

# AIJHS

ARTUKLU  
INTERNATIONAL  
JOURNAL OF  
HEALTH  
SCIENCES

E-ISSN: 2792-0321

Yıl/Year:2 • Cilt/Volume:2 • Sayı/Issue:2

**Kurucu, İmtiyaz Sahibi /**  
**Founder, Franchise Owner**  
**Prof. Dr. İbrahim ÖZCOŞAR**  
Mardin Artuklu Üniversitesi Rektörü

**Baş Editör / Editor in Chief**  
**Dr. Ahmet BÜTÜN**  
Mardin Artuklu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü  
E-mail: ahmetbutun@artuklu.edu.tr  
ORCID ID: 0000-0002-6856-9389

**Editörler / Editors**

Prof. Dr. Semir PAŞA  
Medikal Park Çanakkale Hastanesi  
E-mail: semirp@hotmail.com  
ORCID ID: 0000-0001-8029-7622

Prof. Dr. Ahmet Engin ATAY  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
E-mail: aeatay@hotmail.com  
ORCID ID: 0000-0002-3711-5157

Prof. Dr. Selmin ŞENOL  
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
E-mail: selmin.senol@ksbu.edu.tr  
ORCID ID: 0000-0003-4716-3512

Dr. Jıyan ASLAN CEYLAN  
Mardin Artuklu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü  
E-mail: jynaslan@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0003-1649-3586

Dr. Leyla BARAN  
Mardin Artuklu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sosyal Hizmet Bölümü  
E-mail: leyla\_brn@hotmail.com  
ORCID ID: 0000-0001-7881-8556

**ARTUKLU**  
**INTERNATIONAL JOURNAL OF**  
**HEALTH SCIENCES**

**2022**  
**Cilt / Volume: 2**  
**Sayı / Issue: 2**

Artuklu International Journal of Health Sciences dergisi,  
Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin yayın organıdır.

Dergi dört ayda bir yılda 3 sayı (Nisan, Ağustos, Aralık) olarak yayımlanan  
açık erişim, ücretsiz, hakemli ve uluslararası bir dergidir.  
Tarandığı dizinler: [EuroPub](#) ve [Scilit](#).

Yayın politikaları ve yazım rehberine  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/artukluder> adresinden ulaşılabilir.

AIJHS dergisi ve AIJHS'de yayımlanan tüm makaleler [Creative Commons Atf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı](#) ile lisanslanmıştır.

©Her hakkı saklıdır.

Artuklu International Journal of Health Sciences is a publication  
of Faculty of Health Sciences at Mardin Artuklu University.

It is published three times a year (April, August, December).  
AIJHS is an open access, free, peer-reviewed and international journal.  
Indexed in; [EuroPub](#) and [Scilit](#).

Publication policies and writing guide available from:  
<https://dergipark.org.tr/en/pub/artukluder>

AIJHS journal and all articles published in AIJHS are licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](#).

**Editörler / Editors**

Dr. Hülya KESKİN  
Mardin Artuklu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Odyoloji Bölümü  
E-mail: hulya\_k@hotmail.com  
ORCID ID: 0000-0003-3897-0814

Dr. Norah Abdullah Bazek MADKHALI  
Jazan University  
Nursing Department  
Saudi Arabia  
E-mail: nmadkhali@jazanu.edu.sa  
ORCID ID: 0000-0001-8264-8289

Dr. Seher TANRIVERDİ  
Mardin Artuklu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sosyal Hizmet Bölümü  
E-mail: sehertanriverdi@artuklu.edu.tr  
ORCID ID: 0000-0001-5829-1056

Dr. Yeşim YEŞİL  
Mardin Artuklu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü  
E-mail: yesim.yesil89@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0003-2847-6978

**Yabancı Dil Editörleri /  
Foreign Language Editors**

Dr. Halit ALKAN  
Dr. Ahmet BÜTÜN  
Dr. Hakime Reyyan YAŞAR

**Yazım Editörü / Dictation Editor**

Arş. Gör. Erman Berk ÇELİK

**Mizanpaj Editörü / Layout Editor**

Arş. Gör. Mehmet ÖZYURT

**Yayın Türü:** Yaygın Süreli

Ünvan/Adı ve Soyadı	Kurum	Uzmanlık Alanı
Prof. Dr. Canan EREN DAĞLI	Mardin Artuklu Üniversitesi	Göğüs Hastalıkları
Prof. Dr. Düzgün ÖZATLI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Hematoloji, İç Hastalıkları
Prof. Dr. Mehmet DURSUN	Özel Genesis Hastanesi	Gastroentoloji
Prof. Dr. Mehmet KÜÇÜKÖNER	Dicle Üniversitesi	Tıbbi Onkoloji
Prof. Dr. Mehmet Nuri ÖZBEK	Mardin Artuklu Üniversitesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Prof. Dr. Mehmet Zülkif KARAHAN	Mardin Artuklu Üniversitesi	Kardiyoloji
Prof. Dr. Muhammet Ali KAPLAN	Dicle Üniversitesi	Tıbbi Onkoloji
Prof. Dr. Salim BİLİCİ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Çocuk Cerrahisi
Prof. Dr. Selmin ŞENOL	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Semir PAŞA	Mardin Artuklu Üniversitesi	İç Hastalıkları
Prof. Dr. Şakir Özgür KEŞKEK	Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Ali Emre TAHAOĞLU	Dicle Memorial Hastanesi	Kadın Hastalıkları ve Doğum
Doç. Dr. Cumali KESKİN	Mardin Artuklu Üniversitesi	Biyoloji
Doç. Dr. Hafize Öztürk CAN	Ege Üniversitesi	Biyoloji
Doç. Dr. Hakan AKELMA	Mardin Artuklu Üniversitesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Doç. Dr. Hıdır APAK	Mardin Artuklu Üniversitesi	Sosyal Hizmet
Doç. Dr. Hilal ACAY	Mardin Artuklu Üniversitesi	Biyoloji
Doç. Dr. Reşit YILDIZ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Kimya
Doç. Dr. Semra KAÇAR	Mardin Artuklu Üniversitesi	Kimya
Doç. Dr. Vasfiye BAYRAM DEĞER	Mardin Artuklu Üniversitesi	Halk Sağlığı
Doç. Dr. Yaşar YILDIRIM	Dicle Üniversitesi	Nefroloji
Doç. Dr. Zuhat URAKÇI	Dicle Üniversitesi	Tıbbi Onkoloji
Dr. Abdülkerim HATİPOĞLU	Mardin Artuklu Üniversitesi	Gıda Mühendisliği
Dr. Ahmet DÖNDER	Mardin Artuklu Üniversitesi	Biyokimya
Dr. Ahmet YILDIZ	Batman Üniversitesi	Sağlık Yönetimi, Kalite, İş Güvenliği ve Sağlık Turizmi
Dr. Aziz KORKMAZ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Gıda Mühendisliği
Dr. Bahaddin DEMİRDİŞ	University College London	Education Psychology
Dr. Deniz IŞIKER DENİZ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Adalet ve Suç Psikolojisi, Sosyal Psikiyatri ve Toplum Ruh Sağlığı, Aile Psikolojisi
Dr. Elif ERDEM GÜZEL	Mardin Artuklu Üniversitesi	Histoloji ve Embriyoloji
Dr. Enes ÇELİK	Mardin Derik Devlet Hastanesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Dr. Engin İŞ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Çocuk Gelişimi

# Danışma Kurulu / Advisory Board

Ünvan/Adı ve Soyadı	Kurum	Uzmanlık Alanı
Dr. Erhan EKİNGEN	Batman Üniversitesi	Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi, Sağlıkta Kalite ve Organizasyon, Yönetim ve Organizasyon
Dr. Gülbin KONAKÇI	İzmir Demokrasi Üniversitesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
Dr. Gülcan ÇİFTÇİOĞLU	Mardin Artuklu Üniversitesi	Hemşirelikte Yönetim
Dr. Halil KARADAŞ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Çocuk Gelişimi
Dr. Handan ÖZDEMİR	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Hemşirelik Esasları
Dr. Hanife DURGUN	Ordu Üniversitesi	Hemşirelik Esasları
Dr. Hatice BULUT	University of Sheffield, UK	Obstetrics and Gynecology Nursing
Dr. Hediye UTLİ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Hemşirelik Esasları
Dr. İhsan ALACABEY	Mardin Artuklu Üniversitesi	Kimya
Dr. Kamuran ÇELİK	Özel Muayenehane	Ağrı, Ağrılı Kas Sendromları
Dr. Kenan KIRTEKE	Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Perinatoloji
Dr. Laurie McKibben	Queen's University Belfast, Northern Ireland, UK	Palliative Care, Learning or Intellectual Disabilities, Nursing in General, Experimental Medicine and Biomedical Science
Dr. Mahmut ATEŞ	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
Dr. Mehmet BAYSAL	Ali Osman Sonmez Oncology Hospital	Hematoloji
Dr. Meltem ÇATALBAŞ	University of Sheffield, UK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Dr. Metin KILINÇ	Tarsus Devlet Hastanesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Dr. Necmettin AKTEPE	Mardin Artuklu Üniversitesi	Biyokimya
Dr. Neslihan SARI	Mardin Artuklu Üniversitesi	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
Dr. Nilüfer DÖNMEZDİL	Mardin Artuklu Üniversitesi	Nöroloji
Dr. Norfadzilah Binti Ahmad	International Islamic University Malaysia, Malaysia	Simulation Education, Nursing Education and Informatics, Nursing Management And Mixed Methods Study Design
Dr. Ömer TAMMO	Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kadın Hastalıkları ve Doğum
Dr. Sema BAYRAKTAR	İstanbul Üniversitesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Dr. Sema ÇİFÇİ	Mardin Artuklu Üniversitesi	Halk Sağlığı Hemşireliği
Dr. Serdar Ferit TOPRAK	Mardin Artuklu Üniversitesi	Odyoloji
Dr. Serdar SEVER	Uşak Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Dr. Sertaç AYÇİÇEK	Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kadın Hastalıkları ve Doğum
Dr. Süleyman Utku UZUN	Pamukkale Üniversitesi	Halk Sağlığı
Dr. Şerif KURTULUŞ	Harran Üniversitesi	Göğüs Hastalıkları
Dr. Tuba TARHAN	Mardin Artuklu Üniversitesi	Kimya
Dr. Velid UNSAL	Mardin Artuklu Üniversitesi	Tıbbi Biyokimya
Dr. Zakariya Yaqoob AL-NAAMANI	Queen's University Belfast	Symptoms management of Chronic Kidney disease

## İçindekiler / Contents

---

### **Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Nedenleri**

Causes of Domestic Violence Against Women

*Sema Çifçi, Yasemin Açık*.....1-7

### **“Vatanından Uzakta Ölmek”**

**Palyatif Bakım Kliniğinde Ölen 7 Suriye Uyruklu Hasta ve Ülkemizin Sığınmacıların Sağlık İhtiyaçlarını Karşılamadaki Rolü**

“Dying Away From Home”

7 Syrian Patients' Death in Palliative Care Clinic and the Role of our Country in Meeting the Health Needs of Refugees

*Hakan Akelma, Seydi Orhan, Mehmet Zülkif Karahan, Ebru Tarıkçı Kılıç*.....8-13

### **Ultrason Rehberliğinde Bilateral İnfraklavikuler Brakial Pleksus Bloğu**

Ultrasound-Guided Bilateral Infraclavicular Brachial Plexus Block

*Abdulkim Şengel, Evren Büyükfırat*.....14-17

### **The Mediterranean Diet's Role and Sustainability in Healthy Nutrition**

Sağlıklı Beslenmede Akdeniz Diyetinin Rolü ve Sürdürülebilirliği

*Gizem Deniz, Neda Saleki*.....18-22

### **Yönetici Hemşirelerin Değişen Rollerini**

Changing Roles of Executive Nurses

*Gülcan Çiftçioğlu Yalçın, Gülistan Tunç*.....23-30



## Araştırma Makalesi / Original Article

## Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Nedenleri

### Causes of Domestic Violence Against Women

Sema Çifçi<sup>a\*</sup>, Yasemin Açık<sup>b</sup><sup>a</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mardin, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3297-2931><sup>\*\*</sup> İletişimden sorumlu yazar, E-mail: [sema-2121@hotmail.com](mailto:sema-2121@hotmail.com)<sup>b</sup> Profesör Doktor, Sağlık Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği, Elâzığ, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7567-6134>

## ARTICLE INFO

## Article History:

Received: 30.07.2022

Received in revised form: 14.08.2022

Accepted: 15.08.2022

## Keywords:

Domestic violence

Mardin

Causes of violence

Women

## ABSTRACT

**Introduction:** Domestic violence against women is an important public health problem that is common in all societies and occurs as a reflection of gender inequality on relationships.

**Objective:** This study was conducted to determine the causes of domestic violence and the reactions to violence in women aged 15-49 in Mardin province.

**Materials and Methods:** Women between the ages of 15-49 living in Mardin city center and its districts constituted the population of the research, 1111 people were selected for the sample by being represented in proportion to their population. The responsiveness rate is 95.8%.

**Results:** The mean age of the women was 32.5±8.2, and among the reasons for the violence they were exposed to were 59.6%, "spontaneous anger of their spouse", financial problems with 57.1%, family problems with 46.6%, and jealousy with 39.6%. It was stated that 63.5% of the women responded to the violence they were exposed to as crying/not speaking/offending; 48.2% did not react at all, on the contrary, they were withdrawn; It was determined that 32.2% of them verbally responded to the violence they were exposed to. 57.3% of women do not want their children to be fatherless; 40.0% of them stated that they continue to be married because they have no income.

**Conclusion:** Momentary anger of the spouse, financial/family problems, jealousy are among the most important causes of violence against women. Despite this, women, their children are not left without a father, they have no income, etc. continues to endure violence for many reasons.

© 2022 Mardin Artuklu University. All rights reserved.

## MAKALE BİLGİLERİ

## Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 30.07.2022

Revizyon Tarihi: 14.08.2022

Kabul Tarihi: 15.08.2022

## Anahtar Kelimeler:

Aile içi şiddet

Mardin

Şiddet nedenleri

Kadın

## ÖZET

**Giriş:** Kadına yönelik aile içi şiddet, tüm toplumlarda sık görülen ve cinsiyet eşitsizliğinin ilişkilere yansımaları şeklinde ortaya çıkan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

**Amaç:** Bu çalışma, Mardin ilinde 15-49 yaş arası kadınlarda aile içi şiddet nedenlerini ve şiddete verilen tepkileri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Mardin il merkezi ve ilçelerinde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuş, nüfusu oranında temsile edilip örnekleme 1111 kişi seçilmiştir. Yanıtlanma oranı %95.8'dir.

**Bulgular:** Kadınların yaş ortalaması 32.5±8.2 olup maruz kaldıkları şiddet nedenleri arasında %59.6 ile "eşinin bir anlık öfkesi", %57.1 ile maddi sorunlar, %46.6 ile ailevi sorunlar, %39.6 ile kıskançlık gösterilmektedir. Kadınların %63.5'inin maruz kaldığı şiddete ağlama/konuşmama/darılma şeklinde tepki verdiği; %48.2'sinin hiç tepki vermediği, aksine içine kapandığı; %32.2'sinin ise maruz kaldığı şiddete sözle karşılık verdiği saptanmıştır. Kadınların %57.3'ü, çocuğunun babasız kalmasını istemediğinden; %40.0'ı ise hiçbir geliri olmadığı için evliliğini sürdürmeye devam ettiğini belirtmiştir.

**Sonuç:** Eşin bir anlık öfkesi, maddi/ailevi sorunlar, kıskançlık gibi durumlar kadına yönelik şiddetin en önemli nedenleri arasındadır. Buna rağmen kadınlar, çocuklarının babasız kalmaması, hiçbir gelirlerinin olmaması vb. nedenlerden dolayı şiddete katlanmaya devam etmektedir.

© 2022 Mardin Artuklu Üniversitesi. Tüm hakları saklıdır.

## 1. Giriş

Şiddet, kavramsal olarak çok geniş bir içeriğe sahiptir. Bu nedenle farklı kişi ve kurumlar tarafından çeşitli tanımları yapılmıştır. En kapsamlı tanımı ise Birleşmiş Milletler yapmıştır. Birleşmiş

Milletler kadına yönelik şiddeti "Kamusal veya özel alanda kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik zarar veren/verebilecek olan toplumsal cinsiyete dayalı her türlü eylem,

tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma” olarak tanımlanmaktadır (1).

Avrupa Konseyi tarafından onaylanan İstanbul Sözleşmesi’nde, aile içi şiddet “Aile içerisinde, evde veya dışarıda mağdur ile failer (eş veya eski eş, duygusal ilişkideki çiftler vs.) arasında meydana gelen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet eylemi” biçiminde ifade edilmiştir (2).

Aile içinde kadına yönelik eş şiddeti fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik şiddet ile istismarı içermektedir. Bu şiddet türleri kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir ve kadınlarda uzun süreli fiziksel, mental ve duygusal sağlık sorunlarına neden olmaktadır (3).

Kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddet dünya genelinde en sık görülen insan hakları ihlallerinden biri olarak varlığını devam ettirmektedir. Kadına yönelik şiddetin yaygınlığını belirlemeye yönelik yapılan araştırmalardan elde edilen veriler bu gerçeği doğrulamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2013 yılı raporu da kadına yönelik şiddetin küresel ölçekteki boyutlarını ortaya koymuştur. Bu verilere göre, dünya genelinde kadınların %35’i eşi veya birlikte yaşadığı kişinin fiziksel ve/veya cinsel şiddetine maruz kalmıştır. Bu şiddet bazen kadının partneri olmayan kişi veya kişiler tarafından da gerçekleştirilebilmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda, kadınların en az %70’inin hayatı boyunca, en az bir kez olmak üzere, birlikte yaşadığı kişi/kişilerden fiziksel ve/veya cinsel şiddet gördüklerini ortaya koymuştur. Eşi veya birlikte yaşadığı kişi tarafından işlenen kadın cinayetlerinin oranı dünya genelindeki toplam kadın cinayetlerinin %38’ini oluşturmaktadır. Eşi veya birlikte yaşadığı kişilerin fiziksel ya da cinsel şiddetine maruz kalan kadınlar çeşitli sağlık problemleri ile karşılaşmaktadır (4).

Birleşmiş Milletlerin yayınlamış olduğu 2012 tarihli “Kadının Güçlendirilmesi ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği” raporuna göre; Danimarka’da yaşayan kadınların %22.0’ı, Almanya’dakilerin %25’i, Norveç’tekilerin %13.9’u, yaşamlarının herhangi bir döneminde eşi veya birlikte yaşadığı kişi veya kişilerden birinin uyguladığı fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmıştır (5). Türkiye’de yaşayan evli kadınların %12’si yaşamının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Cinsel şiddetin görülme sıklığında bölgelere göre farklılıklar gözlemlenmektedir. Bölge olarak Kuzeydoğu Anadolu bölgesi %16 ile en yüksek cinsel şiddet oranına sahip olan bölgedir (6).

Kadına yönelik şiddetin karmaşık ve çok yönlü sebepleri vardır. Ülkeler arasında kadına yönelik şiddetin kaynakları, küçük farklılıklar olsa bile temelde aynı düzlem üzerinde bulunmaktadır. Dolayısıyla şiddetin sonuçları da benzer olmaktadır (7).

Capaldi ve arkadaşları 2012 yılında, konu ile ilgili olarak son 10 yıl içerisinde yapılmış 228 araştırmayı inceleyerek şiddete neden olan risk faktörlerini ortaya koymuşlardır. Buna göre risk faktörlerini partnerlerin ortamsal özellikleri (okul, aile, yaşadığı çevre ve demografik özellikler), psikolojik özellikleri (partnerlerin aile, akran, bilişsel ve psikolojik gibi davranışsal özellikler) ve etkileşim örüntüleri (ilişki, statü, uyumsuzluk, ilişki memnuniyeti, duygusallık) olmak üzere üç ana kategoride gruplandırmışlardır. Yukarıda anılan faktörlerin her biri tek başına şiddete neden olabileceği gibi bazı faktörlerin birbirleri ile etkileşimleri de şiddeti artırmaktadır. Örneğin yoksulluk ve eğitimsizlik her biri bağımsız olarak şiddete neden olabileceği gibi her iki etkenin bir araya gelmesi şiddeti daha da artırmaktadır (8).

Kadınlar aile içinde şiddete maruz kalmalarına rağmen şiddet ortamında yaşamaya devam etmektedir. Elbette bunun birçok nedeni vardır. Çocuklarını kaybetme korkusu, utanma, toplumun boşanmış kadınlara karşı olumsuz yaklaşımları, tek başına kalamama, çocuklarına bakamama ve sokakta kalma endişesi, kadının ailesinin çocukları kabul etmemesi, gidecek yerinin olmaması, ekonomik güçlükler veya eşin ekonomik desteğine muhtaç olma, eşin bir gün değişeceği ve kendisine daha iyi davranacağı düşüncesi, eşe olan duygusal bağ, evliliğini sürdürme isteği ve öğrenilmiş çaresizlik bu nedenlerden birkaçıdır (9). Şiddeti anlamının yolu, onun nedenlerini bilmekten geçer. Bu çalışma, Mardin ilinde kadına yönelik aile içi şiddetin nedenleri, sıklığı, kadınların yaşadıkları şiddete rağmen şiddet ortamında yaşamaya devam etmesinin nedenlerini ve şiddetten nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Mardin il merkezi ve ilçelerinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmuştur. Mardin il merkezi ve ilçelerinde yaşayan 15-49 yaş arası kadın nüfusu 2010 yılı verilerine göre toplam 164,140’tır. Örneklem alınacak kişi sayısı  $n = Nt^2pq / d^2(N-1) + t^2pq$  (p: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı) (%30=0.30) formülü kullanılarak ile 1111 kişi olarak bulunmuştur.

Örneklem yöntemi olarak, tabakalı rastgele örneklem yöntemi kullanılmış ve orantılı seçim yapılmıştır. Örneklem alınacak olan kişiler il merkezi ve ilçe nüfusları göz önüne alınarak nüfusu oranında örnekleme temsil edilmiştir. Tekrarlayan ziyaretlerle bu kişilerin 1 064’üne ulaşılmıştır. Yanıtlanma oranı %95.8 olmuştur. Araştırmaya katılma koşullarını sağlayan kadınlara literatür kaynaklı iki bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır. Anketin ilk bölümünde kadınlara ait bazı sosyodemografik bilgiler ve ailenin sosyal yapısı, diğer bölümünde ise kadınların maruz kaldıkları şiddet türleri, şiddet

nedenleri, şiddete verilen tepkilerle ilgili sorular yer almaktadır. Çalışma öncesinde çalışmaya katılacak kadınlara, anket hakkında bilgilendirmeler yapıldıktan sonra sözlü onamları alınmıştır. Anketler, araştırma kapsamına alınan kişilerle, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek ve anlaşılır bir ses tonuyla okunmuş, verilen yanıtlar kaydedilmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce gerekli resmi onaylar Fırat Üniversitesi tıp fakültesi etik değerlendirme komisyonu ve Mardin Valiliğinden alınmıştır. Araştırmanın saha çalışması Ekim 2010 ile Ocak 2011 tarihleri arasında, dört aylık bir süreçte tamamlanmıştır. Saha çalışması sonucunda elde edilen verilerin analizi ve hata kontrolleri SPSS istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analiz yöntemi olarak frekans analizi yapılmış olup sayı ve yüzde olarak kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir.

### 3. Bulgular

Çalışmaya dahil edilen kadınların (n=1064) yaş ortalaması 32.5±8.2 (min:17, max:49)'dir. Kadınların sosyal güvence, eğitim durumu, yaş gibi bazı demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş Grupları (n=1064)</b>		
15-19 yaş	39	3.7
20-24 yaş	155	14.6
25-29 yaş	237	22.3
30-34 yaş	181	17.0
35-39 yaş	207	19.5
40-44 yaş	132	12.4
45-49 yaş	113	10.5
<b>Eğitim Durumu (n=1064)</b>		
Okur-yazar değil	313	29.4
Okur-yazar	81	7.6
İlkokul/Ortaokul	406	38.2
Lise	142	13.3
Yüksekokul/Üniversite	122	11.5
<b>Çalışma Durumu (n=1064)</b>		
Çalışıyor	199	18.7
Çalışmıyor	865	81.3
<b>Sosyal Güvence Durumu (n=1064)</b>		
Var	971	91.3
Yok	93	8.7
<b>Aile Tipi (n=1064)</b>		
Çekirdek aile	787	74.0
Geniş Aile	277	26.0
<b>Sosyoekonomik Düzey (n=1050)*</b>		
Alt (düşük-kötü)	650	61.9
Orta	246	23.4
Üst (yüksek)	154	14.7

\*Cevap vermek istemeyenler değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %22.3'ü 25-29 yaş grubunda olup, %38.2'si ilkököl/ortaokul mezunudur. Kadınların %61.3'ü yaşamının herhangi bir döneminde birlikte olduğu erkeğin şiddetine maruz kaldığını ifade etmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kadınların şiddete maruz kalma nedenleri Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2.** Herhangi bir şiddet türüne maruz kalma sıklığı ve şiddete maruz kalma nedenlerine göre dağılımları

Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kalma Sıklığı	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
	652	61.3	412	38,7	1064	100
<b>Şiddet Nedenleri*</b>						
Eşinin Bir Anlık Öfkesi (n=502 )	299	59.6	203	40.4	502	100
Maddi Sorunlar (n=501 )	286	57.1	215	42.9	501	100
Ailevi Sorunlar (n=502 )	234	46.6	268	53.4	502	100
Eşinin Kıskanç Olması (n=503)	199	39.6	304	60.4	503	100
Eşin Eve Geç Gelmesini Sorgulama (n=502 )	92	18.3	410	81.7	502	100
Eşinin Ruhsal Sorununun Olması (n=500 )	84	16.8	416	83.2	500	100
Kendi Davranışları (Yemeği Yakma, İzin Almadan Dışarı Çıkma) (n=502 )	73	14.5	429	85.5	502	100
Eşine Göre Ev İşlerini Yapamama (n=502 )	70	13.9	432	86.1	502	100
Eşinin Kötü Alışkanlıkları (n=503)	64	12.7	439	87.3	503	100
Ailenin Zorla Evlendirmesi (n=500)	49	9.8	541	90.2	500	100

\*Yanıt vermek istemeyenler değerlendirme dışı bırakılmıştır. Satır yüzdesi alınmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların maruz kaldıkları şiddet nedenleri arasında öncelikle %59.6 ile "eşinin bir anlık öfkesi" gelmektedir. Bunu %57.1 ile maddi sorunlar, %46.6 ile ailevi sorunlar, %39.6 ile kıskançlık takip etmektedir. Eşine göre ev işlerini yapamama (%13.9), kötü alışkanlıklar (%12.7) ve zorla evlendirme (%9.8) ise son sıralarda yer almaktadır.

Şiddete maruz kalan kadınların şiddete verdikleri tepkiler Tablo 3'te verilmiştir.



**Tablo 3.** Şiddete maruz kalan kadınların maruz kaldıkları şiddete verdikleri tepkilere göre dağılımları

Şiddete Verilen Tepki *	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Ağlama, Darılma, Konuşmama (n=501)	318	63.5	183	36.5	501	100
Hiç Tepki Vermeme, İçine Kapanma (n=500)	241	48.2	259	51.8	500	100
Sözle Karşılık Verme (n=500)	161	32.2	339	67.8	500	100
Polise Telefon Etme (n=499)	15	3.0	484	97.0	499	100

\*Yanıt vermek istemeyenler değerlendirme dışı bırakılmıştır. Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların maruz kaldıkları şiddete verdikleri tepkiler arasında öncelikle % 63.5 ile ağlama, konuşmama ve/veya darılma gelmektedir. Öte yandan kadınların %48.2' sinin hiç tepki vermediği aksine içine kapandığı tespit edilmiştir. Kadınların %32.2' si ise maruz kaldığı şiddete sözle karşılık verdiğini sadece %3.0'ı ise polise telefon etme yolunu seçtiğini bildirmiştir.

Kadınların maruz kaldıkları şiddete rağmen evliliği devam ettirme nedenleri Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Kadınların yaşadıkları şiddete rağmen evliliklerini sürdürme nedenlerine göre dağılımları

Evliliği Sürdürme Nedenleri*	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Çocuğum Babasız Kalmasın Diye (n=494)	283	57.3	211	42.7	494	100
Hiçbir Gelirim Olmadığı İçin (n=492)	197	40.0	295	60.0	492	100
Her Şeye Rağmen Eşimi Sevdiğim İçin (n=496)	180	36.3	316	36.7	496	100
Bir Gün Düzeyeceğini Düşündüğüm İçin (n=495)	164	33.1	331	66.9	495	100
Ben Dayağı Hak Ettiğim İçin (n=475)	18	3.7	475	96.3	493	100

\*Yanıt vermek istemeyenler değerlendirme dışı bırakılmıştır. Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilen kadınların maruz kaldıkları şiddete rağmen evliliklerini sürdürme nedenleri değerlendirildiğinde, %57.3 ile “çocuğunun babasız kalmasını istememe” düşüncesi öncelikli gelirken, kadınların %40.0'ı hiçbir geliri olmadığı için evliliğini sürdürmeye devam etmektedir. Kadınların %36.3'ü ise maruz kaldığı şiddete rağmen eşini sevdiği için evliliğini sürdürmektedir. Kadınların %33.1'i yaşadıkları şiddete rağmen eşinin bir gün düzeleceğine inanmakta, %3.7'si ise yaptıkları davranışlarından dolayı kendisinin dayağı hak ettiğini düşünmektedir.

Kadınların maruz kaldıkları şiddetten sonra neler hissettikleri veya nasıl etkilendiklerine dair yanıtlar Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Şiddete maruz kalan kadınların “size yönelik herhangi bir şiddet olayından sonra neler hissettiniz ya da nasıl etkilendiniz” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları

Herhangi Bir Şiddet Olayından Sonra Kadınların Etkilenme Durumları*	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Etkilendim, ancak çocuklarım için evliliğimi sürdürmek zorundayım (n=301)	194	39.2	301	60.8
Bu tür şiddet olayları her evde olabilir, önemli değil (n=308)	187	37.8	308	62.2
Bu olaylar karşısında ne yapacağımı bilememenin kararsızlığı var (n=414)	81	16.4	414	83.6
Olayları hukuki olarak çözmeye yoluna başvurdum / başvuracağım (n=480)	15	3.0	480	97.0
Çok etkilendim, eşimden ayrılmayı düşünüyorum (n=488)	7	1.4	488	98.6
Evliliğimi psikolojik tedavi desteğiyle sürdürüyorum	4	0.8	491	99.2
Boşandım (n=493)	2	0.4	493	99.6
Bir gün düzeleceğini düşünüyorum (n=493)	2	0.4	493	99.6
Eşim öldü rahatladım (n=494)	1	0.2	494	99.8
Etkilendim, boşanmayı düşünüyorum (n=494)	1	0.2	494	99.8
Abartılacak kadar şiddet yok (n=494)	1	0.2	494	99.8
<b>Toplam</b>	<b>495</b>	<b>100.0</b>		

\*Yanıt vermek istemeyenler değerlendirme dışı bırakılmıştır. Satır yüzdesi alınmıştır.

Kadınların %39.2'si kendisine yönelik şiddetin her türlüşünden olumsuz etkilendiğini fakat çocukları için bu evliliği sürdürmek zorunda kaldığını ifade etmiştir. Şiddete maruz kalan kadınlardan %37.8'i şiddetin her evde yaşanan olağan bir durum olduğunu, önemli bir şey olmadığını belirtmiştir.

#### 4. Tartışma

Çalışmaya katılan kadınların %59.6'sı ‘eşinin bir anlık öfkesi’ nedeniyle şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Kadınların %57.1'i ‘maddi sorunlar’ı şiddetin nedeni olarak ifade etmiştir. %46.6'sında ‘ailevi sorunlar’, %39.6'sında ise ‘kıskançlık’ maruz kalınan şiddetin öncelikli nedenleri olarak gösterilirken, eşine göre ‘ev işlerini yapamama’ (%13.9); ‘kötü alışkanlıklar’ (%12.7) ve ‘zorla evlendirme’ (%9.8) son sıralarda yer almaktadır (Tablo 2). Denizli’de yapılan bir çalışmada kadınların %32.2'si şiddete maruz kalma nedeni olarak ailenin ekonomik durumunu, %9.8'i ise kıskançlık olarak ifade etmiştir (10). İç Anadolu Bölgesi’nde yapılan bir çalışmada %33.2 ile kıskançlık şiddetin birincil nedeni olarak

gösterilirken bunu sırası ile %22.5 ile eşinin bir anlık öfkesi, %13.7 ile maddi sorunlar, %6.0 ile eşine göre ev işlerini iyi yapamama ve %3.4 ile kötü alışkanlıklar takip etmektedir (11). Yapılan çeşitli çalışmalarda şiddetin nedenleri farklılık gösterse de ailenin içinde bulunduğu ekonomik yetersizliklere bağlı nedenler ilk üç sırayı almaktadır (7, 6, 12-16). Giray'ın araştırmasında şiddetin en sık görülen nedenleri olarak %84.6 ile "eşin bir anlık öfkesi", %23.1 ile "kadının davranışları" ve %23.1 ile ekonomik nedenler sıralanmıştır (17). Kıskançlık, eşe itaatsizlik ve ekonomik nedenlerin şiddetin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır.

Dünya genelinde yapılan benzer araştırmalar, şiddetin birçok sebebi olmakla beraber başlıca nedenlerin "ekonomik durum", "kıskançlık" ve "eşe karşı çıkmama" olduğunu göstermektedir. Toplum etkileyen sosyal ve kültürel faktörler kadınların şiddete maruz kalmaları üzerinde etkin rol oynamakla beraber şiddetin temel nedeninin kadın ve erkek arasındaki eşitsizlikten ve iletişim eksikliğinden kaynaklandığı bilinmektedir.

Araştırmaya dahil edilen kadınların maruz kaldıkları şiddet karşısında farklı tepkiler verdikleri gözlemlenmiştir. Kadınların %63.5'i şiddete maruz kaldığında ağlama, darılma, konuşmama gibi bir tepkiler vermiştir. İkinci sırada %48.2 ile "içine kapanma ve/veya hiç tepki vermeme" durumu gelmektedir. Kadınların sadece %32.2'si şiddete maruz kaldığında sözle karşılık vermiştir. Polise telefon etme yolunu tercih eden kadınların oranı ise sadece %3.0'dır (Tablo 3). Altınay ve Arat (2007) tarafından yürütülen Türkiye ölçekli araştırmada, kadınların ortalama %23.6'sı şiddete maruz kaldığında karşı çıkmamayı ve/veya herhangi bir tepki vermeyi tercih ederken Doğu'ya geldiğinde şiddete karşı çıkmama veya tepki vermeme oranı %46.1'e kadar yükselmiştir. Aynı çalışmada kadınların %4.5'i şiddete maruz kaldığında polise başvurmayı tercih ederken Doğu'da bu oran %3.2'ye kadar düşmüştür (18). Farklı bir bölgede yapılan benzer içerikli bir çalışmada, araştırmaya dahil edilen kadınların %20.5'i şiddete maruz kaldığında "ağlama/darılma/konuşmama" biçiminde şekilde tepki vermiş, %10.9'u ise şiddete maruz kaldığında sözlü olarak karşılık vermeyi tercih etmiştir (11). Benzer bir araştırmada da kadınların %54.3'ü şiddete maruz kaldığında ağlama ve/veya susma biçiminde tepki vermiştir (19). Mete ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada, şiddete maruz kalan kadınların %80.4 gibi büyük bir kısmı, şiddete maruziyet esnasında herhangi bir yardım talebinde bulunmadığını ifade etmiştir (20). Çalışmamızda elde edilen bulgular incelendiğinde, kadınların şiddet karşısında yardım isteme, ortamı terk etme gibi çözüme yönelik tepkileri ortaya koymak yerine daha çok ağlama, sözlü karşılık verme veya sessiz kalma gibi pasif tepkiler verdiklerini göstermektedir. Bu verilerden hareketle,

şiddetin daha çok erkekler (eş, kayınbaba, kardeş, ağabey vs. olarak) tarafından başvurulan bir yöntem olduğu, kadınların şiddeti genel olarak kanıksadığı, "zamanla geçer" anlayışının yaygın olduğu veya "aile içinde kalması gereken bir sorun" olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Bu tutumun ortaya çıkmasında, toplumlarının geleneksel kültürünün ve ataerkil aile yapısının etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya dahil olan kadınların maruz kaldıkları şiddete rağmen evli kalmaya devam etme gerekçeleri incelendiğinde, %57.3 ile "çocuğunun babasız kalmasını istememe" fikri ilk sırada yer alırken bunu %40.0 ile hiçbir gelirin olmaması takip etmektedir. Kadınların %36.3 şiddete uğramasına rağmen "eşini sevdiği için" evliliğini sürdürmektedir. Kadınların %33.1'i maruz kaldıkları şiddete rağmen "eşinin bir gün düzeleceğine" inanmaktadır. Kadınların %3.7'si şiddeti olağan bir durum olarak kabullenmenin bir işareti olarak kendisinin dayacağı hak ettiğini düşünmektedir (Tablo 4). Elazığ'da yapılan araştırmada, kadınların %15.2'si herhangi bir geliri olmadığı, %13.8'i ise çocuğunun babasız kalmasından endişe ettiği için şiddete katlanmaya devam etmiştir (21). Başka bir çalışmaya göre, Türkiye genelindeki kadınların %23.6'sı, Doğu bölgelerinde yaşayanların ise %46.1'i çocukları için eşlerinin şiddetine katlandıklarını ifade etmişlerdir (18). İç Anadolu'da yapılan bir çalışmada, kadınların %15.8'i eşine olan sevgisinden dolayı, %12.7'si çocuğunun babasız kalma endişesinden dolayı, %11.4'ü ise eşinin bir gün düzeleceğine olan inancından dolayı şiddete katlanmaya devam ettiğini belirtmiştir (11). Benzer bir çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %46.6'sı maruz kaldıkları eş şiddetine rağmen 'eşlerini sevdikleri için' evliliklerini sürdürdüğünü ifade etmiştir (22). Benzer bir çalışmada, aile içi şiddeti normal bir durum olarak karşılayan kadınların oranı %30.6 iken kadınların %23.2'si şiddete uğramasına rağmen, eşini sevdiğini ifade etmiştir. Aynı çalışma kadınların %15.2'si ekonomik durumu el vermediği için, %13.8'i ise çocuğunun babasız büyümesini istememesini boşanmama gerekçesi olarak ifade etmiştir (23). Başka bir çalışmada boşanmama nedeni olarak ekonomik özgürlükten yoksunluk, toplum baskısı, eşinin ailesinden korkma gibi nedenler belirtilmiştir (16). Türkiye genelini kapsayan bir araştırmada kadınların %70'i gördükleri şiddete rağmen evlerini hiç terk etmediklerini, %30'u ise bir geceliğine bile olsa evlerini terk ettiklerini belirtmiştir (24). Yapılan çalışmaların tümünde görülen ortak nokta, şiddete katlanmanın birinci nedeni olarak çocuklara duyulan bağlılık, ikinci nedeni olarak ekonomik yetersizlikler gelmektedir. Kadının şiddet ortamında kalmaya devam etmesine neden olan başka faktörler de bulunmaktadır. Şiddetin toplumun bazı kesimleri tarafından meşru olarak görülmesi, kadının şiddetin

sonlanacağına olan inancı, evliliğe ilişkin algısı, eşinin değişeceğine olan inanç, kadının şiddete ilişkin algısı, eşinden korkması, ailesinden destek alamaması ve gidecek bir yerinin olmaması bunlardan birkaçıdır (25).

Kadınların şiddete katlanma sebepleri irdelendiğinde eşe duyulan sevginin öne çıktığı gözlemlenmektedir. Öte yandan kadınların, boşanmaları durumunda hayatlarının geri kalanını nasıl idame ettirecekleri ve toplumun boşanmış kadına karşı takınacağı tutumlar konusunda çeşitli endişeleri taşıdığı açıkça ortaya çıkmaktadır. Kadınların maruz kaldıkları şiddete rağmen evliliği sürdürmelerinde öne çıkan diğer bir etmen de çocuklardır. Nitekim çalışmaya katılan kadınların %39.2'si şiddetten etkilenmelerine rağmen, çocuklarını düşündükleri için, evliliğini devam ettirmek zorunda olduğunu belirtmiştir. Çalışmada ortaya çıkan diğer bir husus da kadınların %37.8'inin şiddeti olağan bir durum olarak kabullenmiş olmasıdır (Tablo 5). Yapılan bir çalışmada, kadınların %30.6'sı şiddeti "olağan bir durum olarak kabullenmiş, %13.8'i "çocukları babasız büyümeyin" diye eş şiddetine katlanmaya devam ettiğini beyan etmiştir (21). Benzer çalışmalar incelendiğinde, kadınların yaşadıkları şiddete rağmen susmayı tercih ettikleri veya hiçbir tepki göstermedikleri ortaya çıkmıştır (26-32). Kadınların içinde büyüdükleri sosyokültürel aile yapısı ve çocukluktan itibaren şiddet ortamında büyümeleri şiddetin kısmen de olsa olağan bir durum olarak kanıksanmasına yol açmış olabilir. Kısacası şiddet, kadınların önemli bir kesimi tarafından olağan yaşamın bir parçası olarak görülmektedir.

## 5. Sonuç ve Öneriler

Kadınların aile içi şiddete maruz kalma sebepleri arasında, ekonomik sorunlar, ailevi problemler, eşin kıskanç olması ve bir anlık öfkesi öne çıkarken kadınlar maruz kaldıkları şiddet karşısında genellikle sesiz kalma veya ağlama biçiminde tepki vermektedir. Çok az bir kısmı ise polise ve resmi makamlara başvurma yoluna gitmektedir. Kadınlar eşlerini sevdikleri, hiçbir gelirleri olmadığı veya çocuklarının babasız kalmasını istemedikleri için şiddete katlanmaya devam etmektedir.

Toplumsal yapının kadının lehine dönüştürülmesine yönelik projeler, kadınların ekonomik bağımsızlığını pekiştirecek girişimlerin artırılması, kadınların karar alma mekanizmalarına dâhil edilmesi, ailelerin eğitilmeleri, şiddeti önlemeye yönelik caydırıcı yasal düzenlemelerin yapılması elzemdir. Şiddete maruz kalma riski olan kadınların güvenliklerinin sağlanması, erkeklerin şiddetin zararları konusunda eğitilmesi, yerel, ulusal medya ve sosyal mecralarda şiddetin olumsuz sonuçlarına sıkça yer verilerek toplumun bilinçlendirilmesi önemlidir.

**Çıkar Çatışması:** Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek:** Bu makalede herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

**Etik Kurul Onayı:** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Değerlendirme Komisyonundan etik kurul izni alınmıştır.

## Yazarlık Katkısı:

ŞÇ: Araştırmanın tasarımı, makalenin yazımı, literatür taraması, veri toplama, veri analizi.

YA: Veri analizi makalenin yazımı ve son kontroller.

## 6. Kaynaklar

1. Violence Against Women. Erişim linki: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women> Erişim tarihi: 20.04.2020.
2. Tunçer P. Violence against women in Turkey and the desponsibility of public administration. Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;8(28):572-608.
3. United Nations Department of Public Information, Violence Against Women, 2015. Erişim linki: [www.un.org/en/events/endviolenceday](http://www.un.org/en/events/endviolenceday) Erişim tarihi: 22. 04. 2020.
4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele: Ulusal Eylem Planı (2016-2020). Ankara: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayıncılık; 2016.
5. Çakır EH, Gürel I, Otaran N. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Nedenleri, Sonuçları Alınacak Önlemler: Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Eğitim Seti, ECORYS Danışmanlık ve Mühendislik Ltd. ti. liderliğindeki Konsorsiyum, Haz.: Zelal Ayman ve Nevin Şenol, 2012, s.1-87. Erişim linki: [https://app1.jandarma.tsk.tr/KYSOP/uzaktan\\_egitim/Documents/2%20KYAIS.pdf](https://app1.jandarma.tsk.tr/KYSOP/uzaktan_egitim/Documents/2%20KYAIS.pdf) Erişim tarihi: 21.04.2020.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu. Ankara; 2014.
7. Altıparmak İB. Kadına yönelik aile içi şiddetin boyutları: Ankara örneği. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2019;17(1):55-76.
8. Gültekin M, Şahin M. Türkiye'de ve Dünyada Kadına Şiddet. İstanbul: SEKAM Yayınları; 2015:71-75.
9. Öskan B. Aile içi şiddet nedeni ile kadın sığınma evine başvuran kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
10. Kocacı F, Çağlayandereli M. Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6(2):24-43.
11. Dindaş H., Kadına yönelik eş şiddetinin sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesi ilişkisi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.
12. Başkale H, Sözer A. Eşinden/partnerinden şiddet gören kadınların şiddet algısı ve mağduriyet nedenler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015;14(6):468-474.
13. Güler N, Tel H, Tuncay F. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(2):51-56.
14. Obi SN Ozumba BC. Factor associated with domestic violence in South-East Nigeria. Journal of Obstetrics and Gynecology. 2007;27:75-78.
15. Yıldız S, Şenol D. Kadına Yönelik Şiddet Algısı Kadın ve Erkek Bakış Açılıyla. Ankara: Mutlu Çocuklar Demeği Yayınları; 2013.
16. Pehlivan M. Aile içi şiddette kadının mağduriyeti (Sakarya Söğütlü örneği). International Journal of Social Science. 2017;58:551-569.

17. Giray H, Keskinoglu P, Sönmez Y. Gebelikte aile içi fiziksel şiddet ve etkileyen etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2005;14(10):217-220.
18. Altınay A. ve Arat Y. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Sabancı Üniversitesi Yayınları; 2007.
19. Karataş B, Derebent E, Yüzer S, Yiğit R, Özcan A. Kırsal Kesim Kökenli Kadınların Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşleri. Erişim linki: <https://docplayer.biz.tr/18947623-Kirsal-kesim-kokenli-kadınların-aile-ici-siddete-iliskin-gorusleri-karatas-b-derebent-e-yuzer-s-yigit-r-ozcan-a.html> Erişim Tarihi: 01.05.2020.
20. Mete B, Pehlivan E, Bektaş D, Tekin Ç, Çakmak E. Malatya kent merkezinde yaşayan yetişkin kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve etkileyen faktörler. *Sted*. 2018;27(5):297-304.
21. Deveci SE, Açık Y, Gülbayrak C, Tokdemir M. Elâzığ il merkezinde 15–49 yaş evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumları. *Toplum ve Hekim*. 2005;20(3):229-234.
22. Memiş M. Çalışan kadına yönelik aile içi şiddet. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2010.
23. Açık Y. Kadının Statüsü Konusunda Elâzığ Örneği. Elâzığ: Matsan Ofset; 2005.
24. Akadlı Ergöçmen, B. Üner, S. ve Kurtuluş Yiğit, E. Türkiye’de kadına yönelik şiddet içinde (19-24), T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2009.
25. Yıldız E, Bal Ö, Binbir S. Kadına şiddetin adı: Mor halkalar. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2015;8(1):139-161.
26. Akalın A, Arıkan Ç. 15-49 Yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi GÜŞBD*. 2017; 6(2):1-10.
27. Turhan E, Güraksın A, İnandı T. “Erzurum’da kadına yönelik aile içi şiddet”, *Sağlık ve Toplum*. 2006;16(3):24- 30.
28. Umoh, AV, Abah, G.M, Ugege, WE, Inyangetoh, EC. Prevalence and attitude of women to spousal physical abuse in pregnancy in a niger delta community of Nigeria. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012;11(6):731-736.
29. Alper Z, Ergin N, Selimoğlu K, Bilgel N. Domestic violence: A study among a group of Turkish women. *Eur J Gen Pract*. 2005;11(2):48-54.
30. Balcı YG, Ayrancı U. Physical violence against women, evaluation of women assaulted by spouses. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2005;12:258-263.
31. Kocacık F, Kutlar A, Erselcan F. Domestic violence against women: A field study in Turkey. *The Social Science Journal*. 2007;44:698-720.
32. Bahadır Yılmaz E. Şiddete maruz kalan kadınlara uygulanan güçlendirme programının kendilik değerini artırmaya ve stresle baş etme biçimlerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2015.



## Olgu Sunumu / Case Report

## “Vatanından Uzakta Ölmek”

## Palyatif Bakım Kliniğinde Ölen 7 Suriye Uyruklu Hasta ve Ülkemizin Sığınmacıların Sağlık İhtiyaçlarını Karşılamadaki Rolü

## “Dying Away From Home”

## 7 Syrian Patients' Death in Palliative Care Clinic and the Role of our Country in Meeting the Health Needs of Refugees

Hakan Akelma<sup>a\*</sup>, Seydi Orhan<sup>b</sup>, Mehmet Zülkif Karahan<sup>c</sup>, Ebru Tarıkçı Kılıç<sup>d</sup><sup>a</sup> Doçent Doktor, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mardin, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0387-8738><sup>\*</sup> İletişimden sorumlu yazar, E-mail: [hakanakelma@hotmail.com](mailto:hakanakelma@hotmail.com)<sup>b</sup> Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6119-9696><sup>c</sup> Profesör Doktor, Kardiyoloji Kliniği, Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mardin, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8145-9574><sup>d</sup> Doçent Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5377-1090>

## ARTICLE INFO

## Article History:

Received: 27.07.2022

Received in revised form: 17.08.2022

Accepted: 19.08.2022

## Keywords:

Migration

Disease

Death

Palliative care

Refugees

## ABSTRACT

Wars and internal conflicts cause irreparable destruction and mostly affect civilians. The impact of destruction is more pronounced for children, the elderly, and women, who are primarily in need of secondary persons. Currently, more than half of the world's asylum seekers are those who had to leave their country to save their lives in Syria. Displacement, which affects the society and individuals politically, socially, culturally and economically, also brings health problems. Refugees are among the most vulnerable and vulnerable groups in the health care system due to many reasons such as difficult living conditions, shelter, nutrition, violence and psychological trauma. The decrease in the comfort of life and the psychological destruction experienced by individuals who leave their living spaces forcibly increase the risk of chronic diseases such as infectious diseases, cardiovascular diseases, diabetes, cancer and lung diseases. Hospitalizations in palliative care units due to these diseases are increasing and they receive health services in better conditions than living conditions in these clinics, but deaths occur according to the severity of their diseases. The Turkey provides asylum seekers with the best possible living conditions and the most comprehensive humanitarian assistance possible. It provides all health services to the refugees both in the camps and in the settlements where they live. These refugees also benefit from palliative care services when necessary.

The aim of this study is to evaluate the asylum seeker patients who lost their lives in palliative clinics, especially as a result of cancer, diabetes and other chronic diseases, as well as to emphasize their support in the health care of our country.

© 2022 Mardin Artuklu University. All rights reserved.

## MAKALE BİLGİLERİ

## Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 27.07.2022

Revizyon Tarihi: 17.08.2022

Kabul Tarihi: 19.08.2022

## Anahtar Kelimeler:

Göç

Hastalık

Ölüm

Palyatif bakım

Sığınmacılar

## ÖZET

Savaşlar, iç çatışmalar telafisi mümkün olmayan yıkımlara neden olup, en çok da sivilileri etkilemektedir. Yıkımın etkisi başta ikincil şahıslara ihtiyaç duyan çocuk, yaşlı ve kadınlar için daha belirgindir. Şu anda dünyadaki sığınmacıların yarısından fazlası Suriye’de hayatlarını kurtarmak için ülkelerinden ayrılmak zorunda kalan sığınmacılardan oluşmaktadır. Siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan toplumu ve bireyleri etkileyen yurdundan edilme durumu sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Sığınmacılar zor yaşam koşulları, barınma, beslenme, şiddet ve psikolojik travmalar gibi birçok neden ile sağlık bakım sisteminde en kırılgan ve savunmasız gruplardır. Kendi yaşam alanlarından zorunlu olarak ayrılan bireylerin yaşam konforlarının azalması ve yaşadıkları psikolojik yıkım, beraberinde bulaşıcı hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve akciğer hastalıkları gibi kronik hastalıkların riskini artırmaktadır. Bu hastalıklara bağlı palyatif bakım ünitelerine yatışlar artmakta ve bu kliniklerde yaşam koşullarından daha iyi şartlarda sağlık hizmeti almakta ancak hastalıklarının şiddetine göre ölümler gerçekleşmektedir. Türkiye, sığınmacılara mümkün olan en iyi yaşam koşullarını ve kapsamlı insani yardımı sağlamaktadır. Sığınmacılar hem kamplarda hem de barındıkları iskânlarda tüm sağlık hizmetlerini sürdürmektedir. Bu sığınmacılar aynı şekilde gerekli durumlarda palyatif bakım hizmetlerinden faydalanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım kliniklerinde özellikle kanser, diyabet ve diğer kronik hastalıklar sonucu hayatını kaybeden sığınmacı hastaların değerlendirilmesi ve bunun yanında ülkemiz sağlık bakımındaki desteğini vurgulamaktır.

© 2022 Mardin Artuklu Üniversitesi. Tüm hakları saklıdır.

## 1. Giriş

Savaşlar, iç çatışmalar, insanların can güvenliğinin tehlikede olması, politik unsurlar, sağlıkta yetersizlikler ve eşitsizlikler sivilleri etkilemekle birlikte en başta çocuklar, kadınlar ve yaşlılar için etkisi daha belirgindir. Buldukları ülkeleri ekonomik, toplumsal, siyasi nedenler ile terk etmek zorunda kalan bu topluluk sığındıkları ülkelerde barınma, beslenme, sağlık, eğitim, istihdam, ekonomik ve psikolojik sorunlar ile karşılaşmaktadırlar (1-3).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) Dünya nüfusunun %1'inin zorla yerinden edildiğini ve bunların %68'inin Myanmar, Afganistan, Suriye, Güney Sudan ve Venezuela'dan geldiğini açıklamıştır. Son yıllarda Ukrayna-Rusya savaşı sonrası başka ülkelere sığınan kişilerin sayısının eklenmesi ile bu sayının 100 milyona ve en yüksek seviyeye ulaştığını ifade etmiştir (4). Dünyadaki sığınmacıların ve mültecilerin büyük bir kısmı Suriye'de hayatlarını kurtarmak için kaçan sivillerden oluşmaktadır. Suriye iç savaşına bağlı göç edenlerin sayısı tüm dünyada 7 milyona yaklaşmış durumdadır. Türkiye'deki Suriyeli sığınmacı sayısı 2017 yılında 4 milyonu aşmıştır (5).

Siyasal, ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan toplumu ve bireyleri etkileyen vatanından ayrılma durumu sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Sığınmacılar zor yaşam koşulları, barınma, beslenme, sağlık, istihdam, ekonomik ve psikolojik travmalar gibi birçok neden ile sağlık bakım sisteminde en kırılgan ve savunmasız gruplardandır. Savaş nedeni ile başka bir ülkeye sığınan ve böylece bu ülkede yabancı durumunda olan sığınmacılar, karşılaştıkları ciddi travmalar sonucunda iyileşmesi zor olan birçok hastalık (kanser, diyabet, kalp hastalıkları vb.) ve bu hastalık riskleri ile sığındıkları ülkeye gelmektedirler.

Mart 2011 tarihinde başlayan Suriye iç savaşı ile birlikte ülkemize milyonlarca sığınmacı akını olmuştur. Türkiye en fazla Suriyeli sığınmacı barındıran ülke konumuna gelmiştir. İlk göç dalgasında sığınmacıların bir kısmı Türkiye sınırında bulunan kamplarda yaşamakta iken (3) şu anda çoğu, kent merkezlerinde yaşamaktadır. Göç İdaresi'nin 28 Nisan 2022 verilerine göre, Türkiye'de geçici koruma statüsüne sahip kayıtlı 4 milyon Suriyeli sığınmacının 3 milyonunu yetişkinler oluşturmaktadır (6,7). Türkiye Cumhuriyeti ülkeye gelen sığınmacılara iyi barınma şartları sağlamanın yanında mümkün olan en iyi yaşam koşullarını ve kapsamlı insani yardımı sağlamaya çalışmıştır. T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Yönetimi Başkanlığı (AFAD), Türk Kızılay Derneği ile birlikte, kampların kurulmasında ve düzenli bir yerleşim yeri olmasında aktif şekilde çalışmıştır. AFAD verilerine göre bugüne kadar Suriyeli sığınmacılar için beş milyar doların üzerinde bir harcama yapılırken, uluslararası kuruluşlar ancak üç yüz milyon dolarlık bir kaynak

sağlayabilmiştir (8). 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre vatansız olarak tanınan kişiler Türkiye'de genel sağlık sigortasına sahip olarak değerlendirilir. Bu nedenle kamplardaki sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda ülkemiz kendi üzerine düşeni yapmıştır.

Ülkelerini çoğu zaman kaçarak mecburi olarak terk etmek zorunda kalan sığınmacılar sevdiklerini, atalarını, kültürlerini, konforlu yaşantılarını, sosyal statülerini geride bırakarak göç etmektedirler. Hatta oluşan savaş veya iç savaş nedeni ile gerek ülkelerinde gerekse de göç yolunda kaybettikleri yakınlarının yas sürecini tamamlamadıkları bilinmektedir. Dolayısıyla göç ettikleri ülkelere psikolojik travmaları yüklenmiş olarak gelirler. Bu durum sığınmacılarda anksiyete, depresyon, hızlı ruh hali değişimleri ve sosyal izolasyonu artırır. Ülkesinden uzakta zor şartlarda yaşayan sığınmacılarda yabancılaşma, yalnızlık, özlem ve aşağılık duyguları gibi duygular sıklıkla artmaktadır. Bu, özellikle yaşlı ve komorbiditesi olan kişilerde mutsuzluk, huzursuzluk, çaresizlik, yalnızlık duygularını artırarak kronik kalp hastalıkları, diyabet, kanser gibi mevcut hastalıkların kötüleşme sürecine neden olmaktadır (9).

Palyatif bakım, 20. yüzyılın son çeyreğinde tedavisi zor ya da mümkün olmayan hastalıklarda bireylerin acılarını hafifletmeye yönelik tıbbi ve destekleyici tedavileri içeren özel bir bakım sistemi olarak tanımlanmıştır (10). Dünya nüfusunun giderek yaşlanması, teknolojik gelişmelerin hızlanması, yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisindeki gelişmelerle birlikte bireylerin beklenen yaşam süresinin uzaması palyatif bakıma olan gereksinimi her geçen gün artırmaktadır (11). Dünyada her yıl yaklaşık 40 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir (12). Sığınmacılar tek odalı, rutubetli ve kalabalık yaşam koşullarında yaşamlarını sürdürürler. Hayatlarını kısıtlayan ve tehdit eden hastalıkların da buna eklenmesi hem hastalar hem de hasta yakınları açısından fiziksel, psikososyal ve ekonomik birçok sonucu oluşturmaktadır. Palyatif bakım hizmeti alan hastalarda ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, kabızlık, iştahsızlık gibi fiziksel semptomlar; kaygı, ölüm korkusu, endişe, çaresizlik umutsuzluk, tükenme ve depresyon gibi psikolojik sorunlar sıkça görülmektedir (13). Bu kliniklerde hem yerel halka hem de sığınmacılara evde verilemeyen bu tedavi ve destekler verilmektedir.

Bu çalışmanın amacı göç olgusu, bunun sonucunda palyatif bakım kliniklerinde kanser, diyabet ve diğer kronik hastalıklar sonucu hayatını kaybeden sığınmacı hastaların değerlendirilmesi ve bunun yanında ülkemizin sığınmacıların sağlık ihtiyaçlarını karşılamadaki rolünü değerlendirmektir.

## 2. Olgu Sunumu

Çalışmamızda genel olarak 685 yataklı ve 24 palyatif bakım yatağı bulunan Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım kliniğinde 2016-2018 yılları arasında farklı hastalıklara sahip ve bu sürede hayatını kaybetmiş 7 Suriyeli sığınmacı değerlendirilmiştir. Bu sürede yatan, tedavi ve rehabilitasyonları sağlanarak evlerine gönderilen hastalar çalışma dışında bırakıldı. Sadece komorbiditelerine bağlı bu yıllarda vefat etmiş hastalar çalışmaya dâhil edildi. Hastaların 4'ü erkek ve 3'ü kadın olup yaş ortalamaları 65 yıldır (min.: 49, max.: 84). Hastaların 4'ü muhtelif onkolojik hastalıklardan (glioblastome multiforme, rektum malign neoplazmı,

bronş ve akciğer malign neoplazmı, meme kanseri), 2'si serebrovasküler olay biri ise genel durum bozukluğu + kronik obstrüktif akciğer hastalığı + kronik kalp yetmezliği nedeni ile onkoloji, nöroloji, yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım tedavileri sonlandıktan sonra palyatif bakım için kliniğe yatırıldı. Hastaların palyatif bakım kliniğinde kalış süresi en az 5, en çok 30 gün idi. Hastaların 3'ü Diyarbakır, 2'si Şanlıurfa, 1'i Batman, 1'i Mardin illerinden geldi. Kliniğimize başvuran hastaların hepsi AFAD'ın dışında kendi imkânları ile temin ettikleri evlerde yaşamaktaydı. Tüm hastaların sağlık güvencesi mevcut idi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hasta Verileri

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Tanı	Aldığı Tedavi	Yattığı Süre (gün)	Geldiği İl	Ek Hastalık	Ex Tarihi	Sağlık Güvencesi
1	49	K	Beyin Tümörü (Glioblastome Multiforme)	Cerrahi ve Yoğun Bakım+ Üç Defa Operasyon +Radyo Terapi, Palyatif Bakım	11	Şanlıurfa	YOK	Nisan 2016	VAR
2	80	E	Svo+Pnömoni+Genel Durum Bozukluğu	Göğüs Yoğun Bakım Sonrası Palyatif Bakım, Antibiyoterapi, Solunum Desteği	20	Diyarbakır	SVO+HT	Nisan 2018	VAR
3	67	E	Svo	Nöroloji, Yoğun Bakım, Palyatif Bakım	5	Şanlıurfa	DM+HT	Mayıs 2017	VAR
4	84	E	Genel Durum Bozukluğu+Koah+Kky	Palyatif Bakım	10	Diyarbakır	KOAH +KKY	Ocak 2018	VAR
5	51	K	Rektum Malign Tümör	Onkoloji +Palyatif Bakım	10	Batman	YOK	Haziran 2018	VAR
6	51	E	Bronş ve Akciğer Malign Tümörü	Onkoloji +Palyatif Bakım	19	Diyarbakır	YOK	Eylül 2017	VAR
7	73	K	Metastazik Meme Ca	Onkoloji +Palyatif Bakım	30	Mardin	YOK	Eylül 2018	VAR

SVO: Serebrovasküler olay, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KKY: Kronik kalp yetmezliği, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus

Kliniğe yatırılan onkolojik hastaların daha önce yapılan tetkiklerinde birçok organ metastazı olduğu görüldü. Geldikleri ana branş kliniklerinde mevcut tedavileri tamamlandıktan sonra ileri bakım ve tedavi için palyatif bakım kliniğimize kabul edildiler. Alınan anamnez neticesinde dört kanser hastasının da savaşın getirdiği travma etkisi ve yaşam koşullarının ağırlığı nedeniyle hastalıklarının ilerlediği, kendilerini ihmal ettikleri görüldü. Bu hastalardan özellikle beyin tümörü olan 49 yaşındaki kadın hasta, şartların yetersizliğinden dolayı hastaneye başvurmuştu. Başvuru esnasında hastalığının ilerlediği ve tümör evresinin arttığı fark edildi. Üç defa beyin operasyonu geçirdi. İnoperatif olan tümör hastayı rahatlatmak için alındı. Üçüncü operasyon sonrasında hasta ameliyattan entübe şekilde çıktı. Uzun süreli yoğun bakım sürecinin ardından ektsübe edilen hasta ileri bakım için palyatif bakım kliniğine alındı ve aile bireylerine veda edemeden vefat etti. Diğer üç hastada da metastaz yapmış non-operatif (ameliyat olmaya uygun olmayan durum) kanserler mevcut idi. Palyatif bakım biriminde yatan bu hastaların çoğunda yetersiz bakım kaynaklı kötü beslenme, kaşeksi ve kilo almama durumu tespit edildi. Çoğunun yanında kızları veya küçük

çocukları vardı. Tablo 1'de gösterildiği gibi bakımları iyi olamayan ve hastane yatışları geciken hastaların erken dönemde vefat ettikleri bulundu.

Kanser tanısı almayan geriye kalan diğer üç hastanın ikisi serebrovasküler olay, diğeri komorbid hastalık (genel durum bozukluğu + KOAH + KKY) tanılarını nedeniyle ilgili kliniklerinde tedaviye başlamıştır. Bu hastalar tedavilerinin tamamlanmasının ardından palyatif bakım için kliniğe yatırıldı. Yaş ortalaması 77 yıl (min.: 67, max.: 84) bu hastalarda yaşlılık ve kronik çoklu hastalıkların eşlik ettiği durum söz konusuydu. İlaçlarını düzenli almayan, bakımları ihmal edilen bu hastalar beyin kanaması sonrası nöroloji yoğun bakım kliniğine yatırılmış, mevcut sağlık durumuna eklenen pnömoni ve kalp-akciğer hastalıkları nedeni ile önce göğüs hastalıkları yoğun bakım kliniğine, ardından da palyatif bakım kliniğine transfer edilmiştir.

## 3. Tartışma

Ülkelerdeki iç çatışmalar ve savaşların sivilere yönelik oluşturduğu tehdit tüm dünyada her geçen gün artıyor. Bu tehditler sonucunda

ülke sınırlarına göçer olmakta ve sığınmacı sayıları artmaktadır. Savaşla ilgili ölümlerin sadece beşte biri doğrudan sivil travmadan kaynaklanmaktadır. İlk yıkıcı etkiden kurtulabilen siviller, birçok hastalığı kapsayan ikincil sorunla yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Toplum ve bireyleri etkileyen göç olgusu sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Bireylerin barınma, beslenme gibi fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayamaması, başka sorunlarla karşılaşma olasılıklarını ve yaşamlarını sürdürme konusundaki riskleri arttırmaktadır. Barınma koşullarının rutubetli, ışısız bodrum katları vb. olması insan sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine ve bundan kaynaklı hastalıklara neden olmaktadır. Bu hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik akciğer hastalıkları gelmektedir. Kanser gibi çok zor takip ve tedavisi olan hastalıkların yanında bulaşıcı olmayan hastalıklar da hem sığınmacılar hem de sığınmacılara ev sahipliği yapan ülkeler için önemli bir problem oluşturmaktadır. AFAD, ülkemizdeki sığınmacı ailelerin kanser ve kronik hastalık oranlarını %7 olarak bildirmiştir (14). Ortadoğu'da yapılan çalışmalara göre bulaşıcı olmayan hastalık prevalansının %9-50 arasında olduğu ve bu kronik hastalıklar arasında kanser ve böbrek hastalıklarının da gözlendiği belirtilmiştir (6). Ayrıca çeşitli çalışmalarda anemi, hipertansiyon, dislipidemi, astım, nörolojik hastalıklar, diş sağlığı ve göz problemleri de saptanmıştır (8). Hastalarımızın dördünde muhtelif organ kanserlerinin, üçünde diğer kronik hastalıkların olduğu görüldü.

Genellikle göç nedenlerini oluşturan durumlar ortaya çıkınca çoğu göçmen kısa vadede vatanına en yakın sınırı olan ülkeye göç ederler. Sınırına komşu olan ülkelerin ekonomik ve siyasal durumuna göre barınma, sağlık ve istihdam hizmetleri ile karşılaşır. Son dönemde iki büyük sığınmacı göçü gerçekleşti. Biri Suriye iç savaşı diğeri ise Rusya- Ukrayna Savaşı idi. Suriyeli sığınmacılar çoğunlukla Türkiye, Ürdün, Lübnan ve Irak'a sığındılar. Birçok ülkede sınırdan içeri dahi alınmadılar. Sınırlardaki zor şartlar sağlık durumlarını daha da kötüleştirdi. Göçten etkilenen yaşlı, kadın ve çocukların büyük oranda toplu ölümleri gerçekleşti. Irak, Lübnan ve Ürdün'de açlık, çöl iklimi ve kamp şartlarından dolayı aradıklarını bulamayan birçok sığınmacı tekrar ülkelerine döndü. Bunun aksine Ukrayna-Rusya savaşında birçok Avrupa ülkesi Ukraynalı sığınmacıları kabul edip hemen mülteci statüsünde kabul etti. Sığınmacıların bu ülkelerde iyi istihdam edilmesi ve sağlık hizmetlerine hızlı ulaşması ölüm oranlarını düşürdü.

Sağlık hakkı evrensel bir hak olmakla birlikte, her ülkenin uygulaması farklı olduğu için sığınmacıların sağlık haklarına erişiminde evrensel kurallar yoktur. Bu durum sığınmacıların sağlık ve koruyucu hizmetlerden faydalanamama, tedavi imkânlarına sahip

olamama gibi temel sağlık problemleriyle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Ülkemizdeki Suriyelilerin yalnızca %1,3'ü kamplarda, %98,7'si şehirlerde yaşıyor. Sağlık desteği olarak Suriyelilere bugüne kadar 97 milyon poliklinik hizmeti verilirken, 3 milyonun üzerinde yatarak tedavi hizmeti ve 2,6 milyon ameliyat hizmeti sunuldu. Tüm hastaların Sağlık güvencesi mevcut idi. Sağlık bakım hizmetlerinde sorun yaşamadılar (15).

Kadınlar ve çocuklar su, barınma ve yiyecek için gerekli diğer temel gereksinimleri karşılamakta oldukça zorluk çekmektedirler. Bunun sonucunda hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan stres, çoğunlukla göçmenlerin sahip olduğu kronik anksiyete, memleket özlemi ve izolasyon (sosyal çekilme) ile ilişkilidir (7). Savaş travması, zorlu yaşam, kötü çevre koşulları sığınmacılar üzerinde ciddi psikolojik sorunlar yaratmakta, bedensel hastalıkların oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Sağlıklı olduklarında bile risk grubu olan kadınlar ve çocuklar göç sonrası en acı bilançoğu yaşayan bireylerin başında gelir. Hastalarımızın 3'ü kadındı. Olgularımızdan biri onkolojik hastalığı olan 49 yaşındaki kadındı. Gecikmiş beyin tümörü tanısını ile hastanemize başvurmuştu. Palyatif bakım kliniğimizde yatarak 3 defa kranial operasyon geçirmiş olarak geldi ve 11 gün sonra ailesine veda edemedi genç yaşta vefat etti.

Sığınmacıların en temel problemleri olan barınma, beslenme, eğitim, istihdam ve ekonomik durumlarının yanı sıra sağlık ve psikolojik problemler de çok önemli bir yer tutmaktadır. Göçmenler dil ve iletişim sorunları, maddi yetersizlikler sonucunda sürekli çalışmak zorunda oldukları için sağlık hizmetlerine ulaşamayan kırılğan gruplardır. Yaşadıkları bu durumlardan dolayı sağlık problemlerini önemsememekte ve ertelemektedirler. Bu, kişide mevcut olan kronik hastalık süreçlerinin kötüleşmesine de sebep olmaktadır (16,17). Olgularımızın 3'ü muhtelif kronik hastalıklara sahipti. Bunlar geçirilmiş kranial hadiselere bağlı kronik serebrovasküler olay, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik kalp hastalığı ve bu kronik hastalıklara bağlı genel durum bozukluğu gibi durumlardı. Bu hastalıklara bağlı palyatif bakım ünitesine bağlı yaşamlarını sürdürmekteydiler.

Türk Tabipler Birliği'nin 2014 yılında yayınladığı Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporunda, Batman ve Diyarbakır gibi kentlerde sığınmacı kampı bulunmadığı, bu şehirlerdeki sığınmacıların daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük semtleri tercih ettiği ve çoğu ailenin küçük, tek odalı evlerde yaşadığı, bu konutlarda birkaç ailenin birlikte yerleştikleri belirtilmiştir (16). Bununla birlikte yaşanan evlerin fiziksel olarak kötü koşullarda olduğunu kalabalık ailelerin bu dar evlerde oturduğunu rapor etmişlerdir. Hastalarımızdan alınan anamnezlerden kötü semtlerde yaşadıkları, evlerde kalabalık oldukları ve bir hastanın yaşamını



sürmesi için koşulların yetersiz olduğu saptanmıştır. Bazılarının evde öz bakımlarının iyi olmadığı, kaşektik ve kötü beslendikleri gözlemlenmiştir. Hastaların kötü barınma koşulları, beslenmeme ve düzenli ilaçlarını almamalarının mevcut hastalık süreçlerini daha da kötüleştirdiği görülmüştür.

Yapılan bazı çalışmalarda sığınmacıların önceki yaşam hikâyeleri ve uyum süreçleri nedeniyle daha fazla ruhsal rahatsızlık yaşadıkları; fakat yerel halka göre daha az ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma oranlarına sahip oldukları gösterilmiştir. Bu durumun sığınmacılarda var olan hastalıkları artırdığı ve yeni hastalıkların oluşumuna da zemin hazırladığı ortaya konmuştur (18,19). Hastalarımızın yapılan psikiyatrik konsültasyonları ve genel gözlemlerinde psikolojik olarak iyi olmadıkları, birçoğunda mutsuzluk, umutsuzluk, yalnızlık hissi ve sosyal izolasyon olduğu gözlemlenmiştir.

Palyatif bakımın, sığınmacıların ihtiyaçlarını ve yaşamlarını kısıtlayan koşullarını karşılamakta önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Ağrı ve semptom yönetimi, psikososyal destek ve manevi bakım gibi müdahaleler Suriyeli mültecilerin ihtiyaçlarının karşılanmasında ve acılarının azaltılmasında oldukça etkilidir. Zaten mevcudiyette bu kadar ciddi fiziksel ve psikolojik travma yaşayan bu toplumun yaşamının son günlerini ağrısız, iyi beslenme, sıcak ortam gibi şartların oluşturduğu Sağlık Bakanlığımızın da desteklediği palyatif bakım merkezlerinde geçirmeleri çok önemlidir.

#### 4. Sonuç

Önümüzdeki yıllarda sığınmacı sayısının tüm dünya çapında giderek artabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmanın bulgularına göre palyatif bakımın, sığınmacıların ihtiyaçlarını ve yaşamlarını kısıtlayan koşullarını karşılamada önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Palyatif bakım kliniklerindeki ağrı ve semptom yönetimi, psikososyal destek ve manevi bakım gibi müdahaleler sığınmacıların ihtiyaçlarını karşılamada ve psikolojik acılarını azaltmada oldukça etkilidir. Zaten mevcudiyette bu kadar ciddi travma yaşayan bu insanların yaşamının kalan sürecini daha az ağrı, iyi beslenme, sıcak ortam gibi şartların olduğu Sağlık Bakanlığımızın da desteklediği palyatif bakım merkezlerinde geçirmeleri çok önemlidir. Ancak özellikle kemoterapi ve palyatif bakım gerektiren kanser ve kronik hastalıkların tedavisi oldukça pahalıdır. Tüm bu durumların takip ve tedavisi için gerekli olan ekonomik kaynakların sürekli olması ve mutlaka bunun sağlanabilmesi için uluslararası iş birliğine ihtiyaç vardır.

**Çıkar Çatışması:** Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek:** Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

**Etik Kurul Onayı:** Bu çalışma için etik kurul onayına gerek yoktur.

#### Yazarlık Katkısı:

HA: Araştırmanın tasarımı, makalenin yazımı, literatür taraması.

SO: Veri toplama ve literatür taraması.

MZK: Veri toplama ve analizi.

ETK: Son kontroller.

#### 5. Kaynaklar

1. Joshi PT, O'donnell DA. Consequences of child exposure to war and terrorism. Clin Child Fam Psychol Rev. 2003;6(4):275-92.
2. Çelikel A, et al. A series of civilian fatalities during the war in Syria. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2014;20(5):338-42.
3. Akelma H, Kılıç ET. Savaş, Yanık ve Çocuk: Suriye Savaşının Hastanemiz Yanık Ünitesine Yansımaları. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2019;(28)5:312-319.
4. UN Refugee Agency (UNCHR). Bölgesel mülteci ve dayanıklılık planı, Türkiye ülke bölümü 2021-2022. Erişim tarihi: 08.04.2021. Erişim linki: [https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2021/03/3RP-Turkey-Country-Chapter-2021-2022\\_TR-opt.pdf](https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2021/03/3RP-Turkey-Country-Chapter-2021-2022_TR-opt.pdf)
5. UN Refugee Agency (UNCHR). Global trends 2017. Erişim tarihi: 08.04.2021. Erişim linki: <https://www.unhcr.org/globaltrends2017/>
6. Begam NS, Mini G. Impact of migration on non-communicable disease risk factors: Comparison of gulf migrants and their nonmigrant contemporaries in the district of origin in Kerala, India. International Archives of BioMedical and Clinical Research. 2016;2(2):59-65.
7. Turner C, Turner P, Carrara V, Burgoine K, Tha Ler Htoo S, et al. High rates of pneumonia in children under two years of age in a South East Asian refugee population. PLoS One. 2013;8:e54026.
8. Amara AH, Aljunid SM. Noncommunicable diseases among urban refugees and asylum-seekers in developing countries: A neglected health care need. Globalization and Health. 2014;10:24.
9. Tamer M, Birvural A. Zorunlu göçmen toplumlarda oluşturduğu problemler. İçinde: ed. Solak A, Özpolat, V. Zorunlu göçler ve doğurduğu sosyal travmalar. Ankara: HEGEM Yayınları; 2018.
10. Kabalak AA. "Türkiye'de palyatif bakım çalışmaları". Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics. 2017;10(1):7-12.
11. Kazak H, et al. Türkiye'ye 1970-1985 yılları arasında göç eden Kazakların göç süreci ve kuşakların sosyo-kültürel açıdan entegrasyonu. T.C. İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü Lisans Tezi. 2020.
12. Dünya Sağlık Örgütü. Palliative care. 2020. Erişim tarihi: 08.04.2021. Erişim linki: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
13. Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü. (NCI). What issues are addressed in palliative care? 2017. Erişim tarihi: 08.04.2021. Erişim Linki: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/carechoices/palliative-care-fact-sheet#what-issues-are-addressed-in-palliativecare>
14. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Savaş, göç ve sağlık. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2016. Erişim tarihi: 08.04.2021. Erişim linki: [https://www.tb.org.tr/kutuphane/siginmacilar\\_rpr.pdf](https://www.tb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf)
15. Mülteciler Derneği. Türkiye'deki Suriyeli sayısı Temmuz 2022. Erişim tarihi: 26.07.2022. Erişim linki: <https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli->

[sayisi/?gclid=Cj0KCQjwrs2XBhDjARIsAHVymmSCj-NzOKPogI07cdhHurAlck3ZIswVOUOdPNDZ5k91o5pTOVQILGoaApBNEALw\\_wcB](#)

16. Zencir M, Davas A. Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2014.
17. Vatansver K. Sığınmacılarda Sağlık Belirleyicileri: Sığınmacıların Kamplardaki Sorunları [Determinants of Health on Refugees: Refugees' Problems in Camps]. Savaş, Göç, Sağlık. Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2016:20-31.
18. Turner C, Turner P, Cararra V, Eh Lwe N, Watthanaworawit W, et al. A high burden of respiratory syncytial virus associated pneumonia in children less than two years of age in a South East Asian refugee population. PLoS One. 2012;7:e50100.
19. Balkır N. Happily ever after? Mental health status, illness models and psychological coping among two immigrant/refugee groups. Akt. Ağlıkaya Şahin, Z. 2015 Uluslararası Din Psikolojisi Derneği (IAPR) Kongresi. Mizânü'l-Hak İslami İlimler Dergisi. 2016;(1):115-124.



Olgu Sunumu / Case Report

## Ultrason Rehberliğinde Bilateral İnfraklavikuler Brakial Pleksus Bloğu

### Ultrasound-Guided Bilateral Infraclavicular Brachial Plexus Block

Abdulahkim Şengel<sup>a\*</sup>, Evren Büyükfırat<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Uzman Doktor, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Siverek İlçe Hastanesi, Siverek, Şanlıurfa, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0905-1018>

<sup>\*</sup> İletişimden sorumlu yazar, E-mail: [ahsengel121@gmail.com](mailto:ahsengel121@gmail.com)

<sup>b</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Şanlıurfa, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6396-0426>

#### ARTICLE INFO

##### Article History:

Received: 19.06.2022

Received in revised form: 20.07.2022

Accepted: 14.08.2022

##### Keywords:

Brachial plexus block

Local anesthetic

Nerve block

Ultrason

#### ABSTRACT

Anesthesiologists avoid multiple peripheral nerve block applications due to the increased risk of local anesthetic systemic toxicity. In selected patients correctly, the risk of complications will be minimized in the block procedure to be applied with low volume and correct local anesthetic selection within the safe dose limits under ultrasound guidance. It is aimed to share the case experience of the bilateral infraclavicular block, which has not been encountered with any complications and has been applied successfully.

© 2022 Mardin Artuklu University. All rights reserved.

#### MAKALE BİLGİLERİ

##### Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 19.06.2022

Revizyon Tarihi: 20.07.2022

Kabul Tarihi: 14.08.2022

##### Anahtar Kelimeler:

Brakial pleksus blok

Lokal anestezi

Sinir bloğu

Ultrason

#### ÖZET

Anestezi uzmanları artmış lokal anestezi sistemik toksisitesi riski nedeniyle çoklu periferik sinir blok uygulamalarından kaçınmaktadır. Doğru seçilmiş hastalarda ultrason eşliğinde güvenli doz sınırları içinde düşük volüm ve doğru lokal anestezi seçimi ile uygulanacak blok işleminde komplikasyon riski de minimize edilmiş olacaktır. Herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmayan ve başarılı bir şekilde uygulanmış olan bilateral infraklavikuler blok hakkındaki vaka deneyiminin paylaşılması hedeflenmiştir.

© 2022 Mardin Artuklu Üniversitesi. Tüm hakları saklıdır.

#### 1. Giriş

Brakiyal pleksus bloğu (BPB), yapılacak olan işleme göre; interskalen, supraklaviküler, infraklavikuler, aksiller veya terminal sinirlere yönelik olmak üzere farklı alanlardan gerçekleştirilebilmektedir (1). Birbiri yerine tercih edilebildikleri endikasyonlarda bu bloklardan komplikasyonu daha az olan infraklavikuler blok (ICB) yaklaşımı daha çok tercih edilmektedir (1).

Endikasyon dahilinde bilateral BPB'nun uygulanabilirliği birçok kuşkudan dolayı hala bir tartışma konusudur. Bu kuşkuvarın başında uygulanacak bilateral BPB için daha yüksek dozda lokal anestezi (LA)'e ihtiyaç duyulacağı bunun da beraberinde artmış lokal anestezi sistemik toksisite (LAST) riski ile sonuçlanabileceği

düşüncesidir. Özellikle ultrason (US)'un rejyonel anestezide kullanılmaya başlanmasıyla beraber hedef sinirlerin ve çevredeki dokuların direk görüntülenmesi blok başarı oranını artırma yanında kullanılan LA dozunun azaltılmasına ve daha düşük volümde LA solüsyonlarının uygulanmasına olanak tanımıştır. Bu gelişmeler endikasyon dahilinde (hastanın istemesi, genel anestezinin kontrendike olduğu durumlar gibi) yapılabilecek çoklu blokların uygulanması konusundaki kuşkuvarı bir nebze olsun azaltmıştır. Bundan dolayı bilateral üst ekstremite cerrahisi için ultrason eşliğinde bilateral ICB planlayıp uyguladığımız vaka hakkındaki deneyimimizin paylaşılması hedeflenmiştir.

## 2. Olgu Sunumu

45 yaşında, 72 kg, kadın hasta sol elde radius parçalı kırık, sağ elde ise ulna kırığı ve 5. metakarp kırığı nedeni ile operasyon planlandı. Özgeçmişinde alkol ve sigara kullanımı dışında herhangi bir özelliği olmayan, ameliyat öncesi bakılan tetkiklerinde biyokimya, hemogram ve koagülasyon değerleri normal olarak tespit edilen, bakılan elektrokardiyografi (EKG)'si normal sinus ritmi, posteroanterior akciğer grafisi (PAAG)'si ise doğal olarak değerlendirilen, fizik muayenesi normal olan hastanın ASA IIE ile opere olmasına karar verildi.

Hastadan aydınlatılmış onam alındı. Hasta ameliyat öncesi üniteye alındıktan sonra entübasyon ihtimaline karşılık zor ventilasyon-havayolu olabileceği düşünülerek blok işlemi esnasında çeşitli boylarda airwayler, LMA'lar, maskeler, entübasyon tüpleri, acil trakeostomi seti, videolarinoskop, aspirasyon sondası ve sugammadex hazır bulunduruldu. Hasta monitörize (EKG, nabız oksimetresi, (SpO2) ve noninvaziv kan basıncı (TA) monitorizasyonu) edildi. Hastaya 10 ml/kg/sa'ten mayi başlandı sonrasında hastanın boynu blok uygulanacak tarafın karşı tarafına döndürülerek hasta sırtüstü pozisyona getirildi (Şekil 1).



Şekil 1. İnfraklavkuler Blok İşlemi Uygulaması

Hastaya blok işlemi uygulamak için, blok bölgesi %10'luk povidin iyot ile steril hale getirildi. Toshiba Nemio XG SSA-580A Japonya menşei US'dan faydalandık, ayrıca blok işlemi için çok frekanslı lineer prob (10-18 MHz) ve 22 G, 50 mm, yalıtımlı faset tipi iğne (BBraun Stimuplex, Melsungen, Almanya) kullandık. Optimal görüntüyü elde etmek için korakoid prosesin hemen iç yanına in-plane olarak yerleştirilen US lineer probuna parasagittal planda, aksiller arterin (AA) kesitsel görüntüsünü bulmak üzere yön verildi. Enjeksiyon giriş bölgesinde cilt ve cilt altı dokuyu kapsayacak şekilde 2 mL'lik %2'lik lidokain ile lokal anestezi sağlandıktan sonra ciltten iğne ile girilip, US görüntüsü eşliğinde uzun aks yöntemi ile aksiller arter ve etrafındaki sinirsel yapılar tespit

edildikten sonra her üç kordun (lateral-medial-posterior) etrafına LA solüsyonu verilecek şekilde blok iğnesi yönlendirildi. Hedef bölgeye girildikten sonra intravenöz uygulamadan kaçınmak için negatif aspirasyon testi uygulanarak (her 5 mL'lik LA solüsyonu enjeksiyonu sonrası tekrarlanarak) 5 mL'si %2 lidokain (Lidon 100 mg/5ml On Farma) ve 10 mL'si %0.5 bupivakain (Buvasin 5mg/ml, Vem İlaç, Türkiye) olmak üzere 5 mL %0.9 izotonik sodyum klorür ile sulandırılmış toplam 20 mL'lik solüsyon hazırlanarak ilgili bölgelere enjekte edildi. İntranöral enjeksiyon ya da intraarteryel enjeksiyon gibi komplikasyonlarla karşı karşıya kalmamak için LA dağılımı US ekranında sürekli görülecek şekilde enjeksiyon işlemi gerçekleştirildi. Görüntünün ekrandan kaybolması halinde veya işlem esnasında dirençle karşılaşıldığında tilt şeklinde küçük manevralarla iğneye yeniden yön verilerek optimal düzeyde görüntü sağlanarak işlem gerçekleştirildi. İlk blok işleminden hemen sonra hastanın pozisyonu değiştirilerek diğer taraftaki blok işlemine geçildi. İkinci blok işlemi de aynı şekilde gerçekleştirildi. Her iki blok işleminden 15 dakika sonra kontrol amaçlı ağrılı uyarana cevap olarak bir geri çekme yanıtının ve hemodinamik değişikliğin olmamasıyla bloklar başarılı olarak değerlendirildi. Daha sonra operasyon odasına transfer edilerek operasyona başlandı (Şekil 2). Sorunsuz bir şekilde her iki taraftaki ameliyatı gerçekleştirilen hastanın ameliyat süresi her iki operasyon için yaklaşık 2 saat 25 dakika sürdü. Operasyondan sonra ameliyat sonrası bakım ünitesinde 30 dakika izleme alınan hastanın vital bulguları stabil seyredince hasta ilgili (ortopedi) kliniğine nakledildi. Operasyon sonrası 24 saat boyunca herhangi bir şikâyeti olmayan hasta ikinci günde de herhangi bir nörolojik sekel bulgusu olmadığı tespit edilerek taburcu edildi. Taburcu edildikten yaklaşık bir hafta sonra, kontrol amaçlı ortopedi polikliniğine gelen hastada herhangi bir sıkıntı olmadığı tarafımıza bildirildi.



Şekil 2. Çift Taraflı Ameliyat İçin Hasta Görüntüsü

### 3. Tartışma

Periferik sinir blok (PNB)'ları hem anestezi hem de postoperatif analjezik yöntem olarak yaygın kullanılmaktadır. Sinir stimülatörü ve/veya US eşliğinde yapıldığı taktirde güvenli bir yöntem olan PNB'ları gerekliliği halinde çoklu yapılabilir ancak bu durum beraberinde başka sıkıntıları doğurmaktadır. Bilateral BPB ile ilişkili en önemli endişelerin başında oluşabilecek LAST'ın potansiyel riskidir. LAST'ın riskini azaltmak için çeşitli önlemlere başvurulması gerektiğini düşünüyoruz. Bunun için de literature baktığımızda US eşliğinde yapılan başarılı bir blok için minimum etkili LA dozunun LAST riskini en aza indirdiği tespit edilmiştir (2). Mangla vd. yaptığı çalışmada LAST riskini azaltmaya yönelik olarak daha öncesinde 40 mL'lik LA solüsyonu kullanırken bunu 30 mL'ye düşürdüklerini belirtmiştir. Ayrıca bu çalışmada bupivakain ile beraber bupivakainden daha hızlı etki gösteren klorprokain ve lidokain'i LA solüsyonuna katıp LAST riskini daha da düşürmeye çalıştıklarını belirtmiştir (3). Yine LAST riskini azaltmaya yönelik önceki çalışmalara baktığımızda eşzamanlı bilateral yapılan her bloğa bağlı emilim nedeniyle LA pik plazma konsantrasyonuna çabuk ulaşılacağı belirtilmiş, bunun için de her blok arasında bir zaman aralığı bırakılması gerektiği belirtilmiştir (4). Bu çalışmaya benzer şekilde diğer bir çalışmada bloklar arasında bir zaman aralığının olması her blok için tepe sistemik absorpsiyon hızı (ilaç emiliminin en üst düzeye çıktığı an) çakışmasını önleyeceği böylece potansiyel bir LAST riskinin önüne geçilebileceği belirtilmiştir (5). Başka bir çalışmada LA toksisitesinin önüne geçmek için çoklu bloklarda her blok arasında en az 60 dakikalık bir zaman aralığı bırakılması gerektiği önerisinde bulunulmuştur (6). Bilateral (çoklu) gerçekleştirilen bloklardan kaynaklı korkulması gereken en önemli komplikasyonlardan bir tanesi de daha önce belirttiğimiz gibi ortaya çıkabilecek LAST tablosudur. Böyle bir tablo ile karşı karşıya kalmamak için blok işlemi US eşliğinde gerçekleştirip hastalarda kullanılabilir LA dozu olarak en düşük dozlar tercih edilmeye çalışılmıştır. Aynı zamanda dozu düşürmekle yetinmeyip kullanılacak LA solüsyonunu da volüm olarak düşük tutmaya çalışıldı. Bloklarda hem bupivakain dozunu düşük tutmak için hem de kullanılan LA solüsyonunun hızlı etki göstermesi için bupivakain ile beraber ek lokal anestezi olarak lidokain kullanıldı. Literatür çalışmalarında tespit edebildiğimiz şekilde birçok çalışma (4-7) bilateral (çoklu) yapılan bloklarda LA pik plazma konsantrasyonunun önüne geçebilmek için belli aralıklarla bu blokların yapılmasını önermektedir. Ancak US eşliğinde gerçekleştirilen bloklarımızda hem düşük doz hem de düşük volüm tercih edildiği için LAST'ne sebep olabilecek pik plazma konsantrasyonuna ulaşmayacağı tahmin edildiğinden bilateral

(çoklu) yapılan blokların ard arda gerçekleştirilmesinde bir sakınca görülmedi. Hastada LAST tablosunu tespit edilmedi.

Bilateral gerçekleştirilen bloklardan kaynaklı korkulması gereken diğer bir yan etki de bilateral pnömotoraksa. Bu riskten kaçınmak için US klavuzluğunda blok iğnesinin sürekli görselleştirilmesi sağlanıp plevradan uzak tutulmalıdır. Bloğumuz US görüntüsü eşliğinde gerçekleştirildiğinden dolayı bu yan etki ile karşılaşmadık. Özetle bilateral üst ekstremitte cerrahisinde US klavuzluğunda bilateral İCB'un başarılı bir şekilde uygulandığı ve herhangi bir yan etki (frenik sinir tutulumu, LAST vb.) ile karşılaşmadığımız vakayı sunmaya çalıştık. Bilateral üst ekstremitte cerrahisi gereken ancak herhangi bir nedenle genel anesteziye kaçınılması gerektiğinde US eşliğinde bilateral İCB gönül rahatlığıyla genel anesteziye alternatif olarak güvenle kullanılabilir bir anestezi yöntemidir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

**Aydınlatılmış Onam:** Bu vaka raporunun yayınlanması için hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır.

### Yazarlık Katkısı:

AŞ: Kapsam, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, kaynak taraması, kaynaklar.

EB: Analiz, makalenin yazımı, eleştirel inceleme, kaynaklar.

**Teşekkür:** Katkılarından dolayı Erhan Yıldız ve Kasım Özer'e teşekkür ederim.

### 4. Kaynaklar

1. De Tran QH, Clemente A, Doan J, Finlayson RJ. Brachial plexus blocks: a review of approaches and techniques. *Can J Anaesthesia*. 2007;54(8):662-74.
2. McNaught A, Shastri U, Carmichael N, et al. Ultrasound reduces the minimum effective local anaesthetic volume compared with peripheral nerve stimulation for interscalene block. *Br J Anaesth*. 2011;106:124-30.
3. Mangla C, Kamath HS, Yarmush J. Bilateral brachial plexus block using chloroprocaine for surgery of bilateral radial fractures. *Local Reg Anesth*. 2019;12:99-102.
4. Kim BG, Yang C, Lee K, Choi WJ. Bilateral brachial plexus block in a patient with cervical spinal cord injury: A case report. *Medicine*. 2020;99(30):e21126
5. Mistry T, Balavenkatasubramanian J, Natarajan V, Kuppusamy E. Ultrasound-guided bilateral costoclavicular brachial plexus blocks for single-stage bilateral upper limb surgeries: Abstain or indulge. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2019;35(4):556-557.
6. Holborow J, Hocking G. Regional anaesthesia for bilateral upper limb surgery: a review of challenges and solutions. *Anaesth Intensive Care*. 2010;38:250-8.

7. Şengel A, Seçilmiş S. Ultrasound-guided bilateral infraclavicular brachial plexus block: A report of three cases. *Saudi J Anaesth.* 2022;16(2):232–235.



Review / Derleme

## The Mediterranean Diet's Role and Sustainability in Healthy Nutrition

### Sağlıklı Beslenmede Akdeniz Diyetinin Rolü ve Sürdürülebilirliği

Gizem Deniz<sup>a\*</sup>, Neda Saleki<sup>b</sup><sup>a</sup> Diyetisyen, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7018-623X><sup>\*\*</sup> İletişimden sorumlu yazar, E-mail: [dyt.gizemdeniz@gmail.com](mailto:dyt.gizemdeniz@gmail.com)<sup>b</sup> Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1141-5730>

#### ARTICLE INFO

##### Article History:

Received: 16.06.2022

Received in revised form: 03.07.2022

Accepted: 08.08.2022

##### Keywords:

Mediterranean diet

Healthy diet

Sustainability

#### ABSTRACT

Nutrition has a direct impact on health. The main cause of this effect is the food diversity. A good diet can help to keep diseases at bay. With its strong nutritional content and sustainability benefits, the Mediterranean diet receives more attention than other diet models. Due to climate change and population growth, the concept of sustainability has recently gained traction. One of the most important aspects of a long-term future is nutrition. In comparison to other diet models, the Mediterranean diet has a lower environmental footprint. This diet should be implemented in more populations in order to improve the environmental advantage. New studies should be used to explain the benefits of the Mediterranean diet in order to promote its global acceptance. The goal of this review is to illustrate the Mediterranean diet's importance and long-term viability in terms of healthy eating.

© 2022 Mardin Artuklu University. All rights reserved.

#### MAKALE BİLGİLERİ

##### Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 16.06.2022

Revizyon Tarihi: 03.07.2022

Kabul Tarihi: 08.08.2022

##### Anahtar Kelimeler:

Akdeniz diyeti

Sağlıklı beslenme

Sürdürülebilirlik

#### ÖZET

Beslenmenin sağlık üzerinde doğrudan bir etkisi mevcuttur. Besin çeşitliliği bu etkinin ana sebebinin oluşturmaktadır. Sağlıklı bir beslenme ile hastalıklardan korunmak mümkündür. Akdeniz tipi beslenme zengin besin içeriği ve sürdürülebilirlik yönünden avantajları ile diğer diyet modellerinden daha fazla dikkat çekmektedir. Sürdürülebilirlik kavramı, iklim değişikliği ve nüfus artışı sebebi ile son zamanlarda önem kazanmıştır. Beslenme sürdürülebilir bir gelecek için kilit noktalardan biridir. Akdeniz diyeti, diğer diyet modellerine kıyasla daha iyi bir ekolojik ayak izine sahiptir. Çevresel faydanın artması için bu diyetin daha fazla popülasyonda uygulanması gerekmektedir. Akdeniz diyetinin küresel olarak tercih edilebilirliğini artırmak için yeni çalışmalar ile faydaları açıklanmalıdır. Bu derleme çalışmasının amacı, sağlıklı beslenmede Akdeniz diyetinin rolünü ve sürdürülebilirliğini iletmeektir.

© 2022 Mardin Artuklu Üniversitesi. Tüm hakları saklıdır.

#### 1. Introduction

Eating habits play a significant effect in one's overall health. The impact of nutrition on health is determined by the variety of foods available. The strong nutritional content of the Mediterranean diet (MD) is one of its key characteristics (1).

Many diseases can be prevented with a healthy and balanced diet, according to studies in the literature. Fish, fruits, vegetables, and fiber-rich diets have been linked to improved health. These foods are also an important part of MD (2).

MD is a sustainable, evidence-based special nutrition approach for good health (3). It's a low-glycemic-index diet that's high in antioxidants and bioactive components having anti-inflammatory properties (4). Many chronic diseases (5), particularly cardiovascular ailments, are prevented by MD (3).

Mediterranean nutrition, which is a product of culture and customs rather than a diet, made its way into medical science around half a century ago and has since been recognized as one of the healthiest lifestyle models (6). The purpose of this review is to examine the

Mediterranean diet, which is considered healthy and sustainable, within the scope of health and sustainability goals and also to evaluate the sustainable life and health effects of Mediterranean diet that is accepted as sustainable healthy diet model.

**2. Mediterranean Diet**

MD is the name given to the typical cuisine of people living in the Mediterranean region. When the overall diet of 22 Mediterranean-bordering countries is evaluated, non-starchy foods, diverse vegetables, whole grains, legumes, nuts, seeds, fibrous foods and minimally processed items are found. Meat is consumed infrequently, usually once or twice a week, and sugar and potato consumption are minimal. It is well known that butter and cream are rarely used, and olive oil is favoured as the primary source of fat. It is said that they consume a moderate amount of red wine and consume enough fruit (7,8).

It was first proposed by Ancel Keys et al. (9) in the 1960s as a low-saturated-lipid diet that could help to control low blood cholesterol levels and protect the cardiovascular system. It was then explained as a diet model comprised of highly protective foods that provides protection from a variety of ailments in subsequent years. The United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) designated it as a cultural heritage in 2010 (10).

MD reflects the general lifestyle of individuals living in the Mediterranean region, which is not restricted to nutrition. As a result, Mediterranean people's eating habits vary greatly depending on the country and location. To discover common characteristics, a nutrition pyramid was required (7,10).

To demonstrate adherence to an MD, compliance scales are used. In general, an assessment is based on the consumption of nine dietary components. Vegetables, legumes, fruits, nuts, grains, and fish have beneficial components, while meat, poultry and dairy products contain toxic components. Consumption that surpasses the sex-specific median for beneficial components and falls below the median for detrimental components receives a score. A higher total score implies a greater dedication to MD (12,13).

**3. Effect of Mediterranean Diet on Health**

When it comes to health, following to MD offers numerous advantages. A Mediterranean diet appears to have a protective impact against mental problems such as cardiovascular disease, certain types of cancer, stroke, obesity, allergy diseases, diabetes, and depression according to growing data (14,15,16,17). In a study of 2339 older European participants, it was discovered that as adherence to MD increased, there was a 23 percent drop in all-cause death (18).

When it comes to cardiovascular illnesses, MD is just as effective as antihypertensives like aspirin, statins, physical activity, ACE inhibitors, or beta blockers in terms of lowering morbidity and mortality (3). Diet adherence was associated with a lower risk of sudden death and a lower mean heart rate. This link is assumed to be related to the omega-3 fatty acids in the diet as well as the presence of enough vegetables and fruits. MD can counteract the negative consequences of obesity-related inflammation (19). In a 16-week intervention research involving obese children and adolescents, significant reductions in body mass index, lean mass, fat mass, blood glucose, total cholesterol, triglyceride, HDL, and LDL cholesterol levels were identified in the MD group (20).

Koloverou et al. (21) found a 23 percent reduction in Type-2 diabetes risk in people with high MD compliance questionnaire scores in a meta-analysis. Neural tube abnormalities, premature birth, and fetal growth restriction were decreased as adherence to MD increased during pregnancy (22).

Loss of skeletal muscle mass and function in adults is thought to be reduced by MD. In older people, strict dietary adherence is linked to a lower risk of frailty and disability. Physical activity suggestions, which are part of the MD, can also help. Because of its anti-inflammatory and antioxidant qualities, MD, which includes high levels of vitamins C and E as well as minerals such carotenoids, is useful in supporting skeletal muscle health (23). Inflammatory disorders such as rheumatoid arthritis show positive benefits due to the anti-inflammatory qualities of the diet. Rheumatoid arthritis risk

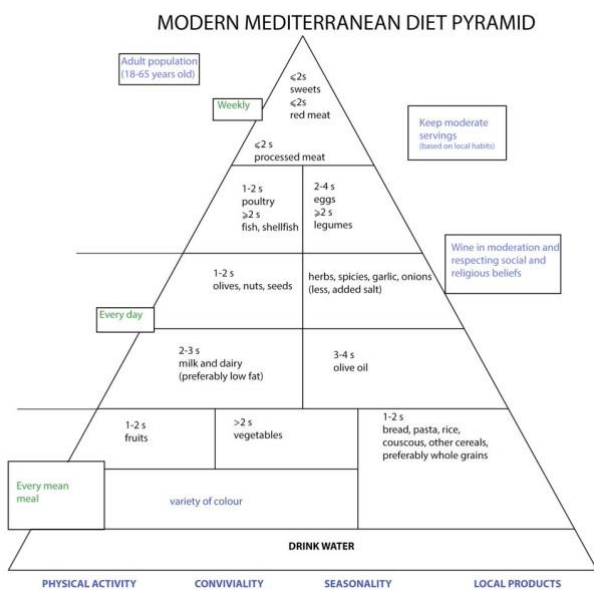


Figure 1. Mediterranean Diet Pyramid (11)



is reduced by 8% with even a one-unit rise in dietary compliance score (24).

MD has a balanced ratio of omega-6/omega-3 fatty acids, is high in antioxidants, fibre, and monounsaturated fatty acids, and is low in saturated fats and animal proteins. The diet's high antioxidant, fiber, phytosterol, probiotic, monounsaturated, and omega-3 fatty acid content explain the diet's good health effects (25).

In addition, when adherence to MD improves, *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, and *Prevotella* levels rise while *Clostridium* levels fall (26). Due to adequate consumption of polyphenols and micronutrients from the diet, positive changes in microbial characteristics have been reported. This microbial advantage plays a significant part in the cancer-preventive effect of diet. Adequate fiber intake, particularly from fruits, vegetables, and legumes, is important for the formation of a healthy microbiome (27).

#### 4. Sustainable Diet

With the threat of climate change and its implications, sustainability has become more of a concern in recent years (28). In 2030, the global population is expected to reach 8.5 billion people; by 2050, it is expected to reach 9.7 billion people. It will be difficult to feed a growing population in a healthy way because it is necessary not only for adequate nourishment to exist, but also for environmental equilibrium. Food policies centered on health, dietary requirements, and food safety measures have recently prioritized topics including sustainability, environmentalism, economy, and sociality (29).

Global and environmental change is primarily caused by food production. While food production contributes 30% of greenhouse gas emissions, it also consumes 40% of available land and 70% of available fresh water. Food production errors can have negative consequences for biodiversity, such as overfishing and degradation of natural resources. Unless global diets high in refined sugars, fats, and meats alter by 2050, negative implications for agricultural land and climate change are projected (30).

Both the environment and public health may be safeguarded with the correct dietary adjustments. In 1986, Gussow and Clancy (31) proposed the concept of a sustainable diet. A sustainable diet is one that has a low environmental impact while both promoting food security and health. A sustainable diet must safeguard biodiversity and cultural values, respect ecosystems, be affordable and egalitarian, and be accessible. In terms of nutrition, it should also be characterized as adequate, safe, and healthy (32).

Animal source foods are responsible for over 75% of global warming. Wheat, rice and grains have a 30-50 percent influence. Plant-based diets are thought to have the least negative influence on

the environment. As a result, although it may appear utopian at the present, it is expected that in the future, protein sources obtained from insects (where culturally acceptable) or laboratory-grown meat would replace meat and milk consumption (33).

#### 5. Evaluation of Mediterranean Diet in Terms of Sustainability

MD has been demonstrated to have a lower ecological footprint than other diet regimens. The fundamental reason for this is because local and seasonal plant-based foods are consumed more frequently whereas animal products are used less frequently (29). Animal husbandry has a greater negative impact on the environment than plant production. Organic farming is better for the environment than conventional farming. A Mediterranean-style eating model that includes organic farming can help to preserve soil fertility, biological variety, and natural resources (34). The connection between sustainability and MD is also founded on concepts like as biodiversity preservation, local production, traditions, and beliefs (35).

According to a survey of the Spanish public, adherence to the MD will result in large reductions in greenhouse gas emissions (72%), agricultural land usage (58%), energy use (52%), and water consumption (33%). These findings support MD's long-term viability in a globalizing society (36).

#### 6. Is It Possible to Globalize Mediterranean Diet?

When looking at the eating patterns of Mediterranean countries, it is clear that they differ from those recorded in the 1960s and 1990s. In 1995, MD was even thought to be on the verge of extinction. Furthermore, with the effect of economic situations, a reduction in adherence to MD has been reported in Mediterranean nations. Taking the necessary safeguards and spreading the benefits of a healthy diet to the general public through various programs helped to the protection of MD (37). One example of these programs is the inclusion of MD recommendations in healthy meals in recent dietary standards (28).

One example of these programs is the inclusion of MD recommendations in healthy meals in recent dietary standards (28). Although it will be challenging to globalize this diet due to cultural differences, important measures can be performed. To practice traditional MD in the United States, the Harvard School of Public Health, Oldways, and many other organizations use practical materials such as cookbooks, blogs, and news articles. Restaurants and several hospitals are also involved in the collaboration. In the advertising sector, the media also plays a significant role. The primary purpose should be to promote Mediterranean cuisine and

culture. Clinicians should also ensure that the process is well managed by providing required dietary information (4).

### 7. Adherence to Mediterranean Diet in Turkey

The traditional diet of the Turkish people, who live in a Mediterranean country, is in line with MD standards. Examples of adherence to MD are demonstrated by not adding too much meat to meals, a low quantity of invisible fat in the diet, and widespread use of bulgur and legumes (38). Obesity, which has recently become a global issue, is, however, on the rise in Turkey. Changing dietary habits is a big part of it (39). In a 2017 study of university students, it was discovered that 47.5 percent of them did not have adequate nourishment for MD (40). Another study, which included women aged 19 to 60, discovered that 35.2 percent of participants had low compliance and 33.3 percent had moderate adherence to MD (41). Low MD adherence was linked to unfavorable health outcomes in both studies (40,41). Furthermore, water resources were better safeguarded with MD, according to a study done in 13 Mediterranean cities, including Ankara and Istanbul, and MD contributed to a sustainable future. For its health and sustainability benefits, Mediterranean diet should be preserved as a cultural treasure in Turkey (42).

### 8. Conclusion and Recommendations

Many chronic diseases can be prevented and treated by eating a healthy diet. In clinics, a wide range of diets are suggested, each of which reflects the society's traditions. One of them, Mediterranean-style nutrition, stands out for its health and sustainability benefits. According to recent research, MD should be favored because of its high nutritional content and herbal sources. Simultaneously, its easiness and cost effectiveness are two of its benefits. Some policies must be created in order for this diet to be adopted by a larger number of people around the world. Dietary benefits for health and the environment should be made available to the general people in a number of methods. New applications are required to boost the diet's widespread appeal, and more research is required at this time.

**Conflict of Interest:** There is no conflict of interest in this study.

**Financial Support:** No financial support was received in this study.

**Ethics Committee Approval:** Ethics committee approval is not required for this review.

### Authorship Contribution:

GD: Data collection and processing data for research, literature review, writing of the article.

NS: Idea and design of the research, supervision and consultation, critical review, interpretation, final checks.

### 9. References

1. Barbaros, B., & Kabaran, S. Akdeniz diyeti ve sağlığı koruyucu etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2014;42(2):140-147. Available from: <https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/177>
2. Blázquez Abellán, G., López-Torres Hidalgo, J. D., Rabanales Sotos, J., López-Torres López, J., & Val Jiménez, C. L. Alimentación saludable y auto percepción de salud [Healthy eating and self-perception of health]. *Atencion Primaria*. 2016;48(8):535–542. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.001>
3. Widmer, R. J., Flammer, A. J., Lerman, L. O., & Lerman, A. The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*. 2015;128(3):229–238. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.10.014>
4. Martínez-González, M. Á., Hershey, M. S., Zazpe, I., & Trichopoulou, A. Transferability of the mediterranean diet to non-mediterranean countries. what is and what is not the mediterranean diet. *Nutrients*. 2017;9(11):1226. <https://doi.org/10.3390/nu9111226>
5. Aridi YS, Walker JL, Roura E, Wright ORL. Adherence to the mediterranean diet and chronic disease in Australia: national nutrition and physical activity survey analysis. *Nutrients*. 2020 Apr 28;12(5):1251.
6. Lăcătușu, C. M., Grigorescu, E. D., Floria, M., Onofriescu, A., & Mihai, B. M. The mediterranean diet: From an environment-driven food culture to an emerging medical prescription. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(6):942. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060942>
7. Tosti, V., Bertozzi, B., & Fontana, L. Health benefits of the mediterranean diet: Metabolic and molecular mechanisms. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2018;73(3):318–326. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx227>
8. Giacosa A., Barale R., Bavaresco L., Gatenby P., Gerbi V., Janssens J., Mainguet P. Cancerprevention in Europe: The Mediterranean diet as a protectivechoice. *Eur. J. CancerPrev*. 2013;22:90–95.
9. KEYS, A., & FIDANZA, F. Serum cholesterol and relative body weight of coronary patients in different populations. *Circulation*. 1960;22(6):1091-1106.
10. Mentella, M. C., Scaldaferrri, F., Ricci, C., Gasbarrini, A., & Miggianno, G. Cancer and Mediterranean Diet: A Review. *Nutrients*. 2019;11(9):2059. <https://doi.org/10.3390/nu11092059>
11. D'Alessandro, A., & De Pergola, G. Mediterranean diet pyramid: a proposal for Italian people. *Nutrients*. 2014;6(10):4302–4316. <https://doi.org/10.3390/nu6104302>
12. Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *The New England Journal of Medicine*. 2003;348(26):2599–2608. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa025039>
13. Shikany, J. M., Safford, M. M., Soroka, O., Brown, T. M., Newby, P. K., Durant, R. W., & Judd, S. E. Mediterranean diet score, dietary patterns, and risk of sudden cardiac death in the REGARDS study. *Journal of the American Heart Association*. 2021;10(13):e019158. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019158>
14. Martini D. Health benefits of Mediterranean diet. *Nutrients*. 2019;11(8):1802. <https://doi.org/10.3390/nu11081802>
15. Galbete C., Schwingshackl L., Schwedhelm C., Boeing H., Schulze M.B. Evaluating Mediterranean diet and risk of chronic disease in cohort studies: An umbrella review of meta-analyses. *Eur. J. Epidemiol*. 2018;33:909–931. doi: 10.1007/s10654-018-0427-3.

16. Rees K., Takeda A., Martin N., Ellis L., Wijesekara D., Vepa A., Stranges S. Mediterranean-style diet for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019;3.
17. American Diabetes Association Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2014;37(Suppl. 1):S81–S90.
18. Knuops KT, de Groot LC, Kromhout D et al. . Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA.* 2004;292:1433–1439. doi:10.1001/jama.292.12.1433
19. Carlos, S., De La Fuente-Arrillaga, C., Bes-Rastrollo, M., Razquin, C., Rico-Campà, A., Martínez-González, M. A., & Ruiz-Canela, M. Mediterranean diet and health outcomes in the SUN Cohort. *Nutrients.* 2018;10(4):439. <https://doi.org/10.3390/nu10040439>
20. Velázquez-López, L., Santiago-Díaz, G., Nava-Hernández, J., Muñoz-Torres, A. V., Medina-Bravo, P., & Torres-Tamayo, M. Mediterranean-style diet reduces metabolic syndrome components in obese children and adolescents with obesity. *BMC Pediatrics.* 2014;14:175. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-175>
21. Koloverou E., Esposito K., Giugliano D., Panagiotakos D. The effect of Mediterranean diet on the development of type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of 10 prospective studies and 136,846 participants. *Metabolism.* 2014;63:903–911. doi: 10.1016/j.metabol.2014.04.010.
22. D'Innocenzo, S., Biagi, C., & Lanari, M. Obesity and the Mediterranean Diet: A review of evidence of the role and sustainability of the Mediterranean Diet. *Nutrients,* 2019;11(6):1306. <https://doi.org/10.3390/nu11061306>
23. Mazza, E., Ferro, Y., Pujia, R., Mare, R., Maurotti, S., Montalcini, T., & Pujia, A. Mediterranean Diet in Healthy Aging. *The journal of nutrition, health & aging.* 2021;25(9):1076–1083. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1675-6>
24. Johansson, K., Askling, J., Alfredsson, L., Di Giuseppe, D., & EIRA study group Mediterranean diet and risk of rheumatoid arthritis: a population-based case-control study. *Arthritis research & therapy.* 2018;20(1):175. <https://doi.org/10.1186/s13075-018-1680-2>
25. Ventriglio, A., Sancassiani, F., Contu, M. P., Latorre, M., Di Slavatore, M., Fornaro, M., & Bhugra, D. Mediterranean Diet and its Benefits on Health and Mental Health: A Literature Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH.* 2020;16(Suppl-1):156–164. <https://doi.org/10.2174/1745017902016010156>
26. Fava F, Gitau R, Griffin B, Gibson G, Tuohy K, Lovegrove J. The type and quantity of dietary fat and carbohydrate alter faecal microbiome and short-chain fatty acid excretion in a metabolic syndrome 'at-risk' population. *Int J Obes.* 2013;37(2):216.
27. Klement, R. J., & Paziienza, V. Impact of different types of diet on gut microbiota profiles and cancer prevention and treatment. *Medicina (Kaunas, Lithuania).* 2019;55(4):84. <https://doi.org/10.3390/medicina55040084>
28. Serra-Majem, L., & Ortiz-Andrellucchi, A. La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque multidisciplinar [The Mediterranean diet as an example of food and nutrition sustainability: a multidisciplinary approach]. *Nutricion hospitalaria,* 35(Spec No4). 2018:96–101. <https://doi.org/10.20960/nh.2133>
29. Serra-Majem, L., Tomaino, L., Dermeni, S., Berry, E. M., Lairon, D., Ngo de la Cruz, J., Bach-Faig, A., Donini, L. M., Medina, F. X., Belahsen, R., Piscopo, S., Capone, R., Aranceta-Bartrina, J., La Vecchia, C., & Trichopoulou, A. Updating the mediterranean diet pyramid towards sustainability: Focus on environmental concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020;17(23):8758. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238758>
30. Fanzo, J., & Davis, C. Can diets be healthy, sustainable, and equitable? *Current Obesity Reports.* 2019;8(4):495–503. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00362-0>
31. Gussow, J.D. and Clancy, K, "Dietary guidelines for sustainability," *Journal Nutrition Education.* 1986;18(1):1-5.
32. Burlingame B, Dermeni S. Sustainable Diets and Biodiversity Directions and Solutions for Policy, Research and Action. Rome: FAO Headquarters; 2012.
33. Berry E. M. Sustainable food systems and the Mediterranean diet. *Nutrients.* 2019; 11(9):2229. <https://doi.org/10.3390/nu11092229>
34. Seconda, L., Baudry, J., Allès, B., Hamza, O., Boizot-Szantai, C., Soler, L. G., Galan, P., Hercberg, S., Lairon, D., & Kesse-Guyot, E. Assessment of the sustainability of the Mediterranean diet combined with organic food consumption: An individual behaviour approach. *Nutrients.* 2017;9(1):61. <https://doi.org/10.3390/nu9010061>
35. Cavaliere, A., De Marchi, E., & Banterle, A. Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and Its Relationship with Individual Lifestyle: The Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education. *Nutrients.* 2018;10(2):141. <https://doi.org/10.3390/nu10020141>
36. Sáez-Almendros, S., Obrador, B., Bach-Faig, A., & Serra-Majem, L. Environmental footprints of Mediterranean versus Western dietary patterns: beyond the health benefits of the Mediterranean diet. *Environmental Health : A Global Access Science Source.* 2013;12:118. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-12-118>
37. Dernini, S., & Berry, E. M. Mediterranean diet: From a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Frontiers in Nutrition.* 2015;2:15. <https://doi.org/10.3389/fnut.2015.00015>
38. Baysal, A. Sağlıklı beslenme ve Akdeniz diyeti. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* 1996;25(1):21-29.
39. Dağoğlu, İ. Preobez ve obez kadınlarda beden kütle indeksi ile Akdeniz diyeti kalite indeksi ve diyet kalite ölçüğü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü). 2019.
40. Sağır, G. Ş., Yurttagül, S. M., & Kıratlı, B. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi.* 2020;2(3):98-106
41. Yıldız, İ., & Saka, M. Yetişkin kadınlarda Akdeniz diyetine uyum düzeyi ile depresif semptomlar arasındaki ilişki. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD.* 2021;6.
42. Pekcan, A. G. Beslenme rehberleri ve su ayak izi. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* 2017;45(2):95-98.



Derleme / Review

## Yönetici Hemşirelerin Değişen Rollerini

## Changing Roles of Executive Nurses

Gülcan Çiftçiöğlü Yalçın<sup>a\*</sup>, Gülistan Tunç<sup>b</sup><sup>a</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Mardin, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2670-2257><sup>\*\*</sup> İletişimden sorumlu yazar, E-mail: [gulcanciftcioglu@gmail.com](mailto:gulcanciftcioglu@gmail.com)<sup>b</sup> Hemşire, Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesi, Mardin, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0241-8481>

## ARTICLE INFO

Article History:  
Received: 29.07.2022  
Received in revised form: 07.08.2022  
Accepted: 15.08.2022

Keywords:  
Executive nurse  
Role  
Nurse

## ABSTRACT

Health institutions are at the forefront of providing effective and efficient health care services in order to gain superiority in an increasingly competitive environment. In this context, managerial roles have become increasingly important today. As a result of the change in health policies and health financing methods, nursing service managers in hospitals have made it necessary to reorganize their roles and responsibilities regarding changing care delivery models and emerging models. Roles are determined according to the jobs and functions in the classification of nursing activities. Nurses, who are responsible for the quality of nursing services, need to keep up with the changes in order to fulfill the roles expected from them. As a result of the literature research, it was determined that there were 13 nursing roles according to the jobs and functions, and the independent status of the nurse in each of these roles was examined. Thus, it is aimed to examine to what extent the changes between the traditional roles of managers and their changing roles in the 21st century have taken place in which role.

© 2022 Mardin Artuklu University. All rights reserved.

## MAKALE BİLGİLERİ

Makale Geçmişi:  
Geliş Tarihi: 29.07.2022  
Revizyon Tarihi: 07.08.2022  
Kabul Tarihi: 15.08.2022

Anahtar Kelimeler:  
Yönetici hemşire  
Rol  
Hemşire

## ÖZET

Sağlık kuruluşları artan rekabet ortamlarında üstünlük sağlamak için etkin ve verimli sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında en ön sıralarda yer almaktadır. Bu bağlamda yöneticilik rolleri günümüzde gittikçe önem kazanmıştır. Sağlık politikaları ve sağlık finansman yöntemlerinin değişimi sonucunda, hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri yöneticileri, değişen bakım sunum modelleri, ortaya yeni çıkan modellerle ilgili rollerini ve sorumluluklarını yeniden düzenlemeyi gerekli kılacaktır. Hemşirelik etkinliklerini sınıflandırmada yapılan işlere ve işlevlere göre roller belirlenmektedir. Hemşirelik hizmetleri sunumunun kalitesinden sorumlu olan yönetici hemşirelerin, kendilerinden beklenen rolleri yerine getirebilmeleri için değişimlere ayak uydurmaları gerekmektedir. Literatür araştırması sonucunda, yapılan işlere ve işlevlere göre 13 hemşirelik rolü olduğu belirlenmiş olup bu rollerin her birinde hemşirenin bağımsız olma durumu incelenmiştir. Böylelikle yöneticilerin geleneksel rollerinden 21. Yüzyıldaki değişen rolleri arasındaki değişikliklerin hangi rolde ne ölçüde gerçekleştiğinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

© 2022 Mardin Artuklu Üniversitesi. Tüm hakları saklıdır.

## 1. Giriş

Son yüzyıldaki küresel rekabette başarılı olmak isteyen kurum ve kuruluşlar, kaynaklarını doğru yönde kullanabilmek adına sağlık kurumları yöneticilerinin beceri ve yetkinliklerini önemsemeye başlamışlardır (1). Giderek karmaşıklaşan hastanelerdeki sağlık bakım hizmetleri, hizmet yapıları, sağlık bilgi teknolojilerinin etkin bir şekilde kullanılması, profesyonel bakım uygulamalarındaki gereksinimlerin karşılanması, karmaşık ve dinamik yapısıyla yüksek

düzeyde uzmanlaşma gerektiren yönetim şekli gibi birçok zorlukla karşı karşıyadır (2,3). Bu zorluklar göz önünde bulundurulduğunda, hastane yöneticilerinden beklenenler, yönetim süreçleri ve yönetim reformları önemle üzerinde durulması gereken konulardandır (4,5,6).

Sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında etkinlik ve verimlilik en ön sıralarda yer almaktadır. Bu bağlamda yöneticilik rolleri günümüzde gittikçe önem kazanmaktadır. Sağlık politikaları ve

sağlık finansman yöntemlerinin değişimi sonucunda, hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri yöneticileri değişen bakım sunum modellerini yeniden düzenlemeyi gerekli kılmıştır (7).

Hemşirelik mesleği tarih boyunca hızlı ve etkili bir değişim geçirmiştir. Hemşirelik mesleğindeki bu değişim liderlik, yenilikçilik ve hemşirelik için stratejik bir vizyonla önemli gelişmeler göstermiştir. Hemşirenin diğer tüm sağlık personelleri ile bir ekip olarak karar verip uyguladıkları rolleri; tanı ve tedavi uygulamaları, sağlık ekibi profesyonelleri ile birlikte hasta ve hasta yakınları arasında oluşturduğu koordinasyondan oluşmaktadır (8-10). Hemşire gerek kendi kararı ile gerekse de özerk olarak uyguladığı rollerde, bağımsız bir meslek üyesi olarak karar

vermektedir. Böylece diğer sağlık disiplinlerinin bilgi ve yönetimi ile değil, hemşirelik uygulamalındaki bilimsel bilgi ve tecrübesi sayesinde karar vererek sağlık bakım uygulamalarını gerçekleştirmektedir (9-11).

Yapılan bir araştırmada yönetici hemşirelerin rolleri ilgili 13 makale aşağıda tablo olarak incelenmiştir. Bu incelemeye göre birçok örtüşme alanı ve tanımların bulunmaması nedeniyle belirli yönetici başhemşire rolleri, sorumlulukları, özellikleri ve yeterlilikleri için kanıtlar tutarsızdır. İncelemeler yönetici başhemşirelerin kim olduklarını, ne yaptıklarını ve idare pratiklerini ifa ediş biçimlerini tanımlamaktadır (7).

**Tablo 1.** Yönetici Hemşirelerin Değişen Rollerine İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar

Referans	Kaynak	Amaç	Sonuç-Yargı
Adams (2015)	Uzman Görüşü	Başhemşire yöneticilerinin (BHY) rolleri, sorumlulukları, özellikleri, yeterlilikleri mülakatı	BHY'ler bakım tecrübesine, liderliğe, uygulama inovasyonuna, politikaya, araştırmaya, eğitime ve teoriye bağlılık göstermektedir.
AONE (2011)	Mesleki Kılavuz	BHY'lerin yeterlilikleri: iletişim/ ilişki kurma, bakım çevresi bilgisi, liderlik profesyonellik, iş becerileri	BHY'ler için ortak beceriler öz değerlendirme, profesyonel geliştirme, kariyer hazırlığı, iş tanımları, eğitici hazırlık için kullanılır.
Blount (2007)	Yorum	Yazarın BHY olarak deneyimleri, hasta merkezli bağlılık (adlanmışlık) ile ilgili öncelikleri	Çeşitli BHY rolleri, sorumlulukları BHY'ler organizasyonun vicdanıdır
Bradley (2014)	Anket Açıklaması	Sistem BHY'lerin sağlık sistemlerindeki benzersiz rolünü daha iyi anlamak için AONE anketi	Sistem BHY'lerin çeşitli rolleri, sorumlulukları, yeterlilikleri Sistem BHY'lerin rolünü tasarlamak / desteklemek ve sistem BHY topluluğunu oluşturmak için kritik desteklere ihtiyaç vardır.
Burkman ve ark. (201)	Yorum	Başarı için gerekli anahtar sistem BHY görev ve sorumlulukları üzerine tartışma	Sistem BHY rolleri, sorumlulukları Sistem BHY'lerin birden fazla sorumlulukları vardır, kurumsal yetkiyi dengelerler, kurum düzeyinde uzmanlığın ve yenilikçiliğin farkındadırlar.
Fitzsimmons and Rose (2014)	Yorum	Hemşirelerin yatak başucundan üst yöneticiliğe düz gelişimsel bir hat izlemeyen dönüşümü nasıl gerçekleştirilir?	Başhemşire memurlar (BHM) rolleri, sorumlulukları, özellikleri BHM gelişimi için optimal yaklaşım belirlemek üzerine çok az araştırma bulunmaktadır. Öneriler: MSN / MBA çift derece, burs ve mali rehberlik
Hader (2011)	Yorum	Kurumsal BHM'lerin yeni rol becerilerinin oluşturma ve fonksiyonelleştirilmesi	Kurumsal BHM rolleri, özellikleri Yönetişim yapısının kurulması, stratejik yönetim, personel gelişimi, akreditasyon düzenlenmesi, açık iletişim ve iş birliğinin teşviki, mali gözetimin sağlanması
Hendrich ve ark. (2012)	Yorum	Büyük çoklu hastane sisteminde BHM Danışma Konseyi paylaşılmış yönetim modelinin tarihesi, yapısı, süreçleri, hedefleri ve başarıları	Standartlaştırılmış rol ve yetkinliklerin eksikliği personel devir hızına katkıda bulunur. BHM'ler mikro ve makro seviyelerde öncülük ederler. Paylaşılmış yönetim sistem genelinde iletişim ve uzlaşma inşası için bir araçtır. Danışma Konseyi kurumsal BHM'ler için destek sistemi ve sistem düzeyinde hemşirelerin fikrinin alınmasını sağlar

Kerfoot ve Luquire (2012)	Yorum	BHY'lerin personele, direkt hat veya hibrit yapıya uyumu için altyapı-desteklerin sağlanması	BHY sorumlulukları, rolleri, yetkinlikleri, özellikleri BHY'lerin başarılı olması için gerekli model liderlik olgunluğu ve özelliklerce belirlenir
Morjikian ve ark. (2007)	Yorum	BHM'lerin yeni bakım hizmet sunumu modellerinin uygulanmasında ve değişimdeki rolleri	BHM sorumlulukları, rolleri, yetkinlikleri, özellikleri BHM'ler yatan hasta bakım sunumu modellerinin dönüştürülmesinde kritik bir oyuncudur.
Rick (2008)	Editoryal	Kurum ve sistem düzeyinde BHM'lerin sorumlulukları, rolleri, yetkinlikleri, özellikleri	Sistem BHY/BHY'ler modern bakım sistemleri için hemşirelik katkısını belirginleştirmeli, tasarlamalı, uygulamalıdır.
Steinbinder (2009)	Yorum	Mıknatis durumu arayan kuruluşlar için BHM'lerin anahtar lider rolü	BHM sorumlulukları, rolleri, yetkinlikleri, özellikleri Mıknatis tespitinde örgütsel mükemmelliğe ulaşılmasına belirli eylemler, beceriler, sonuç önlemleri yardımcı olur.
White (2012)	Yorum	Yönetici hemşire için davranışsal yeterliliklerin sistem yaklaşımında uygulanması üzerine kişisel BHM yansımaları	BHM sorumlulukları, rolleri, yetkinlikleri, özellikleri BHM'ler sağlık kuruluşları hükümetler tarafından başlatılan direktifleri etkilemek için stratejik olarak konumlandırılırlar.

**Kaynak:** (Cecelia ve ark., 2017).

Tablo 1'de de görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin geleneksel yönetim çağından yenilikçi yönetim çağına geçmesi sonucunda değişen bakım sunum modelleri, yönetim hizmetleri, roller ve sorumlulukların yeniden düzenlenmesi ihtiyacını doğurmuştur (7). Sağlık yönetiminde değişen roller, hemşirelikle birlikte yönetici hemşirelerin kişisel yolculuklarında ortaya çıkan roller, sorumluluklar, özellikler ve yeterliliklere ilişkin kanıtlar, değişen paradigmaları ve sağlık hizmetlerini dönüştürmedeki rolünü ifade etmeye yardımcı olur. Yapılan araştırmalar ve diğer kanıtlar, yönetici hemşirelerin sürekli değişen dünyaları için yeni bilgilere ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (12,13).

## 2. Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Modern Hemşirelik Roller

Sağlık hizmetlerindeki değişim ve yenileşen bakıma kanıt oluşturmak, hasta güvenliğini korumak ve geliştirmek, girişimleri kanıtla dayandırmak, ayrıca; bu kanıtların sonucunda sağlık bakım hizmetlerinin klinik sonuçlarına odaklanmak hasta güvenliğinde daha çok önem verilen unsurlardır. Sağlık bakım hizmetlerinde gelişen vizyona yetişebilmek için sağlık profesyonellerinin kendilerini daima yenilemeleri ve geliştirmeleri neredeyse bir zorunluluk haline almıştır (14).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) kriterlerine göre ana hemşirelik rolleri;

- Uygulama (hemşirelik sürecindeki ilk basamak olan değerlendirme, daha sonra hemşirelik tanılaması ve sonra amaç-hedef belirleyip, planlama yapmak. Son olarak da uygulama yaptıktan sonra çıktıları değerlendirme),
- Profesyonel performans (performans değerlendirme, kalite geliştirme, eğitim, araştırma, iş birliği, kaynakları kullanma, etik, liderlik),

- Vaka yönetimi, konsültasyon, sağlığı iyileştirme ve geliştirme, eğitim, reçete etme, yönlendirme, kendi performansını değerlendirme, interdisipliner çalışma şeklinde tanımlanmaktadır (15).

Yönetici hemşirelerle ilgili bazı tanımların tam tanımı ve eş anlamları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 2.** Yönetici Hemşirelerle İlgili Bazı Tanımlar

Yönetici Hemşire Bileşeni	Tam Tanım	Eş Anlamlı
Rol	Genellikle bireyin belirli bir toplumdaki statüsüne göre belirlenen, sosyal olarak belirlenmiş davranış örüntüsü	Meslek, kapasite, işlev, iş, bölüm, yer, konum, amaç, görev
Sorumluluk	Bir kişinin yapması gereken veya yapması beklenen görev	Yükümlülük, görev, hesap verebilirlik, ücret
Karakteristik	Tipik bir kişi, nesne veya grup; bir kişinin, nesnenin veya grubun özel niteliklerini veya özelliklerini gösterir	Ayırt edici, açıklayıcı, tipik, özellik, nitelik, bireysel
Yetkinlik	Yetenek veya beceri	Yetenek, yeterlilik, kapasite, beceri, yetkinlik, yapma özgürlüğü, meyil, yapabilirlik, uzmanlık

**Kaynak:** Dictionary by Meriam-Webster (Erişim linki: <http://www.merriam-webster.com>)

Hemşirelerin geleneksel rollerden modern hemşirelik rollerine geçmesi mesleki özerklik derecesinin artmasının önünü açmaktadır. Hemşirelik etkinliklerini taksonomide kullanılan bir başka yaklaşım ise rolleri yapılan etkinliklere göre belirlemektir (16). Bu bağlamda hemşirelik mesleğindeki yetki, sorumluluklar ile özerkliğinin artması ve bağımsız rol ve işlevlerinin buna paralel olarak arttığı bilimsel çalışmalarda desteklenmektedir. Çağdaş hemşirelik rollerinden; bakım verici rolü, eğitici rolü, araştırmacı rolü, yönetici rolü, karar verici rolü, savunucu rolü, kariyer geliştirici rolü, özerk ve sorumluluk sahibi olma rolüne ek olarak; iletişim ve koordinatörlük rolü, rehabilite edici, rahatlatıcı ve tedavi edici rolü, danışman rolü de eklenmiştir. Bütün bu roller sayesinde mesleğin gelişimi ve profesyonelleşmesi açısından son derece önemli gelişmeler sağlanmaktadır (16-18).

### 2.1. Bakım verme rolü

Bu rol hemşireliğin en temel rollerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hasta holistik şekilde değerlendirilip, hastaya ait bakım planı oluşturulmakta, daha sonra uygulanıp değerlendirilmektedir. Hem etkili hem de nitelikli hemşirelik bakımı sayesinde hastanın taburculuk süresi kısaltılabilmektedir. Hemşirelik mesleğinde sağlık bakım uygulamaları, bireyin sağlıklıyken kendi imkânlarıyla uyguladığı fakat hastalık esnasında etkili bir biçimde başaramadığı, hayatını devam ettirebilmekle ilgili gerekli ihtiyaçları karşılamayı anlatmaktadır (16,19). Hemşireler bakım verici rolünü yerine getirirken hasta odaklı çalışarak aynı zamanda karar verme becerisini de kullanabilmektedir (20). Çağdaş hemşirelik öncesi geçmişi geleneksel uygulamalara kadar giden bakım verici rolü, hemşirelik rolleri arasında en eskisi olup, diğer hemşirelik rollerinin bakım verici rolden beslenerek çoğalttığı söylenilebilir. Hemşirelik rolleri içerisinde özerkliğinin daha güçlü şeklide hayatta yer alması bakım verici rolüne dayanmaktadır (16).

### 2.2. Eğitici rolü

Bu rol ile fertlerin, ailenin ve de toplumun temel sağlığını koruma-geliştirme, hastalık durumunda iyileştirme, bireylere doğru sağlık davranışını kazandırmak amacıyla planlı bir şekilde eğitim vermek, modern hemşireliğin ana rolleri arasında yer alır (21). Bir sağlık eğitimcisi olan hemşire, tedavi, bakım ve yaşam şeklindeki değişimler konusunda hem hastaya hem hasta ailesine hem de topluma sağlık bilgisi vermektedir (16). Verilen bu bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek ve anlaşılabilirliğinin sağlanması için gerekli düzenlemelerin yapılması sağlamalıdır. Eğitim esnasında kullanılacak olan eğitim yöntemlerini belirlemek de eğitici rolün gerekliliklerindedir. Hemşire hem meslektaşlarının hem öğrenci

hemşirelerin hem de diğer sağlık çalışanlarının ve bunlara ek olarak sağlık kurumlarında çalışan temizlik ve destek hizmetlerindeki çalışanların da sağlık eğitiminden sorumludur (20, 22).

### 2.3. Araştırmacı rolü

Araştırmacı rol sayesinde hemşirelerin; alanı kapsamında bilimsel bilgi derecelerini arttırmaya yönelik bilimsel araştırmalar gerçekleştirmesi beklenilmektedir. Bu kapsamda lisansüstü eğitim yapmış ya da yapmakta olan veya akademide görev alan hemşireler tarafından yapılması beklenilmektedir (18, 23). Hemşirelik mesleği, bağımsız bir biçimde araştırmacı rolünü sahiplenerek kuramsal çalışmaları ve alan araştırmalarını yürütürler. Hemşireler bununla birlikte klinikte, laboratuvarında, sahada disiplinler arası bilimsel çalışma yapan ekiplerde görev almaktadır. Hemşireler alanlarına mahsus çalışmalarda tamamen kendi kararları kapsamında çalışırken, diğer sağlık mensuplarıyla birlikte yürüttüğü çalışmalarda, tanı ve tedavi uygulamalarında, sağlık disiplinleri üyeleriyle birlikte eşgüdüm içinde çalışmaktadır (10).

### 2.4. Yönetici rolü

Bu rol sayesinde hemşire, uygulama alanlarındaki kaynakları yönetebilme, insan kaynaklarının etkin kullanılmasını sağlayabilme ayrıca farklı faaliyetleri koordine etme gibi planlamaları yapabilmektedir (18). Çağdaş dünyada yönetim, yöneticilik kavramlarının anlamı genişlemiştir. Yeni ve daha geniş anlam açısından yönetim, bireyleri yönlendirmenin yansıya, olayların ve ilişkilerin süreçlerinin düzenlenmesi olarak ifade edilmektedir. Hemşirelerin modern yönetim bilgi, rol ve becerilerine ihtiyacı vardır (10). Bu bağlamda hemşirelerin sağlık bakımı, iletişimi ve eğitimi alanlarındaki yönetim planlamalarının özerklik derecesi daha fazladır. Servisin işleyişinin devam etmesinde hemşire, bazen özerk bazen de örgütün kurallarının ya da örgüt ve servis yöneticilerinin talimatlarının ileticisi durumundadır. Yöneticilik rolü hemşirede; uygulama sahalarındaki kaynakları yönetmekte, insan kaynakların etkin kullanılmasını sağlamakta, programları koordine etmekte ve örgütü kişiye, kişiyi de örgüte karşı temsil etmektedir (24).

Yönetici hemşireler, özellikle birim düzeyinde yönetim rolleri nedeniyle sağlık kuruluşlarının başarısını büyük ölçüde etkileyebilir. Buna ek olarak, yönetici hemşire sadece idari ve klinik yöneticilik sağlamla kalmaz, aynı zamanda kurumdaki tüm hasta bakım aktiviteleri için 24 saatlik hesap verebilirlik yetkinliğine sahip olması beklenmektedir (25). Ayrıca, Amerikan Yönetici Hemşireler Örgütü (AONE), profesyonel hasta bakımını sağlamak için son derece yetkin yönetici hemşirelere ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (26). Bu bağlamda, yönetici hemşire rolü sağlık hizmetlerinde en

zor, en karmaşık rollerden biri olarak görülmektedir (25). Çünkü yönetici hemşire yeterliliğinin bugüne kadar hala standart bir kavramsal tanımı tam olarak bulunmamaktadır (27).

### 2.5. Karar verici rolü

Hemşirelerin bu rolü; bütün hemşirelik rollerinin alt ögesidir. Bu bağlamda karar verici rolünün ne kadar bağımsız olduğunun görülmesini sağlamaktadır. Hemşirelik mesleğinin profesyonel anlamda bağımsızlığını sağlayan en önemli göstergelerden biridir. Karar verici rolü ile hemşirenin, kişinin kendi adına karar vermesini, aldığı ya da alacağı kararı uygulamasını ve bu kararın sonuçlarından sorumlu olması beklenmektedir (18). Mesleki bir karar vermeye yönelik olan bu zaman diliminde, hasta kişinin tıbbi durumunun gerek hastanın gerekse de ailesinin beklentilerinin ve olanaklarının, hastanın bakımından sorumlu olan tıbbi ekibin görüşünün ve önerilerinin dikkate alınması önemlidir. Hemşirelik sağlık bakımı süreçlerindeki ilk adım, her bir hasta için en iyi bakım planının hazırlanmasıdır (23). Hemşire bu rolünde, hasta kişinin kendi adına karar vermesini, kararı hayata geçirmesi ve sonuçlarından sorumlu olmasını; diğer bir deyişle kendine özgü davranmasını desteklemelidir. Tam bir bilinç kaybı olan hastaların özerkliğinin bütünüyle ortadan kalktığı zamanlarda ise; hastanın benimsediği değerler de göz önünde tutularak ayrıca ailesiyle birlikte iş birliği yapılarak, hastanın oluşabilecek ihtiyaçlarına uygun birtakım kararlar alınmalıdır (28).

### 2.6. Hasta savunucu rolü

Hemşireliğin özerkliğinin göstergelerinden biri olan bağımsızlık rolü kademesi oldukça yüksek bir roldür. Hemşirelerin bu rolü, hastaya gerekli bilgilendirilmelerin yapılması ayrıca hastaya yapılacak tüm girişimler için onam izinlerinin alınması, tüm sürecin lüzumsuz açıklamalardan ve uygulamalardan ayrıştırılması, sağlık çalışanlarının hastanın yararına çalışmasını içermektedir (22). Hemşire, hasta savunucu rolünde, hastanın kendisini ifade etmesine ve haklarının korunmasına yardımcı olmaktadır (22,23). Hasta savunucu rolün diğer önemli bir çıktısı, hasta haklarında daha duyarlı olması, bu konuda gerekli denetimlerin yapılması ve haksızlıkların önüne geçilmesidir (29). Günümüzdeki sağlık bakım sistemlerinde, hasta haklarının yok sayıldığı ya da yeterince önemsenmediği durumlarda sağlık personellerinden hemşireye hasta savunucu rolü sorumluluğu verilmektedir. Ayrıca bu rol karar verici rolünde olduğu gibi özerklik unsurunu da barındırmaktadır. Bu rol, temelinde hasta ve insan hakları olması nedeniyle etik değerlerle de yakından bağlantılıdır. Hasta savunucu rolü, hasta mahremiyetine saygı ve zarar vermeme gibi etik ilkeleriyle de doğrudan ilişkilidir.

### 2.7. İletişim ve eşgüdüm sağlayıcı rolü

İletişim, en basit tanımıyla bir alıcı-verici sistemi sayesinde karşılıklı mesaj iletimini ifade etmektedir. Hemşireler mesleklerinin bir gereği olarak hasta/hasta yakınları-hemşire iletişimi, hemşire-doktor iletişimi, hemşire-hemşire iletişimi ve diğer tüm sağlık üyeleriyle birlikte toplumdaki diğer tüm gruplarla sürekli iletişim içindedirler. Bu nedenle hasta ve ailelerin/yakınlarının anlayabilmesi, sağlık bakım uygulamalarını gerçekleştirebilmesi, ayrıca tedavi kapsamında hastanın tüm gereksinimlerini karşılayabilmesi açısından iletişim becerilerinin kullanılması son derece kritik bir öneme sahiptir. Sağlıklı iletişimde olması gereken, aynı mesajı değişik kişilerin, bilhassa mesajı verenin ve mesajı alanın, aynı anlamda anlamasıdır (30). Kurumda iş birliği içinde devam eden çalışmaların kesintiye uğramadan devam etmesi ve verimli bir şekilde sürdürülebilmesi için bu rol gereklidir. Hemşire; hasta ya da hasta yakınları/aileleri, meslektaşları ve diğer sağlık personelleri, toplumun diğer bireyleri ile daima iletişim içerisindedir. Bilhassa hasta/hasta yakınlarını anlama, tek başına karşılayamadığı bakımları belirleyip karşılama, kendini daha iyi hissetmesine yardımcı olma gibi temel görevleri vardır. Sağlık ekibi profesyonellerinin eşgüdüm kapsamında hizmet sürdürebilmesi esnasında da gelişmiş iletişim tekniklerini etkili bir şekilde uygulanması önemlidir. Hemşirenin bu rolünde ne derece bağımsız olduğunun belirleyicisi, aslında iletilen mesajın kapsamıdır. Bu bağlamda hemşirenin özerkliği ile yürüttüğü uygulamalarda ve karar vermede iletişim anlamında ne derece bağımsız olduğunun göstergesidir. Ekip halinde alınan kararların iletilmesi ve uygulanması kapsamında ise bütünüyle bağımsız değildir (16).

### 2.8. Rehabilit edici rolü

Hemşirenin rehabilit edici rolü hem eğitici hem de danışmalık rolüyle yakından ilişkilidir. Hastanın hastalık, sakatlık veya kaza nedeniyle değişen sağlık durumuna uyum sağlayabilme, ayrıca yeni yaşam şekline uyum sağlamasına, yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır. Hastanın yapamadığı işlevlerini olabildiğince geri kazandırarak, günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırıp, psikolojik anlamda destek sağlayıp hastanın bağımsızlığını üst seviyeye çıkarmayı hedefleyen rehabilit edici rol, hemşirenin özerklik durumunun üst seviyede olması bağlamında son derece etkilidir (18).

### 2.9. Rahatlatıcı rolü

Hastanelerde temel amaç hastaları en kısa sürede iyileştirmeyi sağlamaktır. Hastanelerin uygun biçimde düzenlenişi, bu hedefe ulaşmaya önemli derecede katkı sunabilecektir. Bu bağlamda sağlık



bakım ortamlarının düzenlenerek bireylerin gereksinimlerine ve alışkanlıklarına uygun biçime getirilmesi, hastalar açısından bir temel hak olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu haktan dolayı rahatlatıcı rolü hemşirelik rolleri arasında yerini almaktadır. Bu rol bağlamında hemşirenin; sağlık bakımı uygulamalarını yaparken hastanın ihtiyaçlarını belirlemesi ve gidermesi, özellikle de hastanın gereksinimlerini kendi tek başına karşılayamayacak olan işlevlerini destekleyerek hastanın rahatlamasını sağlaması gerekmektedir (18).

### 2.10. Tedavi edici rolü

Son dönemlerde yapılan çalışmalar, hemşirelerin tedavi edici rolünde önemli gelişmeler olduğunu ortaya koymaktadır. Tıp tarihinde gerek tanı gerekse de tedavi süreçlerinde hekimin daha çok etkili olması, hemşirenin ise daha çok tedavi sürecindeki uygulamalardan sorumlu olması ve hekimin direktiflerini yerine getirmesi söz konusuydu. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Yeni Zelanda, Avustralya ve İrlanda gibi ülkelerde hemşirelerin uzmanlık alanları doğrultusunda reçete yazabilme imkânı yasal düzenlemelerle sağlanmıştır. Bu uygulama ile birlikte tedavi edici rolü günümüzde daha da genişleme eğilimi içerisindedir. Böylece alanları ile ilgili uzmanlık eğitimi almış hemşireler bu eğitim çerçevesinde reçeteler yazmışlardır. Bu çerçevede hemşirelerin reçete yazabilmesi konusunda birtakım sınırlılıklar belirlenmiştir. Bu kapsamda; ABD'de hekimler hemşireler tarafından yazılan reçeteleri değerlendirmektedir. Ayrıca hastanın tanısı ilk olarak doktor tarafından belirlenmekte olup, yine ilk reçete doktor tarafından yazılmaktadır (18, 31, 32).

### 2.11. Kariyer geliştirici rolü

Kariyer geliştirici rolü, mesleğinin profesyonelleşmesini ve mesleğe özgü statü kazandıran, mesleğe yetki sağlayan, ayrıca mesleğe güç kazandıran bir hemşirelik rolüdür. Çalışma imkânlarının ve alanlarının büyümesi, mesleki eğitimlerin üniversite düzeyinde hatta lisansüstü eğitim düzeylerine yükselmesi mesleğin profesyonelliğini gösteren önemli göstergelerden biridir. Hemşirelerin tıbbi uygulamalar kapsamında kendilerini ve kariyerlerini bilinçli bir biçimde geliştirmesi hem hasta bireylerin hem de sağlıklı bireylerin bakım ve tedavisinin daha etkin, daha kaliteli ve daha nitelikli olmasına katkı sağlayacaktır. Kariyer geliştirme rolü, mesleki politikaların geliştirilmesinde ve mesleki uygulamalarda bağımsız olmada önemli katkı sağlamaktadır. Bu rol, hemşirelerin özerklik rolleri arasında yer almaktadır. Kariyer geliştirici rolü, hemşirelik mesleğine profesyonellik, güç ve yetki sağlamaktadır. Bu rol kapsamında, hemşirelerin gerek bireysel olarak gerekse de mesleki örgütler kapsamında çalışma koşulları imkânlarının düzeltilmesi,

hemşirelik mesleği ile ilgili yasal mevzuatlarının düzenlenmesine katkı sağlaması, toplumdaki hemşire imajını olumlu hale gelmesini sağlamaya yönelik çalışmaların yapılmasını kapsamaktadır (18, 20,32).

### 2.12. Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü

Sağlık alanı özelinde özerklik, sağlık hizmetini alanların ve sağlık hizmetini verenlerin özerkliği olmak üzere iki biçimde gündeme gelmektedir. Hizmeti alanlar açısından değerlendirildiğinde özerklik; bireyin kendi değer ve normları, yargıları, inançları ve tercihleri doğrultusunda, sağlığını etkileyecek tıbbi girişimler konusunda karar vermesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin yani hizmeti verenlerin özerkliği ise, belirlenmiş yetkileri ve sorumlulukları kapsamında mesleki girişimleri ile ilgili olarak kararları kendi inisiyatifleriyle almaları şeklinde tanımlanmaktadır. Günümüzde özellikle hemşirelik mesleğinde özerklik konusunda Türkiye'de halen sorunlar yaşanmaktadır. Eğitim farklılıkları, standart bir eğitim olmayışı, işleyişlerdeki yetersizlikler, etkisiz ve verimsiz insan kaynakları kullanımı, yasal düzenlemelerdeki belirsizlikler gibi birçok olumsuz etkenlerden dolayı hemşirelerin bu rolünü sağlamamadaki nedenleri arasında yer almaktadır. Sorumluluk, gündelik hayatta bir işi üstlenmiş olmanın; hukuki anlamda ise olumsuz bir sonucun hesabını vermenin karşılığıdır. Özerklik ve sorumluluk arasındaki bağ, bilinçli bir şekilde eylemde bulunan kişinin, doğal olarak eyleminin açıklamasını ve savunmasını yapma durumunda olmasıdır. Hemşirelerin özerk olmada problem yaşaması bazen kurumsal işleyişteki aksaklıklar yada eksiklikleri nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Türkiye'de hemşire özerkliğiyle ilgili bir sorun potansiyeli de meslek üyelerinin tümünün standart eğitim almış olma niteliğini taşıyamaması olduğu düşünülmektedir. Özerklik sahibi bir profesyonel meslek üyesi, kararlarından ve davranışlarından sorumlu olan kişidir. Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü sadece mesleki özerkliği geliştirmeyi değil, aynı zamanda hasta özerkliğini yükseltmeyi de kapsamaktadır (11,16,18).

### 2.13. Danışman rolü

Danışman rolü hem eğitici rolü hem iletişim rolü hem de koordinatörlük rolüyle örtüşmektedir. Hemşire, hasta/hasta yakınlarına hastalıkla ilgili bilgilendirme yaparak hastalığın gidişatını öğretme, rahatsızlığın yarattığı/yaratacağı problemlerle baş edebilmeyi sağlayacak yöntemler hususunda bilinçlendirmek ve bu yöntemleri kullanımı için cesaretlendirmelidir. Ayrıca hastalara kanıta dayalı, doğru ve gerçek bilimsel bilgiye ulaşma, bilimsel bilgiyi kullanma konularında danışmanlık vermektedir. Ayrıca

hemşirelerin hastanın ruhsal durumunu anlaması, beklenen hasta bakım uygulamalarını yapabilmek adına bazı mesleki yeterlilik ve becerilere sahip olmalıdır. Profesyonel bir hemşirede olması gereken özellikler; etkili ve başarılı iletişim, kararlılık, empati, esneklik, farkındalık, problem çözme becerileri, detaylara dikkat etme, mükemmeliyet, dürüstlük ve kişilere saygı şeklinde sıralanabilir (33, 34).

### 3. Yönetici Hemşirelerin 21. Yüzyılda Gelişen Rollerini

Yönetici hemşireler, 21. yüzyılda bilinen yöneticilik özelliklerinden beslenerek yönetici rollerini oluşturmaktadır. Yönetici hemşireleri daha başarılı yapan ayırt edici becerilerinin neler olduğunu anlamak, yöneticilik mesleğinin gelişimi açısından son derece önem taşımaktadır. Yönetici hemşirelerin uzmanlık alan bilgi ve çok kapsamlı becerilerini belirleyen “Beş odak” sıralanabilir. Beş Odak; inovasyon (yenilik), meslekler arası bağlılık ve saygı, enformatik (bilgi yönetimi), iç görü ve bütünlüktür. Bu beş odak unsur her biri diğerlerini etkileyecek şekilde birbiriyle uyumaktadır (35).

**3.1. Yenilik (İnovasyon):** Yönetici hemşirelerin 21. yüzyılda değişen sağlık bakım hizmetlerini daha etkili yönetebilmek için ayırt edici becerilere sahip olması gerekmektedir. Yönetici hemşire, yenilikçi yaklaşımlar ve veri tabanlı yaklaşımlar göstererek iyileştirme yapmalıdır. Yönetici hemşire sağlık bakım hizmetlerinde niteliği ve verimliliği yükseltmeye yönelik davranışları modellemeli, inovasyonu, risk almayı ayrıca kanıta dayalı bilgi temelinde mesleki bakım uygulamalarını destekleyen ortamları yaratacak şekilde çalışmalıdır (35).

**3.2. Meslekler arası saygı ve bağlılık:** Hastanelerdeki sağlık hizmetlerinde transformasyonel etkiyi elde tutmak için diğer meslekler grupları ile iş birliği içinde bütünsel bir senkronizasyona ihtiyaç vardır (35).

**3.3. Enformatik (Bilgi yönetimi):** Çağımızda farklı alanlarda sunulan sağlık bakım hizmetlerini koordinasyonunu sağlamak ve hastalar adına hizmetin erişilebilir olması bakımından bilgi sistemlerine büyük oranda ihtiyaç duyulmaktadır. Veriler sağlam ve güvenilir bir şekilde entegre edilmiş sağlık bilgi teknolojileri tarafından kaydedilmelidir. Stratejik yaklaşımları belirlemek için yönetici hemşirelerin teknoloji ve bilişim gereksinimlerinden yararlanması gerekmektedir (35).

**3.4. İç görü:** Yöneticilerden iç görüşü iyi olan yönetici sağlık bakım hizmetlerindeki karmaşık yapıyı etkileyen unsurları etkin bir biçimde değerlendirmelidir. Bu unsurları oluşturan ana faktörlerden bazıları kurumsal risk yönetimi, çalışma ortamı, iş gücü ve hasta seçim hakkı, kanıta dayalı verilerle uygulama (hem yönetsel hem de kliniksel) temelli olmalıdır. Yöneticilik bütün dinamikler üzerinde

kapsayıcı hem yeterli hem de dengeli bir biçimde yaklaşım sağlamalıdır. Bu dönemin yöneticileri kendine güvenen ve çevreyi etkileyebilen aynı zamanda benlik algısına ilişkin belirgin kişisel becerilere sahip olmalı (35).

**3.5. Bütünlük:** Yönetici hemşire liderler özellikle, dürüst ve güvenilir oldukları zaman güven ve saygıyı kazanırlar. Günümüz yöneticileri büyük ahlaki ilkeler doğrultusunda hareket etmeli ve her daim çevresine karşı net ve çözüm odaklı olmalıdır (35).

### 4. Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetlerindeki küresel eğilimler, değişim, yenilikler ve gelişmeler doğrultusunda hemşirelik mesleğinin gelişen rollerini daha açık görmekteyiz. Eğitim seviyesinin standart hale gelmesi ve geliştirilmesi hemşirelik alanında artan bilimsel araştırmalar meslek ve çalışma standartlarının artması ile birlikte mesleğin profesyonellik derecesi artmaktadır. Hemşirelik mesleğindeki uzmanlık alan bilgi, yetenek ve yetkinlik kapsamında gelişen, yetkin, özerk ve profesyonel meslek grup üyeleri arasında yer edinmesine imkân tanımaktadır. Günümüzde giderek yükselen teknolojik gelişmelerle birlikte küreselleşmenin de etkileriyle ana hemşirelik rolleri çağımızda artık sağlık bakım hizmetlerinde nitelikli olmayabilmektedir. Hemşireliğin mesleğe özgü bilgi temelinde dayalı holistik hasta bakım uygulamaları gittikçe daha önemli hal almaktadır. Devamlı yenilenen ve sürekli değişen sağlık bakım hizmetlerini daha etkin ve daha verimli bir şekilde sürdürebilmek için yönetici hemşireler de değişime ayak uydurmalı ve kendilerini daima geliştirmelidir.

Son olarak, hemşireliğin bağımsız rollerindeki yükselme, hemşirelik mesleğinin bilimsel bilgi temelinde değerlendirilmeli. Bakım süreçlerinde uygulama imkânları ayrıca yetkilerindeki olumlu artışını gösteren roller olarak değerlendirilebilir. Bu değerlendirmeler kapsamında bağımsızlık rollerinin artması ve bu rollerdeki bağımsızlık derecesinin sürdürülmesi, hem hemşirelik mesleğinin gelecekte daha verimli ve daha etkili profesyonel bir meslek grubu olması hem de hasta ya da sağlıklı kişilere verilen sağlık bakımının niteliği, işlevselliği ve sürdürülebilirliği bakımından son derece önemlidir.

**Çıkar Çatışması:** Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek:** Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır.

**Etik Kurul Onayı:** Bu makale derleme türünde yazıldığı için etik kurul onayına gerek yoktur.

**Yazarlık Katkısı:**

GCY: Araştırmanın tasarımı, literatür taraması, makalenin yazımı ve son kontroller.

GT: Araştırmanın tasarımı, makalenin yazımı ve son kontroller.

**5. Kaynaklar**

1. Koçel T. İşletme Yöneticiliği. (15. baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.; 2014.
2. Baxter C., and Warshawsky N. Exploring the acquisition of nurse manager competence. *Nurse Leader*. 2014;46-59. [www.nurseleader.com. http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2013.10.008](http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2013.10.008).
3. Fellows and Edwards. "Future skills and competences of the health care workforce in Europe", Joint Action Health Work force Planning and Forecasting, Centre for Workforce Intelligence, 2016. Available at: [http://portal.healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2016/06/JAHWF\\_WP6\\_D062-HS-briefing-4-Health-workforces-Final-May-2016.pdf](http://portal.healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2016/06/JAHWF_WP6_D062-HS-briefing-4-Health-workforces-Final-May-2016.pdf) (accessed 16 July 2018).
4. Cathcart E., Greenspan M. and Quin M. The making of a nurse manager: the role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management*. 2014;18(4):440-447.
5. Fennimore L., and Wolf G. Nurse manager leadership development: lever aging the evidence and system-level support. *Journal of Nursing Administration*. 2011;41(5):204-210.
6. Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2012.
7. Cecelia L., Crawford C.L., Omery A., Spicer. An Integrative Review of 21st-Century Roles, Responsibilities, Characteristics, and Competencies of Chief Nurse Executives A Blue print for the Next Generation, 2017.
8. Birol L. Hemşirelik süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 9. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık; 2009.
9. T.C Resmî Gazete Hemşirelik Yönetmeliği. Sayı: 27515 (2010). (internet) Erişim adresi: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-yonetmeliği.aspx>.
10. T.C Resmî Gazete Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Sayı; 27910 (2011). Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/345,hemsirelik-yonetmeligidoc.doc?0>
11. Birol L. Hemşirelik Süreci. 5. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2002.
12. Fralic M.F. Contemporary nurse executive practice: one framework, one dozencautions. *NursClin North Am*. 2010;45:33-38.
13. Duncan D., Rutkoff J., Spicer J. Building diverse partnerships in health care and industry: how organizations must partnert obuild disruptive futures. In: Davidson S, Weberg D, Porter-O'Grady T, Malloch K, eds. *Leadership for Evidence-Based Innovation in Nursingand Health Professions*. Burlington, MA: Jones&Bartlett Learning; 2017:475-502.
14. Jasper M. New nursing roles- implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*. 2005;13:93-96.
15. Amerikan Nurses Association (ANA). *Nursing: scope and standards of practice*. 1st Ed. USA: Nursesbooks.org The Publishing Program of ANA. 2004:21-31.
16. Taylan S., Alan S., Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2012:66-74.
17. Jenkins J.E. *Nursing roles in the health care delivery system*. Professional nursing: Concepts&Challenges. 4th Ed. USA: ElsevierSaunders; 2005:Chapter 14.

18. Gedük A.E. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri, developing roles of the nursing profession. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, Journal of Healty Sciences and Professions*. 2018. DOI: 10.17681/hsp.358458.
19. Kardadağ S., Taşçı S. Hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;14:13-21.
20. Lewis S.L. Heitkemper MM, Dirksen SF. *Medical- surgicalnursing*. 7th Ed., Philadelphia: J.B. Elsevier Company; 2007.
21. Velioglu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset; 1999.
22. Ay F.A, Ertem Ü., Özcan N., Ören B. Işık, R., Sarvan S. *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008.
23. Hakreader H., Hogan M.A., Thobaben M. *Fundamentals of Nursing*. 3rd Ed., Canada: Saunder Publication; 2007.
24. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998;2(1):59-62.
25. Thrall T.H. *Nurturing your nurse managers*. *Hosp Health Netw*. 2006;80:71-2,74,2.
26. AONE. *Nurse Competencies Assesment Tool* Copyright, by the American Organization of Nurse Executives, 2011. <https://www.aonl.org/>. Erişim tarihi: 02.01.2020.
27. Gunawan J., Aunguroch Y. Managerial competence of first line nurse managers: a conceptanalysis. *Int J NursPract*. 2017;23:e12502. doi: 10.1111/ijn.12502.
28. Erbay H., Alan S., Kadioğlu S.A. Case study from the perspective of medical ethics: Refusal of treatment in an ambulance. *Journal of Medical Ethics*. 2010;36:652-655.
29. Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;7(2):23-27.
30. Tortumluoğlu G. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;8(2):47-57.
31. Masters K *Role development in professional nursing practice*. 2nd Ed. USA: Jones and Bartlett Publishers; 2009: Chapter 1.
32. Hales L., Lohan M., Jordan J. It's another way of standing outside the door supplementary prescribing and doctor-nurse partnerships. *Social Theory & Health*, 2010;8(2):210-228.
33. Baykal T.Ü., Türkmen E.E. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. 1. Basım. İstanbul: Akademi; 2014: 439.
34. Cengiz A. Örnek hemşirenin özellikleri. 2021. Erişim tarihi: 03.01.2021 Available from: [http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni\\_tasarim/files/örnek%20hemşirenin%20özellikleri.pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/örnek%20hemşirenin%20özellikleri.pdf)
35. Rick C. Competence in executive nursing leadership for the 21st century: The 5 eyes. *Nurse Leader*. 2014;12(2):64-66.

# AIJHS

ARTUKLU  
INTERNATIONAL  
JOURNAL OF  
HEALTH  
SCIENCES

