre yöneticilerin büyük kısmı lisans ve lisansüstü eğitim almıştır (%77,5). Birim yöneticilerinin mesleki deneyimleri değerlendirildiğinde 6-10 yıl arası deneyim sahibi olanların birim yöneticilerinin %35,3'ünü oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan birim yöneticilerinin %62,7 kamu kurumunda, %37,3'ü özel kurumlarda yer almaktadır.

Tablo 1: Demografik Özellikler

	n	%	
Yaş	22-31 Yaş	12	23,5
	32-40 Yaş	22	43,1
	41 ve üzeri yaş	17	33,3
	Toplam	51	100
Cinsiyet	Kadın	26	51
	Erkek	25	49
	Toplam	51	100
Birim	İdari hizmetler	28	54,9
	Mali işler	15	29,4
	Otelcilik		
	Hizmetleri	3	5,9
	Tıbbi Hizmetler	4	7,8
	Toplam	50	98
	Cevapsız	1	2
	Toplam	51	100
	Lise	3	5,9
	Öğrenim Durumu	7	13,7
Öğrenim Durumu	Lisans	26	51
	Lisansüstü	14	27,5
	Diğer	1	2
	Toplam	51	100
Mesleki Deneyim	1-5 yıl	9	17,6
	6-10 yıl	18	35,3
	11-15 yıl	8	15,7
	16-20 yıl	7	13,7
	21 yıl ve üzeri	9	17,6
Kurumun Mülkiyeti	Toplam	51	100
	Kamu	32	62,7
	Özel	19	37,3

Araştırma formu, daha önceki çalışmalarda açılımlı faktör analizine tabi tutulmamış ve alt boyutları ortaya konulmamıştır. Bu sebeple; öğrenciler hakkında yöneticilerin verdiği cevaplar değerlendirilirken daha güçlü analizler yapılabilmesi amacıyla faktör analizi uygulamasına gidilmiştir. Verilerin öncelikle faktör analizine uygun olup olmadığını test edilmiştir. Bu bağlamda KMO ve Barlett Testi sonuçları Tablo 2'de gösterilmektedir. KMO

değerinin 0,80 ve 0,90 arasında olması veri setinin faktör analizine iyi derecede uygun olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda bu değer 0,88 olarak tespit edilmiştir. Bartlett testi sonuçlarına göre $\alpha=0,000$ olduğu sonucuna ulaşılmış ve gerek veri setinin, gerek örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olduğu tespit edilmiştir. Açıklanan toplam varyans ise; %74,81 olarak bulunmuştur.

Tablo 2: KMO ve Barlett's Testi Sonuçları

Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği		
Barlett Testi	Ki-Kare	1311,27
	df	351
	Sig.	,000

Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin dört boyuttan oluştuğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Bu boyutlar literatürden yararlanarak; işbirliği ve uyum, sorumluluk, yeterlilik ve kişisel gelişim olarak isimlendirilmiştir. İşbirliği ve uyum boyutu 12 ifadeden oluşmakta ve güvenilirlik katsayısı 0,99'dur. Sorumluluk boyutunda 6 ifade yer almaktadır ve güvenilirlik katsayısı 0,93'tür. Yeterlilik katsayısı 6 ifadeden oluşmaktadır ve 0,89 güvenilirlik katsayısına sahiptir. Son olarak kişisel gelişim alt boyutu 3 ifadedir ve güvenilirlik katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur.

Anket değerlendirme skalasına göre öğrencilerin aldıkları puanlar incelendiğinde bütün boyutlarda staj yapan sağlık yönetimi öğrencilerinin iyi düzeyde puan aldıkları anlaşılmaktadır (Tablo 4). Öğrenciler; iş birliği ve uyum alt boyutundan $2,13\pm 0,69$; sorumluluk alt boyutundan $2,36\pm 0,83$; yeterlilik alt boyutundan $2,44\pm 0,80$ ve kişisel gelişim alt boyutundan $2,42\pm 0,76$ puan almışlardır.

İşletmenizin Stajyer seçiminde dikkat ettiği en önemli 5 kriter nedir şeklinde sorulan soruya verilen cevaplardan %20,48'i eğitim seviyesi; %14,45'i tutum ve davranışlar olmuştur. Çalışmada dikkat çeken diğer kriterler ise; diksiyon (%13,25), uyumluluk (%9,63) ve anlama becerisi (%7,22) olmuştur. Belirtilen bu 5 kriter tüm cevapların arasında %65,03'lük bir dilimi oluşturmaktadır. Gelen diğer cevaplar arasında ise; kılık-kıyafet, başarı, sorumluluk, disiplin, özen ve dürüstlük gibi kavramlar yer almıştır (Tablo 5).

Sorduğumuz bir diğer açık uçlu soruda “staj döneminde öğrencilerle yaşanan sorunlar”ın

neler olduğunu araştırdık. Bu soruya verilen cevaplar ve gelen cevaplar arasındaki yüzdeler

Tablo 3: Faktör Analizi Sonuçları

Faktörün Adı	Soru İfadesi	Faktör yükü	Faktörün Açıklayıcılığı (%)	Cronbach Alfa
İşbirliği ve Uyum	Stajyerlerin araç ve gereçleri usulüne uygun kullanma yeteneği	0,809	25,993	0,995
	Stajyerlerin iş disiplinine ve iş ahlakına özeni	0,778		
	Stajyerlerin konuşma ve davranışlarında özeni	0,725		
	Stajyerlerin malzemeleri israf etmeden kullanma yeteneği	0,666		
	Stajyerlerin kılık-kıyafet ve disiplin uyumu	0,651		
	Stajyerlerin beklenen işi anlama becerisi	0,634		
	Stajyerlerin mesai arkadaşlarına karşı tutum ve davranışları	0,610		
	Stajyerlerin mesai arkadaşları ile uyumu	0,606		
	Stajyerlerin genel değerlendirilmesi	0,603		
	Stajyerlerin işyerine karşı tutum ve davranışları	0,579		
Sorumluluk	Stajyerlerin yeni metotları öğrenme kapasitesi	0,555	21,619	0,935
	Stajyerlerin yeni metot ve yöntemlere uyumu	0,514		
	Stajyerlerin işine karşı tutum ve davranışları	0,752		
	Stajyerlerin işine karşı sorumluluk duygusu	0,726		
	Stajyerlerin işe devam konusunda gösterdiği özen	0,720		
	Stajyerlerin talimatlar konusunda gösterdiği özen	0,661		
	Stajyerlerin mesai saatlerine karşı özeni	0,623		
	Stajyerlerin sorumluluk alma kapasitesi	0,611		
	Stajyerlerin işle ilgili tüm detaylar verilmeksizin yapabilme yeteneği	0,861		
	Stajyerlerin okulda almış oldukları uygulamalı eğitimin yeterliliği	0,719		
Yeterlilik	Stajyerlerin işini denetlenmeden yapabilme yeteneği	0,591	16,313	0,899
	Stajyerlerin işiyle ilgili sorunların çözümünde göstermiş olduğu özen	0,572		
	Stajyerlerin okulda almış olduğu teorik eğitimin yeterliliği	0,563		
Kişisel Gelişim	Misafirlerinizin stajyerlerden memnuniyet durumu	0,553	10,950	0,74
	Stajyerlerin yabancı dil bilgisinin yeterliliği	0,816		
	Stajyerlerin öğrendikleri uygulama yeteneği	0,675		
	Stajyerlerin işi ile ilgili kendini geliştirme kabiliyeti	0,518		

Tablo 4. Öğrencilerin Puan Ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma
İş birliği ve Uyum	2,13	0,69
Sorumluluk	2,36	0,83
Yeterlilik	2,44	0,80
Kişisel Gelişim	2,42	0,76

dağılımı Tablo 6’da gösterilmektedir. Gelen cevapların %28,98’inde “öğrencilerin mesai

kavramına uyumunda sorunlar” olduğunu göstermektedir. “İşine özen göstermemeleri” gelen cevapların %11,11’ini oluştururken; “öğrencilerin bilgi yetersizliği olduğu” cevapların %9,87’sinde belirtilmiştir. Karşılaşılan diğer önemli sorunlar arasında “işe uyumsuzluk” %8,64 iken; “saygı göstermeme” %7,4 olarak tespit edilmiştir. Birim yöneticileri ayrıca “disiplin, devamsızlık, cep telefonu ile meşgul olma, kılık-kıyafet, sigara kullanımı” gibi sorunlar olduğunu da ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Stajyer Seçimi Kriterleri

Stajyer seçiminde dikkat edilmesi gereken kriterler	%
Eğitim Seviyesi	20,48
Tutum ve Davranışlar	14,45
Diksiyon	13,25
Uyumluluk	09,63
Anlama Becerisi	07,22
Toplam	65,03

Tartışma

Son yıllarda sağlık, kaybedildiğinde değeri anlaşılan bir kavram olmaktan çıkmış ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha da popüler hale geldiği bir fenomen olarak dönüşüm sürecine girmiştir. Bu dönüşüm sürecinde hiç şüphesiz ki en büyük sorumluluk paydaşlardan sağlık profesyonellerine bırakılmaktadır. Sağlık sisteminin olmazsa olmaz insan kaynağı olan sağlık profesyonellerini yetiştirmek ülkemizde bilimsel temeller üzerine oturtulmuş olup, ülkemizin kıymetli birçok üniversitesinde gerek lisans düzeyinde gerekse lisansüstü düzeyde çağın gereklerine ayak uyduracak şekilde yürütülmektedir.

Tablo 6: Öğrencilerle Stajda Yaşanan Sorunlar

Staj Döneminde Yaşanan Sorunlar	%
Mesai saatlerine uyumsuzluk	20,98
İşe özen göstermeme	11,11
Bilgi yetersizliği	09,87
İşe uyumsuzluk	08,64
Saygı göstermeme	07,40
Toplam	58,00

Drucker 1980’de “Gelecek on ya da yirmi yıl, yönetim kadrosunun neyi temsil edeceğine ve yönetimin verdiği sözlerin ne kadarını elle tutulur sonuçlara çevireceğine karar verecek ‘krizlere’ pek çok yönden ev sahipliği yapacak ve yönetim olgusu üzerinde odaklanan ilgi, önümüzdeki yıllarda üst kademe yönetiminin yapısına, bileşimine, niteliğine ve bu kademedeki insanlara kayacaktır. Yarım ‘üst kademe’ yönetimi, özellikle büyük örgütlerde geçmişte barındırdığından çok fazla sayıda insan barındıracaktır” diyerek yönetimde nitelikli eleman ihtiyacının sürekli bir artış eğiliminde olduğunu ifade etmiştir. Sağlık karmaşık ve emek-yoğun doğasından dolayı

yönetimsel alanda gerekli ilgiyi görmesi mutlak bir gerçektir.¹⁸

Yönetim eğitiminde yeni yaklaşımlara genel olarak bakıldığında modern yönetim eğitiminin hem lisans hem de lisansüstü eğitim seviyelerinde rutin ders programlarının takip edilmesi ve uygulanan programların sonucunda öğrencilerin teorik bilgi düzeylerinin ölçülmesinden çok daha fazlasını gerektirdiği görülmektedir. Buna göre yeni yönetim eğitimi yaklaşımları iyi bir yönetici adayının teoriden çok uygulama yolu ile tecrübe sahibi olan, iletişim yetenekleri yüksek, saha deneyimi fazla olan bir kişi olmasını gerektirmektedir. Bu yeni yaklaşımlar yakın gelecekte yönetim eğitiminde köklü değişiklikler yaşanmasına neden olacaktır. Yönetim eğitimindeki bu yeni yaklaşımlar sağlık kuruluşları yönetimi açısından düşünüldüğünde sağlık kuruluşları için profesyonel yönetim kavramının yeni olmadığı bilinmekle birlikte son yıllarda kaynak kıtlığı, yeni teknolojiler ve sağlıkta insan kaynakları sayısının nicelik olarak yetersizliği ile birlikte bunun gerekliliğinin daha çok arttığı bilinmektedir.

Geçmişten bu güne yapılan araştırmalarda, sağlık alanında hekimlerin yönetimde ağırlıklı olarak söz sahibi oldukları ve yönetim eğitimindeki yeni yaklaşımları bilmek ve uygulamak, uygulama ve deneyim sonucunda edinilen yönetim yeteneklerini geliştirmenin farkında olmaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık yönetimi alanında profesyonel yönetici becerileriyle donanmış insan kaynağı yetiştirmeyi amaçlayan sağlık yönetimi lisans ve lisansüstü programları bilim ve sanatın ahengine katkıda bulunmaktadır.¹⁹

Staj uygulaması sonuç itibarıyla öğrencilerin teorik bilgilerini pekiştirmelerinde ve uygulamaya dönüştürmelerinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu uygulamalar aynı zamanda öğrencilerin kişisel ve mesleki eğitimlerine de katkı sağlamaktadır. Amerika’da 400 stajyer öğrenciyle yapılan bir araştırmadan çıkan sonuçlara göre staj eğitiminin öğrencilerin mesleki ve kişisel gelişimlerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.²⁰

Staj deneyimlerinin en önemli yararlarından birisi de öğrencileri alana hazırlamak olarak ifade edilmektedir.¹⁷ Öğrencilerin eğitim gördükleri alanda öğrencilikleri devam ederken, profesyonellerin

gözetiminde kişisel gelişimlerinin artması staj uygulamasını oldukça önemli kılmaktadır.²¹

Sonuç

Sağlık yönetimi lisans öğrencilerinin staj yaptıkları birimlerdeki yöneticiler tarafından değerlendirilmesi sonucunda öğrenciler; iş birliği ve uyum alt boyutundan 2,13±0,69; sorumluluk alt boyutundan 2,36±0,83; yeterlilik alt boyutundan 2,44±0,80 ve kişisel gelişim alt boyutundan 2,42±0,76 puan almışlardır. Alınan bu puanlar, öğrencilerin alanda işbirliği ve uyum konusunda, sorumluluk alabilme konusunda, yeterlilik konusunda ve kişisel gelişim konusunda iyi düzeyde olduklarını göstermektedir.

Sağlık işletmelerinin stajyer seçiminde dikkat ettiği en önemli kriterler %20,48'i eğitim seviyesi; %14,45'i tutum ve davranışlar olmuştur. Diğer kriterler ise; diksiyon (%13,25), uyumluluk (%9,63) ve anlama becerisi (%7,22) olarak tespit edilmiştir. Verilen cevaplar dikkate alındığında öğrencilerden eğitimlerinin yanında; tutum ve davranışlarını, diksiyonlarını, uyumluluklarını ve verilen işleri anlama becerilerini yüksek düzeye getirmeleri gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Staj uygulaması sırasında yöneticilerin öğrencilerle yaşadığı sorunlar arasında mesai kavramına uyumun, İşine özen göstermeme, bilgi yetersizliği, işe uyumsuzluk ve saygı göstermeme olarak tespit edilmiştir. Birim yöneticileri ayrıca disiplin, devamsızlık, cep telefonu ile meşgul olma, kılık-kıyafet, sigara kullanımı gibi sorunlar olduğunu da ifade etmişlerdir.

Çalışmanın yöneticiler gözünden öğrencileri değerlendiriyor olması, araştırmayı özgün kılmış olup, sonraki çalışmalarda staj uygulamasında karşılaşılan sorunlar derinlemesine tespit edilerek, uygulamayı daha verimli hale getirecek adımlar atılabilir.

Katkılar

Yazarlar, araştırma aşamasında ve literatür yazımında eşit düzeyde katkı sağlamıştır.

Kaynaklar

1. Constitution of the World Health Organization 1946 [updated 1948; cited 2016 October 18]. Available from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
2. Can A, İbicioğlu H. Yönetim ve yöneticilik yönünden üniversite hastanelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2008; 13(3):253-75.
3. Deaton A. The great escape: health, wealth, and the origins of inequality. New Jersey:Princeton University Press; 2015. p.1-50.
4. Gupta P, Burns DJ, Schiferl JS. An exploration of student satisfaction with internship experiences in marketing. *Business Education & Administration*, 2010;2(1):27-37.
5. Çetin Ş. Öğrenci stajlarında yararlanan dersler üzerine ampirik bir değerlendirme. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi* 2005;16(12):153-69.
6. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *Jama* 2002; 287(23):3143-3146.
7. Demir K. Stajyerlik kavramının insan kaynakları yönetiminin eğitim ve geliştirme işleviyle ilgisi ve bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2010.
8. Maskooki K, Rama D, Raghunandan K. Internships in undergraduate finance programs. *Financial Practice and Education* 1998; 8:74-82.
9. Coco M. Internships: A try before you buy arrangement. *SAM Advanced Management Journal* 2000;65(2):41-7.
10. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Staj Yönergesi. 2014 [cited October 2016]. Available from <http://sabif.istanbul.edu.tr/saglikyonetimi/wp-content/uploads/2014/07/STAJ-YONERGESI.pdf>
11. Demir M, Demir ŞŞ. Turizm işletmelerinde yöneticilerin mesleki staj ve stajyerleri değerlendirmesi. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2014;(6):18-33.

12. Özer M, Bakır B. Sağlık personelinin motivasyonu ile ilgili etmenlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003;42(2):117-22.
13. Şener E, Erdem R, Akçakanat T. Türkiye’de lisans düzeyinde sağlık yöneticisi yetiştiren kurumların akademik ve eğitsel profili. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2010;13(1):29-44.
14. ÖSYS Yükseköğretim Kontejanları Klavuzu. 2016 [cited October 2016]. Available from <http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2016/LYS/TERCIH/OSYSKONTKILAVUZU29072016.pdf>
15. Jamison K, Clayton J. Exploring the experiences of administrative interns: implications for university preparation programs. *Journal of Educational Administration* 2016;54(5):514-536.
16. Bos D, Finlay R, Hopkins P, Lloyd J, Richardson M. Reflections on the ESRC internship scheme for postgraduates. *Journal of Geography in Higher Education* 2017;41(1):106-118.
17. Dayıoğlu M. Anadolu otelcilik ve turizm meslek lisesi stajyer öğrencilerinin yeterliliği konusunda işveren görüşleri (Edremit körfezi örneği) [Yüksek lisans tezi]. Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir, 2010.
18. Çınaroğlu S. Yönetim eğitiminde yeni yaklaşımlar ve hastanelerde profesyonel yönetici ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2010; 15(1):70-110.
19. 16-Marlborough K. Development and validation of an Instrument to assess student satisfaction with community college Internships [PHD Thesis]. University of Iowa, USA,1999.
20. Knouse SB, Gwen F. Benefits of the business college internship: a research review. *Journal of Employment Counseling* 2008;45(2):61-66.
21. Halfer D. A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing Economics* 2007;25(1):6-11.

Bir Termik Santral Çalışanlarında Vardiya Çalışması Ve Gündüz Uykululuk**Durumunun Değerlendirilmesi: Kesitsel Survey****Daytime Sleepiness Evaluation and Shift Work among Thermic Santral Workers: A Cross- Sectional Survey**Türkan Akyol GÜNER^a Sibel KIRAN^b

ÖZET Amaç: Gündüz uykululuk durumu, kazalarla ilişkili olduğu bilinen arkasında uyku kalitesini etkileyen pek çok nedenin olduğu erken tarama aracı olarak gündüz uykululuk ölçeği ile saptanmaya çalışılan bir durumdur. Çalışma yaşamında gündüz uykululuk ve ilişkili durumların saptanması özellikle vardiya çalışması yapılan yerlerde vardiya düzeni organizasyonu açısından erken önlemler alınması için bir temel adım olabilir. **Amaç:** Bu araştırmanın amacı, bir termik santral çalışanlarının gündüz uykululuğunu, sağlık durumunu ve bazı alışkanlıkları ile vardiyalı çalışma türünün ilişkisini incelemektir. **Materyal Metod:** Araştırma kesitsel survey çalışmasıdır. Araştırma grubu bir termik santralde çalışan 431 kişidir. Araştırma değişkenleri, yaş, cinsiyet, sağlık durumu, alışkanlıklar, ve bazı çalışma yaşamı özellikleri ile gündüz uykululuk durumudur. Veriler araştırmacı tarafından değişkenler doğrultusunda hazırlanan anket formu ve "Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)" ile kişisel bildirimle dayalı olarak toplanmıştır. **Bulgular:** Ulaşılabilirlik 354 kişidir (% 81.7). Çalışanların % 98.3'ü erkektir. Yaş ortalaması 44.8±6.0 aralığı (min:36.9-max:50.5) dır. Çalışanların vardiya dağılımına bakıldığında %13.3'ü ikili vardiyada, % 42.1'i üçlü vardiyada ve %44.6'sı sabit gündüz çalışmaktaydı. Gündüz çalışanların %19.0'ı, ikili vardiyada sisteminde çalışanların %11.0'mın ve üçlü vardiyada sisteminde çalışanların %70'inin EUÖ skoru 10 ve üzerinde olup, bütün çalışanların % 28.3 ünde gündüz uykululuk saptandı. Çalışanlarda sigara kullanım sıklığı %52.8 olup, %53.1'i alkol tüketmekteydi. Vardiya sisteminde çalışanlarda alkol kullanımı (p=0.024) ve çay-kahve tüketimi (p=0.040) gündüz vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek sıklıkta saptandı. **Sonuç:** Çalışma yaşamında vardiya çalışmasının uyku ile ilişkisi irdelenen bir durumdur. Bu çalışmada da vardiya grupları arasında gündüz uykululuk sıklığı farklı bulunmuş olup, üçlü vardiya çalışanlarında ikili vardiya çalışanlarına göre gündüz uykululuk skoru daha fazla bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Vardiyalı çalışma, uyku, Epworth Uykululuk Ölçeği

ABSTRACT Aim: Daytime sleepiness is a condition that affects sleep quality, which is known to be associated with accidents. Detection of daytime sleepiness and related conditions in working life may be a fundamental step for taking early precautions in terms of shift organization in particular where shift work is being done. **Aim:** The aim of this research is to examine the effects of shift work systems on the sleeping, health and some personal habits of workers. **Material and Method:** The cross-sectional study of this study consisted of 431 people working in a thermal power plant in Zonguldak, and 354 people who met the sampling criteria. The data were collected through a questionnaire determining the socio-demographic characteristics, health status and characteristic of work-life (29 question), and Epworth Sleepiness Scale. **Results:** The majority of workers are men (98.3%). Average age 44.8±6.0. Looking at the shift distribution, 13.3% were on double shift; 42.1%, on triple-shift, and 4.6%, on regular daytime. 19.0% of the regular daytime workers, 11.0% of the double-shift workers and 70.0% of the triple-shift workers had an Epworth Sleepiness score of 10 or higher. Of all employees 28.3% had daytime sleepiness. Smoking prevalence in employees were 52.8% and 53.1% of the employees were consuming alcohol. Alcohol consumption (p= 0.024) and tea and coffee consumption (p= 0.040) were higher in workers with two or three shifts than regular daytime shifts. **Conclusions:** In working life, the relation between shift work and sleep is a situation that is being examined. In this study, Double and triple shift workers' daytime sleepiness score was found to be higher.

Keywords: Shift Work, Sleep, Epworth Sleepiness Scale

Giriş

Çalışma, insan doğasının ve var oluşunun bir parçası olmakla birlikte günümüzdeki çalışma kavramı sıklıkla Sanayi Devrimi'nin bir ürünü olarak anılmaktadır. Çalışma yaşamı, Sanayi

Devrimi Dönemi sonrasında belli süreçlerden geçerek farklı boyutlar kazanmış ve günümüzdeki esnek çalışma modelleriyle de pek çok sektörde çalışma zamanları ve süreleri revize edilmiştir.¹ Toplumsal yaşamda önemli

Geliş Tarihi/Received: 21-06-2016/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 08-04-2017

Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı Yüksek Lisans Tezi

^aÖğr.Gör. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

^b Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları AD.

Sorumlu yazar/Correspondence: Öğr.Gör.Türkan AKYOL GÜNER, e-mail:akyol_turkan@hotmail.com

bir faktör olan zaman kavramı, çalışma yaşamı açısından, işçi ile işveren arasındaki çalışma ilişkilerinde çalışma süreleri, çalışma zamanları, çalışma zamanı dönüşümü kavramları ile temel araştırma alanlarından birisi olmuştur.² İş kanununun Çalışma Süreleri Yönetmeliğinde yer alan tanımına göre çalışma süresi; işçinin işinin başında geçirdiği süredir. Çalışanın sağlık ve güvenliğinin korunması, kişisel gelişiminin sağlanması ve sosyal yaşamını düzenleyebilmesi için çalışma sürelerinin sınırlanması, gereksinimleri gözetilen biçimde düzenlenmesi bir zorunluluktur. Bu nedenle, çalışma süreleri, kamu ve hukuksal düzenlemelerle en fazla müdahale edilen alanlardan biridir.³ AB ülkelerinde 1991 yılında haftada 40.5 saat olan ortalama çalışma süresi, 2010 yılında ise haftada ortalama 37.5 saat olarak tespit edilmiştir.⁴ Gelişmiş ülkelerde bireyin bütünsel iyiliği aile ve sosyal yaşam dengesi de gözetilerek haftada 4 gün ve günde 6 saat çalışma örnekleri denenmekte ve çalışmaya ayrılan zaman ve etkililik açısından etkili olduğu bildirilmiştir.⁵⁻⁶

Vardiya çalışması; bir işletmenin çalışanlarının çalışılan zamandaki sürekliliğini sağlamak amacıyla çalışanların dönüşümlü çalışması kavramıdır. Vardiya sözcüğü kendisi dönüşümlü çalışmayı ifade etmesine rağmen “sabit vardiya” deyişi ile dönüşümlü çalışılan yerde sürekli aynı dilimde çalışma anlamında da kullanılmaktadır. Bu çalışmada, sabit vardiya çalışması olarak sürekli gündüz vardiyasında çalışmayı, ikili vardiya sisteminde çalışma 16:00-24:00 saatleri arasında çalışmayı, üçlü vardiya da çalışma 24:00-08:00 saatleri arasında ki çalışmayı ifade etmektedir. Literatürde “shift work” sözcüğü Türkçe’ye “vardiya çalışması” olarak çevrilmekte ancak dönüşümlü olmayan vardiya sistemi içindeki çalışma biçimleri içinde kullanılmaktadır.⁷⁻⁸ Bireyin temel bedensel fonksiyonlarının belirli bir düzeni, doğal ritmi vardır. İnsan vücudunda gerçekleşen biyolojik olayların belirli aralıklarla yinelenmesine “biyolojik ritm”, günlük aralıklarla yinelenmesine ise “sirkadiyen ritm” denilmektedir.⁹ Vardiyalı çalışmanın, insanın günlük biyolojik ritmini bozarak pek çok sağlık sorununa yol açtığı bilinmektedir.¹⁰⁻¹⁵ Sirkadiyen ritm birbirini takip eden uyku ve uyanıklık çemberi olarak anılır. Sağlıklı erişkinlerde uyku, sirkadiyen ritmin belirli bir fazında ortaya çıkmaktadır. Uyku uyanıklık döngülerinin düzeni ile sirkadiyen ritmin düzeni, dolayısı ile doğal vücut fonksiyonlarının işleyişi arasında yakın bir ilişki vardır.¹⁶

Uyku erişkinlerde bedensel dinlenmeyi, hücre yenilenmesini ve organizmanın onarımını sağlamakta, hafıza ve öğrenme sürecinde rol oynamaktadır. Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerinin etkilerine bakıldığında en sık görülen sorun, uyku düzeninde meydana gelen bozukluklar ve uyumada karşılaşılan güçlüklerdir.¹⁷ Gece çalışanlar bedenleri uyumak istediği saatlerde uyanık kalmak, bedenleri uyanık olmak istediğinde ise uyumaya çalışmak istemektedir ve bu durum bireyin aşırı yorulmasına ve çalışma performanslarının düşmesine ve sirkadiyen ritmin değişmesine neden olur. Düzeni bozulmuş uyku ve uyanıklık, vardiya çalışması yürütenlerin yakındığı oldukça önemli bir sağlık sorunu olarak bilinmektedir. Çalışma yaşamında gündüz uykululuk ve ilişkili durumların saptanması özellikle vardiya çalışması yapılan yerlerde vardiya düzeninin organizasyonu yeniden düzenlenmesi açısından erken önlemler alınmasına dönük veri ve bilgi sağlayacak temel bir adımdır. Ülkemizde mevzuatta yer almış tanımlar olmasına karşın vardiya tipleri ve uygulamalarının sağlık etkileri ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlı sayıdadır.¹⁸⁻²¹ ve daha çok sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Bu çalışmada bir termik santral çalışanlarında gündüz uykululuk ve ilişkili durumların kesitsel olarak araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte yapılan bu çalışma Nisan-Haziran 2009 tarihleri arasında, Zonguldak’ta bir termik santralde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini termik santralde çalışan 431 kişi, örneklemini ise araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve Bilgilendirilmiş Onamları alınan çalışmaya katılmayı kabul eden 354 kişi oluşturmuştur. Veriler sosyo-demografik, sağlık durumu ve çalışma özelliklerini içeren anket formu (29 soru) ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve ark. (1996) tarafından yapılan Epworth Uykululuk Ölçeği ile toplanmıştır. EUÖ, uykunun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik olarak geliştirilen, uygulama ve değerlendirmesi kolay ve tüm gün boyunca uykunun değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip öz bildirim ölçeklerindedir. EUÖ’de bulunan her sorunun puanlaması 0-3 puan arasında olup, ölçekten alınabilecek skor 0-24 aralığındadır. Değerlendirmede her bir durum için alınan puanlar toplanır. Genel EUÖ skoru, 10 ve 10 puandan yüksekse aşırı gündüz uykuluğunun varlığından söz edilmektedir.²²

Araştırma, 07.05.2009 tarihli, B.15.2.ÜAŞ 0.12.03.00/773-01/82/1443 sayılı kurum izni ve 14.05.2009 tarihli, 2009/06 sayı numaralı Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik olmayan araştırmalar Etik kurulu onayı ardından veriler toplandı. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS versiyon 11.01(customer number: 114094, Chicago, Illionis) programına aktarılarak değerlendirildi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. sürekli veriler için için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, kategorik veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile incelendi. ölçüm verilerinin üç grup karşılaştırılmasında Kolmogorov-Smirnov doğrultusunda parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirildi ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan 354 çalışanın büyük çoğunluğu erkek (%98.3) ve evliydi (%94.4), 41-50 yaş grubu arasında (%68.9) ve lise mezunuydu (%77.1). Büyük çoğunluğu sigara içiyor (%52.8) ve alkol kullanıyordu (%47.2) (Tablo 1).

Çalışanların vardiya dağılımına bakıldığında %55.4 ikili ve üçlü vardiya sisteminde çalışmakta olup %44.6'sı sabit gündüz çalışmaktaydı. Vardiya tipi, Epworth Uykululuk Ölçeği puanına göre gündüz uykululuğa sahip olma yönünden incelendiğinde; gündüz vardiyasında çalışanların EUÖ puan ortalaması 5.1 ± 3.6 , ikili vardiyada çalışanların EUÖ puan ortalaması 6.4 ± 4.3 , üçlü vardiya sisteminde çalışanların EUÖ puan ortalaması ise 8.4 ± 5.0 'ti. Gündüz vardiyasında çalışanların %19.0'ı, ikili vardiyada çalışanların %11.0'ı ve üçlü vardiyada çalışanların %70'inde gündüz uykululuğu gösteren değerler saptandı. Bütün çalışanların %28.3 ünde gündüz uykululuk saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$). (Tablo 2). Çalışanların bazı demografik özelliklerine göre EUÖ puanına bakıldığında gündüz aşırı uykululuk gösteren değerler; en çok 41-50 yaş grubu arasında olup en az değerler ise 30 yaş ve altı grubundaydı. Çalışanlardan medeni durumu evli olanların, sigara kullananların, alkol kullananların ve çay-kahve tüketenlerin EUÖ puanı yüksek

bulunmuştur. Gruplar arasında fark Tablo 3'te sunulmaktadır.

Tablo 1. Çalışanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=354)

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	348	98.3
Kadın	6	1.7
Yaş Grubu		
≤30	13	3.7
31-40	47	13.3
41-50	244	68.9
≥51	50	14.1
Medeni Durum		
Bekar	20	5.7
Evli	334	94.4
Öğrenim Durumu		
İlkokul	23	6.5
Ortaokul	28	7.9
Lise	273	77.1
Üniversite	30	8.5
Sigara Kullanımı		
Hiç içmedi	117	33.1
Bıraktı	50	14.1
İçiyor	187	52.8
Alkol Kullanımı		
Hiç içmedi	166	46.9
Arasına içiyor	167	47.2
Sürekli içiyor	21	5.9

Tablo 2. Çalışanların Vardiya Tipine Göre Epworth Uykululuk Ölçeği Puanları

Gruplara göre uyku kalitesi puanı	Sayı	Puan ortalaması	p
Gündüz Vardiya	158	5.1 ± 3.6	0.001
İkili Vardiya	47	6.4 ± 4.3	
Üçlü Vardiya	149	8.4 ± 5.0	
Toplam	354	6.7 ± 4.6	

Kruskal Wallis

Vardiyalı çalışma, işin niteliği gereği sürekli çalışılması gereken işlerde geçmişten bu yana uygulanan çalışma şekli olması nedeniyle sağlık ilişkisi, uyku ilişkisi konusunda pek çok çalışma yapılmıştır.²³⁻²⁷ Düzeni bozulmuş uyku ve uyanıklık, vardiya çalışması yürütenlerin dörtte üçünün yakındığı sağlık sorunu olarak bilinmektedir.⁸ Fekedulegn ve ark. yapmış olduğu çalışmada gece çalışan polislerde uyku

Tablo 3. Çalışanların Bazı Özelliklerine Göre Gündüz Uykululuk Durumu(n=354)

Değişkenler	Epworth Uykululuk Ölçeği Puanı		Uykululuk Ölçeği		Toplam	P*
	<10		≥ 10			
	n	%	n	%		
Medeni durum						
Bekar	19	95.0	1	5.0	20	0.021
Evli	235	70.3	99	29.7	334	
Yaş Grubu						
≤30	12	92.3	1	7.7	13	
31-40	39	83.0	8	17.0	47	0.038
41-50	166	68.0	78	32.0	244	
≥ 51	37	74.0	13	26.0	50	
Sigara Kullanımı						
Hiç içmedi	92	78.6	25	21.4	117	
Bıraktı	25	50.0	25	50.0	50	0.001
İçiyor	137	73.3	50	26.7	187	
Alkol Kullanımı						
Hiç içmedi	119	71.7	47	28.3	166	0.001
Arasına içiyor	123	73.7	44	26.3	167	
Sürekli içiyor	12	57.1	9	42.9	21	
Çay-Kahve Tüketim						
Düşük (1-2 bardak)	70	86.4	11	13.6	81	
Orta(3-4 bardak)	116	64.8	63	35.2	179	0.002
Yüksek(5 bardak ve üzeri)	68	72.3	26	27.7	94	

*Ki-kare analizi

kalitesinin %70 oranında düşük olduğu bulunmuştur.²⁸Kazemi ve ark. vardiyalı çalışmanın uyku düzeni ve uykululuk durumu üzerine yapmış olduğu bir başka çalışmada da gece ve gündüz çalışanlar arasında uykululuk durumunda önemli farklılıklar olduğu bulunmuş, gece çalışanlarda uyku kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır.²⁹ Türkiye’de küçük ölçekli bir işyerinde yapılan bir araştırmanın sonucunda da benzer biçimde vardiyalı çalışmanın gündüz uykululuk durumunu artırdığı bulunmuştur.³⁰ Smith ve ark. yapmış olduğu çalışanların uyku durumlarının değerlendirildiği benzer bir çalışmada da, gece çalışan veya dönüşümlü vardiyalarda çalışanlarda, gündüz çalışanlara göre, uykunun daha bozuk olduğu bildirilmektedir.³¹ Özbildirime dayalı iki test olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Epworth Uykululuk Ölçeğinin (EUÖ) kullanıldığı bir araştırmanın sonucuna göre ise, araştırmaya katılan ve vardiyalı çalışan işçilerin, %42’sinin uyku kalitesinin kötü ve aşırı gündüz uykululuk durumu olduğu saptanmış olup³² Epworth Uykululuk Ölçeği’ni kullandığımız çalışmamızın sonucunda da literatürle uyumlu olarak gece

çalışanlarda gündüz çalışanlara göre gündüz uykululuk durumunun yüksek olduğu belirlenmiş, gece vardiyasında çalışanların uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu bulgudan yola çıkarak sektörlere göre değişen gereksinimler de dikkate alınarak vardiya süresi ve türü konusunda müdahale araştırmaları ile daha spesifik bulgulara erişilebileceği düşünülmektedir.

Uyku bozuklukları ve vardiyalı çalışmanın alkol/madde/sigara kullanım sıklığında artış ile ilişkili olduğu bilinmektedir.³³⁻³⁶ Vardiya çalışması ile sigara ilişkisinin ve gündüz uykululuğun birlikte değerlendirildiği ve benzer ilişkinin gösterildiği bir çalışmada, Türkiye’de vardiyalı çalışan 281 kişide yapılan bir çalışmada, sigara içme sıklığı %51.8 ve sigara kullananların %46.0’ında, kullanmayanların ise %30.4’ünde aşırı gündüz uykululuğu gösteren anlamlı değerler saptanmıştır.³² Sigara kullanımının uyku ve diğer ilişkili faktörler üzerine etkisinin incelendiği Fidan ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise horlama, gündüz aşırı uykululuk hali ve yakınları tarafından bildirilen apne şikayetleri bulunan 204 kişide sigara kullanımının daha

fazla sıklıkta olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur.³⁷ Caruso ve ark. tarafından yapılan çalışma saati ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçlarında da, uzun ve standart olmayan çalışma saatleri ile birlikte sigara içmede artış yaşandığını görülmüştür.³⁸⁻³⁹ Çalışmamızda da literatürle benzer sonuçlara ulaşılmış olup, vardiya düzeni ile sigara kullanımı arasında ilişki bulunmuştur ve ikili ve üçlü vardiya sisteminde çalışanlarda sigara kullanma sıklıkları arasında gündüz çalışanlara göre daha fazla bulunmuştur ve sigara-alkol kullanan, çay-kahve tüketimi fazla olan çalışanlarda uyku kalitesi yüksek bulunmuştur. Bu konu vardiya çalışması yapanlarda uyku hijyeni eğitimlerinin yanında sağlığı geliştirme uygulamalarından sigara bırakmaya daha kapsamlı yer verilmesini ön plana çıkarmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda, çalışanların vardiya tipine göre uyku kalitesi durumu incelendiğinde ikili vardiya ve üçlü vardiya sisteminde çalışanların uyku düzenlerinde sorunlar ortaya çıktığı ve bununla birlikte bazı kişisel alışkanlıkların da değiştiği bulunmuştur. Vardiyalı sistemde çalışanlarda uyku kalitesi olumsuz etkilendiğinden ve gündüz uyku kalitesi durumu olduğundan, vardiya sistemi düzenlenirken gereksinilen uyku temel alınarak çalışan özelinde inceleme ve değerlendirme yapılmalıdır. Vardiya sistemindeki değişimler arasında en az 48 saat süre bırakmalı, 8 saatten uzun süreli vardiyalardan kaçınılmalı, gece çalışması sağlığı nedeniyle uygun olmayan işçiler gündüz yapılan çalışmalarda istihdam edilmeli, çalışanlara vardiya öncesi ve sonrası dinlenebilecekleri bir oda sağlanmalı ve dinlenme süresi uzun tutulmalı, uyku bozukluğu şikayeti olan çalışanlar tespit edilip tedavi edilmelidir. İşyerinde sağlığı geliştirme uygulamalarına uyku hijyeni eğitimleri eklenmeli, sigara-alkol kullanımının önlenmesi, dengeli beslenme ve uyku düzeni gibi konularda katılımın sağlanabileceği benimsenebilir nitelikte sektörlere özel ve sağlığı geliştirme programları oluşturularak daha ileri incelemeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Ören K, Yüksel H.. [Working life from past to present] Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi 2012; 12(1): 35-59.
2. Aydoğanlı E. “4857 Sayılı İş Kanunu’nda

- çalışma süreleri ve esneklik tartışmaları” 2007; www.emekdunyasi.net/tr/article. (Erişim Tarihi: 10.11.2015).
3. Caniklioğlu N. “4857 Sayılı Kanuna Göre Çalışma Süresi ve Bu Sürenin Günlere Bölünmesi” 2008. www.toprakisveren.org.tr. (Erişim Tarihi: 12.09.2015).
4. Eurofound Fifth European Working Survey, Publications Office of the European Union, Luxembourg,2012.http://www.eurofound.euro.a.eu/surveys/ewcs/2010/index.html. (Erişim Tarihi:21.11.2016).
5. İsveç'te Çalışma Saatleri Azalınca Kalite Ve Verim Arttı. http://tr.euronews.com/2017/01/04/isvec-te-calisma-saatleri-azalinca-kalite-ve-verim-artti. (Erişim Tarihi: 20.12.2016).
6. İş günü 6 saat olsa ne olur? http://www.bbc.com/turkce/haberler/2015/10/151006_vert_cap_6_saatlik_igunu. (Erişim Tarihi:21.11.2016).
7. Akyiğit E. İctihatlı ve Uygulamalı İş Kanunu Şerhi Kitabı 2001; pp:457-60.
8. Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. Vardiyalı Çalışmalarda İş Sağlığı Ve Güvenliği Konuları 2012; ISBN: 978-605-86486-1-6.
9. Ursavaş A, Ege E. [Sleep Apnea Syndrome and Traffic Accidents] Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30(1):37-41.
10. Selvi Y, Güzel ÖP, Özdemir O. [Influence of night shift work on psychologic state and quality of life in health workers]. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2010; 23(4):238-243.
11. Yüksel A. Uyku, biyolojik ritim ve kimya: tüketicilerin bilişsel ve duygusal fonksiyonları üzerine etkileri. Journal of Travel and Hospitality Management 2016;13(1):121-127.
12. Bacak B, Kazancı E. [assessment of physiological, psychological and Sociological effects that night shift workers Encounter in turkish work life] Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi 2014; 3(6):132-149
13. Demir AU. Vardiyalı Çalışma, <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/>. (Erişim Tarihi: 08.11.2016).
14. Öztura İ. Vardiyalı çalışma ve uyku bozuklukları.http://78.189.53.61/uyku/11uykusunu/8_i_oztura.pdf. (Erişim Tarihi: 05.10. 2016).
15. Pat McKay. 2009: “Occupational Environmental Health Nursing”. www.hughston.com/hha. (Erişim Tarihi: 10.12.2015).
16. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. [The effect of

day and night shift working on the attention and anxiety levels of anesthesia residents]. *Turkish Journal of Psychiatry* 2005;16(2):106-112.

17. Spurgeon A. Working Time: Its Impact on Safety and Health, International Labour Organization, 2003; pp 7-16.
18. Uğurlu TT. Kadın Tekstil İşçilerinde Vardiyalı Çalışmanın Uyku ve Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. Pamukkale Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Denizli, 2014.
19. Çekinmez ST. Vardiyalı Çalışan hemşirelerde Diyabet Riskinin Belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2013.
20. Yabanova KE. Gece Vardiyasının İşçiler Üzerinde Yarattığı Fizyolojik, Psikolojik, Sosyolojik ve İş Kazası Etkilerine İlişkin Bir Alan Araştırması. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2016.
21. Uğurlu AD. Hemşirelerde Çalışma Düzeninin Uyku Kalitesi ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2015.
22. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H. Epworth Uykululuk Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatr Derg* 1996;10(4):261-267.
23. Scott Davis. ve ark. Night Shift Work, Light at Night, and Risk of Breast Cancer, *JNCI* 2001; 93(20):1557-1562.
24. Akerstedt T, Wright KP. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. *Sleep Med Clin* 2009; 4(2):257-271.
25. Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, Dreyfus M. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *J Psychosom Res* 2002;53(1):577-583.
26. Kubo T, Maruyama T, Shirane K, Otomo H, Matsumoto T, Oyama I. Anxiety about starting three-shift work among female workers: findings from the female shift-workers' health study. *J UOEH* 2008; 30(1):1-10.
27. Tarhan M, Dalar L. Vardiyalı Çalışma ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Durumları Üzerine Etkisi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;1(2):25-39.
28. Fekedulegn D, Burchfiel CM, Charles LE, Hartley TA, Andrew ME, Violanti JM. Shift Work and Sleep Quality Among Urban Police Officers, *JOEM* 2016; 58 (3):66-71.
29. Kazemi R. ve ark. Effects of Shift Work on Cognitive Performance, Sleep Quality, and Sleepiness among Petrochemical Control Room Operators. *J Circadian Rhythms* 2016; 14(1):1-8.

30. Koçoğlu D, Akın B. [Working Conditions and the Relationship With Daytime Sleepiness Condition of Employees in Small Enterprises] *HEMAR-G* 2009; 11(1):5-19.

31. Smith MJ, Colligan MJ, Tasto DL. Health and Safety Consequences of Shift Work in the Food Processing Industry. *Ergonomics*, 1982; 25:133-144.
32. Gedikli FG, Yıldız AN. Otomotiv Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir İşyerinde Vardiya Sistemi ile Yapılan Çalışmanın Sağlık ve Güvenlik Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
33. Fernández Rodríguez MJ, Bautista Castaño I, Bello Luján L, Hernández Bethencourt L, Sánchez Villegas A, and Serra Majem L. Nutritional evaluation of health shift workers from the Canary Islands. *Nutrición Hospitalaria: Organo Oficial De La Sociedad Española De Nutrición Parenteral Y Enteral*. 2004; 19(5):286-291.
34. Di Lorenzo L, De Pergola G, Zocchetti C, L'Abbate N, Basso A, Pannacciulli N, Cignarelli M, Giorgino R. and Soleo L. Effect of shift work on body mass index: results of a study performed in 319 glucose tolerant men working in a Southern Italian industry. *International Journal of Obesity* 2003; 27(11):1353-1358.
35. Kivimäki M, Kuusma P, Virtanen M. and Elovainio M. Does shift work lead to poorer health habits? a comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work. *Work and Stress* 2001;15(1):3-13.
36. Peplowska B. ve ark. Night Shift Work And Modifiable Lifestyle Factors, *International JOEM* 2014;27(5):693 – 706.
37. Fidan F, Ünlü M, Sezer M, Pala E, Geçici Ö. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Türk Toraks Dergisi*, 2006; 7(1):125-129.
38. Caruso CC, Hitchcock EM, Dick RB, Russo J.M, Schmitt JM. 2004 (İnternet). Overtime and extended work shifts: Recent findings on illnesses, injuries and health behaviors, http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004_143/pdfs/2004-143.pdf (Erişim Tarihi: 12.05.2015)
39. Caruso CC, Bushnell T, Eggerth D, Heitmann A, Kojola B, Newman K, Rosa R, Sauter S, Vila B. Long working hours, safety and health: Toward a national research agenda. *Am J Ind. Med*, 2006;49(11):930-942.

İleri Evre Demans Hastasında Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**Nursing Care of Advanced Stage Dementia Patient: Case Report**Filiz DİLEK^a, Aysun ÜNAL^b, Serap ÜNSAR^c

ÖZET Alzheimer, yaşlılarda en sık görülen demans tipidir. Nöral yapılarda ilerleyici hücre kaybıyla karakterize, ilerleyici bir hafıza kaybı tablosudur. 65 yaş ve üzeri yaşa sahip her 9 kişiden birini etkilemektedir. Uzun süreli bakım gerektiren Alzheimer hastalığında hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu olgu sunumunda; Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli doğrultusunda ileri evre bir Alzheimer hastası değerlendirilerek hemşirelik bakım planı oluşturulması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Alzheimer hastalığı; hemşirelik bakımı; Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli.

ABSTRACT Alzheimer is the most common type of dementia in elderly. Alzheimer's disease is characterized by progressive loss of neural cell structure and progressive loss of memory. The disease affects one in nine of the people with age 65, and older. Alzheimer's disease requires long-term care of patients and their families should be addressed as a whole. In this case report; a patient with diagnosis of advanced stage of Alzheimer's disease is reported and the aim is to make a scheduled nursing care plan according to Gordon's functional health patterns.

Key words: Alzheimer's disease; nursing care; Gordon's functional health patterns

Giriş

Demans bilişsel ve entellektüel işlevlerde azalma sonucu; bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi işlevlerde bozulmaya sebep olan merkezi sinir sisteminin ilerleyici dejeneratif bir hastalığıdır^{1,2}. Yaşlılıkta sık görülen damarsal ve dejeneratif değişimlere bağlı gelişen demans hastalıklarının başında %50-70 arasında değişen oranlarıyla Alzheimer hastalığı (AH) gelmektedir³. En önemli risk faktörü yaştır. AH, 65 yaş ve üzeri yaşa sahip her dokuz kişiden birini etkilemektedir⁴. Prevalansı 60 yaşından sonra her beş senede bir, iki katına çıkmaktadır. Araştırmalarda kadınlarda Alzheimer riski erkeklerden daha fazla bulunmuştur^{5,6}. 2016 yılında Amerika birleşik devletlerinde Alzheimer hastalığına sahip kişilerin %44'ü 75-84 yaş aralığındadır ve

Alzheimer tüm yaşlara sahip Amerikalıların 5.4 milyonunu etkilemektedir⁴. Türkiye'de 2014 yılında Teşhis İlişkili Gruplar (TIG) veri tabanından elde edilen verilere göre 18.158 hastaya Alzheimer tanısı konmuştur. Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en çok görülen yaş grubunun 70-84 yaş olduğu, kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Batı illerinde ve büyük şehirlerde daha fazla görülmektedir.⁷Toplumun yaşlanması ve ülkemizdeki yaşlı nüfus oranının artmasına bağlı olarak AH'lı yaşlı sayısının artması beklenmektedir.²

Yaş, düşük sosyo-ekonomik düzey, aile öyküsü, kadın cinsiyet, down sendromu, Apo E 4 alleli, depresyon, yüksek kan basıncı, kolesterol yüksekliği, homosistein yüksekliği, tip 1 diyabet AH için risk faktörleri olarak sayılmaktadır.^{2,5}AH'nın oluşma riskini azalttığı

Geliş Tarihi/Received: 26-12-2016/ **Kabul Tarihi/Accepted:**10-05-2017

^a Öğretim Görevlisi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, e-posta: fdilek@nku.edu.tr, İş Telefonu:0 282 250 33 08

^b Profesör, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, e-posta: aunal@nku.edu.tr

^c Profesör, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e-posta: serapunsar@trakya.edu.tr

Sorumlu yazar /Correspondence: Öğr. Görv. Filiz Dilek, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, e-posta: fdilek@nku.edu.tr, İş Telefonu:0 282 250 33 08

düşünülen koruyucu faktörler ise ApoE e2 alleleline sahip olma, non-steroid antiinflamatuvar ilaçların kullanımı ve yüksek eğitimidir⁵. AH, unutkanlıkla başlayarak; tam bağımlılığa ilerleyen erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç evreye ayrılmaktadır.^{2,8} Tam, hasta öyküsü, fizik ve nörolojik muayene, nöropsikolojik testler, görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar incelemeleri ile konulmaktadır. Kognitif bozukluğun şiddetini ve/veya demansın evresini değerlendirmede; Kısa Mental Durum Testi (KMDT), Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) ve Global Bozulma Ölçeği (GDS) kullanılmaktadır⁹. Tedavide birincil amaç, hastalığın kognitif ve bellek bozukluğu semptomlarına odaklanmaktadır. İkincil amaç ise, hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan depresyon, halüsinasyon, uyku bozuklukları gibi bulguların azaltılmasını amaçlamaktadır. Bakım yaşam kalitesini artırıcı ve bakımını destekleyici özelliktedir¹⁰. Hastalığın evresi belirlendikten sonra aile de ele alınarak bireysel problemlere yönelik bütüncül hemşirelik bakımı planlanmalıdır.

Bu çalışmada sunulan olguda AH hastalığının evresini belirlemek için; hasta öyküsü, KMDT, CDR testlerinden yararlanılmıştır. Olgu, 1982'de Gordon tarafından geliştirilmiş olan bireylerin biyopsikososyal boyutta kapsamlı olarak ele alındığı hemşirelik bakım modeli ile değerlendirilerek hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Hasta yakının bakıcı yükünün değerlendirilmesinde; bakım verme yükü ölçeği kullanılmıştır. Olgu ve hasta yakını çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve izinleri alınmıştır.

Olgu sunumu

İleri evre Alzheimer hastası 75 yaşındaki İ.H.T olgu olarak sunulmuştur. Hasta yakınından alınan bilgilere göre, hasta ilkokul mezunu ve emeklidir. İki yıl önce unutkanlık şikayeti ile sağlık kuruluşuna başvuran ve AH tanısı alan hastanın üç ay önce eşi vefat etmiştir. Ağır derecede unutkanlık vardır. Zaman ve mekâna oryante değildir. Ev dışında bağımsızlığını yitirmiştir. Tehlikede olduğuna inanmakta, aile üyelerinin kendisini terk etmeyi düşündüklerini söylemektedir. Ölen anne- babasının kendisini ziyarete geldiğini görmekte ve onlarla konuşmaktadır. Banyo yapma ve giysilerinin değiştirilmesi gibi günlük aktivitelere direnmektedir. Ailesine yük olduğunu ve ölme isteğini belirtmektedir. Paraya düşkünlüğü artmıştır. Evde amaçsızca dolaşmakta, çekmece

ve dolapları karıştırmaktadır. Geceleri uykuya dalmakta güçlük yaşamaktadır. Yemek yediğini unutup tekrar yemek istemektedir. KMDT puanı 11'dir, Öykü ve muayene bulguları ışığında Klinik Demans Evreleme ölçeğine göre Evre 3 Alzheimer hastasıdır. Hasta; Memantin 20 mg 1x1, Rivastigmin 15 transdermal flaster (27 mg rivastigmin) 1x1, Sertralin 50 mg 1x1 kullanmaktadır.

Hasta yakını; hastayı aksi, geçinilmesi zor biri olarak tanımlanmaktadır. Hastanın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini, kendisinin babasının davranışlarından rahatsızlık duyduğunu, kendi sağlığının da bozulduğunu, özel ve sosyal hayatını istediği gibi yaşayamadığını, zaman zaman daha fazla babasının bakımını üstlenemeyeceğini düşündüğünü belirtmiştir. Uygulanan bakım verme yükü ölçeğinden 85 puan almıştır.

İHT ' un Gordon un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre değerlendirilmesi

- 1. Sağlık algılanması:** Özgeçmişinde ameliyat öyküsü ve kronik hastalık öyküsü olmayan İHT 2 yıl önce Alzheimer tanısı almıştır. 3 ayda bir düzenli kontrolleri devam etmektedir.
- 2. Beslenme şekli ve metabolik durum:** hasta yakını İHT nin yemek yemeyi unutup tekrar yemek istediğini ve elle yemek yediğini belirtmektedir. Kendi yemeğini kendi hazırlayamamaktadır. Yemek yedikten sonra da hasta temizlenmekte yardıma ihtiyaç duymaktadır.
- 3. Boşaltım şekli:** Defekasyonun günde bir kez olduğu, tuvaletin hatırlatılması gerektiği ve hastanın kendini temizlemekte zorluk çektiği belirtilmektedir.
- 4. Aktivite-egzersiz şekli:** Tırnak bakımı, banyo yapma v.b. konularda yardıma gereksinimi vardır. Giysileri seçildiği taktirde giyiniş – soyunabilmekte ve banyo yapma, giysilerinin değiştirilmesi gibi günlük aktivitelere hasta direnmektedir. Ev içinde dolaşabilmektedir. Ev dışında bağımsızlığını yitirmiştir.
- 5. Uyku-istirahat şekli:** Geceleri uykuya dalmakta güçlük yaşamaktadır. Tehlikede olduğu ve aile üyelerinin kendisini terk edeceği korkusuyla, geceleri evde kimlerin olduğunu kontrol etmek için dolaşmaktadır. Ortalama günde 4-5 saat uyumaktadır.
- 6. Bilişsel algılama şekli:** İHT de işitme, görme kaybı yoktur. Zamana ve mekana oryante değildir. Ölen anne ve babasının

geldiğini görmekte ve onlarla konuşmaktadır. Bir neden olmaksızın göğüs bölgesinin üzerinde bir ağrı olduğunu tanımlamaktadır.

7. **Kendini algılama ve Kavrama şekli:** Hasta yakını İHT'nin ailesine yük olduğunu, gelecekte umutsuz olduğunu ve ölmek istediğini söylediğini, para ile mutlu olduğunu belirtmektedir. Ev ve arabanın satılarak parasının kendisine verilmesini istemektedir.
8. **Rol –ilişki şekli:** İHT tehlikede olduğunu, aile üyelerinin kendisini terk etmeye çalıştığını belirtmektedir. Hasta yakını İHT'yi geçinilmesi zor birisi olarak tanımlamakta, davranışlarından rahatsızlık duyduğunu, sosyal ilişkilerinin bozulduğunu ve sosyal-özel hayatını istediği gibi yaşamadığını belirtmektedir.
9. **Cinsellik ve üreme:** İHT'nin eşi vefat etmiştir. Hasta yakını, İHT'nin hastalığından dolayı kendi özel ve sosyal hayatına zaman ayıramadığını belirtmektedir.
10. **Baş etme, stresi tolere etme şekli:** İHT gün içinde sık sık ağlamaktadır. Hasta yakını, sosyal ve maddi destek kaynaklarının olmadığını belirtmektedir.

Hemşirelik Bakım Planı^{2,11-16}

Gordonun fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre toplanan veriler doğrultusunda hemşirelik tanıları konularak bakım planlanmıştır.

1. **Hemşirelik tanısı:** Düşünce sürecinde değişim
Neden: Serebral nöronların dejenerasyonu ve uyku paterninde bozulma.

Hemşirelik Girişimleri:

- *Aile ile birlikte belleği güçlendirici girişimler (Psikomotor ve zihinsel aktiviteler) planlanarak hasta bireyin katılımı sağlanmalı,
- *Takvim kullanarak gün, ay, yıl her gün hatırlatılmalı ve takvim üzerinde yazan yazılar okunmalı,
- *Saat üzerinde saatin kaç olduğu hatırlatılmalı,
- *Hastaya ismi ile hitap edilerek, açık-net anlaşılabilir iletişim sağlanmalı,
- *Bulmaca çözme, gazete- kitap okuma, aile albümlerine bakılarak zihin canlı tutulması sağlanmalı,
- *Basit günlük aktiviteler (haşlanmış yumurta soyma, çorap eşleme, çöpü atma, çamaşır asma

vb.) yapılması için plan yapılmalı, aktivitelerin yapımında zaman tanınmalı, yapılması gerekenler gerektiğinde tekrar hatırlatılmalı,

- *Giysi ve kıyafetlerin kolay giyilebilir olanları tercih edilmeli, kıyafetler takım halinde (iç çamaşırı-giyecekleri) hastaya sunulmalı,
- * Akkraba, eş-dost ziyaretlerinin planlanması, birlikte yürüyüş yapma gibi sosyal aktiviteler sürdürülmeli,
- *Hastada var olan mizaç değişikliği, halüsinasyonlar ve hezeyanlar hasta yakını ile konuşularak belirlenmeli,
- *Halüsinasyonları ve illüzyonları dikkate alarak; kendini güvende hissetmesi, düşme riskinin azaltılması açısından gece ışıklandırması uygun yapılmalı ve etkin iletişim sürdürülmeli,
- * Hekim tarafından önerilen ilaçlar düzenli kullanılmalı.

Beklenen sonuç: Bilişsel işlevlerin en üst düzeyde sürdürülebilir olması.

2. Hemşirelik tanısı: Huzursuzluk

Neden: Nörodejenerasyona sekonder gelişen frontal işlevlerde bozulma.

Hemşirelik Girişimleri:

- *Mümkünse bakım verilen ortam ve kişiler değiştirilmemeli,
- *Stresten uzak, çevresel uyaranların (gürültü, parlak ışık vb.) sınırlı olduğu ortam sağlanmalı,
- *Hasta ile iletişimde kısa ve basit sözcüklerle, alçak ses tonuyla konuşulmalı,
- *Göz teması kurularak tane tane konuşulmalı ve anlaşılmayı arttırmak için el, kol hareketler, mimikler etkili kullanılmalı,
- *İletişimde aynı anda birden fazla soru sorulmamalı,
- *Sık kullandığı özel eşya (takma diş, gözlük) kolay ulaşabileceği yerde bulundurulmalı,
- *Ajitasyonu arttıracığı için hasta bir odaya ya da yatağa bağlanmamalı,
- *Kullanılan İlaçların etki ve yan etkileri yönünden hasta gözlenmeli.

Beklenen sonuç: Bireyin huzurlu, yeterli ve uygun iletişimi sürdürebiliyor olması.

3. Hemşirelik tanısı: Uyku paterninde bozulma

Neden: Huzursuzluk

Hemşirelik Girişimleri:

- *Gün içinde uyanık kalması sağlanmalı, uyuklamalar önlenmeli,
- *Sakin huzurlu bir ortam sağlanmalı,

*Yatmadan önce uykuyu etkileyecek aktivitelerden (yemek yeme, egzersiz) sakınılmalı,
*Çevresel uyaranlar azaltılmalı,
* Televizyon, telefon gibi ajitasyona neden olacak gürültü kaynaklarından uzak bir oda tercih edilmeli,

*Yatmadan önce kafeinli gıdaları tüketmesi önlenmeli,

* Uyandıığında kendisini dinlenmiş hissedip, hissetmediği sorulmalı. Uyandıığında sakin, sinirli, gergin, mutlu olup olmadığı değerlendirilmeli.

Beklenen sonuç: Yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanmış olması

4. Hemşirelik tanısı: Öz bakım eksikliği

Neden: Bilişsel süreçlerde bozulma.

Hemşirelik Girişimleri:

* Bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığı korunmalı,

*Bakımlı ve temiz görünmesine yönelik teşvik edici iletişim kurulmalı,

* Kolay giyebileceği kıyafetler tercih edilmeli.

*Yerine getiremediği öz bakım aktivitelerinde (banyo yapma, tuvalet, diş fırçalama, kıyafet giyme vb.) desteklenmeli,

*Cilt bütünlüğünün korunmasına yönelik uygulamalar planlanmalı.

Beklenen sonuç: Kendi bakımına en üst düzeyde aktif katılımı ve sürdürabiliyor olması.

5. Hemşirelik tanısı: Travma riski

Neden: Bilişsel yetersizliğe bağlı olarak çevredeki tehlikelerin farkına varamama.

Hemşirelik Girişimleri:

*Görme ve işitme duyularının kontrolü yapılmalı,

*Evdeki mobilyalar ve aksesuarlar yaralanmayı önleyici şekilde seçilmeli,

*Ayak tabanı kaydırmaz, uygun ayakkabı seçilmeli,

* Mutfakta kesici aletler kaldırılmalı,

* Ocaklar belli süre açık kaldıktan sonra kapanacak şekilde ayarlanmalı,

*Oda ve koridordaki halı ve kilimler sabitlenmeli,

*Banyo yönünü belirten bantlar kullanılmalı, tuvalete giden yolların aydınlatılması ve güvenliği sağlanmalı,

* Emniyetli ısı kontrolü sağlanarak su sıcaklıkları 37 derecede sabitlenmeli (yanıkları önlemek için).

*Banyoda kaymayan paspaslar kullanılmalı,

*Banyoda küveti doldurarak yıkanmak yerine oturarak duş yapılmalı

*Prizlerde koruma aparatı olmalı.

Beklenen sonuç: Kaza ve yaralanma yaşamadan güvenli bir ortamda yaşamını sürdürüyor olması.

6. Hemşirelik tanısı: Kaybolma riski

Neden: Bilişsel işlevlerde bozulma.

Hemşirelik Girişimleri:

*Hastanın yanında tanıtıcı bir kimlik kartı, ulaşılacak adresin bulunduğu bir künye bulundurulmalı,

*Künye taşımak istemeyen bireylerin kıyafetine hastanın ad-soyadı, ulaşılacak kişinin telefonu ve adresi eklenmeli,

*Gözetimsiz dışarı çıkmasına izin verilmemeli,

* Kapı ve camlar için gereken önlemler alınmalı,

*Yakın çevre hastanın durumu hakkında bilgilendirilmeli,

* Kaybolma riskine karşılık hastanın son 6 aylık fotoğrafı bulundurulmalı,

*Kaybolma durumunda başvurulacak kurumlar belirlenmeli.

Beklenen sonuç: Yakın ve uzak çevrede kaybolmamış olması

7. Hemşirelik tanısı: Gereğinden çok beslenme

Neden: Bilişsel süreçlerde bozulma.

Hemşirelik Girişimleri:

*Diyetisyen ile bir birlikte kalori hesaplaması yapılarak, yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalı,

*Beden ağırlığı korunmalı, kilo takibi yapılmalı

*Yemek yeme saatleri hatırlatılmalı,

*Yemekte neler olduğu söylenmeli, gerekirse yemek adları hatırlatılmalı,

* Gereksiniminden fazla beslenmesini önlemeye yönelik olarak, yemek sonrası tekrar yemek isteğinde dikkati başka yöne çekilmeli,

*Konstipasyonu önlemek için diyetle lifli gıdalara yer verilmeli.

Beklenen sonuç: Yeterli ve dengeli besleniyor olması.

8. Hemşirelik tanısı: Aile içi baş etmede yetersizlik riski

Neden: Nöropsikiyatrik belirtiler ve uzun süreli bakım gereksinimi.

Hemşirelik Girişimleri:

*Hastalık hakkında bakım verene kısa bilgi verilmeli,

*Duygu ve düşüncelerini paylaşmalarına fırsat tanınmalı,

*Bakım veren aile üyelerine öz-bakım uygulamaları, aktivite planlama, hasta birey ile iletişim konularında bilgi verilmeli,

*Hasta bakımını kolaylaştırıcı araç ve gereçler, transfer teknikleri ve vücut mekanikleri öğretilmeli,

*Bakım veren aile üyelerine destek ve danışmanlık sağlanmalı,

* Aile üyelerinin destek gruplara katılımı, alternatif sağlık bakım kuruluşları hakkında bilgi verilmeli,

*Etkin baş etme yöntemleri hakkında bilgilendirilmeli,

*Bakım verenin sosyal aktivitelere katılımı ve kendine zaman ayırmasının önemi vurgulanmalı.

Beklenen sonuç: Bakımı üstlenen kişilerin, evde bakımı uygun şekilde sürdürebiliyor, destek alıyor ve kendi sosyal yaşantılarını sürdürebiliyor olması.

Tartışma

AH; merkezi sinir sisteminin çeşitli kısımlarında nöron ve sinaps kayıpları ile ortaya çıkan kognitif fonksiyon bozuklukları, öz bakım yetersizlikleri, çeşitli nöropsikiyatrik ve davranışsal bozukluklar ile karakterize bir hastalıktır^{6,17}. Yaşlanmanın normal bir süreci değildir¹⁸. Unutkanlığın yaşlılığa bağlı doğal belirtiler olarak düşünülmesi Alzheimer hastalığının erken tanısını engelleyebilmektedir. Yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyo-ekonomik düzey risk faktörleri arasında yer almaktadır³. Hastalığın prevalansı, 65-85 yaşları arasında her beş senede bir iki katına çıkmaktadır¹⁰. Song ve ark. (2014) çalışmalarında yaş ortalaması 74.55 (min. 51.5, max: 89.3), Kwak ve ark. (2015) çalışmalarında 74.6±7.5 yıl olarak belirtilmiştir^{19,20}. İHT ilkökul mezunu, 75 yaşında, emekli ve sosyo-ekonomik düzeyi düşüktür.

Hastalar genellikle, Hafif Bilişsel Bozulma (HBB) evresinde küçük unutkanlık şikayetleri ile hastaneye gelmektedirler²¹. Wackerbarth ve Johnson'ın (2002) çalışmalarında unutkanlık ve davranış değişikliğinin fark edilen ilk belirti olduğu saptanmıştır²². Akyar ve ark. (2009), çalışmalarında hastalığın ilk belirtisi olarak unutkanlığı (%58), davranış değişikliklerini (%48), ve oryantasyon bozukluğu (%48) olarak ifade etmişlerdir³. İHT 2 yıl önce sağlık kuruluşuna günlük yaşantısını etkileyen unutkanlık şikayetiyle başvurmuş ve ilerleyen

evrelerde davranış değişiklikleri görülmeye başlamıştır. Hasta yer ve zamana oryante değildir. Akyar ve ark. (2009) çalışmasında bakım verenlerin ifadesine göre hastaların var olan sorunları incelendiğinde % 82 beslenme, % 80 iletişim, % 48 amaçsız gezinmeler, %56 ile uyku sorunu yaşadıklarını saptamışlardır³. Wolf-Klein ve ark (1992) çalışmalarında hastaların %92 beslenme sorunu, Cole ve Richards (2005) %43 sıklıkta uyku sorunu yaşadıklarını saptamışlardır^{23,24}. Cummings'e göre Alzheimer hastalarında halüsinasyonlar %10-73 gibi oranlarda görülebilmektedir.²⁵ Akyar ve ark.(2009) çalışmalarında hastaların %62halüsinasyon sorunu yaşadığı saptanmıştır³. İHT evde amaçsızca dolaşmakta, yemek yediğini unutup tekrar yemek istemekte, yapılacak aktivitelere direnmekte ve hasta yakını tarafından geçinilmesi zor biri olarak biri olarak tanımlanmaktadır. Hasta yakınları beslenme, halüsinasyon, uyku problemi gibi sorunlarla karşılaştıklarında alacağı önlemler ve hastaya yaklaşım konusunda bilgilendirilmelidir. Akyar ve ark. (2009) çalışmasında bakım verenlerin %44'ünün bakım ile ilgili, %18'inin uygulama ile ilgili bilgiye gereksinim duyduğu saptanmıştır³. Hastalığın tanısında; hasta öyküsü, KMDT, CDR kullanılmıştır. 1975 yılında Folstein ve ark. tarafından geliştirilen KMDT hafıza, dikkat, bellek işlevleri, lisan, motor fonksiyon, algılama ve vizospasijel yetenekleri test etmektedir. On bir sorudan oluşmakta ve 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Yirmi dört-otuz puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demansla uyumludur.^{9,26,27} İHT uygulanan KMDT'inden 11 puan almıştır, ciddi demans ile uyumludur. Hughes ve ark. 1982 yılında geliştirilen CDR, demans derecesinin klinik açıdan değerlendirilmesini sağlar. Bellek, oryantasyon, yargılama ve problem çözme, ev dışında işlevsellik, ev yaşamı ve hobiler, kişisel bakım olmak üzere başlıca 6 alan değerlendirilmektedir.²⁸ Evre 0: Normal yaşlılık, Evre 0,5:Hafif Kognitif Bozukluk, Evre 1:Erken Evre Demans, Evre 2:Orta Evre Demans, Evre 3:İleri Evre Demans olarak sınıflandırılmaktadır.²⁹ İHT uygulanan klinik demans evreleme ölçeğine göre ileri evre demans olarak tanımlanmıştır. Hastalığın erken evrede tedavi sürecinin başlatılması hastanın ve bakım verenin sağlığının sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır^{3,30}.

Alzheimer hastalarının yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri bakım veren-

leri etkilemektedir. Bakım verenlerin hasta için ayırdıkları zamanın çokluğu kendi günlük yaşamlarının etkilenmesine neden olmaktadır³. İHT nin oğluna; bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan 1980 yılında Zarit ve ark. tarafından geliştirilen "Bakım verme yükü ölçeği" uygulanmıştır. Ölçek bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir.³¹Hasta yakınının ölçekten aldığı puan 85 tir. Hasta yakını İHT'nin ihtiyacı olduğundan fazla yardım istediğini ve kendi günlük yaşamını yaşayamadığını belirtmektedir. Akyar ve ark. (2009) çalışmalarında bakım verenlerin %90'ı bakım verme nedeniyle günlük yaşamlarının etkilendiğini ifade etmişlerdir.³ Hasta yakınları kendileri için dinlenme periyotları ayırmalı ve aktivitelere katılımı için desteklenmelidir. Hasta bakımında yararlanabilecekleri kaynaklar ve ulusal düzeydeki dernekler hakkında bilgilendirilmeleri bakım verme yükünü azaltacaktır.

Sonuç

Hasta ve hasta yakını hemşirelik bakım planı içinde ele alınarak hemşirelik girişimleri uygulandı. Hemşirelik tanılarına göre; hasta yakınına bakımda uygulaması gerekenler ve hasta bakımında yararlanabileceği kaynaklar hakkında bilgi verildi. Hasta yakını, düzenli sağlık kontrolünün önemi ve ilaçların doğru kullanımı hakkında bilgilendirildi. Hasta yakınına, kendisine vakit ayırması ve yaşamın içinde olmasının babasına vereceği bakımın kalitesini arttıracığı belirtildi.

Sonuç olarak; Alzheimer hastalığında erken tanı ve tedavinin başlanması hasta ve bakım veren açısından önemlidir. Uzun süreli bakım gerektiren AH'lığında disiplinlerarası yaklaşım ve ekip çalışması ile hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınarak bakım planlanmalıdır. Hasta yakınları / bakım verenler hastalık hakkında, ulusal düzeydeki dernekler ve hasta bakımında yararlanabileceği kaynaklar hakkında bilgilendirilmelidir.

Kaynakça

1. İşeri PK, Efendi H. [Efficacy and safety of donepezil and rivastigmine in alzheimer's disease]. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6(4):119-123.

2. Karadakovan A. Yaşlı sağlığı ve bakım. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitap evi; 2014. s.328-334.
3. Akyar İ, Akdemir N. [Strains of caregivers of alzheimer patients]. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal 2009; 3:32-49.
4. Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's & Dementia 2016;12(4):9-10.
5. Selekler K. Alois alzheimer ve alzheimer hastalığı [Alois alzheimer and alzheimer's disease]. Türk Geriatri Dergisi [Turkish Journal of Geriatrics] 2010; 13(3):9-14.
6. Özkay ÜD, Öztürk Y, Can ÖD. Yaşlanan dünyanın hastalığı: alzheimer hastalığı [Aging World disease: Alzheimer's disease]. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 18(1):35-42.
7. Öztürk E. Dünya alzheimer farkındalık günü 2015, <http://www.tkhk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 30.05.2016.
8. Gacar M. Adı eylül. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2009.s.208-209.
9. Yavuz BB. Geriatrik değerlendirme ve testler [Geriatric evaluation and tests]. İç Hastalıkları Dergisi 2007; 14(1): 5-17.
10. Topçuoğlu ES, Kaynak S. Alzheimer hastalığı [Alzheimer disease]. Geriatri [Turkish Journal of Geriatrics] 1998; 1(2):63-67.
11. Küçükgüçlü Ö. Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı [Alzheimer's disease and nursing care]. Demans Dergisi 2003; 3(3): 86-92.
12. İlçe AÖ, İlçe AC, Dıramalı A. Yaşlılarda ev kazalarının önlenmesi ve ev kazalarının önlenmesine yönelik iç mekan çözümlenmeleri [Preventing home accidents in the elderly and in order to prevent of home accidents of different alternatives in indoor furnitures] <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaller/aiciad.pdf>, Erişim Tarihi: 30.05.2016.
13. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem ofset; 2004. s.839-843.
14. Mauk KL. Çevri: Özdemir L, Sütçü Çiçek H. Rehabilitasyon Hemşireliği. 1. baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.s.434.

15. Durna Z. Kronik Hastalıklar ve bakım. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012.s.534-535.
16. Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı. İstanbul: 50.Yıl Yayınları; 2014.s.325-330.
17. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Riviere D, Vellas B. Exercise program for nursing home residents with alzheimers disease: a 1-year randomized, controlled trial. The American Geriatrics Society 2007;55(2): 158-165.
18. Goldman WP, Morris JC. Evidence that age-associated memory impairment is not a normal variant of aging. Alzheimer Dis Assoc Disord 2001; 15(2): 72-79.
19. Song Y, Zang D, Wang Z, Guo J, Gong Z, Yao Y. Grand total eeg analyses: a promising method predict the severity of cognitive impairment in alzheimer'sdisease. Journal of Neurological Sciences 2014; 3(1): 40-46.
20. Kwak YT, Song SH, Yang YS. The relationship between geriatric depression scale structure and cognitive-behavioral aspects in patients with alzheimer's disease. Dement Neurocognitive Disord 2015; 14(1):24-30.
21. Öziç MU, Özbay Y, Ekmekçi AH. [Extraction of features of Alzheimer Disease on Brain MR Images]. Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi 2014; 38-41.
22. Wackerbarth S, Johnson M. The carrot and the stick: Benefits and barriers in getting a diagnosis. Alzheimer's Disease and Associated Disorders 2002;16(4) :213-220.
23. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP. Nutritional patterns and weight changes in Alzheimer patients. International Psychogeriatrics 1992; 4(1):103-111.
24. Cole C, Richards K. Sleep and cognition in people with Alzheimer's disease. Issues in Mental Health Nursing 2005; 26(7): 687-698.
25. Cummings JL.Çev: Kara-Sevin K. [Recognition and treatment of behavioral disorders in Alzheimer's disease and other dementias]. Turkish Journal of Neurology 1996; 2(3-4): 113-120.
26. Kalem ŞA, Öktem Ö, Emre M. [Determination of the descriptive statistics for short blessed orientation-memory-concentration test (BOMC) and standardizad mini mental state examination test (SMME) in an normal Adult Turkish sample]. Archives of Neuropsychiatry 2002; 39(2-3-4): 95-102.
27. Bravo G,Hebert R. Age-and education-specific reference values for the minimal mental and modified mini-mental state examinations derived from a non-demented elderly population. International Journal of Geriatric Psychiatry 1997; (12): 1008-1018.
28. Akdemir A, Cangöz B, Örsel S, Selekler K. Hafif A comparison of implicit memory performance in mild cognitive impairment and alzheimer type dementia patients]. Turkish Journal of Psychiatry 2007; 18(2): 118-128.
29. Babacan Yıldız G, Ur Özçelik E, Kolukısa M, Işık TA, Kocaman G, Çelebi A. [Validity and reliability studies of modified mini mental state examination (mmse-e) for turkish illiterate patients with diagnosis of alzheimer disease] Turkish Journal of Psychiatry] 2015; (26): 1-8.
30. Atlı T. Yaşlıda unutkanlığa yaklaşım. [Approach to amnesia of elderly]. Klinik Gelişim 2012; (25): 24-28.
31. İnci FH, Erdem M, [Validity and reliability of the burden interview and its adaptation to Turkish]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(4): 85-95.

Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri***Palliative Care Services in Turkey****Meral MADENOĞLU KIVANÇ¹**

ÖZET Bu derleme, Türkiye’de sağıkta sunulan palyatif bakım hizmeti ile ilgili temel bilgileri ele almak için yazılmıştır. İnsan yaşamında, çözümü mümkün olmayan sağık sorunları ile karşılaşabilmekte ve bu nedenle palyatif bakıma gereksinim duyulabilmektedir. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden sağık sorunları yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik verilen bir bakım sistemidir. Palyatif bakımda semptomları önlemek önemlidir. Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak hastaya rahat yaşam sağlanması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, palyatif bakım süreci, palyatif bakım hemşiresi

ABSTRACT The review is written for health care provided to reveal information about palliative care in Turkey. It is possible to encounter health problems that can not be solved in human life and therefore palliative care is needed. Palliative care for patients experiencing life-threatening serious health problem is a given maintenance system for the improvement of the quality of life. It is important to prevent symptoms in palliative care. To patient using pharmacologic and nonpharmacologic methods is the aimed to provide a comfortable life.

Key words: Palliative care, palliative care process, palliative care nursing

Palyatif bakım kavramı

Türk Dil Kurumu palyatif sözcüğünü “ tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” şeklinde tanımlanmaktadır.¹ Yaygın olarak tedavi edici yaklaşımların yetersiz kaldığı ölümcül hastalarda, hasta ve yakınlarına verilen destekleyici bakım olarak ifade edilmektedir.^{1,2} Palyatif bakım için yaşam sonu bakımda, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yapılan girişimler olarak açıklanabilir. Bu süreç multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Son yıllarda; kanserlerin artması, yapılan tedavilerle yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların çoğalmasıyla palyatif bakım merkezlerine ihtiyaç duyulmakta ve gittikçe önemi artmaktadır.

Dünya Sağık Örgütü (DSÖ), 2002’de palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. DSÖ tarafından 2014 yılında “palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü eklenmiş olup aynı şekilde hasta yakınlarının bu süreçte ve yas döneminde psikolojik, sosyal, maneviyat ve

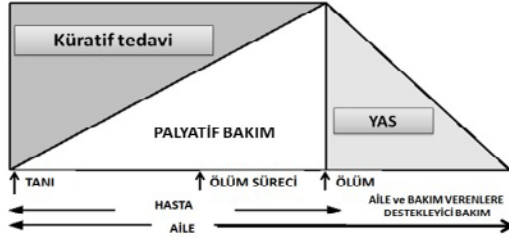
fiziksel yönden desteklenmesi konusu da palyatif bakım tanımına dahil edilmiştir.^{3,4,5} Palyatif bakım kavramı, 1990 yılların başında Amerika’da kanserden ölmekte olan hastaların bakımı için kullanılmıştır. Palyatif bakımda; hastaya özgü bakım, aile desteği, multidisipliner ekip çalışması ve etkili iletişim önemli olmaktadır.⁶ Kısacası bir bakım felsefesidir ve temelinde hastanın bütüncül bakımı ile birlikte ailenin yas süreci dahil desteklenmesi söz konusudur. Palyatif bakım felsefesinde; hastalara son dönemlerinde çeşitli kurumlarda bakım ve desteğin sağlanması, ölümün normal yaşamın bir parçası olduğu anlayışına dayanması, bakımın fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel yönleri entegre edilerek yaşam kalitesinin güçlendirilmesi, uzman bir ekibin olması, hastaların ve ailelerin çeşitli gereksinimlerinin karşılanması görüşü vardır.^{7,8} Palyatif bakımda hastalığın neden olduğu ağrı, dispne, yorgunluk vb. Semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak hastaya son döneme kadar rahat, konforlu bir yaşam sunulması hedeflenmektedir. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar; alzheimer gibi motor nöron hastalıklar, kalp, akciğer, böbrek vb. ileri dönem organ yetmezlikleri, tedaviye yanıt vermeyen kanserler, HIV / AIDS, çocuklarda genetik / konjenital, ilerleyici hastalıklardır. Bu

Geliş Tarihi/Received: 18-07-2016/ Kabul Tarihi/Accepted:02-05-2017

¹ Yrd.Doç.Dr.,İstanbul Üniversitesi Sağık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, e-mail: mmkvanc@yahoo.com

*5-8 Mayıs 2016 tarihinde Kıbrıs’ta yapılan VII.Ulusal Haseki Tıp Kongresi & VI. Haseki Hemşirelik Sempozyumu’nda sözel sunulmuştur

hastalarda yaşam kalitesi ve dolayısıyla yaşam süresi etkili bulunduğu ve maliyet etkinliği olduğundan palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır. Palyatif bakım hizmeti sunulurken evrensel etik değerler, etik kodlar, mesleki değerler, yasal düzenlemeler ve hasta hakları önemli olmaktadır. Palyatif bakım hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta ve ölüm sonrası yas sürecinde aileyi destekleyici bir bakımla sona ermektedir.^{9,10} (Şekil 1).



Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci¹⁰

Hastada kaliteli bir yaşam sürdürmeye odaklanma, etkili semptom kontrolü ve iletişim, ölümün doğal bir süreç olarak kabulü, hastanın kararlarına ve seçimlerine saygı duyma, disiplinler arası yaklaşım gösterme, yas sürecinde aileye destek sağlama gibi tüm bunlar palyatif bakımın ilkeleridir.³ Ailelerin palyatif bakımda beklentileri; semptom yönetimi, duygusal destek, bilgilendirme, eğitim, iletişim, hasta ile ilgili kararlarda yer almak, hasta bakımını sağlayanların sorulara yanıt vermesi, hasta ile birlikte daha fazla zaman geçirmek ve daha çok imkanlara sahip kurumlar olmasıdır.¹¹ Aşağıda hastanın yaşam kalitesini bozan fiziksel, psikolojik ve sosyal semptomlar belirtilmektedir. Bu semptomların başında en sık karşılaşılanı ağrı gelmektedir^{12,13} (Tablo 1). Brevik ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da hastaların son bir ayda %56 oranında orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları ortaya konmuştur.¹⁴

Semptomların oluşmasının kontrol altına alınmasında en etkili yol palyatif bakımı disiplinlerarası bir yaklaşım ile sunmaktır. Palyatif bakım ekibi, ortak amaç doğrultusunda hizmet veren profesyonellerden oluşmaktadır.^{15,16} Palyatif bakımda, hasta bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmesini sağlamak, bireyselliğin ve değerlerinin korunmasını sağlamak aile üyelerini desteklemek önemlidir. Multidisipliner bir sağlık hizmeti olan palyatif bakım bir ekip işidir. algolog, onkolog, nörolog, cerrah, palyatif bakım hemşiresi, din adamı, sosyal gönüllülerin bir

arada bulunduğu bunun yanı sıra psikolog, sivil gönüllüler bulunmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri; hastane ortamında, birinci basamak sağlık alanlarında, ev ortamında, son dönem bakım evleri / hospislerde sağlanmaktadır. Ancak Türkiye’de son dönem bakım evleri bulunmaması bu hizmet, hastanelerde ve birinci basamak sağlıklı alanlarında verilmeye

Tablo 1. Palyatif Bakımda Karşılaşılan Semptomlar ve Sıklığı¹⁰

Semptom	%	Semptom	%
Ağrı	84	Kusma	23
Yorgunluk	69	Konfüzyon	21
Anoreksi	66	Dispepsi	19
Ağızda kuruma	57	Baş dönmesi	19
Konstipasyon	52	Karın şişliği	18
Çabuk doyma hissi	51	Geğirme	18
>10% kilo kaybı	50	Disfaji	18
Dispne	50	Hafıza problemleri	12
Uyku problemleri	49	Sedasyon	10
Depresyon	41	Kaşıntı	9
Öksürük	38	Hıçkırık	9
Bulantı	36	Diyare	6
Tad değişikliği	28	Tremor	5
Ödem	28	Bayılma	3
Anksiyete	24		

çalışılmaktadır.² Hospisler özellikle Avrupa ve Amerika’da çok yaygındır. Hospis, terminal döneme erişmiş hastaların semptomlarında palyatif bakımına odaklanan bir hizmettir. Hospis kavramı 11. yüzyıldan beri varlığını sürdürmektedir. Günümüzün hospisleri; iyileşmesi mümkün görülmeyen hastaların, hastane veya bakımevlerindeki palyatif bakım aldıkları yer haline almıştır. Hospisin özellikleri 17. yüzyılda belirlemeye başlamış, bugünkü şekline de 1950’lerde İngiliz Cicely Saunders’ın çalışmalarıyla gelmiştir. Hospislerde tedaviden çok bakım sunulmaktadır. Hospislerdeki bakımın hasta ailesindeki anksiyeteyi azalttığı, memnuniyeti arttırdığı ve bakım maliyetini düşürdüğü araştırmalarla saptanmıştır.¹⁷ Palyatif bakımın gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte gelişmekte olan ülkelerde daha çok yapılanma aşamasındadır. Birinci basamak palyatif bakım hizmetlerine yönelik ekip üyesi olarak hemşireler hastasının ağrı vb

semptomlarını yönetme ve psikososyal destek sağlama konularında temel eğitimi tamamlamış olmalıdır. İkinci basamakta kompleks vakalar, palyatif bakım uzmanı bir doktor veya palyatif bakım uzmanı bir hemşirenin, yarı zamanlı çalışan bir sosyal hizmet uzmanı ve farmakologun yer aldığı uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmeti sunulan merkeze yönlendirilir. Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerinde kompleks vakalar palyatif bakım uzmanı olan bir doktor, bir hemşire, yarı zamanlı çalışan bir sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist ve farmakoloğun yer aldığı palyatif bakımda uzman bir ekip tarafından hizmet sunulan merkeze yönlendirilir.¹⁰ Her düzeydeki palyatif bakım hizmetlerinde hemşire, ekibin önemli bir üyesidir. Hastanın yaşam kalitesini yükseltme doğrultusunda hemşire;^{8,9}

- Hasta ve aile bireylerinin duygularını ifade etmesini sağlar,
- Hastanın isteklerini dikkate alarak bakımı organize eder,
- İletişim olanakları yaratır ve geliştirir,
- Multidisipliner yaklaşımı sağlar,
- Hastanın bağımlılık düzeyine göre bakım planı oluşturur,
- İletişim tekniklerini en iyi düzeyde kullanır.

Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri

Ülkemizde 2010 yılında palyatif bakım organizasyon modeli geliştirmek için Sağlık Bakanlığı çalışmalar yapmıştır.¹⁸ 2010 yılı başı itibari ile büyük bir bölümü üniversite hastaneleri içinde yer alan 10 adet palyatif merkezi mevcuttu. 2015 yılında Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yürürlüğe girmiştir.¹⁹ Yönerge; palyatif bakım merkezlerin tanımı, merkezlerin kurulması, fiziki şartları, personelin görev, yetki ve sorumlulukları, hizmetin kapsamı, eğitim ve denetimi, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini kapsamaktadır. Türkiye’de palyatif bakım kavramı olarak “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak düşünülmekte ve ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulmaktadır. Türkiye’de hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek hospis kavramına ilk yakın kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulan “Kanser Bakımevi”, 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir. Palyatif bakım amaçlı ikinci “hospis” girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılmıştır. Tarihi bir

Ankara evi yeniden 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür. Ancak yasal düzenlemelerin olmayışı nedeni ile bu evin “Hacettepe Umut Evi” adı ile kanserli hastalara hizmet vermesi öngörülmüştür.²⁰

Pallia-Türk projesi olarak Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan “2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı”nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, merkezlerin kurulması 2012-2013 yılları arasında hızla artmıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu internet sayfasından alınan 2016 yılı verilerine göre 68 ilde toplam 1898 yataklı 168 adet palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Günümüzde palyatif bakım merkezlerin sayıca artışı hasta ve/veya hasta yakını açısından büyük önem taşımakta olup, Sağlık Bakanlığınca bu merkezler gerek kurumsallaşma gerekse sağlık personelinin eğitimi açısından destek görmektedir. Onun için gerek Sağlık Bakanlığı gerekse Palyatif Bakım Derneği bu alanda çalıştaylar ve eğitimler düzenlemektedir.^{13,18} Türkiye için bir adım olan bu merkezlerin altyapı ve eğitilmiş personel yetiştirilmesi gibi primer ihtiyaçlarına öncelik verilmesi ön planda görülmektedir.^{4,21,22} Türkiye’nin koşulları ve önceliklerine göre Sağlık Bakanlığının hazırladığı yönergelerle palyatif bakımın tanımlanması ve kurumsallaşması, palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi, palyatif bakım hizmetlerinin aşamalı olarak 2023 yılına kadar yaygınlaştırılması, palyatif bakım alanında eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, palyatif bakım hizmetlerine gereksinim duyan hastaların bunu alması amaçlanmaktadır. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin günümüze kadar ihmal edilmesinin nedenleri arasında; aile yapısı kültürü, insan gücünde yaşanan sorunlar, eğitimde yer almaması, palyatif bakım uzmanlığının bulunmaması ve gerek sağlık çalışanları, gerekse hastalar arasında yeterli farkındalığın olmaması sayılabilir.²³

Sonuç ve Öneriler

Palyatif bakım alan hastalarda semptomların kontrolü ile yaşam kalitesinin artırılması, hasta yakınlarının desteklenmesi gereklidir. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemi ile bütünleşebilmesi önemlidir. Bunun için gerekli yasal düzenlemelerin etkinleştirilmesi, sağlık çalışanları ve hastalarda farkındalığı artırmak için bu amaçlarla

multidisiplinler ekip içinde yer alan sağlık çalışanlarına aynı anda eğitimler düzenlenmesi önemli gelişmelere yol açabilir. Yaşam sonu bakım açısından etik ikilemlerin en sık görüldüğü alanlardan biridir. Bu bakımdan etik kararlar alma konusunda zorlanma olabilir. Sağlık çalışanları etik sorunları çözmek için hastane etik kurulların varlığını hatırlamalı ve destek almalıdır.

Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>. 26.05.2016
2. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2010.
3. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> 30.03.2016.
4. Kabalak A.A. Türkiye’de palyatif bakım; güncel gelişmeler, gereksinimler. Anestezi Dergisi. 2014; 22(3):121-123.
5. Bağ B Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi. 2012; 27(3):142-149.
6. Meghani SH. A concept analysis of palliative care in the United States. J.Adv.Nurs. 2004;46(2):152-161.
7. Turgay G. Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi) Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. 2010
8. Yurtsever S. Palyatif Bakım. Atabek Aştı T, Ayişe K (editör). 1.Baskı. İstanbul: Hemşirelik Esasları; 201. s: 1147-1153.
9. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi. 2012;54(3): 29-334.
10. Uslu Ş. F, Terzioğlu F. Dünya’da ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 4 (2): 81-90.
11. Stajduhar KI, Funk L, Cohen SR, Williams A, Bidgood D, Allan D, Norgrove L, Heyland D Bereaved family members’ assessments of the quality of end-of-life care: what is important? J. Palliat Care. 2012; 27(4):261–269.

12. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Ağrı Dergisi. 2015;27(2): 104-110.
13. Palyatif Bakım Derneği. <http://www.palyatifbakim.org>. 20.04.2016.
14. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol. 2009; 20(8):1420-33.
15. Shoemaker LK, Estfan B, Induru R, Walsh TD. Symptom management: an important part of cancer care. Cleve Clin J Med. 2011; 78(1):25-34.
16. Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı’nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakım. Selçuk Tıp Dergisi. 2011;28(1):69-74.
17. Aygencel G, Türkoğlu M. Bir dahili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. Yoğun Bakım Dergisi. 2014; 5:1-4.
18. Demir M. Palyatif bakım etiği. Yoğun Bakım Dergisi. 2016; 7:62-66.
19. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. 07.07.2015.
20. Sur H. Tıbben bitmiş sayılan ömürlere hospis çözüm mü? [www. sdplatform.com](http://www.sdplatform.com). 06.04.2017.
21. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010;1:1-6.
22. Hacıkamiloglu E, Simsek U, Cukurova Z, Keskinçık B, Topcu I, Gultekin M, Silbermann Community palliative care in Turkey: A Collaborative promoter to a new concept in the Middle East. J.Public Health Management Practice. 2016; 22(1): 81-88.
23. Akçiçek F, Akbulut F, Fadiloğlu ÇZ. Palyatif bakım; evde ve hastanede çalıştay raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları. 2013.

Hastanelerde Kurumsal Sosyal Sorumluluğun Önemi

The Importance of Corporate Social Responsibility in Hospitals

Ebru AYDEMİR GEDÜK^a

ÖZET: Sosyal sorumluluk, kurumların belirli bir kamusal çabayı gerçekleştirmek veya paydaşların kârlarını arttırmak için temel hedeflerini yerine getirebileceği, ancak aynı zamanda diğer önemli hedefleri de yerine getirerek, içinde yaşadıkları toplumun memnuniyetine yönelik faaliyet gösterdikleri bir kavramdır. Kurumsal sosyal sorumluluk (KSS), mal ve hizmet üreten tüm kurumların üretimlerinin bütün süreçlerinde gönüllülük esasıyla göz önünde bulundurulması gereken önemli olan bir konu haline gelmiştir. Toplumdaki diğer organizasyonlar gibi sağlık sektörü ve kurumları da sağlık hizmetleri sunma misyonuyla sosyal faaliyetlerde bulunmalı ve toplumsal sorumluluk almalıdır. Bu bağlamda sağlık sektöründe de hastanelerin KSS konusunda yaptıkları faaliyetler artış göstermektedir. Hastanelerin sosyal sorumluluklarını yerine getirmeleri sadece genel etik ilkelere ya da yasalara uygun davranmalarını değil, topluma faydalı gönüllü faaliyetlerde bulunmalarını gerektirmektedir. Bu derlemenin amacı KSS'nin tarihsel gelişimine ve faydalarına bakılarak, KSS'nin sağlık sektöründeki ve özellikle hastanelerdeki yeri ve önemi konusuna açıklık getirmektir.

Anahtar kelimeler: hastane, kurumsal sosyal sorumluluk, sağlık sektörü.

ABSTRACT: Social responsibility is a concept in which corporations can meet its main goals of accomplishing a particular public effort or of increasing shareholders' profits, but at the same time fulfilling other important objectives namely with public benefits. Corporate social responsibility (CSR), has become an important subject which should be taken into consideration with the based on voluntariness in the whole production processes of all enterprises producing commodities and service. Like other organizations in the society, health sector and its corporations, with the mission of providing healthcare services, should engage in the social activities and take its social responsibility. In this context, activities carried out on CSR by hospitals show an increasing trend in the health sector as well. The fulfillment of hospitals' social responsibilities requires not only compliance with general ethical principles or legislation, but also voluntary activities of collecting usefulness. The purpose of this compilation is to clarify the place and importance of CSR in the health sector by looking at the historical development and benefits of CSR.

Keywords: hospital, corporate social responsibility, health sector.

Giriş

Kurumsal sosyal sorumluluk (KSS), sanayi devriminden günümüze sürekli gelişme gösteren bir kavramdır. KSS, kurumların yalnızca finansal faaliyetleriyle değil, ayrıca sosyal sorumluluk faaliyetleriyle de değerlendirilmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.¹ Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, OECD ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların "Kurumsal Sosyal Sorumluluk" kavramına önem vermelerindeki ana neden, kurumların sürdürülebilir ekonomik gelişme sağlayabilmeleri için ait oldukları topluma ilişkin bilgi ve ilgilerini geliştirmeleri gerektiğini düşünmeleridir.²

Günümüzde küresel bir boyuta ulaşan KSS, artık kurumlar tarafından genel kabul görmektedir. KSS konusuyla kurumların tüm yönetim süreçlerinde sosyal hedefler belirlemesi

ve uygulamaya koyması, aynı zamanda karar verme süreçlerinde, kural belirlemede ve bu tür faaliyetlerinde etik duyarlılığa ulaşması gerektiği vurgulanmaktadır.³

İşletmeler dört temel sorumluluğu yerine getirmelidir:

- Ekonomik Sorumluluk; verimlilik ve kârlılık
- Yasal Sorumluluk; yasalara uygunluk
- Etik Sorumluluk; toplumsal kural ve beklentilere uyumluluk
- Hayırseverlik/Gönüllülük Sorumluluğu; toplumsal sorunların çözümüne gönüllü katkı şeklindedir.³

KSS konusunda kurumlar üzerinde en önemli etki sağlayan kesim tüketicilerdir. İletişim araçlarının yaygınlaşmasıyla tüketiciler,

Geliş Tarihi/Received: 26-12-2016 / Kabul Tarihi/Accepted:09-03-2017

^a Hemşirelikte Yönetim Doktora Öğrencisi, Kdz/Ereğli Devlet Hastanesi aydebru@gmail.com

Sorumlu yazar /Correspondence: Ebru Aydemir Gedük, aydebru@gmail.com

kurum faaliyetleriyle ilgili gelişmeleri daha yakından takip edebilmektedir. Dolayısıyla bazı kurum faaliyetlerinin çevre üzerindeki sonuçlarının olumsuz etkilerinin ne boyuta ulaştığının farkındadırlar. Bu nedenlerden ötürü kurumlar tüketicilere karşı daha duyarlı olmak zorunda kalmışlardır.⁴

William C. Frederick ise son elli yılda KSS'nin 1950-1960 kurumsal sosyal idare, 1960-1970 kurumsal sosyal sorumluluk, 1980-1990 kurumsal iş etiği, 1990-2000 kurumsal vatandaşlık gibi aşamalardan geçtiğini belirtmiştir. Sonuç olarak KSS, 21. Yüzyılda sürdürülebilir kalkınmanın temel unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir.^{5,6}

Dünya nüfusunun artışıyla doğal kaynakların tüketiminin gittikçe artması ve bununla beraber korunmasının zorlaşması, artan enerji tüketiminin karşılanması, giderek gelişen teknolojiler gibi ekolojik dengeyi olumsuz etkileyen sorunlarla karşı karşıya kalınmıştır. Bu durum, tüm sağlık kuruluşlarının kurum faaliyetleri, teknik alt yapı çalışmaları ve yeni yatırım planlarında çevre sağlığına dost, doğal ve ekonomik ürünler ile uygun teknolojileri kullanmalarını gerektirmektedir. Dünyada ve ülkemizde bu teknolojileri kullanan "Yeşil Hastane" sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu da, KSS'nin sağlık sektöründe de giderek yaygınlaşmakta olduğunu göstermektedir.

Sağlık sektörü diğer sektörlerle kıyaslandığında KSS'nin yaygınlaşması ve bu bilincin yerleşmesinde öncü görev üstlenmelidir. Ülkemizde çok yeni, ancak hızla gelişen ve etkinliği çoğalarak artan bir konu olan KSS'nin sağlık sektöründeki yeri önemle ortaya konulmalıdır. Ülkemizdeki hastaneler ve sağlık kurumları politikalarında KSS'ye mutlaka yer vermelidir. Bu bilinci çalışanlarına ve müşterilerine açıkça aktarmalıdır. Bu derlemenin amacı KSS'nin tarihsel gelişimine ve faydalarına bakılarak, KSS'nin sağlık sektöründeki ve özellikle hastanelerdeki yeri ve önemi konusuna açıklık getirmektir.

Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramının Tarihsel Gelişimi

Günümüzde KSS yeni bir kavram gibi görünse de, iş etiği ve kurumların ticari faaliyetlerinin toplumsal ve çevresel boyutları uzun süredir tartışılmaktadır. Sanayi devrimi sonrası dönemdeki gelişmelere bakıldığında, 1900'lerde ABD'de kurumların dev boyutlara ulaşması ancak, buna karşılık olarak Adam Smith'in görünmez el teorisinde savunulduğu gibi

toplumun refah seviyesinin ve sosyal beklentilerinin karşılanmamış olması düşünce sistemini değiştirmeye başlamıştır. Sonuç olarak kurumlar, büyüyen yapılarının topluma olan etkileri ve faaliyetlerinin sonuçlarından dolayı KSS kavramıyla karşı karşıya kalmışlardır.⁵

Avrupa'da doğan sosyal sorumluluk kavramı tartışmaları ve KSS uygulamaları Kuzey ABD'de daha da önemli gelişmeler göstermiştir. KSS kavramının ortaya çıkmasında en büyük rol Howard Bowen'e aittir. "Social Responsibilities of Businessman" adlı eserinde kavramın bir anlamda temellerini atmış ve sosyal sorumluluğa yönelik teorik yaklaşımların yapılandırılmasını sağlamıştır. Bowen'in bu eseri, 1950'li yıllarda ABD'deki yöneticilerin uygulamalarına ve beyanatlarına geniş ölçüde yer vermiş ve kendinden sonra gelecek olan pek çok araştırmaya öncü olmuştur.⁷

1960'lı yıllarda; çalışan hakları, asgari ücret, çevreye duyarlı üretim, tüketici hakları, sigortalı çalışma vb. birçok konu ele alınmıştır. Bu yıllarda sivil toplum örgütleri toplum içinde daha aktif rol üstlenmiş, ırk ayrımı, kadın hakları gibi konularda önemli adımlar atılmıştır. Kurumlar 1960'lı yıllar boyunca yaşanan bu değişimlere seyirci kalmamış ve KSS'ye yönelik bir takım uygulamalar geliştirmişlerdir.²

1970'lere bakıldığında kurumlarda yapılan başlıca KSS faaliyetleri; ortaklara bilgi sağlama, adaletli iş verme, kârı paylaşma, reklamların ahlâki olması, çevre sağlığını koruma ve faaliyetlerin topluma yapacağı olumlu ve olumsuz etkileri düşünme şeklinde sıralanmaktadır.²

1980'lerde görülen KSS uygulamaları ise; atıkları azaltma, geri dönüşüm, yardıma muhtaçlara maddi yardım, toplum sağlığına hizmet, çalışma koşullarının iyileştirilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Bu yıllarda KSS'den kurumların sağlayacağı faydalar net olarak ortaya konulmamıştır. Bu sebeple, kurumlar genellikle ekonomik ve yasal sorumluluklarını yerine getirmeye çalışmışlar, buna ek olarak da bazı gönüllü faaliyetlerde bulunmuşlardır. Günümüzde ise kurumlar, KSS uygulamalarıyla ilgili bir plan doğrultusunda hareket etmekte ve yeni stratejiler geliştirmektedir.²

1990'larda akademisyenler ve araştırmacılar KSS tanımını bir temel olarak ele alarak, daha başka kavramlar üzerinde çalışmaya başlamışlardır. Bu kavramlar; kurumsal sosyal performans, paydaş teorisi, iş etiği ve kurumsal vatandaşlık (corporate citizenship) teorileridir.^{8,9}

Günümüzde kurumlar sosyal sorumlulukları kapsamında Küresel İlkeler Sözleşmesi gibi belli standartları benimsemekte, daha şeffaf bir yapı kazanabilmek ve topluma ve kamuoyuna karşı daha açık olabilmek için periyodik olarak “sosyal bütçeler” yayınlamakta, düşük gelirli fakir ailelere karşılıksız yardım etmekte, toplumun geleceğini de düşünerek enerji vb. kaynaklarını kullanırken daha dikkatli olmaktadır.⁹

Kurumsal Sosyal Sorumluluğun Faydaları ve Önemi

KSS, gün geçtikçe gelişen bir kavramdır. Dolayısıyla kurum faaliyetlerinin çevre ve toplum üzerinde yarattığı olumsuz etkiler hakkında müşteriler, hissedarlar ve kurumsal paydaşların gün geçtikçe bilinç düzeyi artmıştır. İş dünyası buna cevap olarak KSS uygulamalarına önem vermektedir. İşletme stratejisi açısından bakıldığında KSS, olumsuz etkileri azaltarak ticari faaliyetlerin bir güven ortamında, verimli, etkili, adil ve sürdürülebilir olmasını sağlamaktadır.¹⁰

KSS temel insan ve çalışan hakları gibi evrensel değerlere odaklanmaktadır. Kurumlar bu doğrultuda bir takım sosyal, kültürel ve yasal düzenlemeleri dikkate almalıdır. Bazı araştırmacılara göre, sürekli gelişmeyi sağlamak ve desteklemek için sadece standart ve yasaları uygulamaktan öte KSS uygulamalarını teşvik etmek önemlidir.¹⁰

KSS kurumların ilk olarak marka değerlerini ve dolayısıyla piyasa değerlerini arttırmaktadır. Bundan ötürü, KSS konusuna ciddiyetle yaklaşan kurumlar önemli kazanımlar sağlamaktadır. Günümüzde tüketiciler daha bilinçlidir. Bir ürün sadece kalitesi ve maddi değeri ile değil, bu ürünü üreten kurumların sosyal sorumluluk faaliyetleri ile birlikte değerlendirilerek tercih edilmektedir.¹¹

Kurumların sosyal sorumluluk projelerinde katılımcı olması çalışan üzerinde olumlu etki yaparak çalışan bağlılığını arttırmaktadır. KSS aynı zamanda nitelikli işgücünün kuruma çekilmesinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca KSS'ye önem veren kurumların marka değeri artmaktadır. KSS, kurumlara yeni pazar alanları, müşteri bağlılığı, verimlilik ve kalite artışları sağlamakta, risk yönetimini daha etkin hale getirmektedir.¹²

Kefee (2002) KSS'nin önem kazanmasında beş önemli gelişmeden bahsetmektedir. Bunlar; saydamlık, bilgi, sürdürülebilirlik, küreselleşme ve kamu

sektörünün başarısızlığı şeklinde sıralanmaktadır. Bunlara ilaveten kârlılık, maliyetlerin azalması, kadro bağlılığı, devlet ilişkileri, yenilik ve öğrenme, itibar gibi konular KSS'nin kurumlara sağladığı faydalar arasındadır.¹²

Saydamlık: Günümüzde ekonomik faaliyetleri bilgi sistemleri yönlendirmektedir. Dolayısıyla kurumların uygulamaları şeffaf bir şekilde görülmektedir. Kurumların faaliyetleriyle ilgili iyi ya da kötü gelişmeler medya, ileri bilgi sistemleri ve iletişim teknolojileri ile dünyaya daha kısa sürede yayılmakta ve bilinmektedir. Bu gelişmelerle kurumlar bu yeni saydamlık çağında sürekli izlenmektedir.

Bilgi: Bilgi temelli ekonomi dönemine geçiş, tüketici ve yatırımcıların yatırım yaptıkları kuruluşlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olması ve bildiklerini daha etkili kullanmaları anlamına gelmektedir. Örneğin; müşteriler alışveriş tercihlerinde ürünün fiyat politikaları dışında, kurumların çevredeki saygınlıklarına göre marka seçim politikası yürütebilirler.¹²

Sürdürülebilirlik: Sosyal, çevresel ve ekonomik faaliyetler birleşimi, uzun dönemde sürdürülebilir gelişme sağlanması için gereklidir. Sanayi sektöründeki gelişmeler, hızla artan atıkların çevreyi daha fazla kirletmesi ve ekonomik kaynakların sınırsızca tüketilmesi ciddi küresel sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Kurumların ekonomik faaliyetlerinden kaynaklanan olumsuz etkilere yönelik artan kaygı KSS'nin önemini arttırmıştır.¹³

Küreselleşme: İşletmeler küreselleşme olgusuyla bir yandan sosyal sorunları çözme konusunda önemli roller üstlenirken, diğer yandan insan hakları, çevreyi koruma ve geliştirme, sağlık, iş güvenliği ve işçi sağlığı gibi alanlarda KSS uygulamalarına ilgilerini arttırmışlardır.¹²

Kamu Sektörünün Başarısızlığı: Devletin KSS konusunda başarısızlığı, toplumun piyasadaki diğer kurumlara ve kâr amacı olmayan gönüllü kuruluşlara daha fazla güven duymasına sebep olmuştur. Devletin toplumsal fayda sağlayacak KSS faaliyetlerinde başarısız olması özel kurumlara ve gönüllü kuruluşlara sosyal sorumluluk konusunda daha fazla görev yüklemiştir.¹³

Kârlılık: KSS ve kârlılık arasındaki bağın ortaya çıkarılması için birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan bazı araştırmaların bir kısmı ikisi arasında ilişki olmadığını, bir kısmı ise

kesinlikle ilişki olduğunu sonuç olarak ortaya koymuştur. Birçok araştırmacı KSS, kurumsal etik ve sosyal sponsorluk ile finansal performans arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Çalışmaların büyük bir kısmı finansal performans ile kurumsal sosyal faaliyetler arasında pozitif yönde doğrudan bir ilişki olduğu sonucunu çıkarmıştır.^{14,15}

Maliyetlerin Azalması: İşletmelerin sosyal sorumluluk kapsamında yaptığı çalışmalar ve aldığı önlemler sonucu ortaya çıkan tasarruflar maliyetleri azaltır. Bu tasarruflar; atıkların azalması, daha az enerji ve hammadde harcanması ve kaynak kullanımında daha fazla verimlilik olarak sıralanabilir.¹⁶

Kadro Bağlılığı: KSS kapsamında uygun çalışma koşulları sunma yoluyla çalışanlarının haklarının karşılanmasını sağlayan kurumlar, verim ve kalite açısından uygun performans düzeyi elde ederek daha yüksek düzeyde üretkenliğe sahip olmaktadır.¹⁷

Devlet İlişkileri: İşletmelerin sağlık, eğitim, çevre, paydaşlar, iş ilişkileri, insan hakları, sponsorluklar ve kalite gibi pek çok alanda duyarlı davranarak topluma karşı olan sosyal sorumluluklarını yerine getirebilmeleri, devletin denetim gücünün hafiflemesine olanak sağlamaktadır. İşletmeler topluma karşı olan sosyal sorumluluk faaliyetlerini yerine getirmedikleri durumda kurum lisanslarının kaybedilmesi riskiyle karşı karşıyadır. Bu davranışların beraberinde getireceği maliyetler ise; kirliliği temizleme maliyetleri, para cezaları, atık işleme maliyetlerinde artış, hasar gören varlıklarda değer kaybına bağlı maliyetler, yasal işlemler, yönetmeliklerin neden olduğu gecikmeler, kamunun gösterdiği saygıda azalma ve buna bağlı satışlardaki azalmalar, itibar kaybı ve çevreyi kirleten kurum unvanıyla anılmak şeklinde sıralanmaktadır.⁵

Yenilik ve Öğrenme: Öğrenme ve yenilik, faaliyetlerin uzun vadeli varlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Kurumların paydaşlarıyla iyi ilişkiler kurarak şeffaf davranmaları, çalışma ortamlarında daha hassas olmalarını ve daha kolay risk yönetimi gerçekleştirebilmelerini sağlar. Bunun sonucunda kurumların önündeki bir takım engeller kalkarak, süreçler kolaylaşır ve ürün geliştirme artar.¹⁸

İtibar: Kurumsal itibar, kurumun geçmişteki eylemlerinin ve gelecekteki görünümünün kalıcı temsilidir. Aynı zamanda kurumun bütünsel olarak sahip olduğu çekiciliği ifade etmektedir. İşletmelerin kuruluş

politikaları içerisinde KSS stratejilerinin bulunması uzun dönemde kuruma itibar getirecektir. Bu da KSS politikalarını benimseyen kurumlar için pazar payını artıracaktır. Çünkü kurum KSS projeleri sayesinde pazar içerisinde iyi bir imaja sahiptir.¹⁸

Hastaneler ve Kurumsal Sosyal Sorumluluk

Sağlık hizmetlerinde sosyal sorumluluk, yeni bir sosyal bakım boyutunun yanı sıra, hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının yeni kurumsal modellerini de ifade etmektedir. Sosyal sorumluluğun olmadığı bir yönetim şekli, bir hastaneyi veya diğer sağlık kuruluşlarını yok edebilecek başlıca faktörlerdendir. Kurumlarda sürdürülebilirliğin sağlanması için iyi bir kurumsal yönetim ve etkili stratejik yönetimin dengelenmesi gerekmektedir. Etkili kurumsal sosyal sorumluluk için farklı kültürlerde farklı anlamlara sahip olan insan hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği, çocuk işçiliği ve çevre koruma gibi konular titizlikle düşünülmelidir.¹⁹

Hastanelerin sosyal sorumluluğu iki boyutludur. Bu boyutlara hizmet ve kârlılık açısından bakılabilir. Birinci boyut, toplumun yararını en üst düzeye çıkarırken kurumun varlıklarını korumak ve geliştirmektir. İkincisi ise, kurumun genel anlamda halka açık hizmetler için yükümlülüğünü yerine getirmesinin yanı sıra, daha kapsamlı olarak, kaynaklarını ihtiyaç halindeki herkesin yararına olacak şekilde kullanması anlamına gelmektedir.^{20,21} Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları sosyal sorumluluklarını yerine getirebilmek için bazı ortak etik ilkelere uymalıdır:^{19,22}

1. Çalışanların sağlıklı, güvenli ve refah ortamında çalışmaları için uygun mekanizmaları planlamak ve uygulamak,
2. Farklı kategorilerde daha fazla eğitim kursları düzenlenmek,
3. Öneri sistemi uygulamak ve daha fazla personel katılımı sağlamak,
4. İnsan kaynaklarının istihdam sistemlerini gözden geçirmek, kaliteli çalışanları kuruma kazandırma ve kurumda tutma oranını arttırmak,
5. Aile birlik ve beraberliği programlarının uygulanabilirliğini sağlamak,
6. Çevrenin korunması için gerçekleştirilen politika ve faaliyetlerin fayda ve kazanımlarıyla ilgili rapor hazırlamak ve yayımlamak,
7. Yeni bölümlerin ve hizmetlerin faaliyetlerinin çevresel etkileri hakkında

- araştırmalar yapmak ve bilgi sağlamak,
8. Çevreye en az zarar veren sağlık hizmetlerini sunmak için yeni fikirleri memnuniyetle karşılamak,
9. Tüketim giderlerini iyileştirmek için stratejiler geliştirmek ve uygulamak,
10. Yeşil hastaneler için uygun yönetim şeklini uygulamak,
11. Hastane atık yönetimine dikkat etmek,
12. Hasta memnuniyeti ve sadakatini geliştirmek,
13. Hastane kaynaklarını daha etkili ve verimli kullanmak,
14. Kurumlar arası rekabette sorumluluk sahibi davranış göstermek,
15. Kurumsal sosyal sorumlulukla ilgili faaliyetlerinde devlet desteği sağlamak.

Ülkemizdeki kurumlara KSS açısından bakıldığında, KSS bilinci ve uygulamalarının gelişmesi için ancak kamu, özel sektör ve toplum arasında güçlü bir ortaklığın kurulması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca, kurumlar uluslararası bağlantılarını kullanmada yeterli kapasiteyi sağladıkları durumda, KSS konusunda ilerleme daha da hızlı bir şekilde meydana gelecektir.²³

Dünya nüfusunun artışıyla çevrenin ve doğal kaynakların kullanımının artması ve bununla beraber korunmasının zorlaşması, artan enerji tüketiminin karşılanması, giderek gelişen teknolojiler gibi ekolojik dengeyi olumsuz etkileyen sorunlar ile karşı karşıya kalınmıştır. Bu sorunların çözümü ise toplumda ancak çevre bilincinin oluşturulması ile mümkün olacaktır.²⁴

Tüm sağlık kuruluşlarının üzerine düşen görev ise; gerek kurum faaliyetleri ve teknik alt yapı çalışmalarında, gerekse yeni yatırım planlarında çevre sağlığına dost, doğal, ekonomik ürünler ile uygun teknolojileri kullanarak hizmetlerini sunmaktır.^{23,24}

Yeşil Hastaneler

Sürdürülebilir bir sağlık altyapısı kurmada en büyük zorluk, sağlık sektöründeki ekonomik ve ekolojik talepleri bir arada karşılayabilmektir. Sürdürülebilirlik, müşterilerin daha iyi seçim yapmalarını sağlamak, maliyetleri ve kaynakları daha etkin yönetmek, ürün kalitesinin artırılması ve uzun vadede kurumun kârlılığını geliştirmek üzere maliyetlerin azaltılması demektir. Aynı zamanda kurumun ürettiği ürün ve hizmetlerin müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamaları gerektiği anlamına gelmektedir. Yeşil Hastaneler, sürdürülebilir bir sağlık altyapısının kurulmasını sağlamak amacıyla

enerji tasarrufu sağlanması ve karbon gazı emisyonlarının azaltılmasından çok daha fazlasını ifade etmektedir. Yeşil Hastaneler ile verimli, kaliteli ve çevre dostu bir kurum olarak hastalara ve topluma en iyi hizmet sunulmuş olacaktır.^{24,25}

Enerji maliyetlerinde yükselme ve daha zorlu çevresel gereksinimlerin talep edilmesi gibi kurumları zora sokan durumlar arttıkça hastaneler çevre dostu teknolojileri tercih etmeye başlamışlardır. Çevre dostu teknolojilere yatırım yapmanın hastanelere maddi ve manevi pek çok faydaları bulunmaktadır. Maddi faydalar, enerji, malzeme ve süreç maliyetlerindeki büyük tasarrufları ifade ederken, manevi faydadan kasıt ise; hastanelerin hastalar, çalışanlar ve genel kamuoyu gözündeki imajının olumlu yönde gelişmesidir.^{24,26}

Sonuç

Sağlık sektöründeki gelişmelerin günden güne artış gösterdiği bu dönemde, hastaneler için kaliteli, ekonomik, hastalara ve topluma fayda sağlayan hizmetler sunmak kaçınılmaz olmuştur. Tüm sağlık kuruluşlarının üzerine düşen, gerek kurum faaliyetleri ve teknik alt yapı çalışmalarında, gerekse yeni yatırım planlarında çevre sağlığına dost, doğal, ekonomik ürünler ile uygun teknolojileri kullanarak hizmetlerini sunmaktır. Sağlık kuruluşları misyonlarını küresel bir toplumda anlamaya çalışmalı, yeni yönetim modellerinde ortak değerler ve ortak etik ilkeleri teşvik etmelidir.

Günümüzde artık, sürdürülebilirlik sağlık kurumlarında da enerji tasarrufu sağlanması ve karbon gazı emisyonlarının azaltılması gibi faaliyetlerden çok daha fazlasını ifade etmektedir. Yeşil Hastaneler ile verimli, kaliteli ve çevre dostu bir kurum olarak hastalara ve topluma en iyi hizmet sunmak amaçlanmaktadır.

Tüm bu gelişmelerin ışığında Türkiye’de sağlık sektöründe KSS’nin hangi düzeyde olduğuna yönelik net bir veri yoktur. Sağlık sektörünün önemli bölümünü oluşturan hastanelerin KSS’ye olumlu bakış açısı geliştirmeleri ve buna yönelik projeler yapmaları önemlidir.

Kaynaklar

1. Lantos GM. Boundaries of strategic corporate social responsibility. *Journal of Consumer Marketing* 2001; 18(7): 596.
2. Aktan CC. Kurumsal Sosyal Sorumluluk, İşletmeler ve Sosyal Sorumluluk (Corporate

- social responsibility, Organisations and social responsibility). 4. Baskı. İstanbul: İgiad Yayınları; 2007. p.11-60.
3. Carroll AB. The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons* 1991; 7(8): 40-44.
 4. Torlak Ö. (Perceiving the corporate social responsibility of consumers). Aktan CC, editör. Kurumsal Sosyal Sorumluluk, İşletmeler ve Sosyal Sorumluluk. 4. Baskı. İstanbul: İgiad Yayınları; 2007. p. 85.
 5. Lawrence AT, Weber J. How CSR began. *Business & Society- Stakeholders, Ethics and Public Policy*. Edition 12. New York: McGraw- Hill Companies; 2008. p.47-59.
 6. Crane A, Matten D, Spence LJ. What is CSR? Concepts and theories. *Corporate Social Responsibility*. Edition 1. New York: Routledge London & New York; 2008. p.56.
 7. Demir S. Türkiye’de kurumsal sosyal sorumluluk anlayışının gelişimi ve Unilever örneği (Corporate social responsibility at Turkey and Unilever model). (Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale, 2009.
 8. Carroll AB. Corporate social responsibility, evolution of a definitional construct. *Business & Society* 1999; 38(3): 268-295.
 9. Carroll AB, Shabana KM. The business case for corporate social responsibility: A review of concepts, research and practice. *International Journal of Management Reviews* 2010: 87.
 10. Cozannet N, Rieper H, Gurgoz Y. Corporate social responsibility in Turkey: Overview and perspectives. Working Paper 2007; No:55: 9.
 11. Güngör CR. Kurumsal sosyal sorumluluk kampanyalarının kuruma olan katkıları (Contributions of corporate and social responsibility to the business). (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2010.
 12. Aktan CC, Börü D. (The emergence and development of corporate social responsibility thinking). Aktan CC, editör. Kurumsal Sosyal Sorumluluk, İşletmeler ve Sosyal Sorumluluk. 4. Baskı. İstanbul: İgiad Yayınları; 2007. p. 28-29.
 13. Fioravante PL. Corporate philanthropy: A strategic marketing consideration. *Journal of Applied Business and Economics* 2010; 11(3): 189-206.
 14. Aupperle K, Carroll A, Hatfield J. An empirical examination of relationship between corporate social responsibility and profitability. *Academy of Management Journal* 1985; 28(2): 446.
 15. Becker-Olsen KL, Cudmore BA, Hill, RP. The impact of perceived corporate social responsibility on consumer behavior. *Journal of Business Research* 2006; 59: 46-53.
 16. Thomas G, Nowak M. Corporate social responsibility: A definition 1. Curtin University of Technology Working Paper Series 2006; No: 62: 11.
 17. Özyaral O, Yazar O, Tükel A. Sağlık kuruluşlarında kurumsal sosyal sorumluluk, sürdürülebilir kalkınma ve finansal boyutları (Corporate social responsibility, sustainable development and financial dimensions in health organisations). VII. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi 2009. p. 26.
 18. Luetkenhorst W. Corporate social responsibility and development agenda: Should SMEs care? Working paper 2004; No:13: 164.
 19. Brandao C, Rego G, Nunes R. Social responsibility: A new paradigm of hospital governance. *Health Care Anal* 2013; 21: 390-402.
 20. Darr K. The social responsibility of hospitals. *Hospital Topics* 1997; 75(1): 4-7.
 21. Keyvanara M, Sajadi HS. Social responsibility of the hospitals in Isfahan city, Iran: Results from a cross-sectional survey. *International Journal of Health Policy and Management* 2015; 4(8): 517-522.
 22. Tehemar S. Corporate Social Responsibility in Healthcare. 13.08.2012. Erişim Tarihi: 05.03.2017. <http://www.healthworkscollective.com/drtehemar/43791/corporate-social-responsibility-healthcare-sectors>
 23. Özdemir G. Özel sektörün kurumsal sosyal sorumluluk anlayışı: Türkiye’deki ilk 10 şirket üzerine bir inceleme. STEP Kurumsal Sosyal Sorumluluk Çalışması. TÜSEV 2005. Erişim Tarihi: 01.12.2016. <<http://www.step.org.tr/images/UserFiles/Image/dokumanlar/STEPsonYanRaporlar/STEP%20Kurumsal%20Sosyal%20Sorumluluk%20Calismasi.pdf>>
 24. Aydemir, E. Hastanelerde kurumsal sosyal sorumluluk raporlaması: Bir vak’a çalışması (Corporate social responsibility reporting in hospitals: A case study). (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2012.
 25. Deloitte Center for Energy Solutions. Her şirket bir enerji şirkettir, Deloitte Türkiye 2011. p.2.
 26. Siemens A.Ş. Yeşil+ hastaneler. 2011. Erişim Tarihi:02.12.2016. http://www.siemens.com.tr/i/AssetS/saglik/yesil_hastaneler/Binder_yesil.pdf

Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık***Pregnancy Drug Use and Consultancy****Mukaddes MİRAL^a Nezihe KIZILKAYA BEJİ^b**

ÖZET Gebelik süresince ilaç kullanımı hem annenin, hem de fetusun sağlığını yakından ilgilendiren önemli bir konudur. İlaçların fetus üzerindeki etkilerini belirleyen özellikler; ilacın tipi, dozu, alınma sıklığı, plasenta ve anne sütüne geçişi, ilacın dağılımı, metabolizması, boşaltımı, diğer ilaçlarla birlikte alınıp alınmadığı, her fetusun ilaca olan cevabı, fetusun yaşı, annenin sağlığı ve beslenmesidir. İlaçların fetus üzerine etkileri konusunda çeşitli sınıflandırma sistemleri geliştirilmiş ve sınıflandırma sistemleri arasında bazı ajanların sınıflandırılmasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin bu alandaki bilgilerinin geliştirilerek güncellenmesi gerekmektedir. Bu makalede gebelikte ilaç etkileşimi, ilaç sınıflama sistemleri ve danışmanlık ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, ilaç kullanımı, danışmanlık,

ABSTRACT Drug use during pregnancy is an important issue that is closely related to the health of both the mother and the fetus. Drug type, dose, receiving frequency, the placenta and breast milk passage, drug distribution, metabolism, which was received with other drugs, each fetus response to drugs, the fetus age, maternal health and nutrition are characteristics that determine their effects on the fetus of drugs. Various classification systems have been developed for the effects of drugs on the fetus and it has been determined that there are differences in the classification of some agents among the classification systems. It is necessary for the health personnel to improve and update the information in this area. This article explains drug interactions in pregnancy, drug classification systems and counseling.

Key words: Pregnancy, drug use, counseling

Giriş

Gebelikte ilaç kullanımı hem annenin, hem de fetusun sağlığını yakından ilgilendirmekte olup, birçok ilacın potansiyel teratojenik etkisi henüz ortaya konulmadığı için dikkatlice ele alınması gereken bir konudur. Gebelikte ilaç kullanımı; gebelik durumunu bilmeden kullanılan, gebelik gereği kullanılan, kronik bir hastalığa (hipertansiyon, epilepsi vb.) bağlı kullanılması gereken ve gebelik sürecinde ortaya çıkan yeni bir hastalığın tedavisi için kullanılan ilaçlar olmak üzere dört şekilde gözlenmektedir. Yapılan çalışmalar gebelerin %80-90'nın en az bir ilaç kullandığını ortaya koymuştur. Kullanılan ilaç çeşidi 1976-1978 yılları arasında ortalama 2,5 iken, 2006-2008 yılları arasında 4,2 olmuştur.¹⁻³ Gebeler demir ilacı ve multivitaminlerin yanı sıra bir ila üç ilaç daha kullanmaktadır.⁴ Gıda ve İlaç İdaresi'nin (Food and Drug Administration-FDA)

D risk kategorisinde belirlediği ilaçların kullanımı %2-%59 arasında değişmektedir. Gebelikte kullanılmış ilaçların ölçülen kontrendikasyon oranları ise %0.9-%4.6 arasındadır.⁵ Göker ve ark⁶ tarafından yapılan çalışmada 2005-2010 yılları arasında gebelikte en sık kullanılan ilaç grupları antidepresanlar ve antibiyotikler olarak belirlenmiştir. Olukman ve ark⁷ tarafından yapılan çalışmada ise ilk sırada antiinfektifler, ardından analjezikler, antidepresanlar ve antigribal ilaçlar yer almıştır. Sadece bir etken maddeye maruz kalmış gebe sayısı %10'dur. Gebeliğin ilk üç ayında ilaç kullanım oranı %83.6 olup, bu gebelerin neredeyse tamamının gebe olduğunu bilmeden ilaç kullandıkları belirlenmiştir.⁷ Olukman ve ark⁷ çalışmasında da ilk trimesterde gebelikte ilaç kullandığı için başvuru %85.2 iken, ikinci trimesterde %14 ve üçüncü trimesterde

Geliş Tarihi/Received:21-05- 2016/ **Kabul Tarihi/Accepted:** 11-04-2017

^a İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

^b Prof. Dr., Biruni Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

"Kocaeli I.Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresinde 14-15 Nisan 2016 tarihinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Sorumlu yazar /Correspondence: Mukaddes MİRAL, ^b İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

%0.7'dir.⁷ Gebeliğin bilinmesi ile, gebe ve hekim ilaç kullanma konusunda daha hassas davranarak ilaç kullanım oranlarının düşmesine yol açmaktadır. Bu durum uluslararası çalışmalarla da benzerlik göstermektedir.⁸

Gebelikte ilaç kullanımı konusundaki hassasiyetin kaynağı olan teratojenite ve ilaç ilişkisi net değildir. Doğumların ortalama %2-3'ünde majör, %9'unda minör konjenital malformasyon görülmektedir. Bu malformasyonların %65'inin etiolojisi bilinmemekte, %25'i genetik kaynaklı, %10'u ise ilaçların da içinde bulunduğu çevresel faktörlere bağlıdır. Teratojen olarak bilinen maddeler bile mutlak anomali oluşturmaz. Bu durum bir ilacın farmakolojik olarak konjenital malformasyonlara yol açacağını tahmin etmeyi güçleştirir.⁴ Gebelikte ilaç kullanımı ile ilgili randomize klinik prospektif çalışmalar sınırlıdır.⁹ Teratojenite riskinin olduğundan daha az olarak değerlendirilmesi fetuste anomali riskini artırırken olduğundan fazla olarak değerlendirilmesi ise annenin hastalığının yetersiz tedavi edilmesine veya istenmesine rağmen gebeliğin sonlandırılmasına neden olabilir. Bu durum sağlık profesyonellerinin gebelikte ilaç kullanımı konusunda dikkatli davranması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu makale kadın sağlığı ve perinatoloji alanında eğitim, danışmanlık ve yönlendirmede görev alacak personelin bu alandaki bilgilerinin güncellenmesi amacı ile hazırlanmıştır. Makalede gebelikte ilaç etkileşimi, ilaç sınıflama sistemleri ve danışmanlık konularına yer verilmiştir. İlaç olarak kabul edilmemelerine rağmen ilaç gibi kullanılmaları nedeni ile kozmesötiklere de değinilmiştir.

Gebelikte İlaç Etkileşimi

Gebelikte, fetus gelişimine ek olarak kardiyovasküler, pulmoner, renal, gastrointestinal değişiklikler ile gebeliğe adaptasyon sağlanır. Gastrointestinal motilitedeki azalma, bazı ilaçların emilimini engelleyebilir. Gebelikte ortaya çıkan plazma hacmindeki artış ve plazma proteinlerindeki azalma ilaçların plazma konsantrasyonunu azaltır. Karaciğer metabolizması ve renal kan akımında da bazı ilaçların farmakokinetiğini etkileyen değişiklikler olur. Bu değişimler sonuçta ilacın emilimi, dağılımı ve eliminasyonunu etkiler. İlacın emilimi, dağılımı ve eliminasyonu tedavinin sonucunu belirlemede önemli rol oynar. Bu nedenle gebelikte ilacın

dozunda ve tedavi aralıklarında değişiklik gerekebilir. Ancak genellikle bu durum gözardı edilmektedir.⁴

Gebelikte ilaç verirken var olan pratik görüş, ilacın fetusa geçişinin önlenemez olduğudur. Bu süreci belirleyen ilaca bağlı olan özellikler, ilacın molekül ağırlığı, iyonizasyon derecesi, yağda çözünürlüğü ve proteine bağlanma kapasitesidir. Plasentanın villus yüzey alanı ve bariyer membranının kalınlığı da geçiş sürecini etkiler. Sonuçta bütün ilaçlar plasentanın her iki tarafında kabaca eşit konsantrasyonlara ulaşır.⁴

Fetusta yetişkinliğine göre kan-beyin bariyeri geçirgenliği daha yüksek, karaciğerin detoksifikasyon fonksiyonu daha az etkin olduğu için toksisite riski artmıştır. Gebeliğin geç döneminde fetal böbrekler oldukça etkin çalışmaya başlar ve hidrofilik ilaçları hızlı şekilde elimine eder. Fetusun idrarı amniyotik sıvıya geçtiği için hidrofilik ilaçların, maternal plazma konsantrasyonu azalsa da, anneye tekrar geçme olasılığı zayıftır. Bu nedenle, amniyotik sıvı hidrofilik ilaçlar için bir rezervuar olarak kabul edilebilir.⁴

İlaçların fetus üzerine etkilerini; ilacın başka ilaçlarla birlikte alınma durumu, ilacın alındığı gebelik haftası, ilacın tipi, dozu, verilme yolu, doz aralığı, vücuda dağılımı, metabolizması, boşaltımı, plasenta bariyerini aşma durumu, anne sütüne geçme durumu, fetusun ilaca cevabı, annenin beslenmesi ve annenin sağlığı belirler.^{4,10-12} Teratojen etkinin ortaya çıkış şekli gebelik haftasına göre değişiklik gösterir. İlk iki haftada maruziyet durumunda ya gebelik düşükle sonlanır ya da hiçbir etki görülmez. Gebeliğin üç ve dokuzuncu haftalarındaki maruziyetler, önemli yapısal bozukluklar ve organ anomalileri ile sonuçlanabilir. Sonrasında gelen fetal dönemdeki teratojen maruziyetleri ise minor malformasyonlar, büyüme geriliği ve fonksiyonel bozukluklara neden olabilir. Ayrıca birçok ilaç anne sütü ile de bebeğe geçerek teratojen etki oluşturabilir.^{4,8,11,13}

Gebelikte İlaç Kullanımına İlişkin Sınıflandırma Sistemleri

Gebelikte ilaç kullanımı konusunda bilgiye ulaşma ve bilgiyi yorumlamada yaşanan zorluklar, gebelikte ilaç kullanımı sınıflama sistemlerini ortaya çıkarmıştır.⁹ Bunlardan bazıları; Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) (Tablo 1), Avustralya

Tablo 1. FDA Gebelik Risk Kategorileri^{2, 4,17}

Kategori	Tanımı
A	Gebelerde yapılan kontrollü çalışmalarda ilacın ilk üç ayda fetuste teratojenik etki riskinin olmadığını göstermiştir. (Örnek:Prenatal vitaminler)
B	Hayvanlarda yapılan çalışmalar ilacın fetuste teratojenik etki yapma riskinin olmadığını göstermesine karşın insanlarda yapılan kontrollü çalışmalar yoktur ya da hayvanlarda yapılan çalışmalar fetuste teratojenik etki riskini göstermesine karşın insanlarda yapılan kontrollü araştırmalarda fetuste teratojenik etki riski bulunamamıştır. (Örnek: Penisilinler)
C	Hayvanlarda yapılan araştırmalarda ilacın teratojenik etki riski saptanmasına karşın gebelerde yapılan kontrollü araştırmalar yoktur ya da hayvanlarda ya da gebelerde bu konuda yapılmış araştırmalar bulunmamaktadır.
D	Fetuste teratojenik etki yapma riskinin kesin kanıtları bulunmakla birlikte yaşamı tehdit eden hastalıklarda daha güvenli ilaçların kullanılmaması ya da etkisiz olması durumunda gebelerde kullanılabilecek ilaçlardır.(Örnek: Karbamazepin ve fenitoin)
X	Hayvanlarda ve insanlarda yapılan araştırmalarda teratojenik etki riski kesin olarak kanıtlanmış ve teratojenite riski yararlarından daha fazla olan ilaçlardır. Gebelik sırasında kesinlikle kullanılmamalıdır. (Örnek: İsoetretinoin)

Tablo 2. ADEC Gebelik Risk Kategorileri¹²

Kategori	Tanımı
Gr 1	Kapsamlı insan testleri ve hayvan çalışmaları ilacın embriyotoksik/teratojenik olduğunu göstermemektedir.
Gr 2	Kapsamlı insan testleri ilacın embriyotoksik/teratojenik olduğunu göstermemektedir.
Gr 3	Kapsamlı insan testleri ilacın embriyotoksik/teratojenik olduğunu göstermemektedir. Ama ilaç hayvanlarda embriyotoksik/teratojenik olarak görülmektedir.
Gr 4	İlacın insan üzerine etkileri konusunda yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar yoktur. Hayvan çalışmaları embriyotoksik/teratojenik etkilerinin olmadığını göstermektedir.
Gr 5	İlacın insan üzerine etkileri konusunda yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar yoktur
Gr 6	İlacın gebe kadın üzerine etkileri konusunda yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar yoktur. Hayvan çalışmaları embriyotoksik/teratojenik etkiler göstermektedir.
Gr 7	İlacın insan fetusünde en azından ilk trimesterde embriyotoksik/teratojenik riski vardır.
Gr 8	İlacın insan fetusünde ikinci ve üçüncü trimester boyunca embriyotoksik/teratojenik riski vardır.
Gr 9	İlacın prenatal komplikasyonlara veya anormalliklere sebep olma riski vardır.
Gr 10	İlacın insan fetusünde spesifik hormon faaliyetlerine sebep olma riski vardır.
Gr 11	İlacın mutajen/karsinojen riski bilinmektedir.

İlaç Değerlendirme Komitesi (Australian Drug Evaluation Committee-ADEC) (Tablo 2), sunulmuştur.⁴ Ülkemizde fetus üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinen tüm ilaçların prospektüsünde FDA gebelik risk kategorilerini İsveç Sınıflama Sistemi (Pharmaceutical Specialties in Sweden -FASS), Teratojen Bilgi Sistemi (Teratogen Information System TERIS).

FDA risk sınıflandırmasında gebelikte ilaç kullanımı konusunda yapılmış olan deneysel insan ve hayvan çalışmaları standardize edilerek bulundurmaları zorunludur.⁷ Yapılan çalışmalarda bazı ajanların sınıflandırılmasında sınıflandırma sistemleri arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Addis ve ark.¹⁴ yaptıkları çalışmada FDA, FASS ve ADEC risk sınıflama

sistemlerini karşılaştırmış, 236 ilaçtan 61 tanesinin (%26) sınıflandırma sistemlerinin tamamında aynı risk kategorisinde olduğunu belirlemiştir.^{5,14} Demveark¹⁵ tarafından yapılan çalışmada da FDA, ADEC ve TERIS risk kategorileri arasında zayıf-

orta derecede uyum saptanmıştır.¹⁵ Bazı ilaçların alınma zamanı doğrultusunda teratojenite riskinin değiştiği görülmüştür. X kategorisinde yer alan oral kontraseptifler çoğunlukla gebe olduğunu bilmeden kullanılan ilaçlardır. Oral kontraseptifler

Tablo 3. FDA ve ADEC Arasında Bazı Ajanların Sınıflandırılmasındaki Farklılıklar¹²

Farmasötik Ajan	Avusturalya (ADEC)	ABD (FDA)
Acetaminophen/Paracetamol	A	B
Acetylsalicylic acid/Aspirin	C	D
Amoxicillin	A	B
Amoxicillin with clavulanic acid	B1	B
Cefotaxime	B1	B
Loperamide	B3	B
Paroxetine	C	D
Triamcinolone (skin)	A	C

Tablo 4. Gebelikte İlaç Maruziyetine Dair FDA Tarafından Kabul Edilen Yeni Anlatım Modeli^{17,18-20}

Başlıklar	Kapsam
Gebelik kayıt sistemi ifadesi	İlacın gebelikteki maruz kalımına dair mevcut bir kayıt sistemi ya da çalışma var ise kaydolmak isteyen gebeler için iletişim bilgileri
Gebeliğe dair bazal risk ifadesi	"Tüm gebeliklerde ilaç kullanımından bağımsız olarak belirli bir oranda doğum defekti, kayıp ya da diğer istenmeyen sonuç riskleri bulunmaktadır. Aşağıdaki fetal risk özeti A ilacının gelişimsel anormallikleri bu bazal riskin ne kadar üzerine çıkarma potansiyeli olduğunu tanımlamaktadır." gibi bir ifade yer alacaktır.
Fetal risk özeti	Bu bölümde mevcut veriler üzerinden ilacın insanlarda gelişimsel anormallikleri ne ölçüde arttırabileceği karakterize edilecektir. İlaçların hangi yol (sistemik, topikal vb.) ile kullanıldıkları da gözönüne alınacaktır. Bu bölümde aşağıdaki konularda bilgiler olacaktır.
Klinik değerlendirmeler	<ul style="list-style-type: none"> • İstmeden maruz kalım (gebelik henüz öğrenilmeden önceki maruz kalımlar) • Gebelere yönelik reçeteleme kararları - İlacın kullanılacağı hastalığın gebe ve fetus üzerindeki riskleri - Gebelikte doz ayarlanmasına dair bilgiler - Gebelikte sıklığı artan ya da gebeliğe özgü anneye ait istenmeyen etkiler - İlaça maruz kalım dozu, zamanı ve süresinin etkileri - Olası yenidoğan komplikasyonları ve müdahale yöntemleri • İlacın doğum esnasındaki etkileri
Veriler	<p>İnsan Ve Hayvan Verileri, İnsan Verileri Önce Olacak Şekilde Gösterilecektir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çalışmanın Tipi, Maruz Kalıma Dair Bilgiler (Doz, Süre, Zaman) Ve Fetuste Tanımlanmış Herhangi Bir Gelişimsel Anormallik Ya Da Diğer İstenmeyen Etkiler • Pozitif Ve Negatif Tecrübeleri Kapsayan İnsan Verileri, Çalışmaya Alınan Olgu Sayısı Ve Çalışmanın Süresi • Çalışılan Türleri Ve Çalışılan Dozu İnsan Dozu Eşdeğerinde Tanımlayan Hayvan Verileri

hakkında yapılan çalışmalar ilk trimestırda kullanıldıklarında teratojenitenin son derece az olduğunu göstermektedir.^{7,16} FDA oral kontraseptifleri X kategorisinde FASS ise B3 kategorisinde sınıflandırmıştır.¹⁶ FDA 1997 yılında düzenlediği forum ile gebelik risk

kategorilerinin; Fazlasıyla basitleştirilmiş anlatımı ile riski iletmede yetersiz olduğunu, A'dan X'e gittikçe riskin arttığı algısını oluşturduğunu, aynı kategorideki ilaçların teratojenik potansiyellerinin de aynı olduğu yanlışlığını ortaya çıkardığını, ilacın dozu, kullanma yolu, sıklığı, süresi,

maruziyetin olduğu gebelik haftası, istenmeyen etkileri, etkinin şiddeti, insidansı açısından ayırt ettirici olmadığını, planlı gebeliklerde kullanılabilen ilaç seçimlerine odaklanmış olup, gebeliğini bilmeden kullanılan ilaçların risklerini tanımlamakta yetersiz kaldığını, insan ve hayvan verileri arasında ayırt edici vurgu yapmakta yetersiz kaldığını ifade etmiştir.^{2,17,18} FDA yaptığı açıklamada risk kategorizasyonlarının tek başına değerlendirmede yetersiz kaldığını, bunun yanında gebeye özgü klinik değerlendirme ve risk özetinin mevcut verilerle anlatılması gerektiğini vurgu-

lamıştır.^{8,18} 2008 yılında ise, ilaçların gebelik ve emzirme dönemindeki risklerine dair yeni bir anlatım metoduna geçileceğini, bu anlatımın “öyküleştirilmiş” şekilde olacağını, metnin risk özeti, klinik olarak göz önüne alınması gereken durumlar ve veriler gibi alanlara ayrılacağını duyurmuştur² (Tablo 4).

Gebelik risk kategorileri arasındaki zayıf uyum ilaç maruziyetlerinde sadece gebelik riski kategorilerinin değil aynı zamanda epidemiyolojik çalışmaların da dikkate alınması gerektiğini ortaya koymuştur.¹⁵

Tablo 5. Gebelikte ilaç danışmanlığı veren bazı merkezler ve iletişim bilgileri

Kurum	Birim	İletişim
Refik Saydam Hıfzısıhha Başkanlığı	Teratojenite Danışma Merkezi	turktedam@rshm.gov.tr Ankara
Marmara Üniv. EAH	Tıbbi Farmakoloji Polikliniği	(216) 6570606/ 4756 İstanbul
Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak.	İlaç ve Zehir Danışma Merkezi	(232) 4123939 İzmir
İzmir Atatürk EAH	Klinik Farmakoloji ve Toksikoloji Birimi	(232) 2444444/ 1598- 1698 İzmir
Celal Bayar Üniv. Tıp Fak	Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	(236) 2331920/ 212 Manisa
Karadeniz Teknik Üniv. Tıp Fak	Teratojenite Bilgi Servisi ve İlaç Danışma Merkezi	teratology@ktupharmacology.com Trabzon
İstanbul Üniv Cerrahpaşa Tıp Fak	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, GETAM	212 414 3000-21304 İstanbul

Danışmanlık

Gebelikte ilaç maruziyetinde gebe ve sağlık çalışanlarının en güncel ve en doğru bilgiye ulaşımının sağlanması önemlidir. Ülkemizde gebe ve sağlık personellerine teratojenite danışmanlığı hizmeti teratojenite bilgi servisleri (TBS) tarafından verilmektedir (Tablo 5). Teratojenite bilgi servislerine gebeliğe ait son usg kaydı ve kullanılan ilacın prospektüsü ile başvurulmaktadır. Teratojenite raporu; ilaç ve gebelik öyküsü doğrultusunda literatür taraması yapılarak düzenlenmektedir. Literatür taramasında; Micromedex, Reprotox, Pub Med, FDA, drugs.com, safefetus.com vb. web siteleri ve çeşitli kitaplardan (Drugs During Pregnancy and Lactation. Christof Schaefer, Paul Peters, Richard K. 2nd Edition.2007; Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. Gerald G. Briggs, Roger K. Freeman, Sumner J. Yaffe. 9th Edition. 2011;

Catalog of teratogenic agents (13th ed). Shepard TH, Lemire RJ, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2010; TERIS: Teratogenic Effects of Drugs in Resource for Clinicians (TERIS), Friedman JM, Polifka J. Second edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2000.) yararlanılmaktadır. Bir çeşit derleme olan teratojenite raporu gebeden gebeye farklılık gösterse de ortalama 48 saatte hazırlanmaktadır.⁸

Hazırlanan raporun gebeye nasıl aktarıldığı önemlidir. Sonuçta gebe algıladığı riske göre gebeliğin sonlandırılması veya devamına, tedavinin kabulüne ya da reddine karar vermektedir. Gebeye verilen danışmanlıkta amaç gebenin riski mevcut verilerin ışığında doğru bir şekilde anlayabilmesini sağlamaktır.^{19,20} Gebeliğini bilmeden kullanılan ilaçlar gebenin endişesini arttırarak algılarını değiştirebilir. Gebenin endişesi giderilmeli, anlatılanları doğru anladığı kontrol edilmelidir. Danışmanlık

içeriğinde; danışmanlığın türü, verilen bilgilerin nasıl elde edildiği, ilacın risk sınıflamalarındaki yeri, literatür özeti, ilacın dozu - kullanma süresi – kullanıldığı gebelik dönemi - literatür göz önünde bulundurularak “risk artışı” durumu ve gebelik için öneriler yer almalıdır. Gebeye sorular sorularak anlatılanları anladığı teyit edilip, ayrıca anlatılanlar yazılı olarak ta gebeye verilmelidir. Gebe, raporun altına kendisine anlatıldığını ve kendisinin de anladığını yazılı olarak belirtmelidir. Danışmanlık ortalama 20 ila 40 dakika sürmektedir. Etkin bir iletişim gebe memnuniyetini arttırmaktadır.^{8,20}

Kozmesötik

Güvenli olduğu düşüncesiyle bitki ve bitki ekstralarının (kozmesötik) gebe ve emziren kadınlar arasında kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ancak bilimsel olarak incelenmiş kozmesötik oranı oldukça azdır.²¹ Kozmesötikler ilaç olarak kabul edilmedikleri için dünyanın birçok ülkesinde üzerine içeriğinin yazılması koşuluyla üretilip, reçetesiz satılabilir.^{21,22}

Alman E Komisyonu (German Commission E/Almanya Bitkisel İlaçları Ruhsatlandırma Dairesi), EMEA (European Medicines Agency / Avrupa İlaç Dairesi) kozmesötik ilaç referans merkezlerindedir. Bu merkezlerde kozmesötik çalışmaları incelenerek güvenlik ve etkinlik değerlendirmesi yapılmakta, monograflar yayınlanmaktadır. Monograflarda kozmesötüğün onaylanma durumu, endikasyonu, kullanımı, yan etkileri, diğer kozmesötik ve ilaçlar ile etkileşimi gebelikte ve emzirme döneminde kullanımı vb. bilgilere yer verilmektedir.²¹

FDA ise kozmesötikleri ilaç olarak değil gıda takviyesi olarak kabul etmektedir. Ancak kozmesötüğe bağlı zararlı etkiler olduktan sonra üreticilerin FDA'ya bildirim zorunludur. 2010-2011 yıllarında aylık ortalama 120 bildirim yapılmıştır. Bildirimler doğrultusunda inceleme yapılarak gerekirse kozmesötik yasaklanabilmektedir.²¹ Kozmesötiklerin gebelik ve emzirme döneminde kullanımına dair yeterli bilimsel verinin olmaması nedeni ile Komisyon E, EMEA ve FDA bu dönemlerde kozmesötik kullanımını önermemektedir.²¹

Sonuç ve Öneriler

Gebelikte ilaç kullanımı en çok ilk 3 ayda gerçekleşmekte olup, daha çok gebeliğini

bilmeden kullanılan ilaçlardır. Aile planlaması hizmetleri ile planlı gebeliklerin yaygınlaştırılması ve prekonsepsiyonel eğitimler ile ailenin ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi, ilaç başlamadan önce gebelik testi yapılması bu dönemde bilinçsiz ilaç kullanımı azaltacaktır. Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, gebelikte ilaçların reçetesiz kullanımlarının önlenmesi, gebelikte kozmesötik kullanımının önerilmemesi, ilaç reçete edilirken gebelik sorgulaması yapılması, gebeliğin haftası dikkate alınarak ilaç yazılması, etkinliği kanıtlanmış ilaçların kullanılması, tedavide en düşük etkin doz verilmesi, ilacın yarar/zarar dengesinin değerlendirilerek aileye de bilgi verilmesi ilacın olası olumsuz etkilerini en aza indirecektir. Eğer teratojen ilaç kullanımı zorunlu ise; gebeliğe yönelik tedbirlerin alınması, kadının ilaç kullanırken oluşabilecek bir gebeliğin sonuçları hakkında bilgilendirilmesi, gerekli durumlarda ilgili kuruluşlara yönlendirilmesi ve stres yönetimi konusunda kadına destek olunması sağlık personelinin temel görevleri arasındadır. İlaçlar ve teratojenite ile ilgili bilgiler çok hızlı değişmekte ve sadece ilaç sınıflandırma sistemleri üzerinden karar vermek yanıltıcı olabilmektedir. Ülkemizde bu konuda sağlık personeli ve gebeye danışmanlık hizmetlerini vermek üzere teratojenite bilgi servisleri bulunmakta olup, gerektiğinde bu servislerden destek alınabilir. Ayrıca; bilimsel ilaç araştırmalarının artırılması, dünya çapında ve ülke bazında gebelikte ve emzirme döneminde ilaç kullanımı kayıt sisteminin oluşturulması, güvenli ve hızlı bilgi akışının sağlanması, bilginin sağlık personelleri ve gebelere doğru aktarılması da devlet ve akademisyenler tarafından yapılması gerekenler arasındadır.^{6,23}

İlaç ve sağlık sektöründe hızlı gelişmeler olmakta, gebelikte ilaç kullanımı konusunda özellikle kadın doğum alanı ile ilgilenen sağlık personellerinin sürekli bilgilerini güncellemesi ve gerektiğinde nerelerden destek alabileceğini bilmesi gerekmektedir.

Teşekkür: İngilizce çeviri desteği için Selda ASKERZADE'ye teşekkür ederim.

Kaynaklar

1. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM et al. National birth defects prevention study.

Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(1):51-58.

2. Kaplan YC, Can H, Demir Ö, Karadaş B, Yılmaz İ, Temiz TK. [A new era begins in risk communication regarding drug use in pregnancy: Changes in FDA pregnancy risk categories]. *Turkish Journal of Family Practice* 2014;18(4):195-198.

3. Oray N. [Drug use in pregnancy]. *TATD Klinik Toksikoloji Sempozyumu. DEÜTF Acil Tıp Ad. Nisan 2014.*

4. Zorlu C, Arı E. [Use of antibiotics and treatment of parasitic infestations in pregnancy]. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology And Obstetrics*; 2006;16 (1): 17-32

5. Daw JR, Hanley GE, Greyson DL, Morgan SG. Prescription drug use during pregnancy in developed countries: a systematic review. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety*. 2011; 20(9): 895-902. doi: [10.1002/pds.2184](https://doi.org/10.1002/pds.2184)

6. Göker A, Duman M, Gürpınar T, Muci E, Yıldırım Y, Erköseoğlu İ, Dikayak Ş, Koyuncu F. [Retrospective Evaluation of the Pregnant Women Consulted Due to Drug Exposure During Pregnancy]. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrik*.2012; 22(2): 90-94.

7. Olukman M, Parlar A, Orhan CE, Erol A. [Drug use in pregnancy: One year's experience]. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi [Journal Turk Soc. Obstetrics Gynecology]*.2006; 3(4): 255-261.

8. Öztürk Z. [Approaching Pregnant Women using Medicine: Risk of Teratogenicity and Counselling Services]. *Sted*. 2014; 24(5):201-205.

9. Duman, M. [Different Risk Categorizations Related to the Use of Drugs During Pregnancy]. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics*. 2013; 6(3): 12-17.

10. Büyükkayhan D, Kurtoğlu S. [Using drugs in pregnancy and lactation period]. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*.2006; 2(5): 23-35.

11. Aktoz M, Altun A. [Using criteria of cardiovascular drugs during pregnancy]. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2005; 1(50): 72-80.

12. Yiğiter A. What has changed in pregnancy using medication?. *Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği VIII. Ulusal Kongresi 11-14 Ekim 2012 Harbiye /İstanbul*

13. Schaefer C, Peters P, Miller RK. *Drugs During Pregnancy And Lactation*. 2nd Ed.; London:Elsevier. 2007

14. Addis A, Sharabi S, Bonati M. Risk Classification Systems For Drug Use During Pregnancy: Are They A Reliable Source of Information? *Drug Saf*. 2000; 23(3):245-253.

15. Demir Ö, Arıcı A, Demiral Y, Tunçok Y. [Evaluation of Drugs Exposure in Pregnancy According to Different Risk Categories: Do FDA-Based Decisions Lead to More Curettage?]. *Türkiye Klinikleri. J Med Sci*.2012; 32(4): 901-909.

16. Thorpe PG, Gilboa SM, Hernandez-Diaz S, Lind J, Cragan JD, Briggs G, et al. Medications in the first trimester of pregnancy: most common exposures and critical gaps in understanding fetal risk. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2013; 22(9):1013-1018.

17. Feibus KB. FDA's proposed rule for pregnancy and lactation labeling: Improving maternal child health through well-informed medicine use. *J Med Toxicol*. 2008;4(4):284-288

18. Frederiksen, MC. The New FDA Pregnancy labeling requirements for drugs. *J Midwifery Womens Health* 2011;56(3):303-307. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00067.x.

19. Demir Ö, Kaplan YC. [The Risk Assessment on Drug Use During Pregnancy and Lactation: Teratogenicity Information Services in Turkey]. *Türkiye Klinikleri Journal Of Gynecology And Obstetrics Special Topics*. 2013; 6(3): 34-40.

20. Kaplan YC, Kelekçi S, Demir Ö. [Risk evaluation, risk communication and perinatal evaluation in pregnancies with drug exposure]. *Nobel Medicus*. 2015;11(1):14-21.

21. Yıldız H, Abuaf OK. [Use of cosmeceuticals during pregnancy and lactation period]. *[Turkderm-Archives Of The Turkish Dermatology And Venerology]*. 2013; 47(4): 194-199.

22. Bedi MK, Shenefelt PD. Herbal Therapy İn Dermatology. *Arch Dermatol*. 2002;138(2): 232-242.

23. Arıkan İİ, Barut A. [Drug Usage in Pregnancy: Basic Principles]. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology And Obstetrics Special Topics*.2013; 6(3): 18-22.