

sağlık akademisyenleri

Health Care Academician Journal

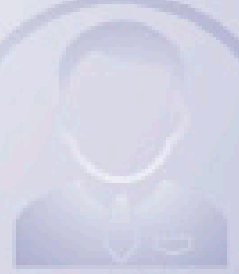
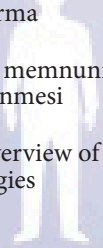
DERGİSİ

YIL: 2021 CİLT: 8 SAYI: 1 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

ISSN: 2148-7472

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

- Mammography screening journeys: An action research study
- Aile sağlığı merkezlerinde fizyoterapist istihdamı: İstanbul ilinde fizibilite araştırması
- Engelli bireye sahip ailelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi
- Kamu hastanelerinde çalışan sorumlu hekimlerin problem çözme becerilerinin değerlendirilmesi
- 0-6 Aylık bebeklerin büyüme gelişme ve beslenme özelliklerinin değerlendirilmesi
- Hastanelerde atık yönetimi problemlerini analitik hiyerarşi prosesi yöntemiyle tespit etmeye yönelik bir araştırma
- Beslenme ve diyetetik bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin besin tercihlerinin karşılaştırılması
- Asemptomatik ve semptomatik COVID-19 vakalarının BT görüntülerinin incelenmesi
- Relationship between adverse childhood experiences, close relations and emotion regulation: Chronic idiopathic urticaria patients
- Acil servis hemşirelerinin algıladıkları stres kaynakları: Nitel bir araştırma
- Hasta memnuniyeti kavramının bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi
- An overview of traditional and complementary medicine initiatives and strategies



KÜNYE

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

BİLİMSEL HEYET**BAŞEDİTÖR**

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

EDİTÖRLER

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

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

YAYIN KURULU

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ	Uludağ Üniversitesi	Bursa/TÜRKİYE
2	Prof. Dr. Rashid Bin KHALFAN AL ABRI	The University of Sultan Qaboos	Muscat/UMMAN
3	Prof. Dr. Martin RUSNAK	The University of Trnava	Trnava/SLOVENYA
4	Dr. Zakiuddin AHMED	The University of Piphah	İslamabad/PAKİSTAN
5	Dr. Dina BAURODI	AMEOS Hospital Anklam	Berlin/ALMANYA
6	Dr. Arild AAMBO	Ullevaal University Hospital	Oslo/NORVEÇ
7	Doç. Dr. Umut Beylik	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/TÜRKİYE
8	Doç. Dr. Birkan TAPAN	Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
9	Dr. Öğr. Üyesi Gürbüz AKÇAY	Pamukkale Üniversitesi	Denizli/TÜRKİYE
10	Dr. Öğr. Üyesi M. Emin DEMİRKOL	Sağlık Bakanlığı-Bolu İl Sağlık Müdürlüğü	Bolu/TÜRKİYE

DANIŞMA KURULU

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
2	Prof. Dr. Allen C. MEADORS	The University of North Carolina at Pembroke	NC/ABD
3	Prof. Dr. H. Emre BURÇKİN	IMBL Üniversitesi Onursal Profesör	İstanbul/TÜRKİYE
4	Prof. Dr. İsmail ÜSTEL	Serbest Danışman	Ankara/TÜRKİYE
5	Prof. Dr. Zarema OBRADAVIÇ	Sarajevo Halk Sağlığı Enstitüsü	BOSNA HERSEK
6	Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK	Sebahattin Zaim Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
7	Dr. Aziz Ahmet SUREL	Sağlık Bakanlığı	Ankara/TÜRKİYE
8	Prof. Dr. K. Rajasekharan NAYAR	Ananthapuri Hospitals	Kerala/HİNDİSTAN
9	Prof. Dr. Viera RUSNAKOVA	Slovak Medical University	Bratislava/SLOVAKYA
10	Doç. Dr. Manal BOUHAIMED	Kuveyt University	Jamal Abdul Nasser/KUVEYT
11	Prof. Imran AKPEROV	IMBL University	Rostov/RUSYA
12	Doç. Dr. Yannis SKALKIDIS	Atina University	Atina/YUNANİSTAN
13	Prof. Dr. Nilay GEMLİK	Marmara Üniversitesi	İstanbul/TÜRKİYE
14	Prof. Dr. A. F. AL-ASSAF	The University of Oklahoma	Oklahoma/ABD
15	Doç. Dr. M. Nurullah KURUTKAN	Düzce Üniversitesi	Bolu/TÜRKİYE

SAYI HAKEMLERİ

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Dr. Yeşim UYUTAN	Konak Hastaneleri	Kocaeli / TÜRKİYE
2	Dr. Öğr.Üyesi Naile Esra SAKA	Namık Kemal Üniversitesi	Tekirdağ / TÜRKİYE
3	Dr. Ramazan KIRAÇ	Sütçü İmam Üniversitesi	K.Maraş / TÜRKİYE
4	Doç. Dr. Melike DİŞSİZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
5	Dr. Ayhan ATILGAN	Pamukkale Üniversitesi	Denizli / TÜRKİYE
6	Dr. Öğr.Üyesi Aysun YÜKSEL	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
7	Dr. Öğr.Üyesi Hilal HIZLI GÜLDEMİR	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Kütahya / TÜRKİYE
8	Dr. Öğr.Üyesi Gülay EKİNCİ	Sebahattin Zaim Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
9	Dr. Selahattin AKYÜZ	Sağlık Bakanlığı	İstanbul / TÜRKİYE
10	Dr. Öğr.Üyesi Hayrettin MUTLU	Gedik Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
11	Dr. Öğr.Üyesi Elif DİNÇERLER	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
12	Doç. Dr. Nurullah KURUTKAN	Düzce Üniversitesi	Bolu / TÜRKİYE
13	Dr. Serdal KEÇELİ	MSB Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
14	Dr. Öğr. Üyesi Emine ÖZSARI	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi	Bolu / TÜRKİYE
15	Dr. Öğr. Üyesi İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi	Diyarbakır / TÜRKİYE
16	Doç. Dr. Umut BEYLİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara / TÜRKİYE
17	Dr. Öğr.Üyesi Davut Cem DİKMEN	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi	Lefkoşe / KKTC
18	Doç. Dr. Ebru KAYA MUTLU	İstanbul Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
19	Dr. Öğr.Üyesi Serdar ATALAY	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
20	Dr. Öğr.Üyesi Demet İNANGİL	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
21	Dr. Öğr.Üyesi Hülya SARAY KILIÇ	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi	Bilecik / TÜRKİYE
22	Doç. Dr. Gül DİKEÇ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul / TÜRKİYE
23	Öğr.Gör. Fırat SEYHAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara / TÜRKİYE
24	Ar. Gör. Fadime TORU	Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi	Antalya / TÜRKİYE

MAKALE YAZIM KURALLARI

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

1. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde Yayın politikaları aşağıdaki ilkeleri içermektedir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar

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

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

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

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

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

Araştırma Makaleleri:

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

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

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

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

Tartışma aşşağında verilen ana başlıkları içerecek şekilde yapılmalıdır.

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

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

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

Derleme Makaleleri:

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

Kısa Rapor:

İstisna durumlar haricinde orijinal makaleler için rehber aynı şekilde kalacaktır

Editöre Mektup:

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

Metin içi Atıf

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

Kaynaklar:

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

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

Kaynakların yazılışı aşağıdaki örneklerle göre yapılmalıdır:

Dergi:

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

Kitap:

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

Elektronik Adres:

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

Açıklama;

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

İÇİNDEKİLER

Araştırma Makaleleri

Mammography screening journeys: An action research study <i>Mamografi taraması yolculuğu: Bir eylem araştırması</i> Kristin Öztürk, Mehveş Tarım	1-7
Aile sağlığı merkezlerinde fizyoterapist istihdamı: İstanbul ilinde fizibilite araştırması <i>Physiotherapist employment in primary health care: Feasibility research in İstanbul province</i> Eren Timurtaş, Ender Ersin Avcı, İlkşan Demirbüken, Aysel Yıldız Özer, Orhan Öztürk, Mehveş Tarım, Mine Gülden Polat	8-13
Engelli bireye sahip ailelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi <i>Determining the attitudes and behavior of rational drug use of the families with disabled individuals</i> Beyza Erkoç, Türkan Akyol Güner	14-20
Kamu hastanelerinde çalışan sorumlu hekimlerin problem çözme becerilerinin değerlendirilmesi <i>Evaluation of the problem-solving skills of physicians working as responsible in some public hospitals</i> Ayşe Düşünür, Seyhan Çerçi	21-28
0-6 Aylık bebeklerin büyüme gelişme ve beslenme özelliklerinin değerlendirilmesi <i>Evaluation of growth, development and nutritional characteristics of 0-6 month old babies</i> Havvanur Yoldaş İlktaç, Tuğba Dinçer, Muazzez Garipağaoğlu	29-35
Hastanelerde atık yönetimi problemlerini analitik hiyerarşi prosesi yöntemiyle tespit etmeye yönelik bir araştırma <i>A research to determine waste management problems in hospital using analytical process method</i> Hatice Esen, Vahit Yiğit	36-42
Beslenme ve Diyetetik bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin besin tercihlerinin karşılaştırılması <i>Comparison of food preferences of nutrition and dietetics 1st and 4th grade students</i> Elvan Yılmaz Akyüz, Müzeyyen Nur Konan, Reyhan Alatlı	43-48
Asemptomatik ve semptomatik COVID-19 vakalarının BT görüntülerinin incelenmesi <i>Review of CT images of asymptomatic and symptomatic COVID-19 cases</i> Muhammed Emin Demirkol, Musa Kaya, Mehmet Balcı	49-53
Relationship between adverse childhood experiences, close relations and emotion regulation: Chronic idiopathic urticaria patients <i>Çocukluk çağı olumsuz yaşantı, yakın ilişkiler ve duygu regülasyonu arasındaki ilişki: Kronik idiyopatik ürtiker hasta grubu</i> Kubra Ünal, İlknur Altunay, Sibel Mercan, Yasemin Erdem	54-63
Acil servis hemşirelerinin algıladıkları stres kaynakları: Nitel bir araştırma <i>Stress sources perceived by emergency service nurses: A qualitative study</i> İsmail Özdaş, Mehtap Kızılkaya	64-70
Hasta memnuniyeti kavramının bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi <i>Examining patient satisfaction concept with bibliometric analysis method</i> Sümeyra Akın, Nurullah Kurutkan	71-84
Derleme	
An overview of traditional and complementary medicine initiatives and strategies <i>Geleneksel / tamamlayıcı tıp girişimlerine ve stratejilerine yönelik genel bir bakış</i> Duygu Deniz, Esra Sevimli, Tuğçe Nuriye Sevimli	85-89

Mammography screening journeys: An action research study

Mamografi taraması yolculuğu: Bir eylem araştırması

Kirstin Öztürk¹, Mehves Tarım²

¹Marmara University, Health Sciences Institute, kirstin.ozturk@gmail.com, 0000-0002-1746-6689

²Marmara University, Health Sciences Institute, mehvestarim@yahoo.com, 0000-0002-3726-9439

ABSTRACT

Objective: To observe the mammographies of women targeted by the national breast cancer mammography screening guidelines to identify process-based barriers to compliance. **Materials and Methods:** This study was conducted between December of 2018 and May of 2020. Recruitment was done during a larger study that recruited 12 focus groups of 87 women between the ages of 40-69 living in Istanbul. Observation of mammography scheduling, screening, and reporting processes was done using action research, an approach that allows the researcher to fully interact with, and advocate for, study subjects to stimulate empowerment and change. A form developed by the Susan G. Komen® Breast Cancer Foundation was used to guide and document observations. **Results:** Mammographies for ten women aged 40-57 at ten distinct public, foundation, and private facilities in Istanbul were observed. Scheduling duration ranged from two to seven minutes. The earliest available appointments ranged from the same day to 20 days later. The largest barrier to access was a prerequisite examination and referral. Signed consent forms were required at four facilities. Screening duration, including wait times, ranged from eight to 100 minutes. Out-of-pocket costs ranged from \$US 0-58. Wait times for results ranged from 15 minutes to 33 days. Report formats were electronic at five facilities; others provided paper reports with compact discs. **Conclusion:** This study looked at mammography screenings through the experiences of ten women targeted by national breast cancer prevention guidelines. Opportunities for improvement were identified at facility, national, and policy levels in the areas of privacy, consent, referrals, and reporting.

Key Words:

Mammography, Cancer Screening, Breast Cancer, Action Research

Anahtar Kelimeler:

Mamografi, Kanser Tarama, Meme Kanseri, Eylem Araştırma

Corresponding Author/Sorumlu

Yazar:

Kirstin Öztürk,
Marmara University, Health
Sciences Institute,
kirstin.ozturk@gmail.com

Received Date/Gönderme

Tarihi:
05.08.2020

Accepted Date/Kabul Tarihi:

17.02.2021

Published Online/Yayımlanma

Tarihi:
01.03.2021

ÖZ

Amaç: Ulusal meme kanseri mamografi tarama rehberinde hedeflenen kadınların mamografilerini, uyum sürecine yönelik engelleri belirlemek amacıyla gözlemlemek. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Aralık 2018 ile Mayıs 2020 arasında gerçekleştirildi. İstanbul'da yaşayan 40-69 yaşları arasında olan 87 kadınların katıldığı 12 odak grubunda yürütülen çalışmadan rekrutman yapıldı. Randevu alma, tarama ve sonuç raporlama süreçlerinin gözlenmesi, eylem araştırması ile yapıldı. Bu yaklaşım ile, katılımcılara güçlenmelerini ve değişimlerini teşvik etmek için, araştırmacı, çalışma süresinde etkileşim içinde olabilir ve savunma yapabilir. Gözlemlere rehberlik etmek ve dokümanete etmek için Susan G. Komen® Meme Kanseri Vakfı tarafından geliştirilen bir form kullanıldı. **Bulgular:** İstanbul'da farklı kamu, vakıf ve özel kuruluşlarda 40-57 yaşları arasındaki on kadının mamografileri gözlemlendi. Randevu alma süresi iki ila yedi dakika arasında sürdü. İlk müsait randevular aynı günden 20 gün sonrasına kadar değişti. Erişime en büyük engel, muayene ve sevk önkoşulları olarak gözlemlendi. Dört tesiste imzalanmış onam formları istendi. Bekleme süreleri dahil tarama süresi sekiz ile 100 dakika arasında değişmekteydi. Cepten ödemeler 0-58 US\$ arasındaydı. Sonuçların bekleme süreleri 15 dakika ile 33 gün arasında değişiyordu. Rapor formatları beş tesiste elektronikti; diğerleri ise kompakt disklerle kağıt raporlar halindeydi. **Sonuç:** Bu çalışma, ulusal meme kanseri tarama rehberi tarafından hedeflenen on kadının mamografi taramasına gözlemlendi. Gizlilik, rıza, sevk ve raporlama konularında kurum, ulusal ve politika düzeylerinde iyileştirme fırsatları belirlendi.

INTRODUCTION

Around the world, more than 2 million women are diagnosed with, and more than 500,000 women die from breast cancer annually making it the most common type of cancer seen among women and the most common cancer overall in 76% of the world's countries. In Turkey, 22,345 women were diagnosed with, and 5,542 women

died from breast cancer in 2018 (1, 2). It is estimated that the incidence rate will grow by more than 60% by 2040 which, adjusting for projected population growth in the year 2040, will result in over 35,000 breast cancer diagnoses and the deaths of over 8,500 women in Turkey (3, 4).

Diagnosing breast cancer in the early stages can offer women more options for treatment and an increased

chance of survival. There are ongoing scientific debates regarding harm vs. benefit analysis (5), limitations (6), and age/frequency guidelines of mammographies (7). In addition, new technologies like artificial intelligence and genetics are under development that may prove to be more effective than mammographies in early state diagnosis of breast cancer. At present, the World Health Organization (WHO) maintains that mammography is still the most effective method for population-based screening of breast cancer today (8) and national and international health authorities continue to recommend mammography screening as an important tool in reducing the burden of disease (9-12).

The Turkish Ministry of Health's Breast Cancer Screening Program National Standards state that women between the ages of 40 and 69 should receive biannual mammography screenings (13). The Ministry of Health (MoH) assigns all Turkish citizens to a nearby family physician. The standards state that family physicians should identify eligible women assigned to their panels and invite them to designated facilities for free mammography screenings (13). These free mammography screenings are available at 68% of the 1,423 public general hospitals in Turkey (2). They can be obtained at Early Diagnosis Cancer Screening & Training Centers known as KETEMs. As of 2019, there are 218 KETEMs and 36 mobile cancer screening centers for a total of 254 centers in all 81 provinces in Turkey (13).

Despite the availability of free, nationwide mammography screening services, the 2016 screening rate for Turkish women between the aged 40 to 69 during the prior two years has been found in different studies to be between 30 and 40% compared to the EU25 average of 58% (13-15). Numerous studies have shed light on Turkish women's awareness, health beliefs, fear levels, and perceptions indicating that awareness levels are higher than compliance rates (16-20). This study was designed to understand the actual experiences of women aged 40 to 69 as they schedule and complete mammographies in Istanbul using action research, a form of research that allows the researcher to step out of the role of observer and fully interact with and advocate for study subjects to stimulate empowerment and change (21-23).

MATERIALS & METHODS

The study was conducted between December of 2018 and May of 2020 as part of a larger qualitative study conducting 12 focus groups attended by 84 women between the ages of 40-69 living in Istanbul. The focus group participants were selected using a snowball sampling technique by recruiting existing groups of women that meet regularly such as neighborhood women's groups, hobby/sports clubs, and religious

groups. None of the 84 women participating in the focus groups recalled receiving a mammography screening invitation from their designated family physician. Using the principles of action research, women participating in the focus groups who had not had a mammography screening in the prior two years were encouraged by the researcher to make mammography appointments. Assistance was given to 15 women to make mammography appointments at the facilities of their choice. Due to scheduling difficulties and, in one case, a mammography machine breakdown, the researcher was able to accompany and observe the mammography screenings of ten women. Participating women provided two separate written consent forms for the focus group and for the observation that were approved by the Marmara University Health Sciences Institute Ethics Committee.

Written approval was obtained to use a qualitative data toolkit observation form developed by the Susan G. Komen® Breast Cancer Foundation to guide and document each observation (24).

Out-of-pocket costs were incurred in Turkish Lira and converted to the approximate value in U.S. dollars using the average exchange rate for 2019.

RESULTS

Mammography screenings were observed at ten facilities in Istanbul. The facilities selected by the participating women are presented in Table 1 by type and number of observations.

Table 1. Facilities Observed for Mammography Screening

Type of Facility	No. of Observations
MoH KETEM	2
MoH Hospital	2
Foundation University General Hospital	1
Private General Hospital	4
Private Imaging Center	1
Total	10

Participating women ranged in age from 40 to 57. Half of the women had never had a mammography before, while the other half reported prior experience. Half of the women had family histories with breast cancer. Education levels ranged from elementary school to doctorate level. Table 2 displays each participant's choice of facility, age, prior experience with mammographies, family history of breast cancer, and education level.

Mammography appointment

Participants spent 2-7 minutes to make mammography appointments. The earliest available appointments ranged from later the same day to 20 days later. Prior

Table 2. Participant Demographics

1	KETEM 1	54	First time	None	University
2	KETEM 2	56	First time	Mother	Middle School
3	MoH Hospital 1	49	One prior screening 5 years earlier	None	Middle School
4	MoH Hospital 2	40	One prior screening 3 years earlier	None	High School
5	Private Hospital 1	49	First time	Mother	High School
6	Private Hospital 2	41	First time	Maternal aunt	PhD
7	Private Hospital 3	43	First time	Maternal grandmother	Elementary School
8	Private Hospital 4	45	Two prior screenings 2 and 4 years earlier	Sister	High School
9	Foundation Hospital	57	Four prior screenings every 2-3 years	None	Middle School
10	Private Imaging Center	46	One prior screening 4 years earlier	None	Masters Degree

exams and referrals from general surgery specialists were required at 60% of the facilities.

Appointments at the MoH Hospitals (n=2) were made through the online centralized booking system and call center. The women were required to first make appointments with general surgeons to get a referral for mammography testing. One woman was told by her gynecologist that only general surgery specialists have the authority to refer a patient for mammography testing. Following the general surgery examinations, the women were able to schedule mammography appointments.

Appointments at the MoH KETEM facilities (n=2) were made by telephone. KETEM telephone numbers and addresses were located online (13). Upon dialing the given numbers, the women were presented with a series of options that did not include mammography/cancer screening, so the women went through the switchboard to request the correct department which asked for their age, name, and telephone numbers.

The appointment at the foundation hospital (n=1) was made by telephone but also required a prior general surgery appointment. The mammography was completed on the same day as the general surgery exam without an additional appointment.

Appointments were made at private hospitals by telephone (n=4). Prior general surgery exams and referrals were required at three of the four hospitals. In all cases, mammography screenings were conducted on the same day as the general surgery appointment.

The appointment at the private stand-alone imaging center (n=1) was made by telephone and given for later the same day.

Durations for making and securing appointments are provided in Table 3.

Transportation: All of the selected facilities were accessible by more than one form of public transportation. Three participants drove themselves to the appointment, two were driven by their husbands, one walked, and the other four used public transportation (bus, minibuses,

and metro). For those who drove, parking was free at all MoH facilities. Two of the private hospitals charged parking fees of US\$2. None of the women reported that transportation was a barrier to accessing service.

Table 3. Time to make appointments and earliest available appointment by facility

Facility	Time to make an appointment (minutes)	Earliest available appointment (days)
KETEM 1	2	1
KETEM 2	3	20
MoH Hospital 1	7	2
MoH Hospital 2	7	1
Private Hospital 1	6	Same day
Private Hospital 2	5	6
Private Hospital 3	2	4
Private Hospital 4	5	1
Foundation Hospital	5	1
Private Imaging Center	2	Same day

Cost: All of the women were enrolled in the public National Health Insurance (SGK) program. Private facilities that participate in the SGK program may charge patients out-of-pocket (OOP) for any difference between the program's reimbursement rate and the facilities established rate. Two women also had additional private health insurance policies that can be used alone or with the SGK depending on the policy.

All services at the MoH run KETEMs and general hospitals are free of charge. The foundation hospital participates in the SGK and the OOP cost for the general surgery appointment was the equivalent of approximately US\$15 (the regular price without applying SGK would have been \$30). The OOP cost for the mammography was approximately US\$42 (full price would have been US\$145. Private Hospital OOP costs ranged from zero in the case of private health insurance to approximately US\$175 with no insurance applied. There was no OOP cost at the private imaging center with private health insurance, but the regular price was quoted at US\$150. None of the women reported that cost was a barrier to accessing service. Those who selected

private organizations with OOP charges reported that they chose private facilities because they believed that the quality and speed of care was better than public facility care.

Registration: KETEM facility registration was done at the main desk upon entering the facility and required a national ID card. Participants were then directed to the mammography screening room. Registration at MoH general hospitals is not required by patients who made appointments through the centralized booking system and went directly to the mammography screening room where they presented their names and national ID numbers.

Registration at the private and foundation hospitals and the private imaging center required first going to the registration desk where national ID cards and applicable private insurance cards were presented. SGK and private insurance status were confirmed and approved online. Applicable OOP costs were requested and paid upfront. Participants were then directed to the mammography screening room.

Privacy: Participants were called into the screening room by name at all ten facilities, but none reported perceiving this as a violation of their privacy. All but one of the facilities offered a dressing area where participants could disrobe in privacy. These areas ranged from a corner with a privacy panel at the KETEMs, to a separate room with a lockable door, mirror, hangers, and seating at the imaging center. A cloth robe was offered at the private imaging center. Boxes of disposable robes were seen at both KETEMs, but neither facility offered one to the patients. Only one of the private hospitals offered a robe.

Technicians at eight of the facilities locked the outside door to the mammography screening room. At four of the facilities, there were knocks on the door during the screening and the participants reacted by covering their chests with their arms, but the doors remained locked in all instances. At one of the private hospitals, the door remained unlocked, but a curtain was drawn between the screening area and the door. The participant reported feeling uneasy that someone could come in at any moment. One KETEM facility's mammography controls were located outside of the screening room in the intake and waiting area. A window was located in the wall above the control panel that could be seen by other patients having pre-test interviews or waiting. The participant did not notice the window during the screening process, but one of the other patients mentioned it as she was leaving the screening room. The general response was "we are all women anyway."

The radiology technician at the second KETEM was male. The participant reported that although it was not

a deterrent to completing the screening, she would have preferred a female technician and asked the technician if any females were available. The technician reported that the other technician was on leave for an undetermined length of time and that some women left the facility because they felt uncomfortable undressing in front of him. Technicians at the other nine facilities were female.

Mammography Screening Intake: KETEM facility technicians completed an online record of basic pre-test questions including age, symptoms, last menstruation date, family history, prior screenings, and results. No consent forms were presented for signature. MoH hospital technicians completed a paper form with basic pre-test questions. No consent forms were presented for signature. Private and foundation hospital technicians completed paper pre-test questionnaires. Four of the six facilities presented consent forms for signature. One of the private hospital technicians told the participant that she would have to reschedule the screening because she was menstruating and it would cause too much pain. The screening continued when the patient insisted she could bear the pain. Only the KETEM radiology technicians asked about and encouraged routine self-breast examinations.

Mammography Screening: Radiology technicians put on new disposable gloves at the beginning of the screening at all ten facilities. The duration of the actual mammography screening was standard at five minutes for nine of the ten observations with digital mammography machines. One private hospital advertised digital mammographies, but had an analog machine that required minimal additional time to change cartridges. The addition of wait times led to more significant variance among facilities as shown in Table 4. The longest mammography screening duration of an hour and 40 minutes was at the private hospital with the lowest OOP cost.

Table 4. Mammography Screening Durations and Out-of-Pocket Costs by Facility

Facility	Duration of Mammography Screening including Wait time (minutes)	Out-of-Pocket Cost Paid (equivalent value in US\$)
KETEM 1	8	\$0
KETEM 2	13	\$0
MoH Hospital 1	27	\$0
MoH Hospital 2	45	\$0
Private Hospital 1	18	\$47
Private Hospital 2	25	\$24
Private Hospital 3	26	\$58
Private Hospital 4	100	\$0
Foundation Hospital	31	\$15
Private Imaging Center	25	\$0

Atmosphere: Participants at all ten facilities reported that they found the staff members to be friendly and respectful. None of the participants reported feeling anxious about the screening. All participants reported that they felt informed by staff members and comfortable to ask questions if they had them. Participants at the KETEMs and one of the MoH hospitals reported pleasant surprise because they expected public facilities to be crowded and have less considerate staff.

Mammography Screening Results: The duration of time between mammography screenings and radiology reports becoming available ranged from 15 minutes to 33 days. For reports that were available on the same day (n=4), the wait time ranged from 15 minutes to 3.5 hours. Two reports were available the following day. The longest duration was 33 days. The delay was related to an end of year renewal of the MoH KETEM contracting for centralized radiology reporting services which led to a backlog of six weeks according to KETEM staff explanations provided to the participant when she called to inquire about her results. MoH hospitals' results are available through the national electronic health record (EHR) system, e-nabiz. MoH KETEM results are available through an MoH website using a code number provided at the time of screening. Private hospitals released paper reports with an accompanying CD. The private stand-alone imaging center sent a digital report to the participant's phone via text message within 15 minutes (before the patient had left the facility). Radiology technicians at eight of the facilities provided participants with information as to when and how they would obtain their screening results. KETEM technicians gave participants a small card with a case number and the website that they could access to obtain their reports. Two technicians at an MoH hospital and a private hospital neglected to provide any information until prompted by the participant. A summary of the wait times and reporting formats for each facility is shown in Table 5.

Table 5. Wait times for Mammography Results and Reporting Formats by Facility

Facility	Wait time for Results	Format of Results
MoH KETEM 1	4 days	Electronic- MoH
MoH KETEM 2	33 days	Cancer website
MoH Hospital 1	13 days	Electronic- EHR
MoH Hospital 2	7 days	e-nabiz
Private Hospital 1	1,5 hours	
Private Hospital 2	2 days	
Private Hospital 3	2 days	Paper report + CD
Private Hospital 4	3 hours	
Foundation Hospital	3.5 hours	
Private Imaging Center	15 minutes	Electronic- text message

DISCUSSION AND CONCLUSION

Although mammogram screenings are available free of charge, four of the ten participants elected to pay out-of-pocket for services because they expected public facilities to be crowded and less patient-focused. The experiences of the two participants that went to MoH hospitals confirmed these perceptions as they experienced longer wait-times than four out of the five private facilities, but the wait times at one private and one foundation hospital were longer. Participants at the KETEMs reported feeling surprised by how positive the screening process was for them.

Screenings are recommended for healthy women between the ages of 40 and 69 with or without symptoms and regardless of family history (25). From a policy perspective, requiring an examination and referral from a general surgery specialist to get a mammography screening is a significant barrier to access. Women who see their obstetrics-gynecology specialists regularly are unable to get referrals and must schedule an additional examination with a general surgery specialist. In Turkey, less than 18% of general surgeons are women (26), which may present an additional barrier for women who feel uncomfortable going to a male general surgeon for a clinical breast examination. Prerequisite physician visits present barriers in terms of time and effort. Ideally, preventative health screenings should be accessible to patients directly without a referral. In the event that a referral policy is non-negotiable, obstetrics and gynecology specialists should be granted the authority to provide mammography referrals. This may have the added benefit of increasing cervical cancer screening rates. To achieve the national cancer screening goal of 70%, this barrier to care should be reconsidered at both public and private facilities.

Participants at all ten facilities reported general satisfaction with the mammography screening process and said they planned to continue getting them regularly every two years. However, mammography screening rooms should be considered from a patient perspective to ensure that women feel safe during the screening process. Privacy violating aspects such as unlocked doors, flimsy curtains, two-way mirrors, and lack of robes should be changed at the facility level. Also, informed consent should be a standard requirement for any diagnostic test involving radiation. The informed consent process may offer the additional benefit of increasing patients' knowledge about breast cancer and mammographies.

All ten participants reported feeling anxiety and fear while waiting for their mammography results. The stand-alone imaging center was able to provide results

within 15 minutes after the screening, but this level of service requires dedicated radiologists and small patient numbers. It is an unrealistic goal for hospitals. KETEM screenings are sent to a national centralized system for contracted radiology services resulting in a duration of four days at one facility and 33 days at the other due to recontracting delays. Contracting requirements may be reviewed to minimize reporting durations. The MoH's new telehealth initiative may be expanded to address the need for faster radiology reporting. While MoH facilities offer electronic reports, private and foundation hospitals offered only paper reports and CDs. All four of these hospitals offer electronic laboratory reporting but haven't extended their online services to include radiology reporting. Offering electronic results would have been more convenient for the participants at private and foundation hospitals who waited for hours or were told to come back the next day.

The largest limitation of this study is the sample size. The time needed to observe mammography screenings is considerable and the human resources available to this non-funded doctoral research study were limited. A larger study encompassing more facilities would provide a more comprehensive understanding of patient experiences. A second potential limitation is researcher bias, however, the action research approach used in this study allows the researcher to advocate and empower participants. Seven participants thanked the researcher for accompanying and guiding them during their screening and reported that the researchers' questions were informative and helpful.

This study allowed the researchers to experience mammography screenings through the eyes of ten women targeted by national breast cancer prevention guidelines. Opportunities for improvement were identified at facility, national, and policy levels in the areas of privacy, consent, referrals, and reporting.

REFERENCES

1. WHO International Agency for Research on Cancer (2020), Global Cancer Observatory, Cited 18/07/2020, <https://gco.iarc.fr/>
2. Republic of Turkey Ministry of Health (2018), Health Statistics Yearbook, Cited 18/07/2020, <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>
3. Jemal, A., Torre, L., Soerjomataram, I., Bray, F., editors (2019), The Cancer Atlas, 3rd ed, Atlanta: American Cancer Society.
4. Turkish Statistical Institute (2018), Population Projections, 2018-2080. News Bulletin No. 30567, Cited 18/07/2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>
5. The National Breast Cancer Coalition (2011), Mammography for Breast Cancer Screening: Harm/Benefit Analysis, Cited 18/07/2020, <http://www.stopbreastcancer.org/breast-cancer-information/breast-cancer-information-and-positions/mammography-for-breast-cancer.pdf>
6. Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V., Bianchini, F., Straif, K. (2015), Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group, *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2353-2358.
7. The American Society of Breast Surgeons (2019), Position Statement on Screening Mammography, Cited 18/07/2020, <https://www.breastsurgeons.org/docs/statements/Position-Statement-on-Screening-Mammography.pdf>
8. World Health Organization (2016), IARC Handbooks of Cancer Prevention: Breast Cancer Screening Volume 15, Geneva, International Agency for Research on Cancer, Available from: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention>
9. Schünemann H.J. (2020), Breast Cancer Screening and Diagnosis: A Synopsis of the European Breast Guidelines, *Annals of Internal Medicine*, 172(1), 45-56.
10. World Health Organization (2014), WHO Position Paper on Mammography Screening, Geneva, World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137339>
11. Centers for Disease Control (2016), The Breast Cancer Screening Chart. Cancer Screening Guidelines, Cited 18/07/2020, <https://www.cdc.gov/cancer/health-care-providers/resources.htm>
12. Oeffinger, K.C., Fontham, E.T.H., Etzioni, R., Herzig, A., Michaelson, J.S., Ya-Chen, T.S., et al. (2015), Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society, *JAMA*, 314(15), 1599-614.
13. Republic of Turkey Ministry of Health (2020), Department of Cancer, Cited 18/07/2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa>
14. OECD (2018), Health at a Glance 2018: OECD Indicators, Paris, OECD Publishing.
15. EUROSTAT (2019), Healthcare Activities Statistics-Preventive Services, Cited 18/07/2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_preventive_services#Breast_cancer_screening
16. Aker, S., Öz, H., Tunçel, E.K. (2015), Practice of Breast Cancer Early Diagnosis Methods among Women Living in Samsun, and Factors Associated with This Practice, *Journal of Breast Health*, 11(3), 115-22.
17. Aksoy, Y.E., Turfan, E.Ç., Sert, E., Mermer, G. (2015), Barriers on Breast Cancer Early Detection Methods, *Journal of Breast Health*, 11(1), 26-30.
18. Avci, İ.A., Altay, B., Rızalar, S., Özdelikara, A., Öz, H. (2015), Attitudes of women about breast cancer and cervical cancer screening, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(3), 235-239.
19. Şen, C. (2015), Beyond Demographics: Personality, Norms, and Mechanisms of Women's Cancer Screening. Istanbul: Koç University Graduate School of Social Sciences and Humanities, Doctoral Thesis.
20. Ozmen, V., Boylu, S., Ok, E., Canturk, N.Z., Celik, V., Kapkac, M., et al. (2015), Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies, *European Journal of Public Health*, 25(1), 9-14.
21. Winter, R., Munn-Giddings, C. (2001), A Handbook for Action Research in Health and Social Care, London, Routledge.
22. Whitehead, D., Taket, A., Smith, P. (2003), Action research in health promotion, *Health Education Journal*, 62(1), 5-22.
23. Bowling, A. (2014), *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*, 4th ed. Berkshire, Open University Press.
24. Susan G. Komen (2015), Susan G. Komen Breast Cancer Foundation Community Profile Guidebook Module 4a Toolkit-Qualitative Data Support Materials, Cited 18/07/2020, https://www5.komen.org/uploadedFiles/Content/ResearchGrants/AffiliateCommunityHealth/CP_Guidebook_and_Toolkits/2015%20Community%20Profile%20Guidebook.pdf

25. Republic of Turkey Ministry of Health (2016), Turkey Cancer Control Program, Cited 18/07/2020, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf
26. Karaaslan, Y.S. (2019), 'İlklerin kadın cerrahisi' rol modelleri, Cited 18/07/2020, <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/ilklerin-kadin-cerrahi-rol-modelleri-/1417709>.

Aile sağlığı merkezlerinde fizyoterapist istihdamı: İstanbul ilinde fizibilite araştırması

Physiotherapist employment in primary health care: Feasibility research in İstanbul province

Eren Timurtaş¹, Ender Ersin Avcı², İlksen Demirbüken³, Aysel Yıldız Özer⁴, Orhan Öztürk⁵, Mehveş Tarım⁶, Mine Gulden Polat⁷

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, fzteren@gmail.com, 0000-0001-9033-4327

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ender.ersin.avci@gmail.com, 0000-0002-8089-035

³Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ilksan_d@hotmail.com, 0000-0003-0566-5784

⁴Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, aysel.yildiz@marmara.edu.tr, 0000-0003-0739-6143

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, fzt.orhanozturk@gmail.com, 0000-0003-1924-1413

⁶Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, mehvestarim@yahoo.com, 0000-0002-3726-9439

⁷Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, guldenpolat2002@yahoo.com, 0000-0002-9705-9740

ÖZ

Giriş ve Amaç: Türkiye’de Performans Programı kapsamında Aile Sağlığı Merkez’lerinde (ASM) toplumun ihtiyaçlarına daha fazla cevap verebilmek amacıyla fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti sunması için ilk adım atılmıştır. Çalışmamızın amacı fizyoterapistlerin istihdamı durumunda ASM’lerde karşılaşılabilecek hastaların genel profili, fizyoterapi gereksinimleri ve fizyoterapiye yönelik fiziki koşulların değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmet Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde Haziran 2017–Ekim 2018 tarihleri arasında İstanbul ilinde 35 ilçede 437 Aile Sağlığı Merkezi’nde gerçekleştirildi. Araştırmacılar tarafından literatür taraması ve uzman görüşleri alınarak oluşturulan bir soru formu kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan hekimlerin %69 ve hemşirelerin %8’inin egzersiz önerisinde bulunduğu saptandı. Hekimlerin ayrıca %23’ünün egzersiz önerisi için broşür verdiği belirlendi. 632 hekim (%89) takip ettiği hastasını sağlıklı yaşam için fiziksel aktiviteye yönlendirdiğini bildirdi. ASM’lerde hastaların en çok muskuloskeletal ağrı (%83,5) nedeniyle hekim tarafından fizyoterapi hizmetine yönlendirildiği saptandı. **Sonuç:** ASM’lerde farklı sağlık profesyonellerinin istihdamı Türk toplumunun ihtiyaçlarının karşılanmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttıracaktır.

ABSTRACT

Introduction and Aim: The first step has been taken in primary health clinics to offer physiotherapy and rehabilitation health care service for better addressing the needs of society within the scope of Performance Program in Turkey. The purpose of the study was to assess general patient profile and their need for physiotherapy, and physical conditions for physiotherapy services in case of physiotherapy employment. **Materials and Methods:** The study was carried out with 437 Primary Health Care Clinics in 35 districts of İstanbul between June 2017 and October 2018 within Marmara University Health Care Service Politics Application and Research Center. The questionnaire, developed by the researchers based on expert opinions and literature, was performed to collect data. **Results:** It was found that 69% of the medical doctors and 8% of the nurses participated in the study advised exercises to the patients. In addition, it was indicated that 23% of the medical doctors gave brochures to advice exercise. 632 medical doctors (89% of the doctor participants) declared that they had encourage their patients to perform any physical activity for healthy life style. The majority of the patients (83,5%) followed in Primary Health Care Clinics were consulted to a physiotherapy clinic because of musculoskeletal pain complaint. **Conclusion:** The employment of variety of health professionals in the Primary Health Clinics would improve efficiency of primary health care services for better addressing the needs of Turkish society.

Anahtar Kelimeler:

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri,
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon,
Fizyoterapist

Key Words:

Primary Health Care Services,
Physiotherapy and Rehabilitation,
Physiotherapist

Sorumlu Yazar/Corresponding

Author:
Eren Timurtaş,
Marmara Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi,
fzteren@gmail.com,

Gönderme Tarihi/Received

Date:
21.05.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

18.12.2020

Yayımlanma Tarihi/Published

Online:
01.03.2020

GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmeti bireyin kişisel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla güden sağlık hizmetleri ve bu hizmetin verildiği ilk sağlık kurumu olarak tanımlanır. Aile ve toplum bağlamında pratikte sorumlu olan klinisyenler tarafından entegre, erişilebilir sağlık hizmetlerinin sunulmasını içerir (1, 2). Bu hizmetlerin bir diğer hedefi, kapsayıcı sağlık desteği ile birlikte, ikinci ve üçüncü basamağa hasta sevk oranının azaltılmasıdır (3). Bu hedefin sağlanabilmesi için hizmete erişim ve iyileştirici bakımı geliştirebilen modellere ihtiyaç vardır (4). Bu modeller, birinci basamağa erişimi arttırmaya yardımcı olmak için hekim olmayan sağlık profesyonellerinin de istihdamını desteklemektedir (5, 6).

Hekim dışı sağlık profesyonellerinden olan fizyoterapistler, sadece tanı sonrası tedavi süreçlerinde değil koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında da sağlığı koruma, risk faktörlerini belirleme ve yönetme becerisine sahip profesyonellerdir (7). Fiziksel aktivite ve egzersiz konularında uzman olan fizyoterapistlerin günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer aldığı birçok örnek model bulunmaktadır Birinci basamaktaki bu hizmet modelleri ülkeden ülkeye değişmektedir (8, 9).

Bu alanda en yaygın kullanılan modellerden biri Birleşik Krallıkta uygulanan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) hizmet modelidir (10-12). Bu modelde aile hekimi tarafından ihtiyaç görüldüğü durumlarda hastalar yine ASM bünyesindeki fizyoterapistlere yönlendirilmektedir. Bir diğer model ise Kanadada yaygın olarak kullanılan "Doğrudan erişim" modelidir. Bu modelde hasta, poliklinik, özel muayene veya kamu tarafından finanse edilen kurumlarda tıbbi sevk olmaksızın ASM'deki fizyoterapist hizmetine erişebilmektedir (13-15). Bu modeller özellikle yaşlı ve kronik hastalıkların yönetiminde etkin bir sağlık hizmeti sunumudur. Yapılan maliyet analizi çalışmalarında bu modellerin maliyet etkin olduğu da belirtilmiştir (16). Bir diğer fayda ise gelişmiş ülkelerdeki dezavantajlı grupların hastane yatış oranlarına sağladığı olumlu katkıdır (17).

Son zamanlarda, ASM'lerde fizyoterapiye erişim modelleri, sağlık yöneticileri, aile hekimleri, politikacılar ve hastalar tarafından güncel bir konu haline gelmiştir. Ancak ülkemizde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetleri çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamakta sunulmaktadır. Fizyoterapistler, bu basamaklarda hastalıkların önleme, tedavi veya müdahale, habilitasyon ve rehabilitasyon alanlarında yaşam kalitesini ve hareket potansiyelini belirlemek ve en üst düzeye çıkarmakla sorumludurlar. Birinci basamakta da fizyoterapi hizmetlerinin sağlanması farklı derecelerde morbidite yükü olan birey ve popülasyonların farklı tipteki problemlerini ele alarak,

hastalık değil "hasta odaklı sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlama imkanı verecektir (1, 15, 18-20). Böylelikle toplumda ASM odaklı sağlık hizmetlerinin kapsayıcı ve koruyucu nitelik ve niceliği gelişecektir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) da 2016 Yılı Performans Programı kapsamında bu konudaki ihtiyaca cevap verebilmek amacıyla ASM'lerde yeniden yapılanmaya giderek, 500 fizyoterapistin sağlık hizmeti sunması için ilk adımı atmıştır (11). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM'lerin fizyoterapi ile ilişkili hasta profili ve fizyoterapiye yönelik fiziki koşullarını inceleyen bir araştırmaya henüz rastlanılmamıştır. THSK'nın fizyoterapist istihdamına yönelik bu adımından sonra fizyoterapistlerin bu kurumlara entegrasyonu ve hizmet kalitesinin artırılmasını desteklemek üzere girişimlerde bulunulmalıdır. Ancak öncesinde konu ile ilgili ASM'lerdeki profilin ve ihtiyaçların belirlenmesi esastır. Bu nedenle çalışmamızın amacı fizyoterapistlerin istihdamı durumunda ASM'lerde karşılaşacakları hastaların genel profili, fizyoterapi gereksinimleri ve fizyoterapiye yönelik fiziki koşulların değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma modeli

Araştırma modeli kesitsel tarama şeklinde yapılandırıldı. Bu tarama modeli, katılımcılardan belirli bir süre içerisinde tek seferde verilerin toplandığı ve durum analizlerinin yapıldığı betimsel bir araştırma türüdür. Çalışmamız İstanbul ili ASM'lerine başvuran hasta profili ve fizyoterapi ile ilişkili durumları var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan bir araştırma modeline uygundur.

Evren ve Örneklem

Araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurul onayını takiben (02.05.2017 tarih ve 138 sayı no ile) Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmet Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde Haziran 2017 - Ekim 2018 tarihleri arasında yürütüldü. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile karşılıklı imzalanan protokol (protokol numarası:71211201-030.03) sonrasında gerekli izinler alınarak ASM'ler ziyaret edildi. İstanbul ilindeki 35 ilçenin Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hekimler ile görüşülerek veriler toplandı. İlk ziyarette görüşülemeyen hekimler için aynı ASM'ye ikinci bir ziyaret daha gerçekleştirilerek katılım sayısı artırıldı.

Verilerin toplanması

Araştırma öncesinde, informal görüşmeler yapılarak bir soru havuzu oluşturuldu. Araştırmanın amacına uygun

sorular seçilerek soru formu yapılandırıldı. Araştırmada veri toplama aracı olarak bu soru formu kullanıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerden yüz yüze görüşme yöntemi ile bilgi alındı.

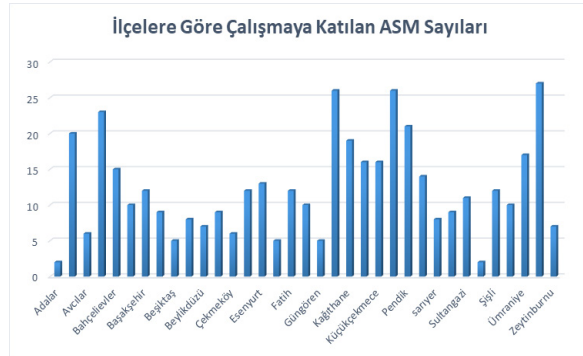
Verilerin analizi

ASM'lerden bilgi formu aracılığı ile elde edilen verilerin çeşitli özellikleri (kayıtlı hasta sayısı, kronik hastalığa sahip hasta sayısı, fizyoterapi ihtiyacı ve yönlendirme vb.) frekans dağılımı ve yüzdeler ile özetlenerek yorumlandı. İstatistiksel analizde, SPSS 20.0 tanımlayıcı istatistik programı (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmamız İstanbul ilinde 35 ilçenin ASM'lerinin dahil edilmesi ile tamamlandı. İl genelinde 437 Aile Sağlığı Merkezi ziyaret edildi. Çalışmaya katılımın en fazla olduğu ilçeler 26 ASM ile Kadıköy ve Maltepe, en az olduğu ilçenin ise 2 ASM ile Adalar ilçesi olduğu belirlendi (Grafik 1).

Grafik 1. İstanbul genelinde ilçelere göre araştırmaya katılan ASM'ler



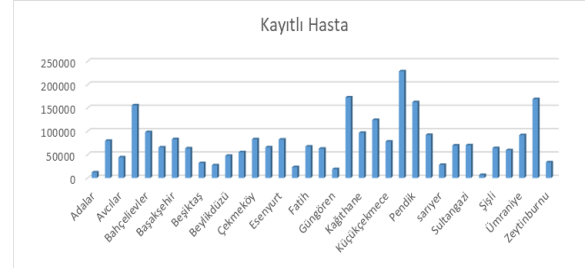
İstanbul genelinde değerlendirmeye katılan ASM'lerde 712 hekime ulaşıldı. Diğer sağlık profesyonellerinin sayıları incelendiğinde, 1833 hemşirenin görev yaptığı, fizyoterapist ve diyetisyenlerin ASM'lerde henüz istihdam edilmediği, ulaşılan diğer sağlık personelleri (ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter vs.) sayısının ise 166 olduğu tespit edildi. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hekimlerin reddetme nedenleri aşağıdaki gibi sıralandı:

- İş yoğunluğu
- İzinli olması
- Hasta ev ziyaretine gitmesi gerektiği için zamanın olmaması
- Çalışmaya katılmak istememesi

ASM'ler ilçe bazlı kayıtlı hasta sayısı bakımından değerlendirildiğinde 228504 hasta ile ilk sırada Maltepe

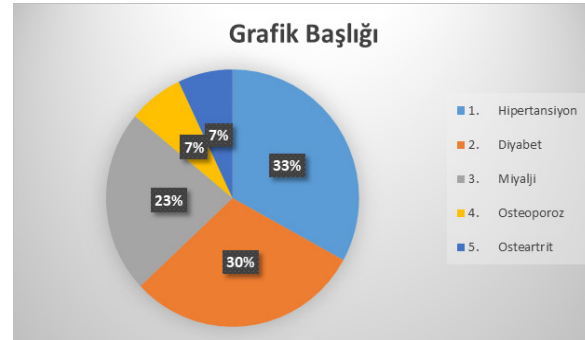
ilçesi gelirken, 6200 hasta ile en az hasta kaydı olan ilçe Şile ilçesi oldu. 22229 hasta ile haftalık en fazla hasta değerlendirmesi Maltepe İlçesi'nde, 60407 hasta ile aylık muayene sayısı en fazla ilçe Pendik'te yapıldığı görüldü. Yıllık değerlendirmede ise 977995 hasta ile Maltepe ilçesi yine birinci sırada yer aldı (Grafik 2).

Grafik 2. İstanbul ilindeki ASM'lerin ilçe bazlı kayıtlı hasta sayısı



İstanbul genelinde ASM'lerde kronik hastalığa sahip bireyler muayene sayılarına göre büyükten küçüğe doğru hipertansiyon, diyabet, kronik miyalji, osteoporoz ve osteoartrit tanılı hastalar olarak sıralandı (Grafik 3).

Grafik 3. ASM'lerde kayıtlı kronik hastalık tanıları ve oranları



Çalışmaya dahil edilen ASM'lerde hastalara egzersiz önerisinin verilir verilmediği sorgulandığında 494 hekim (%69) ve 41 (%8) hemşirenin egzersiz önerisinde bulunduğu saptandı. 162 hekim (%23) ise egzersiz önerisi için broşür verdiğini ifade etti. Katılımcılardan 632 hekim (%89) takip ettiği hastasını sağlıklı yaşam için fiziksel aktiviteye yönlendirdiğini bildirdi. ASM'lerde hastaların en çok muskuloskeletal ağrı (%83,5) nedeniyle hekim tarafından fizyoterapi hizmetine yönlendirildiği saptandı. Diğer yönlendirme nedenleri nörolojik problemler, düşme problemleri ve sağlıklı yaşama teşvik olarak sıralandı (Tablo 1). Fizyoterapi hizmetleri sonrası hastaları tekrar değerlendirdiğini ifade eden hekim sayısı 428 (%60) olarak saptandı.

ASM'lerin fiziksel koşulları değerlendirildiğinde muayene oda sayısı 1-19 arasında değişirken, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon hizmetleri için ayrılmış bir alan/oda ve uygun materyallerin bulunmadığı tespit edildi.

Tablo 1. Hastaların tanı ve problemlerine göre fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilme oranı

	Hekim Sayısı	
	(n=712)	%
Muskuloskeletal Ağrı	595	83,5
Nörolojik Problemler	483	67,8
Sağlıklı Yaşama Teşvik	316	44,3
Düşme Problemleri	292	41

n:katılımcı sayısı, %:yüzde

TARTIŞMA

ASM'lerde takip edilen hasta profili ve fizyoterapistlerin istihdamları durumunda çalışma koşulları ve gereksinimlerini araştırmayı hedeflediğimiz çalışmamız İstanbul ili genelindeki ASM'lerin %48'ine ulaşılması ile tamamlanmıştır.

Kayıtlı tanıları arasında en sık takip edilen kronik hastalıkların hipertansiyon, diyabet, kronik miyalji, osteoporoz ve osteoartrit olduğu belirlenmiştir. Bu hastalıkların yönetiminde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinin önemi tartışmasızdır (7). Ayrıca tanı öncesinde ASM'lere kayıtlı ve herhangi bir başka sağlık problemi nedeniyle takip edilen bireylerin uygun fiziksel aktivite ve egzersiz programlarının fizyoterapist tarafından yönetilmesi bu hastalıklar için koruyucu sağlık yaklaşımına da hizmet etmektedir. Diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların risk faktörlerinden birisi fiziksel aktivite yetersizliğidir (21, 22). Bu hastalıklarda uygulanan koruyucu yaklaşımların temelinde patogeneze primer rolü olan fiziksel inaktivitenin önlenmesi yer alır. Tanı sonrası ise hastalara uygun fiziksel aktivite önerilerinde bulunmak, bu önerilerin hayata geçirilmesi ve sürdürülebilirliğini sağlamak hastalık progresyonunu önlemeye ve tedavinin başarısına katkı sağlamaktadır (23). Çalışmamıza katılan hekimlerin %89 gibi yüksek bir oranda hastalarına sağlıklı yaşam için fiziksel aktiviteye yönlendirmiş olması, birinci basamakta görevli hekimler tarafından konunun terapatik ve koruyucu etkisinin farkındalığını ifade etmektedir. Ayrıca egzersiz önerilerinin ASM'lerde hekim veya hemşire tarafından planlanmadığı durumlarda, %44,3 oranında hastanın sağlıklı yaşama teşvik amacıyla dış merkezlere yönlendirildiği tarafımızdan tespit edilmiştir.

Bununla birlikte çalışmamızda ASM'lerde görevli hekimlerin egzersiz ve fiziksel aktivite önerisinde bulunma oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Hekimlerin dışında düşük oranda olsa dahi hemşirelerin de bire bir egzersiz gösterdiği tespit edilmiştir. %23 oranında hekimin ise egzersiz önerilerini broşürler aracılığı ile aktarmayı tercih ettiği bulunmuştur. Oysaki hastalığa değil hastaya yönelik uygun egzersiz seçimi

ve egzersizin doğru icrası yararlılık ilkesi açısından oldukça önemlidir. Sağlıklı bireye egzersiz vermenin dahi zaman isteyen, kapsamlı değerlendirme gerektiren ve dikkat gerektiren temel noktaları varken, komorbid problemi olan komplikasyon gelişme riski yüksek kronik hastalıklarda bireye özel program hazırlama çok daha meşakkatli ve alanda uzman kişilerce yapılması gereken özel bir uygulamadır. Yapılacak yanlışlar sadece kas iskelet sistemi yaralanmalarına değil ayrıca mortalite ile sonuçlanan malpraktislere neden olabilmektedir. Bu konuda profesyonelleşmiş olan fizyoterapistlerin birinci basamak sağlık sistemine bireylere özgü egzersiz ve fiziksel aktivite planlanması açısından olumlu katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz. ASM bünyesinde fizyoterapi hizmeti ile özellikle kronik hasta veya geriatik popülasyon grubundaki birey ve bakım verenlerin yaşam kalitesi artırılabilir ve daha sık aralıklarla kontrolleri sağlanabilecektir (20-25). Ayrıca ASM'lerde görevli hekim ve hekim dışı sağlık profesyonellerinin hem direkt olarak işi uzmanına bırakarak hem dolaylı olarak egzersiz ile sağlığın çok yönlü gelişimini sağlayarak iş yükleri azaltılacak ve kapsamlı sağlık hizmet sunumuna destek olunacaktır.

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer husus özellikle muskuloskeletal ağrıların tedavisinde hekimlerin %83'ünün tedavi kapsamında medikasyona ek olarak hastalarını fizyoterapi hizmeti için başka merkezlere yönlendirmesidir. Bu oran birinci basamağa başvuran hastaların fizyoterapi hizmetine olan ihtiyacını ve bu konuda ülkemizdeki ASM'lerin talebi karşılayacak bir yapılanmasının olmadığını göstergesidir. Oysaki Birleşik Krallık sağlık sisteminde fizyoterapistlerin ASM'lerde istihdamı ile özellikle birinci basamakta hizmet alan ortopedi ve romatolojik hastaların ihtiyaçlarının etkin olarak karşılanabileceği vurgulanmıştır. Bu konu kapsamında yapılan çalışmalarda ikinci ve üçüncü basamakta fizyoterapi hizmetlerine yönlendirilen hasta sayısında azalma sağlandığı raporlanmıştır (10-12). Ayrıca İsveç'te muskuloskeletal problem tanısı ile birinci basamakta takip edilen 432 hasta, değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarının fizyoterapist tarafından yönetilmesinin iyileşme süreçlerinde yeterli olduğunu bildirmişlerdir (24). Çalışmamız kapsamında İstanbuldaki ASM'lerde takip edilen ilk beş hastalık içerisinde osteoporoz, osteoartrit ve miyalji tanılarının yer almış olması birinci basamakta fizyoterapist istihdamının önemini gözler önüne sermektedir.

Bir diğer çalışmada bu kez nörolojik hastalıkların çok yönlü ele alındığı tedavi hizmetlerinde fizyoterapistlerin tedavideki kilit rolünden bahsedilerek nörolojik hastalık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olduğuna dikkat çekilmiştir. Nörolojik rehabilitasyonda hastaların hızla değişen ihtiyaçlarının karşılanması ve yönetiminde

fizyoterapi hizmetleri büyük bir potansiyele sahiptir (7). Çalışmamıza katılan birinci basamakta hizmet veren hekimlerin %67,8 oranında nörolojik tedavi ihtiyaçları nedeniyle hastalarını fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine sevk etmiş olması birinci basamakta bu alanda da fizyoterapistin duyulan ihtiyacı pekiştirmektedir (25).

ASM'lerde en sık takip edilen popülasyon içerisinde bebek ve çocuk bireylerin yanında geriatrik bireyler de yer almaktadır. Geriatrik bireylerin çoklu sağlık ihtiyaçlarıyla birlikte yaşam kalitelerini etkileyen, sekonder yaralanmalara ve ileri komplikasyonlara neden olan en önemli sağlık problemlerinden biri düşmedir. Çalışmamızda diğer merkezlere fizyoterapi hizmeti için yönlendirilme nedenleri içerisinde dördüncü sırada %41 oranı ile düşme probleminin yer aldığı gözlenmiştir. 2014 yılında Amerika'da birinci basamakta düşme riskini değerlendirme ve yönetme üzerine yapılan bir araştırma fizyoterapistlerin yaşlılarda fonksiyonel kapasite ve tedavi hedefleri doğrultusunda düşme riskini azaltmaya yönelik egzersiz programı planlayabileceklerini bildirmiştir (19).

Sonuç olarak sağlık bakım ekibinin tamamlayıcı üyesi olan fizyoterapistler dünya örneklerindeki birinci basamak sağlık hizmeti modellerinde özellikle muskuloskeletal sistem problemlerini, erişkin ve geriatrik popülasyonlara yönelik koruyucu ve terapötik uygulamaları, toplumda sık görülen osteoporoz, fiziksel disabilitelere bağlı kronik problemler ve bu problemlere yönelik bireysel ve grup egzersizleri ile toplum temelli rehabilitasyon yaklaşımları bünyesinde pulmoner, kardiyak, nörolojik, romatolojik ve metabolik hastalıkların rehabilitasyon programlarını planlamakta ve yürütmektedir. Bu amaçla akut bakım, ambulatuar, ev ziyaretleri, rehabilitasyon hizmetleri ve toplum sağlığı merkezleri bünyesinde değerlendirme, tedavi, eğitim, koruyucu yaklaşımlar, destekleyici ve palyatif bakım hizmeti vermektedir (26). Ayrıca bilimsel veriler fizyoterapi hizmetine birinci basamakta erişimi, daha iyi sağlık, eşit veya daha iyi hasta sonuçları ve bakım maliyetleri ile ilişkilendirmektedir (8, 27). Birinci basamak sağlık hizmetinde fizyoterapist istihdamının başta hasta memnuniyeti olmak üzere tetkik ve tedavi maliyetleri, uzmana sevk oranları, hastanelere başvuru ve kalış süresinde azalma; erken dönemde tedaviye başlama olanağı, hastane tabanlı hizmetlere göre maliyet etkinliği, yaşam kalitesi, egzersiz toleransı ve yaşam statüsünde düzelmeye olanak sağladığı bilinmektedir (13, 20, 28-30). Kanada Quebec eyaletinde yapılan birinci basamak fizyoterapi hizmetleri ve hasta memnuniyeti ile ilgili bir çalışmada katılımcıların birinci basamakta fizyoterapistlere güvendiği, yaptığı uygulamalardan memnun olduğu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde fizyoterapist istihdamını desteklediği saptanmıştır (20).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite, çok disiplinli bir sağlık ekibi tarafından sağlanabilir. Bu nedenle dünya genelinde hekim olmayan sağlık profesyonellerinin ve özellikle fizyoterapistlerin 1990'lı yıllardan itibaren daha etkin roller alarak birinci basamakta görevlendirilmesi giderek yaygınlaşmıştır (8, 31, 32). Ülkemizde ASM'ler birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir ve sağlık sistemi içindeki önemi DSÖ raporlarında da net olarak ifade edilmektedir. Çalışmamızın verileri ülkemizde de birinci basamakta fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine duyulan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Bu konuda ülkemizde iyi uygulama örneklerine ihtiyaç vardır. Diğer yandan ASM'lerde fizyoterapist istihdamı için yeterli fiziksel koşulların ve donanımın günümüzde mevcut olmadığı belirlenmiştir.

Sağlıkta her politika ve uygulama, hasta değeri oluşturma hedefine yönelmelidir. Değer temelli bir sağlık bakım ortamındaki başarı, her şeyden önce, yüksek kaliteli, uygun maliyetli bakım sunmakla ilgilidir. Bunun gerçekleşmesi ise farklı sağlık profesyonellerinden oluşan çok disiplinli bir ekibin birlikte çabalarını ve elbette örgütsel kültürün buna uygun olmasını gerektirir.

SONUÇ

Sağlık hizmeti sunumu kapsamında ASM yapısının fizyoterapistlerin istihdamı ile güçlendirilmesinin kronik hastalıklardan korunma ve tedavi sürecine olumlu katkı sağlayarak toplum refahını arttıracığı, uzun dönemde sağlık bakım maliyetlerinin düşürülmesinde etkili olacağı görüşündeyiz. İlerleyen dönemlerde ASM'lerde fizyoterapist istihdamı ile birlikte kısa ve uzun takipli etkinliğin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Starfield, B., (1998), Primary care: balancing health needs, services, and technology: Oxford University Press, USA.
2. Starfield, B., (2003), The effectiveness of primary health care, Oxon (UK): Radcliffe.
3. Başer, D.A., R. Kahveci, M. Koç, İ. Kasım, İ. Şencan, and A. Özkara, (2015), Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak, Ankara Medical Journal, 15(1).
4. Hung, D., (2007), Improving the delivery of preventive care services, Managed care interface, 20(5); 38-44.
5. Lee, A., A. Kiyu, H.M. Milman, and J. Jimenez, (2007), Improving health and building human capital through an effective primary care system, Journal of Urban Health, 84(1); 75-85.
6. Engels, Y., S. Campbell, M. Dautzenberg, P. van den Hombergh, H. Brinkmann, J. Szécsényi, H. Falcoff, L. Seuntjens, B. Kuenzi, and R. Grol, (2005), Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe, Family Practice, 22(2); 215-222.
7. Khalid, M.T., M.F. Sarwar, M.H. Sarwar, and M. Sarwar, (2015), Current role of physiotherapy in response to changing healthcare needs of the society, International Journal of Education and Information Technology, 1(3); 105-110.

8. Ojha, H.A., R.S. Snyder, and T.E. Davenport, (2014), Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review, *Physical therapy*, 94(1); 14-30.
9. Ganiyu, L., (2008), Physiotherapy in primary health care: are we ready?, *Journal of the Nigeria Society of Physiotherapy*, 16(1); 37-44.
10. Eldar, R., (2000), Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal, *Disability and rehabilitation*, 22(6); 266-274.
11. Bingisser, R., B. Frühauf, and M. Caravatti, (2001), Pulmonary rehabilitation in outpatients with asthma or COPD, *Swiss medical weekly*, 131(2728).
12. Stanley, I., J. Miller, M.A. Pinnington, G. Rose, and M. Rose, (2001), Uptake of prompt access physiotherapy for new episodes of back pain presenting in primary care, *Physiotherapy*, 87(2); 60-67.
13. Cott, C.A., R.M. Devitt, L.-B. Falter, L.J. Soever, and L.A. Passalent, (2007), Barriers to rehabilitation in primary health care in Ontario: funding and wait times for physical therapy services, *Physiotherapy Canada*, 59(3); 173-183.
14. Dufour, S.P., S.D. Lucy, and J.B. Brown, (2014), Understanding physiotherapists' roles in Ontario primary health care teams, *Physiotherapy Canada*, 66(3); 234-242.
15. Dufour, S., A. Hondronicols, and K. Flanigan, (2019), Enhancing Pelvic Health: Optimizing the Services Provided by Primary Health Care Teams in Ontario by Integrating Physiotherapists, *Physiotherapy Canada*, 71(2); 168-175.
16. Phillips, R.L., M.S. Doodoo, L.A. Green, G.E. Fryer, A.W. Bazemore, K.I. McCoy, and S.M. Petterson, (2009), Usual source of care: an important source of variation in health care spending, *Health Affairs*, 28(2); 567-577.
17. Ansari, Z., J.N. Laditka, and S.B. Laditka, (2006), Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions, *Medical care research and review*, 63(6); 719-741.
18. Boerma, W.G. and D.M. Fleming, (1998), The role of general practice in primary health care,
19. Phelan, E.A., J.E. Mahoney, J.C. Voit, and J.A. Stevens, (2015), Assessment and management of fall risk in primary care settings, *Medical Clinics*, 99(2); 281-293.
20. Desjardins-Charbonneau, A., J.-S. Roy, J. Thibault, V.T. Ciccone, and F. Desmeules, (2016), Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec, *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1); 400.
21. Bijnen, F., C. Caspersen, and W. Mosterd, (1994), Physical inactivity as a risk factor for coronary heart disease: a WHO and International Society and Federation of Cardiology position statement, *Bulletin of the World Health Organization*, 72(1); 1.
22. Venables, M.C. and A.E. Jeukendrup, (2009), Physical inactivity and obesity: links with insulin resistance and type 2 diabetes mellitus, *Diabetes/metabolism research and reviews*, 25(S1); 18-23.
23. Bryan, S.N. and P.T. Katzmarzyk, (2011), The association between meeting physical activity guidelines and chronic diseases among Canadian adults, *Journal of Physical Activity and Health*, 8(1); 10-17.
24. Ludvigsson, M.L. and P. Enthoven, (2012), Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care, *Physiotherapy*, 98(2); 131-137.
25. Jackson, J., (1994), Approaches to neurological rehabilitation by physiotherapists, *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1(2); 71-74.
26. Snow, B.L., E. Shamus, and C. Hill, (2001), Physical therapy as primary health care: public perceptions, *Journal of Allied Health*, 30(1); 35-38.
27. Desmeules, F., J.-S. Roy, J.C. MacDermid, F. Champagne, O. Hinse, and L.J. Woodhouse, (2012), Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review, *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1); 107.
28. Jones, R.C., S. Copper, O. Riley, and F. Dobbs, (2002), A pilot study of pulmonary rehabilitation in primary care, *Br J Gen Pract*, 52(480); 567-568.
29. Stanley, I., (2001), Uptake of prompt access physiotherapy for new episode of low back pain presenting in primary care, *Physiotherapy*, 87(2); 60-67.
30. Grahn, B., C. Ekdahl, and L. Borgquist, (2000), Motivation as a predictor of changes in quality of life and working ability in multidisciplinary rehabilitation, *Disability and Rehabilitation*, 22(15); 639-654.
31. Sheppard, L., (1995), Changing the public perception of physiotherapeutic treatment, *Health marketing quarterly*, 12(2); 77-96.
32. Consortium, O.P.L., (2011), Physiotherapists in health promotion: findings of a forum, *Physiotherapy Canada*, 63(4); 391.

Engelli bireye sahip ailelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi

Determining the attitudes and behavior of rational drug use of the families with disabled individuals

Beyza Erkoç¹, Türkan Akyol Güner²

¹Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, beyzahatipoglu@windowslive.com, 0000-0002-0035-6782

²Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, akyol_turkan@hotmail.com, 0000-0003-0138-0669

ÖZ

Amaç: Engellilik durumu sadece engelli bireyi değil birlikte yaşadığı ailesini de etkisi altına alan bir olgudur. Engelli bir bireye sahip ailelerde, bu durum ile ilgili yaşadığı duygu ve düşünceler, engelli bireyin daha sık hastalanması, daha sık hastaneye yatışı, daha fazla kronik hastalığa sahip olması gibi durumlardan dolayı bazı fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları daha kolay ortaya çıkabilmektedir. Bu sağlık sorunlarının çözümü için ilaç kullanmaya başlayabilmektedirler. Oysaki bireylerin ilaç kullanımı konusunda bilinçli davranması, akılcı ilaç kullanım ilkelerinin farkında olması ve hastalığı ile ilgili uygun olmayan ilaçları tercih etmemesi hem de birlikte yaşadıkları engelli birey açısından oldukça önemlidir. Bu çalışma, engelli bireye sahip ailelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı araştırma tipinde olan bu çalışma, 15 Haziran- 15 Temmuz 2020 tarihleri arasında Yalova ilinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Yalova ilinde ikamet eden, ailesinde engelli birey olan, 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Çalışma verileri anket yöntemi ile toplanmış olup 310 kişiye ulaşılmış eksik ve hatalı veri girişi nedeni ile 268 anket değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmanın veri analizlerinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların %19,8'i eczaneden reçetesiz ilaç satın almakta, %13,8'i akraba, arkadaş, komşu gibi tanıdık tavsiyeleriyle ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %83,2'si evinde ilaç sakladığını ve %85,1'i gerekli durumlarda bu ilaçları kullandıklarını belirtmişlerdir. Hekime danışmadan en çok kullandıkları ilaçların ağrı kesiciler (%72,0) olduğu, en az kullandıkları ilaçların ise antibiyotikler (%10,4) olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Bu çalışma sonucunda engelli bireye sahip ailelerin akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalığının olduğu, olumlu tutum ve davranışlar sergiledikleri belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler:

Engelli birey, Aile, Akılcı ilaç, Toplum, Sağlık

Key Words:

Disabled Individual, Family, Rational Drug, Society, Health

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Beyza Erkoç,
Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,
beyzahatipoglu@windowslive.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

13.08.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

22.01.2021

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

01.03.2021

ABSTRACT

Objective: Disability is a phenomenon that affects not only the disabled individuals but also their families. In families with a disabled individual, some physical and mental health problems may arise more easily due to the feelings and thoughts experienced about this condition, the disabled individual's illness more often, more hospitalization, and more chronic diseases. They can start using drugs to solve these health problems. However, it is very important for both the individual and the disabled person they live with, to be conscious about the drug use, to be aware of the rational drug use principles and not to choose appropriate drugs related to the disease. This study was conducted to determine the attitudes and behaviors of families with a disabled individual towards rational drug use. **Methods:** This study was conducted in a descriptive type in order to determine the attitudes and behaviors of families with disabilities regarding rational drug use. The study was carried out in Yalova province between 15 June -15 July 2020. The population of the study consists of individuals aged 18 and over who live in Yalova province, who have a disability in their family. The study data were collected by questionnaire method and 310 people were reached and 268 questionnaires were evaluated due to missing and incorrect data entry. Descriptive statistics were used in the data analysis of the study. **Results:** According to the findings of the study, 19.8% of the participants buy non-prescription drugs from the pharmacy, 13.8% use drugs with familiar recommendations such as relatives, friends and neighbors. 83.2% of the participants stated that they kept drugs at home and 85.1% stated that they used these drugs when necessary. Without consulting a physician, it was determined that the most used drugs were painkillers (72.0%) and the least used drugs were antibiotics (10.4%). **Conclusion:** As a result of this study, it was determined that families with disabled individuals have awareness about rational drug use and that they show positive attitudes and behaviors.

GİRİŞ

“Engelli birey: Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duysal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda

tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireyi”, “Engellilik durumu ise: Bireyin doku, organ ve/veya fonksiyon ve psikiyatri tanısı ve buna bağlı muhakeme yeteneği kaybindan kaynaklı engelliliğini uluslararası yöntemleri temel

olarak belirleyen derecelendirmeler, sınıflandırmalar ve tanılamaları” içermektedir (1). Her geçen gün yaşadığımız dünyada, engelliliğe yol açan bir sağlık sorunu ile yaşayan insanların ve onlarla birlikte yaşayan ailelerinin sayısı artmaktadır. Bu duruma ise, yaşam süresinin uzaması, nüfusun artışı, tıbbi ve teknolojik gelişmelerin artmasının sebep olduğu düşünülmektedir (2).

Yaşam boyunca engellilik durumu sadece engelli bireyi değil birlikte yaşadığı ailesini de etkisi altına alan bir olgu olmuştur. Bu durumda engellilerin yaşadığı sorunların karmaşıklığı ile ailelerinin yaşadığı sorunların karmaşıklığı da doğru orantılı olarak artış göstermiştir (3). Engellilik durumu beraberinde her ailede farklı ölçüde sorunlar yaratsa da bazı noktalarda aileler benzer sorunlar yaşayabilmektedirler. Engelli bir bireye sahip ailenin bu durum ile ilgili yaşadığı duygu ve düşünceler, engelli bireyin daha sık hastalanması, daha sık hastaneye yatışı, daha fazla kronik hastalığa sahip olması gibi sağlık sorunları aileyi fazlasıyla uğraştırırken, aile bireylerinin de sağlık sorunlarını diğer bireylere göre daha sık ve daha komplike yaşamasına sebep olabilmektedir (4) Baş ağrısı, mide sorunları, kas gerilmeleri, uyku problemleri, tansiyon yüksekliği, unutkanlık, sinirlilik gibi durumlar engelli bireye sahip aile bireylerinin yaşadığı sağlık sorunlarına örnek verilebilmektedir (3). Bu sağlık sorunlarının çözümünde ise bireyler çok çeşitli ilaç kullanma ihtiyacı duymakta, benzer sorun ve şikayetleri olan hastaların veya yakınlarının önerileri doğrultusunda da ilaç kullanmaya başlayabilmektedirler. Kendi sağlık sorunlarının yanında engelli bireyin sağlık sorunları ile de ilgilendikleri için uygun ilaç kullanımı engelli aile bireylerinde daha da önemli hale gelmiştir. Oysaki ilaçlar sadece doğru kullanıldığı zaman hastalıklardan koruyucu ve tedavi edici özelliklere sahiptir. Yanlış kullanıldıklarında ise oluşturabileceği yan etkilerinden dolayı insan hayatını tehlikeye sokan ya da sonlandırabilen bir madde olabildiği için uygun ilaç kullanımı halk sağlığı açısından oldukça önemli bir konudur (5).

Akılıcı İlaç Kullanımı (AİK), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, uygun süre ve kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını sağlayan kurallar bütünü” olarak tanımlanmıştır (6). Akılıcı İlaç Kullanımı ile ilgili yapılan bir başka tanımlama ise, “belirlenen doğru ilacın, doğru miktarda, doğru uygulama yoluyla, doğru zamanlamayla, yeterli bilgilendirme yapılarak ve maliyet uygunluğu da dikkate alınarak kullanılması ilkelerinin bütünüdür” şeklindedir (7).

Bir sağlık hizmeti uygulaması olan akılıcı ilaç kullanımı ile etkin ve güvenilir tedavi hizmetinin sağlanması,

ilaç harcamalarının azalması, tedavi masraflarından tasarruf sağlanması beklenmektedir. Bu beklentinin gerçekleşebilmesi için akılıcı ilaç kullanım sürecinde bazı kriterlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu kriterler ise, “hastalığın doğru tanınması, tedavinin belirlenmesi ve seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, uygun bir reçete yazılması, tedavi süreç ve sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi” gibi sistematik yaklaşımları içermektedir (6,8). Bu kriterlere uyumun sağlanmasında, ilacı yazan hekim dışında, hastalara, eczacılara, yardımcı sağlık personeline, ilaç sektörüne ve ilaç kullanan bireylere kadar toplumun her kesimine önemli roller düşmektedir.

Son yıllarda ilaç sayı ve çeşitliliğindeki artış ile ilaca daha kolay erişim sağlanmış olup ilaç kullanımı, pek çok faktöre bağlı olarak çeşitlilik kazanmıştır. Bir süre sonra bu erişim kolaylığı ve çeşitlilik ilaçlar ile ilgili bilgi kirliliğini artırmış ve beraberinde ilaçların uygun olmayan kullanım sorunlarını da ortaya çıkartmıştır (9). Uygun olmayan ilaç kullanımı ise; ilaçların yanlış şekilde ya da gereğinden fazla kullanılması, hekime danışılmadan ilaç kullanılması, kullanılan ilaçların önerilen süreden önce bırakılması, ilaçların dozunda hekim önerisi dışında değişiklik yapılması, ilaçların doğru, zamanda kullanılmaması gibi uygulamaları içermektedir (7,8). Akılıcı ilaç kullanım sürecinde uygun olmayan ilaç kullanımı ile hastalarda mortalite ve morbiditede artma, tedavi sürecinde uzama, tedavide başarısızlık, ilaç yan etkilerinin görülmesi, ilaçlara karşı direnç gelişmesi, hastalıkların nüks etmesi ya da hastalık süresinin uzaması, hastaların tedaviye olan güveninin ve uyumunun azalması, tedavi maliyetinin artması gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (10,11).

Uygun olmayan ilaç kullanımı ile ilgili DSÖ’nün yapmış olduğu değerlendirmede ise, tüm dünyada kullanılan ilaçların %50’sinden fazlasının uygun olmayan biçimde reçete edildiğini, hazırlandığını veya satıldığını; tüketilen ilaçların da %50’sinden fazlasının insanlar tarafından doğru şekilde kullanılmadığı bildirilmiştir (6). Ülkemizde de akılıcı olmayan ilaç kullanım sorunu, yeterince belgelendirilmemekle birlikte konu çeşitli platformlarda dile getirilmiş, akılıcı ilaç kullanımı ile ilgili bireylerde bilgi, bilinç ve farkındalık artırmak amacıyla “Akılıcı İlaç Kullanımı (AİK) Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır (12). Bu eylem planında hedef kitle olarak hekim ve sağlık çalışanlarının yanında toplum olarak da belirlenmiştir. Çünkü akılıcı ilaç kullanımı sadece sağlık çalışanlarını değil hasta ve yakınlarını da etkileyen bir konudur. Hasta ve yakınları, hastalık tanılarının doğru kullanılmasına yardımcı olarak, tedavi sürecine etkin katılarak, gereksiz yere ilaç yazdırmayarak, sağlık çalışanlarının önerilerine

uyarak akılcı ilaç kullanım sürecine önemli katkılar sağlamaktadırlar (13).

İlaçların, bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve mücadelesi konusunda büyük öneme sahip teknolojik ürünler olduğu düşünüldüğünde toplum sağlığı açısından bu değerli kaynağın akılcı olarak kullanımını da esas olmalıdır. Bu veriler ışığında akılcı ilaç kullanımının, üzerinde önemle durulması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırma, yaşam süreçlerini diğer ailelere göre daha zorlu tamamlayan, hem engelli bireyin hem de kendisinin sağlık sorunları ile ilgilenmek ve tedavi sürecini üstlenmek zorunda olan engelli bireye sahip ailelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının, toplumu oluşturan riskli gruplardan olan engelli birey ya da aileleri ile yapılacak olan akılcı ilaç kullanımı ile ilgili diğer çalışmalara ışık tutması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, 15 Haziran- 15 Temmuz 2020 tarihleri arasında Yalova ilinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Yalova ilinde ikamet eden, ailesinde engelli birey olan, 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri birincil veri toplama yöntemlerinden olan anket metodu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanması için oluşturulan anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve iş durumuna ilişkin sorular açık uçlu olarak, ikinci bölümde kullanılan ilaçlara ilişkin tutum ve davranışları sorgulayan sorular evet veya hayır şeklinde, üçüncü bölümde ise akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışları içeren sorular 1'den 5'e kadar likert tipli sorular ile sorulmuştur. Likert tipli soruların olduğu üçüncü bölümden alınan ortalama puanların 5'e yaklaşması olumluluk göstergesi olup; ortalama puanının yüksek olması akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların daha olumlu olduğu anlamına gelmektedir.

formunun oluşturulmasında Deniz'in (2019) (14) çalışmasından faydalanılmıştır. Araştırma için 310 bireye ulaşılmıştır, fakat eksik ve hatalı cevaplama nedeni ile 268 anket değerlendirmeye alınabilmektedir.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın veri analizlerinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Demografik özelliklere göre, akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ve davranışların istatistiksel açıdan farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Kolmogorov-

Smirnov testi uygulanmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda verilerin normal dağılımdan gelmediği belirlenmiştir ($p < 0,05$); bu yüzden iki bağımsız grubun karşılaştırılması için Mann Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılması için ise, Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis-H testi sonucu ortaya çıkan farklılıkların belirlenmesi için bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Bulgular %95 güven aralığı ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etik Konular

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 22.01.2020- 722 Protokol Numaralı Etik Kurul izin alınmıştır. Veri toplama aşamasında katılımcılara çalışma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra çalışmaya katılmak isteyenlere Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların demografik özelliklerine dair bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. Tabloya göre çalışmaya katılanlardan 84 kişi (%31,3) erkek, 184 kişi ise (%68,7) kadındır. Katılımcılardan 45 kişinin (%16,8) 35 veya altı, 122 kişinin (%45,5) 36-45, 101 kişinin de (%37,7) 46 veya üzeri yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan 208 kişinin (%77,6) lise veya altı, 60 kişinin de (%22,4) önlisans veya üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan 174 kişi (%64,9) herhangi bir işte çalışmazken, 94 kişi ise (%35,1) bir işte çalışmaktadır.

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=268)

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	84	31,3
Kadın	184	68,7
Yaş		
≤ 35	45	16,8
36-45	122	45,5
≥ 46	101	37,7
Eğitim Durumu		
Lise veya Altı	208	77,6
Önlisans veya Üzeri	60	22,4
İş Durumu		
Çalışmıyor	174	64,9
Çalışıyor	94	35,1

Tablo 2'de katılımcıların ilaçlara ilişkin tutum ve davranışlarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların %19,8'i eczaneden reçetesiz ilaç satın alırken, %13,8'i akraba, arkadaş, komşu gibi tanıdık tavsiyeleriyle ilaç kullanabilmekte, %68,7'si kullandıkları

Tablo 2. İlaçlara İlişkin Tutum ve Davranışlar

İlaçlara İlişkin Tutum ve Davranışlar	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Eczaneden reçetesiz ilaç alır mısınız?	53	19,8	215	80,2
Akraba, arkadaş, komşu gibi yakınlarınızın tavsiyeleriyle ilaç kullanır mısınız?	37	13,8	231	86,2
Kullandığınız ilacın yan etkilerini bilir misiniz?	184	68,7	84	31,3
Evinizde ilaç var mı (artmış veya yedek amaçlı saklanan)?	223	83,2	45	16,8
Evinizde ilaç saklarken kullanma talimatlarında yazan saklama koşullarına dikkat eder misiniz?	236	88,1	32	11,9
Sakladığınız ilaçları gerek gördüğünüzde kullanır mısınız?	228	85,1	40	14,9
Hekime danışmadan ağrı kesici kullanır mısınız?	193	72,0	75	28,0
Hekime danışmadan antibiyotik kullanır mısınız?	28	10,4	240	89,6
Hekime danışmadan grip-soğuk algınlığı ilacı kullanır mısınız?	170	63,4	98	36,6
Hekime danışmadan vitamin ilacı kullanır mısınız?	134	50,0	134	50,0
Hekime danışmadan damla, burun spreyi, merhem, mide ilacı gibi ilaçları kullanır mısınız?	111	41,4	157	58,6

ilaçların yan etkilerini bilmektedirler. Katılımcıların %83,2'sinin evinde ilaç bulunurken, %88,1'inin evlerindeki ilaçların saklama koşullarına dikkat etmekte ve %85,1'i gerek gördükleri hallerde evlerinde sakladıkları ilaçları kullanabilmektedirler. Katılımcıların hekime danışmadan en çok kullandıkları ilaçların ağrı kesiciler (%72,0) olduğu, en az kullandıkları ilaçların ise antibiyotikler (%10,4) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3'te katılımcıların akılcı ilaç kullanımına dair tutum ve davranışlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların akılcı ilaç kullanmaya ilişkin tutum ve davranışlarının çok olumlu olduğu belirlenmiştir ($4,32 \pm 0,55$). Yine tabloya göre katılımcıların akılcı ilaç kullanmaya en uygun tutum ve davranışın katılımcıların hekime danışmadan ilaç dozunu değiştirmemeleri olduğu belirlenmiştir ($4,76 \pm 0,66$). Akılcı ilaç kullanmaya uygun olmayan en olumsuz davranışın ise, hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı olduğu belirlenmiştir ($3,83 \pm 0,86$).

Tablo 3. Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutum ve Davranışlar

İfadeler	n	Ort.	Std. Sapma
Hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanır mısınız?*	268	3,83	0,86
Hekimin önerdiği süreden önce ilacınızı kullanmayı bırakır mısınız?*	268	4,15	0,92
Hekime danışmadan ilacınızın dozunu değiştirir misiniz?*	268	4,76	0,66
Hekimin önerdiği saatte ilacınızı kullanır mısınız?	268	4,56	0,97
AİK Tutum ve Davranışı	268	4,32	0,55

1,00-1,80 Çok Düşük, 1,81-2,60 Düşük, 2,61-3,40 Orta, 3,41-4,20 Yüksek, 4,21-5,00 Çok Yüksek *Ters Kodlanmıştır

Tablo 4'te akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlardan elde edilen ortalama puanların katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre katılımcıların, cinsiyet, yaş ve iş durumuna göre akılcı ilaç kullanımına

ilişkin tutum ve davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiş olup ($p>0,05$), sadece eğitim durumuna göre anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Önlisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının lise veya altı eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmada engelli bireye sahip aile bireylerinin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve demografik özelliklere göre akılcı ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlarda farklılık olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu kadınlar (%68,7) oluşturmaktadır. Toplumumuzda kadınların, engelli bireylerin bakım sorumluluğunu daha çok üstlenmesi nedeniyle akılcı ilaç kullanımı açısından bilgi sahibi olması hem kendisi hem de engelli birey açısından oldukça önemlidir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %77,6'sının lise ve altı derecede bir eğitime sahip olduğu, çalışma durumuna bakıldığında ise %64,9'unun çalışmadığı görülmektedir. Bu durum çalışmaya katılanların düşük eğitimi olduğunu ve çoğunluğunun çalışmadığı için gelir durumlarının da düşük olabileceğini düşündürmekte olup, toplumsal riskler bakımından incelendiğinde dezavantajlı grupta yer aldıklarını göstermektedir. Bunun yanında bu katılımcıların bir başkasının bakım ihtiyacını karşılayan bir grup olduğu düşünüldüğünde ise çalışma sonuçlarının akılcı ilaç kullanımı açısından yeni stratejiler geliştirmede önemli olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların kullandıkları ilaçlara ilişkin tutum ve davranışları incelendiğinde, bireylerin %19,8'inin eczaneden reçetesiz ilaç aldıkları görülmektedir. Yapıcı ve arkadaşları, birinci basamak sağlık kurumuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışma sonucunda

Tablo 4. Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutum ve Davranışların Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	Ort.	Std. Sapma	Sıra Ort.	
Cinsiyet					
Erkek	84	4,25	0,59	122,42	$U=6.713,50$
Kadın	184	4,36	0,53	140,01	$p=0,08$
Yaş					
≤ 35	45	4,32	0,72	144,92	$KWX^2=1,02$ $p=0,60$
36-45	122	4,34	0,47	132,28	
≥ 46	101	4,30	0,57	132,53	
Eğitim Durumu					
Lise veya Altı	208	4,26	0,56	123,89	$U=4.033,00$
Önlisans ve Üzeri	60	4,55	0,45	171,28	$p=0,00$
İş Durumu					
Çalışmıyor	174	4,32	0,59	135,36	$U=8.029,00$
Çalışıyor	94	4,34	0,48	132,91	$p=0,80$

U: Mann Whitney-U Testi KWX2: Kruskal Wallis Testi

da katılımcılardan %31,3'ünün eczaneden reçetesiz ilaç satın aldığı belirlenmiştir (15). Yapılan benzer bir çalışma sonucunda da katılımcıların %52,8'inin herhangi bir hastalık durumunda eczaneden reçetesiz ilaç satın aldıkları belirlenmiştir (14).

Araştırmaya katılanların %13,8'inin tanıdık ya da yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullandıkları belirlenmiş olup bu sonuç yapılan benzer çalışma sonuçlarına göre düşük bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %16,2'sinin komşu ya da tanıdık tavsiyesi ile ilaç kullandığı belirlenmiştir (16). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da katılımcıların daha az kısmının da olsa tanıdık tavsiyesi ile ilaç kullandıkları saptanmıştır (14,17). Bu sonuçlar ise hekim önerisi dışında ilaç kullanımının büyük oranda azaldığını göstermektedir. Çalışma grubumuz olan engelli bireye sahip aileler hem kendi ilaçları hem de bakmakla yükümlü oldukları engelli bireylerin ilaçlarından sorumlu oldukları için hekim önerisi dışında ilaç kullanımı konusu daha da önem arz etmektedir.

Katılımcıların kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilme durumları incelendiğinde bireylerin %68,7'si ilacın yan etkisini bildiğini ifade etmiştir. İstanbul ilinde erişkin bireylerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda katılımcıların %70,4'ünün çalışmamızla benzer şekilde ilaçların yan etkilerini bildiklerini belirtmişlerdir (14). Benzer bir çalışma sonucunda da katılımcıların büyük bir kısmının (%76,6)'sının kullandıkları ilaçların yan etkilerini bildikleri belirlenmiş olup (8), bu sonuçlar bireylerin ilaç kullanımını konusunda daha bilinçli davranması adına oldukça önemlidir. Ancak yan etki gelişmesi durumunda neler yapılabileceği ve nasıl bir yol izledikleri konusunda herhangi bir bilgi vermemektedir.

Katılımcıların %83,2'sinin evinde artmış ya da yedek amaçlı ilaç sakladıkları, %85,1'inin sakladıkları ilaçları gerekli durumlarda kullandıkları belirlenmiştir. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin yapılan bir çalışma sonucunda katılımcıların %42,2'si evlerinde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış 1-5 kutu arası ilaç sakladıklarını bildirmişlerdir (17). Uğrak ve arkadaşlarının hastanede yatan hastaların akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma sonucunda da bireylerin %69,3'ü evlerinde yarım kalmış ya da hiç kullanılmamış ilaç olduğunu belirtmiştir (18). Benzer şekilde Ekenler ve Koçoğlu'nun aile sağlığı merkezine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve kullanım durumlarının değerlendirildiği çalışma sonucunda da katılımcıların çok büyük bir kısmının (%93,6) evlerinde sakladıkları ilaçları gerek gördüklerinde kullanabildiklerini bildirmişlerdir (8).

Araştırma bulgularına göre katılımcıların %88,1'inin evlerinde ilaç saklarken kullanma talimatlarına dikkat ettikleri belirlenmiştir. Hatipoğlu ve Özyurt'un çalışmasında katılımcıların %69,8'i evlerinde saklanan ilaçların saklama koşullarına dikkat ettiklerini belirtmiş olup (19), benzer bir çalışmada da katılımcıların büyük bir kısmının (%75,7) saklanan ilaçların saklanma koşullarına dikkat edildiği belirlenmiştir (14). Bu sonuçlar katılımcıların büyük bir kısmının evlerinde ilaç sakladıklarını ve gerek duyduklarında o ilaçları kullandıklarını göstermektedir. Ev ortamında saklanan ve gerekli durumlarda kullanılan ilaçların son kullanma tarihinin geçmesi ya da saklanma koşullarına dikkat edilmemesi durumunda ilaçlar bozulabilir ve bunun sonucunda insan hayatını tehdit edebilecek ölümcül durumlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle evde ilaç saklanması, kullanılması hem birey hem de toplum sağlığı için hayati bir önem teşkil etmektedir.

Katılımcıların hekime danışmadan en çok kullandıkları ilaçların ağrı kesiciler (%72,0) olduğu, en az kullandıkları

ilaçların ise antibiyotikler (%10,4) olduğu belirlenmiştir. Aile sağlığı merkezine kayıtlı 550 kişi ile akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, çalışma sonucumuza benzer şekilde katılımcıların %71,3'ünün ağrı kesicileri, %29,6'sının antibiyotikleri hekime danışmadan kullandıkları belirlenmiştir (19). Yapılan başka bir çalışmada da hekime danışmadan en çok kullanılan ilacın ağrı kesiciler (%82,3), en az kullanılanı ise antibiyotikler (%23,6) olduğu belirlenmiştir (14). Bu sonuçlar çalışmaya katılanlarının büyük bir kısmının hekime danışmadan ağrı kesici kullandıklarını göstermekte olup bu durumun ağrı kesicilerin fiyatlarının düşük ve reçetesiz alınabildiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çakır ve Bilgili'nin yapmış oldukları benzer bir çalışma sonucunda da ülkemizde ağrı kesicilerin yan etkileri düşünülmeden kullanılan ilaçlar olduğu ve uygun olmayan kullanım durumunda oluşabilecek tehlikelerin göz ardı edildiği bildirilmektedir (20). Antibiyotiklerin hekime danışmadan kullanımının düşük olmasını ise reçetesiz alınamamasına ve reklam ya da kamu spotları aracılığı ile halkın bilinçlenmesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının ortalama puanları incelendiğinde $4,32 \pm 0,55$ puan ile oldukça olumlu düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hekime danışmadan ilaç dozunun değiştirilmemesi davranışı en yüksek puanlı davranış olup ($4,76 \pm 0,66$) akılcı ilaç kullanımına ilişkin en olumlu davranış olarak da belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde yapılan bir çalışma sonucuna göre, katılımcılardan hekime danışmadan ilaç dozunu değiştirenlerin oranı %10,4 bulunmuş ve bu sonucun çalışma sonucumuzla benzer olduğu belirlenmiştir (14). Yapıcı ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların sadece çok az bir kısmının (%9,7) hekime danışmadan ilaç dozunu değiştirdiği bildirilmiştir. Bu bulgular çalışma bulgumuz ile benzerlik göstermektedir (15).

Çalışmamızda, akılcı ilaç kullanımına uygun olmayan puanı en düşük davranış ise, hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı olduğu belirlenmiştir ($3,83 \pm 0,86$). Aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutumlarının değerlendirildiği benzer bir çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun, hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullandığı belirlenmiştir (19). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanma durumlarının yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (8,21).

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının demografik özelliklerine göre değerlendirildiğinde, cinsiyet, yaş ve iş durumuna göre farklılık gözlenmemiş olup, eğitim durumuna göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Önlisans ve

üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının lise veya altı eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre daha olumlu bulunmuştur. Araştırma bulguları incelendiğinde; kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre; 36-45 yaş aralığında olan katılımcılar diğer yaş grubundaki katılımcılara göre; çalışan katılımcılar çalışmayan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanımı konusunda daha olumlu tutum ve davranışlara sahiptir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip olan katılımcıların daha bilinçli ve daha fazla bilgiye sahip olduğu düşünülmektedir. Hatipoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların eğitim düzeylerinin arttıkça akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının daha olumlu olduğu istatistiksel olarak belirlenmiştir (19). Literatürde eğitim düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanım düzeyinin arttığını gösteren benzer çalışmalar mevcuttur (22,23). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Yapıcı ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık kuruluşuna başvurmadan önce ilaç kullanım oranının arttığı belirlenmiş olup katılımcıların yarısının kendi bilgileri doğrultusunda diğer yarısının ailesinin ya da çevresindekilerin ve en az oranda eczacının önerisi ile ilaç kullandıkları belirlenmiştir (15).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, engelli bireye sahip aile bireylerinin çoğunluğunda akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu olduğu tespit edilmiş olup hem kendileri hem de bakımını üstlendiği engelli birey açısından düşünüldüğünde bu sonucun oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Akılcı ilaç kullanımı konusunda bütün toplum ve özellikle daha riskli olan gruplar sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeli, konu ile ilgili kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır. Ayrıca toplum içinde yaygın olarak kullanılan kendine ait olmayan ilacı kullanma davranışının hayati riskler taşıyabileceği bilincinin oluşturulması için gerekli eğitimler planlanmalı, her ilacın herkeste aynı etki sağlamayacağı konusunda bilgi verilmelidir. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgilendirici görsel materyaller oluşturulup herkesin görebileceği yerlere konumlandırılması sağlanmalıdır. Gazete, dergi, televizyon, internet, broşür ve afişler aracılığı ile konu ile ilgili etkili iletiler oluşturulup yayınlanması sağlanmalıdır. İlaç temininde toplumun en fazla iletişime geçtiği eczacılar ve eczane çalışanlarının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgilendirilmesi gerekli durumlarda eğitimlere katılmaları sağlanmalıdır. Evde ilaç bulundurma alışkanlığının bırakılması ve nedeni bilinmeyen her ağrıda direk ağrı kesicilere başvurulmaması gerektiği, ağrı kesicilerin de yan etkilerinin olduğu konusunda tüm toplum ve özellikle de riskli gruplardan olan engelli bireye sahip aileler mutlaka bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Erişkinler için engellilik değerlendirmesi hakkında yönetmelik, (20 Şubat 2019). Erişim tarihi: 15.06.2020, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>.
2. Dünya Engellilik Raporu, (2019). Erişim tarihi: 19.06.2020. http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687_1328710754698/YoneticiOzeti.pdf.
3. Uzunoğlu, E. (2019). Engelli bireye sahip ailelerin sorunları ve sosyal dışlanması üzerine nitel bir inceleme, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
4. Durduran, Y. (2009) Engelli çocukların engellilikleri dışındaki sağlık sorunları ve sağlık hizmetinden yararlanma durumları: Kontrollü saha çalışması. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
5. Gündoğar, H.S. ve Kartal, S.E. (2017). Üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki görüşleri. Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi. 1(1), 25-34.
6. World Health Organization (2002). Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines no5. Erişim tarihi: 20.06.2020. WHO/EDM/2002.3.Geneva, WHO.
7. Akıcı, A. (2013). Akılcı ilaç kullanımı. Toplumla yönelik akılcı ilaç kullanımı. İçinde: Akıcı A (ed.) ss.1-13. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 93, Ankara.
8. Ekenler, Ş. ve Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3, 44-55.
9. Chauhan, I., Yasir, M., Kumari, M., & Verma, M. (2018). The pursuit of rational drug use: understanding factors and interventions. Pharmaspire, 10, 48-54.
10. Altındış, S. (2017). Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research, 1, 34-38.
11. Afriyie, D.K., Tetteh, R. A. (2014). Description of the pattern of rational drug use in ghana police hospital. International Journal of Pharmacy and Pharmacology, 3, 143-148.
12. Aksoy, M., Alkan, A. ve İşli, F. (2015). Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri, Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni, 2, 3-17.
13. Kalaça, S. (2013). Sağlık hizmeti sunanların ve hizmet alanların akılcı ilaç kullanımındaki rolleri. topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı. İçinde: Akıcı A (Ed.) ss.15-30. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 93, Ankara.
14. Yapıcı, G., Balıkcı, S., ve Uğur, Ö. (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi, 38, 458-465.
15. Deniz, S. (2019). Akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22, 619-632.
16. Yılmaz, M., Kırbıyıkçıoğlu, F.İ., Arıç, Z. ve Kurşun, B. (2014). Bir diş hekimliği fakültesi hastanesine başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımının belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2, 39-47.
17. Macit, M., Karaman ve M., Parlak, M. (2019). Bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6, 372-387.
18. Uğrak, U., Teke, A. Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y. (2015). Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusunda tutumları. TAF Prev Med Bull, 14, 137-144.
19. Hatipoğlu, S., Özyurt, B.C. (2016). Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15, 1-8.
20. Çakır Dolu, İ., Bilgili, N. (2010). Ankara'da yaşayan bir grup yaşlı bireyde ilaç kullanım uygulamaları ve ilaç bilgi düzeylerinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull, 9(1), 37-44.
21. İlhan, M.N., Aydemir, Ö., Çakır, M., ve Aycan, S. (2014). Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 12, 188-200.
22. Özkan, S., Özbay, O., Aksakal, F., İlhan, M., ve Aycan, S. (2005). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta oldukları tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4, 223-237.
23. Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Dönertaş, B., Özgülcü, Ş., ve Akici, A. (2011). Türkiye'nin farklı illerinde yazılan reçetelerin ilaç kullanımı ilkeleri açısından incelenmesi. Marmara Medical Journal, 24, 161-173.

Kamu hastanelerinde çalışan sorumlu hekimlerin problem çözme becerilerinin değerlendirilmesi*

Evaluation of the problem-solving skills of physicians working as responsible in some public hospitals

Ayşe Düşünür¹, Seyhan Çerçi²

¹İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, adusunur@gelisim.edu.tr, 0000-0002-7603-9636

²İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, seyhan.cerci@saglik.gov.tr, 0000-0002-1370-9604

*Bu çalışma tarafımdan İstanbul 2019'da "Kamu Hastanelerinde Çalışan Sorumlu Hekimlerin Problem Çözme Becerilerinin Değerlendirilmesi: Okmeydanı EAH, Şişli Hamidiye Etfal EAH ve Gaziosmanpaşa Taksim EAH Örneği" adlı Yüksek Lisans tezinden türetilmiştir.

ÖZ

Amaç: Araştırma İstanbul ilinde bazı Kamu Hastanelerinde görevli idari sorumlu, eğitim sorumlusu veya idari ve eğitim sorumlusu olarak çalışan hekimlerin problem çözme becerilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Metod:** Tanımlayıcı olarak tasarlanan araştırmaya İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına (4.Bölge) bağlı olan üç eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan toplam 122 sorumlu hekim dahil edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak sorumlu hekimlerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ve 'Problem Çözme Envanteri' kullanılmıştır. Bu envanter, bireyin problem çözücü olarak genelde kendini değerlendirmesi ve problem çözme yeteneğini algılamasını ortaya çıkarmaktadır. Elde edilen envanter puanları toplam ve altı alt boyutta analiz edilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen veriler SPSS 17.0 programında analiz edilmiştir. Verileri değerlendirmede yüzdelik, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Sorumlu hekimlerin problem çözme envanterinden elde edilen ortalama skor $68,06 \pm 15,67$ olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda kamu hastanelerinde çalışan sorumlu hekimlerin genel olarak problem çözme becerilerinin ve problem çözme yaklaşımlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sorumlu hekimlerin problem çözme becerileri ve alt boyutları ile cinsiyet, mesleki deneyim ve uzmanlık alanı arasında farklılık bulunmuştur. **Sonuç:** Sorumlu hekimlerin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Mesleki deneyimi fazla, uzmanlık alanı cerrahi olan hekimlerin sorumlu olarak görevlendirilmesinin daha uygun olacağı görülmüştür.

ABSTRACT

Objective: The study was descriptively conducted in order to evaluate the problem-solving skills of physicians working as administrative responsible, education supervisor or administrative and training supervisors in some public hospitals in Istanbul. **Method:** A total of 122 responsible physicians working in the three education and research hospitals of the Istanbul Public Hospitals Services Division (4th Region) were included in the study. In the study, personal information form including Identifying and occupational characteristics of physicians who are responsible for data collection and Problem-Solving Inventory were used as data collection tool. This inventory reveals the individual's self-assessment and problem-solving ability as problem solvers. Inventory scores were analyzed in total and six sub-dimensions. The data obtained from this study were analyzed in SPSS 17.0 program. Percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests were used to evaluate the data. **Results:** The mean score obtained from the problem-solving inventory of the responsible physicians was found to be 68.06 ± 15.67 . As a result of the research, it was determined that the general problem-solving skills of the responsible physicians working in public hospitals and the problem-solving approaches were at a moderate level. There were differences between the problem-solving skills and sub-dimensions of the responsible physicians who participated in the study, as well as their gender, professional experience and expertise. **Conclusions:** It is found that the responsible physicians have an intermediate level of problem-solving abilities. It is seen that assigning responsibility to physicians who have more professional experience and whose area of specialization in surgery, will be more appropriate.

Anahtar Kelimeler:
Problem Çözme Becerisi, Problem Çözme Envanteri, Kamu Hastanesi, Sorumlu Hekim

Key Words:

Problem Solving Skills, Problem-Solving Inventory, Public Hospital, Responsible Physician

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Ayşe Düşünür,
İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, adusunur@gelisim.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:

09.07.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

18.02.2021

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

01.03.2021

GİRİŞ

Günlük yaşantımızda bazı güçlüklerle, problemlerle, engellerle karşılaşmaktadır ve bunların aşılması için bazı problem çözme yolları denenmelidir. Problem kavramı kişinin belli amaçlar elde etmek amacıyla ne yapması gerektiği ile ilgili hemen bir fikre sahip olmaması; belirlenen ve ulaşılmak istenen bir hedef

ile mevcut durum arasındaki fark; yok edilmek istenen, kişinin olağan yaşamında kendisinin fiziken ya da psikolojik olarak rahatsız etmesi ve kişiyi çözüm bulmaya iten zorlukların hepsi olarak ifade edilmektedir (1,2,3).

Kişiler açısından genel olarak bir durumun problem sayılabilmesi için üç ögeyi barındırmalıdır. Bunlar;

karşılaşılan problem durumunun kişiler açısından güçlük oluşturması, kişinin kendisi açısından rahatsızlık oluşturan bu durumu çözmeye ihtiyaç duyması ve kişinin bu durum ile daha önce karşılaşmamış olması ve problem ile ilgili herhangi bir hazırlığının olmamasıdır (4).

Problem çözme her şeyden önce belli bir amaca ulaşmak için karşılaşılan güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik bir dizi çabadır ve çeşitli kuramsal modeller öne sürülmektedir. Parnes tarafından 1981'de geliştirilen 'Yaratıcı Problem Çözme Becerisi modeli' gerçeği bulma, problemi bulma, fikir bulma, çözüm bulma ve kabul bulma olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (5). Bandura'nın 'Problem Çözme ve Kendine Yeterlik Modeli'nde ise bireylerin sahip oldukları kabiliyet düzeyi ve güçlükler ile baş edebilme becerilerine ilişkin algılarının problem çözme becerilerini etkilediğinden bahsedilmektedir (6). Bireylerin problem çözme becerilerini, yaşantıları algılama güçleri, olaylar karşısında tutum ve davranışları, sahip oldukları değerler ve kendi kişilik özellikleri önemli ölçüde etkilemektedir (7). Bireylerin kendilerine ait zihni, psikolojik, duygusal, sosyal ve biyolojik yaşantıları ve sahip olunan bu özelliklerin uyumlu şekilde kaynaşmasıyla etkilenen bir yaşamları vardır (8).

Kişilerin problem çözme becerilerini özgüven, yaş, bireysel farklılıklar, tecrübe, kişilik özellikler ve sosyal özelliklere sahip olma gibi bazı faktörlerin yanı sıra psikolojik uyum, iletişim becerisi, karar verme stili ve akademik özsaygıları ile ilişkili olduğu da bilinmektedir (9).

Sağlık hizmetleri örgütsel olarak çok karmaşık yapıya sahiptir. Dolayısıyla bu örgütlerde yönetici olacakların yönetsel beceriler ve yetenekler yanında kişiler arası iletişim becerilerine de sahip olmaları gerektiğine vurgu yapılmaktadır (10,11). Hastane yöneticisinin yanı sıra sağlık hizmetlerinde birincil sorumlu olan hekimler; üniversite hastanelerinde anabilim dalı başkanı, kamu hastanelerinde idari ve/veya eğitim sorumlusu olarak çalışan hekimler yönetimde önemli bir yer almaktadır. Sorumlu hekimler 'Problem çözme becerilerini iyi geliştirmiş midir?' 'En iyi şekilde uygulayabiliyorlar mı?' ve 'Bazı faktörler buna etken midir' sorularının yanıtını almak bu çalışmanın temelini oluşturmaktadır.

Araştırmanın amacı, Kamu hastanelerinde idari sorumlu, eğitim sorumlusu veya hem idari hem de eğitim sorumlusu olarak çalışan hekimlerin problem çözme konusunda kendilerini değerlendirme durumlarının belirlenmesi; problem çözme becerilerinin cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yaşlarına, mesleki deneyimlerine, uzmanlık alanlarına ve sorumluluk alanlarına göre farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı'na (4.Bölge) bağlı hizmet veren dal hastanesi olmayan, üç eğitim ve araştırma hastanesinde Mart 2019 tarihinde çalışan idari ve/veya eğitim sorumluluğu yapan toplam 122 hekim grubu oluşturmaktadır.

İdari sorumlu, eğitim sorumlusu veya hem idari hem de eğitim sorumlusu olarak görev yapan, İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı'na bağlı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH)'nde 32, Şişli Hamidiye Etfal EAH'nde 66 ve Gaziosmanpaşa (GOP) Taksim EAH'nde 24 olmak üzere toplam 122 hekim anket çalışmasına alınmıştır. Bu araştırma 1-31 Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Verilerinin Toplanması

Problem Çözme Envanteri (Problem Solving Inventory) (PÇE), 1982 yılında P.P. Heppner ve C.H. Petersen tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde 1993 yılında Nail Şahin, Nesrin H. Şahin ve Paul Heppner tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12, 13). Bu envanter problem çözme süreci aşamalarını belirleyen, ergen ve yetişkin bireylerin problem çözme becerileri konusunda algılayışlarını ölçen, kendilerinin problem çözme davranışları ve yaklaşımları hakkında ne düşündüklerini değerlendiren iyi bir araçtır. Özellikle psikolojik danışmanlık, tıp ve eğitim alanlarında kullanılan, kendini değerlendirme türü, tanımlayıcı tipte bir ölçektir.

Çalışmamızın birinci bölümünde, çalışmaya katılanların kişisel (cinsiyet, medeni durum, yaş) ve mesleki (mesleki deneyim, uzmanlık alanı, sorumluluk alanı) özelliklerinin sorgulandığı toplam 8 soru; ikinci bölümünde ise yöneticilerin problem çözme becerilerinin ölçüldüğü toplam 35 soru bulunmaktadır. Cevaplama zaman sınırlaması olmamakla birlikte ortalama 15 dakika sürmektedir.

Uzmanlık alanı 'Cerrahi' ve uzmanlık alanı 'Dahili' olan branşlar dışında kalan 'Diğer' branşlar ise; Acil Tıp, Aile Hekimliği, Algoloji, Biyokimya ve Klinik Biyokimya, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji, Nükleer Tıp, Patoloji, Radyoloji, Radyasyon Onkolojisi ve Yoğun Bakım branşlarından oluşmaktadır. Eğitim Sorumlusu, ilgili alanda uzmanlık eğitimlerinin yürütülmesinden sorumlu doktor öğretim üyesi, doçent, profesörü; İdari Sorumlu ise ilgili dalda uzmanlık eğitimi birimlerindeki idari hizmetlerin eğitim sorumlusu ile yürütülmesini sağlamak üzere görevlendirilen eğitim görevlisi, başasistan, uzman doktoru ifade etmektedir. Yöneticilik

eğitimi almış olarak değerlendirilen parametre ise yöneticilikle ilgili herhangi bir eğitimi (sertifika, lisans, yüksek lisans, doktora vb.) içermektedir.

Ölçek, 1 (Her zaman böyle davranırım) ile 6 (Hiçbir zaman böyle davranmam) puan arasında değişen 6'lı Likert tipinde 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, planlı yaklaşım, aceleci yaklaşım ve düşünen yaklaşım olmak üzere toplam altı alt boyutu bulunmaktadır. Aceleci ve kaçınan yaklaşım olumsuz, diğerleri ise olumlu yönde değerlendirilmektedir. Ölçekteki 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışı bırakıldığından, esas puanlama 32 madde üzerinden yapılmaktadır. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. Maddeler ters olarak puanlamaya alınan maddelerdir.

Problem çözme beceri algısı puanı 32-192 limitleri arasında olup envanterin toplam puanını vermektedir. Ortalama puan değeri ise 80 olarak kabul edilmektedir. Ortalamanın üstündeki değerler kişinin problem çözme konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını, ortalamanın altındaki değerler ise kişinin problem çözme konusunda yeterli olduğunu göstermektedir. Alt boyutların değerlendirilmesinde aceleci ve kaçınan yaklaşımda alınan puan azaldıkça kişinin bu davranışları daha az sergilediği; diğerlerinde ise puan azaldıkça daha fazla sergilediği görülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 15.01.2019 tarih ve 02 sayılı alınan etik kurul onayını takiben, araştırmanın gerçekleştirileceği kamu hastaneleri için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Geliştirme Biriminden 22.02.2019 tarih E734 sayılı kurum izinleri alınmıştır. Ayrıca araştırma kapsamına alınan hekimlere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve tüm katılımcıların sözel ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler, Statistical Package for The Social Science (SPSS) 17.0 programı kullanılarak veriler girilmiş ve araştırmanın amacına uygun şekilde değerlendirilerek analiz edilmiştir.

Yapılan normallik analiz sonucuna göre örneklem grubunun normal dağılımı ihlal ettiği görülmüş, bu nedenle araştırma parametrik olmayan Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yürütülmüştür. Örneklem dahil edilen kamu hastanelerinde çalışan sorumlu hekimlere ait verilerin değerlendirilmesinde; hekimlerin tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla frekans ve yüzdelik dağılımları, PÇE'de yer alan ifadelerin, ölçek puanlarının, ölçeklerin alt boyutlarının puanlarının belirlenmesi amacıyla minimum maksimum, aritmetik

ortalama ve standart sapma değerleri, demografik değişkenlerle problem çözme becerisi arasındaki ilişkiyi bulmak için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan sorumlu hekimlerin demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Sorumlu Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	62	50,8
Kadın	60	49,2
Medeni Durum		
Evli	105	86,1
Bekar	17	13,9
Yaş (yıl)		
45 ve altı	34	27,9
46-50	28	23,0
51-55	35	28,7
56-60	17	13,9
61 ve üstü	8	6,6
Mesleki Deneyim (yıl)		
11-15	17	13,9
16-20	22	18,0
21 ve üstü	83	68,0
Çalıştığı Kurum		
Okmeydanı EAH	32	26,2
Şişli Hamidiye Etfal EAH	66	54,1
GOP Taksim EAH	24	19,7
Uzmanlık Alanı		
Dahili	38	31,1
Cerrahi	51	41,8
Diğer	33	27,0
Sorumluluk Alanı		
Eğitim	47	38,5
İdari	61	50,0
Eğitim ve İdari	14	11,5
Yöneticilik Eğitimi		
Almış	15	12,3
Almamış	107	87,7

Araştırmaya katılan sorumlu hekimlerin %50,8'inin erkek, %49,2'sinin kadın olduğu; %86,1'inin evli, %13,9'unun bekar olduğu; yaş grupları itibarıyla çoğunluğun (%28,7) 51-55 yaş grubunu oluşturduğu, bu aralığı 45 ve altı yaş aralığının izlediği görülmüştür.

Mesleki deneyimleri açısından bakıldığında en çok %68 ile 21 yıl ve üstü bulunmuştur. 16-20 yıl mesleki deneyimi olan hekimler %18, 11-15 yıl deneyimli hekimler ise %13,9 olarak tespit edilmiştir. Sorumlu hekimlerin %41,8'inin Cerrahi, %31,1'inin Dahili ve

Tablo 2. Problem Çözme Envanterinin Alt Boyutlarının Toplam Puanlarına Göre Dağılımları

PÇE ve Alt Boyutları	n	Minimum	Maksimum	\bar{X}	SS
Acelecı Yaklaşım	122	13	36	22,26	4,861
Düşünen Yaklaşım	122	5	25	9,52	3,261
Kaçıngan Yaklaşım	122	4	18	6,88	2,827
Değerlendirici Yaklaşım	122	3	15	7,12	2,795
Kendine Güvenli Yaklaşım	122	7	31	14,34	4,667
Planlı Yaklaşım	122	4	18	7,93	2,489
Toplam Puan	122	40	124	68,06	15,679

%27'sinin ise Diğer alanlarda çalıştıkları belirlenmiştir. Sorumluluk alanları incelendiğinde %50'sinin idari sorumlu, %38,5'inin eğitim sorumlusu olduğu, %11,5'inin ise hem idari hem de eğitim sorumlusu oldukları, sadece %12,3'ünün yöneticilik eğitimi aldığı görülmüştür.

Tablo 2'de ölçeğe ait alt boyutların minimum ve maksimum değerleri, ortalama ve standart sapma puanlarını içeren tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir

Problem çözme envanterinin minimum 32, maksimum 192 puanla puanlandırılmakta olup ortalaması 80'dir. Ortalamanın üstündeki değerler kişinin problem çözme konusunda yetersiz olduğunu, altındaki değerler ise kişinin problem çözme konusunda yeterli olduğunu göstermektedir. Çalışmada elde edilen toplam puan (68,06) ortalamanın altında olduğu için sorumlu hekimler problem çözme becerisine sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 3'de araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet gruplarına göre PÇE ve alt boyutlarından aldıkları puan dağılımı görülmektedir. Buna göre problem çözme alt boyutlarından biri olan kaçıngan yaklaşımda cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (U:1428,5, p:0,025). Erkek hekimlerin (68,46) kadın

hekimlere (54,31) oranla kaçıngan yaklaşım boyutu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ve erkek hekimlerin bu davranışı daha fazla sergilediği görülmüştür. Diğer boyutlarla cinsiyet değişkeni arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Medeni durum değişkenine göre; problem çözme ortalama puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p>0,05). PÇE toplam puanı evli olanlarda 63,30, bekar olanlarda 50,38 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4'de araştırmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre PÇE ve alt boyutlarından aldıkları puan dağılımı görülmektedir. Yaş değişkenine göre; problem çözme ortalama puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p>0,05).

Tablo 5'de araştırmaya katılan hekimlerin mesleki deneyim gruplarına göre PÇE ve alt boyutlarından aldıkları puan dağılımı görülmektedir.

Mesleki deneyim değişkenine göre problem çözme alt boyutlarından düşünen yaklaşım boyutunda anlamlılık tespit edilmiştir. (x²:7,107, p:0,029). Düşünen yaklaşım 11-15 yıl mesleki deneyime sahip sorumlu hekimlerde (82,16), 21 ve üstü yıl hekimlere (57,17) göre daha yüksek bulunmuştur. Yirmibir ve üstü yıl çalışmış

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Gruplarına Göre PÇE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Dağılımları

	Cinsiyet	n	Ortalama Sıra	Sıra Toplamı	U	p
Acelecı Yaklaşım	Erkek	62	61,50	3813	1860,00	1,00
	Kadın	60	61,50	3690		
Düşünen Yaklaşım	Erkek	62	58,22	3609,5	1656,50	0,293
	Kadın	60	64,89	3893,5		
Kaçıngan Yaklaşım	Erkek	62	68,46	4244,5	1428,50	0,025*
	Kadın	60	54,31	3258,5		
Değerlendirici Yaklaşım	Erkek	62	63,80	3955,5	1717,50	0,463
	Kadın	60	59,13	3547,5		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Erkek	62	60,27	3737	1784,00	0,96
	Kadın	60	62,77	3766		
Planlı Yaklaşım	Erkek	62	58,63	3635	1682,00	0,358
	Kadın	60	64,47	3868		
PÇE Toplam	Erkek	62	61,36	3804,5	1851,50	0,965
	Kadın	60	61,64	3698,5		

*p<0,05

olan hekimlerin bu davranışı daha fazla sergilediği görülmüştür. Diğer boyutlar ile mesleki deneyim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre PÇE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Dağılımları

Yaş (yıl)	n	Ortalama Sıra	x^2	P
Acelecı Yaklaşım				
45 ve altı	34	70,71		
46-50	28	54,88		
51-55	35	59,17	3,665	0,453
56-60	17	61,44		
61 ve üstü	8	55,88		
Düşünen Yaklaşım				
45 ve altı	34	70,91		
46-50	28	60,73		
51-55	35	57,40	7,284	0,122
56-60	17	64,38		
61 ve üstü	8	36,00		
Kaçınan Yaklaşım				
45 ve altı	34	61,82		
46-50	28	60,64		
51-55	35	58,97	0,578	0,965
56-60	17	66,47		
61 ve üstü	8	63,63		
Değerlendirici Yaklaşım				
45 ve altı	34	64,51		
46-50	28	66,93		
51-55	35	54,44	2,993	0,559
56-60	17	65,12		
61 ve üstü	8	52,88		
Kendine Güvenli Yaklaşım				
45 ve altı	34	67,19		
46-50	28	56,30		
51-55	35	59,56	2,171	0,704
56-60	17	65,91		
61 ve üstü	8	54,63		
Planlı Yaklaşım				
45 ve altı	34	65,93		
46-50	28	61,95		
51-55	35	59,99	4,226	0,376
56-60	17	65,74		
61 ve üstü	8	38,75		
PÇE Toplam				
45 ve altı	34	69,06		
46-50	28	60,04		
51-55	35	57,17	2,929	0,57
56-60	17	62,88		
61 ve üstü	8	50,50		

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan sorumlu hekimlerin %54,1'i Şişli Hamidiye Etfal EAH, %26,2'si Okmeydanı EAH ve geri kalan %19,7'si GOP Taksim EAH'de sorumlu olarak görev yapmaktadır. Çalıştığı kurum değişkenine göre

problem çözme toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel hesaplamalar yapılmamıştır.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Deneyim Gruplarına Göre PÇE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Dağılımları

Mesleki Deneyim (yıl)	n	Ortalama Sıra	x^2	P
Acelecı Yaklaşım				
11-15	17	72,35		
16-20	22	57,89	1,95	0,377
21 ve üstü	83	60,23		
Düşünen Yaklaşım				
11-15	17	82,06		
16-20	22	61,93	7,107	0,029*
21 ve üstü	83	57,17		
Kaçınan Yaklaşım				
11-15	17	66,29		
16-20	22	62,30	0,429	0,807
21 ve üstü	83	60,31		
Değerlendirici Yaklaşım				
11-15	17	61,41		
16-20	22	69,50	1,438	0,487
21 ve üstü	83	59,40		
Kendine Güvenli Yaklaşım				
11-15	17	70,76		
16-20	22	60,50	1,37	0,504
21 ve üstü	83	59,87		
Planlı Yaklaşım				
11-15	17	74,00		
16-20	22	59,00	2,515	0,284
21 ve üstü	83	59,60		
PÇE Toplam				
11-15	17	73,88		
16-20	22	60,57	2,45	0,294
21 ve üstü	83	59,21		

* $p<0,05$

Tablo 6'da araştırmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanı gruplarına göre PÇE ve alt boyutlarından aldıkları puan dağılımı görülmektedir.

Problem çözme toplam puan, alt boyutlarından düşünen yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım ile uzmanlık alanı değişkeni arasında anlamlı fark bulunmuştur. ($x^2:6,405$, $p:0,041$; $x^2:16,952$, $p:0,00$; $x^2:9,231$, $p:0,01$). Cerrahi uzmanlık alanında görev yapan sorumlu hekimler Dahili uzmanlık alanına göre düşünen (53,84-72,79) ve kendine güvenli (50,29-80,64) yaklaşımı daha fazla sergilemektedir. Dahili branşlarda çalışan sorumlu hekimlerin problem çözme becerisi toplam puanı (75,95), Cerrahi (54,66) ve Diğer (55,44) gruplardan daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Diğer boyutlar ile uzmanlık alanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Problem çözme toplam puanı ve alt boyutları ile sorumluluk alanı değişkeni arasında anlamlı bir farklılık

görülmemiştir ($p>0,05$). Problem çözme toplam puanı ve alt boyutları ile yöneticilik eğitimi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Uzmanlık Alanı Gruplarına Göre PÇE ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Dağılımları

Uzmanlık Alanı	n	Ortalama Sıra	χ^2	P
Aceleci Yaklaşım				
Dahili	38	69,95		
Cerrahi	51	57,30	3,184	0,203
Diğer	33	58,26		
Düşünen Yaklaşım				
Dahili	38	72,79		
Cerrahi	51	53,84	6,405	0,041*
Diğer	33	60,33		
Kaçıngan Yaklaşım				
Dahili	38	65,47		
Cerrahi	51	57,31	1,325	0,516
Diğer	33	63,39		
Değerlendirici Yaklaşım				
Dahili	38	70,00		
Cerrahi	51	61,80	5,04	0,08
Diğer	33	51,24		
Kendine Güvenli Yaklaşım				
Dahili	38	80,64		
Cerrahi	51	50,29	16,952	0,00*
Diğer	33	56,77		
Planlı Yaklaşım				
Dahili	38	72,30		
Cerrahi	51	56,46	5,239	0,073
Diğer	33	56,85		
PÇE Toplam				
Dahili	38	75,95		
Cerrahi	51	54,66	9,231	0,01*
Diğer	33	55,44		

* $p<0,05$

TARTIŞMA VE SONUÇ

Literatürler araştırıldığında genel olarak problem çözme ile ilgili çok sayıda çalışma dikkati çekmektedir. Buna dayanarak algılanan problem çözme beceri puanlarının her seviyede elde edildiği söylenebilmektedir.

Çalışmada sorumlu hekimlerin problem çözme beceri toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Algılanan problem çözme beceri düzeyleri ortalamasının altında ve yeterli olduğu ortaya çıkmıştır ($68,06\pm 15,68$).

Eğitim alanındaki araştırmaların daha çok olduğu ve farklı sonuçlar bulunduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de yer alan orta büyüklükteki bir üniversitede öğrenim gören 256 sınıf öğretmeni adaylarının PÇE puanı $71,55\pm 9,48$

ve ilk ve ortaöğretim kurumlarında çalışan 250 okul müdürlerinin PÇE puanı $68,63\pm 11,03$ bulunmuş ve algılanan problem çözme becerileri ortalamasının altında çıkmıştır (14,15). Sağlık alanında da çalışma sonuçları bunlara benzerdir. Durmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin problem çözme envanteri puan ortalamalarını $82,37\pm 19,23$ olarak bulunmuştur (16). Bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören toplam 104 öğrenciden elde edilen PÇE puanı ise $95,46 \pm 19,44$ olarak saptanmıştır (17).

Ankara'da 2006 yılında 121 hastane yöneticisi ile yapılan bir çalışmada PÇE puanı $77,60\pm 11,30$ olarak bulunmuştur (18). Aynı ilde 2011 yılında yapılan daha kapsamlı bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 26 hastanede görev yapan 334 hastane yöneticisinin (başhekim, hastane müdürü, başhemşire ve yardımcıları) katıldığı araştırmaya göre yöneticilerin problem çözme ve karar verme becerilerinin yüksek düzeyde ($76,01\pm 10,23$) iyi gelişmiş olduğu tespit edilmiştir (19).

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde birçok literatürde problem çözme becerisi bakımından erkek kadın arasında anlamlı fark elde edilmediği ve ilgili görüşlerin cinsiyet değişkeninden bağımsız olduğu belirtilmiştir (20,21). Eğitim alanında Çerkez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek lehine, Polat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kız öğrencilerin lehine sonuç bulunmuştur (22,23). Sağlık alanında ise tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışma bizim çalışmamızla paralellik göstermiş olup erkeklerde kaçıngan yaklaşım ön plana çıkmıştır (24). PÇE toplam puanında bir fark çıkmamış olsa da erkek hekimlerin (PÇE 68,46) kadın hekimlere (PÇE 54,31) oranla kaçıngan yaklaşım boyutu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ve erkek hekimlerin bu davranışı daha fazla sergilediği görülmüştür.

Çalışmamızda yaş değişkeni ele alındığında problem çözme ortalama puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Benzer sonuçlar hastane yöneticileriyle yapılan çalışmalarda da bulunmuştur (18).

Mesleki deneyim değişkenine bakıldığında problem çözme envanterinin toplam puanlamasında (11-15 yılda 73,88; 16-20 yılda 60,57; 21 ve üstü yılda 59,21) yıllar ilerledikçe belirgin bir düşüşün olduğu yani problem çömede yeterliliğin arttığı görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır. Sadece alt boyutlarından Düşünen yaklaşımda anlamlı farklılık bulunmuştur (PÇE 11-15 yılda 82,16; 16-20 yılda 61,93; 21 ve üstü yılda 57,17).

Kaya ve arkadaşlarının 453 hemşirenin problem çözme becerilerini araştırdığı çalışmasında, ön lisans mezunu

hemşireler ile 21 yıl ve üstü çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin problem çözme becerilerinin yüksek olduğu bulunmuştur (25). Sağlık alanında vakaya dayalı uzun bir eğitimden geçen sağlık ekibinde mesleki deneyim arttıkça problem çözme becerisinin artması beklenen bir sonuç olarak görülmektedir. Nitekim yapılan birçok çalışmada vakaya dayalı öğrenmenin problem çözmeye etkisi araştırılmış, klasik eğitim alan hemşire adaylarının PÇE puan ortalamalarının benzer ve orta düzeyde bulunmuş olduğu görülse de eğitimden sonra vakaya dayalı öğrenme grubunun problem çözme becerisinin arttığı belirlenmiştir (26, 27).

Eğitim alanında yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar görülse de Bağçeci ve arkadaşlarının 159 branş ve sınıf öğretmenleriyle yapılan çalışmasında alışılmış çözümlerin yeni problemlere yeterli gelmediğini gören öğretmenlerin problem çözme konusunda kendilerini olumsuz algılayabilmekte olduğunu ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın özellikle hizmet süresi "21 yıl ve daha fazla" olan öğretmenlere problem çözme konusunda hizmet içi eğitimler vermesi gerektiği önerisinde bulunmuşlardır (28).

Çalışmamızda PÇE toplam puanında anlamlı fark oluşturan tek değişken uzmanlık alanı olmuştur. Dahili branşlarda çalışan sorumlu hekimlerin problem çözme becerisi toplam puanı 75,95; Diğer branşta 55,44; Cerrahi branşta ise 54,66 olarak tespit edilmiştir. Cerrahi branşta çalışan hekimlerin algılanan problem çözme becerileri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Dahili branşta problem çözme becerisinin yanısıra, alt boyutlardan Düşünen ve Kendine Güvenli yaklaşımda da anlamlı fark bulunmuştur. Cerrahi uzmanlık alanında görev yapan sorumlu hekimler Dahili uzmanlık alanına göre düşünen (53,84/72,79) ve kendine güvenli (50,29/80,64) yaklaşımı daha fazla sergilemektedir.

Eğitim alanında branş ve sınıf öğretmenleriyle yapılan çalışmalarda anlamlı bir fark bulunmamıştır (28,29). Bir üniversite hastanesinde yönetici pozisyonu olan ve olmayan 173 hemşire arasında yapılan başka bir çalışmada ise toplam ve alt boyutlar açısından bir anlamlılık bulunamamış olmakla birlikte, yönetim sorumluluğu olmayan hemşirelerin, problem çözme yeteneklerine daha fazla güvendikleri ve yaklaşma kaçınma boyutunda da kendilerini problemin üstüne giden kişiler olarak daha olumlu tanımladıklarını işaret etmektedir (30).

Çalışmamızda yöneticilik eğitimi almış %12,3 oranındaki sorumlu hekimlerin PÇE toplam puanı 63,37 iken eğitim almamış %87,7 oranındaki sorumlu hekimlerin PÇE toplam puanı 61,24 tespit edilmiş ve istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Yöneticilik eğitimi denildiğinde nasıl bir eğitim gereklidir ya da nasıl bir süreç izlenmelidir?

sorularına cevap bulmak oldukça zordur. Ülkemizde bu eğitim üç günlük sertifikasyon programından doktora kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Çelik ve arkadaşlarının üniversite, devlet ve özel hastanelerde çalışan 95 hastane yöneticisiyle (hekim, hemşire, idari personel) yaptığı çalışmada sağlık yöneticilerinin yöneticilik eğitimi alıp almamaları durumuna göre, problem çözme puan dağılımlarının farklılık oluşturmadığı, özel hastanelerde çalışan sağlık yöneticilerinin problem çözmeye kendilerini daha başarılı algıladıkları saptanmıştır (31).

İstanbul ilinde bazı Kamu Hastanelerinde görevli idari sorumlu, eğitim sorumlusu veya idari ve eğitim sorumlusu olarak çalışan hekimlerin problem çözme konusunda kendilerini değerlendirmeleri amacıyla yapılmış olan bu çalışmada yeterli ve orta düzeyde olarak bulunmuştur. Hekimlerin problem çözme konusunda kendilerini daha iyi algıladıkları boyutlara baktığımızda ise düşünen yaklaşım ve kaçınan yaklaşım karşımıza çıkmaktadır.

Problem çözme becerileri ve alt boyutları değişkenlere göre incelendiğinde; erkeklerde kaçınan yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Mesleki deneyim açısından bakıldığında ise düşünen yaklaşım alt boyutunda hekimlerde mesleki deneyim arttıkça, problem çözme becerisinin de arttığı görülmektedir. Cerrahi branşlarda hem toplam puanda, hem de alt boyutlardan düşünen ve kendine güvenli yaklaşımda problem çözme becerisi artmaktadır. Sonuçta problem çözme becerileri ve alt boyutları ile cinsiyet, mesleki deneyim ve uzmanlık alanı değişkenleri arasında farklılık bulunduğu görülmektedir. Yönetici seçiminde liyakata önem verilmeli, yönetim alanında eğitimli ve deneyimli kişilere öncelik verilmelidir. Mesleki deneyimi fazla olan hekimlerin sorumlu olarak görevlendirilmesinin daha uygun olacağı aşikardır.

Problem çözme ile ilgili yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların büyük çoğunluğu ise eğitim alanıyla ilgilidir. Sağlık alanında ise daha çok hemşirelerle ve yöneticilerle ilgili yapılan çalışmalar dikkati çekmektedir. Sorumlu hekimlerle yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu yüzden yapılmış olan bu çalışmanın diğer çalışmalara da ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pesen C. (2008), Yapılandırmacı Öğrenme Yaklaşımına Göre Matematik Öğretimi, Sempati Yayınevi.
2. Hunley S., McNamara K. (2010), Tier 3 of The RTI Model: Problem Solving Through a Case Study Approach. Londra: Sage Publications.
3. Karasar N. (2012), Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Nobel Yayınları, Ankara.

4. Yazlık D.Ö. (2015), Problem Çözme Basamaklarına Dayalı Bireyselleştirilmiş Web Tabanlı Matematik Öğrenme Ortamının Tasarlanması, Uygulanması, Değerlendirilmesi ve Öğrenci Başarısına Etkisi, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Konya.
5. Özden Y. (2011), Öğrenme ve Öğretme, Pegem Yayıncılık, Ankara.
6. Geifman D., Raban, D.R. (2015), Collective Problem-Solving: The Role of Self-Efficacy, Skill, and Prior Knowledge. *Interdisciplinary Journal of e-Skills and Life Long Learning*, 11, 159-178.
7. Güçlü N. (2003), Lise Müdürlerinin Problem Çözme Becerisi, *Milli Eğitim Dergisi*, 160, 272-300.
8. Yanbastı G. (1990), Kişilik Kuramları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
9. Korkut F. (2002), Lise Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 177-184.
10. Anderson P., Pulich M. (2002), Managerial Competencies Necessary in Today's Dynamic Health Care Environment', *The Health Care Manager*, 21 (2), 1-11.
11. Wallick William G. (2002), Healthcare Managers Roles, Competencies and Outputs in Organizational Performance Improvement, *Journal of Healthcare Management*, 47, 390-401.
12. Heppner P.P., Petersen C.H. (1982), "The Development and Implications of a Personal Problem-Solving Inventory", *Journal of Counseling Psychology*, 29(1), 66-75.
13. Sahin N., Sahin N.H., Heppner P.P. (1993), "Psychometric Properties of The Problem Solving Inventory in a Group of Turkish University Students", *Cognitive Therapy and Research*, 17(3), 379-396.
14. İnel D., Evrekli E., Türkmen L. (2011), Sınıf Öğretmeni Adaylarının Problem Çözme Becerilerinin Araştırılması, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29 (1), 167-178.
15. Koçak R., Eves S. (2010), Okul Yöneticilerinin İş Doyumları ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 193-212.
16. Durmaz Ş., Kaçar Z., Can S. (2007), Çanakkale Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Etkileyen Bazı Faktörler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4), 63-71.
17. Yüksel A. (2015), Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları ve Etkileyen Faktörler Araştırma, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 37-49.
18. Alagözlü S. (2006), Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme ve Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
19. Toygar Ş. (2011), Ankara İl Merkezinde Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Görev Yapan Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme ve Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
20. Kolayış H., Turan H. (2018), Öğretmen Adaylarının Algılanan Problem Çözme Becerileri, *CBÜ Bed Eğt Spor Bil Dergisi* 13(1), 22-32.
21. Genç, S.Z., Kalafat, T. (2007), Öğretmen Adaylarının Demokratik Tutumları ile Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (22), 10-22.
22. Çerkez, Y., Arslan, E. (2016), An Investigation of Teacher Candidates' Problem Solving Skills and Levels of Depression. *Turkish Journal of Psychology*, 31(77), 95-99.
23. Polat, R.H., Tümkaya, S. (2010), An Investigation of The Students of Primary School Problem Solving Abilities Depending on Need for Cognition. *Elementary Education Online*, 9 (1), 346-360.
24. Karabilgin Ö., Şahin H. (2012), Tıp Fakültesine Yeni Başlayan Öğrencilerin Problem Çözme Becerilerine İlişkin Algılarının ve Boyun Eğici Davranış Durumlarının Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32 (6), 1536-44.
25. Kaya E. (2005), Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerini Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
26. Yoo M.S., Park J.H. (2014), Effect of Case-Based Learning on The Development of Graduate Nurses' Problem-Solving Ability, *Nurse Educ.Today*, 34, 47-51.
27. Kaddura M.A. (2011), Critical Thinking Skills of Nursing Students in Lecture-Based Teaching and Case-Based Learning, *Journal for The Scholarship of Teaching and Learning*, 5 (2), Article 20.
28. Bağçeci B., Kinay İ. (2013), Öğretmenlerden Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12 (44), 335-347.
29. Pehlivan Z., Konukman F. (2004), Beden Eğitimi Öğretmenleri ile Diğer Branş Öğretmenlerinin Problem Çözme Becerisi Açısından Karşılaştırılması, *Spor Bilimleri Dergisi*, 2 (2) 55-60.
30. Abaan S., Altıntoprak A. (2005), Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri: Öz Değerlendirme Sonuçlarının Analizi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 62-76.
31. Çelik C., Yurdakul M. (2009), Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Alan Araştırması, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18 (1) 2009, 95-108.

0-6 Aylık bebeklerin büyüme gelişme ve beslenme özelliklerinin değerlendirilmesi

Evaluation of growth, development and nutritional characteristics of 0-6 month old babies

Havvanur Yoldaş İktaç¹, Tuğba Dinçer², Muazzez Garipağaoğlu³

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, havvanuryoldas55@hotmail.com, 0000-0002-7433-6370

²İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, tugba.tuncer.55@gmail.com, 0000-0002-7021-4077

³Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, mgaripagaoglu@hotmail.com, 0000-0003-2172-1467

ÖZ

Giriş ve amaç: Sıfır-6 ay dönemindeki bebeklerin büyüme-gelişme ve beslenme özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Temmuz-Eylül 2014 tarihleri arasında, İstanbul ili, Çekmeköy ilçesindeki Aile Sağlık Merkezleri'ne gönüllü başvuran 254 anne-bebek çifti ile gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve yöntem:** Bebekler ve annelere ilişkin bilgiler anket formu ile elde edilmiştir. Bebeklerin antropometrik ölçümleri ile bir günlük besin tüketimleri kaydedilmiştir. Bebeklerin vücut ağırlığı, boy uzunlukları ve beden kitle indekslerini (BKİ) değerlendirmek için Z-Skor değerleri hesaplanmıştır. Beslenme durumları Amerikan Besin Öneri Komitesi'nin Diyet Referans Alım Miktarları ile karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** Yaşları $3,2 \pm 1,8$ ay olan bebeklerin mevcut vücut ağırlıkları $6,33 \pm 1,94$ kg, boy uzunlukları ise $60,93 \pm 6,57$ cm bulunmuştur. Bebeklerin neredeyse tamamının antropometrik ölçüm Z-Skor değerlerinin normal olduğu saptanmıştır. Bebeklerin %70,1'inin anne sütüne ilk 1 saat içinde başladığı bulunmuştur. Doğum yapılan hastane çeşidi ve doğum şekli ile emzirme saati arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p < 0,05$). Bebeklerin yalnızca %9,8'i tek başına anne sütü alırken, anne sütü + su alanlar %65 olarak belirlenmiştir. Bebeklerin günlük enerji almalarının $632,07 \pm 87,41$ kkal olduğu, enerji ve tüm besin öğelerini yeterli aldıkları belirlenmiştir. **Sonuç:** Doğumdan sonraki ilk 1 saatteki emzirme oranının yüksek, ilk 6 ay tek başına anne sütü alımının düşük, büyüme-gelişimin standartlara uygun olduğu görülmüştür. Bebek beslenmesini iyileştirebilmek için annelerin, gebelik öncesinden başlayarak ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenmenin önemi konusunda, yetişmiş sağlık profesyonelleri tarafından bilinçlendirilmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Beslenme, Büyüme, Anne Sütü,
Tamamlayıcı Beslenme

Key Words:
Nutrition, Growth, Breast Milk,
Complementary Feeding

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Havvanur Yoldaş İktaç,
İstanbul Medeniyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme
ve Diyetetik Bölümü,
havvanuryoldas55@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
03.09.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
22.01.2021

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
01.03.2021

ABSTRACT

Introduction: This cross-sectional and descriptive study, which was conducted to evaluate the growth, development and nutritional characteristics of babies between zero and 6 months, was carried out between July and September 2014 with 254 mother-baby couples who were admitted to the Family Health Centers in Çekmeköy, İstanbul. **Material and Method:** Information about babies and mothers was obtained through a questionnaire. Anthropometric measurements and daily food consumptions of the babies were recorded. Z-Score values were calculated to evaluate the body weight, height and body mass index (BMI) of the babies. Nutritional status was compared to dietary intake reference values of American Nutritional Advisory Committee. **Results:** Mean age of the babies was 3.2 ± 1.8 months, mean weight was 6.33 ± 1.94 kg and mean height was 60.93 ± 6.57 cm. Almost all babies had normal anthropometric Z-Score values. It was found that 70.1% of babies received breast milk within the first hour. There was no statistically significant difference between the type of hospital where the birth took place and delivery type and the time of breastfeeding ($p < 0.05$). While only 9.8% of babies received breast milk alone, 65% of babies received breast milk + water. It was determined that the daily energy intake of babies was 632.07 ± 87.41 kcal, and they received sufficient energy and nutrient. **Conclusion:** It has been observed that the rate of breastfeeding in the first hour after birth is high, intake of breast milk alone for the first 6 months is low, growth-development is in concordance with the standards. In order to improve baby nutrition, it would be beneficial for mothers to be informed by trained health professionals before pregnancy about the importance of breastfeeding for the first 6 months.

GİRİŞ

Yaşamın ilk yılı, intrauterin dönemden sonra büyümenin en hızlı gerçekleştiği dönemdir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) her bebeğin doğumdan itibaren ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenmesini ve ilk 6 aydan sonra tamamlayıcı besinler ile birlikte iki yaş ve sonrasında kadar anne sütü

ile beslenmesine devam etmesini önermektedir (2,3). Anne sütü ile beslenmenin 5 yaş altı çocuklardaki mortaliteyi azalttığı bilinmektedir (4). Anne sütü ile beslenmedeki sorunları azaltmak ve tüm yenidoğanların anne sütüyle beslenmesini sağlamak için Sağlık Bakanlığı tarafından 1991 yılından bu yana UNICEF işbirliğinde emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi

amaçlı “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” uygulanmaktadır (5).

Tüm bu önerilere ve çalışmalara rağmen dünyada ve Türkiye’de anne sütü ile beslenme başarılı değildir. Dünyada 0- 6 aylık bebeklerin sadece %38’i anne sütü ile beslenmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü 2025 yılına kadar dünyadaki, bebeklerin en az %50’sinin ilk 6 ay anne sütü ile beslenmesini hedeflemektedir. Ülkemiz Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı raporuna göre, ilk 6 ayda %41 olan tek başına anne sütü, yaşla birlikte azalarak 4-5 aylık bebekler arasında %14’e düşmektedir. Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok çalışmada bebeklerin yalnızca anne sütü ile beslenme sürelerinin 6 aydan kısa olduğu, emzirmeyi annenin yaşı, eğitimi, çalışma durumu ailenin geliri gibi çeşitli faktörlerin emzirmeyi ve tamamlayıcı beslenmeyi etkilediği görülmüştür (6, 7). Dünya Sağlık Örgütü, ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenme oranının düşük olmasını, anneler arasında 0-6 aylık dönemde anne sütü ile beslenmenin tek başına yeterli olmayacağı inancının yaygın olması, emzirme danışmanlığı konusunda yeterli kalifiye personelin olmaması, anne sütü yerine geçen formülaların agresif bir şekilde pazarlanması, çalışan annelerin iş yerine ilişkin sorunları vb. nedenlerden kaynaklandığına işaret etmektedir (2).

Anne sütünün bebeğe sağladığı yararlar sadece aktif beslenme süreci ile sınırlı değildir. Anne sütü ile beslenme, bebeğin büyümesi ve gelişmesinde önemli bir yapı taşıdır. Bebeği, solunum yolu enfeksiyonlar, diyare ve hayatı tehdit eden diğer potansiyel hastalıklara karşı koruyan ilk aşılama olarak hizmet etmektedir. Ayrıca obezite ve bazı bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı da koruyucu bir etkiye sahiptir. Özellikle ilk 6 ayda, anne sütü ile beslenen bebeklerin standartlara uygun büyüyüp geliştikleri, uzun dönem ileri yaş sağlığında koruyucu olduğu bilinmektedir (2,6,7). Bu bağlamda; ulusal ve uluslararası düzeyde oluşturulan emzirme politikalarına uyumun sağlanabilmesi, yerel düzeyde bebeklerin emzirilme durumlarının takip edilmesi, annelerin bu konuda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi ile mümkün olacaktır. Bu çalışma 0-6 ay bebeklerin büyüme gelişme ve beslenme özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır ve yürütülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Çalışma, Temmuz-Eylül 2014 tarihleri arasında, İstanbul ili, Çekmeköy ilçesi’ndeki Aile Sağlık Merkezlerine (ASM) gönüllü başvuran, 0-6 yaş arası 254 anne-bebek çifti ile gerçekleştirilmiştir. Kesitsel tanımlayıcı ve tanımlayıcı tipte olan çalışma için Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 63 karar numara ve 18/04/2014 tarih ile Etik Kurul Onayı, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır. Prematüre, düşük doğum ağırlıklı, kronik veya verilerin toplandığı dönemde akut hastalıklı ve ikiz bebekler araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler sözlü olarak bilgilendirilmiş ve gönüllü onam formları alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Demografik veriler bir anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilmiştir. Anket formunda; annelerin doğum tarihi, eğitim durumu, ailenin gelir durumuna ve ailedeki çocuk sayısına ilişkin sorular sorulmuştur. Aile Sağlık Merkezi (ASM) kayıtlarından bebeklerin doğum bilgilerine ait bilgiler (doğum şekilleri, yerleri, tarihleri, doğumdaki vücut ağırlıkları) elde edilmiştir. Bebeklerin mevcut boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları görüşmeler sırasında kaydedilmiştir. Bebeklerin vücut ağırlıkları ölçümü ASM’lerdeki hemşireler tarafından çıplak olarak dijital hassas bir terazide, boy uzunlukları infantometre ile ölçülmüştür.

Annelere, bebeklerini ilk ne zaman emzirdikleri, bebeklerine anne sütünden önce herhangi bir besin verip vermedikleri, verdilerse neden verdiklerine ilişkin sorular sorulmuştur. Bebeklerin beslenme durumlarının belirlenmesi amacıyla, annelerle yüz yüze görüşme tekniği ile bebeklerin 24 saatlik besin tüketimleri alınmıştır. Tamamlayıcı beslenmeye başlayan annelere tüketilen besinlerin çeşit ve miktarlarının doğru kaydedilebilmesi için porsiyon ölçüleri (çay bardağı, su bardağı, yemek kaşığı, tatlı kaşığı, kase, kepçe, biberon) bilgisi verilmiştir. Anne sütü volümünü belirleyebilmek için, anne sütü verilme sıklığı ve süresi (dakika) esas alınmıştır. Beslenme 10 dakika ve daha uzun ise, anne sütünün volümü 100 ml, beslenme 5 dakika ya da daha kısa ise 50 ml (10ml/dakika) olarak kabul edilmiştir. Bu yöntem ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) çalışma grubu tarafından kullanılmıştır (8-10).

Verilerin Değerlendirilmesi

Bebeklerin büyüme-gelişmeleri, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri ile değerlendirilmiştir. Boya uyan vücut ağırlığı, Beden Kütle İndeksi (BKI) ile belirlenmiştir. Bunun için BKİ: Ağırlık (kg)/boy uzunluğu (m²) formülü kullanılmıştır. Bebeklerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ’nin değerlendirilmesinde Z-Skor değerleri hesaplanmıştır. Bunun için, DSÖ’nün 5 yaşın altındaki çocuklarda antropometrik göstergeler hakkında veri toplama, analiz ve raporlama önerisi olan WHO Anthro programı kullanılmıştır (11). Antropometrik ölçümlerin, Z-Skor olarak belirlenmesi

büyümenin yaş ve cinsten bağımsız ifade edilebilmesi açısından önemlidir (12). Dünya Sağlık Örgütü beş yaş altı çocuklar için büyüme ve gelişmenin takibinde yaşa göre boy, boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlık göstergelerinin kullanılmasını önermektedir. Bu üç belirteç için malnütrisyon durumlarının saptanmasında kullanılan kesim noktası, -2 standart sapma (SD) noktasıdır. Yaşa göre boyun -2 standart sapma altında olması bodurluk, boya göre ağırlığın -2 standart sapma altında olması zayıflık-kavruklu, yaşa göre ağırlığın -2 standart sapma altında olması da düşük kiloluluk olarak tanımlanmaktadır (13). Z-Skor değerleri için -2 SD ve +2 SD arası değerler normal olarak kabul edilmiştir (13, 14).

Bebeklerin beslenme durumlarının değerlendirilmesinde 24 saatlik besin tüketim kayıtları esas alınmıştır. Günlük enerji ve besin öğeleri tüketimleri, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BeBiS) 7.2 versiyonu kullanılarak belirlenmiştir (15). Elde edilen değerler, Türkiye Beslenme Rehberi'nde 0-6 ay dönem için öneri olmadığından, Amerikan Besin Öneri Komitesi'nin Diyet Referans Alım Miktarları ile karşılaştırılmıştır (16). Enerji ve besin öğelerinin değerlendirilmesinde %66'nın altı yetersiz, %66-133 yeterli, %133'ün üzeri fazla alım olarak kabul edilmiştir (17). Bebeklere verilen ek vitamin mineral vb. destekler günlük enerji ve besin ögesi hesaplamasına dahil edilmemiştir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı değerler ortalama (Ort), standart sapma (SS) olarak verilmiştir. Niteliksel veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Değişkenlerin dağılımının normale uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. İki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. $p < 0,05$ değeri, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan bebekler ve annelere ilişkin demografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Yaşları $3,2 \pm 1,8$ ay olan bebeklerin mevcut vücut ağırlıkları $6,33 \pm 1,94$ kg, boy uzunlukları ise $60,93 \pm 6,57$ cm bulunmuştur. Annelerin %35,1'nin ilköğretim, yaklaşık yarısının (%44,5) ortaokul/lise mezunu olduğu saptanmıştır. Ailelerin %80,7'sinin 2 ve daha az çocuğa sahip olduğu görülmüştür. Doğumların %60,2'sinin özel hastanede, %57,5'inin sezaryen olarak gerçekleştiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Bebekler ve annelere ilişkin demografik özellikler

Özellikler	(Ort±SS)	
Bebek		
Gestasyon yaş (hafta)	38,6±1,6	
Yaş (ay)	3,2±1,8	
Vücut ağırlığı (kg)	6,33±1,94	
Boy uzunluğu (cm)	60,93±6,57	
BKİ (kg/m ²)	16,34±4,36	
Anne-Aile		
Anne yaş (yıl)	29,2±5,2	
Eğitim	n	%
İlkokul	89	35,1
Ortaokul/Lise	113	44,5
Lisans ve üstü	52	20,4
Toplam	254	100
Toplam çocuk sayısı		
≤2	205	80,7
≥3	49	19,3
Toplam	254	100
Aylık geliri		
≤2000 TL	176	69,3
>2000 TL	78	30,7
Toplam	254	100
Doğum yeri		
Özel Hastane	153	60,2
Devlet Hastanesi	101	39,8
Toplam	254	100
Doğum şekli		
Normal	108	42,5
Sezaryen	146	57,5
Toplam	254	100

Tablo 2'de bebeklerin vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ve BKİ Z-Skor değerleri verilmiştir. Vücut ağırlığı ve BKİ Z-Skor değerleri -2SD ile +2SD arasında olan bebeklerin doğum ve mevcut durumdaki oranları sırasıyla %94,5-%93,7 ve %98-%99,6 olarak belirlenmiştir. Bebeklerin neredeyse tamamının antropometrik ölçüm Z-Skor değerleri -2 SD ile +2 SD aralığında (normal) olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin %70,1'inin anne sütüne ilk 1 saat içinde başladığı, başlama saatinin $1,96 \pm 0,17$ saat olduğu bulunmuştur. Doğum yapılan hastane çeşidi ve doğum şekli ile emzirme saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,411$ ve $p=0,147$). Annelerin yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ünün (%25,2) bebeklerine anne sütünden önce besin verdiği, verilen besin çeşidinin %87,5 oranında formüla olduğu belirlenmiştir. (Tablo 3).

Tablo 4'te bebeklere ilişkin beslenme özellikleri görülmektedir. Bebeklerin yalnızca %9,8'i tek başına anne sütü alırken, anne sütü+su alanlar %65 olarak belirlenmiştir. Tamamlayıcı beslenmeye başlayan bebeklerin oranı %9,1 bulunmuştur. Annelerin

bebeklerini günde yaklaşık 8 kere (7,76±0,79) emzirdikleri ve 791,1±157,8 ml süt ürettikleri belirlenmiştir.

Tablo 2. Bebeklerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ Z-Skor dağılımları

Antropometrik Ölçümler	Doğum			Mevcut	
	Z-Skor (SD)	n	%	n	%
Vücut Ağırlığı (kg)					
	<-2	9	3,5	1	0,4
	2 ve +2	240	94,5	249	98
	>+2	5	2	4	1,6
Boy Uzunluğu (cm)					
	<-2	3	1,2	5	2
	2 ve +2	251	98,8	244	96,1
	>+2	0	0	5	2
BKİ (kg/m2)					
	<-2	8	3,1	0	0
	2 ve +2	238	93,7	253	99,6
	>+2	8	3,1	1	0,4

Tablo 3. Bebeklerin anne sütü ile beslenmeye ilişkin özellikleri

Anne Sütü Başlama Saati (Ort±SS)	1,96±0,17	
Özel Hastane (Ort±SS)	1,93±0,15	p=0,411
Devlet hastanesi (Ort±SS)	2,00±0,19	
Normal doğum (Ort±SS)	1,76±0,16	p=0,147
Sezaryen doğum (Ort±SS)	2,11±0,16	
	n	%
İlk emzirme zamanı (saat)		
İlk 1	178	70,1
2-24	46	17,8
>24	30	12,1
Toplam	254	100
Anne sütünden önce besin verme		
Evet	64	25,2
Hayır	190	74,8
Toplam	254	100
Besin çeşidi		
Formüla	56	87,5
Diğer (şekerli su, hurma, zembem vb.)	8	12,5
Toplam	64	100
Besin verme nedeni		
Sütüm gelmedi	21	32,8
Sebebi yok	35	54,7
Diğer (din, geleneksel uygulamalar vb.)	8	12,5
Toplam	64	100

Tablo 4. Bebeklerin mevcut beslenme özellikleri

Beslenme özellikleri	n	%
İlk 6 ay sadece anne sütü	25	9,8
Anne sütü+su	165	65,0
Anne sütü+tamamlayıcı besin	41	16,1
Tamamlayıcı besin	23	9,1
Toplam	254	100
Anne sütü volümü (mL)/gün (Ort±SS)	791,1±157,8	
Emzirme sıklığı (Ort±SS)	7,76±0,79	

Bebekler arasında günlük enerji alımlarının 632,07±87,41 kkal olduğu, enerjinin %42,9'unun karbonhidratlardan, %6,1'inin proteinlerden ve %50,7'sinin yağlardan geldiği bulunmuştur. Öneriler ile kıyaslandığında bebeklerin enerji ve tüm besin öğelerini yeterli aldıkları belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Bebeklerin günlük beslenmeleri ile aldıkları enerji ve besin öğeleri değerleri ve önerileri karşılama durumları

Enerji ve besin öğeleri	Alınan (Ort±SS)	Önerilen	Karşılama Durumu (%)
Enerji (kkal)	632,07±87,41	555	113,87
Karbonhidrat (g)	70,3±17,5	60	117,05
Karbonhidrat (%)	42,9±4,2	44	97,5
Protein (g)	10,5±6,3	9,1	115,3
Protein (%)	6,1±2,4	6	101,6
Yağ (g)	36,85±5,13	31	118,87
Yağ (%)	50,7±4,7	50	101,4
A vitamini (mcg)	563,87±62,12	400	140,75
E vitamini (mg)	0,7±2,0	4	93,75
C vitamini (mg)	41,1±17,1	40	102,35
B ₁ vitamini (mg)	0,2±0,1	0,2	100
B ₂ vitamini (mg)	0,39±0,15	0,3	130
Folik asit (mcg)	7,9±21,5	65	81,05
Kalsiyum (mg)	274,9±80,60	210	130,47
Demir (mg)	0,35±0,07	0,27	129,62
Çinko (mg)	1,51±0,89	2	75,5
Magnezyum (mg)	36,3±22,3	30	120,5
Fosfor (mg)	131,26±13,76	100	131,26

TARTIŞMA VE SONUÇ

Her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 2018 verilerine göre, doğumların %59'u kamu hastaneleri, %40'ı ise özel hastaneler olmak üzere toplamda %99'unun bir sağlık kuruluşunda gerçekleştiği, eğitilmiş annelerin doğum için daha yüksek

oranda (%63) özel sektörü tercih ettiği belirlenmiştir. Son 20 yılda ülkemizde sezaryen doğumlarda bir artış olduğu bilinmektedir. Doğum şeklinin sorgulandığı bazı çalışmalarda normal doğum şeklinin öne çıkmasına karşın (18-21), TNSA 2018 sonuçları ile sezaryen doğum oranının (%52) normal doğumdan (%48) yüksek olduğunu ortaya konmuştur (7). Çalışmamızda annelerin yarısından fazlasının (%64,9) ortaokul ve üzeri eğitilmiş olduğu, TNSA 2018 çalışmasındaki eğitim düzeyi yüksek annelerin verileri ile uyumlu olarak doğumlarının %60,2 oranında özel hastanede ve %57,5 oranında da sezaryen ile gerçekleştiği saptanmıştır.

Vücut ölçümlerinin Z-Skor olarak belirlenmesi, büyümenin yaş ve cinsten bağımsız ifade edilebilmesi açısından önemlidir (12). Dünya Sağlık Örgütü, 5 yaş altı çocuklar için büyüme ve gelişmenin takibinde yaşa göre boy, boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlık göstergelerinin kullanılmasını önermektedir. Bu üç belirteç için malnütrisyon durumlarının saptanmasında kullanılan kesim noktası, -2 SD noktasıdır. Yaşa göre boyun -2 SD altında olması bodurluk, boya göre ağırlığın -2 SD altında olması zayıflık-kavruklu, yaşa göre ağırlığın -2 SD altında olması da düşük kiloluluk olarak tanımlanmaktadır (13). Toplum ortalamasına tam olarak uyan Z-Skor (SD) değeri "0"dir. Hesaplanan Z-Skor değeri, 0'dan uzaklaştıkça, malnütrisyon ya da obezite prevalansı artmaktadır. Çalışmamızdaki bebeklerin neredeyse tamamının vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ Z-Skor dağılımlarının -2 SD ile +2 SD arasında "normal" sınırlar içerisinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda doğum BKİ değeri +2 SD üzerinde olan bebeklerin hemen hepsinin 6ncı ayda -2 SD ile +2 SD aralığında oldukları görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her bebeğin doğumdan itibaren ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenmesini, 6. aydan sonra tamamlayıcı besinler ile birlikte 2 yaş ve sonrasına kadar anne sütü ile beslenmeye devam edilmesini önermektedir (2). Son TNSA çalışmasında, doğumdan sonra ilk 1 saatteki emzirme oranı %71, ilk gün içerisinde emzirme oranı ise %86 olarak belirtilmiştir (7). Türkiye'de Bebek Dostu Hastane sertifikası olan bir hastanede yapılan çalışmada; annelerin tümünün 24 saat içinde, %35,2'sinin ilk bir saat, %72,8'inin iki saat içinde emzirmeye başladığı saptanmıştır (22). Ülkemizin çeşitli bölgelerinde doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı konusunda yapılan çalışmalarda: Kapadokya'da (23) ilk bir saat içinde emzirme oranının sırasıyla %69,9, %89,2, Karaman'da (24) ilk yarım saatte emzirme oranının %65,2 olduğu, Şenses ve arkadaşları (25) tarafından 8 ayrı ilde yapılan bir başka çalışmada ise annelerin %58,5'i nin 3 ezan bekledikten sonra bebeklerini emzirdikleri, benzer şekilde Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada annelerin %69'unun en yakın ezanı

bekledikten sonra bebeklerini emzirdikleri görülmüştür (26). Çalışma grubumuzdaki bebeklerin doğumdan sonraki ilk 1 saat (%70,1) ve ilk gün içerisinde (%87,9) emzirme oranları, TNSA 2018 oranlarına benzerlik göstermiştir.

Sezaryen doğumun, bebeklerin anne sütüne başlama açısından risk oluşturduğu ileri sürülmektedir (27, 28). Çalışmamızda sezaryen ve normal doğum şekli ile emzirme ilk başlama zamanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Doğum şekilleri arasında emzirmeye başlama zamanı açısından önemli bir farkın olmayışı, sezaryen doğumun emzirmeyi beklediği kadar olumsuz etkilemediğini işaret etmektedir. Emzirmeye başlama konusunda elde edilen bu yüksek oranlar, ülkemizde Sağlık Bakanlığının 1991 yılından bu yana temel amacı emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi olan "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı"nın başarı ile yürütüldüğünü göstermektedir. Bu olumlu sonuçta ayrıca, annelerimizin %65'inin ortaokul ve üzerinde eğitilmiş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Profesyoneller tarafından önerilmemesine karşın, hemen hemen tüm dünyada farklı nedenlerle anne sütünden önce herhangi bir besin verilebilmektedir. Pakistan'da bu konuda yapılan bir çalışmada; bebeklere anne sütünden önce tuzlu su, inek sütü ve zemzem suyu vermek oranları sırasıyla %44, %26,0, %14,0 olarak bildirilmiştir (29). Çalışmamızda, anne sütünden önce besin verme oranı %25,2'dir. En çok verilen besin çeşidinin formüla (%87,5), besin verilme nedeninin ise sütün gelmemesi (%32,8) olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, emzirmenin başlanıp başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için annelerin daha fazla bilinçlendirilmeleri ve motive edilmeleri gerektiğini göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2025 yılı Küresel Beslenme Hedefleri'nden biri olan anne sütü politikası ilişkin kısa bildirgesinde, ilk 6 ayda tek başına anne sütü ile beslenme oranı %38 olarak belirtilmiştir (2). Anne sütüyle beslenme konusunda farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenme oranı Norveç'te %7, Amerika Birleşik Devletleri'nde %25,6, İtalya'da %42,7 olarak bulunmuştur (30-32). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre ilk 6 ay sadece anne sütü alan bebeklerin oranı %41'dir (7). Çalışmamızda ilk 6 ay sadece anne sütü alan bebeklerin oranı (%9,8) Norveç çalışmasına benzerlik göstermiştir. Yoldaş ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada ilk 6 ay sadece anne sütü ile anne sütü+su alan bebeklerin oranı %58, Çatak ve arkadaşlarının çalışmasına ise %60,7 olarak belirlenmiştir (33, 34). Çalışmamızda ilk 6 ay sadece anne sütü ile anne sütü+su (%65) alan bebeklerin toplam oranı %74,8 olarak bulunmuştur.

Bu sonuç, annelerin bebeklerinin sadece anne sütü ile su gereksinimlerinin karşılanamayacağı düşündükleri olasılığını düşündürmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ilk altı ay sadece anne sütü, altıncı aydan sonra tamamlayıcı beslenmeye geçilmesini önermektedir. Ülkemiz dahil birçok ülkede DSÖ'nün bu önerisi kabul görmektedir. Diğer yandan İsveç, Hollanda gibi bazı ülkelerde ise 4-6 aylar arasında öğün kabul edilmemek kaydıyla tadımlık olarak tamamlayıcı beslenmeyi desteklemektedir (35). Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) ise tamamlayıcı beslenmeye 17. haftadan önce başlanmaması gerektiğini belirtmektedir (36). Yapılan çalışmalarda İtalyadaki annelerin %34'ünün dördüncü aydan önce, Almanya'da %16'sının üçüncü ayda, İngiltere'de ise %51 oranında dördüncü aydan önce tamamlayıcı beslenmeye başladığı bildirilmektedir (37). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise bebeklerin Erdöl ve ark.'nın (38) Trabzon'da yaptıkları çalışmada dört aydan önce, Kayseri'de %80,3'ünde altı aydan önce tamamlayıcı beslenmeye başladıkları bildirilmiştir (39). Ülkemizde emziren çocuklar arasında, sayıları çok az olmakla birlikte daha ilk aydan tamamlayıcı beslenmeye başlanıldığı, 4-5 ayda herhangi bir yarı katı veya katı besinlere başlama oranı %40,5 olarak belirlenmiştir (2). Çalışmamızda bebeklerin ¼'inin (%25) 6 aydan önce tamamlayıcı beslenmeye başladığı belirlenmiştir.

Yaşamın ilk 0-6 ayındaki beslenme bebeğin büyüme-gelişmesi, mevcut ve gelecekteki sağlığı açısından vazgeçilmezdir önemlidir. Bu dönemdeki beslenme eksikliklerinin yerine konulması mümkün değildir. Anne sütü 0-6 ay dönemi beslenmesinde ideal besindir. Amerikan Besin Öneri Komitesi'nin beslenmeye ilişkin günlük alım önerilerine (Dietary reference intake-DRI) göre, 0-6 ay arası bebeklerin günlük enerji ve besin ögesi gereksinimlerinde 800 ml anne sütünün içeriği esas alınmıştır. Buna göre günlük önerilen enerji yaklaşık 555 kkal'dir (16). Yapılan çeşitli çalışmalarda 0-6 ay bebeklerin günlük enerji alımları sırasıyla 611,0±6,9 ve 663± 7,1 kkal'dir (40, 41). Çalışmamızda, annelerin günlük 791,1±157,8 ml süt ürettikleri, aldıkları günlük enerji miktarının çoğunluğunun anne sütünden geldiği ve 632,07±87,41 kkal olduğu saptanmıştır. Bu enerji alımının önerileri %113 oranında karşıladığı bulunmuştur. Enerjinin karbonhidrat ve proteinden gelen oranlarının da yapılan çalışmalara benzer ve önerilerle uyumlu olduğu belirlenmiştir (16, 40, 41). Bebeklik döneminde yağ, sadece besinlerin lezzetini ve enerjisini artırmak için olmamakla birlikte, beyin ve sinir sisteminin gelişimi için elzemdir (42). Büyümenin hızlı olduğu ilk 6 ay içinde bebeklerin vücudunda ortalama 1,5 kg yağ depolanmaktadır. Bu depolanmanın amacı ısı kontrolü ve enerji biriktirme ile sınırlı olmayıp, bu dönemdeki bebeğin tüm doku ve organlarında oluşan büyüme ve gelişme ihtiyacının da karşılanmasıdır. Bu

nedenle yaşamın ilk yılında yaklaşık %40-50 arasında olan yağdan gelen enerji oranının, büyümenin devam ettiği yıllarda kademeli olarak azaltılması önerilmektedir (16, 43). Çalışmamızda yağdan gelen enerjinin toplam enerjinin %50,7'sini oluşturduğu ve önerilere uygun olduğu belirlenmiştir. Anne sütü, makrobesin öğelerinde olduğu gibi, bebeğin D vitamini hariç tüm besin öğelerini karşılamaktadır. Bu nedenle bebeklere doğar doğmaz D vitamini takviyesi verilmektedir. Zamanında doğan ve sonrasında anne sütüyle beslenen bebeklerde demir eksikliği ve buna bağlı anemi gelişmemektedir. Çünkü, anne sütü demir açısından fakir olmasına rağmen, anne sütündeki demirin emilimi yüksektir. Dünyada önlenebilir beslenme sorunlarının başında gelen demir eksikliği anemisi, gelişmiş ülkelerde 4 yaş altı çocukların %12'sini, gelişmekte olan ülkelere ise %51'ini etkilemektedir. Demir eksikliği anemisinin, çocuklarda bilişsel gelişim geriliğine neden olabileceği bildirilmektedir. Ülkemizde, "Demir gibi Türkiye" projesi ile 4. aydan itibaren zamanında doğmuş bebeklere 1mg/kg/gün (5mg/gün max) demir verilmesi önerilmektedir (44, 45). Butte ve arkadaşlarının çalışmasında 0-6 ay bebeklerin günlük A vitamini alımları 582,0±18,2 mcg, Bailey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 604,0±7,4 mcg olarak saptanmıştır (40, 41). Çalışmamızda %20'si tamamlayıcı beslenmeye geçen bebeklerin günlük A vitamini alımları Butte ve arkadaşlarının çalışmasına benzer (563,87±62,12 mcg), önerilere uygun olduğu belirlenmiştir. Bebeklerin tüm makro ve mikrobesin öğeleri alımları incelendiğinde tüm önerileri optimal düzeyde karşıladıkları belirlenmiştir.

SONUÇ

Doğumdan sonraki ilk 1 saatteki emzirme oranının yüksek, ilk 6 ay tek başına anne sütü alımının düşük, büyüme-gelişmenin standartlara uygun olduğu görülmüştür. Bebek beslenmesini iyileştirebilmek için annelerin, gebelik öncesinden başlayarak ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenmenin önemi konusunda, yetişmiş sağlık profesyonelleri tarafından bilinçlendirilmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca ulusal politikalar ile ilk 6 ay tek başına anne sütü ile emzirmenin desteklenmesi amacıyla toplumsal iletişim kampanyalarının, çalışan kadınların iş yeri politikalarının iyileştirilmesinin önemli olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding, Birth, 29; 124-31.
2. World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund (WHO/UNICEF) (2014). Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief, Geneva.
3. Kavuncuoğlu S, Akın MA, Aldemir H, Kiyak A, Karabayır N, Zengin G. (2005). Bebek dostu hastanede emzirme eğitimi ve anne sütü ile beslenmeye etkisi, Ege Pediatri Bülteni, 12(3); 141-6.

4. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S. (2010). İlk Altı Ayda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler, Çocuk Dergisi, 11(1); 5-13.
5. Ratnayake HE, Rowel D. (2018). Prevalence of exclusive breastfeeding and barriers for its continuation up to six months in Kandy district, Sri Lanka, Int Breastfeed J, 13; 36.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Ankara.
7. Noble S, Emmett P, and The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) Study Team. (2001). Food and Nutrient Intake in a Cohort of 8 Month Old Infants in the South West of England in 1993, Eur J Clin Nutr, 55; 698-707.
8. Golding J, Pembrey M, Jones R, The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) Study Team. (2011). ALSPAC Study methodology, Paediatr Perinat Epidemiol, 15; 74-87.
9. Emmett PM, Jones LR, Northstone K. (2015). Dietary patterns in the avon Longitudinal Study of parents and Children, Nutr Rev, 73; 7-203.
10. World Health Organization. <https://whonutrition.shinyapps.io/anthro/>. Erişim Tarihi: 03.08.2020.
11. Neyzi O, Ertuğrul T. (2010). Pediatri 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
12. Neyzi O, Günozü H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeiler F. (2008). Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51; 1-14.
13. İnce Tolga O, Kondolot M, Yalçın S. (2011). Büyümenin İzlenmesi ve Büyüme Duraklaması, Türkiye Çocuk Hast Derg, 5(3); 181-192.
14. Bebispro for Windows, Stuttgart, Germany; Turkish Version (Bebis 4). (2004). Program Uses Data From Bundeslebensmittelschlüssel (BLS) 11.3 and USDA 15, İstanbul.
15. Otten JJ, Helwig JP, Meyers LD. (2006). Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements, Washington DC, The National Academi Press.
16. Anderson JJB. (2004). Minerals. Mahan LK, Escott-Stump S (Eds), Krause's Food Nutrition, and Diet Therapy; 120-164, Philadelphia, Saunders.
17. Gümüştakım RŞ, Aksoy DH, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. (2017). 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma, Fam Pract Palliat Care, 2(1); 1-8.
18. Bülbül S, Kılınçkaya MF. (2013). 0-2 Yaş Grubu Bebeklerin Anne Sütü ile Beslenme Durumları ve Etkileyen Faktörler, KÜ Tıp Fak Derg, 15(1); 15-20.
19. Sivri BB. (2014). 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Katı Gıdaya Geçiş Süreci ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları, ACU Sağlık Bil Derg, 5(1); 59-65.
20. Karadağ M, Aydın S, Yılmaz Y, Elmas Ş. (2016). Altı Aydan Küçük Bebeklerin Emzirme Özellikleri, STED, 25(1); 22-27.
21. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O, Tuna, Ş. (2009). Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda an sütü alma durumu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 52; 176-182.
22. Özer A, Taş F, Ekerbiçer HÇ. (2010). 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Davranışları, TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(4); 315-320.
23. Çalışkan Z, Bayat M. (2011). Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14; 23-30.
24. Arısoy A, Canbulat N, Ayhan F (2014). Karaman ilindeki annelerin bebeklerinin bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17; 1-23.
25. Şenses M, Yıldızoğlu İ. (2002). Sekiz ayrı ildeki kaynana ve gelinlerin lohusalık ve çocuk bakımında geleneksel uygulamaları, Çocuk Forumu, 5; 44-8.
26. Biltekin Ö, Boran ÖD, Denkli MD, Yalçınkaya S. (2004). Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları, STED, 13; 166-7.
27. Canbay Cital F. (2018). Sezaryen ile Doğan Bebeklerin İlk Altı Ay Beslenme Şekillerinin İncelenmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1); 1-6.
28. Beake S, Bick D, Narracott C, Chang YS. (2016). Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: a systematic review. Maternal and Child Nutrition, 13(4); 1-13.
29. Khan GN, Memon ZA, Bhutta ZA. (2013). A cross sectional study of newborn care practices in Gilgit, Pakistan, J Neonatal Perinatal Med, 6; 69-6.
30. Helle C, Hillesund ER, Øverby NC. (2018). Timing of complementary feeding and associations with maternal and infant characteristics: A Norwegian cross-sectional study, PLoS ONE, 13(6); 1-20.
31. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Breastfeeding Report Card United States, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, United States.
32. Milinco M, Cattaneo A, Macaluso A, Materassi P, Toro DN, Ronfani L. (2019). Int Breastfeed J, 14; 44.
33. Yoldaş İlkaç H, Özden TA, Çağatay P, Gökçay G, Garipağaoğlu M. (2016). 9-12 Aylık Bebeklerde Demir, Çinko ve Kalsiyum Tüketimi, Türkiye Klinikleri J Health Sci, 1(1); 8-15.
34. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Bağ D. (2012). Burdur ilinde bebeklerin emzirme durumu ve beslenme örüntüsü, Pamukkale Tıp Dergisi, 5(3); 115-122.
35. Beşer ÖF, Çokuğraş F. (2018). Zamanında Doğmuş Sağlıklı Çocuklarda Tamamlayıcı Beslenme, Klinik Tıp Pediatri Dergisi, 10(6); 6-12.
36. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition, J Pediatr Gastroenterol Nutr, 64(1); 119-32.
37. Kaya Z, Yiğit Ö, Erol M, Bostan Gayret Ö. (2016). Altı-Yirmi Dört Ay Arası Yaş Grubunda Beslenmeyle İlgili Anne ve Babaların Bilgi ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Med Bull Haseki, 54; 70-5.
38. Erdöl H, Karagüzel G, Demirbağ C, Mocan H. (1996). Trabzon yöresinde anne sütü verme alışkanlığının eğitim durumu ile ilişkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 13; 13-8.
39. Tuna R. (2015). Bebeklerde ishal morbiditesi ile beslenme ve büyüme etkileşimleri, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
40. Butte NF, Fox MK, Briefel RR, Siega-Riz AM, Dwyer JT, Deming DM, Reidy KC. (2010). Journal of the American Dietetic Association, 110(12); 27-37.
41. Bailey RL, Catellier DJ, Sun J, Dwyer JT, Jacquier EF, Anater AS, Eldridge AL. (2016). Total Usual Nutrient Intakes of US Children (Under 48 Months): Findings from the Feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2016, The Journal of Nutrition, 148(3); 1557-1566.
42. Heird WC, Lapillonne A. (2005). The Role of Essential Fatty Acids in Development. Ann Rev Nutr, 25; 549-71.
43. Innis SM. (2007). Dietary (n-3) Fatty Acids and Brain Development, J Nutr, 137; 855-59.
44. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH, Rattay KT, Steinberger J, Stettler N, Van Horn L. (2006). Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners, Pediatrics, 117; 544-59.
45. World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund (WHO/UNICEF) (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, Geneva.

Hastanelerde atık yönetimi problemlerini analitik hiyerarşi prosesi yöntemiyle tespit etmeye yönelik bir araştırma

A research to determine waste management problems in hospital using analytical process method

Hatice Esen¹, Vahit Yiğit²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, hatice.esen@gmail.com, 0000-0003-1164-9086

²Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yigitv@hotmail.com, 0000-0002-9805-8504

ÖZ

Giriş ve Amaç: Günümüzde hastanelerde tek kullanımlık tıbbi malzemelerinin yaygın kullanımı sonucu tıbbi atıklar oldukça büyük bir hacme ulaşmıştır. Hastane atıkları insan sağlığı ve çevre için en tehlikeli atık kategorisi olarak kabul edilir ve bertarafı özel prosedür gerektirir. Hastanelerde etkili bir tıbbi atık yönetimi etkileyen birçok faktörler bulunmaktadır. Bu araştırmanın amacı hastanelerin etkili bir atık yönetimi yürütülmesinde ilgili problemleri tespit etmektir. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmada atık yönetimindeki problemleri tespit edilmesinde çok kriterli karar verme yöntemlerinden olan Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemi kullanılmıştır. AHP yöntemindeki problemler; alt yapı, insan ve yönetim olarak üç temel başlık altında ele alınmıştır. Bu temel başlık altında yer alan alt kriterlerin uzman görüşlerine göre ağırlık dereceleri belirlenerek sıralanmıştır. Araştırma verileri için Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan alanında uzman 10 kişi ile görülmüştür. Verilerin analizinde MS Excel yazılımından yararlanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; yapılan ikili karşılaştırmada atık yönetiminde çalışan personel yetersizliği (0,2653) en yüksek önem derecesine sahip olduğu bulunmuştur. Kişisel koruyucu ekipman eksikliği (0,0215) kriterinin en düşük öneme sahip olduğu belirlenmiştir. Üç ana kriter ele alındığında; insan faktörü (0,7288) en fazla önem derecesine sahip iken yönetim (0,0588) kriterinin ise en düşük önem derecesine sahip olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Sonuç olarak hastanelerde hasta ve toplum sağlığı ve için tıbbi atıkların etkin yönetimi zorunludur. Bu nedenle hastane yöneticileri atık yönetimi sorunları tespit ederek güvenli ve kalıcı yöntemler geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Atık Yönetimi, Tıbbi Atık, AHP.

Key Words:
Waste Management, Medical Waste, AHP.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Hatice Esen,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, hatice.esen@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
16.09.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
18.02.2021

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
01.03.2021

ABSTRACT

Objective: Today, medical waste has reached a very large volume as a result of the widespread use of disposable medical supplies in hospitals. Hospital waste is considered to be the most hazardous waste category for human health and the environment, and its disposal requires special procedures. There are many factors that affect an effective medical waste management in hospitals. The aim of this research is to identify the problems in hospitals conducting an effective waste management. **Materials and Methods:** In the study, Analytical Hierarchy Process (AHP) method, which is a multi-criteria decision making method, was used to identify problems in waste management. The problems found; infrastructure factors, human factors and administrative factors are discussed under three main headings. The sub-criteria under these main headings have been listed according to expert opinions by determining the degree of weight of the results. For the study data, 10 experts working in the Training and Research Hospital were interviewed. MS Excel software was used for data analysis. **Results:** In the paired comparison made according to the results obtained from the research; The shortage of personnel working in waste management (0.2653) was found to have the highest importance. It has been determined that the lack of personal protective equipment (0.0215) criterion has the lowest importance. When the three main criteria are evaluated together; Human factor (0.7288) has the highest importance, while management (0.0588) criterion has the lowest importance. **Conclusion:** As a result, effective medical waste management is imperative for patient and community health and in hospitals. For this reason, hospital managers are recommended to identify waste management problems and develop safe and permanent methods.

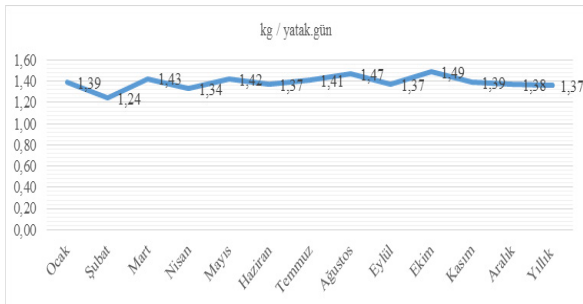
GİRİŞ

Sağlık işletmelerinde üretilen atıklar toplumda üretilen genel atığın yalnızca bir bölümünü oluşturmasına rağmen enfeksiyon, salgın hastalıklar oluşturma, biyolojik, kimyasal ve radyoaktif zehirlenmelere yol açtığı ve çevreye zarar verdiği için çok tehlikelidir. Bu nedenle atıkların kaynağında ayrıştırılması, uygun koşullarda depolanması ve imha edilmesi çok önemlidir

(1). Tıbbi atık, sağlık işletmelerinde hizmet sunumunda ortaya çıkan enfeksiyon yapıcı atıklar, patolojik atıklar ve kesici-delici atıklar olarak tanımlanmaktadır (2). Tıbbi atık yönetiminde, sağlık işletmelerinde oluşan atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar vermeden kaynağında ayrıştırılması, taşınması, geçici depolanması, tıbbi atık işleme tesisine teslim edilmesi ve bertaraf edilmesi süreçlerinin kontrol altına alınmasını amaçlanmaktadır (3).

Hastane atıkları; evsel atıklar, tıbbi atıklar, kimyasal ve radyoaktif atıklar olarak gruplandırılabilir (4). Türkiye'de 22.07.2005 tarih, 25883 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre tıbbi atık; ünitelerden kaynaklanan, yönetmelik EK-2'de C, D ve E sınıflandırması altında enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıklar olarak tanımlanmıştır (2). Hastanelerde üretilen atığın %70'ine yakını tıbbi atık olup büyük çoğunluğu da ameliyathaneden kaynaklandığı belirtilmiştir (5). Hastanelerin yatak başı üretmiş oldukları tıbbi atık miktarı yatak doluluk oranına ve yatak sayısına göre değişiklik göstermektedir. Eğitim ve Araştırma Hastanesi yatak başına ortalama 1,37 kg tıbbi atık üretmektedir (Şekil 1).

TUIK (2018) verilerine göre Türkiye'de 1.550 sağlık kuruluşundan 89.454.403 kg üretilirken Antalya



Şekil 1. Yatak Başı Üretilen Tıbbi Atık Miktarı Kg/y (Yıllık)

Kaynak: (6)* (*TSM'den alınan yatak sayısı, yatak doluluk oranı ve tıbbi atık miktarı esas alınarak hesaplanmıştır)

ilinde ise 48 sağlık kuruluşundan ise 2.819.275 kg tıbbi atık üretilmiştir (7). Tıbbi atıkların diğer atıklara oranla çok daha az olmasına rağmen çok büyük tehlike riski taşımaktadır. Sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıkların kaynağında ayrıştırılması, uygun şekilde toplanması, taşınması ve geçici olarak depolanması süreçlerinde Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında değerlendirmeler yapılmaktadır (3). Bu değerlendirmeler sonunda, atık yönetimi konusunda farkındalık oluşması, iyileştirme faaliyetlerinin yapılması ve düzenli kontrollerin sağlanarak kurum içinde tıbbi atık yönetiminin anlaşılması ve ortak dil konuşulması açısından büyük önem arz etmektedir. Literatür incelendiğinde atık yönetimi ve maliyetin azaltılması ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Brezilyada iki hastanede atık yönetiminde AHP yöntemiyle sağlık hizmeti sonucu oluşan atıkların bertaraf edilmesinde göz önünde bulundurulması gereken faktörler belirlenmiştir (8). Chauhan ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada hastanelerde atık yönetimini değerlendirme kriterleri oluşturulmuş, kriterlerin ağırlıkları AHP yöntemiyle belirlenerek TOPSIS ile alternatifleri sıralanmıştır (9). AHP yöntemiyle atık toplamadaki

ulaşım mesafesini en aza indirerek maliyeti azaltmayı amaçlayan rota planlama modeli geliştirilmiştir (10). Diğer bir çalışmada aynı yöntemle atık yönetim sistemi değerlendirilerek miktar ve maliyeti azaltmak için yalın altı sigma metodolojiyle atık yönetim süreçlerinde iyileştirme amaçlanmıştır (11).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı hastanelerin etkili bir atık yönetimi yürütülmesinde ilgili problemleri tespit etmektir. Araştırmada atık yönetiminin önündeki problemleri tespit etmek için AHP yöntemi kullanılmıştır. AHP yöntemi hakkında aşağıda kısaca bilgi verilmiştir.

Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP)

AHP, çok kriterli karar verme yöntemlerinden birisi olup kriterlerin ikili karşılaştırması yapılarak öz değerleri belirlenmektedir (12). AHP, karmaşık olan problemin basit bir hiyerarşi şeklinde yapılandırılması sonucunda(13) karar vericinin tecrübe, bilgi ve sezgisini kullanılmasına olanak sağlar (14). Böylece objektif ve subjektif kararları dâhil eden yalnızca hem nicel hem de nitel bir yöntemdir. Temel problem tanımladıktan sonra belirlenen kriterler ve alternatiflerden oluşan hiyerarşik yapı oluşturulmaktadır. Belirlenen kriterlerin önem derecesi ikili karşılaştırma ölçeğine göre belirlenmektedir (15,16).

Uzmanlardan alınan karşılaştırma kriterlerinin tutarlılık oranları değerlendirilmekte ve bu oranın %10'un altında olması gerekmektedir (15). Tutarlılık oranı hesaplamasında aşağıdaki formül kullanılmıştır (17). Rassal endeks (RI) değerleri, Saaty tarafından geliştirilen, kullanılan kriter sayısına bağlı rastgele türetilmiş ikili karşılaştırmalar matrislerinin ortalama değerleridir.

$$CI = \frac{\lambda - n}{n - 1} \quad CR = CI/RI$$

Atık yönetiminde kullanılan kriterlerin ağırlıklarının belirlenebilmesinde alanında uzman 10 kişinin görüşünden yararlanılmıştır. Bu kişiler Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, yoğun bakım hemşiresi, klinik hemşiresi, tıbbi atık ve tehlikeli atık sorumluları, birim sorumlu hekimi olarak görev yapan kişilerden oluşmaktadır. Araştırma için gerekli yazılı izin hastane başhekimliğinden alınmıştır.

Literatür incelenerek ve uzman kişilerle görüşülerek hastane atık yönetiminin önündeki problemler; altyapı, insan faktörleri ve yönetim olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 1). Atık yönetiminde kullanılan kriterler oluşturulduktan sonra ağırlıklarının belirlenebilmesi için alanında uzman olan on kişinin görüşünden yararlanılmıştır. Görüşler alındıktan sonra tutarlılık

testi yapılmış, tutarlılık testinin <math><10\%</math>dan küçük olan görüşler kabul edilmiş ve kriterlerin ağırlıkları belirlenmiştir. Araştırma retrospektif, kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı, Microsoft Excel programı ve Visio programından yararlanılmıştır.

Atık yönteminde kullanılan kriterlerin ağırlıklarının belirlenebilmesinde alanında uzman 10 kişinin görüşünden yararlanılmıştır. Bu kişiler Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, yoğun bakım hemşiresi, klinik hemşiresi, tıbbi atık ve tehlikeli atık sorumluları, birim sorumlu hekimi olarak görev yapan kişilerden oluşmaktadır. Araştırma için gerekli yazılı izin hastane başhekimliğinden alınmıştır.

Literatür incelenerek ve uzman kişilerle görüşülerek hastane atık yönetiminin önündeki problemler; altyapı, insan faktörleri ve yönetim olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 1). Atık yönteminde kullanılan kriterler oluşturulduktan sonra ağırlıklarının belirlenebilmesi için alanında uzman olan on kişinin görüşünden yararlanılmıştır. Görüşler alındıktan sonra tutarlılık

testi yapılmış, tutarlılık testinin <math><10\%</math>dan küçük olan görüşler kabul edilmiş ve kriterlerin ağırlıkları belirlenmiştir. Araştırma retrospektif, kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı, Microsoft Excel programı ve Visio programından yararlanılmıştır.

Araştırmanın modeli aşağıda belirtilen adımlardan oluşmaktadır (Şekil 2).

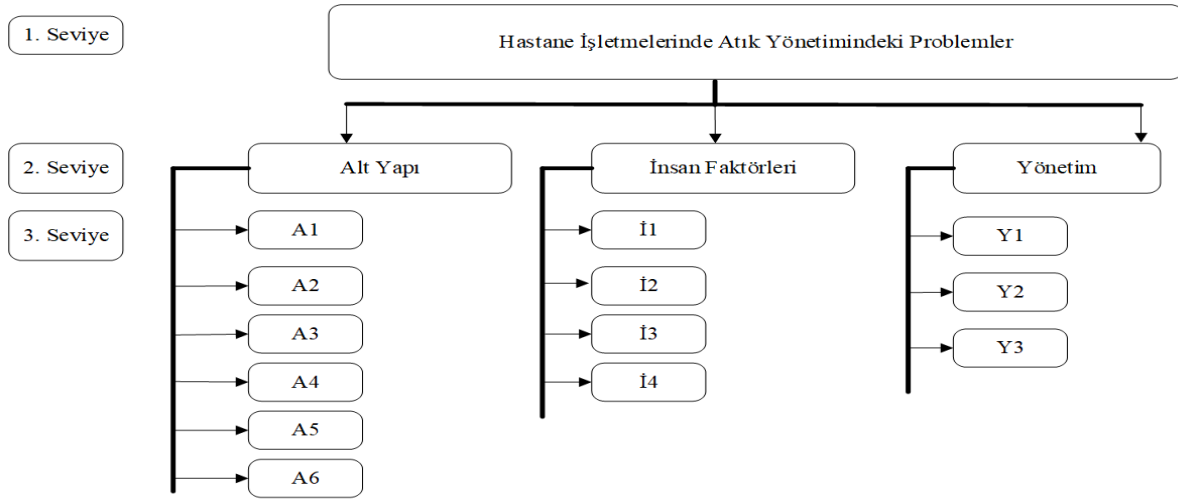
BULGULAR

Bu çalışmada hastanelerde hastanelerin etkili bir atık yönetimi yürütülmesinde ilgili problemleri tespit edilmiştir. Araştırmada belirlenen kriterlerinin ikili karşılaştırma matrisi oluşturulmuş AHP süreç adımları uygulanmıştır. Öncelikle oluşturulan, ikili karşılaştırma matrisinin normalizasyonu yapılmıştır. Daha sonra öncelik vektörleri tespit edilmiştir. Sonraki aşamada tutarlılık oranları hesaplanarak karar matrisi oluşturulmuştur. Buna göre girdi değişkeni ağırlıklarının belirlenebilmesi için on uzman ortak görüşleri dikkate alınarak kriterlerin ağırlıklarını belirlenerek ikili karşılaştırma matrisi oluşturulmuştur. Atık yönetiminin

Tablo 1. Atık Yönetimindeki Problemler

	Kriter	Açıklama
Alt Yapı	A1- Hastanede kişisel koruyucu ekipman (KKE) yetersizliği	Özellikle enfeksiyöz atıkların uygun bir şekilde taşınması için hastane tarafından KKE sağlanması gerekir.
	A2-Atık kutularının eksikliği	Hastanelerde atık kutularının eksik olması ve/veya yetersiz olması önemli bir sorundur.
	A3-Atık kutularının uygun yere konulmaması	Hastanelerde atık kutularının uygun yere yerleştirilmemesi önemli bir sorundur.
	A4-Atık kutularının işlevsel yapıda olmaması	Hastanelerde atık kutularının işlevsel yapıda olmaması (kapak, pedal kırık olması gibi) atık yönetiminde önemli bir sorundur.
	A5-Geri dönüşüm kutularının yetersizliği	Geri dönüşüm kutularının eksik olması atıkların kaynağında ayrıştırılmasında sorunlara neden olabilir.
	A6-Yetersiz depolama alanı	Hastanelerde atık depolanacağı uygun alan olmaması atıkların uygun ayrıştırılmasında sorun olabilir.
İnsan Faktörü	İ1-Atık yönetiminde çalışan personel yetersizliği	Temizlik personeli, hemşire bu alanda çalışmaya yetkili yöneticiler dâhil tüm insan kaynaklarının eksikliğini ifade eder.
	İ2-Farkındalık ve bilgi eksikliği	Atık yönetimi konusunda sağlık profesyonellerinin eğitimi çok önemlidir. Atık yönetimi konusunda bilgi eksikliği ve/veya farkındalık eksikliği atıkların kaynağında yanlış ayrıştırılmasının nedenidir.
	İ3-Yerel yönetimlerle işbirliği eksikliği	Bazı durumlarda yerel yönetimler hastanelerle işbirliği yapmazlar. Yerel yönetimlerle yapılan iş birliği atık yönetiminde iyileştirmeler ve fayda sağlayacaktır.
	İ4-Zaman yetersizliği	Bazen yoğun çalışma koşulları nedeniyle atıkların uygun bir şekilde ayrıştırılmasında sorunlar olabiliyor.
Yönetim	Y1-Atık yönetiminde kılavuzların eksikliği	Atık yönetim prosedürleri açık, net, anlaşılır ve çalışanların kolaylıkla ulaşabileceği bir ortamda olmalıdır. İyi bir atık yönetimi için süreçlerde aktif rol alan yöneticilerin olması önemlidir.
	Y2-Sağlık tarama programındaki eksiklik	Hastanelerde sağlık tarama ve aşılama programının olmaması ve/veya içerik olarak eksik olması atığın yol açtığı tehlikeler açısından çok ciddi sorun yaratabilir.
	Y3-Maliyet	Finansal kaynak yetersizliği özellikle gelişmekte olan ülkelerde atık yönetim projelerinin uygulanmasında önemli bir engeldir.

(1,18–21).



Şekil 2. Sağlık İşletmelerinde Atık Yönetimindeki Problemleri Belirlemeye Yönelik Araştırma Modeli

önündeki problemleri tespit etmek için belirlenen kriterlerin sahip olduğu ağırlık ortalamaları matrisi Tablo 2'de verilmiştir. Atık yönetimindeki problemleri tespit etmek için belirlenen kriterler tüm karar vericiler açısından değerlendirildiğinde; ağırlıklarına göre büyükten küçüğe doğru atık yönetimde çalışan personel yetersizliği 0.2653'lük ağırlık ortalaması ile ilk sırada olduğu tespit edilmiştir. Farkındalık ve bilgi eksikliği 0.2198'lik önem derecesi ile ikinci sırada, atık yönetimde kılavuzların eksikliği 0.838'lik önem derecesi ile üçüncü sırada yer alırken kişisel koruyucu ekipman eksikliği 0.0215'lik önem derecesi ile son sırada yer aldığı saptanmıştır.

Atık yönetimindeki problemler tespit etmek için belirlenen kriterler ağırlıklarına göre büyükten küçüğe

doğru sıralanmıştır. İlk sırada atık yönetimde çalışan personel yetersizliği yer almaktadır (Tablo 3).

Atık yönetiminin önündeki problemlerin alt kriterlerin ağırlık değerleri incelenmiştir. Altyapı başlığı altında altı adet alt kriter tanımlanmıştır. Altyapı temel kriterlerinde yer alan atık kutularının işlevsel yapıda olması 0,0739'luk önem değeri ile ilk sırada yer almıştır. Yine alt yapı kriteri olan hastanede kişisel koruyucu ekipman eksikliği 0,0215'lik önem değeri işle son sıradadır. İnsan faktörü temel başlığı altında dört adet alt kriter belirlenmiştir. Buna göre; atık yönetimde çalışan personel yetersizliği 0,2653'lük önem değeri ile ilk sırada iken zaman yetersizliği 0,0243'lük önem değeri ile son sırada yer almıştır. Yönetim temel kriteri altında ise üç alt kriter belirlenmiştir. Buna göre; atık yönetiminde kılavuzların

Tablo 2. Kriterlerin AHP Yöntemi İle Belirlenen Ağırlıkları (10 Uzman Ortak Görüşü)

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	İ1	İ2	İ3	İ4	Y1	Y2	Y3	W	Eİ
A1	0,0245	0,0151	0,0120	0,0117	0,0103	0,0269	0,0626	0,0180	0,0147	0,0214	0,0138	0,0165	0,0320	0,0215	14,1861
A2	0,1078	0,0662	0,0523	0,0530	0,0506	0,1443	0,0842	0,0354	0,0677	0,0471	0,0253	0,1228	0,0789	0,0720	14,3152
A3	0,0973	0,0601	0,0475	0,0187	0,0452	0,0583	0,0669	0,0186	0,0487	0,0578	0,0729	0,0605	0,0621	0,0550	14,7825
A4	0,0998	0,0596	0,1212	0,0476	0,0208	0,1347	0,0465	0,0196	0,0454	0,0567	0,1696	0,0647	0,0747	0,0739	15,7755
A5	0,0941	0,0514	0,0413	0,0899	0,0393	0,0481	0,0548	0,0171	0,0514	0,0344	0,0096	0,0806	0,1208	0,0564	14,6185
A6	0,0277	0,0140	0,0248	0,0108	0,0248	0,0304	0,0542	0,0230	0,0624	0,0445	0,0117	0,0374	0,0409	0,0313	14,1641
İ1	0,1276	0,2559	0,2309	0,3331	0,2333	0,1825	0,3254	0,6245	0,2171	0,1853	0,2941	0,2385	0,2002	0,2653	16,4731
İ2	0,1867	0,2496	0,3408	0,3248	0,3099	0,1763	0,0713	0,1368	0,2285	0,1853	0,3063	0,1785	0,1624	0,2198	16,2485
İ3	0,0537	0,0314	0,0313	0,0337	0,0246	0,0156	0,0481	0,0192	0,0321	0,0842	0,0125	0,0315	0,0118	0,0331	14,1563
İ4	0,0315	0,0385	0,0225	0,0230	0,0313	0,0187	0,0481	0,0202	0,0105	0,0274	0,0094	0,0266	0,0080	0,0243	14,6654
Y1	0,0803	0,1184	0,0295	0,0127	0,1852	0,1178	0,0501	0,0202	0,1162	0,1323	0,0453	0,1011	0,0809	0,0838	14,6654
Y2	0,0488	0,0177	0,0258	0,0242	0,0160	0,0267	0,0449	0,0252	0,0336	0,0339	0,0147	0,0329	0,1008	0,0343	14,4831
Y3	0,0202	0,0221	0,0201	0,0168	0,0086	0,0196	0,0428	0,0222	0,0718	0,0897	0,0147	0,0086	0,0263	0,0295	14,0057
Toplam	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		

Tablo 3. Kriterlerin Önem Derecesine Göre Sıralaması

Kriterler	w	Sıralama
İ1-Atık yönetimde çalışan personel yetersizliği	0,2653	1
İ2-Farkındalık ve bilgi eksikliği	0,2198	2
Y1-Atık yönetimde kılavuzların eksikliği	0,0838	3
A4-Atık kutularının işlevsel yapıda olmaması	0,0739	4
A2-Atık kutularının eksikliği	0,0720	5
A5-Geri dönüşüm kutularının yetersizliği	0,0564	6
A3-Atık kutularının uygun yere konulmaması	0,0550	7
Y2- Sağlık tarama programındaki eksiklik	0,0343	8
İ3-Yerel yönetimlerle işbirliği eksikliği	0,0331	9
A6-Yetersiz depolama alanı	0,0313	10
Y3-Maliyet	0,0295	11
İ4-Zaman yetersizliği	0,0243	12
A1-Kişisel koruyucu ekipman eksikliği	0,0215	13

(prosedür, talimat, form gibi) eksikliği 0,0838'lik önem değeri ile birinci sırada yer almıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Günümüzde sağlık işletmelerin atıkların kaynağında ayrıştırılması, taşınması, muhafazası ve imha edilmesi önemli sorundur. Bu çalışmada hastanelerde atık yönetiminin önündeki problemler ele alınmış ve bu problemin AHP yöntemiyle ağırlıkları belirlenerek önem derecesine göre sıralanmıştır. Atık yönetiminin temel amacı, insan sağlığı ve çevreye zarar vermeden, en ekonomik yolla atıkların toplanması, ayıklanması, kullanılacak şekilde dönüştürülmesi, tekrar kullanılması ve son olarak, miktar azaltılarak güvenli bir şekilde imha edilmesidir. Türkiye'de TÜİK 2018 verilerine göre toplam tıbbi atığın %25,1'i İstanbul, %7,6'sı Ankara ve %6,5'i İzmir ilindeki sağlık kuruluşlarından toplanırken %3,2 si Antalya ilindeki sağlık kuruluşlarından toplanmıştır. Tıbbi atıklar çevreye ve insan sağlığına zarar vermeden kaynağında ayrıştırılarak toplanması, sağlık kuruluşu içinde taşınması, geçici depolanması, tıbbi atık işleme tesisine taşınması ve bertaraf edilmesi

çok önemlidir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; yapılan ikili karşılaştırmada atık yönetimde çalışan personel yetersizliği (0,2653) diğer kriterlerden çok daha fazla önem derecesine sahip olduğu bulunmuştur. En düşük öneme ise kişisel koruyucu ekipman eksikliği (0,0215) kriterinin sahip olduğu belirlenmiştir. Üç ana kriter ele alındığında ise insan faktörü (0,7288) en fazla önem derecesine sahip iken yönetim (0,0588) kriterinin ise en düşük önem derecesine sahip olduğu bulunmuştur.

Delmonico ve ark. (2017) tarafından atık yönetimindeki problemin belirlemeye yönelik iki hastane temel alınarak çalışma yapılmıştır. Buna göre belirlenen kriterlerin önem derecesi bir hastanede eşit ifade edilirken diğer hastane uzmanları tarafından alt yapı ve yönetim kriterlerine göre insan faktörleri daha önemli bulunmuştur. İlk hastane uzmanları tarafından otoklav eksikliği, çalışanların atık ayrıştırma konusunda farkındalık eksikliği ve maliyet bulunurken, diğer hastane uzmanları tarafından ise kişisel koruyucu ekipman eksikliği, çalışanların atık ayrıştırma konusunda farkındalık eksikliği ve maliyet olarak gösterilmiştir. Bu çalışmada da farkındalık ve

Tablo 4. Temel ve Alt Kriterlerin Önem Derecesine Göre Sıralanması

		W	Sıralama
Alt yapı	A1- Hastanede kişisel koruyucu ekipman eksikliği	0,0215	6
	A2-Atık kutularının eksikliği	0,0720	2
	A3-Atık kutularının uygun yere konulmaması	0,0550	4
	A4-Atık kutularının işlevsel yapıda olmaması	0,0739	1
	A5-Geri dönüşüm kutularının yetersizliği	0,0564	3
	A6-Yetersiz depolama alanı	0,0313	5
İnsan faktörü	İ1-Atık yönetimde çalışan personel yetersizliği	0,2653	1
	İ2-Farkındalık ve bilgi eksikliği	0,2198	2
	İ3-Yerel yönetimlerle işbirliği eksikliği	0,0331	3
	İ4-Zaman yetersizliği	0,0243	4
Yönetim	M1-Atık yönetimde kılavuzların eksikliği	0,0838	1
	M2- Sağlık tarama programındaki eksiklik	0,0343	2
	M3-Maliyet	0,0295	3

bilgi eksikliği önem sıralamasında ilk üç sıralamada yer alarak benzerlik göstermektedir. Ancak maliyet kriteri ise önem değeri sıralamasında on birinci sırada yer almaktadır. Bu durumun araştırmaya kamu hastanelerin dâhil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Atık yönetiminde yapılan bir çalışmada tıbbi atık yönetimini sistem ve birey olarak iki boyutta değerlendirmiştir. Çalışanlara tıbbi atıkların atılması, ayrıştırılması konusunda yaşanan en önemli sorunun ne olduğu sorulmuş, yanıt olarak tıbbi atık yönetimi konusunda iş yoğunluğu, bilgi eksikliği ve servislerde genel olarak bu konunun üzerinde durulmadığını ve denetlenmediğini ifade edilmiştir (22). Bu araştırmada da uzman kişiler tarafından farkındalık ve bilgi eksikliği önemli bulunmuştur. Gaitu ve ark. (2019) tıbbi atık yönetimindeki problem olarak bilgi ve farkındalık (hasta ve refakatçi dahil) eksikliği ve eğitim programlarının yetersizliği olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada bir hastanede çalışan hemşirelerin tıbbi yönetimindeki bilgi düzeyleri ölçülmüş genel olarak tıbbi atık konusunda bilgi düzeyleri yeterli bulunurken tıbbi malzemelerin kağıt ambalajlarının mavi kutulara atılması konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı gösterilmiştir (4). Araştırma sonuçları literatür ile uyumludur.

Birpınar ve ark. (2009) yapılan çalışmada İstanbul ilindeki tıbbi atık yönetiminin durum analizi yapılmıştır. Hastanelerden tahmini yaklaşık 22 ton/gün ve 0,63kg/yatak-gün tıbbi atık üretildiği gösterilmiştir (23). Bu araştırma eğitim ve araştırma hastanesinin aylık yatak başına ortalama 1,37 kg tıbbi atık ürettiği tespit edilmiştir.

İstatistik, analiz ve raporlama daire başkanlığı tarafından yayımlanan tıbbi atık veri analizi rapor bülteninde 2013-2014 yıllarında hastanelerin yatak başına üretilen tıbbi atık miktarları 0,58 kg - 2,25 kg arasında olduğu belirtilmiştir (24). Araştırmada elde edilen yatak başı günlük üretilen tıbbi atık miktarı Sağlık Bakanlığı verileri ile uyumludur.

SONUÇ

Bu araştırma ile sağlık işletmelerinde atık yönetiminin önündeki problem belirlenerek uzun dönemde atık yönetiminin planlanmasına odaklanıldı. Atık yönetiminin uygun ve kaynağında ayrıştırılması önündeki problemlerin önem derecesi belirlenerek hastane yöneticilere yol gösterici olacaktır. Bu bağlamda Türkiye'deki tüm hastanelerde sürdürülebilir, kaynağında ayrıştırılmasındaki problemlerin tespit ederek sağlık hizmet sunucularına ve literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır. Önem derecesine göre; alt yapı, insan faktörleri ve yönetim kriterlerinden iyileştirme yapılabilecek öncelik alanları belirlenmiştir. Sonuç

olarak atık yönetimi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde büyük bir zorluktur. Hastanelerde hasta ve toplum sağlığı ve için tıbbi atıkların etkin yönetilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastane yöneticileri atık yönetimi sorunları tespit ederek güvenli ve kalıcı yöntemler geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Delmonico D.V. De G, Santos H., Pinheiro M. A.P, Castro R. D, Souza R.M. D. (2018), Waste management barriers in developing country hospitals : Case study and AHP analysis. *Waste Manag.*;36 (1):48–58.
2. Resmi Gazete. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 2005 (14/3/2005 tarihli ve 25755 sayılı).
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Sürüm 6. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1156, Ankara: Tam Pozitif Reklamcılık/Matbaa; 2020.
4. Çalıkoğlu E.O, Aras A. (2019), Research Article Nurses' Knowledge of Hospital Medical Waste Management ; Areas to Improve. *EJML*.;3(1):1–6.
5. Conrardy J, Hillanbrand M, Myers S, Nussbaum G.F (2010), Reducing Medical Waste. *AORN*.;91(6):711–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2009.12.029>.
6. SB. TSİM. <https://tsim.saglik.gov.tr/>. Erişim Tarihi:30.06.2020.
7. TUIK. (2018), TUIK-Haber Bülteni / Tıbbi Atık İstatistikleri-2018.
8. Gaitu K, Muduli K, Pumwa J, Apana H. (2019), Assessment Of Issues Affecting The Proper Practice Of Healthcare Waste Management Systems In Lae ' S Angau Memorial General Hospital : An Ahp Approach Assessment Of Issues Affecting The Proper Practice Of Healthcare Waste Management Systems In Lae ' S Ang. *ResearchGate*.;(October):0–6.
9. Chauhan A, Singh A, Jharkharia S. (2018), Healthcare Waste Management Practices ' Identification and Evaluation to Rank Hospitals. *Int J Oper Res*.;X(xxxx):1–37.
10. Alshraideh H, Abu H.Q. (2016), Stochastic modeling and optimization of medical waste collection in Northern Jordan. *J Mater Cycles Waste Manag.*;1–12.
11. Stonemetz J, Pham J.C, Necochea A.J, Mcgreedy J, Hody R.E. (2020), Reduction Regulated Medical Waste Using Lean Sigma Results in Financial Gains for Hospital.;*29(2011):145–52*.
12. Vaidya O.S, Kumar S. (2006), Analytic hierarchy process : An overview of applications. *Eur J Oper Res*.;169:1–29.
13. Badri M. A. (1999), Combining The Analytic Hierarchy Process and Goal Programming for Global Facility Location-allocation Problem. *Int J Prod Econ*.;62(3):237–48.
14. Vargas L.G. (1990), An overview of the analytical hierarchy process and its applications. *Eur J Oper Res*.;48:2–4.
15. Saaty T.L. (1990), How to make decision: The Analytical Hierarchy Process. Vol. 48, *European Journal of Operation Research*. 9–26.
16. Young, K. D., Younos, T., Dymond, R. L., Kibler, D. F., Lee D.H. (2010), Application of the Analytic Hierarchy Process for Selecting and Modeling Stormwater Best Management Practices. *J Contemp Water Res Educ*.;146(1):50–63.
17. Wu, C-R., Lin, C-T., Chen H-C. (2007), Optimal selection of location for Taiwanese nursing home to ensure a competitive advantage by using the analytic hierarchy process. *Build Environ*.;42:1431–44.
18. Marinkovic , N., Vitale, K., Holcer, N.J., Dzakula A, Pavic ´ . T. (2008), Management of hazardous medical waste in Croatia. *Waste Manag Res*.;28:1049–56.
19. Oroei, M., Momeni, M., Palenik, C.J., Danaei, M., Askarian M. (2014), A qualitative study of the causes of improper segregation of infectious waste at Nemazee Hospital , Shiraz , Iran. *J Infect Public Health*.;7(3):192–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2014.01.005>

20. Azouz, S., Boyll, P., Swanson, M., Castel, N., Maffi T, Alanna M.R. (2018), Managing Barriers to Recycling in the Operating Room. Am J Surg; <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.06.020>
21. Koçak, O., Kurtuldu, H., Akpek, A., Koçoğlu, A., Eroğul O. (2016), Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri İçin Tıbbi Atık Yönetim Modeli. In: Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi 27-29 Nisan 2016-Antalya.
22. Yazgan M, Kalaycı N, Kayhan CB, Tuna E. (2014), Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi Tıbbi Atık Yönetimi. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg.;7(1):1-20.
23. Birpınar M.E, Bilgili M.S, Erdoğan T. (2009), Medical waste management in Turkey : A case study of Istanbul. Waste Manag.;29:445-8.
24. T.C.Sağlık Bakanlığı. (2015), Rapor Bülteni, Tıbbi Atık Verilerinin Analizi, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı Sayı:9.

Beslenme ve Diyetetik bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin besin tercihlerinin karşılaştırılması

Comparison of food preferences of nutrition and dietetics 1st and 4th grade students

Elvan Yılmaz Akyüz¹, Müzeyyen Nur Konan², Reyhan Alatlı³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr, 0000-0002-1878-9412

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, mnurkonan@gmail.com, 0000-0002-5947-1670

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, ryhnalatlil@gmail.com, 0000-0001-8086-8325

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada lisans düzeyinde beslenme eğitimi almayan Beslenme ve Diyetetik Bölümü 1. sınıf öğrencileri ile beslenme eğitimi alan 4. sınıf öğrencilerinin besin tercihlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel tipteki çalışma Ekim-Aralık 2019 tarihinde bir kamu üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü 1 ve 4. Sınıfta eğitim gören çalışmaya katılmayı kabul eden 100 öğrenci ile yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilen öğrencilere kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklığının sorgulandığı anket uygulanmıştır. Veriler SPSS 25.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin en fazla ev (%74) ve okul yemekhanesinde (%70) öğünlerini tükettikleri belirlenmiştir. Birinci sınıf öğrencilerinin en fazla kahvaltı ve öğle (%42), 4. Sınıf öğrencilerinin ise sabah kahvaltısını (%36) atladığı görülmüştür. 1. sınıf öğrencilerinin %76'sının, 4. Sınıf öğrencilerinin ise %94'ünün ara öğün yaptığı saptanmıştır ve her iki sınıfta da en fazla meyve ve kuruyemiş tercih edildiği belirlenmiştir. Besin tüketim sıklıkları incelendiğinde; süt, kefir, yumurta, peynir, kırmızı et, kurubaklagiller, sebze, meyve, tam buğday ekmeği, bulgur, yulaf ezmesi ve yağlı tohumların tüketim sıklığının 4.sınıf öğrencilerinde 1.sınıfta öğrencilerine göre daha fazla olduğu görüldüğü (p<0.005), sucuk salam, beyaz ekmek, kahvaltılık gevrek, bûrek poğaçaya, pasta kurabiye, margarin, çikolata, şerbetli tatlı, hamburger, pizza gibi besinlerin ve hazır içeceklerin tüketim sıklığının ise 1.sınıf öğrencilerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.005). **Sonuç:** Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinin aldıkları eğitim ile sağlıklı besin tercihlerinin arttığı belirlenmiştir. Beslenme eğitimi, besin seçimleri ve alışkanlıkları üzerinde etkilidir. Beslenme eğitimi ile doğru besin seçimi alışkanlıkları kazanmak mümkündür.

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the food preferences of the 1st grade students of the Department of Nutrition and Dietetics who did not receive nutrition education at the undergraduate level and the 4th grade students who received nutrition education. **Materials and Methods:** The descriptive cross-sectional study was conducted in October-December 2019 with 100 students who were studying at the Department of Nutrition and Dietetics in the 1st and 4th grade of a public university, who agreed to participate in the study. A questionnaire asking personal information, eating habits and food consumption frequency was applied to the students included in the study. The data were analyzed using the SPSS 25.0 statistical program. **Results:** It was determined that students participating in the study consumed their meals mostly at home (74%) and school cafeteria (70%). It was observed that 1st grade students skipped breakfast and lunch (42%) the most, and 4th grade students (36%). It was determined that 76% of the students in the 1st grade and 94% of the students in the 4th grade had snacks and it was determined that fruits and nuts were the most preferred in both grades. When the frequency of food consumption is examined, the frequency of consumption of foods such as milk, kefir, eggs, cheese, red meat, legumes, vegetables, fruit, whole wheat bread, cracked wheat, oatmeal, oilseeds is significantly higher in 4th grade studentst han 1st grade students. while it is seen (p<0,005), sausagesalami, white bread, breakfast cereal, The frequency of consumption of foods such as pastry, pastry, pastry cookies, margarine, chocolate, sherbet, hamburger, pizza and instant drinks was found to be significantly higher in 1st grade students (p<0,005). **Conclusion:** It was determined that the education of Nutrition and Dietetics students increased their healthy food preferences. Nutritional education is effective on food preferences and habits. It is possible to gain the right food selection habits with nutrition education.

Anahtar Kelimeler:
Beslenme ve Diyetetik, Beslenme eğitimi, Besin Tercihi, Besin Seçimi, Beslenme Alışkanlıkları

Key Words:

Nutrition and Dietetics, Nutrition Education, Food Preference, Food Selection, Nutrition Habits

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Elvan Yılmaz Akyüz,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Bölümü,
elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr,

Gönderme Tarihi/Received Date:

11.10.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

18.02.2021

Yayınlanma Tarihi/Published Online:

01.03.2021

GİRİŞ

Beslenme; büyüme ve gelişim, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için bireyin ihtiyacı olan besin öğelerini yeterli miktarda almasıdır. Besin öğelerinin tüketiminde eksiklik, yetersizlik olduğu durumlarda büyüme, gelişme ve sağlık etkilenmektedir (1). Genetik özellikler, yaş,

cinsiyet, eğitim seviyesi, fiziksel aktivite düzeyi, sosyal ve çevresel koşullar, stres, çalışma koşulları gibi birçok faktör bireyin beslenme durumunu etkilemektedir.

Beslenme alışkanlıklarının aile ortamında kazanılır, daha sonra alınan eğitimler ve çevrenin etkisiyle şekillenir (2). Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılabilmesi

için kişinin yeterli düzeyde beslenme bilgisine sahip olması önemlidir. Doğru beslenme eğitimi ile beslenme bilgisine sahip olmak mümkündür (3). Beslenme eğitimindeki temel amaç kişileri bilgilendirerek doğru besin seçiminin yapılabilmesidir (4).

Üniversite dönemi bireylerin yaşamını etkileyen majör değişimlerin yaşandığı, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir (5). Bu dönemde bireysel yaşam ve davranışlarda değişimler gözlenmektedir. Bu değişimler beslenme ve sağlık alanındaki tutum ve davranışları da etkilemektedir (6). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarında yaşadıkları yer (ev, yurt, apart vb.), dış etkenlere daha açık hale gelmeleri ve ekonomik nedenlerden dolayı değişimler görülmektedir (7).

Yanlış beslenme alışkanlıklarının kazanılması ile yaşamın ileri ki dönemlerinde obezite başta olmak üzere birçok kronik hastalık oluşabilmektedir (8,9). Öğrencilerin sağlıklı besin seçimlerinin sağlanması ve uygun olmayan beslenme alışkanlıklarının yol açabileceği muhtemel bozuklukların önlenmesi beslenme eğitimi ile mümkün olmaktadır.

Pek çok bilim dalının etkileşimi sonucu ortaya çıkan beslenme ve diyetetik; farklı cinsiyet ve yaş gruplarına yönelik besin gereksinimlerinin belirlenmesini, hastalıklara özgü tıbbi beslenme tedavisinin uygulanmasını, toplumda yeterli ve dengeli beslenme bilincinin yerleştirilmesini sağlayan bireyler yetiştirmeyi amaçlayan bir bilim dalıdır (1,4). Bu sebeple bu alanda eğitim alan öğrencilerin eğitim hayatları süresince bireysel besin tercihleri ve tüketimleri önemlidir.

Bu çalışmada daha önce lisans düzeyinde beslenme eğitimi almayan bir kamu üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü 1. sınıf öğrencileri ile beslenme eğitimi alan 4. sınıf öğrencilerinin besin tercihlerinin ve beslenme eğitiminin besin tercihleri üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Örneklemi

Tanımlayıcı, kesitsel tipteki çalışmanın örneklemini 2019 yılı Ekim-Aralık aylarında bir kamu üniversitesinin Beslenme ve Diyetetik bölümündeki 1. ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Gönüllülük esasına dayalı çalışmaya her iki sınıftaki tüm öğrencilerden toplam 119 öğrenci katılmış, anketleri eksik dolduran 19 öğrenci çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce için gerekli izinler alınmış ve katılımcıların gönüllü onam formları toplanmıştır.

Verilerinin Toplanması

Veriler için yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Öğrencilerin besin tercihlerini saptamak için araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Bu anket ile öğrencilere yaş, cinsiyet, sosyodemografik özellikler ve antropometrik ölçümlerine ait tanımlayıcı bilgiler, besin tercihlerine yönelik beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklıklarının sorgulandığı sorular yöneltilmiştir. Çalışmanın hariç edilme kriterleri, daha önce lisans düzeyinde beslenme eğitimi almış ve besin tüketimini etkileyecek kronik hastalığı olmaktır.

Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 paket programına aktararak tamamlanmıştır. Veriler analiz edilirken sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Veriler kategorik olduğundan dolayı değişkenin gruplar arasındaki oranı Ki Kare ve Fisher's Analizi ile test edilmiştir. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1: Öğrencilerin Sınıflara Göre Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	1.sınıf (n=50)		4.sınıf (n=50)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	49	98,0	48	96,0
	Erkek	1	2,0	2	4,0
Sigara Kullanımı	Evet	2	4,0	1	2,0
	Hayır	48	96,0	49	98,0
İkamet durumu	Aile	20	40,0	20	40,0
	Devlet Yurt	12	24,0	6	12,0
	Özel Yurt	13	26,0	7	14,0
	Akraba	3	6,0	2	4,0
	Öğrenci Evi	2	4,0	15	30,0

Tablo 2: Öğrencilerin Sınıflara Göre Yaş ve Antropometrik Ölçümlerine Ait Bilgiler

Özellikler	1. Sınıf		4.Sınıf	
	Min-Max	Ort+SD	Min-Max	Ort+SD
Yaş	17-23	18,7±0,9	21-22	21,4±0,5
Boy(cm)	152-185	163,8±6,5	146-181	164,3±7,2
Vücut Ağırlığı(kg)	39-93	56,3±9,0	40-91	55,9±9,5
BKİ (kg/m ²)	16,3-27,1	20,9±2,5	16,5-28,4	20,7±2,5

BULGULAR

Çalışmaya 1 ve 4. sınıflardan 50'şer kişi olmak üzere toplam 100 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin cinsiyet, sigara kullanımı, ikamet durumuna ait bilgiler Tablo 1'de. yaş, boy, vücut ağırlığı ve beden kütle indeksleri (BKİ) değerlerine ait bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %97'si kız, %3'ü erkektir. Öğrencilerden 1.sınıfta okuyanların yaş ortalaması 18,7±0,9 iken 4.sınıfta okuyan öğrencilerinki 21,4±0,5'tir. Öğrencilerin %40'ının ailelerinin yanında, %20'sinin özel yurttan, %18'inin devlet yurdunda, %17'sinin öğrenci evinde, %5'inin akrabalarının yanında kaldığı tespit edilmiştir. Sigara kullanımları incelendiğinde 1. sınıf öğrencilerinin %4'ü, 4. sınıf öğrencilerinin %2'sinin sigara kullandığı saptanmıştır.

Anketin ikinci bölümünde öğrencilere yemek seçiminde dikkat ettikleri unsurlar, ana öğünlerin tüketildiği yerler, öğün atlama durumu, ara öğün yapma durumu ve ara öğünde tercih edilen besinler gibi birden çok cevabın verilebildiği sorular yöneltilmiştir. Beslenme ve Diyetetik bölümü 1.sınıf ve 4.sınıf öğrencilerinin verdiği cevaplar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Öğrencilere yemek seçiminde dikkat ettikleri unsurlar sorgulandığında; 1. sınıf öğrencileri için en fazla yemeğin fiyatı (%82) ve yemeğin doyurucu olması (%82), 4.sınıf öğrencileri için ise yemeğin temiz olması (%90) ve sağlıklı bir yiyecek olması (%86) tespit edilmiştir.

Öğrencilerin ana öğünlerini sıklıkla tükettiği yerler için; 1.sınıf öğrencilerinin en fazla ev (%54) ve yemekhaneyi (%54), 4.sınıf öğrencilerinin de ev (%74) ve yemekhaneyi (%70) tercih ettiği saptanmıştır. Sınıflar arası karşılaştırılma yapıldığında ise 1.sınıf öğrencilerinin 4.sınıf öğrencilerine göre ana öğünlerini daha fazla yurt (%67,7) ve kantinde (%70) tükettiği belirlenmiştir.

Öğün atlama durumu sorgulandığında 1.sınıf öğrencilerinin %72'si öğün atladığını belirtirken bu oranın 4.sınıf öğrencilerinde %62 olduğu görülmektedir. Sınıflar arası karşılaştırılmada ise 1.sınıf öğrencilerinin 4.sınıf öğrencilerine göre %53,7 oranında daha fazla öğün atladığı saptanmıştır.

Her iki sınıftaki öğrencilerin en az akşam öğününü atladıkları görülmüştür. Tüm öğrencilerin ara öğün yapma durumu incelendiğinde; %85'i ara öğün yaptığını

belirtirken %15'i ara öğün yapmadığını bildirmiştir. Ara öğün yapan öğrencilerin ara öğünde sırasıyla en çok tercih ettiği besinler sorgulandığında %76 oranında meyve, %68 oranında kuruyemiş, %41 oranında süt-yoğurt-ayran, %28 oranında paketli ürünler, %23 oranında simit-poğaç-açma gibi yiyecekler, %17 oranında kefir ve %16 oranında light ürünleri tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Tablo 3: Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler

ÖZELLİKLER	1.sınıf (n=50)		4.sınıf (n=50)	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Yemek-Besin Seçiminde Dikkat Edilen Unsurlar				
Yemeğin Fiyatı	41	82,0	36	72,0
Doyurucu Olması	41	82,0	36	72,0
Yemeğin Cazipliği	31	62,0	19	38,0
Kolay Pişirilmesi	10	20,0	21	42,0
Temiz Olması	39	78,0	45	90,0
Yemeğin Kalitesi	31	62,0	38	76,0
Sağlıklı Olması	31	62,0	43	86,0
Ana Öğünlerin Sıklıkla Tüketildiği Yerler				
Ev	27	54,0	37	74,0
Yurt	23	46,0	11	22,0
Okul Yemekhanesi	27	54,0	35	70,0
Kantin	7	14,0	3	6,0
Kafe	10	20,0	17	34,0
Öğün Atlama Durumu				
Evet	36	72,0	31	62,0
Hayır	14	28,0	19	38,0
Atlama Öğün				
Kahvaltı	21	42,0	18	36,0
Öğle	21	42,0	15	30,0
Akşam	1	2,0	1	2,0
Ara Öğün Yapma Durumu				
Evet	38	76,0	47	94,0
Hayır	12	24,0	3	6,0
Ara Öğünde Tercih Edilen Besinler				
Kuruyemiş	26	52,0	42	84,0
Meyve	31	62,0	45	90,0
Paketli ürünler	21	42,0	7	14,0
Light ürünler	5	10,0	11	22,0
Süt-yoğurt-ayran	12	24,0	29	58,0
Kefir	1	2,0	16	32,0
Tost-Simit-Poğaç vb.	20	40,0	3	6,0

Her iki sınıf öğrencilerinin ara öğünde tercih ettikleri besinler kıyaslandığında 4. sınıfların %61,8'i kuruyemiş

tüketirken bu oranın 1. sınıflar için %38,2 olduğu görülmüştür. Meyve tüketimi 4. sınıflar için %59,2 iken 1. Sınıflar için %40,8'dir. Paketli ürün tercihi karşılaştırıldığında 1.sınıfların (%75) daha fazla tükettiği saptanmıştır. Light ürünleri ise %68,7 oranı ile 4. sınıfların daha çok tercih ettiği belirlenmiştir. Süt, yoğurt, ayran gibi besinleri tercih edenlerin %70,7'si 4. sınıf iken %29,3'ü 1.sınıftır. Ara öğünde kefir tüketimi sorgulandığında %94,1 oranında 4. sınıflarda daha çok tercih edildiği görülmüştür.

Anketin üçüncü bölümünde 1. ve 4.sınıf öğrencilerinin besin tüketim sıklıkları sorgulanmıştır (Tablo 4).

Çalışmaya katılan 4. sınıf öğrencilerinin %64 oranında, 1. sınıf öğrencilerinin %24 oranında her gün ve anlamlı olarak daha fazla süt yoğurt tükettiği saptanmıştır (p=0,000). Kefir tüketimi incelendiğinde; hiç kefir tüketmeyen 1.sınıf öğrencilerinin oranının %74 olduğu belirlenirken 4.sınıf öğrencilerinde bu oranın %26 olduğu saptanmıştır. Sınıflar arası karşılaştırmada, 4.sınıf

öğrencilerinin 1.sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak daha fazla kefir tüketiminin olduğu tespit edilmiştir.

Beslenme ve Diyetetik 4. Sınıf öğrencilerinin yarısının hiç sucuk, salam ve sosis tüketmedikleri, 1. Sınıf öğrencilerinde ise bu oranının %12 olduğunu görülmüştür (p=0,000).

Börek, poğaç, açma, pasta ve kurabiye gibi pastane ürünlerinin tüketim sıklığının 1.sınıf öğrencilerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,000). Şerbetli tatlı tüketim sıklığının 1.sınıf öğrencilerinde anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Zeytinyağını her gün tüketen 4.sınıf öğrencilerinin 1.sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,005). Margarin tüketim sıklığına bakıldığında ise hiç tüketmeyen 1.sınıf öğrencilerinin oranı %4 iken 4.sınıf öğrencilerinde bu oran %74'tür (p=0,000).

Hamburger ve pizza gibi fastfood yiyeceklerin tüketim sıklığına bakıldığında 1.sınıf öğrencilerinin 4.sınıf

Tablo 4: Öğrencilerin Sınıflara Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Karşılaştırılması

Besinler	1.sınıf (n=50)						4.sınıf (n=50)						χ ²	P
	Her gün (%)	Haftada 3-4 (%)	Haftada 1-2 (%)	15 Günde	Ayda 1-2 (%)	Hiç (%)	Her gün (%)	Haftada 3-4 (%)	Haftada 1-2 (%)	15 Günde	Ayda 1-2 (%)	Hiç (%)		
Süt ,yoğurt	24,0	42,0	26,0	8,0	0,0	0,0	64,0	28,0	8,0	0,0	0,0	0,0	19,036	*0,000
Ayran , cacık	10,0	18,0	46,0	22,0	4,0	0,0	14,0	40,0	34,0	10,0	2,0	0,0	7,989	0,092
Kefir	4,0	2,0	0,0	6,0	14,0	74,0	0,0	12,0	26,0	22,0	14,0	26,0	36,363	*0,000
Yumurta	18,0	38,0	22,0	14,0	0,0	8,0	34,0	48,0	14,0	4,0	0,0	0,0	10,244	*0,029
Peynir	42,0	32,0	10,0	10,0	0,0	6,0	64,0	30,0	4,0	0,0	2,0	0,0	11,939	*0,016
Kıymalı Et	0,0	22,0	40,0	32,0	4,0	2,0	6,0	38,0	50,0	6,0	0,0	0,0	17,017	*0,001
Sucuk, Salam, Sosis	0,0	10,0	20,0	26,0	32,0	12,0	0,0	0,0	12,0	4,0	34,0	50,0	25,742	*0,000
Tavuk	0,0	16,0	52,0	30,0	2,0	0,0	2,0	26,0	46,0	16,0	6,0	4,0	6,944	0,174
Balık	0,0	0,0	22,0	24,0	44,0	10,0	0,0	4,0	38,0	26,0	24,0	8,0	6,852	0,123
Kurubaklagil	0,0	38,0	40,0	16,0	2,0	4,0	2,0	12,0	72,0	10,0	4,0	0,0	15,033	*0,002
Sebze	8,0	44,0	36,0	10,0	0,0	2,0	58,0	24,0	18,0	0,0	0,0	0,0	32,234	*0,000
Meyve	20,0	48,0	24,0	2,0	4,0	2,0	64,0	26,0	10,0	0,0	0,0	0,0	21,373	*0,000
Beyaz Ekmek	44,0	12,0	16,0	10,0	0,0	18,0	18,0	18,0	22,0	8,0	8,0	26,0	11,106	*0,042
Tam Buğday Ekmeği	14,0	26,0	26,0	10,0	6,0	18,0	44,0	28,0	8,0	2,0	10,0	8,0	17,504	*0,003
Çavdar Ekmeği	2,0	6,0	14,0	12,0	10,0	56,0	4,0	6,0	6,0	14,0	10,0	60,0	2,259	0,842
Diğer Ekmek	2,0	0,0	4,0	4,0	6,0	84,0	2,0	0,0	2,0	4,0	4,0	88,0	1,089	0,953
Makarna	2,0	14,0	48,0	26,0	10,0	0,0	0,0	12,0	50,0	28,0	10,0	0,0	1,134	0,889
Pirinç	0,0	22,0	46,0	18,0	12,0	2,0	0,0	14,0	34,0	28,0	18,0	6,0	4,476	0,345
Bulgur	2,0	6,0	46,0	28,0	16,0	2,0	0,0	20,0	52,0	28,0	0,0	0,0	14,325	*0,005
Yulaf Ezmesi	0,0	6,0	6,0	12,0	16,0	60,0	0,0	6,0	34,0	2,0	8,0	50,0	15,440	*0,002
Kahvaltı Gevrek	2,0	8,0	12,0	14,0	24,0	40,0	0,0	2,0	2,0	4,0	12,0	80,0	17,298	*0,001
Galeta, Grissini, Diyet Bisküvi	0,0	2,0	14,0	16,0	12,0	56,0	0,0	10,0	24,0	30,0	10,0	26,0	11,692	*0,020
Börek , Poğaç, Açma	2,0	26,0	20,0	36,0	12,0	4,0	0,0	6,0	4,0	28,0	48,0	14,0	26,86	*0,000
Pasta, Kurabiye	0,0	12,0	30,0	40,0	16,0	2,0	0,0	2,0	12,0	30,0	50,0	6,0	17,775	*0,001
Sert Kabuklu Yemişler ve Yağlı Tohumlar	4,0	30,0	26,0	28,0	4,0	8,0	34,0	26,0	32,0	8,0	0,0	0,0	24,023	*0,000
Zeytinyağı	20,0	28,0	14,0	22,0	10,0	6,0	50,0	22,0	14,0	4,0	2,0	8,0	15,833	*0,005
Ayçiçek yağı	58,0	20,0	14,0	2,0	2,0	4,0	46,0	30,0	16,0	2,0	4,0	2,0	2,833	0,804
Tereyağı	22,0	32,0	12,0	10,0	14,0	10,0	8,0	26,0	34,0	14,0	8,0	10,0	9,989	0,076
Margarin	4,0	8,0	30,0	40,0	14,0	4,0	0,0	0,0	2,0	8,0	16,0	74,0	66,671	*0,000
Bal	4,0	24,0	26,0	24,0	14,0	8,0	4,0	14,0	30,0	12,0	26,0	14,0	6,077	0,299
Pekmez, Reçel	10,0	18,0	14,0	12,0	34,0	12,0	2,0	12,0	6,0	22,0	28,0	30,0	10,485	0,063
Çikolata	22,0	32,0	30,0	8,0	8,0	0,0	4,0	26,0	32,0	20,0	16,0	2,0	11,478	*0,043
Şerbetli Tatlı	0,0	2,0	30,0	32,0	30,0	6,0	0,0	0,0	6,0	24,0	52,0	18,0	15,523	*0,004
Sütlü Tatlı	2,0	6,0	32,0	36,0	22,0	2,0	0,0	6,0	12,0	34,0	40,0	8,0	9,803	0,057
Hamburger	0,0	2,0	12,0	38,0	34,0	14,0	0,0	0,0	8,0	12,0	56,0	24,0	12,165	*0,016
Pizza	2,0	0,0	12,0	46,0	34,0	6,0	0,0	0,0	2,0	12,0	64,0	22,0	23,689	*0,000
Çay	76,0	22,0	0,0	0,0	2,0	0,0	82,0	10,0	4,0	0,0	0,0	4,0	6,497	0,068
Kahve	32,0	26,0	24,0	8,0	8,0	2,0	54,0	18,0	10,0	6,0	8,0	4,0	6,998	0,209
Hazır İçecek	24,0	16,0	20,0	16,0	18,0	6,0	0,0	4,0	12,0	32,0	24,0	28,0	26,813	*0,000
Alkol	0,0	0,0	2,0	2,0	2,0	94,0	0,0	0,0	0,0	6,0	6,0	88,0	2,902	0,341

öğrencilerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha sık tükettiği belirlenmiştir. Hazır-gazlı içecek tüketim sıklığının 1.sınıf öğrencilerinde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Toplumun daha sağlıklı ve üretken olması, içinde yaşayan bireylerin sağlıklı olması ile ilgilidir. Sağlığın temeli ise yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür (10). Sağlığın sürdürülebilmesi ve çeşitli hastalıkların tedavisinde beslenme ve diyetetik alanı oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu sebeple bu alanda eğitim alan öğrencilerin bireysel besin tercihleri de önemlidir.

Çalışmaya katılan toplam 100 öğrencinin %40'ı ailelerinin yanında, %38'i yurtda, %17'si öğrenci evinde, %5'i akrabalarının yanında kalmaktadır. Öğrencilerin çoğunluğunun ana öğününü ev ve okul yemekhanesinde yediği bunu sırasıyla, yurt, kafe ve kantinin takip ettiği tespit edilmiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada öğrencilerin %79,8'inin ana öğünlerini evde yedikleri ve %9,5'inin fastfood lokantalarını tercih ettiği saptanmıştır(11). Başka bir çalışmada ise %30,2'sinin öğle yemeklerini okul yemekhanesinde, %44,0'ünün akşam yemeğini evde yemeyi tercih ettikleri saptanmıştır (12). Benzer bir çalışmada da öğrencilerin %20,6'sının öğle yemeğini okul ve yurt yemekhanesinde, %41,7'sinin akşam yemeklerini restoran, kafede tükettikleri saptanmıştır (13). Öğrencilerin eğitim gördükleri şehirdeki barınma olanaklarındaki değişkenliğin ana öğünlerin tüketildiği yerde değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada öğrencilere yemek seçiminde dikkat ettikleri unsurlar sorulduğunda 1. sınıf öğrencilerinin en çok dikkat ettiklerinin başında yemeğin fiyatı (%82,0) ve doyurucu olması (%82,0) gelirken, 4.sınıf öğrencilerinin temiz (%90,0) ve sağlıklı (%86,0) olmasına dikkat ettiği tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada öğrencilerin yemek seçiminde en fazla yemeğin doyurucu olması (%78,6), istenilen yemeğin olması (%71,4), yemeğin temiz bir ortamda pişirilmesi (%63,7) ve yemeğin fiyatının (%57,2) etkili olduğu belirlenmiştir (14). Benzer bir çalışmada da öğrencilerin %32 ile yemeğin doyurucu olmasına ve %30,4 ile isteklerine göre yemek seçtikleri bildirilmiştir (15). Beslenme eğitimi almış olmanın yemek seçiminde etkili olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin öğün atlama durumu incelendiğinde; %67'sinin öğün atladığı, bu oranın %53,7'sinin 1.sınıf öğrencileri, %46,3'ünün 4.sınıf öğrencileri olduğu tespit edilmiştir. Her iki sınıfta da en fazla kahvaltı (sırasıyla; %42, %36) ve öğle öğününün (sırasıyla; %42, %30) atlandığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada da öğrenciler arasında en fazla atlanan

öğünün %40,5 oranı ile kahvaltı olduğu tespit edilmiştir (16). Yakın zamanlı bir çalışmada öğrencilerin %96'sının öğün atladığı ve en fazla %67 oranı ile öğle öğününü atladığı belirlenmiştir (17). Çalışmalar öğrencilerin çoğunlukla öğün atladığını, sıklıkla kahvaltı ve öğle öğününü atladıklarını göstermiştir. Çalışmamızda 4.sınıf öğrencilerinin nispeten daha az öğün atladığı belirlenmiştir. Öğrencilerin öğün atlama eğiliminde olmasında öğün saatlerinde genelde ev ortamından uzakta olmalarının, derslere yetişme endişesinin ve düzensiz yaşam tarzının etkili olduğu düşünülmektedir.

Ara öğün tüketimi bireylerin ana öğünleri arasında açlık kan şekerinin düzenlenmesine yardımcı olur. Aynı zamanda kişinin açlığını giderdiği için bir sonraki öğünde fazla miktarda yemesini önler. Bu çalışmada öğrencilerinin ara öğün yapma durumuna bakıldığında tüm öğrencilerin %85'inin ara öğün yapma alışkanlığının olduğu tespit edilmiştir. Sınıflar arası karşılaştırmada ise; 1.sınıf öğrencilerinin %76'sının, 4. Sınıf öğrencilerinin ise %94'ünün ara öğün yaptığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %91,7'sinin ara öğün yaptığı bulunmuştur (18). Farklı çalışmalarda da üniversite öğrencilerinin %90 ve %55 oranında her gün ara öğün alışkanlığı olduğu tespit edilmiştir (12,17). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzer şekilde öğrencilerin yüksek oranda ara öğün yaptığını ayrıca beslenme eğitiminin bu oranı arttırdığını göstermektedir.

Bu çalışmada ara öğün yapan 1. sınıf öğrencilerinin %62 oranında meyve, %52 oranında kuruyemiş tükettikleri, 4. Sınıfların %90 oranında meyve, %84 oranında kuruyemiş tükettikleri belirlenmiştir. Kartal ve ark.nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir araştırmada ise ara öğünde en çok tüketilen besinlerin %60,2 ile bisküvi, kek ve çikolata olduğu görülürken, meyve tüketim oranı %18,5'tir (19). Başka bir çalışmada da simit/poğaç/toast, bisküvi/kraker/kek ve taze/kuru meyvelerin öğrencilerin ara öğünde en çok tercih ettikleri üç yiyecek çeşidi olduğu belirlenmiştir (17). Diğer çalışmalara kıyasla sonuçlarımız beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerin ara öğün seçimlerinde yüksek oranda sağlıklı yiyeceklere yöneldiğini göstermektedir. Her iki sınıf öğrencilerinin ara öğün tercihlerinde yüksek oranda sağlıklı yiyecekler seçmelerinde okudukları bölüm ile ilgili olarak beslenme farkındalıklarına sahip olduklarını düşünebiliriz.

Hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla yapılan koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi ve devamı için beslenme eğitiminin oldukça önemli bir noktada yer aldığı belirtmektedir (20). Beslenme bilgi düzeyi artışı ile beslenme alanında farkındalığının arttığı, besin seçiminin olumlu yönde etkilendiği bilinmektedir Yapılan çalışmalar beslenme eğitiminin besin tercihleri üzerinde olumlu etkisi

olduğunu göstermektedir (21, 22). Beslenme ile ilgili eğitim alan, konferanslara katılan öğrencilerin daha bilinçli beslenme konusunda dikkatli oldukları belirlenmiştir (23). Farklı alanlarda sağlık eğitimi alan üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada beslenme ve diyetetik öğrencilerinin beslenme alt ölçek değeri diğer öğrencilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (24). Çalışmamızda öğrencilerin besin tüketim sıklıkları incelendiğinde 4.sınıf öğrencilerinin 1.sınıf öğrencilerine göre süt, kefir, yumurta, peynir, kırmızı et, kurubaklagiller, sebze, meyve, tam buğday ekmeği, bulgur, yulaf ezmesi, yağlı tohumlar gibi besinleri anlamlı olarak daha sık tükettikleri tespit edilmiştir. Diyetisyen ve diyetisyen adaylarının beslenme konusundaki bilgilerinin değerlendirildiği bir çalışmada da beslenme eğitimi alan öğrencilerin beslenme eğitimi almayan öğrencilere göre et ve süt ürünlerini daha çok tükettiği görülürken yağ grubundaki besinleri beslenme eğitimi almayan öğrencilerin daha çok tercih ettiği saptanmıştır (25). Çalışmamızda literatürde belirtildiği gibi beslenme eğitimi öğrencilerinin daha bilinçli tercihler yaptıkları bulunmuştur.

SONUÇ

Bu çalışmaya katılan öğrenciler değerlendirildiğinde, besinlerin doğru şekilde hazırlanması, depolanması, taşınması ve tüketimi gibi pek çok konuda beslenme eğitimi alan beslenme ve diyetetik 4.sınıf öğrencilerinin, öğrenime yeni başlayan 1.sınıf öğrencilerine göre besin tercihleri açısından daha bilinçli oldukları ve sağlıklı tercihler yaptıkları saptanmıştır. Bu durumun Beslenme ve Diyetetik 1. sınıf öğrencilerinin nispeten daha az farkındalığa sahip olmalarından ve aldıkları akademik bilgilerinin daha eksik olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Lisans eğitiminde verilen beslenme ile ilgili detaylı eğitimlerin doğru besin tercihleri ve beslenme alışkanlıkları kazanılmasında etkili olduğu saptanmıştır.

KAYNAKÇA

1. Baysal A. (2017). Beslenme, Ankara, Hatipoğlu Yayıncılık.
2. Hacıhasanoğlu R., Yıldırım A., Karakurt P., Sağlam R. (2011). Healthy Lifestyle Behaviour in University Students And Influential Factors in Eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 43-51.
3. Jonides L., Bushbacher MS., Barlow SE. (2002). Management of Child and Adolescent Obesity: Psychological, Emotional And Behavioral Assessment. *Pediatrics*, 110, 215-221.
4. Kutluay-Merdol T. (2012). Beslenme Eğitimi Rehberi, Ankara, Hatipoğlu Yayınları.
5. Nelson MC., Story M., Larson NI., Neumark-Sztainer D., Lytle LA. (2008). Emerging Adulthood and College Aged Youth: an Overlooked Age for Weight-Related Behavior Change. *Obesity*, 16(10),2205-2211.
6. Ayaz S., Tezcan S., Akıncı F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2),26-34.
7. Mazıcıoğlu MM., Öztürk A. (2003). Üniversite 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 25 (4),172-178.
8. Sovyanhadi M., Cort MA. (2004). Effectiveness of Various Nutrition Education Teaching Methods for High School Students: A Case Study in Alabama, United States. *Malays J Nutr*, 10(1),31-37.
9. Hallal PC., Andersen LB., Bull FC., Guthold R., Haskell W., Ekelund U. (2012). Global Physical Activity Levels: Surveillance Progress, Pitfalls, and Prospects. *Lancet*, 380(9838),247-257.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER)- 23.01.2020. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>
11. Saygın M., Öngel K., Çalışkan S., Yağlı M., Has M., Gonca T. ve Kurt Y. (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 43-47.
12. Haşıl- Korkmaz N. (2010). Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Spor Yapma ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 399-413.
13. Yılmaz E., Özkan S. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 87-104.
14. Onurlubaş E., Doğan H.G., Demirkıran S. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 32(3), 61-69.
15. Ermiş E., Doğan E., Erilli N.A., Sıtcı A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 1(6), 30-40.
16. Vançelik S., Gürsel S., Güraksın Ö.A., Beyhun E. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları İle İlişkili Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 242-248.
17. Zemzemoğlu T.E., Erem S.,Uludağ E., Uzun S. (2019) Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Food and Health*, 5(3),185-196.
18. Yardımcı H., Özçelik A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Öğün Düzenleri ve Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgisine Etkisi. *TDD Beslenme ve Diyet Dergisi*, 43 (1),19-26.
19. Kartal M., Kabalcıoğlu Bucak F., Balcı E. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Kültürleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 334-335.
20. Contento I.R.,Koch P.A.(2020). Nutrition Education: linking research, theory, and practice (4th ed). Burlington, MA, Jones & Bartlett Learning.
21. Ha, E., & Caine-Bish, N. (2011). Interactive introductory nutrition course focusing on disease prevention increased whole-grain consumption by college students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(4), 263-267.
22. White, S., Park, Y. S., Israel, T., & Cordero, E. D. (2009). Longitudinal evaluation of peer health education on a college campus: Impact on health behaviors. *Journal of American College Health*, 57(5), 497-506.
23. Özcan Ateş B. (2019). Doğrudan veya Dolaylı Verilen Beslenme Eğitiminin Çocukların Beslenme Durumlarına Etkisi (Doktora Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
24. Özenoğlu A.,Yalnız T., Uzdil Z. (2018). Sağlık Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 234-242.
25. Ünal - Özen G. (2019). Diyetisyen ve Diyetisyen Adaylarının Sürdürülebilir Beslenme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Asemptomatik ve semptomatik COVID-19 vakalarının BT görüntülerinin incelenmesi

Review of CT images of asymptomatic and symptomatic COVID-19 cases

Muhammed Emin Demirkol¹, Musa Kaya², Mehmet Balcı³

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İç Hastalıkları ABD, medemirkol@hotmail.com, 0000-0003-3965-7360

²Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, mdmuskaya@gmail.com, 0000-0003-4962-2575

³Bolu İl Sağlık Müdürlüğü, drmehmet1971@gmail.com, 0000-0001-5592-6685

ÖZ

Amaç: Klinik bulgu vermeyen COVID-19 vakalarının semptomatik vakalara kıyasla radyolojik görüntüleme bulgularının özelliklerini ortaya koymaktır. **Yöntem:** 01.06.2020-30.06.2020 tarihleri arasında Bolu İzzet Baysal EAH ve İzzet Baysal DH de COVID-19 tanısı almış 209 hasta dosyası incelenmiştir. Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Ki-Kare testlerinden yararlanılmıştır. Etki büyüklüğü cohen d ile incelenmiş ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** Semptom varlığı cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı olmayıp 51 yaş ve üzeri olan hastalarda daha fazla semptom ile karşılaşılmaktadır. Semptom gelişen hastaların D DİMER, LDH ve CRP laboratuvar değerleri anlamlı olarak daha yüksek olup yine bu grubun %57.3'ünde D-DİMER, %75'inde CRP ve % 78.2'sinde LDH parametreleri referans değerinden yüksek çıkmıştır. Beklendiği üzere semptom varlığı ve COVID 19 ile uyumlu BT bulgusu varlığı istatistiksel olarak anlamlıdır ancak semptom göstermeyen hastalarda da %72.9'luk yüksek bir oranla COVID 19 ile uyumlu BT bulgusu tespit edilmiştir. **Tartışma ve Sonuç:** COVID-19 vakalarının erken tespiti ve sonrasında izole edilerek tedavi uygulanması için semptomatik vakaların yanı sıra asemptomatik vakaların da tespit edilmesi hastalığın yayılımının kontrol altına alınmasında büyük önem taşır. Bu nedenle sağlık kuruluşlarına COVID-19 olası tanısıyla başvuran hastalar için ayırıcı tanı koyma noktasında RT-PCR test sonuçları kesinleşene kadar anında okunabilme özelliği ile BT, hızlı ve değerli bir araç olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler:
COVID-19, Bilgisayarlı Tomografi (BT), Asemptomatik

Key Words:
COVID-19, Computed Tomography (CT), Asymptomatic

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Muhammed Emin Demirkol,
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
İç Hastalıkları ABD,
medemirkol@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
16.12.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
19.02.2021

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
01.03.2021

ABSTRACT

Objective: To reveal the characteristics of radiological imaging findings of COVID-19 cases without clinical signs compared to symptomatic cases. **Method:** The files of 209 patients diagnosed with COVID-19 in Bolu İzzet Baysal TRH and İzzet Baysal PH between 01.06.2020-30.06.2020 were examined. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Chi-square tests were used. The effect size was examined with cohen d and $p < 0.05$ was considered statistically significant. **Results:** The presence of symptoms is not statistically significant according to gender, and more symptoms are encountered in patients aged 51 and over. D DİMER, LDH and CRP laboratory values of the patients who developing symptoms were significantly higher. Again, the parameters of D-DİMER in 57.3%, CRP in 75% and LDH in 78.2% of this group were higher than the reference value. As expected, the presence of symptoms and the presence of CT findings consistent with COVID 19 are statistically significant. However, CT findings compatible with COVID 19 were detected with a high rate of 72.9% in patients without symptoms. **Discussion:** For early detection and treatment of COVID-19 cases, detection of symptomatic cases as well as asymptomatic cases is of great importance in controlling the spread of the disease. For this reason; CT stands out as a fast and valuable tool with its ability to be read instantly until the RT-PCR test results are finalized at the point of making differential diagnosis for patients admitted to healthcare institutions with a possible diagnosis of COVID-19.

GİRİŞ

2019 yılının aralık ayının son günlerinde Çin'in Wuhan kentinden başlayıp kısa sürede bütün dünyaya yayılan ve SARS-CoV-2 olarak isimlendirilen yeni tip koronavirüs etkenli COVID-19 hastalığı, mortal seyri olan şiddetli solunum yolu enfeksiyonlarına yol açarak önemli bir tehdit haline gelmiştir (1). COVID-19, yayılım

hızı ve vaka sayısı bakımından koronavirüs kökenli enfeksiyonlardan olan MERS-CoV ve SARS-CoV ile karşılaştırıldığında oldukça olumsuz bir tablo çizmiştir. Yeni koronavirüs hastalığı, koronavirüs kökenli ilk global pandeminin ortaya çıkmasına neden olmuştur (2). Hastalığın en sık görülen semptomları ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Bunun dışında, iştahsızlık, halsizlik, ishal, bulantı, kusma, miyalji, baş ağrısı ve baş dönmesi

gibi daha az görülen semptomlar da bildirilmektedir (3). Semptomatik olup tanısı kesinleştirilen vakaların yanında COVID-19 semptomlarını gösterdiği halde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamayan vakaların da azımsanmayacak kadar çok olduğu tahmin edilmektedir. Bu yanında, hiçbir semptom göstermediği halde RT-PCR testi pozitif olarak tespit edilen asemptomatik vakaların olduğu da bilinmektedir. RT-PCR testinin sensitivitesinin yeterince yüksek olmadığı göz önünde bulundurulduğunda asemptomatik vakaların oranının tam olarak hesaplanmasının zor olduğu öne sürülmektedir. Bunun beraber, asemptomatik vakaların toplam vaka sayısının yarısından daha az olduğu öngörülmektedir (4). Ancak, bazı çalışmalarda bu oranının toplam vaka sayısının yarısından fazla olabileceğine dair sonuçlar ortaya çıkarılmıştır (5). Henüz aşı veya spesifik bir tedavisinin olmamasından dolayı hastalığın yayılımı devam etmekte ve hastalık semptomatik vakaların yanı sıra asemptomatik kişilerden bulaşmaktadır. Asemptomatik vakaların farkında olmadan hastalığı bulaştırmaları nedeni ile günlük yaşamda maske kullanımı, sosyal mesafe gibi risk azaltıcı davranışların titizlikle uygulanması son derece önemlidir. Böylece, özellikle risk altında olan kişiler başta olmak üzere toplumdaki herkes için maruziyet ihtimalinin azalması sağlanır (6)

Asemptomatik Covid-19 vakalarının erken aşamada saptanması ve izole edilmesi, bütün dünya genelinde önemli bir sağlık sorununun oluşturduğu yıkımı azaltma konusunda önemli bir katkı sunacağı şüphesiz bir gerçektir. Yaptığımız bu çalışma ile klinik bulgu vermeyen bu vakaların semptomatik vakalara kıyasla radyolojik görüntüleme bulgularının özelliklerini ortaya koymaya amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel olarak 01.06.2020-30.06.2020 tarihleri arasında yapılan çalışmanın evreni Bolu İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesine başvuran COVID-19 tanısı almış tüm hastalar oluşturmaktadır. İlgili dönemde RT-PCR(+) olarak tanı almış tüm hastalar örneklem olarak seçilmiş olup RT-PCR(-) hastalar dahil edilmemiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 216 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. 7 hastaya ait verilerde eksiklik olduğu için kapam dışı tutularak 209 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Tüm hastalardan aydınlatılmış onam formu alınmış ve Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 336 sayılı ve 22/07/2020 tarih ile etik kurul izni alınmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin yanı sıra semptom durumları, radyolojik bulguları ve laboratuvar değerleri incelenmiştir.

İstatistiksel analizler için SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metotlardan (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, çapraz tablolar) kullanılmıştır. Verilerin dağılımının normal dağılıma uygunluğu çarpıklık basıklık katsayıları ± 2 aralığı baz alınarak (7) incelenmiş olup Kolmogorov Smirnov testi ve histogram ile desteklenmiştir. Parametrik veriler için ortalamalar karşılaştırılmış, non parametrik verilerde medyanlar karşılaştırılmıştır. Kategorik veriler ise ki kare analizi ile incelenmiştir. Bağımsız iki grup karşılaştırılırken Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Gruplar arası farkın önemli olduğu durumda, farkı belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Etki büyüklüğü cohen d ile incelenerek d: 0.20 düşük etki, d: 0.50 orta etki ve d: 0.80 yüksek etki büyüklüğü olarak kabul edilmiştir (8). $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların frekans dağılımı

Demografik Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	min-max		
Yaş Ortalaması	51.37 \pm 18.83	19-93		
			n=209	%
Yaş Grupları				
0-50		121		57.9
51 ve üzeri		88		42.1
Cinsiyet				
Kadın		109		52.2
Erkek		100		47.8
Semptom Durumu				
Var		124		59.3
Ateş		99		79.8
Öksürük		82		66.1
Nefes Darlığı		59		47.5
İshal		20		16.1
Üşüme		4		3.2
Titreme		4		3.2
Baş Ağrısı		7		5.6
Eklem Ağrısı		8		6.4
İştahsızlık		9		7.2
Boğaz Ağrısı		15		12.0
Koku Almada Değişiklik		9		7.2
Yok		85		40.7
BT Bulgusu				
Sağ		29		13.9
Sol		23		11.0
Bilateral		125		59.8
Yok		32		15.3

Tablo 2. Semptom durumuna göre demografik, radyolojik ve laboratuvar değerleri arasındaki ilişki

		Semptom durumuna göre laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması			
		Var	Yok	p-value	Tablo değerleri
Cinsiyet	Kadın	69	40	0.260	$\chi^2_{0.05;1}=1.490$
	Erkek	55	45		
Yaş Grubu	0-50 Yaş	49	72	0.000*	$\chi^2_{0.05;3}=42.247$
	51 ve üstü	75	13		
BT Bulgusu	Var	115	62	0.000*	$\chi^2_{0.05;1}=15.249$
	Yok	9	23		
Median (Min-Max)**					
D_DİMER		0.72 (0.03-16.15)	0.32 (0.11-0.71)	0.000* (Cohen d:0.67)	MWU: 2132.500
LDH		284 (143-1291)	174 (56-261)	0.000* (Cohen d: 1.34)	MWU: 1045.000
CRP		24.15 (0-355)	2.9 (0-35.10)	0.000* (Cohen d: 1.14)	MWU: 1870.000

*p<0,05 olduğu için istatistiksel olarak anlamlı ** MWU: Mann-Whitney U test

Araştırma döneminde çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 51.37±18.83 (min:19-max:93)'tür. Kadın hasta sayısı 109 (%52.2), erkek hasta sayısı 100 (%47.8) olup 0-50 yaş grubunda 121 (%57.9), 51 ve üzeri yaş grubunda 88 (%42.1) hasta vardır. Semptom gelişen hasta sayısı 124 (%59.3) iken 85 (%40.7) hastada semptom gelişmediği görülmüştür. Grubun 29'unda (%13.9) sağ, 23'ünde (%11) sol ve 125'inde (%59.8) bilateral COVID-19 ile uyumlu radyolojik bulgu saptanmış olup, 32'sinde (%15.3) COVID-19 ile uyumlu radyolojik bulgu görülmemiştir (Tablo 1).

Katılımcıların semptom durumlarına göre dağılımları incelendiğinde 99 (%79.8) hastada ateş, 82 (%66.1) hastada öksürük, 59 (%47.5) hastada nefes darlığı, 20 (%16.1) hastada ishal, 4 (%3.2) hastada üşüme-titreme, 7 (%5.6) hastada baş ağrısı, 8 (%6.4) hastada eklem ağrısı, 9 (%7.2) hastada iştahsızlık, 15 (%12.0) hastada boğaz ağrısı, 9 (%7.2) hastada ise koku almada değişiklik ortaya çıkmıştır (Tablo 1).

Katılımcıların semptom durumları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.260>0.05). Ancak yaş grubu, BT durumu, D-DİMER, LDH VE CRP değişkenleri için istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0.05). 51 yaş ve üzeri olan hastaların semptom gelişmesi anlamlı olarak daha yükseken, 0-50 yaş aralığında semptom gelişmesi daha düşük saptanmıştır

(p=0.000<0,05). Semptom gelişen hastaların COVID 19 ile uyumlu BT bulgusu varlığı daha yüksek seyretmiştir (p=0.000 <0.005), aynı zamanda D DİMER, LDH ve CRP laboratuvar değerleri anlamlı olarak daha yüksektir ve 3 parametrenin de etki büyüklüğü yüksek olarak belirlenmiştir.(p=<0.005 ve cohen d:0.67, 13.4, 1.14; sırasıyla) (Tablo 2).

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların D DİMER, CRP ve LDH değerlerinin referans aralıkları incelendiğinde semptom gelişen hastaların %57.3'ünde D DİMER, %75'inin CRP ve %78.2'sinin LDH değeri referans değerinden yüksek çıkmıştır. Semptom gelişmeyen hastaların %5,9'unda D-DİMER, %18.8'inde CRP, %22.4'ünde LDH yüksek çıkmıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Kısa sürede bir pandemiye yol açan yeni coronavirüsün (SARS-CoV-2), başlangıçta çoğunlukla hafif-orta ve nadir olmayarak da ciddi semptomlara yol açan bir hastalık tablosuna yol açtığı düşünüldü. Ancak zaman geçtikçe yapılan araştırmalar (9,10), asemptomatik vakaların da olduğunu ve semptom göstermeyen kişilerin de hastalığın bulaşmasına yol açtıklarını ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, asemptomatik kişilerde tespit edilen viral yükün semptomatik olanlarla benzer düzeyde olduğu da gösterilmiştir (11).

Tablo 3. Laboratuvar değerlerinin referans dağılımları

Laboratuvar	Semptom Durumu					
	Min. altında	Referans aralığında	Maks. üstünde	Min. altında	Referans aralığında	Maks. üstünde
D-DİMER(0-0,55)	0 (%0)	53 (42.7)	71 (57.3)	0(%0)	80(%94.1)	5(%5,9)
CRP(0-5)	0 (%0)	31(%25.0)	93(%75)	0(%0)	69(%81.2)	16(%18.8)
LDH(125-220)	0 (%0)	27(%21.8)	97(%78.2)	17(%20)	49(%57.6)	19(%22,4)

Semptom vermediklerinden sağlık kuruluşlarına başvurmayacakları göz önüne alındığında asemptomatik kişilerin insidansının tam olarak hesaplanması zor gibi görünmektedir. Bununla beraber, bazı çalışmalar (12,13), COVID-19 vakaları arasında asemptomatik olanların oranının %5 ile %20 arasında olabileceğini öne sürmüşlerdir. Çalışmamızda geniş kapsamlı bir filyasyon çalışması yapılmış olduğundan %40.7 ile çok daha yüksek düzeyde asemptomatik vaka oranı saptanmıştır. Daha önce özellikle de erken dönemde yapılmış çalışmalarda semptomatik vakaların sınırlı çevresinin taranmış olmasından dolayı asemptomatik vaka oranı çok daha düşük olarak tespit edilmiştir.

Asemptomatik vaka oranının daha önce rapor edilenden daha fazla olacağını ön görerek, bu vakaları tespit ettikten sonra, laboratuvar ve radyolojik bulgularının semptomatik vakalara göre ne derecede farklılık göstereceğini ortaya koymayı amaçladık. Bu amaçla, 85'ı asemptomatik olan 209 hasta ile yaptığımız çalışmada, COVID-19 vakalarında sık olarak gözlenen BT bulguları ve laboratuvar anormalliklerini araştırdık. Semptomatik olan vakalarımızda en sık gözlenen semptomlar tipik olarak ateş, öksürük ve nefes darlığı şeklinde saptanmıştır. Semptomatik olan vakalarda, LDH, D-DİMER ve CRP düzeylerinin asemptomatik olanlarla kıyaslandığında belirgin olarak yüksek olduğu ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu parametlerde görülen yüksekliklerin COVID-19 vakaları arasında en sık görülen laboratuvar anormallikleri olduğu daha önce birçok çalışmada gösterilmiştir (14). Benzer şekilde, radyolojik bulgularda da semptomatik olup olmama durumuna göre bir farklılık ortaya konulmuştur. Bununla beraber, asemptomatik kişilerde de öngörülenden daha fazla BT bulgusu olduğu görülmüş olsa da bu bulguların daha siliik olduğu ve semptomatik olan kişilerde daha yaygın ve çoğunlukla bilateral olduğu gösterilmiştir. Ancak, daha önce de rapor edildiği (15,16) gibi, asemptomatik olarak tespit edilmiş vakalarda da BT bulgusu azımsanmayacak orandadır ve bu bulgular kısa zaman içerisinde bilateral ve/veya multilober olabilmektedir. Bu nedenle, asemptomatik vakalarda da laboratuvar ve radyolojik tetkiklerin yapılması ile daha iyi bir takip sağlanmaktadır. Özellikle BT'nin bu konuda değerli bir araç olduğu anlaşılmaktadır.

SONUÇ

COVID-19 pandemisi ile mücadelede semptomatik vakaların yanında asemptomatik vakaların da tespit edilmesi ve sonrasında izole edilerek tedavi uygulanması, hastalığın kontrol altına alınması açısından büyük önem taşır. Bu nedenle, COVID-19 vakaları asemptomatik olsa da iyi bir takip için laboratuvar ve özellikle de radyolojik tetkiklerin uygulanması gerektiğini düşünüyoruz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemektedir.

MALİ DESTEK

Çalışma için herhangi bir mali destek alınmamıştır.

ETİK UYGUNLUK

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 336 sayılı ve 22/07/2020 tarih ile etik kurul izni alınmıştır. Veri toplama süreci Helsinki Bildirgesi kurallarının son sürümüne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Niu, P. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733.
2. Yang L, Tian D, Liu W. Sheng Wu Gong Cheng Xue Bao. 2020; 36(4):593-604.
3. Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., ... & Zhao, Y. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11), 1061-1069.
4. Nishiura, H., Kobayashi, T., Miyama, T., Suzuki, A., Jung, S. M., Hayashi, K., ... & Linton, N. M. (2020). Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *International journal of infectious diseases*, 94, 154.
5. Mizumoto, K., Kagaya, K., Zarebski, A., & Chowell, G. (2020). Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance*, 25(10), 2000180.
6. Huff, H. V., & Singh, A. (2020). Asymptomatic transmission during the COVID-19 pandemic and implications for public health strategies. [published online ahead of print, 2020 May 28]. *Clinical Infectious Diseases*. ciae654.
7. Hayran Murat ve Hayran, Mutlu (2018). Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. 2.Baskı. Omega Araştırma.
8. Cohen, Jacob (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*: 2 Ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
9. Yu, X., & Yang, R. (2020). COVID-19 transmission through asymptomatic carriers is a challenge to containment. *Influenza and Other Respiratory Viruses*. 14(4), 474-475.
10. Zhou, R., Li, F., Chen, F., Liu, H., Zheng, J., Lei, C., & Wu, X. (2020). Viral dynamics in asymptomatic patients with COVID-19. *International Journal of Infectious Diseases*. 96: 288-290.
11. Zou, L., Ruan, F., Huang, M., Liang, L., Huang, H., Hong, Z., ... & Guo, Q. (2020). SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*, 382(12), 1177-1179.
12. Tian, S., Hu, N., Lou, J., Chen, K., Kang, X., Xiang, Z., ... & Chen, G. (2020). Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. *Journal of Infection*, 80(4), 401-406
13. Kim, G. U., Kim, M. J., Ra, S. H., Lee, J., Bae, S., Jung, J., & Kim, S. H. (2020). Clinical characteristics of asymptomatic and symptomatic patients with mild COVID-19. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(7), 948.e1-948.e3
14. Amgalan, A., & Othman, M. (2020). Hemostatic laboratory derangements in COVID-19 with a focus on platelet count. *Platelets*, 31(6), 740-745.

15. Meng, H., Xiong, R., He, R., Lin, W., Hao, B., Zhang, L., ... & Yang, W. (2020). CT imaging and clinical course of asymptomatic cases with COVID-19 pneumonia at admission in Wuhan, China. *Journal of Infection*. 81(1), e33-e39
16. Hu, Z., Song, C., Xu, C., Jin, G., Chen, Y., Xu, X., ... & Wang, J. (2020). Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Science China Life Sciences*, 63(5), 706-711.

Relationship between adverse childhood experiences, close relations and emotion regulation: Chronic idiopathic urticaria patients

Çocukluk çağı olumsuz yaşantı, yakın ilişkiler ve duygu regülasyonu arasındaki ilişki: Kronik idiyopatik ürtiker hasta grubu

Kübra Ünal¹, İlnur Altunay², Sibel Mercan³, Yasemin Erdem⁴

¹Istanbul Gedik University, kubra-psy@hotmail.com, 0000-0001-5537-215X

²Department of Dermatology Clinic, University of Health Sciences, ialtunay@gmail.com, 0000-0002-1354-7123

³Istanbul Gedik University, Clinical Psychology Department, sibelmecan@yahoo.com.tr, 0000-0001-7578-053X

⁴Department of Dermatology Clinic, University of Health Sciences, erdemyasemin1@gmail.com, 0000-0002-6597-2957

Key Words:

Chronic Idiopathic Urticaria, Emotion Regulation, Relationship Scales Questionnaire (RSQ), Adverse Childhood Experiences (ACEs)

Anahtar Kelimeler:

Kronik İdiyopatik Ürtiker, Duygu Düzenleme, Yakın İlişki, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantı

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Kübra Ünal,
Istanbul Gedik University,
kubra-psy@hotmail.com,

Received Date/Gönderme Tarihi:

15.10.2020

Accepted Date/Kabul Tarihi:

18.02.2021

Published Online/Yayımlanma Tarihi:

01.03.2021

ABSTRACT

Objective: Urticaria is a very common disease in the community and its etiology is still unclear. It is considered in a psychodermatological and psychosomatic disease category because it is in close relationship with emotional factors. In this study, the relationship between chronic idiopathic urticaria and some psychological conditions will be evaluated. **Method:** This study was carried out on 80 chronic idiopathic urticaria patients and 80 control group volunteers who applied to a dermatology clinic. Information and consent form from the participants and questionnaires prepared by the researcher were applied to the patient and control groups. **Results:** There was no significant difference between the chronic urticaria patient group and the control group in terms of scale and sub-dimensions. Depression, anxiety, negative ego and somatization were statistically significant and high in women compared to men. **Conclusion:** Organic, psychological and social factors are involved in the formation and development of skin diseases evaluated in the psychosomatic category.

ÖZ

Amaç: Ürtiker toplumda çok sık karşılaşılan bir hastalık olup etiyolojisi halen netleşmemiştir. Emosyonel faktörlerle sıkı ilişki içerisinde olması nedeniyle psikodermatolojik, psikosomatik bir hastalık kategorisinde değerlendirilmektedir. Bu çalışmada kronik idiyopatik ürtiker ile bazı psikolojik etkenler arasındaki ilişki değerlendirilecektir. **Yöntem:** Bu çalışma bir dermatoloji kliniği'ne başvuran 80 kronik idiyopatik ürtiker hastası ve 80 kişilik kontrol grubu gönüllüsü üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hasta ve kontrol grubuna katılımcılardan bilgilendirme ve onam formu, araştırmacı tarafından hazırlanan soru formları uygulanmıştır. **Bulgular:** Kronik ürtiker hasta grubu ile kontrol grubunun ölçek ve alt boyutları açısından karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Hasta grubunda kadınlarda erkeklere kıyasla, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Psikosomatik kategorisinde değerlendirilen deri hastalıklarının oluşumunda, gelişiminde fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler önemli bir yere sahiptir.

INTRODUCTION

Urticaria is defined as skin lesions that occur with itchy, swollen, and red plaques on the skin. It is characterized by a raised, red, and itchy rash caused by a small amount of fluid leaking from the blood vessels just below the skin surface. The duration of these lesions for less than six weeks is called acute, and the longer duration is called

chronic urticaria. An important part of the population, such as 15-20%, has an urticaria attack at least once in a certain period of their life and the prevalence of chronic urticaria in adults is estimated to be between 0.5% and 5%. There is little data available on the prevalence of chronic urticaria in children. The emergence of the disease is multifactorial. Its etiology is thought to be

idiopathic and closely related to emotional factors. Although it is known that physical conditions such as infections, heat, cold, pressure, food additives, vitamin D deficiency, and autoimmune diseases cause urticaria, organic causes cannot be found in approximately 80% of the patients. The relationship between psychological factors and chronic urticaria is a factor in its inclusion in the psychosomatic category. In these patients, complex mental and physical processes interact with each other. Chronic urticaria has a significant impact on one's life due to the constant itching sensation, regular recurrence, and unknown etiology (1,2).

The relationship between skin diseases and psychology has been known for a long time. Numerous studies to reveal this relationship in recent years have shown that psychological factors such as depression and stress have different effects on skin diseases. Chronic urticaria, which is in the psychophysiological disorders group in the psychodermatological disease classification developed by Jafferany and Franca, is seen as a type of disorder triggered and aggravated by psychological stress. Urticaria has a negative impact on all aspects of an individual's life, especially physical and psychological health (3,4).

A close relationship is defined as a mutual and strong dependence established between two individuals. It is also defined as the phenomenon that shapes one's pattern of having relationships with other people. This behavioral structure, which starts in childhood and will continue throughout life, emerges as the main determinant in social perception, relational behavior, expectation, belief, and social capacity use of others. This attachment behavior, which was established in childhood as an instinctive tendency, shapes the social interactions of the individual throughout life. Non-positive experiences experienced in childhood have negative effects on the individual's perception of self and environment. The negative perception created by the individual about himself/herself and his/her environment creates the basis for insecure attachment, problems in close relationships, and personality traits with anxious or avoidant attachment style (5,6)

Emotion regulation means that people manage their emotional experiences for personal and social purposes. It is a complex and multifaceted process and is developmentally important. Emotion regulation has a central role in ensuring social competence and psychological well-being and protecting it from the risk of emotional psychopathology. The development of emotion regulation is based on early neurobiological development. It is shaped by personality traits and guided by emotion management strategies and ego. The inability to express emotions correctly or the

inappropriate expression of the individual against the emotional intensity experienced by the individual negatively affects the individual. Most of the time, this negative situation can lead to health problems and behavioral reactions and increase the sensitivity level of the person to somatic disorders (7,8).

Preschool plays a key role in emotional regulation difficulties. In this period, the impact of family relations, environmental conditions and negative examples experienced by the child on emotion regulation skills are inevitable. Adverse Childhood Experiences (ACEs) involving traumatic experiences such as physical or emotional abuse, neglect and domestic communication disorders that occur in a person's childhood may lead to future mental, psychiatric or physical disorders. These individuals may have to cope with adverse health outcomes throughout their lives, including chronic illness, mental health disorders, and overall health-related decline in quality of life (9,10,11).

Since interventions to prevent adverse childhood experiences at an early age are thought to reduce the risk of chronic urticaria formation and persistence, taking steps to prevent adverse childhood experiences is important for public health.

This study aimed to investigate the emotional factors underlying chronic urticaria, which is a common skin disease in the society and to analyze the psychological and social factors in the formation of skin diseases examined in the category of psychosomatic diseases. It is considered that the analyzed factors will contribute to a better understanding of the effects on the activity of chronic urticaria.

MATERIALS AND METHODS

This study included 80 patients selected from people clinically diagnosed with chronic idiopathic urticaria who applied to the Istanbul Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Dermatology Clinic between December 2019 and April 2020 with swelling, redness and itching anywhere on their body for at least six weeks. 80 healthy volunteers were included in the study as the control group. Participants consist of individuals aged eighteen and over and those under the age of 18 were not included in the study. Participants with a psychiatric diagnosis and those with infection, food, or drug-induced urticaria were excluded from the study.

The data of the research were obtained by using the scale form applied to each participant individually. From the participants in this study; Information Sheet and Consent Form, Sociodemographic Data Form prepared by the researcher, Brief Symptom Inventory (BSI), Relationship Scales Questionnaire, Difficulties in

Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF) and Adverse Childhood Experiences Scale were asked to fill.

Information about the purpose of the study was provided in the Information Sheet and Consent form that the participants were asked to fill out. In the form, it was stated that participation in the research was voluntary and that the participants had the right to leave in case of any discomfort while answering the research questions. It was also stated that if they accept to take part in the research, all their answers would be kept confidential and the results would be used for scientific purposes.

The Sociodemographic Data Form was prepared to obtain data on some variables thought to be related to adverse childhood experiences, close relationships and emotion regulation in patients with chronic idiopathic urticaria. This data form includes the questions about each participant's gender, age, marital status, educational status, with whom they live, regularly used medication, chronic urticaria duration, frequency of relapse, conditions that trigger the attack, the presence of another organic disease, whether there are psychiatric disease and skin disease in the family.

The Turkish form of the Adverse Childhood Experiences Scale (ACE-TR) was developed in 1997 by the CDC and Permanente with sub-scales such as interrogating domestic emotional violence, physical violence, sexual violence, abuse, whether there were emotional and physical neglect and divorce in the first 18 years of a person's life. It was translated into Turkish by experienced people working in the field, paying attention that it is easy to understand and does not lose meaning. The validity and reliability study was conducted by Gündüz et al. This scale consists of 10 items and allows a double answer as "Yes" and "No". Cronbach alpha value was found as 0.742 (12).

The relationship scales questionnaire is a 30-item scale developed by Griffin and Bartholomew in 1994, and its standardization study for Turkish adaptation was carried out by Sümer and Güngör in 1999. There are 17 items in this adapted scale. The reliability coefficient of the scale is 0.54 and the internal consistency coefficient between the items is 0.78 (13).

Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF) was developed as a 36-item scale by Gratz and Roemer (2004) to identify and measure individuals' emotional regulation difficulties. In 2016, a short form of Difficulties in Emotion Regulation Scale was created by Bjureberg et al. Yiğit and Yiğit (2017) adapted the 16-item short form of the scale to Turkish, and validity and reliability studies were carried out (14).

The brief symptom inventory is the short form of SCL-90-R developed by Derogatis (1993) to screen psychiatric symptoms and various psychological symptoms of the

individual. A study on the Turkish validity and reliability of the scale was conducted by Şahin and Durak (1994), which was developed under the name of the Brief Symptom Inventory (15).

Descriptive statistics of the data in our study are given as a number, percentage, minimum and maximum values (min./max.), mean and standard deviation (SD). In statistical analysis, chi-square, Mann Whitney U test if the number of groups compared was two and the Kruskal Wallis test if more than two were used. In the study, the presence of a possible correlation between the scores from the scales and subscales applied to the patient group was examined. Spearman correlation test was used for correlation analysis. In cases where the P-value was less than 0.05, the difference between groups was considered to be significant. Since the complete presentation of the tables exceeded the volume of this study, only the statistically significant parts of some tables were included in the findings section.

ETHICAL PERMIT

With the application to the chairmanship of the Ethics Committee of the Rectorate of Istanbul Gedik University and the approval number 20788822-050.01.04/155199 received on 29.01.2020, it was decided that the study was ethically appropriate.

RESULTS

The distribution of sociodemographic variables belonging to the chronic urticaria patient group is shown in Table 1. It was determined that the distribution of sociodemographic variables of the control group was also similar to the patient group.

Table 2 includes the comparison of the min., max., mean and SD values of the patient and control groups from the short symptom inventory and sub-dimensions, difficulties in emotion regulation scale and its sub-dimensions, adverse childhood experiences scale and its sub-dimensions and the scale and sub-dimension scores of the patient and control groups. The analysis was conducted to determine whether there was a difference between the chronic urticaria patient group and the control group in terms of short symptom inventory and sub-dimensions. As a result of the analysis, no significant difference was found between the groups in terms of "depression", "anxiety", "somatization", "hostility" sub-dimensions and total scale score. However, a significant difference was found in terms of the negative ego sub-dimension.

The analysis was conducted to determine whether there was a difference between the chronic urticaria patient group and the control group in terms of close

relationship and sub-dimensions. As a result of the analysis, there is no significant difference for both groups in terms of the relationship scales questionnaire sub-dimensions and the total score of the scale.

Table 1. Sociodemographic variables related to the patient group

Demographic variables (patient group)	Patient		Control	
	N	%	N	%
Gender				
Female	55	68,8	55	68,8
Male	25	31,2	25	31,2
Age Group				
18-24	11	13,8	9	11,3
25-34	25	31,2	37	46,3
35-44	27	33,8	22	27,4
45 and above	17	21,2	12	15,0
Education Status				
Literate	22	27,5	10	12,5
Secondary school graduate	11	13,8	13	16,3
High school graduate	26	32,5	16	20,0
University graduate	21	26,2	41	51,2
Marital status				
Married	52	65,0	54	67,5
Single	28	35,0	26	32,5
Number of children				
2 and below	65	81,2	71	88,8
3 and above	15	18,8	9	11,2
Number Of Siblings				
2 and below	17	48,6	10	20,0
3 and above	18	51,4	40	80,0
Working Status				
Not working	32	40,0	27	33,8
Have a regular job	37	46,2	41	51,2
Have an irregular job	4	5,0	5	6,2
Student	7	8,8	7	8,8
Living with				
Spouse / Children	54	67,5	53	66,3
Mother / Father / Brother-Sister	18	22,5	21	26,3
Alone	8	10,0	6	7,4
Disease Duration (Month)				
0-36 months	50	62,5		
37-72 months	15	18,8		
73-108 months	6	7,5	-	-
109-144 months	7	8,8		
145 months and above	2	2,4		
Frequency of Recurrence				
Chronic Intermittent	43	53,8		
Chronic Continuous	37	46,2		
Additional Organic Disturbance				
Yes	22	27,5		
No	58	72,5		
Regular Drug Use				
Yes	62	77,5		
No	18	22,5		
Another Skin Disease In The Family				
Yes	28	35,0		
No	52	65,0		
Psychiatric Diagnosis In The Family				
Yes	24	30,0		
No	56	70,0		
Urticaria Severity				
Light	18	22,5		
Middle	38	47,5		
Severe	24	30,0		
Attack-Triggering Causes				
Stress, No Reason	80	84,2		
Air, Water	7	7,4		
Food	2	2,1		
Physiological Causes	6	6,3		

The analysis was conducted to determine whether there was a difference between the chronic urticaria patient group and the control group in terms of adverse childhood experiences total score. As a result of the analysis, there is no significant difference in terms of adverse childhood experiences total score.

The analysis was conducted to determine whether there was a difference between the chronic urticaria patient group and the control group in terms of difficulties in emotion regulation and its sub-dimensions. As a result of the analysis, no significant difference was found between the groups in terms of "openness", "impulse", "strategies", and "not accepting" sub-dimensions. However, a significant difference was found in terms of total scale score and "Purposes" sub-dimension.

The relationships between the scales applied to the patient group and the scores from the subscales were analyzed with the Spearman correlation test. The significant results are shown in Table 3. When the table was examined, there was a high positive correlation between the total Brief Symptom Inventory and the total Difficulties in Emotion Regulation ($p < 0.001$, $\rho = 0,641$). There is a positive and low level relationship between the Brief Symptom Inventory and the Adverse Childhood Experiences Scale. There is no relationship between the Brief Symptom Inventory and the total Close Relationship Scale. There is a moderate positive correlation between the total Difficulties in Emotion Regulation and the total Adverse Childhood Experiences Scale. There is a positive and low level relationship between the total Difficulties in Emotion Regulation and the total Relationship Scale. There is a positive and low level relationship between the total Adverse Childhood Experiences Scale and the total Relationships Scale Questionnaire.

Scale and subscale scores of chronic urticaria patients in our study were compared with various characteristics of the patients. In terms of not exceeding the volume of the article, the variables that make sense from the comparisons are presented in the following tables.

When the table was examined, the Brief Symptom Inventory (BSI) scale scores showed a statistically significant difference between men and women. BSI scale scores were higher in women compared to men ($Z = -3,001$, $p = 0,003$). "Depression" scores, one of the sub-dimensions of the BSI scale, showed a statistically significant difference between men and women. "Depression" scores were higher in women compared to men ($Z = -2,735$, $p = 0,006$). "Anxiety" scores, one of the sub-dimensions of the BSI scale, showed a statistically significant difference between men and women. "Anxiety" scores were higher in women compared

Table 2. Descriptive Statistics Regarding Scores from Scales and Sub-Scales and Comparison of Scale and Sub-Dimension Scores of Patient and Control Groups (n = 80)

	PATIENT GROUP				CONTROL GROUP				z	p	
	Min.	Max.	Mean	SD	Min.	Max.	Mean	SD			
Total Brief Symptom Inventory	2	133	37,64	25,74	Total Brief Symptom Inventory	3	126	40,51	27,80	-0,630	0,529
Depression	0	31	10,83	7,38	Depression	0	40	11,95	8,74	-0,674	0,500
Anxiety	0	30	7,78	6,30	Anxiety	0	36	8,13	6,94	-0,050	0,960
Negative Ego	0	31	7,25	6,39	Negative Ego	0	40	9,94	8,34	-2,166	0,030
Somatization	0	27	6,05	5,43	Somatization	0	18	4,89	4,04	-1,220	0,222
Hostility	0	18	5,74	3,93	Hostility	0	20	6,15	4,52	-0,478	0,633
Total Relationship Scale Inventory	46	96	72,85	10,82	Total Relationship Scale Inventory	46	95	73,74	8,16	-0,440	0,660
Secure	11	35	21,33	4,48	Secure	11	35	22,31	5,42	-1,260	0,208
Fearful-Avoidant	4	25	15,46	5,57	Fearful-Avoidant	4	25	14,99	4,86	-0,614	0,539
Dismissive	11	35	22,38	5,47	Dismissive	11	32	23,00	4,65	-0,541	0,589
Anxious-Preoccupied	6	22	13,69	3,94	Anxious-Preoccupied	4	24	13,44	4,38	-0,399	0,690
Total Difficulties in Emotion Regulation Scale	17	67	30,50	10,42	Total Difficulties in Emotion Regulation Scale	16	73	33,33	12,48	-1,936	0,049
Openness	2	9	4,40	1,69	Openness	2	10	4,03	1,94	-1,506	0,132
Purposes	3	15	7,26	3,17	Purposes	3	15	8,36	3,20	-2,341	0,019
Impulse	3	15	5,20	2,51	Impulse	3	15	5,78	3,06	-1,676	0,094
Strategies	5	21	8,61	3,38	Strategies	5	24	9,65	4,19	-1,816	0,069
Not Accepting	3	14	5,03	2,46	Not Accepting	3	15	5,51	2,70	-1,551	0,121
Total Adverse Childhood Experiences Scale	0	7	2,13	1,82	Total Adverse Childhood Experiences Scale	0	8	1,80	1,72	-1,298	0,194

to men ($Z=-2.738, p=0.006$). “Negative ego” scores, one of the sub-dimensions of the BSI scale, showed a statistically significant difference between men and women. “Negative ego” scores were higher in women compared to men ($Z=-2.820, p=0.005$). “Somatization” scores, one of the sub-dimensions of the BSI scale, also showed a statistically significant difference between men and women. “Somatization” scores were found higher in females compared to males ($Z = -2.819, p = 0.005$).

The close relationships scale total scores showed a statistically significant difference between those with and without a psychiatric diagnosis. Total scores of the close relationship scale were found to be higher in those with a psychiatric diagnosis ($Z=-2.002, p=0.045$). ACE’s scores showed a statistically significant difference between those with and without a psychiatric diagnosis. ACE’s scores showed a statistically significant difference between those with and without a psychiatric diagnosis. ACE’s total scores were higher in those with a psychiatric diagnosis ($Z=-3.747, p<0.001$).

The relationship between the BSI scale and subscale scores of chronic urticaria patients, the Close Relationships Scale and its subscale scores, the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its sub-dimensions, the total scores of the ACE’s and the people they live with were examined using the Kruskal Wallis test.

In the test results, a statistically significant difference was observed between the scores of “secure attachment”, one of the sub-dimensions of the Close Relationships scale, and the people they lived with ($KV=7.774, p=0.021$). As a result of the post-hoc tests, “secure attachment” scores showed a significant difference between those living with their spouse / children and those living alone ($p=0.049$).

A statistically significant difference was observed between the “fearful attachment” scores of the Close Relationships sub-dimensions and the people they lived with ($KV=6.531, p=0.038$). As a result of the post-hoc tests, the “fearful attachment” scores showed a significant difference between those living alone and those living with their spouse / children and mother / father / sibling ($p = 0.003; p = 0.021$, respectively).

A statistically significant difference was observed between the “dismissive attachment” scores, one of the sub-dimensions of the Close Relationships scale, and the people they lived with ($KV=6.458, p=0.040$). As a result of the post-hoc tests, “dismissive attachment” scores showed a significant difference between those living alone and those living with their spouse / children and mother / father / sibling ($p = 0.021; p = 0.033$, respectively)

A statistically significant difference was observed between the “openness” scores, one of the sub-

Table 3. Relationships between scores from scales and subscales applied to the patient group

Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1- Total Brief Symptom Inventory	r 1																	
	p .																	
2- Depression	r ,925**	1																
	p <0.001	.																
3- Anxiety	r ,929**	,823**	1															
	p <0.001	<0.001	.															
4- Negative Ego	r ,831**	,777**	,744**	1														
	p <0.001	<0.001	<0.001	.														
5- Somatization	r ,749**	,581**	,720**	,421**	1													
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.													
6- Hostility	r ,855**	,720**	,727**	,702**	,622**	1												
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.												
9- Fearful-Avoidant	r 0,174	0,148	0,06	,288**	-0,001	,313**	,637**	-,363**	1									
	p 0,123	0,189	0,597	0,01	0,994	0,005	<0.001	0,001	.									
10-Dismissive	r 0,175	0,142	0,149	,257*	0,055	0,145	,735**	-0,159	,471**	1								
	p 0,12	0,207	0,186	0,021	0,626	0,199	<0.001	0,16	<0.001	.								
11- Anxious-Preoccupied	r 0,084	0,081	0,092	0,098	0,129	-0,012	,526**	0,152	0,07	0,084	1							
	p 0,458	0,477	0,418	0,388	0,254	0,915	<0.001	0,18	0,536	0,461	.							
12- Total Difficulties in Emotion Regulation Scale	r ,641**	,512**	,623**	,613**	,434**	,577**	,343**	-0,107	,441**	,284*	0,153	1						
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0,002	0,344	<0.001	0,011	0,175	.					
13- Openness	r ,450**	,448**	,444**	,359**	,310**	,272*	0,114	-0,119	0,210	0,082	0,144	,589**	1					
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0,005	0,015	0,313	0,291	0,062	0,47	0,202	<0.001	.					
14- Purposes	r ,521**	,376**	,496**	,536**	,360**	,500**	,231*	-0,149	,339**	,291**	0,02	,846**	,451**	1				
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0,04	0,186	0,002	0,009	0,859	<0.001	<0.001	.				
15- Impulse	r ,400**	,273*	,411**	,376**	,257*	,405**	,416**	0,032	,289**	,274*	,318**	,671**	0,165	,491**	1			
	p <0.001	0,014	<0.001	<0.001	0,021	<0.001	<0.001	0,781	0,009	0,014	0,004	<0.001	0,143	<0.001	.			
16- Strategies	r ,571**	,476**	,524**	,558**	,357**	,534**	,365**	-0,058	,455**	,248*	0,148	,834**	,351**	,582**	,570**	1		
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0,001	<0.001	0,001	0,607	<0.001	0,026	0,191	<0.001	0,001	<0.001	<0.001	.		
17-Not Accepting	r ,392**	,338**	,386**	,450**	,235*	,325**	,292**	-0,151	,429**	,331**	0,042	,710**	,350**	,479**	,388**	,605**	1	
	p <0.001	0,002	<0.001	<0.001	0,036	0,003	0,009	0,183	<0.001	0,003	0,714	<0.001	0,001	<0.001	<0.001	<0.001	.	
18- Total Adverse Childhood Experiences Scale	r ,319**	,235*	,298**	,299**	0,213	,403**	,337**	0,132	,285*	0,209	0,088	,447**	0,113	,382**	,407**	,364**	,282*	1
	p 0,004	0,036	0,007	0,007	0,058	<0.001	0,002	0,243	0,010	0,063	0,436	<0.001	0,320	<0.001	<0.001	0,001	0,011	.

dimensions of the Difficulty in Emotion Regulation, among the people they lived with (KV=7. 698, p=0.021). As a result of the post-hoc tests, “openness” scores showed a significant difference between those living with spouse / children and those living with mother / father / sibling (p = 0.039).

DISCUSSION

A total of 160 people were included in our study. 80 people, including 55 women and 25 men, participated in our study as a group of patients. 80 people, including 55 women and 25 men, participated in our study as a healthy individual. The average age of our patients was 36.42. This result was compatible with other studies. On the other hand, no statistically significant difference was found between the ages and genders of the participants in our study between the patient and control groups. Because chronic urticaria is most common in the

middle ages, between the ages of 20-40. Furthermore, no statistically significant difference was found between the ages and genders of the participants in our study between the patient and control groups.

In our study, “depression”, “anxiety”, “negative ego”, “somatization” were statistically significant and high in women compared to men when the distribution of symptoms was evaluated in the patient group. In a study by Badoux and Levy in which psychological symptoms were investigated with 74 chronic urticaria patients, the Brief Symptom Inventory (BSI) was used and the BSI scores were found to be higher in women compared to men (16). These results are compatible with our research.

Many studies to date have shown that traumatic and stressful childhood experiences, known as adverse childhood experiences, are associated with many disorders. However, little is known about the effects of patients with skin conditions such as chronic urticaria

Table 4. Comparison of scale and subscale scores of the patient group in terms of gender (statistically significant variables)

	Gender	N	Mean	Z	p
Brief Symptom Inventory	Male	25	25, 56	-3, 001	0. 003
	Female	55	43, 12		
Depression	Male	25	7, 64	-2, 735	0. 006
	Female	55	12, 27		
Anxiety	Male	25	4, 96	-2, 738	0. 006
	Female	55	9, 05		
Negative Ego	Male	25	4, 44	-2, 820	0. 005
	Female	55	8, 52		
Somatization	Male	25	3, 84	-2, 819	0. 005
	Female	55	7, 05		

Mann-Whitney U test

and the effects of adverse childhood experiences. McKenzie and Silverberg examined the relationship between adverse childhood experiences and atopic dermatitis, a skin disease, and they found that individuals exposed to more adverse childhood experiences had a higher prevalence of atopic dermatitis. Besides, when the clinical processes of some skin diseases were examined, it was observed that there may be complex and sometimes mutual interactions between biological, psychological, and social factors that may play a role in the formation and development of skin diseases (18,19).

Table 5. Comparison of scale and subscale scores of the patient group in terms of psychiatric diagnosis (Statistically significant variables)

Close Relationship Scale	Yes	24	76, 66	-2, 002	0,045
	No	56	71, 21		
Adverse Childhood Experiences Scale	Yes	24	3, 25	-3. 747	<0,001
	No	56	1, 64		

Table 6. Comparison of the scale and subscale scores of the patient group in terms of the people they live with (Statistically significant variables)

Living with	N	Mean	KV	p
Secure				
Spouse / Children	54	22, 20	7, 774	0. 021
Mother / Father / Brother-Sister	18	19, 50		
Alone	8	19, 50		
Fearful-Avoidant				
Spouse / Children	54	14, 85	6. 531	0. 038
Mother / Father / Brother-Sister	18	15, 27		
Alone	8	20, 00		
Dismissive				
Spouse / Children	54	21, 83	6. 458	0. 040
Mother / Father / Brother-Sister	18	21, 94		
Alone	8	27, 00		
Openness				
Spouse / Children	54	4, 14	7. 698	0. 021
Mother / Father / Brother-Sister	18	5, 38		
Alone	8	3, 87		

It was observed that the chronic urticaria, one of the skin diseases, was associated with many research results related to physical and emotional comfort, social relationships and daily life activities because of its clinical features. For example; Michaelsson stated that 11-21% of psychological factors played a direct role in the onset of chronic urticaria. Champion et al., stated that the facilitating role was 24-68% and that there was no organic cause at 70-90% in chronic urticaria. When the causes that trigger attacks related to the patient group were examined in terms of our research findings, it was observed that “stress” and “no reason” played an active role in 84.2% of the patients, “air” and “water” in 7.4%, “food” in 2.1% and “physiological reasons” in 6.3% of the patients. Failure to find a reason at a rate of 84.2% in our study is compatible with other research findings (20-22).

In the relevant literature, there are many scientific reports on interpersonal relationships in psychodermatological diseases such as chronic urticaria, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata and vitiligo. These reports show that attachment insecurity is more common in patients with dermatological problems. Janković revealed that psoriasis patients, which are very common in society from skin diseases, had higher anxiety-related attachment and higher avoidance-related attachment. Besides, this study showed similarities with studies showing that insecure attachment could increase body sensitivity in some skin diseases. Individuals with avoidant attachment are affected by negative situations in relationships, his/her sensitivity to the body increases and somatization occurs. It was observed that patients with skin conditions had higher levels of continuous anxiety compared to healthy individuals and patients who perceived their social support as higher had lower levels of depression and anxiety. In our study, when the scale and subscale scores of chronic urticaria patients and the relationship between the people they live with were examined, a statistically significant difference was observed between the scores of “secure attachment”, one of the sub-dimensions of the close relationships scale, and the people they lived with (KV=7. 774, p=0. 021).

Post-hoc tests showed a significant difference in secure attachment scores between those living with their spouse / children and those living alone ($p=0.049$). Demirci et al. revealed that there was a relationship between insecure attachment styles and depression, anxiety and low quality of life in people with psoriasis. They also supported the idea that attachment insecurities may impair the physiological stress response by increasing perceived stress in these patients (23-25).

As part of a multi-center study conducted in 13 European countries organized by the European Association of Dermatology and Psychiatry, the attachment styles and satisfaction of dermatological outpatient patients were researched. According to this study, in which a total of 3.635 adult patients were included, it was observed that dermatological outpatient clinic patients were less dependent than other patients, were less disturbed by intimate relationships, and experienced similar anxiety in relationships. Participants with secure attachment styles reported significantly less stressful life events over the last 6 months than those with insecure attachment styles. Patients with secure attachment styles tended to be more satisfied with their dermatologists than unsafe patients. These results suggest that safe attachment of dermatological outpatient patients may be a protective factor in stress management (26). In our study, a significant positive relationship was found between chronic urticaria patients with insecure attachment and impulse, which is the sub-dimension of the difficulties in emotion regulation.

The British Association of Dermatologists reported that the psychosocial effects of 85% of patients with skin diseases are an important component of the disease, and psychiatric cases in the family may also be a subcomponent that can directly affect this condition. Because chronic urticaria is often associated with psychiatric symptoms such as depression, anxiety and stress that can play a role in the development and evolution of the disease. Emotional factors such as stress and anxiety are also known to play an active role in some skin disorders. Data obtained by Hashiro and Okumura (1994) showed that chronic urticaria patients were more prone to anxious, depressive, and psychosomatic symptoms than normal patients (19-27-29).

Gupta et al. examined the relationship between itching and depression in patients with itchy skin disease, which is considered to have a psychosomatic component, such as psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. It was recognized that these diseases had a psychosomatic component, since it was observed that the emotional stress experienced by the patient due to this disorder worsened or affected the course of this disorder (30).

In Barbosa et al.'s study, a significant prevalence of anxiety symptoms was observed more than depressive symptoms in chronic urticaria patients. Besides, significant relationships were observed with personality dimensions, insecure attachment styles, alexithymia, and quality of life dimensions from a comprehensive study of anxiety symptoms. These results emphasize the importance of reaching psychosocial variables in order to better understand chronic urticaria patients. They stated the points that should be taken into account in clinical contact with chronic urticaria patients with anxiety symptoms. These are personality traits (neuroticism, extroversion), how they relate to their social networks (partner, family members, close friends), how they seek social support and how they seek help and how they deal with emotions and express them to others, especially to the physician (31). In our study, a significant positive relationship was found between depression, anxiety, negative ego, hostility, difficulty in emotion regulation and adverse childhood experience in patients with chronic urticaria.

Depressive symptoms play an important role in chronic urticaria and idiopathic itching. Itching can cause symptoms of both depression and anxiety, and can also be caused by stress, anxiety or depression. Famous dermatologist Arthur Rook had argued for years that if psychological factors were not taken into account in at least half of all skin-related cases, the outcome of the treatment would be insufficient. But he turned out to be true to his word after many years of work. In this case, due to the frequency of psychological symptoms, complementary psychological treatment of patients suffering from chronic urticaria disease is considered necessary. For example, a study examining the relationship between skin disease and depression found that 43% of patients were prone to anxiety and depression. Moreover, Kökçam and Dilek found that depression (48.1%) and generalized anxiety disorder (31.4%) were among the most common diagnoses in the dermatology clinic. In a study to determine the levels of anxiety and depression experienced by chronic urticaria patients by Engin et al., high values of anxiety and depression emerged, supporting studies in the literature. In our study, no statistically significant difference was found between the scores of the BSI scale and sub-dimensions (depression, anxiety) of chronic urticaria patients and those with and without a psychiatric diagnosis (32-36).

A positive relationship was found between somatization and emotional regulation difficulties. Individuals who have difficulties in expressing emotions in difficult times may experience their emotional difficulties as sensitivity to their physical health (37,38).

CONCLUSION

Young children with multiple adverse childhood experiences have a higher prevalence and more persistent chronic urticaria disease. The clinical significance of these findings should encourage health professionals to consider using screening tools that identify adverse childhood experiences in pediatric populations. Besides, interventions to prevent adverse childhood experiences or address existing problems can reduce the risk of chronic urticaria formation and persistence. Future research is needed to verify these relationships, determine their mechanisms, and determine optimal prevention and treatment strategies in this subset of chronic urticaria patients.

REFERENCES

1. Brüske I, Standl M, Weidinger S ve diğ. (2014) Epidemiology of urticaria in infants and young children in Germany--results from the German LISApplus and GINIplus Birth Cohort Studies. *Pediatr Allergy Immunol*, 25:36-42.
2. Lee, S. J., Ha, E. K., Jee, H. Ve diğ (2017). Prevalence and risk factors of urticaria with a focus on chronic urticaria in children. *Allergy, Asthma & Immunology Research*, 9(3),212-219.
3. Jafferany, M., & Franca, K. (2016). Psychodermatology: basics concepts. *Acta dermato-venereologica*, 96(217),35-37.
4. França, K., Castillo, D. E., Rocchia, M. G., ve diğ (2017). Psychoneurocutaneous medicine: past, present and future. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 167(1), 31-36.
5. Mulligan, A., & Lavender, T. (2010). An investigation into the relationship between attachment, gender and recovery from psychosis in a stable community-based sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4),269-284.
6. Jones, J. D., Fraley, R. C., Ehrlich, K. B. ve diğ (2018). Stability of Attachment Style in Adolescence: An Empirical Test of Alternative Developmental Processes. *Child development*, 89(3),871-880.
7. Thompson, R. A., Waters, S. F., Beauchaine, T. P. ve diğ (2020). Development of emotion dysregulation in developing relationships. *The Oxford Handbook of Emotion Dysregulation içinde (s.99)* Oxford University Press.
8. Zilverstand, A., Parvaz, M. A., & Goldstein, R. Z. (2017). Neuroimaging Cognitive Reappraisal in Clinical Populations to Define Neural Targets for Enhancing Emotion Regulation. A systematic review. *Neuroimage*, 151,105-116.
9. Kalmakis, K.A. ve Chandler, G.E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of advanced nursing*, 70(7), 1489-1501.
10. Hunt, T.K., Slack, K.S. ve Berger, L.M. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child abuse ve neglect*, 67, 391-402.
11. Wolfe D. A., Scott K., Wekerle C., Pitman, A. L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*. 40(3) : 282-289.
12. Gündüz, A., Yaşar, B., Gündoğmuş, İ., Savran, C. ve Konuk, E. (2018). Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19: 68-75.
13. Sümer, N., Güngör, D. (1999). Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örnekleme Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43), 71-106.
14. Yiğit, İ. ve Yiğit, G.M. (2017). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 1-9.
15. Şahin, N.H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31) : 44-56.
16. Zuberbier, T., Maurer, M. (2007). Urticaria Current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol*. 87: 196-205.
17. Badoux, A., Levy, D.A. (1994). Psychological symptoms in asthma and chronic urticaria. *Ann Allergy*, 72 (Suppl 3), 229-234.
18. McKenzie, C. ve Silverberg, J.I. (2020). Association of Adverse Childhood Experiences With Childhood Atopic Dermatitis in the United States. *Dermatitis*, 31(2), 147-152.
19. Zhang, X.J., Wang, A.P., Shi, T. Y., Zhang, J., Xu, H., Wang, D.Q. ve Feng, L. (2019). The psychosocial adaptation of patients with skin disease: a scoping review. *BMC public health*, 19(1), 1404.
20. Baiardini, I., Braidò, F. ve Canonica, G.W. (2010). Impact of Urticaria: QOL and Performance. In *Urticaria and Angioedema* (pp. 33-36). Springer, Berlin, Heidelberg.
21. Michaelsson, G. (1969). Chronic urticaria. *Acta Dermatol Venereol*, 49:404-416.
22. Champion, R.H., Roberts, S.O., Carpenter, R.G. ve diğ. (1969). Urticaria and angio-oedema: a review of 554 patients. *Br J Dermatol*, 81:588-597.
23. Janković, S., Raznatović, M., Marinković, J., Maksimović, N., Janković, J. ve Djikanović, B. (2009). Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study. *Acta dermato-venereologica*, 89(4), 364-368.
24. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
25. Demirci, O.O., Ates, B., Sagaltici, E., Ocak, Z.G. ve Altunay, I.K. (2020). Association of the attachment styles with depression, anxiety, and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatologica Sinica*, 38(2), 81.
26. Szabó, C., Altmayer, A., Lien, L., Poot, F., Gieler, U., Tomas-Aragones, L. ve Sampogna, F. (2017). Attachment styles of dermatological patients in europe: A multi-centre study in 13 countries. *Acta dermato-venereologica*, 97(6-7), 813-818
27. Berrino, A.M., Voltolini, S., Fiaschi, D., Pellegrini, S., Bignardi, D., Minale, P., ve Maura, E. (2006). Chronic urticaria: importance of a medical-psychological approach. *European annals of allergy and clinical immunology*, 38(5), 149-152.
28. Arndt, J., Smith, N. ve Tausk, F. (2008). Stress and atopic dermatitis. *Current allergy and asthma reports*, 8(4), 312-317.
29. Hashiro, M., Okumura, M. (1994) Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci*, 8:129-135.
30. Gupta, M.A., Gupta, A.K., Schork, N.J. ve Ellis, C.N. (1994). Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*.
31. Barbosa, F., Freitas, J. ve Barbosa, A. (2011a). Chronic Idiopathic Urticaria and Anxiety Symptoms. *Journal of Health Psychology*, 16(7), 1038-1047.
32. Guerra-Tapia, A., Asensio Martinez, A. ve Garcia Campayo, J. (2015). The emotional impact of skin diseases. *Actas Dermosifiliogr*, 106(9), 699-702.
33. Buffet, M. (2003). Management of psychologic factors in chronic urticaria. When and how?. In *Annales de dermatologie et de venereologie* (Vol. 130, pp. 1S145-59).
34. Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.E. ve Main, C.J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of psychosomatic research*, 50(1), 11-15.

35. Kökçam, İ. ve Dilek, N. (2010). Dermatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Hastalar İçin İstenen Psikiyatri Konsültasyonları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. Cilt 24, Sayı 1, 021-024.
36. Engin, B., Uguz, F., Yılmaz, E., Özdemir, M. ve Mevlitoglu, I. (2008). The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 22(1), 36-40.
37. Martin, J. B. ve Pihl, R. (1985). The stress–alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. Psychotherapy and Psychosomatics, 43(4) :169-176.
38. Waller, E. ve Scheidt, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. International Review of Psychiatry, 18(1) :13-24.

Acil servis hemşirelerinin algıladıkları stres kaynakları: Nitel bir araştırma

Stress sources perceived by emergency service nurses: A qualitative study

İsmail Özdaş¹, Mehtap Kızılkaya²

¹İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi, ismailozdas89@yandex.com, 0000-0003-2311-1064

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, mehtap.kizilkaya@adu.edu.tr, 0000-0002-4000-8926

Anahtar Kelimeler:

Acil servis, Hemşire, Stres, Nitel

Key Words:

Emergency Service, Nurse, Stress, Qualitative

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Mehtap Kızılkaya,
Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD,
mehtap.kizilkaya@adu.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:

18.09.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

20.02.2021

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

01.03.2021

ÖZ

Amaç: Acil servisler çok sayıda hastaya hizmet vermesi, hastaların tıbbi bakım alanları arasındaki naklini sağlaması yönüyle hastanelerin en yoğun bölümleridir. Ayrıca yoğunlukla birlikte oldukça fazla stresör barındırdığı da bilinmektedir. Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin acil servisinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stres kaynaklarını belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Araştırma, nitel (kalitatif) araştırma yöntemlerinden "tek durumlu örnek olay çalışması" ile desenlenerek Şubat 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veriler, nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılarak toplandı ve elde edilen veriler, tümevarımsal içerik analizi yöntemi ile analiz edildi. **Bulgular:** Araştırmada, acil dahiliye servisinin fiziki şartlarının yetersiz, malzemelerin eksik, hemşire sayısının az, hasta yoğunluğunun, iş yükünün ve çalışma vardiya sürelerinin fazla olduğu ayrıca hemşirelerin mesleki tanımları dışında işlerle uğraşmak zorunda kaldığı gibi bulgulara ulaşıldı. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) birimi kurulmasının çözüm olabileceği önerildi. **Sonuç:** Bu araştırmada acil servislerde hemşirelerin birden çok stres kaynağına maruz kaldıkları belirlendi.

ABSTRACT

Aim: Emergency services are the busiest parts of hospitals, as they serve a large number of patients and provide transportation between medical care areas. It is known that it contains quite a lot of stress with this intensity. This study was conducted to determine the sources of stress perceived by nurses working in the emergency room of a university hospital. **Method:** The research was carried out between February 2017 and May 2018 by designing with a "one-case case study" which is one of the qualitative research methods. The data were collected using semi-structured interview method, one of the qualitative research methods, and the data obtained were analyzed with the inductive content analysis method. **Results:** In the study, it was found that the physical conditions of the emergency internal medicine service were insufficient, the materials were lacking, the number of nurses was low, the patient density, workload and working shift periods were high, and nurses had to deal with jobs outside of their professional definition. It was suggested that establishing a Consultation liaison psychiatry unit might be the solution. **Conclusion:** In this study, it was determined that nurses are exposed to more than one source of stress in emergency services.

GİRİŞ

İş ve meslek, insan ihtiyaçlarından kaynaklanan ve insanın toplumsal ilişkileri sonucu ortaya çıkan olgulardır (1). İnsanlar sahip oldukları işin, iyi bir gelir getirmesi, güvencesinin olması, ilgi çekici olması, iyi bir şeyler yapıldığı hissi vermesi, kariyer imkânı sağlaması, saygı ve kabul görmesi, çalışma arkadaşlarıyla

iyi ilişkiler kurmaya fırsat vermesi gibi beklentileri gerçekleştirmesini istemektedirler (2). Hastaneler, teşhis ve tedavi hizmetlerini yirmi dört saat aralıksız sunan işletmeler olarak tanımlanmaktadır (3,4). Genel olarak, hastanelerin stresli iş ortamlarından biri olduğu kabul edilmektedir (5). Acil servisler ise, kesintisiz hizmet vermesi, iş kazalarının ve iş risklerinin en yoğun yaşandığı birimler olması, ölüm oranlarının yüksek

olması, acile başvuran hasta ve yakınlarının belirsizlik, endişe ve korku gibi yoğun duyguları yaşamaları, şiddet olaylarına sıkça rastlanması nedenleriyle hastanelerin en stresli birimleri olarak kabul edilmektedir (6,7). Stres; bireylerin iç ya da dış ortamdaki değişiklikleri tehdit veya tehlike olarak algıladığı durumlara uyum sağladığı veya uyumsuzluk gösterdiği dinamik bir süreçtir (8,9). İnsan sosyal ve mesleki bakımdan pek çok role sahiptir. İnsanların iş koşulları tüm bu rollerini yakından etkilemektedir (10). Öyle ki işten kaynaklanan stresin yoğun olması ve uzun zaman dilimine yayılması sonucunda bireylerde kronik hastalık ve rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar; fiziksel (baş ağrısı, hipertansiyon, kalp hastalıkları vb.), ruhsal (geri çekilme, karşı koyma, depresyon korku endişe vb.) veya bilişsel (unutkanlık, dikkat eksikliği, vb.) olabilmektedir (11,12). Sağlık kurumları, birçok meslek grubunu bünyesinde barındıran kuruluşlardır. Bu meslek grupları içerisinde, hastanenin en yoğun iş yüküne sahip ve hasta bakım hizmetlerini 24 saat aralıksız yürüten meslek üyeleri hemşirelerdir (13). Hemşirelik, iş koşulları açısından stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir. Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi çalışanın sağlığı, güvenliği açısından olumlu olduğu kadar çalışan kişilerin iş verimini de olumlu yönde etkilemesi ve çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını sağlanması bakımından önemlidir. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2006 temasını güvenli ortam güvenli istihdam ve 2007 temasını da pozitif uygulama çalışma ortamı olarak belirlemiştir (14). Acil servislerin uygulama alanının geniş olması, yüksek bilgi ve beceri gerektirmesi, karmaşık teknolojiye sahip olması, hızlı ve bireysel karar verme sorumluluğu olması bu birimlerde çalışanların stres düzeyini arttıran diğer stres kaynaklarıdır. Hemşirelerin yaşadıkları stres sonucunda; iş doyumunda ve iş performansında azalma, işe karşı kayıtsızlık, işten sürekli yakınma, meslekten uzaklaşma, işe geç gitme, iş arkadaşlarına karşı eleştirel tutum, etkili karar verememe, istifa etme, sık sık ağlama, uyku ve yeme düzeninde bozulma, alkol, sigara ve ilaç kullanımında artma gibi belirtiler görülebilmektedir (15,16,17). Hemşirelerin işle ilgili yoğun stres yaşamaları hastalara sunulan bakımın kalitesini de etkileyebileceğinden stres kaynaklarının belirlenip yönetilmesi oldukça önemlidir (18).

AMAÇ

Bu çalışma, acil serviste çalışan hemşirelerin algıladıkları stres kaynaklarını, stresin meydana getirdiği sonuçları ve stresle baş etmede kullandıkları yöntemleri kendi algıladıkları doğrultuda belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Deseni

Bu çalışma, “tek durumlu örnek olay çalışması” ile desenlenerek gerçekleştirilmiş nitel bir araştırmadır. Bu çalışma raporunda, Kalitatif Araştırma Raporlama Konsolide Kriterleri (COREQ) yönergeleri yer aldı (19).

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın evrenini, Şubat-Mayıs 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Acil Dahiliye Servisi'nde çalışan 21 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada örneklem seçme kriteri olmaksızın sözü geçen acil serviste çalışan hemşirelerin tamamı örneklemi oluşturdu. Literatürde, “nitel araştırmalarda verilerin tekrarlanma durumunda araştırmanın veri toplama aşaması durdurulmalı ve örneklem büyüklüğü, tekrarın ilk görüldüğü yerde sabitlenmelidir” diye ifade edilmektedir (20). Bu yüzden araştırma örneklemi 3'ü erkek hemşire, 13'ü kadın hemşire olmak üzere 16 hemşire oluşturdu.

Veri Toplama Süreci

Araştırma soruları önce çalışmaya dahil edilmeyen bir hemşireye uygulandı, soruların anlaşılabilirliği ve cevap alma durumu değerlendirildi. Pilot uygulamadan sonra gerekli düzenlemeler yapılarak soru formuna son hali verildi. Veri toplama işlemine başlamadan önce, hemşirelere araştırmanın amacına yönelik kapsamlı olarak bilgilendirme yapıldı. Katılımcıların verileri sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı “Kişisel Bilgi Formu” ve araştırmaya ilişkin soruların yer aldığı “Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” kullanılarak, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile toplandı. Hemşirelerin çalışma düzenini aksatmayacak şekilde görüşme saatleri planlandı. Görüşmeler acil servis içinde yer alan sessiz olduğu düşünülen odada yapıldı. Hemşirelerle bire bir ve yüz yüze görüşüldü. Ortalama 30-40 dk. süren görüşmelerde bir ses kaydedici kullanıldı.

Verilerin Analizi

Veriler toplandıktan sonra verilerin ham dökümü bilgisayara araştırmacı tarafından yazıldı. Elde edilen verilerin analizinde, tümevarımsal içerik analizi tekniği kullanıldı. Braun ve Clarke (2006)'a göre içerik analizi yöntemi aşağıdaki adımları içerir; (1) verilerle alıştırmaya; (2) başlangıç kodlarının oluşturulması; (3) temaları aramak; (4) temaları gözden geçirmek; (5)

temaların tanımlanması ve adlandırılması ve (6) raporun üretilmesi. Araştırmacılar veriler üzerinde uzlaşma sağlayıncaya kadar tartışıp, bulguları en iyi tanımladığı düşünölen temalar belirlendi (21). Son olarak, veriler araştırmacılar tarafından organize edilip, yorumlanarak rapor haline getirildi.

Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (2017/10 sayı) onay, araştırmanın gerçekleştirileceği kurumdan yazılı izin (Ocak 2018/95500 sayı) ile araştırmaya katılan bireylerden yazılı ve sözlü onam alınarak gerçekleştirildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin 10'unun 24-30 yaş grubunda, 13'ünün kadın ve 9'unun bekar olduğu, 11'inin çocuk sahibi olmadığı belirlendi. Katılımcıların 14'ü lisans mezunu, olup 12'si hemşirelik mesleğini kendi isteğiyle seçtiği saptandı. Hemşirelerin 7'si 1-5 yıldır meslekte görev yapmakta, 11'i ise kurumun isteğiyle acil serviste çalışmaktadır.

Tema 1: Stres Kaynakları

Araştırmanın çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin yarısından fazlası (n=9) "fiziksel koşulların yetersiz", hemşire sayısının az ve ekip içi iletişimin kopuk olduğunu" ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası (n=9) "hasta ve hasta yakınlarının olumsuz tutumlarını" vurguladılar. Çalışma grubunu oluşturan personelin neredeyse yarıya yakını "görev tanımı dışındaki işleri yapma", "vardiyalı çalışma", "mesai saatlerinin uzun" ve "nöbet sayısının fazla olması" gibi

durumları belirttiler. Üç hemşire "hastaların poliklinik hizmetini acilden almak istemeleri" ve "döner sermaye ücretlendirmesindeki dengesizliği" stres kaynağı olarak aktarmışlardır. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

"Hasta ve hasta yakınlarının acil olaya bağılı olarak stresli ve ajite olmaları bu durumda direkt muhatap olduğumuzda streslerinin tamamını bize negatif yansıtmaları"

(katılımcı kadın, 36 yaşında)

"Diğer kurumlarda çalışanlarla alınan ücret farkı beni kötü etkiliyor"

(katılımcı kadın, 42 yaşında)

"Acilde iş yükü fazla olmasına rağmen döner sermayenin düşük olması"

(katılımcı kadın, 32 yaşında)

Tema2: Stresin Etkileri

Katılımcıların yarısından fazlası (n=9) "mutsuzluk, gerginlik ve sinirlilik" yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin yarısına yakını (n=6) "tükenmişlik" hissettiklerini ifade etmişlerdir. Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin üçte biri (n=5) stresli olduklarında olaylar karşısında "tahammülsüzlük ve tolerans azlığı" olduğunu iletilmişlerdir. Dört katılımcı yorgun hissettiğini, iki katılımcı ise işe gelmek istemediğini ve sosyal izolasyon yaşadıklarını söylemektedirler. Üç nolu katılımcı "nöbetli çalıştığımız için hafta sonu ve resmi tatil kavramımız ortadan kalkıyor ve sosyal izole oluyoruz" diye ifade ederken, 14 nolu katılımcı ise "çok

Tablo1: Katılımcı Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Çocuk Varlığı	Eğitim Durumu	Mesleği Seçme Durumu	Acil Serviste Çalışma Durumu	Meslekte Çalışma Yılı
K1	25	Erkek	Bekar	Yok	Lisans	Kendi isteği	Kendi isteği	2 yıl
K2	25	Kadın	Bekar	Yok	Lisans	Diğer	Kurumun isteği	2 yıl
K3	30	Kadın	Evli	Yok	Lisans	Diğer	Kurumun isteği	5 yıl
K4	42	Kadın	Evli	Var	Yüksek Lisans	Kendi isteği	Kendi isteği	20 yıl
K5	29	Kadın	Evli	Var	Lisans	Kendi isteği	Kendi isteği	10 yıl
K6	32	Kadın	Bekar	Yok	Lisans	Kendi isteği	Kurumun isteği	7 yıl
K7	29	Erkek	Evli	Yok	Lisans	Aile isteği	Kurumun isteği	4 yıl
K8	42	Kadın	Evli	Var	Yüksek Lisans	Kendi isteği	Kendi isteği	22 yıl
K9	23	Kadın	Bekar	Yok	Lisans	Kendi isteği	Kendi isteği	1 yıl
K10	30	Kadın	Evli	Var	Lisans	Aile isteği	Kurumun isteği	8 yıl
K11	26	Kadın	Bekar	Yok	Lisans	Kendi isteği	Kurumun isteği	2 yıl
K12	23	Kadın	Bekar	Yok	Lisans	Aile isteği	Kurumun isteği	1 yıl
K13	38	Kadın	Evli	Var	Lisans	Kendi isteği	Kurumun isteği	9 yıl
K14	33	Kadın	Bekar	Yok	Lisans	Kendi isteği	Kurumun isteği	9 yıl
K15	36	Kadın	Bekar	Yok	Lisans	Kendi isteği	Kurumun isteği	10 yıl
K16	30	Erkek	Bekar	Yok	Lisans	Kendi isteği	Kurumun isteği	4 yıl

yoğun geçen nöbet sonrası izin günlerimi evde geçirmeyi ve dinlenmeyi tercih ediyorum. Bu da sosyal hayattan uzaklaşmama neden oluyor” diye belirtti.

Tema 3: Stresle Baş Etme Yöntemleri

Hemşirelere stresle baş etmek için kullandıkları yöntemler sorulduğunda büyük çoğunluğu (n=10) “hobilerle ilgilendiklerini” belirttiler. Katılımcıların bu konudaki ifadelerine aşağıda yer verilmiştir;

“Fotoğraf çekiyorum ve örgü yapıyorum beni çok rahatlatıyor” (katılımcı kadın, 42 yaşında))

“Müzik dinlemek özellikle de klasik müzik iyi gelir bana... Ayrıca doğaya ait seslerde dinlerim. Su sesi, ateş çırtıtısı sesi gibi... Su sesi zaten tedavi edici” (katılımcı kadın 25 yaşında))

“İşe odaklanmaya çalışarak, profesyonelliğimi korurum” diyen katılımcılar ise yarısından azdır (n=7). Çalışmaya katılan hemşirelerin üçte birinden fazlası (n=6) ise “arkadaşlarımla sohbet etmek, aynı sorunları yaşayan kişilerle görüşmek, sevdiğim insanlarla vakit geçirmek, çocuklarımla vakit geçirmek” şeklinde ifade ettiler. Beş katılımcı ise ortamdan kısa süreli uzaklaşmanın kendilerine iyi geldiğinden söz etti. Katılımcıların dörtte biri (n=4) nefes egzersizleri, meditasyon ve olumlu düşünme egzersizi yaptıklarını ifade ettiler. Üç hemşire stres oluşturan durumu görmezden gelmenin ve uyumanın iyi bir baş etme yöntemi olduğunu belirtirken bir katılımcı ise sigara içerek stresle baş edebildiğini aktardı.

Tema4: Stresle Baş Etmede Kurum Politikaları

Araştırmaya katılan hemşirelere stresli durumları yönetebilmek için önerileri sorulmuş ve yanıtları sonucunda bazı kategorilere ulaşıldı. Bu kategoriler “fiziksel koşullarda iyileşme”, “çalışma koşullarında iyileşme” ve “sosyal planlamalara yönelik iyileşme” şeklindedir. Katılımcıların üçte biri (n=5) fiziksel koşullarda iyileşmenin sağlanması gerektiği konusunda söz ettiler. Hemşirelerin hemen hemen tamamı çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik önerilerde bulundular. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

“Görev tanımını netleştirmeli sekreterlik işlerini hemşireler yapmamalı”

(katılımcı erkek 25 yaşında, kadın 42 yaşında, kadın 30 yaşında, kadın 26 yaşında, erkek 30 yaşında)

“Çalışan sayısı arttırılabilir, triaj bilirkişi tarafından olmalı”

(katılımcı kadın 30 yaşında, kadın 36 yaşında)

“Vardiya 12 saatten 8 saate düşürülmeli”

(katılımcı kadın 25 yaşında, kadın 42 yaşında, kadın 29 yaşında, kadın 32 yaşında, kadın 26 yaşında)

“Nöbet sayısının fazla olması durumuna çözüm bulunabilir”

(katılımcı kadın 36 yaşında)

“İş ortamında 10- 15 dk kısa molalar sağlanabilir”

(katılımcı kadın 38 yaşında)

“Sorunların konuşulması için yöneticilerle ara ara toplantılar planlanabilir”

(katılımcı erkek 25 yaşında,, kadın 23 yaşında)

Katılımcı iki hemşire “döner sermaye dağıtımıyla ilgili kurum içinde eşitsizlik olduğunu” belirtti ve “ödüllendirme sistemi uygulanmalı” diye ekledi. Bir katılımcı “kongre ve bilimsel etkinliklere katılımda kolaylık sağlanmalı” derken bir başka katılımcıda kurumda yürütülen hizmet içi eğitim içeriklerinin düzenlenip yenilenmesi gerektiğini ifade etti. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısı (n=8) hastane dışında sosyal ortamlarda buluşmalar sağlanması gerektiğini ifade ederken düzenlenmesini istedikleri bu sosyal programlara yöneticilerinde katılması gerektiğini düşündüklerini eklediler.

TARTIŞMA

Acil servisler, hastalar ve sağlık çalışanları için yüksek stresli ortamlardır. Acil servislerde sunulan sağlık hizmetinin ertelenemezliği, hizmetlerin sunumunda farklı becerilere ve eğitimlere sahip olma zorunluluğu bu birimleri ayrıcalıklı kılmaktadır. Tedavi ve bakım hizmeti sunma sırasında hasta trafiğinin fazlalığı, gece ve hafta sonu çalışma, yemek saatlerinin kullanılmaması gibi koşullar acil serviste çalışan sağlık profesyonellerine fiziksel yük getirirken, tedavi edilemeyen hastalar ve kurtarılamayan hayatlara sürekli olarak tanıklık etmek ise sağlık çalışanlarına ruhsal yük getirmektedir (22). Bu nedenle çalışmada bir üniversite hastanesinin acil servisinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stres kaynaklarını belirlemek amaçlandı. Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının kurumun isteğiyle acil serviste çalıştıkları saptandı. İnsanın işinden hoşnut ve verimli olmasını sağlayan faktörlerin başında iş için gerekli niteliklere sahip olması ve o işi istemesi gelir. Bu nedenle, hemşirelerin yoğun bakım ve acil ünitelerinde görevlendirilirken rastgele değil, kendi istek ve niteliklerine göre görevlendirilmesi önemlidir. Taycan ve ark.’nın (2006) yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştığı bölümü tercih etme durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin tüm alt ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu

saptanmıştır. Bu sonuçlar çalıştıkları bölümde istemeden görev yapan hemşirelerin mesleğini sevmelerine rağmen meslekten uzaklaşmalarına ve ilerleyen süreçte tükenmişlik yaşayabilecekleri riski taşıdığı şeklinde yorumlanmıştır (23). Roza ve ark'nın (2017) yaptıkları nitel araştırma sonucuna göre acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik sendromu belirtileri göstermeleri mesleği bırakma kararı almalarına neden olmaktadır (24). Bu bulgular çalışmamızın sonucuna benzerlik göstermektedir. Aydın'ın (2000) yaptığı çalışmada, çalıştıkları bölümde kendi istekleriyle çalışan hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Sağlık personelinin kendi istediği bölümde iyi bir ortamda çalışması, işini seyerek ve isteyerek yapması daha kaliteli ve nitelikli bakım vermeyi sağladığı gibi hizmet veren ve hizmet alanın memnuniyetinin artmasını da sağlamaktadır (25,26). Söyük ve ark'nın (2017) acil servis çalışanları gözünden, acil servis sorunlarının değerlendirilmesi başlıklı nitel araştırmalarında, acil serviste çalışmayı kendisi isteyen hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin daha az, iş doyumunun ise daha fazla olduğu tespit edilmiştir (27). Araştırmamızın çalışma grubunu oluşturan hemşirelere çalışma ortamındaki stres kaynakları sorulmuş ve çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin yarısından fazlası fiziksel koşulların yetersiz, hemşire sayısının az ve ekip içi iletişimin ise kopuk olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde çalışma sonucumuzu destekler biçimde yapılmış çalışmalar olduğu görülmektedir. Tüm bu çalışmalarda malzeme temini konusundaki sorunlar, personel sayısının yetersizliği, iş yükünün ve mesai saatlerinin fazla olması, yöneticiler ile çalışanlar arasındaki iletişimin eksikliği/bozukluğu gibi sorunlar olduğu belirlenmiştir (28). Göktepe ve ark'nın (2020) yönetici hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin görüşlerini belirlemek için yaptıkları nitel desenli araştırma bulgularına göre sağlık çalışanları arasındaki iş birliği ve iletişimde sorunlar yaşandığı saptanmıştır (29). Tüm profesyonel meslek grupları için iş ortamında birlikte çalıştıkları insanlarla iyi bir iletişim içinde olunması çalışanların yaşam kalitelerini olumlu etkilediği tahmin edilebilir. Özellikle hizmet verenin de insan olduğu sağlık profesyonellerinde kişilerarası iletişim daha fazla önem arz etmektedir (30). Zangaro ve Soeken'in (2007) meta-analiz çalışmasında hemşirelerin mesleki doyumları ile meslektaşları arasında iletişim arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmış ve bununla birlikte iş stresi, otonomi ve hekimle iletişiminin de mesleki doyuma etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır (31). Connolly ve ark'nın yaptıkları çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin psikolojik olarak güçlü olmaları, çoğu zaman klinikte liderlik davranışlarını sergilemelerine önemli katkı sağladığı belirtilmektedir (32). Tüm bu çalışmalarda elde

edilen sonuçlar çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarla paralellik göstermektedir. Hastanelerde acil ve psikiyatri birimleri en fazla şiddet olaylarının görüldüğü alanlardır. Acil serviste çalışan hemşirelerin yüksek oranlarda şiddete maruz kaldıkları ve sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha yüksek oranlarda yaşandığı bilinmektedir (33). Acil servislere şiddet oranlarının yüksek olmasının nedeni, acil müdahale gerektiren hastalara hizmet verilmesi, yaşam ile ölüm arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşanması hem çalışanlar hem de hizmet alanlar açısından stresli bir ortam olması gibi nedenlerle açıklanabilir (34). Çalışmamızda hemşirelerin yarısından fazlası hasta ve hasta yakınlarının olumsuz tutumlarından duydukları rahatsızlığı vurgulamışlardır. Sağlık çalışanları ve şiddet konulu yapılan çalışmalarda sonuçları çalışmamızla benzerlikler gösterdiği görülmektedir. Bunlardan biri Ayrancı ve ark'nın (2006) yaptıkları çalışmadır. Araştırmada sağlık çalışanlarının %50,8'inin şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığı bulgusu elde edilmiştir (35). Jacqueline ve ark. (2009) triajda çalışan ve şiddete uğramış hemşirelerin deneyimlerini saptamak için yaptıkları nitel çalışmada, triaj sırasında uzun süre beklediklerini düşünen ve alkollü olan hastaların şiddet davranışı gösterme olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirttikleri (36), Talas ve ark'nın (2011) Ankara'da 270 acil servis hemşiresi ile yaptıkları çalışmada ise, hemşirelerin %41,1'nin fiziksel, %79,6'sının sözel şiddete uğradığı aktarılmaktadır (37). İran'ın batısında beş büyük hastanenin acil servislerinde çalışan hemşirelerle yapılan nitel araştırma sonucuna göre hemşirelere kendilerine yönelik şiddetin önlenmesinde politika yapıcıların ve sağlık hizmeti yöneticilerinin sorumluluk almaları gerektiğini belirtmişlerdir (38). Çalışma grubunu oluşturan personelin yarıya yakını görev tanımı dışındaki işleri yapma, vardiyalı çalışma, mesai saatlerinin uzun ve nöbet sayısının fazla olması, döner sermaye ücretlendirmesinin adil olmadığını belirtmektedirler. Altuntaş'ın çalışmasında (2004), hemşire olarak çalışmaktan mutlu olmadığını belirtenler, mutlu olmama nedeni olarak en çok çalışma koşullarının yetersiz olması ve ücret yetersizliğini ifade etmişlerdir (39). Yapılan başka bir çalışmada ise, hemşireler ağır ve yoğun çalışma koşulları, çalışma saatlerinden memnun olmama, ücret yetersizliği, çalıştığı için karşılığını alamama gibi gerekçelerle işten ayrılmayı düşündüklerini ifade etmektedirler (40). Yılmaz ve ark'nın (2006) yapmış olduğu çalışmaya göre, araştırmaya katılan hemşirelerin %79,4'ünün hemşireliği hem maddi hem de manevi olarak doyum verici bulmadığı sonucuna varılmıştır (41). İnce ve ark (2020)'nin acil serviste çalışan hemşirelerin bakım algılarını belirlemek için yaptıkları nitel araştırma sonucuna göre; hemşirelerin bakım sağlayıcı rollerini olumsuz etkileyen faktörlerin çalışma

saatleri, hemşire sayısının azlığı gibi durumların olduğu belirlenmiş olup iyileştirilmesi için kurumsal planlamaların yapılması önerilmiştir (42). Hemşirelerin yaşadıkları stresin kendilerini nasıl etkilediğine dair soruya katılımcıların yarısından fazlası mutsuzluk, gerginlik, sinirlilik yaşadıkları cevabını vermişlerdir. Aslan ve ark.'nın (2005), yoğun bakım ve acillerde çalışan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve işe bağlı gerginlik yaşadıklarını belirttiği çalışma, çalışmamızın sonucuyla örtüşmektedir (43). Çam ve ark.'nın (2005) bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde hemşire ve hekimlerle yaptıkları çalışmada, çalışma ortamı ve koşullarının tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında etkili olduğu sonucuna ulaştıklarını bildirmişlerdir (27). Kebapçı ve ark.(2011)'nin acil servislerde çalışan hemşirelerde, çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada acil servislerde araç gereç ve fiziksel donanımın, çalışanların tedavi ve bakım girişimlerini kolaylaştıracak şekilde olmasının hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu belirlenmiştir (44). Literatür incelendiğinde yapılan tüm bu çalışma sonuçlarının çalışmamızın sonuçlarına benzer olduğu görülmektedir. Hemşirelere stresle baş etmede kullandıkları yöntemler sorulduğunda, büyük çoğunluğu "hobilerle ilgilendiklerini", hemşirelerin yarından fazlası ise "işe odaklanmaya çalışarak, profesyonelliğimi korurum" diyerek stresle baş ettiklerini ifade etmişlerdir. Kavaklı ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada hemşirelerin otonomi, mesleki örgütlere üyelik ve bilimsel makale yazma gibi profesyonellik alanlarında yetersiz oldukları sonucuna ulaştıkları vurgulanmaktadır (45). Hwang ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada, yüksek eğitim düzeyi ile iş memnuniyetinin profesyonelliği algılamada olumlu yönde etki gösterdiğini saptamışlardır (46). Hemşirelere, "hastanelerde stresli durumları daha iyi yönetebilmek için ne tür kurumsal planlamalar yapılabilir" diye sorulduğunda; katılımcıların üçte biri fiziksel koşullarda iyileşmenin sağlanması gerektiğini, katılımcıların neredeyse tamamı çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik önerilerde bulunmuş olup yarısı ise hastane dışında sosyal ortamlarda buluşmalar sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Literatüre bakıldığında, yönetim tarafından çalışanlara yönelik örgüt düzeyinde alınan tedbirlerin iş ortamından kaynaklanan stresi azaltmada ve stres kaynaklarını kontrol etmede önemli olduğu bildirilmektedir (47,48). Bu konuda yöneticilerin temel yaklaşımı, öncelikle çalışanların en fazla şikayetçi oldukları ve tatminsizlik duydukları konuları tespit etmek olmalıdır. Çalışanlar tarafından belirtilen şikâyetler önem derecesine göre sıralanarak, bunlar içerisinde çözümlenmesi mümkün olanların çözüme kavuşturulması çalışanların kurum içindeki performansları ve mutlulukları için gereklidir (49).

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma bulguları, sözü geçen üniversite hastanesinin acil servisinde çalışan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır.

SONUÇ

Çalışmanın sonucunda, katılımcılar çalışma alanının fiziksel koşullarının yetersizliğini, hemşire sayısının azlığını ve ekip içindeki iletişimin yetersizliğini çalışma ortamından kaynaklı stres kaynakları olarak ifade ettiler. Ayrıca hemşireler hasta ve hasta yakınlarının olumsuz tutumlarını, görev tanımını dışındaki işleri yapmayı, vardiyalı çalışmayı, mesai saatlerinin uzun ve nöbet sayısının fazla olmasını sorun olarak belirttiler. Hemşireler, yaşadıkları stresin kendilerini mutsuz, gergin, sınırlı ve tükenmiş hissettirdiğini aktardılar. Yoğun stres yaşadıklarında ise hobileri ile ilgilendiklerini, ortamdan uzaklaştıklarını, nefes egzersizi ve meditasyon yaptıklarını belirttiler. Hemşire katılımcılar kurum çalışanlarına hastane dışında sosyal programların düzenlenmesinin ve yöneticilerin de bu programlara katılmasının önemli olduğunu eklediler. Saptanan sonuçlara ek olarak kurumda KLP modelinin oluşturulması ve KLP hemşirelerinin yetiştirilip acil servis çalışanları başta olmak üzere hizmet vermesi önerildi.

KAYNAKLAR

1. Keith, G. (2011). "Tarihsel Süreçte Çalışma Kavramı ve Bir Kırılma Noktası Olarak Sanayi Devrimi", Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi, 48 (553).
2. Tınar, MY., Ulusoy, T.(2017). "Çalışma Koşullarının İnsancılaştırılmasında Çalışan Memnuniyeti Anketinin Rolü Uygulamadan Bir Örnek Analizi", Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 115-125.
3. Arslan, B. (2015). "Hastane Yönetiminde Liderlik ve İş Doyumu", Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
4. Roger, AE., Hwang, TW., Scott, LD., Aiken, LH., Dingers, DF. (2004). "The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety", Health Affairs, 33(4):202-212.
5. ILO Public Services International (2000). "Health Care Privatization: Workers", Insecurities in Eastern European, Workshop Report.
6. Kavlu, İ., Pınar, R. (2009). "Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi", Türkiye Klinikleri J Med Sci, 29(6): 1543-1555.
7. Edirne, T., Edirne, Y., Atmaca, B., Keskin, S. (2008). "Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Hastalarının Özellikleri", Van Tıp Dergisi, 15(4): 107-111.
8. Özel, Y., Bay Karabulut, A. (2018). "Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi", Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 1(1), 2018, 48-56.
9. Pehlivan, İ. (2002). "Yaşamında Stres," 2. Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara, s:21-23.
10. Gonas, L., Karisson, J. (2006). "Toplumsal Cinsiyet Ayrımı" Post- Endüstriyel Refah Devletlerinde Bölüm Çalışması, ASHGATE.
11. Baltaş, A. (2004). "Stres ve Başa Çıkma Yolları," Remzi Kitabevi, 22. Basım, İstanbul.

12. Demir, A. (2003). "Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi," *Toplum ve Hekim*, 18(4): 300-307.
13. Şahin, D., Önal, Ö., Sütlü, S., Kılınc, A., Mutluay, D. (2014). "Acil Servis ve Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", *MAKÜ Sağ. Bil. Enst. Derg.* 2014, 2(2): 81-92.
14. Mollaoğlu, M., Fertell, T., Tuncay, F. (2010). "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:5, Sayı:15.
15. Durmuş, S., Günay, O. (2007). "Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler," *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(2): 139-146.
16. Sağlam, Z. (2005.), "Acil Servis Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
17. Aydın, R., Kutlu, Y. (2001) "Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışma Eğilimi İle İlgili Değişkenler ve İş Doyumunun Çatışma Eğilimi İle Olan İlişisini Belirleme", *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5: 2, s. 37-46.
18. Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006). "Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri", *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1): 23-30.
19. Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). "Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32, İtem Checklist For Interviews And Focus Groups", *International Journal For Quality İn Health Care*, Volume 19, Issue 6, December.
20. Yıldırım, A., Şimşek, H. (2011). "Nitel Araştırma Yöntemleri", Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş., Ankara.
21. Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). "Qualitative Content Analysis İn Nursing Research: Concepts, Procedures And Measures To Achieve Trustworthiness", *Nurse Education Today*, Volume 24, Issue 2, February, Pages 105-112.
22. Cankurtaran, A. (2015). "Acil Servis Çalışanlarının Psikososyal Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi", *Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi*, Ankara.
23. Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N. (2006). "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo-demografik Özelliklerle Olan İlişkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 100-108.
24. Rizo, J.A., Daiwai, M., Hlaing, T., Stutzman, S.E. (2017). "Situational Factors Associated With Burnout Among Emergency Department Nurses", *Workplace Health & Safety*, June, Vol 65, No: 6.
25. Aydın, R. (2000). "Hemşirelerin İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışmalara Olan Etkisi", İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
26. Çam, O., Akgün, E., Gümüş, A.B., Bilge, A., Keskin, G.Ü. (2005). "Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri ile İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 213-220.
27. Söyük, S., Kurtuluş S. (2017). "Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi" *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 44-56.
28. Çetin, M., Aloğlu, E., Demir, C. (2000). "Asker Hastaneleri Yöneticilerinin Karşılaştıkları Yönetimsel Sorunların Analizi", *Gülhane Tıp Dergisi*, 42; 4.
29. Göktepe, N., Türkmen, E., Kebapçı, A., Albayrak, S., Topçu, İ., Miral, T., Serbest, Ş., Özcan, D. (2020). "Yönetici Hemşirelerin Hemşirelik Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri: Kalitatif Çalışma", *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, Sayı: 1, Cilt: 7.
30. Özbay, E. (2007). "İstanbul İlinde Askeri Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi", *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
31. Zangaro, G.A., Soeken, K.L. (2007). "A Meta Analysis Of Studies Of Nurses Jobsatisfaction", *Research in Nursing & Health*, 30(4):445-458.
32. Connolly, M., Jacobs, S., Scott, K. (2018). "Clinical Leadership, Structural Empowerment And Psychological Empowerment Of Registered Nurses Working İn An Emergency Department", *Journal of Nursing Management*, Vol: 6, No: 6, 625-637.
33. Kahya, B., Çetin, Ç., Cebeci, F. (2016). "Acil Servis Hemşirelerine Yönelik Şiddet: Sistematiik Derleme" *Fırat Tıp Derg.*, 21(4): 170-176.
34. Altıntaş, N. (2006). "Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
35. Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balci, Y., Kaptanoğlu, C. (2006). "Identification of Violence in Turkish Health Care Settings", *Journal of Interpersonal Violence*, 21: 276-296.
36. Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., Kable, A. (2011). Patient-Related Violence At Triage: A Qualitative Descriptive Study", *Int Emerg Nurs.*, Jan; 19(1):12-9.
37. Talas, M.S., Kocaöz, S., Akgüç, S. (2011). "A Survey Of Violence Against Staff Working İn The Emergency Department İn Ankara, Turkey", *Asian Nurs Res.*, 5: 197-203.
38. Hassankhani, H., Parizad, N., Smith, G., Rahmani, A., Mohammadi, E. (2018). "The Consequences Of Violence Against Nurses Working İn The Emergency Department: A Qualitative Study", *International Emergency Nursing* 39, 20-25.
39. Altıntaş, S. (2004). "Hemşirelerin İşlerine Karşı Tutumlarının Belirlenmesi", *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
40. Yıldız, N., Kanan, N. (2005). "Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9: 1-2, s. 8-13.
41. Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu, R., Çiçek, Z (2006). "Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi", *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 15(6): 92-97.
42. İnce, S., Bingöl, S. (2020). "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Algıları", *HUHEMFAD*, 7(1), 23-30.
43. Aslan, Ö., Lofçalı, A., Uğur, Ş., Tuğlu, A. (2005). "Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları", *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(1): 18-23.
44. Kebapçı, A., Akyolcu, N. (2011). "Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi", *Türkiye Acil Tıp Dergisi*; 11(2):59-67.
45. Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., Arslan, F. (2009). "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi", *Gülhane Tıp Dergisi*, 51 (3): 168-173.
46. Hwang, J., Lou, F., Han, S., Cao, F., Kim, W.O., Li, P. (2009). "Professionalism: The Major Factor Influencing Job Satisfaction Among Korean And Chinese Nurses", *International Council of Nurses*, 313-318.
47. Ergül, A. (2012). "Çalışma Yaşamında Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri Eğitim ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma" BAÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
48. Ergun, G. (2008). "Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Stresin İş gücü Performansı İle Etkileşiminin İncelenmesi", *DEÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
49. Özer, M.A. (2012). "Çalışanlar İçin Verimlilik Anahtarları: Stres Yönetimi", *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, (24), 1-2

Hasta memnuniyeti kavramının bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi

Examining patient satisfaction concept with bibliometric analysis method

Sümeýra Akın¹, Nurullah Kurutkan²

¹Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, sumeyraakinn@gmail.com, 0000-0001-8388-3686

²Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Düzce, nurullahkurutkan@duzce.edu.tr, 0000-0002-3740-4231

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı hasta memnuniyetini bibliyometrik analiz tekniği ile incelemektir. **Yöntem:** Çalışmada Web of Science Core Collection veri tabanı kullanılmıştır. Web of Science kullanılarak çalışmada konu ile ilgili düzenlemeler yapılarak prestijli kayıtlara ulaşılmıştır. Bu veri tabanında "Patient Satisfaction" kelimesi "title" (başlıklarda) olarak aratılmıştır. Zaman aralığı olarak 1975-2019 yılları seçilmiştir. İndeks olarak "SCI" (Science Citation Index Expanded) ve "SSCI" (Social Sciences Citation Index) seçilmiştir. Sonuç olarak 6,429 çalışma kaydı bulunmuştur. Konu medikal bilimler açısından sınırlandırıldığı için 2,434 sonuca ulaşılmıştır. Bu makalede, kelime madenciliği, ortak atf ve atf analizinin tüm birimleri VOSviewer yazılımı ile incelenmiştir. **Bulgular:** Kelime analizi sonucunda, cerrahi bakımla ilgili memnuniyet, hemşirelik hizmetleri ve bakıma dayalı memnuniyet ve hastanın aldığı hizmetin sonucunda tecrübe ettiği memnuniyet başlıklı üç küme belirlenmiştir. Atf analizinden en çok atf alan çalışma Cleary, 1988, dergi Medical Care, en çok atfı olan yazar Pusic, üniversite Harvard ve ülke ise ABD'dir. Ortak atf analizinde, en çok atf alan çalışma Cleary 1988'deki yayındır. **Sonuç:** Politika yapıcılar, karar vericiler, fon dağıtım kanalları ve akademisyenler hasta memnuniyeti analiz sonuçlarından istifade edebilir.

Anahtar Kelimeler:
Hasta Memnuniyeti, Sağlık Hizmetleri, Bibliyometrik Analiz

Key Words:
Patient Satisfaction, Health Services, Bibliometric Analysis

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Nurullah Kurutkan,
Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü Düzce,
nurullahkurutkan@duzce.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
18.01.2021

Kabul Tarihi/Accepted Date:
22.02.2021

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
01.03.2021

ABSTRACT

Objective: The main aim of this study is to examine patient satisfaction with the bibliometric analysis technique. **Method:** The Web of Science Core Collection database was used in the study. Using the Web of Science, prestigious records were reached by making arrangements related to the subject. In this database, the word "Patient Satisfaction" was searched as "title". The years 1975-2019 were chosen as the timeframe. "SCI" (Science Citation Index Expanded) and "SSCI" (Social Sciences Citation Index) were selected as the index. As a result, 6,429 study records were found. 2,434 conclusions were reached because the subject was limited in terms of Medical Sciences. In this article, all units of word mining, co-citation, and citation analysis were examined with VOSviewer software. **Results:** As a result of the word analysis, three clusters were identified: satisfaction related to surgical care, satisfaction based on nursing services and care, and satisfaction experienced by the patient as a result of the service they received. The most cited study from citation analysis is Cleary, 1988, the journal is Medical Care, the most cited author is Pusic, the university is Harvard, and the country is the United States. In the co-citation analysis, the most cited study is an article by Cleary in 1988. **Conclusion:** Policymakers, decision-makers, fund distribution channels, and academics can benefit from patient satisfaction analysis results.

GİRİŞ

Hasta memnuniyeti ile ilgili literatürde birçok tanıma rastlamak mümkündür. Hasta memnuniyeti, müşteri memnuniyeti kavramı yerine de kullanılmaktadır. En temel anlamıyla işletmelerin tüketicilerin isteklerini, ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamasıdır (1). Sadık müşteriler işletmeler için en mühim kâr aracıdır.

İşletmeler, müşterisini sadık müşteri haline getirmek için kaliteli ve kusursuz ürünler ve hizmetler sunmak için çabalamaktadırlar. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesinin mühim bir bölümünü oluşturur (2). Hasta memnuniyetini etkileyen birçok etmen mevcuttur. Hastaya, çalışana ya da kuruma ilişkin etmenler hasta memnuniyetini etkilemektedir (3).

Hasta memnuniyeti önemli bir sonuç ölçüsüdür (4). Hasta memnuniyeti ile sağlık hizmeti kullanımı, harcamaları ve sonuçları arasındaki ilişki tam olarak tanımlanmamıştır (5). Ayrıca son yıllarda, hastaların tedavi kararlarına katılımına giderek daha fazla önem verilmektedir (6). Hasta memnuniyetsizliği hastalarda, anlayışsızlığa, uyumlulukta zorluğa ve iyileşme sürelerinin artması gibi faktörlere sebep olmaktadır (7). Ayrıca hemşirelerin çalışma ortamı, hastalara olan tutum ve davranışlarının da etkileyerek, hasta memnuniyet düzeyini değiştirebilmektedir. Rahat, temiz bir ortam da çalışan hemşireler, bunu hastalarına olumlu şekilde yansıtmaktadır ve buna bağlı olarak hasta memnuniyeti artış göstermektedir (8). Hasta özelliklerine ek olarak, memnuniyet, sağlık hizmetlerinin nasıl verildiğinden de etkilenir (9). Hasta memnuniyeti sağlanan kurumlarda, daha verimli bakım sağlanmaktadır (10). Bu sebeple “Hasta memnuniyeti” konusu için bibliyometrik analiz çalışması Vosviewer programı ile görselleştirilerek incelenmiştir.

Hasta memnuniyetinde kelime madenciliği, atıf analizi ve ortak atıf analizleri ile bibliyometrik çalışma yapılmıştır.

Tablo 1: Çalışmada Kullanılan VOSviewer Analiz Çeşitleri

ANALİZ TİPİ	ANALİZ BİRİMİ
	Dokümanlar
	Kaynaklar
Atıf Analizi	Yazarlar
	Kurumlar
	Ülkeler
Kelime Madenciliği	
	Alıntı Yapılan Referanslar
Ortak Atıf	Alıntı Yapılan Kaynaklar
	Alıntı Yapılan Yazarlar

GEREÇ VE YÖNTEM

Bibliyometrik analiz, bilimsel dokümanların analiz tipleri ve alt birimleriyle incelenip görselleştirdiği analiz türüdür. Web Of Science, Google Scholar, PUBMED, Scopus ve EMBASE gibi veri tabanları kullanılır. Web of Science, Scopus ve Google Scholar tüm bilim dallarını kapsarken PUBMED ve EMBASE sadece tıbbi bilimlerdeki bilimsel verileri kapsamaktadır (11). Çalışmada Web of Science Core Collection veri tabanı kullanılmıştır. Web of Science kullanılarak çalışmada konu ile ilgili düzenlemeler yapılarak prestijli kayıtlara ulaşılmıştır. Bu veri tabanında “Patient Satisfaction” kelimesi “title” (başlıklarda)

olarak aratılmıştır. Zaman aralığı olarak 1975-2019 yılları seçilmiştir. İndeks olarak “SCI” (Science Citation Index Expanded) ve “SSCI” (Social Sciences Citation Index) seçilmiştir. Sonuç olarak 6,429 çalışma kaydı bulunmuştur. Konu medikal bilimlerden dolayı sınırlandırıldığı için 2,434 sonuca ulaşılmıştır.

Arama Stratejisi

Veri Tabanı: Web Of Science

Or Title: (“SURGERY”) OR TITLE: (HEALTH CARE SCIENCES SERVICES”) OR TITLE: (“MANAGEMENT”) OR TITLE: (“MEDICINE GENERAL INTERNAL”) OR TITLE: (“CRITICAL CARE MEDICINE”) OR TITLE: (“ORTHOPEDICS”) OR TITLE: (“NURSING”) OR TITLE: (“PSYCHOLOGY SOCIAL”) OR TITLE: (“PSYCHOLOGY CLINICAL”) OR TITLE: (“CLINICAL NEUROLOGY”) OR TITLE: (“PSYCHOLOGY”) OR TITLE: (“ONCOLOGY”) OR TITLE: (“OBSTETRICS GYNECOLOGY”) OR TITLE: (“HOSPITALITY LEISURE SPORT TOURISM”) OR TITLE: (“PATHOLOGY”) OR TITLE: (“PSYCHIATRY”) OR TITLE: (“DERMATOLOGY”) OR TITLE: (“ANESTHESIOLOGY”) OR TITLE: (“HEMATOLOGY”) OR TITLE: (“REHABILITATION”) OR TITLE: (“COMMUNICATION”) OR TITLE: (“ECONOMICS”) OR TITLE: (RADIOLOGY NUCLEAR MEDICINE MEDICAL IMAGING”) OR TITLE: (“PEDIATRICS”) AND TITLE: (PATIENT SATISFACTION)

Zaman Aralığı: 1975-2019 seçilmiştir.

Dil: İngilizce seçilmiştir.

Belge Türü: Article Or Review

Endeksler: SCI-EXPANDED, SSCI.

İncelenen Makale Sayısı: 2,434

BULGULAR

Ana Bulgular

En çok atıf alan ülkeler, bilim alanları, yıllara göre atıf sayısı, üniversiteler ve en çok atıf alan yazarlar ile ilgili genel bilgiler verildikten sonra bibliyometrik yazılım programı ile kelime madenciliği, atıf analizi ve ortak atıf analizi yapılacaktır.

Tüm ülkelere baktığımızda Amerika Birleşik Devletleri 1.100 atıf ile birinci sıradadır. İngiltere 266 atıf ile ikinci sırada, Almanya 133 atıf ile üçüncü sırada, Kanada 125 atıf ile dördüncü sırada, Hollanda 102 atıf ile beşinci sıradadır. Çalışma da 628 atıf sayısı ile en çok atıf alan kategori “cerrahidir”. Sağlık bilimleri hizmetleri, 442 atıf ile ikinci sıradadır. Tıp genel iç 414 atıf ile üçüncü

Tablo 2: Ana Bilgiler Tablosu (Yıllar, Ülke, Üniversite, Yazar ve Terim)

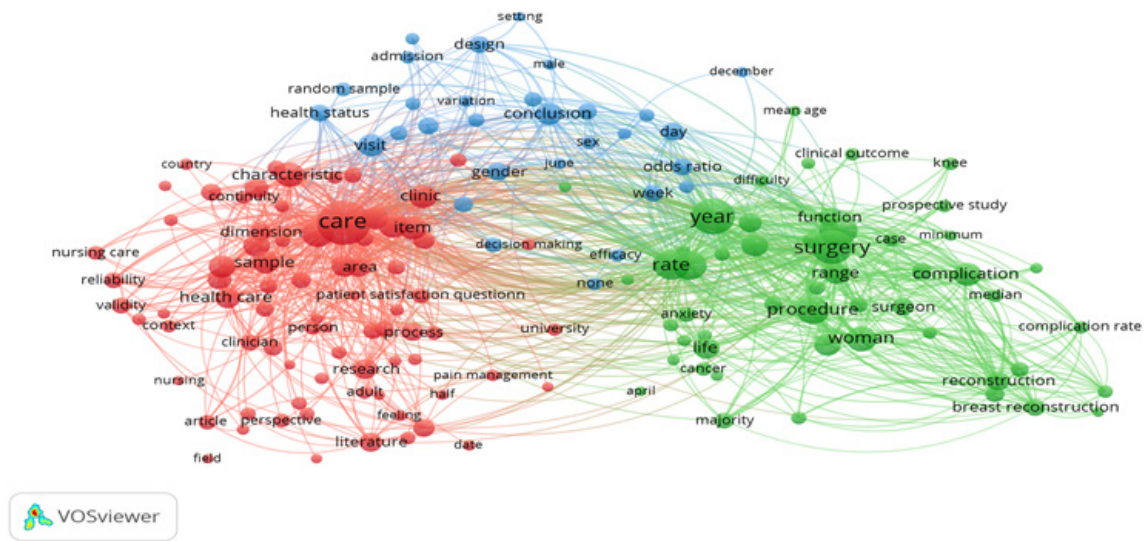
Y	AS	Ülke	AS	BA	AS	Üniversiteler	AS	Yazarlar	AS
2019	204	ABD	1,11	Surgery	628	Harvard	49	Gupta D.	13
2018	145	İngiltere	266	Health Science Services	442	Michigan	42	Lis CG.	13
2017	149	Almanya	133	Medicine General Interior	414	Toronto	39	Clement ND	10
2016	159	Kanada	125	Orthopedics	285	Brigham Kadın H.	32	Ring D	9
2015	131	Hollanda	102	Nursing	257	California Los Angeles	30	Fiscella K	8
2014	114	Avustralya	94	Health Policy Services	230	N Carolina	27	Lee BT	8
2013	124	İsveç	66	Clinical Neurology	162	Washington	27	Pusic AL	8
2012	102	İtalya	65	Oncology	148	Massachusetts Gen H.	25	Yueh JH	8
2011	120	Fransa	61	Gynecology	114	Oslo	23	Alderman AK	7
2010	107	Japonya	56	Primary Health Care Services	99	Penn	23	Bates DW	7

Y:Yıllar; AS: Atıf Sayısı; BA: Bilim Alanları; H: Hastane

sırada, Ortopedi 285 atıf ile dördüncü sırada, hemşire 257 atıf sayısı ile beşinci sırada yer almaktadır. Çalışma da 2010-2019 yılları arası incelendiğinde atıf sayılarında -belirli tarihler arasında bazen azalışlar olsa da- sürekli bir artış gözlemlenmiştir. 2017 ile 2018 yılları arasındaki düşüşler göze çarpmaktadır. Çalışma da 49 atıf sayısına sahip olan Harvard Üniversitesi birinci sırada yer almaktadır. Michigan Üniversitesi 42 atıf sayısı ile ikinci sırada yer alırken, Toronto Üniversitesi 39 atıf sayısı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Çalışma da en çok atıf alan yazarların Gupta D., Lis CG. olarak sıralandığı Tablo 2'da gösterilmektedir. Tabloda gösterilen en çok atıf

alan yazarların çalışmalarına göre sağlık kalitesinin en önemli göstergelerinden biri hasta memnuniyetidir (12).

Kelime Madenciliği Analizi (Create A Map Based On Text Date); Hasta memnuniyeti için yapılan çalışmada en çok kullanılan terimlerin tespitinde VOSviewer programında kelime madenciliği kullanılarak eşik değer 10 seçildiğinde 9839 terimin 266'sı bunu karşılamaktadır. 266 terim için %60 orana uygun seçilen terim sayısı 160'tır. Hasta memnuniyeti kelime madenciliği analiz sonucunda en çok atıf alan 10 terim Tablo 3'de gösterilmiştir.



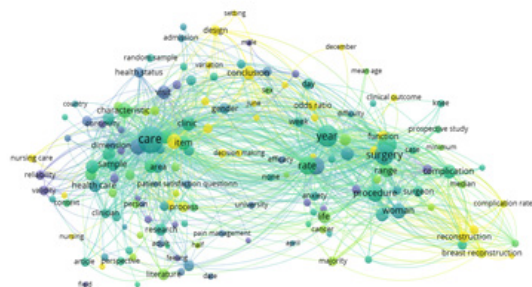
Şekil 1: Hasta Memnuniyeti Kelime Madenciliği Analizi Ağ Haritası

Tablo 3. Kelime Madenciliği Analizi ile En Çok Atf Alan 10 Terim

Terim	Atf Sayısı
Care	183
Years	124
Surgery	105
Month	94
Rate	87
Pain	77
Procedure	70
Service	68
Women	59
Model	58

Şekil 1'de kelime madenciliği analizi ağ haritası gösterilmektedir. Görsel, üç kümeden oluşmaktadır. Bu kümeleri, renklerine göre kırmızı küme, mavi küme, yeşil küme olarak sınıflandırabilmekteyiz. Hemşirelik ve bakım başlığı altında hemşire bakımı, sağlık bakımı, işlem, doktor, hemşire gibi alt kategoriler bulunur. Cerrahi bakım başlığı alt kategorileri arasında kadın, yaşam, kanser, komplikasyonlar, prosedür, septom bulunmaktadır. Deneyim ve sonuç başlığının alt kategorileri arasında ise sağlık durumu, departman, ziyaret etmek ve eve taburcu olmak kategorileri bulunmaktadır.

Şekil 2 a'da hasta memnuniyeti kelime madenciliği analizi zaman haritası gösterilmektedir. Şekilde görülen renkler bize terimlerin zamanını gösterir. Şekilde görülen kelimelerin en eski tarihi 2003 yılına dayanır. En yeni, güncel kelimeler sarı renkli olanlardır. Sonuç, model, proses, hemşire bakımı, sistematik inceleme gibi terimlerin daha güncel olduğunu görmekteyiz. Hasta memnuniyeti kelime madenciliği analizi yoğunluk haritası Şekil 2 b'de gösterilmektedir. Yoğunluk haritası, en önemli terimlerin hangileri olduğunu bize gösterir. Sarı rengin koyu olduğu yerler, yoğunluğun fazla olduğu yerleri gösterir. Şekil de bakım, ameliyat, semptom, yıl, oranlı, sağlık bakımı terimleri çevresinde yoğunluğun ilişkileri fazladır.



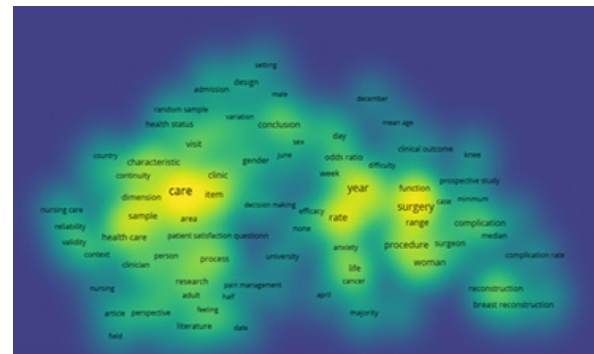
A) Zaman Haritası

Atf Analizi (Citation)

Atf analizi bibliyometrik analizin bir parçasıdır. Atf analizi, belirli bir süre içinde incelenen disiplinin entelektüel yapısının sanal bir görüntüsünü almak için makalelerin bibliyografyalarındaki referansların sayılmasını ifade eder. Akademik temelleri haritalamaya ek olarak, araştırmacıların meslektaşları hakkında ne düşündüklerini keşfetmeye de yardımcı olur (13). Bu bölümde hasta memnuniyeti atf analizinde doküman, kaynak, yazar, üniversite ve ülkeler arası analiz kategorileri bulunmaktadır.

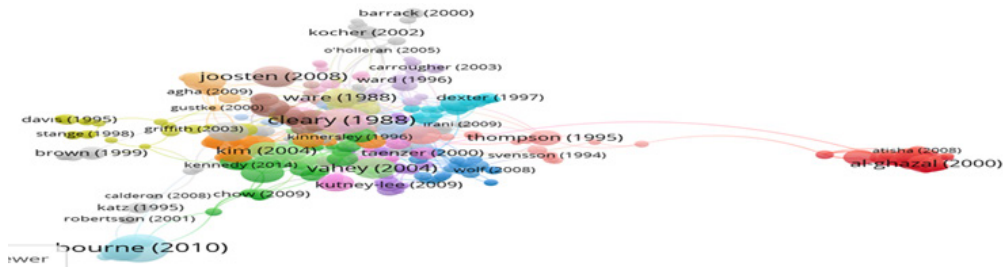
Şekil 3 A'da hasta memnuniyeti dokümanların atf analizi ağ haritası gösterilmiştir. Şekilde birbiriyle ilişkili iki farklı renkle gösterilen iki küme bulunmaktadır. En çok atf yapılan referansın 42 atf sayısı ile Cleary PD. olduğu görülmektedir. Cleary PD. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların raporlanması, kuruluşlara kalite ve memnuniyet arasındaki ilişki hakkında birtakım bilgiler sağlamaktadır (14). Ayrıca hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir hedefi olmalıdır. Hastaların rolü artırılarak, hastaların doktor talimatları ve davranışları üzerindeki memnuniyetinin izlenmesi gerektiği tespit edilmiştir (15).

Şekil 3 B'de hasta memnuniyeti dokümanların atf analizi zaman haritası gösterilmiştir. Şekilde dokümanların zaman içindeki dağılımları görülmektedir. Şekilde sarı rengin ağırlıkta olduğu Bourne, Fenton, Reid, Pusic gibi yazarlar yeni, güncel yazarlar olarak görülür. Cleary, Ware, Myles, Fitzpatrick gibi yazarlar ise eski zamana dayanan temel yazarları oluşturur. Temel yazarlardan olan Myles'in 2000 yılında yapılan çalışması incelendiğinde anestezi sonrası hasta memnuniyetinin, hastane bakımının önemli bir sonucu olduğuna varılmıştır. Ayrıca hasta memnuniyetsizliğine yol açan faktörler tespit edilip, önlenmelidir (16). Başka bir temel yazar olan Al-Ghazal'ın 2000 yılındaki bir çalışmasına göre hastanın psikolojik refahı ve

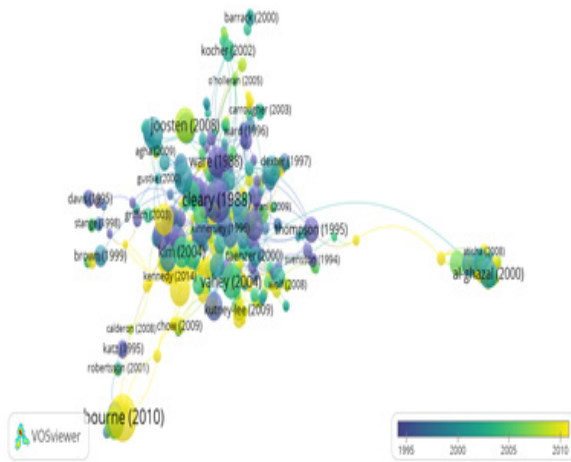


B) Yoğunluk Haritası

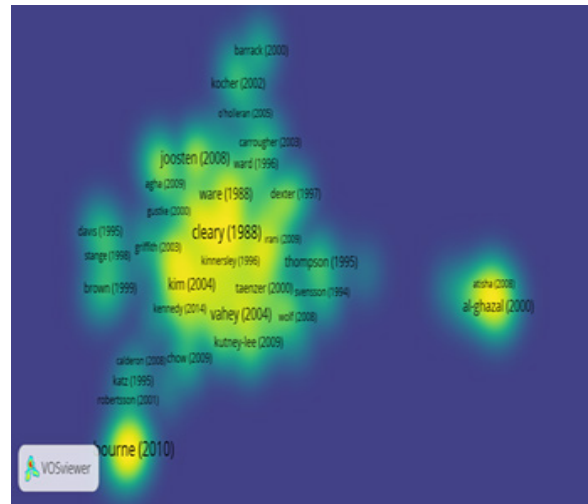
Şekil 2: Kelime Madenciliği Analizi Zaman ve yoğunluk haritası



A) Hasta Memnuniyeti Dokümanların Atıf Analizi Ağ Haritası



B) Zaman Haritası



C) Yoğunluk Haritası

Şekil 3: Makalelerin Atıf Analizi Ağ Haritası

yaşam kalitesi önemli bir hedeftir (17). Şekilde görüldüğü gibi Brown, temel bir yazardır. Brown, 1999 yılındaki çalışmasında hasta memnuniyetinin rekabetçi bir sağlık hizmetleri pazarındaki önemine dikkat çekmektedir. Kuruluşlarda iletişim becerileri için eğitim programlarının verilmesinin, hasta memnuniyetini artırıcı bir faktör olduğundan bahsetmektedir (18).

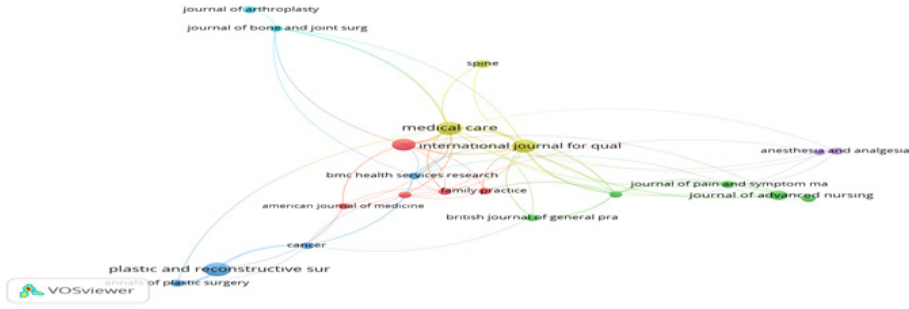
Şekil 3 C'de hasta memnuniyeti dokümanların atıf analizi yoğunluk haritası gösterilmiştir. Sarı rengin yoğun olduğu Cleary, Bourne, Al-Ghazal, Kim, Vahey gibi yazarların çalışmaları baskındır. Merkezden uzak olan noktalarda bulunan Barrack, Pusic ve O'Holleran gibi yazarların çalışmaları baskın değildir.

Hasta memnuniyeti kaynakların atıf analizi ağ haritası Şekil 4 A'da gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi haritada altı küme bulunmaktadır. Bu kümeler çeşitli renklerle gösterilmiştir. Birinci kümede yer alan Journal of General Internal Me, üçüncü küme de yer alan Plastic and Reconstructive Surgery ve dördüncü kümede yer alan Medical Care en çok atıf alan kaynaklar arasındadır.

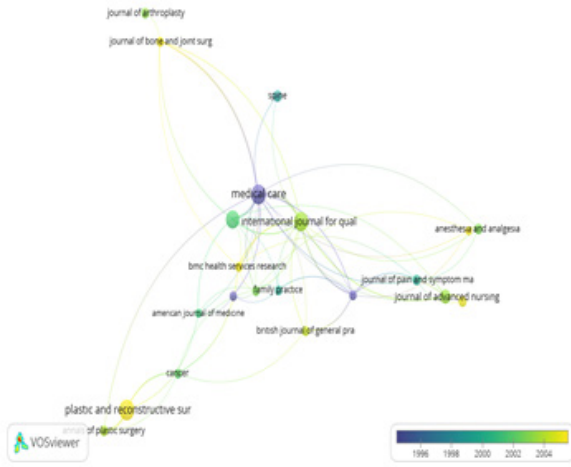
Medical Care'de yayınlanan bir araştırmaya göre hemşirelerin ve doktorların fazla iş yüküne sahip olması tükenmişliğe yol açmaktadır. Çalışma ortamında

yapılan gelişmeler ile birlikte hemşirelerde tükenmişlik düzeyi azalarak, hasta memnuniyetini de önemli derecede arttırmıştır (19). British Medical Journal'da yayınlanan bir makaleye göre teletıp, tıbbi bilgi sağlamak için telekomünikasyon teknolojilerinin kullanımı olarak tanımlanmıştır. Çalışmalar sonucunda teletıp ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Teletıp uygulaması kullanıldığında hasta memnuniyetinin arttığı sonucuna ulaşımlardır (20).

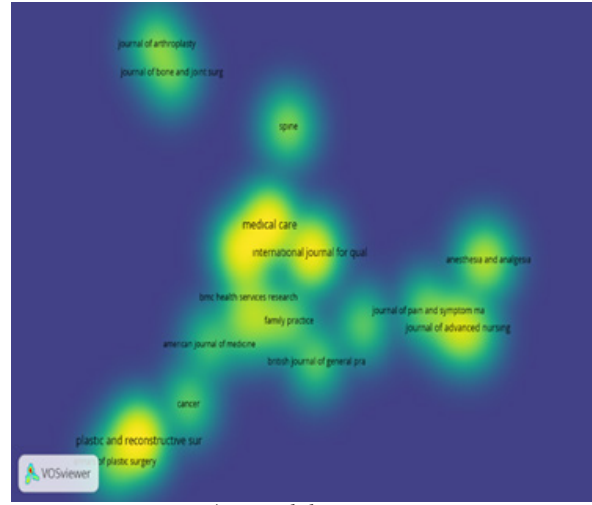
Şekil 4 B'de hasta memnuniyeti kaynakların atıf analizi zaman haritası gösterilmiştir. Şekilde kaynakların zaman içindeki dağılımları gösterilmiştir. Sarı renginin olduğu noktalar güncel kaynakları göstermektedir. Şekilde görülen Plastic and Reconstructive Surgery, Journal of Bone and Joint Surgery, BMC Health Services Research gibi kaynakların en güncel ,yeni kaynaklar olduğu görülmektedir. Medical Care, Journal of Family Practice ve British Medical Journal gibi kaynaklar mor renkle gösterilmiş olup, temel kaynakları oluşturmaktadır. Temel kaynaklardan olan British Medical Journal tarafından yapılan bir çalışmada hasta memnuniyetinin, sağlık hizmetlerinde önemli bir boyut olduğu saptanmıştır. Özellikle sağlığın iyileştirilmesinde, hasta memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir. Hasta



A) Hasta Memnuniyeti Kaynakların Atf Analizi Ağ Haritası



B) Zaman Haritası



C) Yoğunluk Haritası

Şekil 4: Dergilerin Atf Analizi Ağ Haritası

memnuniyetini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi, kurumlar için önemlidir. Özellikle kişisel, sürekli bakım hasta memnuniyetini artırıcı faktörler arasında yer almaktadır (21).

Şekil 4 C'de hasta memnuniyeti kaynakların atf analizi yoğunluk haritası gösterilmiştir. Sarı rengin yoğun olarak parladığı noktalarda baskınlık fazladır. Medical Care, Plastic and Reconstructive Surgery, International Journal For Qual yoğunluğun fazla olduğu noktalardır. Merkezden uzak, sarı rengin parlaklığının azaldığı, daha sönük kaldığı noktalarda baskınlık azdır. Spine, Cancer gibi noktalar merkezden uzak oldukları için baskınlıkları azdır.

Şekil 5 A'da hasta memnuniyeti yazarların atf analizi ağ haritası gösterilmiştir. Birinci kümede yer alan Pusic, Klassen, Cano ve ikinci küme de yer alan Lee, Toblas, Yueh en çok atf alan yazarlardır ve bu yazarlar birbirleriyle ilişki içerisindedir. Hasta memnuniyeti yazarların atf analizi zaman haritası şekil 5 B'de gösterilmiştir. Şekildeki renk dağılımlarının farklı olması, farklı zamanlara ait atf alan yazarları gösterir. Sarı renkle gösterilen Pusic, Klassen, Cano gibi

yazarların yeni çalışmaları olduğu gözlenir. Daha koyu renkle gösterilen Lee, Toblas ve Yueh gibi yazarlar ise temel çalışma yazarlarını oluşturur. Hasta memnuniyeti yazarların atf analizi yoğunluk haritası Şekil 5 C'de gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi sarı rengin en parlak olduğu noktalar olan Lee, Yueh, Klassen ve Cano yoğunluğun güçlü olduğu yazarlardır.

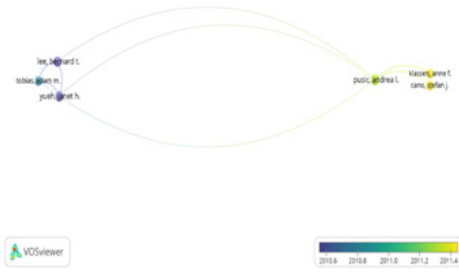
En çok atf alan yazarlardan biri olan Yueh ve arkadaşları bir çalışmalarında ulusal sağlık harcamalarının giderek artarak bir yük oluşturduğunu belirtmiştir. Söz konusu maliyetleri azaltmak için hastalar bilgilendirilmeli, tedavide seçim yapabilmeli ve kontrolde etkin olmalıdırlar. Bu gibi faktörleri sağlamanın hasta memnuniyetindeki etkisi belirtilmektedir (22).

Şekil 6 A'da hasta memnuniyeti organizasyonların atf analizi ağ haritası gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi beş küme farklı renk ile gösterilmiştir.

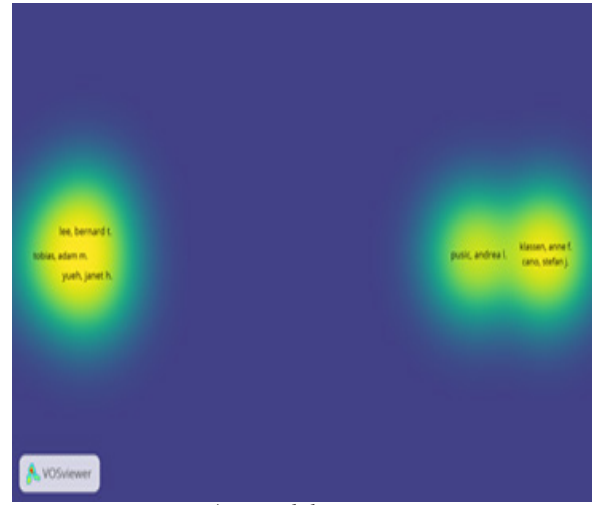
En çok atf alan organizasyon Harvard Üniversitesi olup tam merkezde yer almaktadır. En çok atf alan organizasyonların ilişkileri şekilde gösterilmektedir. En çok atf alan Harvard Üniversitesi, bulunulan



A) Yazarların Atıf Analizi Ağ Haritası



B) Zaman Haritası



C) Yoğunluk Haritası

Şekil 5: Dergilerin Atıf Analizi Ağ Haritası

ülkedeki ana dilin hasta memnuniyetini etkilediğini öne sürmüştür. Ana dili konuşmayan kişilerin hasta memnuniyet derecelerinin düşük olduğunu tespit etmiştir (23). Ayrıca Harvard Üniversitesi tarafından yapılan başka bir çalışmaya göre, hasta memnuniyeti sağlayan kurumlarda daha verimli bakım verildiği saptanmıştır (10).

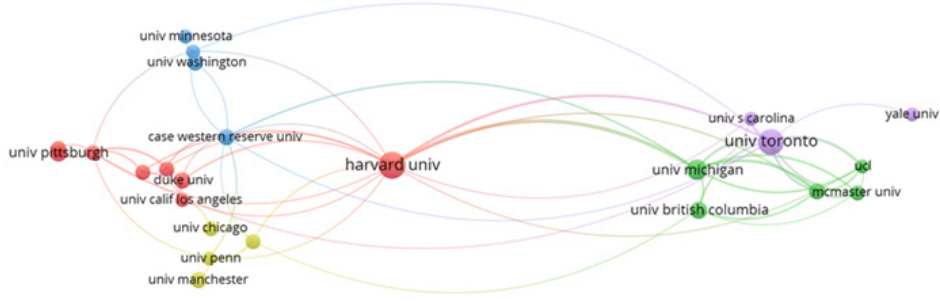
Şekil 6 B'de hasta memnuniyeti organizasyonların atıf analizinin zaman haritası gösterilmiştir. Şekilde organizasyonların zaman içerisindeki dağılımları gösterilmektedir. Temel organizasyonlar arasında olan Michigan Üniversitesi tarafından 1999 yılında yapılan bir çalışmaya göre rekabetçi sağlık pazarında hasta memnuniyeti önemli bir faktör haline gelmiştir. Ayrıca memnuniyette, hastaların sağlık hizmeti seçiminde bulunmaları etkili bir faktördür (24). Temel organizasyonlar arasında olan başka bir üniversite Manchester Üniversitesidir. Bu üniversitede yapılan çalışmaya göre doktorların tükenmişlik davranışında bulunmaları hasta memnuniyeti düzeyini etkilemektedir. Tükenmişliğe yakalanan doktor, hastalarına istedikleri düzeyde yardımcı olamaz ve hasta memnuniyetini

düşürmektedir (25).

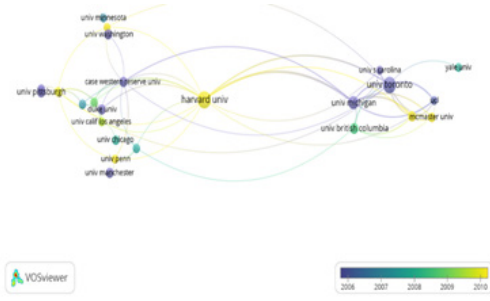
Şekil 6 C'de hasta memnuniyeti organizasyonların atıf analizi yoğunluk haritası gösterilmiştir. Sarı renginin en parlak olduğu noktalar en çok atıf alan organizasyonların baskınlığının yüksek olduğunu gösterirken, sarı rengin daha sönük olduğu noktalarda en çok atıf alan organizasyonların baskınlığının az olduğunu gösterir. Şekilde Harvard Üniversitesi, Toronto Üniversitesi, Pittsburgh Üniversitesi yoğunluğun en güçlü olduğu noktalardır. Rengin daha sönük kaldığı Yale Üniversitesi, Case Western Reserve Üniversitesi yoğunluğun daha zayıf olduğu noktaları göstermektedir.

Şekil 7 A'da hasta memnuniyetinde ülkelerin atıf analizinin ağ haritası gösterilmektedir. Şekilde en çok atıf alan ülkeler farklı renklerle gösterilmiştir. Şekle baktığımızda en çok atıf alan ülkelerin gelişmiş ülkeler etrafında birleştiğini görmekteyiz.

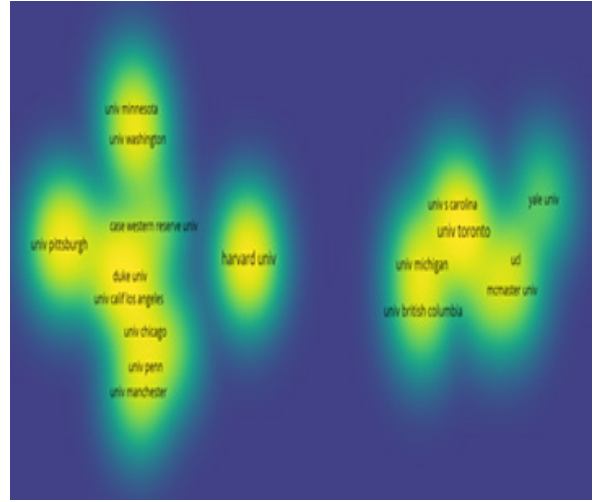
Hasta memnuniyetinde en çok atıf alan ülkelerin zaman haritası şekil 7 B'de gösterilmiştir. Şekilde ülkelerin zaman içerisindeki dağılımları gösterilmiştir. Şekilde gelişmiş ülkelerin birbirleriyle olan ilişkilerinin güçlü olduğu



A) Organizasyonların Atıf Analizi Ağ Haritası



B) Zaman Haritası



C) Yoğunluk Haritası

Şekil 6: Organizasyonların Atıf Analizi Ağ Haritası

görülmektedir. Merkezde yer alan Amerika Birleşik Devletleri en çok atıf alan temel ülkeler arasındadır. Ayrıca Kanada, İsveç, İngiltere gibi ülkelerinde en çok atıf alan temel ülkeler arasında olduğu görülmektedir. Sarı renk ile gösterilen Yunanistan ile Finlandiya zaman haritasında yeni ülkeler olarak gösterilmiştir.

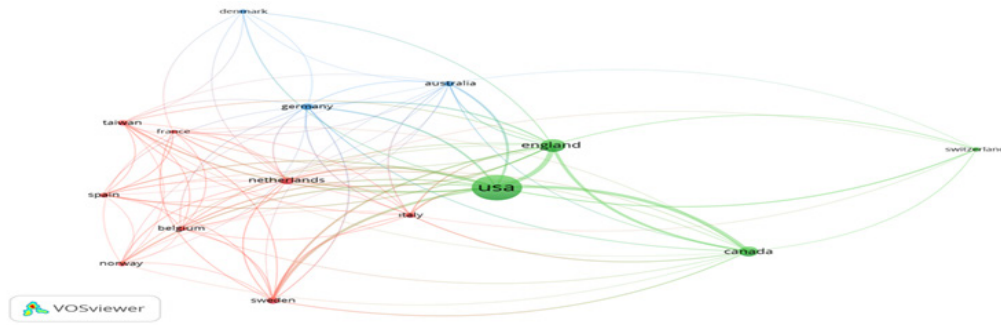
İngiltere de Oxford Üniversitesi tarafından yapılan bir araştırma da sağlık hizmetlerinin kalitesinin nasıl değiştiğine dair tartışmaların hasta memnuniyetini önemli boyutlardan biri olarak getirerek daha fazla ölçmek gerektiğini tespit etmiştir (26). Temel ülkeler arasında yer alan Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yapılan bir çalışmada doktorların mesleki memnuniyetinin hasta memnuniyetiyle olumlu yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (27). Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmaya göre ekip çalışmasının hakim olduğu kurumların, hasta memnuniyeti ile olumlu bir ilişkisi bulunmaktadır (28). En çok atıf alan ülkeler arasında olan İsveç, sağlık bakımının kalitesini değerlendirmede hasta memnuniyetinin önemli bir gösterge olduğunu belirtmektedir. Hemşirelik bakımına ilişkin hasta memnuniyetinin sağlanması

ile hasta güvenliğinin artacağına dikkat çekmektedir (29). Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri, hemşirelerin tükenmişliğinin, hastaların tükenmişliğine yol açacağını, tükenmiş hemşirelerin kötü raporda bulunarak, hasta memnuniyetini etkileyeceğini belirtmektedir (30).

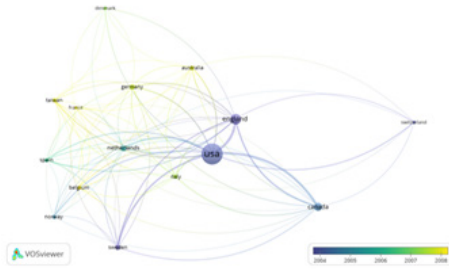
Şekil 7 C'de hasta memnuniyetinde en çok atıf alan ülkelerin yoğunluk haritası gösterilmiştir. Sarı rengin en parlak olduğu tek nokta şekilde görüldüğü gibi Amerika Birleşik Devletleridir. İngiltere ve Kanada gibi ülkelerin yoğunlukları diğer ülkelere kıyasla daha güçlü durumdadır. Şekilde baskınlığın en az olduğu nokta Avusturya olarak gösterilmektedir.

Ortak Atıf Analizi

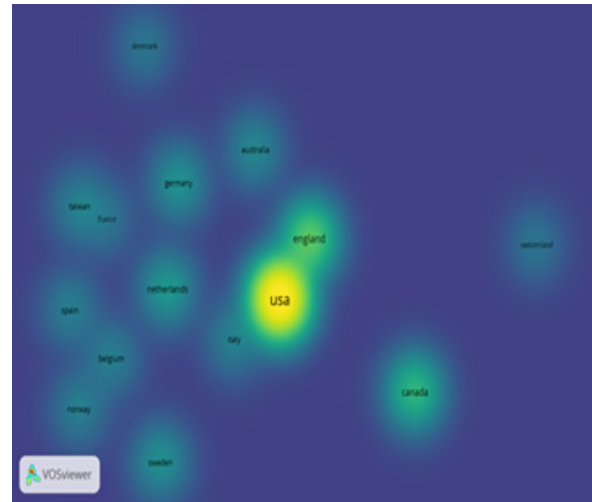
Ortak Atıf, iki belgenin veya yazarın ortak olarak alıntılanmış görünme sayısının sayısına dayanmaktadır. Ortak atıf analizi, farklı yaklaşımları veya yazar gruplarını belirlemede faydalı olmasının yanı sıra, bilim topluluğunun farklı kümelerin hangi şekilde birbiriyle ilişkili olduğunu anlamasına yardımcı olabilir. Ortak atıf verileri üç analiz birimi şeklinde görselleştirilmiştir. Bu birimler alıntı yapılan referanslar



A) Organizasyonların Atıf Analizi Ağ Haritası



B) Zaman Haritası



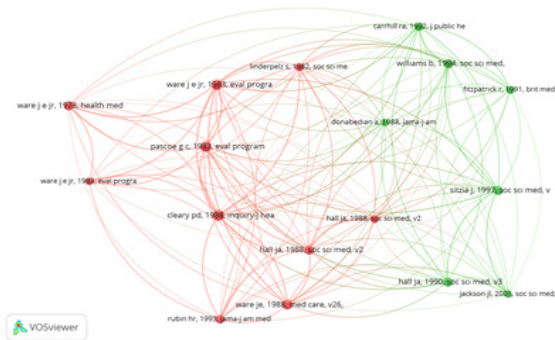
C) Yoğunluk Haritası

Şekil 7: Ülkelerin Atıf Analizi Ağ Haritası

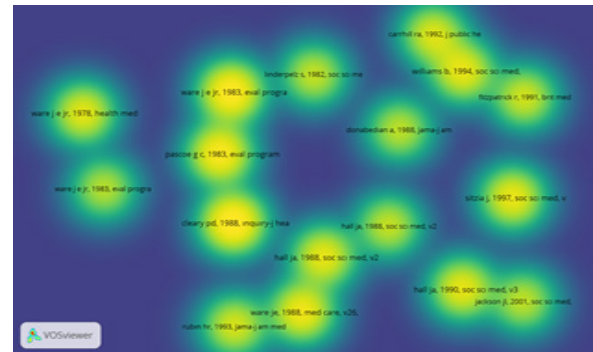
(cited references), alıntı yapılan kaynaklar (cited sources) ve alıntı yapılan yazarlar (cited authors) şeklinde incelenmiştir (31-34).

Şekil 8 A'da birbiri ile etkileşimli iki küme olduğu görülmektedir. Alıntı yapılan referanslara göre ortak atıf analizi şekli incelendiğinde en çok atıf yapılan referansın 42 atıf sayısı ile Cleary PD. olduğu görülmektedir.

Cleary PD. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların raporlanması, kuruluşlara kalite ve memnuniyet arasındaki ilişki hakkında birtakım bilgiler sağlamaktadır. (14). Ayrıca hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir hedefi olmalıdır. Hastaların rolü artırılarak, hastaların doktor talimatları ve davranışları üzerindeki memnuniyetinin izlenmesi gerektiği tespit edilmiştir (15).



A) Zaman Haritası

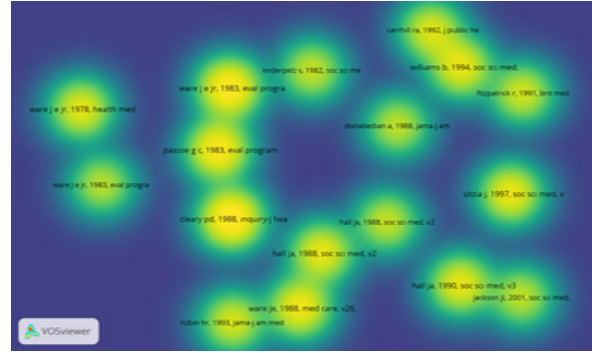


B) Yoğunluk Haritası

Şekil 8: Alıntı Yapılan Referansların Ortak Atıf Analizi Ağ Haritası



A) Zaman Haritası



B) Yoğunluk Haritası

Şekil 9: Alıntı Yapılan Kaynakların Ortak Atıf Analizi Ağ Haritası

Alıntı yapılan referansların ortak atıf analizine göre yoğunluk haritası Şekil 8 B'de gösterilmiştir. Sarı rengin hakim olduğu noktalarda yoğunluk yüksektir. Şekle baktığımızda Ware, JE. , Pascoe, GC. , Cleary, PD. referansların sarı renkleri daha parlak olduğundan yoğunlukları güçlüdür. Şekilde yoğunluğun düşük olduğu referanslara Hall, JA. , Jackson, JL. gösterilmektedir.

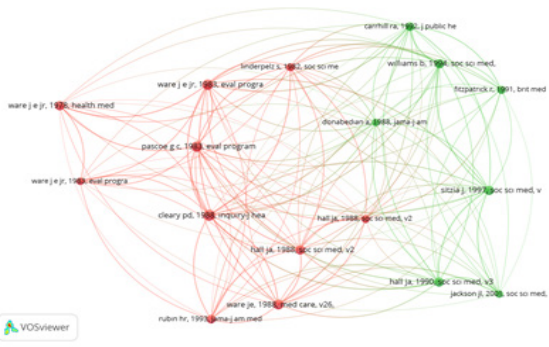
Hasta memnuniyeti alıntı yapılan kaynakların ortak atıf analizine göre ağ haritası Şekil 9 Ada gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi yedi küme bulunmaktadır ve bu kümeler farklı renklerle gösterilmiştir. Mavi renk ile gösterilen ve üçüncü kümede yer alan Med Care, 766 atıf sayısı ile hasta memnuniyeti ortak analizinde en çok atıf alan kaynaklar arasındadır. Kırmızı kümede yer alan Social Science & Medicine ise 420 atıf ile birinci kümede yer almaktadır. Yeşil renk ile gösterilen Plastic and Reconstructive Surgery, 447 atıf sayısı ile ikinci kümede yer almaktadır.

Hasta memnuniyeti alıntı yapılan kaynakların ortak atıf analizine göre yoğunluk haritası Şekil 9 B'de gösterilmiştir. Şekilde sarı rengin yoğun olduğu nokta sayısı oldukça az görülmektedir. Şekilde üçüncü

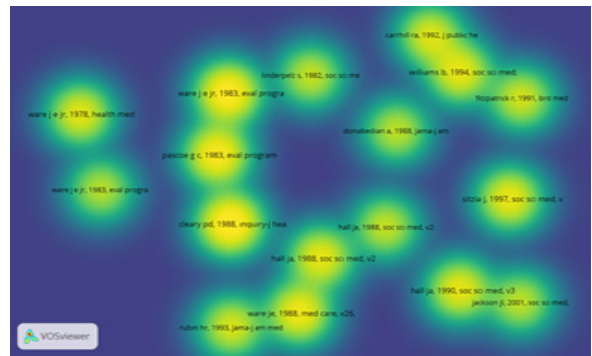
kümede yer alan Med Care, yoğunluğun güçlü olduğu noktalardan biridir. Ayrıca JAMA ve Plastic and Reconstructive Surgery noktaları da sarı rengin biraz yoğun olduğu yerlere örnek verilebilir.

Hasta memnuniyeti alıntı yapılan yazarların ortak atıf analizine göre ağ haritası Şekil 10 Ada gösterilmiştir. Şekilde beş küme olduğu görülmektedir. Bu kümeler farklı renklerle gösterilmiştir. 165 atıf sayısı ile en çok atıf alan yazar Hall, JA. , birinci kümede yer almaktadır ve kırmızı renkle gösterilmiştir. İkinci kümede yer alan Ware, JE. , 122 atıf sayısına sahiptir. Üçüncü kümede yer alan Cleary, PD. , 85 atıf sahiptir. Alderman, AK. , 29 atıf sayısı ile sonuncu kümede yer almaktadır ve mor renk ile gösterilmiştir.

Hasta memnuniyeti alıntı yapılan yazarların ortak atıf analizine göre yoğunluk haritası Şekil 10 B'de gösterilmiştir. Sarı rengin hakim olduğu parlak noktalar, yoğunluğun güçlü olduğunu göstermektedir. Şekilde yoğunluğun en baskın olduğu nokta Hall, JA yazarıdır. Cleary, PD. ve Ware, JE. , yoğunluğun baskın olduğu noktalardır. Şekil de Fung, D. yoğunluğun en az olduğu nokta olarak gösterilmektedir.



A) Zaman Haritası



B) Yoğunluk Haritası

Şekil 9: Alıntı Yapılan Kaynakların Ortak Atıf Analizi Ağ Haritası

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinde, hasta memnuniyeti önemli bir kalite göstergesidir. Çalışmanın temel amacı hasta memnuniyetini bibliyometrik analiz tekniği ile incelemektir. Hasta memnuniyeti çalışmasında 100 makalenin değerlendirilmesi sonucunda çeşitli kategoriler elde edilmiştir. Bu kategoriler total diz protezi sonrası ağrı, hemşirelik bakımları, doktorların hastalar üzerindeki tutumu, meme kanseri ve hasta memnuniyeti, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastaların kararlara katılımı şeklinde sıralanabilir.

Total Diz ve Hasta Memnuniyeti: Total diz protezi sonrası ağrı ile ilgili yapılan çalışmalara göre daha iyi sağlık hizmetleri için hasta memnuniyeti önemli bir sonuç ölçüsüdür. Hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerinin ve hedeflerinin karşılanması ile gerçekleşir. Hasta memnuniyeti, hastaların tedavilerinde uzun süreli memnuniyet sağlayarak yaşam kalitelerini arttırır. Ayrıca hastaların, kararlarda ortak olarak katılmasının total diz protezi sonrası ağrıda hasta memnuniyetini arttıran bir faktör olduğu saptanmıştır. Hastanın memnuniyeti ile hasta fiziksel olarak iyileşir ve bu durum ile birlikte semptomlar ortadan kalkar (35-42).

Hemşirelik ve Hasta Memnuniyeti: Sağlık bakımının kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi hayati önem taşımaktadır. Hasta memnuniyeti, sağlık bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Hasta memnuniyetinde hemşirelerin bakımı ve davranışları önemli bir faktördür. Bakım, hemşireliğin temel bir kavramıdır. Hemşirelerin bakım kalitesinin artması, hasta memnuniyeti de arttırmaktadır. Hemşire doğal ve yapıcı bir ortam yaratmalı, hasta ile ilişkilerini güçlendirmelidir. Her hastanın ihtiyaç ve beklentileri farklılık göstermektedir. Bu sebeple hemşirelik bakımının amacı hastanın ihtiyaçlarını karşılamak ve mümkün olan en yüksek seviyede bunu tutmak olmalıdır. Hemşirelik bakımının sağlanması durumunda hastaların hemşirelik iletişiminden memnun olma ve hastanelerini yüksek puanlama olasılığı daha yüksektir. Hemşire tarafından derecelendirilen hasta güvenliğinin en üst çeyreğinde yer alan hastanelerde daha düşük tükenmişlik, memnuniyetsizlik ve hemşirelerin kötü veya adil kalitede bakım bildirme olasılıklarını göstermektedir. Ayrıca hemşire bakımından memnun hastaların, hastanelerini tavsiye etme istekliliği artmaktadır (19, 8, 29,30).

Doktor ve Hasta Memnuniyeti: Hasta memnuniyeti tıbbi bakım kalitesinin önemli bir bileşenidir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, kalitenin bir göstergesi olarak daha fazla kullanılmaktadır. Doktor-hasta iletişimi, hastaların memnuniyet ve bağlılığında etkili bir faktördür. Doktor-hasta ilişkisinin sağlandığı

kurumlarda hastaların hatırlama ve anlama düzeylerinde artış görülür. Ayrıca hastalar, verilen ilaçları zamanında ve doğru şekilde kullanmaktadır. Doktorlar, mesleki strese uzun süre maruz kaldıklarında tükenmişlik yaşayabilmektedir. Yüksek tükenmişlik, hasta güvenliğini ortaya çıkarır. Bunun sonucu olarak düşük profesyonellik ve hasta memnuniyetsizliği oluşur. Tıbbi teknikler dışında doktorun hastaya yönelik davranışları memnuniyetini etkilemektedir. Doktorların daha fazla konuşarak görüşmeye hakim olmaları veya ses tonlarının hastalarda duygusal tatmin yaratması sonucu hasta memnuniyeti sağlanır. Özellikle doktorların empati kurarak, hasta görüşlerini anlamaları hasta memnuniyetini etkileyen güçlü bir faktördür (25, 27, 43-48).

Meme Kanseri ve Hasta Memnuniyeti: Meme kanseri en sık görülen kanser türüdür. Özellikle kadınların çoğu meme kanseriyle mücadele etmektedir. Meme rekonstrüksiyon operasyonlarının sayısı artmakla birlikte maliyetleri de oldukça yüksektir. Bu sebeple hasta memnuniyetinin sağlanması önemlidir. Meme rekonstrüksiyonunda yapılan çalışmalar, hastaların eksiksiz ve doğru şekilde bilgilendirilmelerinin, hasta memnuniyetinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Farklı doktorlarla tedaviye devam eden hastalar, hikayelerini sürekli anlatmaktan yorulmaktadır. Meme kanserinde, sürekli aynı doktorla tedaviye devam eden hastalarda, hasta memnuniyetinin daha çok sağlandığı tespit edilmiştir. Ayrıca ameliyat sonrası oluşan komplikasyonlar, enfeksiyonlar hastaları psikolojik olarak etkileyerek, memnuniyetsizliğe yol açmaktadır (22,17, 49-51).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti: Hasta memnuniyeti verilen bilgiler dışında, sağlık hizmetlerinin nasıl verildiğinden etkilenir. Sağlık hizmetleri, hasta memnuniyeti bakımın sürekliliği ile sağlanır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde doktor-hasta ilişkisi, önemli bir faktördür. Doktorlar, hastanın gerçek durumu hakkında net bir bilgiye sahiptir. Hastaların, doktorlardan beklentileri vardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık görevlerinin ihtiyaçları tanımlanmalıdır. Doktorlar, hastaların endişelerine dikkat etmelidir. Hastalara güven sağlamalıdır. Bu takdirde hasta memnuniyeti birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlanmış olur. Ayrıca kendi kendine bildirilen bakım devamlılığının, hasta memnuniyeti ile güçlü bir ilişkisi vardır. Bakımın sürekliliğinin iyileştirilmesi, kurumlarda hasta memnuniyetinin artmasını beraberinde getirmektedir. Bakımın sürekliliği ile acil servislere daha az başvurular gerçekleşmektedir (9, 52-53).

Hastaların Kararlara Katılımı ve Hasta Memnuniyeti: Son yıllarda tedavilerde hastaların katılımına giderek

daha fazla önem verilmektedir. Hastalar, bakımın merkezine yerleştirilerek kararlara ortak olmaya başlamıştır. Yapılan çalışmalara göre hastaların, kararlara katıldığında tedavileri üzerinde daha fazla kontrol sağladığı görülmektedir (6, 54).

Sonuç

Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında önemli bir kalite göstergesidir. Sağlık hizmeti sunum sürecinde yapılan hatalar insanların zarar görmesine sebep olur. Hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce tespit edilmesi, raporlanması ve düzeltilmesi gerekmektedir. Hasta memnuniyetini artırmak için hastaneler sürekli gelişmeyi hedef almalı ve bu gelişmeleri aralıklı olarak değerlendirmelidir. Hastanın bir sağlık kurumuna giderken geçmiş tecrübeleri, memnuniyeti, aldıkları hizmetin kalitesi, yaşadığı sorunlar, kurumu bir daha tercih edip etmeyeceğine karar vermede etkilidir.

Çalışmada hasta memnuniyetinin birçok kategoride ele alınması konunun önemi ve genişliğini göstermektedir. Konu ile ilgili yapılan birçok araştırma sonucunda hasta memnuniyetinin her kurumda dikkate alınarak, hasta memnuniyetini arttırıcı faktörlere ağırlık vermeleri gerektiğine ulaşılmıştır. Hasta memnuniyetinde yukarıda açıklanan arama strateji ile Google Akademik, Scopus gibi veri tabanlarında bibliyometrik çalışma bulunamamıştır. Hasta memnuniyetinin sağlık kurumlarındaki önemi sebebi ile yapılan araştırma ve çalışmalar sonucunda kelime madenciliği, atıf analizi ve ortak atıf ile önemli yazarların, ülkelerin, kurumların sonuçları, konuya ilgi duyan araştırmacılara katkılar sağlayacaktır. Bu konu için veya herhangi bir konu için bibliyometrik analiz çalışması yapmak isteyen yüksek lisans ve doktora öğrencileri, akademik çalışma yapmak isteyen herkes bu çalışma ile politika geliştirebilir.

Sınırlılıklar; Çalışmada tek bir veri tabanı olarak Web Of Science kullanılmıştır. Bütün kaynaklar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hasta memnuniyeti konusunda bibliyometrik çalışma sınırlıdır. Çalışmanın zaman aralığı 1975-2019 arası olarak seçilmiştir. Dil tercihinde İngilizce seçilmiştir. Sebebi, dünya çapında ortak bir dil olması ve çeviride yaşanabilecek hataları minimuma indirmektir.

İleri Araştırmalar; Çalışmada iki analiz tipi ve tüm birimleri incelenmiştir. Analiz tipleri olarak atıf analizi ve ortak atıf analiz incelenmiştir. Atıf analizi ve ortak atıf analizi dışındaki, bibliyografik eşleştirme, ortak oluşum ve ortak yazarlılık analizleri yapılarak çalışma daha da zenginleştirilebilir. Çalışmada veri tabanları sayısı arttırılabilir. Web Of Science dışında Scopus, Pubmed gibi başka veri tabanları da araştırmaya dahil edilip veri tabanları birleştirilebilir.

KAYNAKÇA

1. Öcel, Yusuf (2016), "Sağlık Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Bolu ve Düzce Örneği", Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl: 6, Sayı: 1, ss. 56-79.
2. Bagarad K.S.H (2019). Sağlık Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İşletme Enstitüsü, Sakarya Üniversitesi Sakarya.
3. Aslan T.(2020). Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Algısının Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
4. Bourne, R. B., Chesworth, B. M., Davis, A. M., Mahomed, N. N., & Charron, K. D. (2010). Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not?. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 468(1), 57-63.
5. Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012). The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of internal medicine*, 172(5), 405-411.
6. Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(4), 219-226.
7. Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British journal of cancer*, 88(5), 658-665.
8. Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: A Key To Patient Satisfaction: Patients' reports of satisfaction are higher in hospitals where nurses practice in better work environments or with more favorable patient-to-nurse ratios. *Health affairs*, 28(Suppl3), w669-w677.
9. Fan, V. S., Burman, M., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of general internal medicine*, 20(3), 226-233.
10. Tsai, T. C., Orav, E. J., & Jha, A. K. (2015). Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Annals of surgery*, 261(1), 2..
11. Burmaoğlu, S , Kıdak, L , Sur, H , Demiğir, H . (2016). Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanında Sistem Dinamikleri Uygulamaları: Bibliyometrik Bir Analiz . Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 19 (4) , 443-463 .
12. Lis, C. G., Rodeghier, M., & Gupta, D. (2009). Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient preference and adherence*, 3, 287.
13. Köseoglu, M. A., Sehitoglu, Y., & Craft, J. (2015). Academic foundations of hospitality management research with an emerging country focus: A citation and co-citation analysis. *International Journal of Hospitality Management*, 45, 130-144.
14. Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25-36.
15. Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science & medicine*, 16(5), 577-582.
16. Myles ,PS. , Williams , DL. , Hendrate, M. , Anderson, H. , Weeks, AM. , (2000). Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10 811 patients. *British Journal Of Anaesthesia*. 84(1), 6-10.

17. Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L., & Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European journal of cancer*, 36(15), 1938-1943.
18. Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., & Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 131(11), 822-829.
19. Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2 Suppl), II57.
20. Mair, F., & Whitten, P. (2000). Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *Bmj*, 320(7248), 1517-1520.
21. Hjortdahl, P., & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British Medical Journal*, 304(6837), 1287-1290.
22. Yueh, J. H., Slavin, S. A., Adesiyun, T., Nyame, T. T., Gautam, S., Morris, D. J., ... & Lee, B. T. (2010). Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plastic and reconstructive surgery*, 125(6), 1585-1595.
23. Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of general internal medicine*, 14(2), 82-87.
24. Alderman, A. K., Wilkins, E. G., Lowery, J. C., Kim, M., & Davis, J. A. (2000). Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*, 106(4), 769-776.
25. Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317-1331.
26. Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patients satisfaction: I-- Important general considerations. *BMJ: British Medical Journal*, 302(6781), 887.
27. Haas, J. S., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Cleary, P. D., & Brennan, T. A. (2000). Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?. *Journal of general internal medicine*, 15(2), 122-128.
28. Meterko, M., Mohr, D. C., & Young, G. J. (2004). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical care*, 492-498.
29. Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(4), 337-344.
30. You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., ... & Shang, S. M. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 154-161.
31. Acedo, F. J., & Casillas, J. C. (2005). Current paradigms in the international management field: An author co-citation analysis. *International Business Review*, 14(5), 619-639.
32. Kurutkan, M.N., Orhan F.(2018-b).Kalite Prensiplerinin Görsel Haritalama Tekniğine Göre Bibliyometrik Analizi, SAGE Yayınevi.
33. Köse, G., Kurutkan, M. N., & Orhan, F. (2020). Kalp yetmezliği konusunda en çok atf alan ilk 100 makalenin bibliyometrik analizi. *Health Care*, 7(2), 93.
34. Kurutkan, M. N., & Orhan, F. (2018). Sağlık politikası konusunun bilim haritalama teknikleri ile analizi. *İKSAD Yayınları*.
35. Baker, P. N., Van der Meulen, J. H., Lewsey, J., & Gregg, P. J. (2007). The role of pain and function in determining patient satisfaction after total knee replacement: data from the National Joint Registry for England and Wales. *The Journal of bone and joint surgery. British volume*, 89(7), 893-900.
36. Robertsson, O., Dunbar, M., Pehrsson, T., Knutson, K., & Lidgren, L. (2000). Patient satisfaction after knee arthroplasty: a report on 27,372 knees operated on between 1981 and 1995 in Sweden. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 71(3), 262-267.
37. Bullens, P. H., van Loon, C. J., de Waal Malefijt, M. C., Laan, R. F., & Veth, R. P. (2001). Patient satisfaction after total knee arthroplasty: a comparison between subjective and objective outcome assessments. *The Journal of arthroplasty*, 16(6), 740-747.
38. Anderson, J. G., Wixson, R. L., Tsai, D., Stulberg, S. D., & Chang, R. W. (1996). Functional outcome and patient satisfaction in total knee patients over the age of 75. *The Journal of arthroplasty*, 11(7), 831-840.
39. Bourne, R. B., Chesworth, B. M., Davis, A. M., Mahomed, N. N., & Charron, K. D. (2010). Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not?. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 468(1), 57-63.
40. Jorn, L. P., Johnsson, R., & Toksvig-larsen, S. (1999). Patient satisfaction, function and return to work after knee arthroplasty. *Acta orthopaedica Scandinavica*, 70(4), 343-347.
41. Van Onsem, S., Van Der Straeten, C., Arnout, N., Deprez, P., Van Damme, G., & Victor, J. (2016). A new prediction model for patient satisfaction after total knee arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*, 31(12), 2660-2667.
42. Clement, N. D., & Burnett, R. (2013). Patient satisfaction after total knee arthroplasty is affected by their general physical well-being. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 21(11), 2638-2646.
43. Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M., Golden, A., & Libber, S. (1984). The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *Journal of chronic diseases*, 37(9-10), 755-764.
44. DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical care*, 376-387.
45. Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of health and social behavior*, 375-388.
46. Bertakis, K. D., Roter, D., & Putnam, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*, 32(2), 175-181.
47. Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*, 27(3), 237-251.
48. Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction. *Fam Pract*, 15(5), 480-92.
49. Elder, E. E., Brandberg, Y., Björklund, T., Rylander, R., Lagergren, J., Jurell, G., ... & Sandelin, K. (2005). Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *The breast*, 14(3), 201-208.
50. Handel, N., Cordray, T., Gutierrez, J., & Jensen, J. A. (2006). A long-term study of outcomes, complications, and patient satisfaction with breast implants. *Plastic and reconstructive surgery*, 117(3), 757-767.
51. Grunfeld, E., Fitzpatrick, R., Mant, D., Yudkin, P., Adewuyi-Dalton, R., Stewart, J., ... & Vessey, M. (1999). Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 49(446), 705-710.

52. Williams, S., Weinman, J., Dale, J., & Newman, S. (1995). Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?. *Family practice*, 12(2), 193-201.
53. Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., ... & Balogh, Z. (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 341-350
54. Holmes-Rovner, M., Kroll, J., Schmitt, N., Rovner, D. R., Breer, M. L., Rotherth, M. L., ... & Talarczyk, G. (1996). Patient satisfaction with health care decisions: the satisfaction with decision scale. *Medical Decision Making*, 16(1), 58-64.

An overview of traditional and complementary medicine initiatives and strategies

Geleneksel / tamamlayıcı tıp girişimlerine ve stratejilerine yönelik genel bir bakış

Duygu Deniz¹, Esra Sevimli², Tuğçe Nuriye Sevimli³

¹Department of Medical Documentation and Secretarial, İstanbul Arel University, duygudeniz@gmail.com, 0000-0001-5754-9916

²Department of Health Institutions Administration, İstanbul Arel University, esrasevimli@arel.edu.tr, 0000-0001-7119-0882

³Department of Medical Documentation and Secretarial, İstanbul Biruni University, tsanci@biruni.edu.tr, 0000-0002-6730-2586

ABSTRACT

The use of traditional and complementary medicine (T&CM) in different societies around the world is increasing significantly. The World Health Organization (WHO) has presented reports on the revival of traditional medicine in different parts of the world. World Health Organization discusses the policies of countries regarding traditional and complementary medicine practices in the "Traditional Medicine Strategy 2014-2023" which highlights the need to develop strategies for safe, respectful and effective delivery of traditional and complementary medicine practices. Homeopathy, yoga, osteopathy, cupping therapy, and leech therapy are examples of traditional and complementary medicine used in various countries. This study aims to give information about the traditional and complementary medicine practices in Turkey and some selected countries and to examine the policies related to these practices. Various recommendations have been made by researching training strategies, certification and insurance coverage for the traditional and complementary medicine practices of these countries.

ÖZ

Dünyada farklı toplumlarda geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın (GETAT) kullanımı önemli ölçüde artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, dünyanın farklı bölgelerinde geleneksel tıbbın canlanmasına yönelik raporları sunmuştur. DSÖ geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının, güvenli, saygılı ve etkili bir biçimde verilmesine yönelik stratejiler geliştirilmesi gerekliliğini vurgulayan, 2014-2023 "Geleneksel Tıp Stratejileri" raporu içerisinde ülkelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik politikalara yer vermiştir. Homeopati, yoga, osteopati, kupa tedavisi, sütlük tedavisi gibi uygulamalar çeşitli ülkelerin kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı tıba örnek teşkil etmektedir. Bu çalışma derleme Türkiye ve seçilmiş bazı ülkelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi vermek ve bu uygulamalara yönelik izlenen politikaları incelemeyi amaçlamaktadır. Ülkelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik eğitim stratejileri, sertifikalandırmaları ve sigorta kapsamlarını araştırarak çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Key Words:
Traditional and Complementary
Medicine, Health Policy

Anahtar Kelimeler:
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp,
Sağlık Politikaları

**Corresponding Author/Sorumlu
Yazar:**
Duygu Deniz,
Department of Medical
Documentation and Secretarial,
İstanbul Arel University,
duygudeniz@gmail.com

**Received Date/Gönderme
Tarihi:**
01.05.2020

Accepted Date/Kabul Tarihi:
19.02.2021

**Published Online/Yayımlanma
Tarihi:**
01.03.2021

INTRODUCTION

Throughout the world, traditional medicine is either the mainstay of health service provision or serves the community as a complement to it. T&CM, which is used to describe indigenous health traditions in the world, has been increasingly involved in the work of medical researchers and increased public awareness

lately. Studies have documented that nearly half of the population of many industrialized countries use traditional/complementary medicine and this ratio increases up to 80% in many developing countries (1). T&CM is a part of healthcare services that are usually underestimated. It is applied almost everywhere in the world, and there is a heavy demand for these services. The quality, safety and effectiveness of these services have

been proven over time by country practices. It also helps individuals access healthcare. WHO reports that many countries use these services and in this sense, it would be beneficial for countries to develop a global strategy to promote appropriate integration, regulation and supervision (2). In its Traditional Medicine Strategy (2), WHO recommends that countries take steps to regulate T&CM practices and practitioners.

The aim of this review is to examine T&CM implementation policies of countries for traditional and complementary medicine treatments as well as examples of these practices by scanning the information in accessible studies.

TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE

The terms “complementary medicine” and “traditional medicine” are interchangeably used in countries under the name “traditional medicine”. T&CM mostly refers to traditional medicine used by a country although it is not used in the traditions of the country (3). T&CM practices were inspired by ancient Chinese and Ayurvedic medicine practices. Herbal treatment methods were used by healers and shamans in old times and it appears to be a part of ancient medicine. Traditional and complementary medicine practices were developed thanks to practices such as homeopathy and osteopathy in the 19th century (4). The responsibilities of the “Office of Alternative Medicine” established by the U.S. government in 1993 have been increased and the office has been re-opened as the “National Center for Complementary and Alternative Medicine” in order to make up the lack of knowledge in the ever-increasing T&CM practices and literature. The purpose of establishing this unit is to examine the reliability and effectiveness of T&CM practices and to ensure that scientifically approved applications support traditional treatments (5).

TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE INITIATIVES

Traditional and complementary medicine plays an important role in meeting global healthcare needs (6). It is a known fact that traditional pharmaceutical systems have always played an important role in meeting global healthcare needs. Traditional medicine is the sum of knowledge, skills and practices that consist of theories, beliefs and experiences specific to various cultures that are used to prevent, diagnose, improve, and treat health in addition to maintaining it. It includes practices such as traditional Malay medicine, traditional Chinese

medicine, traditional Indian medicine, homeopathy and complementary therapies (7). Methods such as Ayurveda, acupuncture, phytotherapy, cupping therapy, osteopathy, homeopathy, larval practice, music therapy, reflexology and apitherapy are examples of T&CM (8).

Botanical drugs, which are one of the examples of T&CM and used in traditional medicine in China and India, have a long history in therapeutic administration. Traditional Chinese medicine and Avuryeda are considered to be two of the oldest medical systems. Medicinal plants are used as medical supplies in both systems (9). Acupuncture therapy is also of Chinese origin and it has been documented to be effective in cases such as musculoskeletal pain. Osteopathy is a manual therapy for the musculoskeletal system, which was found in Midwest, USA in the 19th century (10). Another method of T&CM is cupping therapy which is administered by vacuuming or incision on certain parts of the body to speed up blood circulation in the body (11). Homeopathy refers to treatment of a disease by giving light doses of substances that can reveal the symptoms of the disease in a healthy person (11). Traditional Medicine Strategies (2014-2023) published by the World Health Organization encourage countries to improve T&CM practices and strengthen modern health practices with T&CM (2).

Based on Turkish law, the Ministry of Health has put into effect the strategic plan prepared to ensure the integration of T&CM methods with the health system in an evidence-based manner. The legal basis has been established with the regulation “Traditional and Complementary Medicine Practices” and T&CM centers in about 20 universities have started to provide research, development and education services. Furthermore, approximately 500 T&CM units have been opened, 14 practices have been certified and an average of 5000 certificates have been issued (12).

The T&CM Initiatives and Policies in Turkey

The Traditional and Complementary Medicine Department was established by the Ministry of Health in 2012. The Ministry of Health is the main regulator of the T&CM practices. The Directorate General for Health Services is responsible for certification, authorization and supervision. The Turkish Medical and Medical Devices Agency under the Ministry of Health is responsible for the certification and supervision of all medical devices and products (13).

The Law on Organization and Duties of the Ministry of Health and Its Affiliates was published in the official gazette on 2 November 2011 and Clause (ğ) of Article 8 in this law includes the statement “making regulations

regarding traditional, complementary and alternative medicine practices and stopping unauthorized activities and promotions” which indicates that the job definition of the Directorate General for Health Services includes preparing and supervising legal regulations about T&CM practices (14).

The Draft Regulation on Traditional, Complementary and Alternative Medicine Practices was prepared by the Ministry of Health in 2014. Opinions of the relevant institutions on this draft were obtained by 28 February 2014 and the Regulation on Traditional and Complementary Medicine Practices came into force on 27 October 2014 (14). Practices such as leech treatment, cupping treatment, and maggot treatment were included in this regulation although they drew criticism (14).

Turkish Ministry of Health has called attention to the T&CM 2014-2023 strategy of the World Health Organization and focused on integration of traditional medicine with modern medicine. The aim of integration with the regulations is to provide practices whose safety and effectiveness have been proven for the society with the help of science (15, Date of Access: 29.12.2019). For this purpose, the “Regulation on Clinical Research of Traditional and Complementary Medicine Practices” was published in the official gazette on 09 March 2019 by the Ministry of Health (16, Date of Access: 29.12.2019). This regulation also provides supervision as a regulation covering the clinical research and locations of T&CM practices as well as the persons who will carry out the research. The main aim of Turkish Institute of Traditional and Complementary Medicine (T&CM Institute) under TUSEB (Turkish Directorate of Health Institutes) is to ensure that traditional and complementary medicine services are offered in integration with modern medicine in an evidence-based manner. For this purpose, the T&CM Institute carries out and supports interdisciplinary research and development activities with the support of many stakeholders. The basic philosophy of the T&CM Institute is based on the statement “traditional is as valuable as modern”. It aims to serve and contribute to the development of “Anatolian Medicine” in the light of science (17). T&CM application centers in the public and private sectors have been established with their own resources. Many research areas including T&CM practices are financed by private and public sector grants and funds (13).

The population in Turkey uses traditional and complementary medicine practices, but their percentages are not available. T&CM practices have been regulated under the new legal framework by the Ministry of Health since the adoption of the relevant legislation in 2014. This legal framework covers 14 practices: acupuncture, apitherapy, hypnosis, leech therapy, phytotherapy,

osteopathy, cupping therapy, reflexology, maggot therapy, ozone therapy, chiropractic, music therapy, homeopathy and prolotherapy (13).

The T&CM Initiatives and Policies in the World

Japan and China are two of the countries where traditional and complementary medicine is most commonly used. While Cuba uses T&CM practices within the socialist healthcare system, the United States uses them within the liberal healthcare system. Ethiopia, which is one of the poor countries, also sets an example (14). In China, valuable experiences have accumulated from different regions in traditional medical practices. Medicinal plants and their processed products are widely used in clinical applications under the guidance of the T&CM theory. The Chinese Pharmacopoeia (2015 edition) recorded a total of 644 medicinal plant species. According to available statistical data, drugs used by 44 minority ethnic groups are made from more than 5500 medicinal substances including herbs, animal products and some drugs with minerals. About 90% of the drugs are of plant origin (9). Moreover, around 95% of hospitals use modern medicine in combination with traditional medicine, and about 2500 hospitals are interested in traditional medicine. Both traditional medicine practices and modern medicine practices are covered by insurance in China (14).

In Japan, traditional drugs are divided into two groups: Kampo medicine and traditional medicine specific to Japan. Traditional medicine practices commonly used in Japan are acupuncture, judo therapy, cauterization and traditional Japanese massage (3). When we look at the regulations about T&CM in Japan, we see that allopathic physicians can administer traditional medicine including Kampo medicine according to the Medical Practitioners’ Act dated 1948. However, no restrictions have been found on the medical procedures that allopathic physicians can use in their practice. According to the Pharmacists Act No 146 dated 1960, a person must be qualified as a pharmacist in order to offer services related to traditional medicines. The Pharmaceutical Affairs Law in Japan does not distinguish between traditional and allopathic drugs. Both types of preparation are subject to the same regulation (3). In Japan, 84% of Japanese physicians use Kampo in daily practices. As of April 2000, the National Health Insurance payment list includes 147 prescribed Kampo formulas and 192 herbal ingredients used in prescribed kampo formulas (2).

Cuba uses a successful integrated system to incorporate existing traditional medicine and its practitioners into the biomedical system. It uses traditional and complementary practices as a drug and places them

in the World Health Organization category. Cuba has fully integrated T&CM drugs and services into its teaching and clinical practices within the framework of a strong regulation (18). Complementary treatments have been included in the national curriculum taught at medical schools in 16 provinces of Cuba since 1994, and each medical student makes a rotation in natural medicine including acupuncture, homeopathy and herbal medicine. A certificate of specialization in complementary medicine has been established and training is provided for hypnosis, meditation, massage, bio-energetic medicine etc. in order to specialize (18).

The United States is making progress in terms of national policies on traditional and complementary medicine. It was observed that national policies, laws and a regulatory system for T&CM were developed in the period between 2005 and 2018. The number of national programs and offices established for T&CM has increased (13). T&CM practices and providers are regulated at the state level. Regulations for T&CM providers have been assigned to 50 states. Consumer education projects and personal healthcare programs using T&CM are part of the National Center for Complementary and Integrative Health. T&CM services are paid through private health insurance determined by private insurance providers that are determined by individual insurance providers in some cases (13).

The vast majority of Ethiopia's population lives in rural areas where health services coverage is low and available public sector resources are stretched to the limits. In Ethiopia, due to the relatively low cost of traditional medicine and difficult access to modern health facilities, approximately 80% of the population uses traditional medicine (19). It has an integrated policy called the National Drug Policy of Ethiopia, which covers both herbal drugs and traditional drugs. Food, Medicine and Health Care Administration and Control Authority of Ethiopia under the Ministry of Health that is located in Addis Ababa is the national T&CM office. Draft regulations have been available at the national and provincial level for T&CM providers since 2009. There are regulations regarding herbal medicine suppliers and T&CM that are enforced at national and state level. T&CM providers work only in private sector clinics. A certificate issued by the national or state government is required for practice (13).

CONCLUSION

The use of traditional and complementary medicine has caused countries to recognize the role of T&CM practices in societies and adjust their health policies (20). Timmerman notes that policy choices are veiled by a lack of clarity in some cases, and uncertainty

of targets to be pursued and potential strategies can be contradictory (21). Despite such uncertainty and challenges, a strategy must be pursued for T&CM practices to improve patient safety among biomedical, political, and patient communities. Associations and new health policies should reflect the health system entirely in accordance with WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. As T&CM policies develop further, countries all over the world face challenges while developing appropriate healthcare regulations that reflect contemporary practices or implementing existing laws (20). It is estimated that patients will benefit more from these services with T&CM practices covered by insurance. Therefore, governments should regulate state policies and legal infrastructure for these practices. The existence of regulations will ensure that T&CM practices are carried out within the framework of more reliable and evidence-based medicine (22). Furthermore, it may be recommended to provide training for physicians who will serve in the field of traditional and complementary health services, to certify the trainings in a manner that ensures international integrity, and to prevent unsupervised practices (22).

In conclusion, health policy challenges to T&CM practices affect existing health practices not only in Turkey but also in developed and developing countries. As this is a worldwide problem, it is thought that it may be beneficial for countries to work together to create appropriate health policies. Leach et al. (2018) states that T&CM practices should be included in the evidence-based medicine framework (23). It is envisaged that the services will be used more effectively if these practices are produced by reliable people. It is also thought that countries will contribute positively to health tourism if reliable and effective T&CM practices can be provided.

REFERENCE

1. Bodoker G., Kronenberg F. A. (2002). Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *American Journal of Public Health*, 23, 1582-1591
2. WHO (2013) Traditional Medicine Strategy 2014–2023. World Health Organization, Switzerland. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf;jsessionid=F784DA73F63B81B9582131EC2768FCD?sequence=1 (Erişim Tarihi: 23.12.2019).
3. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. The World Health Organization, Geneva 2001
4. Ceyhan D., Yiğit Tasa T. (2016). Güncel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Tedavilerin Sağlık Uygulamalarındaki Yeri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 178-189
5. Muslu Karayağız G., Öztürk C. (2008). Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 62-67
6. Ravishankar B., Shukla V. J. (2007). Indian Systems of Medicine: A Brief Profile. *African Journal of Traditional*, 4(3), 319-333

7. Othman C. N., Farooqui M. (2015). Traditional and Complementary Medicine. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 170, 262-271
8. Müslümanoğlu A.Y., Tayfun K. (2019). Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkezleri; Eğitim ve Uygulama İnovasyonu. *Journal of BSHR*, 3, 1-12
9. Jaiswal Y., Liang Z., Zhao Z. (2016). Botanical Drugs in Ayurveda and Traditional Chinese Medicine. *Journal of Ethnopharmacology*, 24(94), 245-259
10. Brosnan C. (2016). Epistemic Cultures in Complementary Medicine: Knowledge-Making in University Departments of Osteopathy and Chinese Medicine. *Health Sociology Review*, 25(2), 171-186
11. Batur Çağlayan H. Z., Erkoç Ataoğlu E., Kibaroglu S. (2018). Nörolojide Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Turk J Neurol*, 24, 111-116
12. www.getatkongre.org, erişim tarihi: 29.12. 2019.
13. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine, 2019, ISBN 978-92-4-151543-6
14. Karahancı O. N., Öztoprak Ü. Y., Ersoy M., Zeybek Ünsal Ç., Hayırlıdağ M., Örnek Büken N. (2015). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın Karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 117-126
15. <https://www.haberturk.com/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamalarinda-klinik-arastirmalar-yonetmeligi-yururlukte-2397688>, erişim tarihi: 29.12.2019.
16. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190309-2.htm>, erişim tarihi: 29.12.2019
17. <https://www.tuseb.gov.tr/>, erişim tarihi: 29.12.2019
18. Rhae C. A., Garcia M. A. J. (2019). Natural and Traditional Medicine in Cuba Achievements and Challenges. *INFODIR*, 15(28), 147-149
19. Kassaye K. D., Amberbir A., Getachew B., Mussema Y. (2006). A Historical Overview of Traditional Medicine Practices and Policy in Ethiopia. *Journal Home*, 20(2), 127-134
20. Knox K. E., Fønnebo V., Falkenberg T. (2009). Emerging Complementary and Alternative Medicine Policy Initiatives and the Need for Dialogue. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(9), 959-962
21. Timmerman, K. (2003). Intellectual Property Rights and Traditional Medicine: Policy Dilemmas at the Interface. *Soc Sci Med*, 57, 745-736
22. Biçer İ., Balçık Yalçın P. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245-257
23. Leach M. J., Canaway R., Hunter J. (2018). Evidence Based Practice in Traditional & Complementary Medicine: An Agenda for Policy, Practice, Education and Research. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31, 38-46