



TFK

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİKLERİ DERGİSİ

Cilt 7 • Sayı 2 • Temmuz 2024

GENEL DOI: 10.17932/IAU.TFK.2018.008

CİLT 7 SAYI 2: 10.17932/IAU.TFK.2018.008/2024.702

Sahibi/Proprietor

Prof. Dr. Mustafa AYDIN

Yazı İşleri Müdürü/Editor-in-Chief

Zeynep AKYAR

Editör/Editor

Prof. Dr. Hakkı DALÇIK

Alan Editörü

Dr. Esra ŞEN

Editör Yardımcıları/Editorial Board

Dr. Samet UÇAK

Dr. Esra ŞEN

Dr. Özge ALTINOK

Dr. Murat KAVRUK

Dergi Sekreteryası

Dr. Özge ALTINOK

Türkçe Redaksiyonu/Turkish Redaction

Behcet Özgür ÇALIŞKAN

İngilizce Redaksiyonu/English Redaction

Behcet Özgür ÇALIŞKAN

Dil/Language

Türkçe - İngilizce

Yayın Periyodu/Publication Period

Yılda üç kez yayınlanır

Mart - Temmuz - Kasım

**İdari Koordinatör/Administrative
Coordinator**

Dr. Öğr. Üyesi. Burak SÖNMEZER

Kapak Tasarım/Cover Design

Nabi SARIBAŞ

Grafik Tasarım/Graphic Design

Başak GÜNDÜZ

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Florya Yerleşkesi Beşyol Mah.

İnönü Cad. No: 38 Sefaköy

34295 Küçükçekmece/İstanbul, Türkiye

Tel: 444 1 428 - Faks: 0 212 425 57 97

E-Mail: atk@aydin.edu.tr

Web: www.aydin.edu.tr

Baskı/Printed by

Levent Baskı Merkezi

Sertifika No: 35983

Emniyetevler Mahallesi Yeniçeri Sokak No:6/B

4. Levent / İstanbul, Türkiye

Tel: 0212 270 80 70

E-mail: info@leventbaskimerkezi.com

BİLİM KURULU - SCIENTIFIC BOARD

Dr. Abdullah Sonsuz - *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*

Dr. Ahu Soyocak - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Ayhan Bilir - *Atlas Üniversitesi*

Dr. Ayşe Canan Yazıcı Güvercin - *İzmir Tınaztepe Üniversitesi*

Dr. Ayper Somer - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Bahriye Özlem Konukseven - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Beyhan Ömer - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Çiğdem Kayacan - *İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi*

Dr. Didem Turgut Coşan - *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi*

Dr. Erhan Alabay - *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*

Dr. Evgeny A. Levin - *Novosibirsk University*

Dr. Gökhan Çakıroğlu - *Aksaray Üniversitesi*

Dr. Güher Saruhan Direskeneli - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Gül İlbay - *Kocaeli Üniversitesi*

Dr. Halil Alış - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Haner Direskeneli - *Marmara Üniversitesi*

Dr. Hülyam KURT - *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi*

Dr. Indrani Kalkan - *Medipol Üniversitesi*

Dr. Kaya Köksalan - *İÜ DETAE*

Dr. Lukman Thalib - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Mehmet Buğra Bozan - *Kahramanmaraş Sütcü İmam
Üniversitesi*

Dr. Melda Yardımoğlu Yılmaz - *Kocaeli Üniversitesi*

Dr. Merih Özgen - *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi*

Dr. Metin Ateş - *İstanbul Arel Üniversitesi*

Dr. Müge KIRAY - *Dokuz Eylül Üniversitesi*

Dr. Nurcan Uysal - *İstinye Üniversitesi*

Dr. Nosratollah Zarghami Soltanahmedi - *İstanbul Aydın
Üniversitesi*

Dr. Nurcan Uysal - *İstinye Üniversitesi*

Dr. Oral Öncül - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Orhan Canbolat - *Gazi Üniversitesi*

Dr. Osman Ata Uysal - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Reyhan Çalışkan - *Samsun Üniversitesi*

Dr. Safiye Çavdar - *Koç Üniversitesi*

Dr. Sait Polat - *Çukurova Üniversitesi*

Dr. Sami Sökücü - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Seldağ Bekpınar - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Semih Ayan - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Süphan Ertürk - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Şükrü Öztürk - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Tarık Esen - *Koç Üniversitesi*

Dr. Tevfik Erhan Coşan - *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi*

Dr. Tamer Zeren - *Manisa Celal Bayar Üniversitesi*

Dr. Uğur Tekin - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Uğur Özbek - *Acıbadem Üniversitesi*

Dr. Zeynep Solakoğlu - *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi*

Dr. Zafer Çukurova - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

YAYIN KURULU - EDİTORAL BOARD

Dr. Hakkı Dalçık - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Samet Uçak - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Esra Şen - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Özge Altınok - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Murat Kavruk - *İstanbul Aydın Üniversitesi*

Dr. Ahmet Erözenci - *İU Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*

Dr. Matem Tunçdemir - *İU Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*

Dr. Orhan Kılınç - *Joe Dimaggio Children's Hospital*

Dr. Pradeep Kumar Sahu - *The University of the West Indies*

Dr. Reha Erzurumlu - *University of Maryland*

Dr. Shivananda Nayak - *The University of the West Indies*

Araştırma Makalesi – Research Article

Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler

Patient Safety Culture of Nurses Working in Surgical Units and Affecting Factors

Sultan Özkan, Halise Çınar, Ezgi Arslan.....45

Doğanhisar 2 Nolu Harman Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 20-70 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum ve Farkındalıklarının Araştırılması

Investigation of Knowledge, Attitudes, and Awareness Regarding Breast Self-Examination Among Women Aged 20-70 Registered at Doğanhisar No. 2 Harman Family Health Center

Volkan Can, Duygu İlke Yıldırım, Mehmet Ali Eryılmaz.....57

18-30 Yaş Aralığındaki Katılımcıların Sigara Kullanımının İşitme Sistemi Üzerine Etkisi

The Effect of Smoking on the Hearing System in Participants Aged 18-30 Years

Uğur Embiye Özgür, Kübra Çınar, Zeynep Nur Yiğit, Zeynep Ezgi Özkan, Qamar Hasan, Öznur Alkın.....67

Derleme – Review

Deprem Kaynaklı Yaralanmada Akut Renal Yetmezlik ve Hemşirelik Bakımı

Acute Renal Failure and Nursing Care in Earthquake Injury

Zeynep Yılmaz, Dilek Gümüş, Mihriban Tuncer.....75

Editöre Mektup – Letter to the Editor

Hastane Yönetiminde Hasta Güvenliği Kültürünü Güçlendirmek: Stratejiler ve Düşünülmesi Gerekenler

Serdar Özdemir.....85

TIP FAKÜLTESİ KLİNİKLERİ DERGİSİ

Cilt 7 • Sayı 2 • Temmuz 2024

DOI NUMARALARI

Genel DOI: 10.17932/IAU.TFK.2018.008

TFK Temmuz 2024 Cilt 7 Sayı 2 DOI: 10.17932/IAU.TFK.2018.008/2024.702

Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler

Patient Safety Culture of Nurses Working in Surgical Units and Affecting Factors

Sultan Özkan, Halise Çınar, Ezgi Arslan

10.17932/IAU.TFK.2018.008/tfk_v07i2001

Doğanhisar 2 Nolu Harman Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 20-70 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum ve Farkındalıklarının Araştırılması

Investigation of Knowledge, Attitudes, and Awareness Regarding Breast Self-Examination Among Women Aged 20-70 Registered at Doğanhisar No. 2 Harman Family Health Center

Volkan Can, Duygu İlke Yıldırım, Mehmet Ali Eryılmaz

10.17932/IAU.TFK.2018.008/tfk_v07i2002

18-30 Yaş Aralığındaki Katılımcıların Sigara Kullanımının İşitme Sistemi Üzerine Etkisi

The Effect of Smoking on the Hearing System in Participants Aged 18-30 Years

Uğur Embiye Özgür, Kübra Çınar, Zeynep Nur Yiğit, Zeynep Ezgi Özkan, Qamar Hasan, Öznur Alkın

10.17932/IAU.TFK.2018.008/tfk_v07i2003

Deprem Kaynaklı Yaralanmada Akut Renal Yetmezlik ve Hemşirelik Bakımı

Acute Renal Failure and Nursing Care in Earthquake Injury

Zeynep Yılmaz, Dilek Gümüş, Mihriban Tuncer

10.17932/IAU.TFK.2018.008/tfk_v07i2004

Hastane Yönetiminde Hasta Güvenliği Kültürünü Güçlendirmek: Stratejiler ve Düşünülmesi Gerekenler

Serdar Özdemir

10.17932/IAU.TFK.2018.008/tfk_v07i2005

Editörden

Değerli 'Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi' okuyucuları,

2024 yılının Temmuz sayısı ile sizlerle. Bu sayımızda temel ve klinik bilimlerden farklı disiplinlerden üç araştırma, bir derleme ile bir editöre mektup ile karşınızdayız.

Bu sayımızda yer alan araştırma makaleleri, kendi alanlarında yeni bilgiler içermekte ve okuyucuların eksikliklerini tamamlayacak niteliktedir. Araştırma makalelerden ilki Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler çalışmasında, hasta güvenliğinin perioperatif bakımın temel bileşeni ve sağlıkla ilişkili kalitenin standartlarından olduğunu yaptıkları detaylı çalışmalarıyla ortaya koymuşlardır. Araştırma makalelerin ikincisi ise, kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklar konusu işlenmiştir. Kadınlarda kansere bağlı ölüme en çok sebep olan meme kanserin erken tanı konusunu işleyen bu makale, toplum sağlığı açısından son derece önemli bir çalışmadır. Araştırma makalelerinden üçüncüsü ise, sigara kullanımının iştih sistemi üzerine etkisi çalışmasında, odyolojik testler ve detaylı bulgularla desteklenmiş bir çalışmadır. Derleme makalesinde, deprem kaynaklı yaralanmada akut renal yetmezlik ve hemşirelik bakımı ile ilgili güncel bilgiler paylaşılmıştır. Editöre mektup makalesinde ise yazar, hastane yönetiminde hasta güvenliği kültürünü güncel bilgiler eşliğinde düşüncelerini bizimle paylaşmıştır.

Siz değerli okurlarımıza yeni ve özenle yaptığımız hakem değerlendirmeleriyle kaliteli makaleleri sunmak başlıca amacımızdır. Nitelikli ulusal ve uluslararası dizinlerde yer alabilmek için titizlikle sürdürdüğümüz gayretlerimizin devam etmektedir. Son olarak yine uluslararası tarama dizinlerinden olan EBSCO HOST'a girdiğimizi bir önceki sayımızda belirtmiştik yine uluslararası tarama indeksi olan "Central & Eastern European Academic Source (CEEAS)" dizine kabul edildiğimizi gururla sizlere bildirmek isteriz.

Dergimize büyük emek harcayarak hazırladıkları bilimsel makalelerini gönderen yazarlarımıza ve bu makalelerin daha nitelikli hale getirilmesinde tecrübelerini ve bilgi birikimlerini ortaya koyan ve bizimle paylaşan değerli hakemlerimize teşekkür ederiz.

Sizlerin desteğinizle dergimizin kalitesinin gün geçtikçe arttırdığımıza inanıyoruz.

Yeni sayımızın bilime katkı sağlaması dileğiyle...

Prof. Dr. Hakkı DALÇIK
İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi

Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler

Sultan Özkan^{1*}, Halise Çınar², Ezgi Arslan¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Aydın, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Söke Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Aydın, Türkiye

Özet

Amaç: Hemşireler perioperatif süreçte hasta ile en çok zaman geçiren sağlık çalışanları olmaları sebebiyle perioperatif süreçte hemşirelik uygulamalarının içerisinde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması çok önemlidir. Bu araştırma ile cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Analitik kesitsel türde olan bu araştırmanın örneklemini Mayıs-Eylül 2021 tarihleri arasında Ülkenin batısında bulunan bir üniversite ve iki kamu hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan 180 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya ait verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi için Statistical Package for Social Sciences for Windows 25 paket programı kullanılmış ve sonuçlar %95’lik güven aralığında $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı analizlerinde sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma; sayısal verilerin analizlerinde t Testi ve One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,43\pm 6,944$, %54’ü üniversite mezunu, %52,8’i servis hemşiresi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %96,7’sinin hasta güvenliği eğitimine daha önceden katıldığı ve %70,6’sının eğitimi yeterli bulunduğu belirlenmiştir. Cerrahi hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden almış oldukları toplam puan ortalaması $2,69\pm 0,22$ dir. Ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar; yönetim ve liderlik $2,62\pm 0,34$, çalışan davranışı $2,71\pm 0,27$, hata rapor etme $2,71\pm 0,39$, çalışan eğitimi $2,79\pm 0,29$ ve bakım ortamı ise $2,72\pm 0,28$ olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, genel çalışma saati, çalışılan pozisyon ve çalışılan hastanelere göre hasta güvenliği kültürleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırmaya katılan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, cerrahi hemşireliği, hemşirelik

TFK, 2024; 7(2): 45-55.

Patient Safety Culture of Nurses Working in Surgical Units and Affecting Factors

Abstract

Objective: Since nurses are the healthcare professionals who spend the most time with patients during the perioperative period, it is very important to create a patient safety culture within nursing practices during the perioperative period. This research aims to determine the patient safety culture and affecting factors of nurses working in surgical units.

Materials and Methods: The sample of this analytical cross-sectional study consisted of 180 nurses working in the surgical units of a university and two public hospitals in the west of the country between May and September 2021. The data of the study were collected using the “Personal Information Form” and “Patient Safety Culture Scale” created by the researchers. Statistical Package for Social Sciences for Windows 25 package program was used to analyze the data and the results were evaluated at a significance level of $p<0.05$ within a 95% confidence interval. In descriptive analysis of the data, frequency, percentage, mean and standard deviation; t Test and One-way ANOVA test were used in the analysis of numerical data.

Results: It was determined that the average age of the nurses participating in the study was 30.43 ± 6.944 , 54% were university graduates and 52.8% were service nurses. It was determined that 96.7% of the nurses had previously attended patient safety training and 70.6% found the training sufficient. The total mean score of surgical nurses from the patient safety culture scale is 2.69 ± 0.22 . The scores they received from the scale sub-dimensions; management and leadership 2.62 ± 0.34 , employee behavior 2.71 ± 0.27 , error reporting 2.71 ± 0.39 , employee education 2.79 ± 0.29 and maintenance environment 2.72 ± 0.28 It was determined as . A significant difference was detected between nurses’ patient safety cultures according to their gender, educational level, professional experience, general working hours, position and hospitals they worked in.

Conclusions: It was found that the patient safety culture was at a moderate level among the nurses participating in the study.

Keywords: Patient safety, patient safety culture, surgical nursing, nursing

J Med Clin, 2024; 7(2): 45-55.

^{1*} Sorumlu Yazar / Corresponding Author: E-mail: sultanozkan2000@yahoo.com. ORCID: 0000-0002-2013-8029

² E-mail: halise.cinar@adu.edu.tr. ORCID: 0000-0002-6271-8021

¹ E-mail: e.temel@adu.edu.tr. ORCID: 0000-0001-6638-3903

GİRİŞ

Sağlık sistemleri küresel olarak ölüm nedenleri arasında ciddi pay sahibi olan tıbbi hataların artışıyla karşı karşıyadır. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalar (1-3) hastaneye yapılan başvuruların %5,7-12,9’unda olumsuz bir olayın rapor edildiği bildirilmektedir. Konuya ilişkin farklı ülkelerde yapılan araştırmaların sistematik derlemesinde ise hastane içi olumsuz olay görülme sıklığının benzer şekilde %9,2 olduğu ve bunların da yarısına yakın bir kısmının önlenemez nitelikte olduğu bildirilmektedir (4,5). Bu hataların yaygınlaşması, sağlık sistemleri için endişeleri ve zorlukları artırmıştır (6-8). Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve nitelikli olabilmesi için en önemli koşul hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği “tıbbi bakımın neden olduğu kasıtsız veya önlenemez yaralanmalardan” korunma olarak tanımlanmaktadır (9).

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü, hasta güvenliğini sağlama ve sürdürmeye yönelik stratejilerin temel bileşenlerinden biridir (10). Agency for Healthcare Research and Quality (2019)’ye göre hasta güvenliği kültürü, hata bildiriminde şeffaf olmak, tıbbi hataların önüne geçilebilmesi için sistemli bir yaklaşımın benimsenmesi olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğinin gerçekleşebilmesi; sağlık bakım hizmeti veren kurumlar, bu kurumlarda çalışanlar ve hastaların da dahil edildiği bir güvenlik kültürü üzerine kurulmuştur (11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2004 yılında yayınladığı raporda hasta güvenliğine ilişkin, sağlık bakım hizmetinin kaliteli ve güvenli olabilmesi için gerekli stratejilere değinilmiş ve hasta güvenliğinin hastanenin tamamına yönelik bir sorumluluk olduğu ve hasta güvenliğine öncelik verilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır (WHO, 2004).

Ülkemizde, sağlıkta reform hareketlerinin 1990’lı yıllarda başlaması ile birlikte sağlık kurumlarında hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü kavramları sık kullanılmaya başlanmıştır (12). Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliğini sağlayabilmek için öncelikle; hasta güvenliği ve kültürünün oluşturulup devam ettirilebilmesi gerekmektedir (13-16).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşireler, hastaların zarar görme ihtimalini artıran perioperatif dönemde stres ile baş etmeye çalışan cerrahi hastalarının hastaneye yatışından taburculuğuna kadar güvenli bakım almasını sağlamanın yanında bu süreçte sağlık çalışanları arasındaki koordinasyonu da sağlarlar (14,17,18). Perioperatif süreçte ortaya çıkabilecek olumsuz olayların önlenmesi konusunda cerrahi hemşirelerinin mesleki sorumlulukları vardır (18). Dolayısıyla özellikle cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin yapmış olduğu uygulamalarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması çok önemlidir (19). Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürünü ve etkileyen faktörlerini bilmesi hastanelerde güvenlik kültürünün yerleştirilmesine ve geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Bu araştırmada, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü belirlemek ve hasta güvenliği kültürü etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Mayıs-Eylül 2021 tarihleri arasında tanımlayıcı, kesitsel türde gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Türkiye’nin batısında bulunan bir üniversite ve iki kamu hastanesinin cerrahi birimlerinde (Genel cerrahi, üroloji, ortopedi, KBB/Göz/plastik ve rekonstrüktif cerrahi, beyin cerrahi kliniklerinde, cerrahi yoğun bakım, kalp damar yoğun bakım genel yoğun bakım, beyin cerrahi yoğun bakım ve gündüz hastanesi) çalışan hemşireler ile hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek ve hasta güvenliği kültürü algılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yürütülmüştür.

Bu araştırmanın soruları şunlardır: Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin;

- Hasta güvenliği kültürü düzeyleri nelerdir?
- Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörleri nelerdir?
- Çalıştığı birimler ile hasta güvenliği kültürü arasında fark var mıdır?
- Çalıştıkları kurumlar ile hasta güvenliği kültürü arasında fark var mıdır?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversite ve iki kamu hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan 275 hemşire oluşturmuştur. Evreni bilinen örnekleme yöntemiyle istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 (α), istatistiksel güç %95 ($1-\beta$) olarak kabul edildiğinde örneklem büyüklüğü 161 olarak bulunmuştur. Araştırma süresince kayıpların olabileceği düşünülerek hesaplanan örneklem %10 fazla alınarak 180 hemşire araştırmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aşamasında, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” (HGKÖ) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Bu formda hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalıştığı birim ve pozisyonu, meslekte toplam çalışma süresi, ilgili hastanelerde çalışma süresi, haftalık ortalama çalışma saati, hasta güvenliğine yönelik eğitim alma durumu, eğitim içeriği ve hasta güvenliği ile ilgili olarak yapılan raporlamaları vb. soruları içeren 17 soru bulunmaktadır (13,17,20).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)

Türkmen ve arkadaşlarının (2011) geliştirdiği HGKÖ’nde 5 alt boyuttan oluşan toplamda 51 madde yer almaktadır (21). Dörtlü likert tipindeki ölçekteki maddeler; kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklindedir. HGKÖ’nin alt boyutları; yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı’dır. Ölçek alt boyutunda yer alan maddelerin puanları toplanıp madde sayısına bölünerek 1 ve 4 aralığında alt boyut puanı elde edilir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanmasında ise alt boyut puan ortalamaları toplanarak 5’e bölünür. Ölçeğin toplam puan ortalamasının 4’e doğru yaklaşması hasta güvenliği kültürünün pozitif olduğunu göstermektedir. Ölçeğin genel Cronbach’s Alfa İç Tutarlılık Katsayısı (α)=0,97 olarak bildirilmektedir.

Uygulama

Araştırma verileri, hemşirelerin iş akışını aksatmayacak şekilde araştırmaya katılmaya gö-

nüllü olan hemşireler ile yürütülmüştür. Araştırma verileri araştırmacıların gerekli bilgiletmeleri yapmasından sonra 20 dakika süren yüz yüze görüşmeler sonucunda toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi için Statistical Package for Social Sciences for Windows 25 paket programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin tanımlayıcı analizlerinde sıklık, yüzdelik hesaplama, ortalama ve standart sapma; sayısal verilerin analizlerinde t Testi ve One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlarken, ülkenin batısında bulunan bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (Karar no:6, 2021/248) ve araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden izin alınmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğini kullanmak için yazarlarından gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden ise sözel izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin; yaş ortalamalarının $30,43\pm 6,944$ olduğu ve %89,4’ünün kadın ve %52,2’sinin bekar olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %54’ünün lisans mezunu, %35,6’sının 6-10 yıl arasında meslek deneyimine sahip olduğu, %52,8’i servis hemşiresi olarak, %79,4’ünün haftada 40 saat çalıştığı ve %90’ının hem gece hem gündüz nöbet usulü ile çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %96,7’si hasta güvenliği eğitimine daha önceden katıldığını ifade etmiştir. Eğitime katılan hemşirelerin %70,6’sı eğitimi yeterli bulduğunu; %22,8’i eğitimi kısmen yeterli bulduğunu, %3,3’ü eğitimi yeterli bulmadığını belirtmiştir. Hasta güvenliğine ilişkin eğitim ihtiyacınız var mı sorusuna ise hemşirelerin %90’ı hayır olarak yanıt vermiştir (Tablo 1). Hasta güvenliğine ilişkin eğitim ihtiyacının olduğunu düşünen hemşirelerin en çok tıbbi cihaz güvenliği (%6,1), güvenli cerrahi uygulamaları (%5,6) ve radyasyon güvenliği (%5) konularında eğitim ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %89,4’ü “hasta güvenliğine yönelik hiç rapor-

lama yaptınız mı” sorusuna “hayır” yanıtı verdiği belirlenmiştir. Hasta güvenliğine yönelik raporlama yapan hemşirelerin %6,7’sinin düşme, %4,4’ünün ilaç uygulamaları ve %1,1’inin ise kimliklendirme konusunda raporlama yap-

tığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %84,4’ü “hastanedeki hasta güvenliği uygulamaları yeterli mi” sorusuna “kısmen”, %11,7’sinin “evet” ve %3,9’unun “hayır” yanıtı verdiği görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=180)

Değişken	X±SS
Yaş	30,43±6,944 (Min.=22, Maks.=56)
Değişken	% (n)
Cinsiyet	
Kadın	89,4 (161)
Erkek	10,6 (19)
Medeni durum	
Evli	47,8 (86)
Bekar	52,2 (94)
Eğitim durumu	
Lise	27,8 (50)
Ön Lisans	12,8 (23)
Üniversite	54,4 (98)
Lisansüstü	5 (9)
Meslekte çalışma süreniz	
1 – 5 yıl	39,4 (71)
6 – 10 yıl	35,6 (64)
11 yıl üzeri	25 (45)
Son çalıştığınız birimdeki çalışma süresiniz	
1 – 5 yıl	49,4 (89)
6 – 10 yıl	28,3 (51)
11 yıl üzeri	22,2 (40)
Çalışılan pozisyon	
Servis Hemşiresi	52,8 (95)
Yoğun Bakım Hemşiresi	43,3 (78)
Sorumlu Hemşire	3,9 (7)
Çalışma durumu	
Tam zamanlı (Kadrolu)	35,6 (64)
Tam zamanlı (Sözleşmeli)	64,6 (116)
Genel çalışma saatleri	
Gündüz	7,8 (14)
Gece/nöbet	2,2 (4)
Hem gece/nöbet hem gündüz	90 (162)
Ortalama çalışma saati (haftalık)	
40 Saat	79,4 (143)
45 Saat	12,8 (23)
48 Saat	7,8 (14)

Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu	
Evet	96,7 (174)
Hayır	3,3 (6)
Hasta güvenliği eğitimini yeterli bulma durumu	
Evet yeterliydi	70,6 (127)
Hayır yeterli değildi	3,3 (6)
Kısmen yeterliydi	22,8 (41)
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim ihtiyacı durumu	
Evet	(10) 18
Hayır	(90) 162
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim ihtiyacı duyulan konular*	
Güvenli ilaç uygulamaları	3,9 (7)
Transfüzyon güvenliği	2,2 (4)
Güvenli cerrahi uygulamaları	5,6 (10)
Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması	3,3 (6)
İletişim	1,1 (2)
Radyasyon güvenliği	5 (9)
Hata raporlama durumu	
Evet	10,6 (19)
Hayır	89,4 (161)
Bildirilen hataların konusu/ları*	
Düşme	6,7 (12)
İlaç uygulamaları	4,4 (8)
Kimliklendirme	1,1 (2)
Hastanelerde hasta güvenliğini yeterli bulma durumu	
Evet	11,7 (21)
Hayır	3,9 (7)
Kısmen	84,8 (152)

X: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde. *Birden fazla seçeneğin işaretlendiği soruları gösterir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HGKÖ puan ortalaması $2,69 \pm 0,22$ olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyutlarına ait puan ortalamaları Tablo 2’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin puan ortalamasına bakıldığında hasta güvenliği kültürünün orta düzeyin biraz

üzerinde olduğu söylenebilir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin Cronbach alfası 0,88 olarak bulunmuş olup ölçeğin bu çalışmada yüksek güvenilirliği sahip olduğu belirlenmiştir (Alpar, 2018).

Tablo 2. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği cronbach α katsayıları (n=180)

HGKÖ Alt Boyutları	Ortalama \pm SS (Min-Max)	Cronbach α
Yönetim ve Liderlik	2.62 \pm 0.34 (Min=1,94; Max.=3,53)	0,85
Çalışan Eğitimi	2,79 \pm 0,29 (Min=1,50; Max.=3,71)	0,74
Olay ve Hata Raporlama	2,71 \pm 0,39 (Min=1,60; Max.=4,00)	0,61
Bakım Ortamı	2,72 \pm 0,28 (Min=2,29; Max.=3,57)	0,43
Çalışan Davranışı	2,71 \pm 0,27 (Min=1,88; Max.=3,50)	0,65
HGKÖ Toplam Puan	2,69 \pm 0,22 (Min=2,18; Max.=3,31)	0,88

X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HGKÖ alt boyutları ile sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Ölçeğin **yönetim ve liderlik alt boyutu** ile cinsiyet ($p=0,01$), eğitim durumu ($p=0,008$), mesleki deneyim ($p<0,01$), genel çalışma saati ($p<0,01$), hemşirelerin çalıştıkları pozisyon ($p=0,001$) ve çalışılan hastane ($p<0,01$) arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 3). **Çalışan davranışı alt boyutu** ile genel çalışma saati ($p=0,013$) ve çalışılan hastane ($p=0,008$) arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 3). **Beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu** ile mesleki deneyim ($p<0,01$), genel çalışma saati ($p<0,01$), çalışılan pozisyon ($p=0,037$) ve çalışılan hastane ($p<0,01$), arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 3). **Bakım ortamı alt boyutu** ile cinsiyet ($p=0,002$), mesleki deneyim ($p<0,01$), ve çalışılan hastane ($p<0,01$) arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 3). **Çalışanların eğitimi alt boyutu** ile cinsiyet ($p=0,003$), mesleki deneyim ($p=0,002$), genel çalışma saati ($p=0,002$), çalışılan pozisyon ($p<0,01$), ve

çalışılan hastane ($p<0,01$) arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Hemşirelerin çalıştıkları hastaneler ile HGKÖ alt boyutları ve HGKÖ toplam puanı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 3). Hastaneler arasında farklılığın belirlenmesinde kullanılan Post Hoc çoklu karşılaştırma yöntemi kullanılarak yapılan analizde hastane 1 (üniversite) ile hastane 2 arasında ve hastane 1(üniversite) ile hastane 3 arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın nedeninin hastane 1 (üniversite)'den kaynaklandığı ($p=0,016$) bulunmuştur. Hemşirelerin HGKÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında en düşük puanı Hastane 1 (üniversite)'in ($2,57\pm 0,12$) aldığı belirlenmiştir. Tablo 3'te hemşirelerin, hastanelere göre HGKÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerden hastane 1 (üniversite)'de çalışanlar ile hastane 2'de çalışanların sırasıyla $2,47\pm 0,17$ ve $2,73\pm 0,40$ ile "Yönetim ve Liderlik" alt boyutunda ve hastane 3'te çalışanların $2,83\pm 0,34$ ile "Çalışan Davranışı" alt boyutunda en düşük puanı aldıkları görülmüştür.

Tablo 3. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve HGKÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	% (n)	Yönetim ve Liderlik X±SS	Çalışan Davranışı X±SS	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama X±SS	Çalışanların Eğitimi X±SS	Bakım Ortamı X±SS	HGKÖ TOPLAM X±SS
Cinsiyet*	10,6 (19)	2,43±0,21	2,75±0,30	2,55±0,33	2,66±0,17	2,63±0,16	2,59±0,16
Erkek	89,4 (161)	2,64±0,35	2,71±0,27	2,73±0,39	2,81±0,29	2,74±0,29	2,71±0,23
Kadın							
Test ve p		t=3,817 p=0,01	t=-,555 p=0,57	t=1,855 p=0,06	t=31,330 p=0,003	t=33,987 p=0,02	t=27,654 p=0,01
	27,8 (50)	2,61±0,34	2,66±0,20	2,69±0,43	2,82±0,29	2,73±0,30	2,68±0,22
	12,8 (23)	2,52±0,38	2,70±0,54	2,78±0,58	2,90±0,29	2,78±0,35	2,69±0,28
	54,4 (98)	2,61±0,32	2,73±0,21	2,68±0,29	2,75±0,27	2,70±0,24	2,68±0,21
	5 (9)	2,98±0,30	2,81±0,23	2,97±0,38	2,87±0,39	2,84±0,27	2,89±0,22
		F=4,043 p=0,008	F=1,106 p=0,348	F=1,846 p=0,141	F=2,026 p=0,112	F=1,198 p=0,312	F=2,495 p=0,062
Mesleki deneyim**	39,4 (71)	2,50±0,21	2,70±0,19	2,61±0,32	2,74±0,23	2,64±0,25	2,62±0,16
1-5 yıl	35,6 (64)	2,60±0,36	2,71±0,34	2,70±0,38	2,75±0,25	2,72±0,25	2,68±0,23
6-10 yıl	25 (45)	2,83±0,40	2,73±0,27	2,89±0,44	2,93±0,37	2,87±0,29	2,83±0,25
11 yıl ve üzeri							
Test ve p		F=15,286 p=0,000^a	F=0,202 p=0,817	F=8,026 p=0,000^a	F=6,665 p=0,002	F=9,666 p=0,000^a	F=13,345 p=0,000^a

Genel çalışma saati**	7,8 (14) 2,2 (4) 90 (162)	3,04±0,27 2,54±2,54 2,58±2,58	2,86±0,24 2,98±0,52 2,69±0,26	3,12±0,41 2,80±0,48 2,67±0,36	3,06±0,33 2,78±0,37 2,77±0,27	2,84±0,24 2,81±0,23 2,71±0,28	2,97±0,19 2,76±0,23 2,67±0,21
Gündüz Gece/Nöbet Hem gece hem gündüz		F=12,593 p=0,000^a	F=4,440 p=0,013	F=9,511 p=0,000^a	F=6,616 p=0,002	F=1,576 p=0,210	F=12,794 p=0,000^a
Test ve p							
Çalışılan pozisyon**	52,8 (95) 43,3 (78) 3,9 (7)	2,65±0,34 2,54±0,31 3,04±0,34	2,68±0,24 2,73±0,31 2,91±0,18	2,69±0,38 2,70±0,39 3,08±0,27	2,83±0,30 2,72±0,24 3,16±0,20	2,76±0,30 2,68±0,25 2,82±0,17	2,70±0,24 2,66±0,20 2,99±0,10
Servis Hemşiresi Yoğun Bakım Hemşiresi Sorumlu Hemşire		F=7,830 t=0,001	F=2,779 p=0,065	F=3,365 t=0,037	F=9,396 t=0,000^a	F=2,240 t=0,109	F=7,450 t=0,001
Test ve p							
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu*	96,7 (174) 3,3 (6)	2,61±0,35 2,68±0,26	2,71±0,27 2,77±0,15	2,71±0,39 2,73±0,20	2,79±0,29 2,90±0,14	2,72±0,27 2,81±0,36	2,69±0,23 2,76±0,16
Evet Hayır		t=-,465 p=0,64	t=-,498 p=0,61	t=-,120 p=0,90	t=-,920 p=0,35	t=-,731 p=0,46	t=-,719 p=0,47
Test ve p							
Çalışılan hastane**	54,9 (100) 27,5 (50) 16,5 (30)	2,47±0,17 2,73±0,40 2,92±0,41	2,66±0,20 2,74±0,32 2,83±0,34	2,53±0,29 2,84±0,34 3,10±0,40	2,66±0,18 2,92±0,30 3,02±0,33	2,58±0,17 2,89±0,28 2,95±0,25	2,57±0,12 2,79±0,23 2,93±0,20
Hastanel (Üniversite) Hastane 2 Hastane 3		F=31,449 p=0,000^a	F=4,957 p=0,008	F=39,254 p=0,000^a	F=32,382 p=0,000^a	F=50,337 p=0,000^a	F=57,744 p=0,000^a
Test ve p							

*Bağımsız Örneklemelerde T Testi. **One Way ANOVA Varyans Analizi

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin HGKÖ puan ortalamasının 2,69±0,22 olduğu ve hasta güvenliği kültürü algısının orta düzeyin biraz üzerinde olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan araştırmalarda (14,22-25). HGKÖ puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu bildirilmektedir. Hasta güvenliği kavramı ve hasta güvenliği kültürü algısının önemi düşünüldüğünde literatürde yer alan araştırmalar hemşirelerin hasta güvenliği algılarının istendik seviyede olmadığını bildirmektedir (26).

Bu araştırmada hemşirelerin HGKÖ'nin alt boyutlarından en yüksek puanı "çalışan eğitimi" ve en düşük boyutu "yönetim ve liderlik" at boyutundan aldığı belirlenmiştir. Arslan ve arkadaşları (2020) araştırmalarında HGKÖ alt boyutlarından "çalışan eğitimi" ve "çalışan davranışı"nın en yüksek, "yönetim liderlik"

boyutunun ise en düşük puanı aldığını bildirmişlerdir (20). Solak ve Topçu (2022) yapmış olduğu araştırmalarında çalışanların eğitimi alt boyutunun en yüksek puanı aldığını bulmuşlardır (27). Bu araştırmada en yüksek puanı çalışan eğitimi alt boyutunun almasının nedeninin araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde hasta güvenliği kültürüne yönelik yapılan eğitimlerin, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne olumlu katkıları olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde HGKÖ alt boyutlarından yönetim ve liderlik alt boyut puan ortalamasının düşük olduğunu bildiren araştırmalar bulunmuştur (25,28). Yönetim ve liderlik alt boyut puanının düşük olmasının nedeni, araştırmaya dâhil edilen hastanelerde, güvenlik kültürü kavramının hastane yönetimi ve hemşireler tarafından yeterince anlaşılmamış olması, hasta güvenliği kültürünün uygulamaya yansımaması vb. gibi nedenler ile değişkenlik gösterdiği

söylenbilir. Bu doğrultuda yönetim alanlarında çalışanların hasta güvenliği kültürüne ait uygulamaları daha fazla benimsemeleri gerektiği düşünülmektedir. Nazik ve arkadaşlarının araştırmasında (2018) hemşirelerin HGKÖ alt boyutlarında en yüksek puanı beklenmedik olay ve hata raporlamadan aldıklarını bildirirken Korkmaz Yenice ve arkadaşları (2021)'nin araştırmasında en düşük puanın beklenmedik olay ve hata raporlama boyutunun olduğu raporlanmaktadır. Rızalar ve arkadaşlarının araştırmasında (2016) HGKÖ en yüksek puanı alan boyut; yönetim ve liderlik, en düşük ise çalışan davranışı boyutu olduğu bildirilmektedir (23,24,29). Bu araştırmanın bulguları literatür ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin hastanelerde çalışanların yönetim ve liderlik algısı gibi konularda bireysel algılarının farklılığından ve hastane organizasyon kültürünün farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada en yüksek puanı çalışan eğitimi alt boyutu aldığı belirlenmiştir. Çalışanların eğitimi alt boyutunu hemşirelerin cinsiyeti, mesleki deneyimi, genel çalışma saati, çalıştıkları pozisyon ve çalışılan hastanelerin etkilediği bulunmuştur. 11 yıl ve üzerinde çalışan, sadece gündüz ve sorumlu hemşire statüsünde çalışanların puan ortalamalarının yüksek; nöbet usulü ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin ise puan ortalamaların düşük olduğu bulunmuştur. Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği eğitimlerinde yer alması ve mesleki deneyimlerinin artması sonucunda çalışanların algısını etkileyerek hasta güvenliğine verdikleri önemi etkileyecekleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutundan en düşük puanı aldığı bulunmuştur. Arslan ve arkadaşları (2020) araştırmalarında yönetim ve liderlik alt boyutundan düşük puan alınmasını hasta güvenliğinin sağlanmasındaki tek sorumlunun hemşirelerin olmasından kaynaklandığını ifade etmişlerdir (20). Bu çalışmada yönetim liderlik alt boyutunu cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, genel çalışma saati, çalışılan pozisyon ve çalıştıkları hastanelerin etkilediği görülmüştür. Karaca ve Arslan (2014) araştırmalarında, yönetim ve liderlik puanı $3,01 \pm 0,513$ puanla bu

araştırmadan daha yüksek bulunmuştur (10). Bu doğrultuda cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik uygulamaları daha fazla benimsemeleri gerektiği söylenbilir. Yönetim liderlik puanının bu çalışmada düşük olmasının nedenlerinin: üç hastanenin araştırmaya dahil edilmesi, hastanelerdeki yöneticilerin ve hasta güvenliği uygulamaları hakkındaki tutumlarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HGKÖ alt boyutları ile cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, genel çalışma saati, cerrahi kliniklerde çalıştıkları pozisyon ve hastaneler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,05$). Literatürde (10,30,31) araştırmamıza benzer sonuçlar bulunurken Türk ve arkadaşları (2018) araştırmalarında ölçek alt puanları ile sosyodemografik veriler arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmektedir (25). Bu çalışmada sadece gündüz mesaisinde ve sorumlu hemşire statüsünde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Nöbet usulü çalışan hemşirelerin eğitimlere yeterince vakit bulamamalarının veya eğitimler sırasında yeterince odaklanamamalarının, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastaneler ile HGKÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Nazik ve arkadaşları (2018) 2 farklı ilde bulunan 2 hastanede hasta güvenliği kültürüne ilişkin yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre HGKÖ puanlarının orta düzeyde olduğunu ve üniversite hastanesinde çalışanların HGKÖ'den aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (29). Raimondi ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bildirilmektedir. (32). Ali ve arkadaşları Kuveyt'de bulunan 16 kamu hastanesinde yapmış oldukları çalışmada; hastanelerin hasta güvenliğinden almış oldukları puan ortalamalarının birbirinden farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir (12). Araştırma bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir. Alquwez ve arkadaşları (2018)

hastanelerde hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için siyasiler, hastane yönetimi ve hemşire yöneticileri tarafından konunun öneminin anlaşılması gerektiğini vurgulamışlardır (33). Hastanelerin gelişimine katkı sağlamak için kurum kültürünün artırılması önemlidir. Dolayısıyla hasta güvenliği kültürünün yükseltilebilmesi için, cerrahi hemşirelerinin motivasyonunun yükseltilmesine yardımcı olacak hizmet içi eğitimlerin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

SONUÇ

Araştırmaya dahil edilen cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürünün orta düzeyin biraz üzerinde olduğu ve geliştirilebileceği bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi ve hasta güvenliği kültürü ile ilişkilendirilebilecek faktörlerin hastanelerde eksik kalanlarının tespit edilmesi, beklenmedik hata ve olumsuz olayların rapor edilme oranlarının artırılması ve cerrahi hemşirelerinin perioperatif süreç boyunca hasta güvenliği kültürünü koruma ve geliştirme stratejileri yönünden farkındalığının artırılmasına ihtiyaç vardır. Hasta güvenliğinin, perioperatif bakımın temel bileşeni olduğu ve sağlıkla ilişkili kalitenin standartlarından olduğu unutulmamalıdır.

Yazarların katkıları

Kavramsallaştırma: SÖ, HÇ, EA, Denetim: SÖ, HÇ, EA, Yazma: SÖ, HÇ, EA, İnceleme: SÖ, HÇ, EA, Düzenleme: SÖ, HÇ, EA, Orijinal taslak hazırlama: SÖ, HÇ, EA. Tüm yazarlar yazının yayınlanmış versiyonunu okudu ve kabul etti.

Çıkar çatışması

Yazarların beyan edeceği herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hébert, P., Majumdar, S. R., O'Beirne, M., Palacios-Derflinger, L., Reid, R. J., Sheps, S., Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11):1678–1686.

2. Sari, A. B. A., Sheldon, T. A., Cracknell, A., Turnbull, A., Dobson, Y., Grant, C., Gray, W., Richardson, A. (2007). Extent, nature and consequences of adverse events: Results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 16(6):434–439.
3. Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M., Haglund, B. (2009). The incidence of adverse events in Swedish hospitals: A retrospective medical record review study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4):285–291.
4. Agbar, F., Zhang, S., Wu, Y., Mustafa, M. (2023). Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 67, 1–10.
5. de Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 17(3), 216–223.
6. Bulut, A., Şengül, H., Çelik, Z. (2023). Hasta Güvenliği Kültürü: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2):224–240.
7. Farokhzadian, J., Dehghan Nayeri, N., Borhani, F. (2018). The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: Challenges perceived by nurses. *BMC Health Services Research*, 18(1):1–13.
8. Severinsson, E., Haruna, M., Rönnerhag, M., Holm, A. L., Hansen, B. S., Berggren, I. (2017). Evidence of Linkages between Patient Safety and Person-Centred Care in the Maternity and Obstetric Context—An Integrative Review. *Open Journal of Nursing*, 7:378–398.
9. Bader, L., Kusynová, Z., Duggan, C. (2019). FIP Perspectives: Realising global patient safety goals requires an integrated approach with pharmacy at the core. *Rese-*

- arch in Social and Administrative Pharmacy, 15(7):815–817.
10. Karaca, A., Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1):9–18.
 11. Mitchell, P. H. (2008). Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses (R. G. Hughes (ed.)).
 12. Ali, H., Ibrahim, S. Z., Al Mudaf, B., Al Fadal, T., Jamal, D., El-Jardali, F. (2018). Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. BMC Health Services Research, 18(1):1–12.
 13. Bayer, E., Çevik, G. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Bir Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3):653–676.
 14. Demir, K. (2021). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi.
 15. Yılmaz, A., Işık, O., Akca, N. (2017). Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20(1):69–80.
 16. Yılmaz, A. (2020). Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7(3):223–230.
 17. Altınbaş, Y., Karaca, T. (2020). Cerrahi Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8(3):603–617.
 18. Oyur Celik, G. (2017). The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. Patient Preference and Adherence, 11:1363–1368.
 19. Korkmaz, O. (2012). Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(4):91–112.
 20. Arslan, S., Aydıngülü, N., Gülşen, M., Deniz Doğan, S., Erden, S. (2020). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürleri ve Etkileyen Faktörler. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 23(4):527–533.
 21. Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., Altuntaş, S. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(4):38–46.
 22. Erdağı, S., Özer, N. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(2):94–106.
 23. Korkmaz Yenice, G., Esenay, F. I., Sezer, T. A. (2021). Çocuk Cerrahisi Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 24(1):76–83.
 24. Rızalar, S., Tural Büyük, E., Şahin, R., As, T., Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(1):9–15.
 25. Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S., Zekioğlu, A. (2018). A study on the patient safety culture: Example of training and research hospital. Health Care Academician Journal, 5(1):25.
 26. Bahrami, M. A., Chalak, M., Montazeralfaraj, R., Dehghani Tafti, A. (2014). Iranian nurses' perception of patient safety culture. Iranian Red Crescent Medical Journal, 16(4).
 27. Solak, M., Topçu, S. (2022). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi. İzmir Democracy Uni-

- versity Health Sciences Journal, 5(3):681–693.
28. Tuncay, A., Kılıç, M. (2023). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi. Hacettepe Journal of Health Administration, 26(3):557–574.
29. Nazik, E., Var, E., Karaçay Yıkar, S., Nazik, S., Gültekin Karadağ, A., Gökçe, R., Uçar Dede, D. (2018). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi: Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği. Journal of Contemporary Medicine, 8(3):251–258.
30. Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Mulira, J. K., Geethakrishnan, R., Al Kindi, S. N. (2014). Patient safety culture among nurses. International Council of Nurses, 62(1):102–110.
31. Nordin, A., Theander, K., Wilde-Larsson, B., Nordström, G. (2013). Health care staffs' perception of patient safety culture in hospital settings and factors of importance for this. Open Journal of Nursing, 3(8):28–40.
32. Raimondi, D. C., Bernal, S. C. Z., Matsuda, L. M. (2019). Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. Revista de Saude Publica, 53:1–8.
33. Alquwez, N., Cruz, J. P., Almoghairi, A. M., Al-otaibi, R. S., Almutairi, K. O., Alicante, J. G., Colet, P. C. (2018). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. Journal of Nursing Scholarship, 50(4):422–431.

Doğanhisar 2 Nolu Harman Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 20-70 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum ve Farkındalıklarının Araştırılması

Volkan Can¹, Duygu İlke Yıldırım^{2*}, Mehmet Ali Eryılmaz³

¹ Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya Şehir Hastanesi, Akşehir 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Konya, Türkiye

² Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Konya, Türkiye

Özet

Amaç: Kadınlarda kansere bağlı ölüme en çok sebep olan neden meme kanseri olup meme kanseri erken tanısı bu yüzden oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı 20-70 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklarının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı ve kesitsel tipte çalışma Konya ili Doğanhisar ilçesinde bulunan 2 No.lu Harman Aile Sağlığı Merkezine 1 Ağustos 2021- 1 Ağustos 2022 tarihleri arasında herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuran 20-70 yaş arası 1023 kadın hasta ile gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılara Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile ilgili hazırlanmış 47 soruluk bir veri toplama formu uygulanmıştır. Veri toplama formu verilerinin analizi SPSS 18.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların %57,2'si KKMM yaparken, %42,8'i KKMM yapmıyordu. KKMM nasıl yapılır sorusuna %33,6 oranında katılımcı bilmiyorum cevabı vermiştir. KKMM ve meme kanseri hakkında bilgi düzeyiniz yeterli mi sorusuna sırasıyla katılımcılar %66,7 ve %53,3 oranında hayır yanıtını vermişlerdir. KKMM'nin meme kanseri erken tanısında önemli olduğunu düşünen katılımcı oranı %90 iken, %94,2 kadın KKMM hakkında bilgi sahibi olmak istediğini belirtmiştir. KKMM yapma durumunu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda ise KKMM yapma olasılığının klinik meme muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,195 kat; KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 81,544 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 6,476 kat artış gösterdiği tespit edildi (p değerleri sırasıyla; p=0,013; p<0,001; p<0,001).

Sonuç: Çalışmamızda KKMM uygulamasının yapılmasını; klinik meme muayenesi olma, KKMM hakkında bilgi sahibi olma ve KKMM hakkında bilgi düzeyi değişkenleri anlamlı olarak etkilemiştir. Kadınların KKMM hakkında yüksek bilgi düzeyleri, KKMM yapmalarını pozitif yönde etkilemektedir. Kadınların düzenli ve bilinçli olarak KKMM yapması, kadınların meme kanseri farkındalıklarını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Kendi Kendine Meme Muayenesi, Meme Kanseri, Meme Muayenesi

TFK, 2024; 7(2): 57-65.

Investigation of Knowledge, Attitudes, and Awareness Regarding Breast Self-Examination Among Women Aged 20-70 Registered at Doğanhisar No. 2 Harman Family Health Center

Abstract

Aim: Breast cancer is the most common cause of cancer-related death in women, and early diagnosis of breast cancer is therefore very important. The aim of this study is to investigate the knowledge, attitudes and awareness about Breast Self Examination in women between the ages of 20-70 registered in Doğanhisar No. 2 Harman Family Health Center.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was carried out with 1023 female patients aged 20-70 years who applied to Doğanhisar No. 2 Harman Family Health Center in Doğanhisar district of Konya province between 1 August 2021 and 1 August 2022 due to any health problem. A 47-question questionnaire about Breast Self-Examination was administered to all participants. SPSS 18.0 program was used in the analysis of the data of the questionnaires.

Results: While 57.2% of the women participating in the study performed BSE, 42.8% did not. While 33.6% of the participants gave the answer "I don't know" to the question of how BSE is done, 28.6% gave the correct answer. To the question of whether your level of knowledge about BSE and breast cancer is sufficient, 66.7% and 53.3% of the participants answered no, respectively. 9.8% of the participants answered the question when BSE should be done correctly. While 90% of the participants thought that BSE is important in the early diagnosis of breast cancer, 94.2% of women stated that they wanted to have information about BSE. In the multiple regression analysis performed with variables that were significant in pairwise comparisons to determine the status of performing BSE, the probability of performing BSE was 2.195 times higher in those who had clinical breast examination than those who did not; 81,544 times more for those who have knowledge about BSE than those who do not; It was determined that those who had sufficient knowledge about BSE showed an increase of 6.476 times compared to those who did not (p values respectively; p=0.013; p<0.001; p<0.001)

Conclusions: In our study, the implementation of CBE (clinical breast examination) significantly influenced variables related to undergoing clinical breast examination, being knowledgeable about CBE and the level of knowledge about CBE. High levels of knowledge about CBE positively influenced women's adherence to CBE. Women's regular and informed practice of CBE will increase their awareness of breast cancer.

Key words: Breast Self Examination, Breast Cancer, Breast Examination

J Med Clin, 2024; 7(2): 57-65.

¹ E-mail: klempcan@gmail.com. ORCID: 0000-0002-8244-2341

^{2*} Sorumlu Yazar / Corresponding Author: E-mail: azrailla@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-3893-5173

³ E-mail: mali_eryilmaz@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-5280-3943

GİRİŞ

Meme kanseri çağlar boyunca özellikle kadınlarda ve az miktarda da erkeklerde görülen önemli bir kanserdir. Tıpta yeni ilerlemeler ve yeni tedavi yöntemlerine rağmen hala mortalitesi yüksek seyretmektedir (1-3).

Meme kanserine yakalanma riski yaş ilerledikçe artmaktadır. 2020 yılında dünya genelinde tahminen 2,3 milyona yakın yeni meme kanseri hastası varken yaklaşık 700 bine yakın hasta hayatını kaybetmiştir. Meme kanseri dünyada kadınlarda kanser nedeniyle ölümlerin ilk nedeni olurken, iki cinsten tüm kanserlere bağlı ölümler içinde 5. sırada yer almaktadır (1). Meme kanseri erken teşhisi için dünyada kabul görmüş uygulanan bir algoritma yoktur. Ülkeler kendi sağlık politikalarını uygulamaktadır. Kendi kendine meme muayenesi içinde ortak bir görüş yoktur. Meme kanseri erken teşhisinde dünyada birçok ülkede ilk önerilen yöntem mamografidir. Erken teşhis için kullanılan diğer yöntemler ise Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve USG'dir. Tarama yöntemleri ile bulunan kitlenin kesin tanısı biyopsi ile konulur (2-5).

Meme kanserinin tanı ve tedavi süreci; 1. basamakta görev yapan aile hekimleri ile genel cerrahi ve radyasyon onkolojisi alanlarında uzmanlaşmış multidisipliner bir ekip gerektirmektedir. Çünkü çoğu meme kanseri tanısı fiziksel muayene, USG ve mamografi ile belirlenir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları genellikle yeni bir meme kanseri tanısı alan hastaların ilk temas noktasıdır. Bu açıdan birinci basamakta görev yapan hekimlerin meme kanseri için tanı süreci ve temel tedavi konularında bilgi sahibi olmaları da oldukça önemlidir (1,6-13).

Bu çalışmanın amacı; kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklarının değerlendirilmesidir. Elde edilen veriler kadınların meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmalarının sağlanmasına, uygulamalardaki eksikliklerin belirlenmesine ve kadınların doğru davranış değişikliğini sağlayabilme noktasında hekimlerin yapabilecekleri girişimlerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın verileri 1 Ağustos 2021 tarihi ile 1 Ağustos 2022 tarihleri arasında aile sağlığı merkezine herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuran 20-70 yaş aralığındaki 1023 kadın hastadan oluşmaktadır.

Örneklem seçimi

Yıllık ortalama aile sağlığı merkezine başvuran kadın hasta sayısı değerleri (1250 hasta) göz önünde bulundurularak örneklem sayısının belirlenebilmesi için güç analizi yapılmıştır. Örnek seçiminde aile sağlığı merkezine kayıtlı birey sayısının biliniyor olması sebebi ile saha çalışmalarında kullanılması önerilen bir hesaplama yönteminden faydalanılmış olup örnek büyüklüğü en az 482 olarak bulunmuştur (14). Çalışmanın yapıldığı zaman aralığında %5 kabul edilebilir hata, %95 güven seviyesi ile en az 482 vaka olmak üzere toplam 1023 kadın hastaya ulaşılmıştır.

Veri toplama formları

Veriler; kendi kendine meme muayenesi konusunda daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan herhangi bir ankete ulaşılmadığından ayrıntılı bir literatür derlemesi ile oluşturulan çoktan seçmeli sorularla düzenlenmiş 2 farklı bölümden oluşan toplam 47 soruluk bir veri toplama formu kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırmamızda verilerin toplanması için yüz yüze veri toplama tekniği kullanılmıştır. Veri toplama formları aynı hekim tarafından tek tek hastalarla görüşülerek yaklaşık 20 dakikalık bir süre içerisinde toplanmıştır. Birinci bölümde çalışmaya katılan kadınlara genel, demografik ve risk bilgilerini içeren 25 soru; ikinci bölümde ise KKMM ve meme kanseri bilgi düzeylerini belirleyen 22 soru sorulmuştur.

İstatistiksel analiz

Verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı(n) ve yüzde (%) olarak, sayısal veriler aritmetik ortalama± standart sapma (ss), ortanca, minimum-maximum (min-max) ifadeleri kullanılarak verildi. Kategorik verilerin dağılımı Pear-

son Ki-kare, Fisher Exact ve Continuty Correction testleri ile incelendi. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilkonson testleri ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin bağımsız iki grupta dağılımı Mann Whitney U testi ile incelendi. Kendi kendine meme muayenesi yapma durumunu tahmin etmek için verilerle model kuruldu ve Binary Lojistik Regresyon analizi kullanıldı. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Etik onay

Çalışma için T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan 07.07.2021 /3039 evrak kayıt numarası ile

onay alınmıştır. Araştırma için Konya İl Sağlık Müdürlüğünden E-86737044-806.01.03 sayı numarası ile izin alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $43,70 \pm 14,24$ yıl, vücut kitle indeksi (VKİ) $27,98 \pm 5,23$ kg/m² olarak belirlendi. Katılımcıların %76,6'sı (n=783) evli idi ve %57,1'i (n=584) ilköğretim mezunu idi. Çalışmaya dahil edilen kadınların %80,4'ü (n=822) ev hanımıydı. Katılımcıların %64,5'i (n=660) ilçede yaşadığını, %25,1'i (n=257) düzenli fiziksel aktivite yaptığını, %90,5'i (n=926) sigara kullanmadığını, %33,5'i (n=343) oral kontraseptif ilaç kullandığını belirtti (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Kategori	n	%
Yaş (yıl); Ort±SS (min-max)		43,70 ± 14,24 (20-70)	
Yaş Grupları	<40 yaş	395	38,6
	≥ 40 yaş	628	61,4
BMI (kg/m²); Ort±SS (min-max)		28,03 ± 5,37 (15,62-62,87)	
BMI Grupları	Zayıf (<18,5)	22	2,1
	Normal (18,5-24,9)	385	27,9
	Kilolu (25,0-29,9)	372	36,4
	Obez (≥30)	344	33,6
Medeni Durum	Evli	783	76,6
	Bekâr	240	23,4
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	51	5,0
	İlköğretim	584	57,1
	Lise	193	18,9
	Üniversite ve üzeri	195	19,0
Meslek	Ev hanımı	822	80,4
	Memur	83	8,1
	İşçi	39	3,8
	Diğer	79	7,7
Gelir Düzeyi	≤1000 TL	558	54,5
	1000-5000 TL	319	31,2
	≥5000 TL	146	14,3
Sosyal Güvence Durumu	Var	863	84,4
	Yok	160	15,6
Yaşadığı Yer	İl Merkezi	98	9,6
	İlçe	660	64,5
	Köy-Mahalle	265	25,9
Düzenli Fiziksel Aktivite	Evet	257	25,1
	Hayır	766	74,9
Sigara Kullanımı	Evet	97	9,5
	Hayır	926	90,5
Oral Kontraseptif Kullanımı	Evet	343	33,5
	Hayır	680	66,5
Toplam		1023	100,0

BMI: Body Mass Index

Ortalama±Standart Sapma (minimum-maximum), n(%)

KKMM yapma durumuna göre meme hastalığı geçirme, ailede meme kanseri varlığı ve ailede meme kanseri yakınlık durumu verileri istatistiksel olarak benzer tespit edildi ($p>0,05$). KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gru-

ba göre düzenli doktor muayenesi, mamografi çektirme, ultrasonografi yaptırma ve klinik meme muayenesi olma oranları istatistiksel olarak yüksek tespit edildi ($p<0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2: KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Hastalığı ve Görüntülemesi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu		Test Değeri	p
	Evet (n=585)	Hayır (n=438)		
Meme Hastalığı Geçirme				
Evet	29 (5,0)	13 (3,0)	2,038	0,153*
Hayır	556 (95,0)	425 (97,0)		
Ailede Meme Kanseri				
Var	62 (10,6)	43 (9,8)	0,166	0,684**
Yok	523 (89,4)	395 (90,2)		
Ailede Meme Kanseri Yakınlık Durumu				
Kız Kardeş	20 (32,3)	6 (37,2)		
Teyze	8 (12,9)	10 (23,3)		
Anne	12 (19,4)	2 (4,7)	6,144	0,189**
Anneanne	6 (9,7)	3 (7,0)		
Diğer	16 (25,8)	12 (27,9)		
Düzenli Doktor Muayenesi				
Evet	101 (17,3)	37 (8,4)	16,687	<0,001**
Hayır	484 (82,7)	401 (91,6)		
Mamografi Çektirme				
Evet	221 (37,8)	93 (21,2)	32,230	<0,001**
Hayır	364 (62,2)	345 (78,8)		
Ultrasonografi Çektirme				
Evet	230 (39,3)	82 (18,7)	50,118	<0,001**
Hayır	355 (60,7)	356 (81,3)		
Klinik Meme Muayenesi				
Evet	253 (43,2)	77 (17,6)	75,516	<0,001**
Hayır	332 (56,8)	361 (82,4)		

*: Continuity Correction Test

** : Pearson Ki-kare Testi

KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre KKMM hakkında bilgi varlığı, KKMM hakkında yeterli bilgi düzeyi oranı ve meme kanseri hakkında bilgi oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi ($p<0,001$).

KKMM yapma durumuna göre KKMM hakkında bilgi sahibi olmak isteme oranları istatistiksel olarak benzer tespit edildi ($p=0,120$) (Tablo 3).

Tablo 3: KKMM Yapma Durumuna Göre KKMM ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

	KKMM Yapma Durumu		Test Değeri	p
	Evet (n=585)	Hayır (n=438)		
KKMM Hakkında Bilgi				
Var	579 (99,0)	177 (40,4)	445,374	<0,001*
Yok	6 (1,0)	261 (59,6)		
KKMM Hakkında Bilgi Kaynağı				
Yok	6 (1,0)	261 (59,6)**	467,485	<0,001*
Sağlık Çalışanları	292 (49,9)	64 (14,6)		
Televizyon	134 (22,9)	32 (7,3)		
İnternet	101 (17,3)	47 (10,7)		
Gazete-broşür- el ilanları	8 (1,4)	1 (0,2)		
Diğer	44 (7,5)	33 (7,5)		
KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi Yeterli mi?				
Evet	312 (53,3)	29 (6,6)	245,940	<0,001*
Hayır	273 (46,7)	409 (93,4)		
Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu				
Var	356 (60,9)	122 (27,9)	109,580	<0,001*
Yok	229 (39,1)	316 (72,1)		
KKMM Hakkında Bilgi Sahibi Olmak İster misiniz?				
Evet	557 (95,2)	407 (92,9)	2,420	0,120*
Hayır	28 (4,8)	31 (1,1)		

*: Pearson Ki-kare Testi

** : Farkın kaynaklandığı grubu belirtmektedir.

KKMM yapma durumunu belirlemek için ikili karşılaştırmalarda anlamlı olan değişkenler ile tek yönlü ve çok yönlü regresyon analizi yapıldı. Tek yönlü regresyon analiz sonucunda KKMM yapma olasılığının, okuryazar olmayanlara göre kıyaslandığında eğitim düzeyi ilkokul olanlarda 3,988 kat; lise olanlarda 3,488 kat; üniversite ve üzeri olanlarda 4,846 kat arttığı tespit edildi (p<0,001). Ev hanımı dışındaki mesleklerde KKMM yapma olasılığının ev hanımlarına kıyasla 1,738 kat arttığı belirlendi (p=0,001). KKMM yapma olasılığının sosyal güvencesi olanlarda sosyal güvencesi olmayanlara göre 1,589 kat, fiziksel aktivite yapanlarda düzenli fiziksel aktivite yapmayanlara göre 1,853 kat daha fazla olduğu tespit edildi (p değerleri sırasıyla; p=0,07; p<0,001). Menarş

yaşı 12 ve üzerinde olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının menarş yaşı 12'den küçük olanlara göre 1,628 kat artış gösterdiği bulundu (p=0,001). KKMM yapma olasılığının düzenli doktor muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,262 kat; mamografi çektirenlerde mamografi çektirmeyenlere göre 2,252 kat; ultrasonografi yaptıranlarda yaptırmayanlara 2,813 kat; klinik meme muayenesi olanlarda klinik meme muayenesi olmayanlara göre 3,573 kat daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,001). KKMM yapma olasılığının KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 142,297 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 16,118 kat; meme kanseri hakkında bilgisi olanlarda olmayanlara göre 4,027 kat daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,001).

Bu değişkenlerin tamamı ile kurulan modelde multivariate regresyon analizi yapıldı. Model uyumu iyiydi (Nagelkerke R Square=0,629). KKMM yapma olasılığının klinik meme muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,195 kat; KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda ol-

mayanlara göre 81,544 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 6,476 kat artış gösterdiği tespit edildi (p değerleri sırasıyla; p=0,013; p<0,001; p<0,001) (Tablo 4).

Tablo 4: KKMM Yapma Durumu İçin Regresyon Analizi

		Univariate Analiz		Multivariate Analiz	
		OR (CI)	p	OR (CI)	p
Eğitim Durumu	(okur yazar değil)				
	İlköğretim	3,988 (2,080-7,646)	<0,001	2,050 (0,798-5,267)	0,136
	Lise	3,488 (1,748-6,957)	<0,001	0,948 (0,346-2,599)	0,917
	Üniversite ve üzeri	5,846 (2,913-11,733)	<0,001	1,215 (0,413-3,574)	0,724
Meslek	(ev hanımı)				
	Diğer	1,738 (1,255-2,408)	0,001	1,060 (0,600-1,874)	0,840
Sosyal Güvence		1,589 (1,133-2,230)	0,007	1,226 (0,747-2,011)	0,420
Fiziksel Aktivite		1,853 (1,375-2,497)	<0,001	1,493 (0,960-2,322)	0,075
Menarş Yaşı	(<12 yaş)				
	≥ 12 yaş	1,628 (1,209-2,193)	0,001	1,097 (0,699-1,723)	0,687
Düzenli Doktor Muayenesi		2,262 (1,517-3,371)	<0,001	0,786 (0,422-1,465)	0,449
Mamografi Çektirme		2,252 (1,696-2,991)	<0,001	0,999 (0,534-1,872)	0,999
Ultrasonografi Çektirme		2,813 (2,101-3,766)	<0,001	1,175 (0,644-2,144)	0,598
Klinik Meme Muayenesi		3,573 (2,659-4,801)	<0,001	2,195 (1,184-4,069)	0,013
KKMM Hakkında Bilgi		142,297 (62,258-325,230)	<0,001	81,544 (34,607-192,141)	<0,001
KKMM Hakkında Bilgi		16,118 (10,695-24,291)	<0,001	6,476 (4,047-10,362)	<0,001
Düzeıi Yeterli mi?					
Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu		4,027 (3,084-5,258)	<0,001	1,027 (0,678-1,558)	0,899
Constant				0,461	0,010

Odds Ratio (Confidence Interval)

Cox Snell R Square:0,469 Nagelkerke R Square: 0,629

TARTIŞMA

Meme kanseri tüm dünyada bazı yaş grupları hariç tüm kadınlarda görülen en sık kanserdir. Meme kanserinin erken tanısında kadınlarca düzenli ve etkin KKMM yapılması, mamografinin kullanılması meme kanserine bağlı mortaliteyi azaltmak için çok önemli yöntemler olarak hala görülmektedir (1-5). Sunulan çalışmanın çok yönlü regresyon analizi sonucunda klinik meme muayenesi olma, KKMM hakkında bilgi sahibi olma ve KKMM hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olma değişkenleriyle, KKMM uygulamasının yapılması arasında açık ve anlaşılır kanıtlar tespit edildi. Böylelikle düzenli KKMM yapan kadınların meme kanseri farkındalıkları artacak ve meme kanseri diğer tarama programlarına da daha istekli katılacaklardır. Kadınların eğitim durumları ile KKMM uygulanması arasında inceleme yapıldığında anlamlı

bir fark oluşmuştur. Ülkemizde Diyarbakır'da Özgür Erdem ve ekibi tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan kadın sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada eğitim durumu ile KKMM yapma arasında ilişki bulunmamıştır (2). Gelir düzeyi sorgusunda Doğanhisar'da yaşayan kadınların çoğunun ev hanımı olması dolayısıyla gelir düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Katılımcıların gelir düzeyi ile KKMM yapma arasındaki ilişki incelendiğinde gelir düzeylerine göre KKMM yapma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi. Okyere ve arkadaşları tarafından Namibya'da yapılan bir çalışmada 15-49 yaşları arasındaki daha yüksek gelir seviyesine sahip kadınların, düşük gelir seviyesine sahip kadınlara göre KKMM uygulama olasılığı daha yüksek bulunmuştur (3).

Menarş yaşı ile KKMM yapma arasındaki ilişki araştırıldığında KKMM yapan grupta menarş yaşının ≥ 12 yaş olma oranı KKMM yapmayan gruba göre istatistiki olarak daha yüksek tespit edildi. Nepal’de yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızın aksine menarş yaşı ile KKMM yapma durumu arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (4). Çalışmamızda KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre düzenli doktor muayenesi oranları anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Hindistan’da yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların yarısı meme kanserinin varlığını sadece doktor muayenesiyle bulunabileceğini düşünüyorlardı (5). Çalışmamızda KKMM yapma durumuyla mamografi çekirtme arasındaki ikili ilişki incelendiğinde, KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre mamografi çekirtme oranlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi. Suudi Arabistan’da yapılmış bir çalışmada daha önce KKMM yapmış ve mamografi çekirtmiş katılımcı oranı %72,1 olarak açıklanmıştır (6). Çalışmamızda KKMM yapma durumu ile USG çekirtme ikili değişkenlerinin incelenmesi sonucu, KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre düzenli ultrasonografi yaptırma oranları istatistiksel olarak yüksek tespit edildi. KKMM hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan kadınlar KKMM yapma konusunda isteklerini kaybetmiş ve zaman içinde KKMM uygulamaktan vazgeçmişlerdir. Çalışmamızda KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre KKMM hakkında bilgi varlığı oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Mary Atanga Bi Suh ve ekibinin Kamerun Buea’da yaptığı çalışmada çalışmaya katılan kadınların %25,6’sı KKMM’yi hiç duymamıştı ya da nasıl yapacaklarına dair bilgi birikimine sahip değillerdi (7).

Çalışmamızda KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre KKMM hakkında yeterli bilgi kaynağı oranları istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Etiyopya’da bir çalışmada KKMM bilgi düzeyiyle KKMM uygulaması arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür (8). Tüm dünyada kadınlarda neredeyse tüm yaş gruplarında en fazla görülen meme kanseri hakkında çalışmamıza katılan yaklaşık olarak iki kadından birinin bilgisi bulunmamaktadır. Çalışmamızda KKMM yapma durumu ile meme kanseri hakkında bilgi düzeyi değişkenlerinin ikili

incelenmesinde, KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba göre meme kanseri hakkında bilgi düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek tespit edildi. Nijerya’da yapılan bir çalışmada ise meme kanseri bilgi düzeyi ile KKMM yapma arasındaki ilişki pozitif izlenmiştir. Meme kanseri bilgi durumu fazla olan öğrenciler meme kanserinin erken tanısı için KKMM uygulamasını daha fazla uyguladıkları görülmüştür (9).

Meme kanseri erken tanısında en önemli tanı yöntemi hangisidir sorusuna verilen cevaplarda birçok ülkede ve ülkemizde tarama muayenesi olarak kabul edilen mamografi çekirtmek cevabını veri toplama formumuzda cevaplayan kadın sayısı 125 (%12,2) iken, klinik doktor muayenesi cevabını verenlerin sayısı 327 (%32,0), KKMM cevabını verenlerin sayısı 236 (%23,1) olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışma sağlık çalışanı olmayan kadınların %68’inin meme kanseri erken tanısında kullanılan yöntemi mamografi olarak bildiklerini saptamıştır (10). Etiyopya’da bir çalışmada KKMM bilgi durumu yüksek kadınların KKMM uygulama olasılığı bilgi düzeyi düşük olan kadınlara göre 4,8 kat yüksek bulunmuştur (11). Fazlollah Ghofranipour ve ekibi tarafından yapılan çalışmada KKMM bilgi düzeyi yüksek kadınların düşük bilgi düzeyi olan kadınlara göre KKMM uygulama olasılığı 3,46 kat fazla görülmüştür (12).

KKMM yapma olasılığının; klinik meme muayenesi olanlarda olmayanlara göre 2,195 kat; KKMM hakkında bilgi sahibi olanlarda olmayanlara göre 81,544 kat; KKMM hakkında bilgi düzeyi yeterli olanlarda olmayanlara göre 6,476 kat artış gösterdiği tespit edildi. Eskinler İsrail ve arkadaşlarının güney Etiyopya’da yaptığı çalışmada anlamlı buldukları ikili değişkenlerden dört değişkeni multivariate regresyon analizine almışlardır. Bu değişkenler yaşanan yer, eğitim durumu, KKMM farkındalığı ve ailede meme kanseri öyküsüdür (13). Namibya’da yapılan bir çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde yaş, ikamet yeri, eğitim düzeyi, sosyal güvence, meslek durumu, erken evlilik, medeni durum, din, gelir durumu gibi değişkenler ile KKMM yapma olasılığı arasında anlamlı ilişkiler görülmüştür (14).

Çalışmanın güçlü yönleri ve kısıtlılıkları

KKMM ile ilgili yapılan birçok çalışmada genellikle katılımcı sayısı hesaplanan örneklem sayısı kadar iken sunulan çalışmada hesaplanan sayının oldukça üzerinde katılımcı çalışmaya alınmıştır. Çalışmamızın tek bir aile sağlığı merkezinde yapılmış olması sonuçların tüm bir ülke geneline kıyaslanmasını zorlaştırmaktadır. Daha önce güvenilirlik ve geçerlilik çalışması olan bir anket formuna ulaşamadığımız için literatür derlemesi ile oluşturulan veri toplama formunun kullanılmış olması da çalışmanın diğer zayıf yanlarından birisidir.

SONUÇ

Çalışmamızda yaklaşık üç kadından ikisinin KKMM hakkında yeterli bilgisinin olmadığı, iki kadından birinin meme kanseri hakkında bilgisinin olmadığı, on kadından dokuzunun KKMM'nin yapılma zamanını bilemediği, on iki kadından birinin memede veya koltuk altında kitle varlığında nereye başvuracağını bilemediği tespit edilmiştir. KKMM yapma olasılığının ise bilgi sahibi olanlarda, bilgi düzeyi yüksek olanlarda ve klinik meme muayenesi olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında birinci basamakta görev yapan hekimlerin KKMM uygulamasını yaygınlaştırmak için en azından kendi nüfuslarına kayıtlı olan kadınlara düzenli aralıklarla eğitimler düzenlemelerinin, kadınları daha sık taramalara çağırılmalarının meme kanserinin erken evrelerde yakalanmasını sağlayacağını ve kadınlarda meme kanseri farkındalığını bilinçli bir şekilde artırarak KKMM uygulamasını daha yaygın bir hale getireceğini düşünmekteyiz.

Yazar Katkıları

Fikir – VC, DİY, MAE, Veri Toplanması – VC, Tasarım – VC, DİY, MAE, Analiz ile Yorum – VC, DİY, Denetim – VC, DİY, MAE, Literatür Taraması – VC, DİY, Kaynaklar – VC, Makaleyi Yazan – VC, DİY, Analiz ile Yorum – VC, DİY Eleştirel İnceleme – VC, DİY, MAE.

Çıkar çatışması

Herhangi bir kişi, kurum ya da kuruluş ile çıkar çatışması yoktur. Bu çalışmada herhangi bir ayni ya da nakdi yardım alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization IARC (International Agency For Research On Cancer). Breast Cancer Today 2023. (İnternet) Erişim Tarihi:23.05.2024; <https://gco.iarc.fr/>
2. Erdem Ö, Toktaş İ. Knowledge, attitudes, and behaviors about breast self-examination and mammography among female primary healthcare workers in Diyarbakır, Turkey. *BioMed Research International*, vol. 2016, p.1-6
3. Okyere J, Dey Ney, Owusu Ansah K, Thywill SE, Duodu PA. Prevalence and determinants of breast self-examination practices among women in their reproductive age in Namibia: an analysis of the 2013 Namibia demographic and Health Survey. *BioMed Central Public Health*, (2023). 23(1), p.1-12.
4. Thapa K, Rai G, Shrestha M, Pokharel N. Knowledge and practice of breast self-examination among female community health volunteers in Dharan Sub-Metropolitan City, Province No.1, Nepal. *Journal of BP Koirala Institute of Health Sciences* 2022. 5(2): p. 10-15.
5. Siddharth R, Gupta D, Narang R, Singh P. Knowledge, attitude and practice about breast cancer and breast self-examination among women seeking out-patient care in a teaching hospital in central India. *Indian Journal of Cancer*, 2016. 53(2), p. 226-229.
6. Al-Zalabani AH, Alharbi KD, Fallatah NI, Alqabshawi RI, Al-Zalabani AA, Alghamdi SM. Breast cancer knowledge and screening practice and barriers among women in Madinah, Saudi Arabia. *Journal of Cancer Education*, 2018. 33, p. 201-207.
7. Suh MAB. Breast self-examination and breast cancer awareness in women in developing countries: a survey of women in Buea, Cameroon. *BioMed Central Research Notes* 2012. Vol. 5, p. 627.
8. Amare M. Assessment of Knowledge and practice of breast self examination among female undergraduate students in Addis

- Ababa University, College of Bussiness and Economics, Ethiopia. 2022, Addis Abeba Universty. (İnternet) Erişim Tarihi: 06.03.2023. <http://repository.iifphc.org/handle/123456789/1864>
9. Aluko JO. Awareness, knowledge and practices of breast cancer screening measures among female postgraduate students of a Nigerian Federal University: a cross-sectional study. *African Journal of Medicine and Medical Sciences* 2014. 43(Suppl 1): p. 79.
 10. Ögüç V, Aydođan Ü. Sağlık çalışanı olan ve olmayan kadınlarda, meme kanseri risk faktörleri ve KKMM hakkındaki bilgi düzeyleri. T.C. Genelkurmay Başkanlığı GATA Askeri Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği ABD. 2015. Ulusal Tez Merkezi. (İnternet) Erişim Tarihi: 06.03.2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonuc-Yeni.jsp>. p. 53.
 11. Yeshitila YG, Kassa GM, Gebeyehu S, Memiah P, Desta M. Breast self-examination practice and its determinants among women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 2021. 16(1), e0245252.
 12. Ghofranipour F, Pourhaji F. Determinants of breast cancer screening: Application of protection motivation theory. *Determinants of breast cancer screening: Application of protection motivation theory. International Journal of Cancer Management: Published Online: May 18, 2020. Vol.13, issue 5; e100535*
 13. Israel E, Awoke N, Yakob T, Aynalem A, Talto A, Bezabih K. Determinants of breast self-examination practice among women attending pastoralist health facilities, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *Bio Med Central Women's Health*, 2023. 23(1), p 1-9.
 14. Arsham. Sample size with acceptable absolute precision for finite populations. 2005. (http://home.ubalt.edu/nt_sbarsh/Business-stat/other_applets/samplesize.htm).

18-30 Yaş Aralığındaki Katılımcıların Sigara Kullanımının İşitme Sistemi Üzerine Etkisi

Uğur Embiye Özgür*, Kübra Çınar, Zeynep Nur Yiğit, Zeynep Ezgi Özkan,
Qamar Hasan, Öznur Alkın
İstanbul Aydın Üniversitesi, Odyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Sigaranın sağlığa birçok olumsuz etkisi vardır. Sigara kullanımı ile işitme kaybı arasındaki ilişki incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 18-30 yaş aralığında olan İAÜ öğrencilerinden oluşan gruptan sigara kullanma öyküsü olan 33 kişilik vaka grubu ile sigara kullanmayan 29 kişilik kontrol grubundan oluşan aynı cinsiyet ve yaşlardaki 62 kişi iki ayrı grup halinde incelenmiştir. Deneklere işitme eşiklerini saptamak için Otometric Odyometre Cihazı kullanılarak Odyometri Testi yapılmıştır.

Bulgular: Sigara kullanıma durumuna göre saf ses odyometre testin ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 8000 Hz frekansının ortalamasına bakıldığında iki kulağın arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Timpanometre testinin tipleri ve amplitüd ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Otoakustik emisyonun DPOAE testi ise sağ kulağın sonuçlarının arasında anlamlılık bir fark bulunmamıştır, ancak sol kulakta anlamlı bir fark bulunmuştur ve son olarak TEOAE testi tüm sonuçlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Sigara tam anlamıyla işitme sistemini etkilemese de kısmen etkilemektedir. Özellikle yüksek frekanslarda işitmede azalmaya neden olmuştur. Sigara kullanan kişilerde kullanmayan kişilere kıyasla anlamlı derece özellikle yüksek frekans eşiklerinde düşüşler olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sigara, işitme, sigaranın işitmeye etkisi, işitme testleri

TFK, 2024; 7(2): 67-74.

The Effect of Smoking on the Hearing System in Participants Aged 18-30 Years

Abstract

Objective: Smoking has many negative health effects. Relationship between smoking and hearing loss is examined.

Materials and Methods: 62 people of the same gender and age, consisting of a case group of 33 people with a history of smoking from the group consisting of IAU students between the ages of 18-30, and a control group of 29 people who do not smoke, were examined in two separate groups. Audiometry Test was performed on the subjects using an Otometric Audiometer Device to determine their hearing thresholds.

Results: No significant difference was found between the averages of pure tone audiometer test according to smoking status. When the mean of 8000 Hz frequency was examined, a significant difference was found between the two ears. There was no significant difference between the types of tympanometer test and amplitude averages. The DPOAE test of otoacoustic emission showed no significant difference between the results of the right ear, while a significant difference was found in the left ear and finally the TEOAE test showed no significant difference in all results.

Conclusions: Although smoking does not completely affect the hearing system, it does partially affect it. It caused a decrease in hearing, especially at high frequencies. It has been observed that there are significant decreases especially in high frequency thresholds in smokers compared to non-smokers.

Key Words: Smoking, hearing, the effect of smoking on hearing, hearing tests

J Med Clin, 2024; 7(2): 67-74.

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: E-mail: ugurembiyeozgur@aydin.edu.tr. ORCID: 0009-0002-2606-4662

KÇ:E-mail: kubraacinaar3461@gmail.com-ORCID:0009-0002-0815-6889.

ZNY:E-mail: znurygt02@gmail.com-ORCID: 0009-0006-8875-9805.

ZEÖ: E-mail: zeynepezgizka@gmail.com-ORCID: 0000-0002-2662-8969.

QH:E-mail: Kamar_hassan2001@hotmail.com-ORCID: 0009-0005-4023-2337.

ÖA: E-mail: oznuralkinn@gmail.com ORCID: 0009-0005-4570-2211.

Copyright © Published by İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

GİRİŞ

Dünyada iki milyar insan tütün ürünlerini kullanmaktadır (1). Gelişmiş ülkelerde ölümcül hastalıklar içinde, en önemli etken sigara içmektir. ABD’de her yüz kişiden yirmi beşinin ölüm nedeni sigaraya bağlı gelişen hastalıklardır. Bunların yüzdesel dağılımları; %37 damar hastalıkları, %28’i akciğer kanserine ve son olarak %26’lık bir kesim diğer solunum yolu hastalıklarıdır. (2). Avrupa’da yetişkin erkekler arasında yapılan bir araştırmanın sonucunda Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) açıklamasına göre; Türkiye en sık ve en fazla sigara içme oranına sahip ülkelerin arasında bulunmaktadır (3). İşitme kaybının birçok nedeni vardır. Bunlar arasında; genetik nedenler, gürültü maruziyeti, kullanmak zorunda kaldığı ototoksik ilaçlar, kronik kulak iltihapları, hayatı boyunca geçirdiği ve geçireceği enfeksiyonlar, sahip oldukları cinsiyet, yaşlarının ilerlemesi gibi nedenler sayılabilir (4). Yapılan araştırmalar sigara dumanının kulaktaki saç hücrelerine zarar verebileceğini ve işitme yolu boyunca sinirlerin demetilasyonuna neden olabileceğini öne sürülmüştür. Bir çalışmada bunun nedeninin, sigara dumanının ana toksik bileşenleri olan arsenik, cıva gibi ağır metallerinin olabileceği ileri sürüldü (5). Sigaranın içerisinde bulunan nikotin ve diğer maddeler, doğrudan ototoksik etkilere sahiptir. Sigaranın kanın akışkanlığını azaltması yoluyla mevcut oksijenlenmenin zayıflaması sonucunda koklear hipoksiye gelişir. Bu durum, vasküler etkiler yoluyla işitme kaybına sebep olabilir (6-8) Sigara ve işitme hassasiyeti konusunda yapılan literatür taramalarında son yıllarda nöral işitme kaybının rolü tartışılmaktadır (9). Yapılan başka bir araştırmada; sigara içiminin işitme sistemini nasıl etkileyebileceği ve işitme kaybına nasıl neden olacağı konusunda bu durumu açıklayan temel mekanizmanın; kanın vizkozitesinin artması yani karboksihemoglobin seviyesinin gösterdiği artışa bağlı olarak iç kulak iskemisine neden olduğu ve toksik madde içeren dumanın sebebiyet verebileceği alkaloidler ve aterosklerozların kan içerisinde çözünmelerinin neden olabileceği vazokonstriksiyon ya da oksidatif hasarlar yerini almaktadır (8). Yapılan birçok çalışmada ise yetişkinlerde sigara kullanımı ile işitsel sistemin ilişkisi değerlendirilmiştir ve

sonuçların arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (10).

Çalışmamızdaki amaç sigaranın birçok zararına ek olarak işitsel sistemi nasıl etkilediğini incelemektir. Bu çalışma için üç test parametresi uygulanacaktır. Bunlar Saf ses odyometri testi, Timponometri testi, Otoakustik emisyon (OAE) testidir. Bu testler ile beraber sigaranın işitme eşiklerini nasıl etkilediği, ortakulağı nasıl etkilediği ve iç kulağı nasıl etkilediği değerlendirilecektir. İkincil amaç sigara kullanımını azaltmak, caydırıcılığını arttırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Sigara kullanımının işitme sistemine etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla gözlemsel vaka kontrol çalışması yürütüldü. Çalışmamız, 1 Ocak 2024 ile 1 Haziran 2024 tarihleri arasında İstanbul Aydın Üniversitesi Odyoloji Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. İstanbul Aydın Üniversitesi (İAÜ) Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu’na sunulmuş ve 20 Aralık 2023 tarihinde 2023/167 karar numarasıyla onaylanmıştır. Katılımcılar 18- 30 yaş aralığında olan İAÜ öğrencilerinden oluşmaktadır. Katılımcılara kartopu örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır. Sigara kullanma öyküsü olan 33 kişilik vaka grubu ile sigara kullanmayan 29 kişilik kontrol grubundan oluşan aynı cinsiyet ve yaşlardaki 62 kişi iki ayrı grup halinde incelenmiştir. Katılımcıların hepsi sigara içme durumlarını içeren bir anamnez formu doldurmuş ve kendi istekleriyle çalışmaya katıldıklarını gösteren bir gönüllü onay formu imzalamıştır. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri; Katılımcıların 18-30 yaş aralığında olması, sigara içen gruptaki kişilerin en az 1 yıldır sigara içiyor ve günde 1 paketten fazla olması ve herhangi bir işitme şikayeti olmaması şeklindedir. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri ise kulak ameliyatı öyküsü, tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü, muayene sırasında akut yolu enfeksiyonu öyküsü, yarı damak öyküsü, dış kulak kanalı hacminin dar olması, kulak zarının perfore olması, otoskleroz, otitis media, meniere, kolesteatom, akustik nörinöm, dış kulak iltihabı ve kulak çınlaması yaşayan kişiler şeklindedir.

İşitme eşiklerini saptamak için Otometric Odyometre Cihazı kullanılarak Odyometri Tes-

ti yapılmıştır. Hava yolu iletimi için TDH-39 kulaklık, kemik yolu iletimi için B-71 kemik vibratör kullanılmıştır. Hava yolu için 250Hz-500Hz-1000Hz-2000Hz-4000Hz-6000Hz-8000Hz frekanslarına bakılmıştır, kemik yolu için 500Hz-1000Hz-2000Hz-4000Hz frekanslarına bakılmıştır. Hava ve kemik yolu saf ses ortalaması 500Hz-1000Hz-2000Hz-4000Hz alınarak hesaplanmıştır. Katılımcıların orta kulaklarının durumunu gösteren verilere ulaşmak için Otometric Timpanometre Cihazı kullanılarak Timpanometri Testi yapılmıştır ve 226 Hz prop ton kullanılmıştır. Katılımcıların iç kulaklarının aktif bir şekilde fonksiyon gösterip göstermediğini içeren verilere erişmek için OAE Cihazı kullanılarak Transient (Geçici) Otoakustik Emisyon (TEOAE) ve Distortion Product Otoakustik Emisyon (DPOAE) testleri uygulanmıştır. TEOAE testinde 1000Hz-1500Hz-2000Hz-3000Hz-4000Hz frekanslarına ve sig-

nal noise ratio (SNR) oranlarına bakılmıştır. DPOAE testinde ses seviyeleri f1:65 dB SPL ve f2:55 dB SPL kullanılmıştır ve bu frekanslar arasındaki oran 1.22'dir. 500Hz ve 8000Hz arasındaki frekanslara bakılmıştır. Timpanometri ve OAE testlerini yapmak için her iki testte de testlere ve hastaların kulak yapılarına uygun proplar kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneklemin Demografik Özellikleri

18-30 yaş arası bireylerin katılımının sağlandığı araştırmada yaş ortalamaları $21,467 \pm 2,062$ olarak elde edilmiştir. Örnekleme katılımcı grubu %51,6'sı erkek, % 48,4'ü ise kadındır. Sigara kullanma oranı %53,2 olarak belirlenmiştir.

Sigara kullanma durumuna göre uygulanan karşılaştırılma testleri

Tablo 1. Sigara içme durumuna göre Saf ses ortalamaları karşılaştırması

	Sigara	N	AO	SS	Z	P ¹
Sağ Kulak Hava Yolu SSO	Hayır	29	4,0345	1,72135	-1,625	0,104
	Evet	33	4,9091	2,45412		
Sol Kulak Hava Yolu SSO	Hayır	29	4,4828	2,39971	-1,165	0,244
	Evet	33	5,0303	2,51849		
Sağ Kulak Kemik Yolu SSO	Hayır	29	3,0345	1,11748	-1,641	0,101
	Evet	33	3,7273	2,09572		
Sol Kulak Kemik Yolu SSO	Hayır	29	3,6552	2,05767	-0,618	0,537
	Evet	33	3,7576	2,03148		

*p<0,05 1:Mann Whitney U testi

Sigara kullanma durumuna göre saf ses ortalamalarının karşılaştırılmasında tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuç

bulunmamıştır. (p>0,05) Buna göre sigara kullanımına göre saf ses ortalamalarının değişim göstermediği anlaşılmaktadır.

Tablo 2. Sigara içme durumuna göre 8000 Hz ortalamaları karşılaştırması

	Sigara	N	AO	SS	Z	p
Sağ 8000Hz	Hayır	29	1,2069	4,56211	-2,264	0,024*
	Evet	33	4,3939	7,26266		
Sol 8000Hz	Hayır	29	1,5517	5,36248	-2,041	0,041*
	Evet	33	5,0000	6,95971		

*p<0,05 1:Mann Whitney U testi

Sigara kullanma durumuna göre 8000 Hz ortalamalarının karşılaştırılmasında tüm karşılaştırmalarda hem sağ hem de sol kulakta istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p < 0,05$)

Tablo 3. Sigara içme durumuna Timpanogram Amplitüd ortalamaları karşılaştırması

	Sigara	N	AO	SS	Z	p ¹
Sağ Timpanogram Amplitüdü	Hayır	29	,6431	,32695	-0,572	0,568
	Evet	33	,5948	,30531		
Sol Timpanogram Amplitüdü	Hayır	29	,6193	,32293	-0,501	0,616
	Evet	33	,6094	,22729		

* $p < 0,05$ 1: Mann Whitney U testi

Sigara kullanma durumuna göre Sağ ve sol amplitüd ortalamalarının karşılaştırılmasında tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. ($p > 0,05$)

Tablo 4. Sigara içme durumuna DPOAE frekansı ortalamaları karşılaştırması

	Sigara	N	AO	SS	Z	p ¹
Sağ DPOAE Kaç Frekansta	Hayır	29	5,7586	,51096	-1,234	0,217
	Evet	33	5,6364	,48850		
Sol DPOAE Kaç Frekansta	Hayır	29	5,5862	,50123	-2,606	0,009*
	Evet	33	5,8788	,33143		

* $p < 0,05$ 1: Mann Whitney U testi

Sigara kullanma durumuna göre Sağ DPOAE ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. ($p > 0,05$) . Sigara kullanma durumuna göre Sol DPOAE frekansı ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmüştür. ($p < 0,05$)

Tablo 5. Sigara kullanma durumuna göre Sağ DPOAE 8000Hz elde edilme durumunun karşılaştırılması

	Sigara	n	Sağ DPOAE 8000 Hz'de		Total	P ¹
			Elde edilmedi	Elde edildi		
Kullanıyor Mu?	Hayır	4	25	29	,880	
		%	44,4%	47,2%		46,8%
	Evet	5	28	33		
		%	55,6%	52,8%	53,2%	
Total		9	53	62		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

* $p < 0,05$ 1: Kikare bağımsızlık testi

Sigara kullanma durumuna göre Sağ DPOAE 8000Hz elde edilme durumunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ($p > 0,05$).

Tablo 6. Sigara kullanma durumuna göre Sol DPOAE 8000Hz elde edilme durumunun karşılaştırılması

			Sol DPOAE 8000 Hz'de			P ¹
			Elde edilmedi	Elde edildi	Total	
Sigara Kullanıyor Mu?	Hayır	n	9	20	29	,017*
		%	81,8%	39,2%	46,8%	
	Evet	n	2	31	33	
		%	18,2%	60,8%	53,2%	
Total	n	11	51	62		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		

* $p < 0,05$ 1:Kikare bağımsızlık testi

Sigara kullanma durumuna göre Sol DPOAE 8000Hz elde edilme durumunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p < 0,05$). Sol DPOAE 8000Hz elde edilenlerde sigara kullanan oranı %60,8, elde edilemeyenlerde sigara kullanan oranından yüksektir.

Tablo7. Sigara içme durumuna TEOAE frekansları ortalamaları karşılaştırması

	Sigara	N	AO	SS	Z	P ¹
Sağ TEOAE Kaç frekansta	Hayır	2 9	5,3103	,84951	-0,753	0,452
	Evet	3 3	5,5152	,61853		
Sol TEOAE Kaç frekansta	Hayır	2 9	5,3448	,72091	-0,077	0,939
	Evet	3 3	5,3030	,80951		

* $p < 0,05$ 1:Mann Whitney U testi

Sigara kullanma durumuna göre Sağ ve sol TEOAE frekansları ortalamalarının karşılaştırılmasında tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. ($p > 0,05$)

Tablo 8. Sigara kullanma durumuna göre Sağ TEOAE 4000Hz elde edilme durumunun karşılaştırılması

			Sağ TEOAE 4000Hz'de			P ¹
			Elde edilmedi	Elde edildi	Total	
Sigara Kullanıyor Mu?	Hayır	n	11	18	29	,706
		%	50,0%	45,0%	46,8%	
	Evet	n	11	22	33	
		%	50,0%	55,0%	53,2%	
Total	n	22	40	62		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		

* $p < 0,05$ 1:Kikare bağımsızlık testi

Sigara kullanma durumuna göre Sağ ulak karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı için TEOAE 4000Hz elde edilme durumunun farklılık bulunamamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 9. Sigara kullanma durumuna göre Sol TEOAE 4000Hz elde edilme durumunun karşılaştırılması

			Sol TEOAE 4000Hz'de		P ¹
			Elde edilmedi	Elde edildi	
Sigara Kullanıyor Mu?	Hayır	n	14	15	,482
		%	51,9%	42,9%	
	Evet	n	13	20	33
		%	48,1%	57,1%	53,2%
Total	n	27	35	62	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

* $p<0,05$ 1:Kikare bağımsızlık testi

Sigara kullanma durumuna göre Sol kulak için TEOAE 4000Hz elde edilme durumunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 10. Sigara içme durumuna sağ TEOAE (1000Hz-4000Hz) frekansı ortalamaları karşılaştırması

	Sigara	N	AO	SS	Z	P ¹
Sağ TEOAE 1000 Hz SNR	Hayır	29	14,7966	7,12042	-0,310	0,756
	Evet	33	15,7588	7,40790		
Sağ TEOAE 1500 Hz SNR	Hayır	29	18,2552	6,17897	-0,854	0,393
	Evet	33	17,5667	6,89668		
Sağ TEOAE 2000 Hz SNR	Hayır	29	17,3414	5,59901	-0,557	0,577
	Evet	33	19,5879	16,95335		
Sağ TEOAE 3000 Hz SNR	Hayır	29	18,0690	6,79927	-0,247	0,805
	Evet	33	17,9939	6,73224		
Sağ TEOAE 4000 Hz SNR	Hayır	29	12,4517	6,48182	-0,254	0,800
	Evet	33	12,5697	7,06455		

* $p<0,05$ 1:Mann Whitney U testi

Sigara kullanma durumuna göre Sağ kulak için TEOAE (1000Hz-4000Hz) frekansı ortalamaları frekansları ortalamalarının karşılaştırılmasında da tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. ($p>0,05$)

TARTIŞMA

Çalışmamızın hipotezi sigara içen ve içmeyen bireylere yapılan timpanometri, saf ses işitme testi, otoakustik emisyon testlerinin sonuçları arasında anlamlı bir fark olup-olmadığını araştırmaktır. Bu çalışmanın gerekçesi sigara kullanımını azaltmak, caydırıcılığını arttırmaktır. Yapılan bir çalışmada, işitme kaybına sahip bireylerin içerisinde sigara içenlerin sigara içmeyen bireylere göre daha ileri seviyede işitme kaybı olduğu bildirilmiştir, ayrıca paket sayısının da işitme kaybının derecesini kötü yönde etkilediğini saptanmıştır (15). Sigara kullanımının yüksek frekanslarda işitme kaybı gelişimi ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu tespit etmişlerdir (11). Yapılan bir çalışmada sigara kullanan ve sigara kullanmayan kişiler arasındaki işitme eşiklerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark elde edilmiştir (16). Sigara içen kişilerde işitme eşiklerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişler (12). Sigara içimi ve nargile kullanımı ile ilgili yaptığı 25-65 yaş arası bireylerle yaptığı kesitsel bir çalışma sonucunda sigara kullanımının işitme kaybı riskini arttırabileceği sonucu bulunmuştur (17). Chang C ve arkadaşlarının sigara üzerine yaptığı bir çalışma sonucunda da sigaranın yüksek frekansları etkilediğini fakat konuşmanın anlaşılabilirliği konusunda bireylerin herhangi bir zorluk yaşamadıkları sonucunu bulmuşlardır (4). Öte yandan Wang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada konuşma frekanslarını etkilediğini saptanmıştır (11). Yaptığımız çalışma sonucunda sigara kullanımının saf ses ortalamasını etkilemediği fakat 8000 Hz'de iki kulakta bir düşüşe neden olduğu saptanmıştır. Sigara dumanı kokleayı tonotopik olarak etkiliyor olabilir. Tonotopik organizasyon işitme sistemi için kokleanın bazal kısmı yüksek frekanslı sesleri algılamak görevli iken kokleanın apex kısmı alçak frekansları algılamak konusunda görevlidir (13). Sigara dumanının da öncelikli olarak kokleanın bazal kısmını etkilediğini ifade edebiliriz. Paschoal C.P. ve Azevedo M.F.'nin 2009 yılında yaptığı sigara kullanımının işitme üzerine riskleri hakkındaki çalışmasında OAE'lerin sigara içen bireylerde her iki kulakta da 1000Hz ve yalnızca sol kulakta 4000Hz düzeyinde anlamlı derece daha düşük yanıtlar elde edilmiştir (14). Yaptığımız çalışmanın sonucuna göre TEOAE düzeyinde anlamlı bir

sonuç bulunamamıştır. DPOAE testinde ise sağ kulakta bir etkilenme olmazken sigara içen grubun sol DPOAE elde edilme düzeyi daha yüksek saptanmıştır.

SONUÇ

Sigara tam anlamıyla işitme sistemini etkilemese de kısmen etkilemektedir. Özellikle yüksek frekanslarda işitmede azalmaya neden olmaktadır. Sigara kullanımının işitme sisteminde olumsuz etkileri olduğu literatürde birçok çalışmada yer almaktadır. Sigara kullanan kişilerde kullanmayan kişilere kıyasla anlamlı derece özellikle yüksek frekans eşiklerinde düşüşler olduğu görülmüştür.

Yaptığımız çalışmada sigara kullanan ve kullanamayan kişilerin işitme eşikleri, OAE verileri ve timpanogram verileri arasında anlamlı derece bir farklılık tespit edilmemiştir. Anlamlı bir farklılık elde edilememesinin nedenleri arasında örneklem sayısının az olması, çalışmada sadece genç yetişkinlere yer vermiş olmamız, kısa süreli sigara kullanımında sigaranın etkilerinin belirgin bir şekilde ortaya çıkmaması sayılabilir.

Gelecekte yapılacak benzer çalışmalarda örneklemin daha büyük seçilmesi önerilir. Ayrıca yüksek frekanstaki işitme eşiklerini daha fazla etkilediği literatürdeki birçok çalışmada da yer almakta olduğu için gelecekte yapılan çalışmalara yüksek frekans eşiklerinin de dahil edilmesi önerilir.

Yazarların katkıları

Kavramsallaştırma; UEÖ

Denetim; UEÖ

Yazma; UEÖ, KÇ, ZNY, ZEÖ, QH, ÖA

İnceleme; ZEÖ, QH

Düzenleme; KÇ, ZNY, ÖA

Orijinal taslak hazırlama; KÇ, ZNY, ZEÖ, QH, ÖA

Tüm yazarlar yazının yayınlanmış versiyonunu okudu ve kabul etti.

Çıkar çatışması

Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. DeMarini, D.M. Genotoxicity of tobacco smoke and tobacco smoke condensate: A review. *Mutat. Res.* 2004. 567, 447-474.
2. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268–78.
3. Doğanay, S., Sözmen, K., Kalaça, S., & Belgin, Ü. N. A. L. (2012). Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor?. *Turkish Journal of Public Health*, 10(2), 93-115.
4. Chang, J., Ryou, N., Jun, H. J., Hwang, S. Y., Song, J. J., & Chae, S. W. (2016). Effect of cigarette smoking and passive smoking on hearing impairment: data from a population-based study. *PloS one*, 11(1), e0146608.
5. Shargorodsky J., Curhan G.S., Henderson E., Eavey R., Curhan C. G. (2011). Heavy metals exposure and hearing loss in US adolescents. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 137(12):1183-9. doi: 10.1001/archoto.2011.202
6. Dawes, P., Cruickshanks, K. J., Moore, D. R., Edmondson-Jones, M., McCormack, A., Fortnum, H., & Munro, K. J. (2014). Cigarette smoking, passive smoking, alcohol consumption, and hearing loss. *Journal of the Association for Research in Otolaryngology*, 15, 663-674.
7. Dye, J. A., & Adler, K. B. (1994). Effects of cigarette smoke on epithelial cells of the respiratory tract. *Thorax*, 49(8), 825.
8. Browning, G. G., Gatehouse, S., & Lowe, G. D. (1986). Blood viscosity as a factor in sensorineural hearing impairment. *Lancet (London, England)*, 1(8473), 121–123. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)92261-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)92261-0)
9. Carmelo, A., Concetto, G., Agata, Z., Antonietta, T. M., Renato, B., Adriana, A., & Luigi, S. (2010). Effects of cigarette smoking on the evolution of hearing loss caused by industrial noise. *Health*, 2(10), 1163.
10. Ramkissoon, I., & Batavia, M. (2018). Effects of secondhand smoke exposure on hearing and auditory evoked potentials, ABR and AMLR in young adults. *Journal of the American Academy of Audiology*, 29(08), 685-695.
11. Wang, D., Zhu, Y., Li, C., Wang, Y., Wang, S., Wu, S., ... & Xu, L. (2021). Relationship between cigarette smoking and hearing loss in China: A cross-sectional study in Zhejiang province. *Tobacco Induced Diseases*, 19
12. Bener, A., Erdogan, A., & Griffiths, M. D. (2024). The impact of cigarette smoking, water-pipe use on hearing loss/hearing impairment: A cross-sectional study. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJ-CP*, 25(1), 109.
13. Humphries, C., Liebenthal, E., & Binder, J. R. (2010). Tonotopic organization of human auditory cortex. *Neuroimage*, 50(3), 1202-1211.
14. Paschoal, C. P., & de Azevedo, M. F. (2009). Cigarette smoking as a risk factor for auditory problems. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 75(6), 893-902.
15. Harkrider, A. W., Champlin, C. A., & McFadden, D. (2001). Acute effect of nicotine on non-smokers: I. OAEs and ABRs. *Hearing research*, 160(1-2), 73-88.
16. Graydon, K., Waterworth, C., Miller, H., & Gunasekera, H. (2018). Global burden of hearing impairment and ear disease. *The Journal of Laryngology & Otology*, 18- 25.
17. Effat, K. G. (2004). Otosopic appearances and tympanometric changes in narghile smokers. *The Journal of Laryngology & Otology*, 118(10), 818-821.

Deprem Kaynaklı Yaralanmada Akut Renal Yetmezlik ve Hemşirelik Bakımı

Zeynep Yılmaz^{1*}, Dilek Gümüş², Mihriban Tuncer¹

¹ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Diyaliz Programı, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Bilecik, Türkiye

² Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Bilecik, Türkiye

Özet

Depremler, çok sayıda kişinin yaralanmasına, can ve mal kayıplarına neden olmaktadır. Depremden sonra afetzedelerin bir bölümü travmaya bağlı göçük altında yaşamını kaybederken, enkaz altından kurtarılanların diğer bölümü ise hemorajik şok ve crush sendromu gelişmesine bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Crush sendromunun en önemli komplikasyonlarından biri akut renal yetmezliktir. Akut renal yetmezliğin önlenmesi enkaz altında tedavi ile başlar. Akut renal yetmezlik gelişiminde hastanede tedavi edilmesi ve hemşirelik bakımının sağlanması çok önemlidir. Travmanın patofizyolojisine baktığımızda, gelişen iskemiyle beraber hipoksi, hipoksiye bağlı ödem ve neticesinde dokular da fonksiyon kaybı ve nekroz meydana gelir. Travmanın neden olduğu diğer bir komplikasyon da yaralanmaya bağlı rabdomiyolizdir. Rabdomiyolizde, miyoglobinin artışı renal tübüller üzerinde nefrotoksik etkiye sahiptir ve bu nedenle afetzedelerde akut renal yetmezlik gelişme riski artmaktadır. Crush sendromuna bağlı gelişen akut renal yetmezlik tablosu komplike olup çok yönlü tedavi gerektirmektedir. Sağlık ekibi içerisinde hemşireler akut renal yetmezlik tablosunun gelişim sürecini iyi bilmeli ve uygun hemşirelik bakımı sağlamalıdır. Hemşirelik bakımının temel amaçları; homeostaz ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, yeterli beslenme ve aktivite dengesinin oluşturulması, enfeksiyon kontrolü ve deri bütünlüğünün sağlanmasıdır. Bu derleme, crush sendromuna bağlı gelişen akut renal yetmezlik varlığında hemşirelik bakımı hakkında güncel bilgileri paylaşmak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Deprem, Renal Yetmezlik, Tedavi, Bakım

TFK, 2024; 7(2): 75-83.

Acute Renal Failure and Nursing Care in Earthquake Injury

Abstract

Earthquakes cause many injuries, loss of life and property. After the earthquake, while some of the disaster victims die under the collapse due to trauma, the other part of those rescued from under the rubble die due to haemorrhagic shock and crush syndrome. One of the most important complications of crush syndrome is acute renal failure. Prevention of acute renal failure starts with treatment under debris. In the development of acute renal failure, it is very important to be treated in the hospital and to provide nursing care. When we look at the pathophysiology of trauma, hypoxia, hypoxia-induced oedema and consequently loss of function and necrosis occur in tissues with developing ischaemia. Another complication caused by trauma is rhabdomyolysis due to injury. In rhabdomyolysis, the increase in myoglobin has a nephrotoxic effect on renal tubules and therefore the risk of acute renal failure increases in disaster victims. Acute renal failure due to crush syndrome is complicated and requires multidimensional treatment. Nurses in the healthcare team should know the development process of acute renal failure and provide appropriate nursing care. The main objectives of nursing care are to ensure homeostasis and fluid-electrolyte balance, adequate nutrition and activity balance, infection control and skin integrity. This review was written to share current information about nursing care in the presence of acute renal failure due to crush syndrome.

Keywords: Earthquake, Renal Failure, Treatment, Care

J Med Clin, 2024; 7(2): 75-83.

^{1*} Sorumlu Yazar / Corresponding Author: E-mail: zeynep.yariciyilmaz@bilecik.edu.tr. ORCID: 0000-0001-7596-9041

¹ E-mail: mihriban.tuncer@bilecik.edu.tr. ORCID: 0000-0003-0881-1011

² E-mail: dilek.gumus@bilecik.edu.tr. ORCID: 0000-0002-5338-9377

GİRİŞ

Afet, büyük hasara, yıkıma ve insanların acı çekmesine yol açan, ulusal ya da uluslararası düzeyde yardım talebinde bulunmayı gerektiren, öngörülemeyen ve ani bir şekilde meydana gelen bir olay olarak tanımlanır (1). Afetler hem doğal hem de insan kaynaklı olarak meydana gelir. Türkiye doğal afetlerin görüldüğü bir coğrafyada yer almaktadır. Başta deprem olmak üzere sel ve su baskını, orman yangını, heyelan, kar ve tipi olayları görülmektedir (2). Coğrafi olarak baktığımızda ülkemiz aktif fay bölgelerinde yer almaktadır. Ülkemizde 2023 yılında Kahramanmaraş merkezli 11 ilin etkilendiği 7,7 ve 7,6'lık depremler meydana gelmiştir. Bu depremlerde Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)'nın yaptığı son açıklamaya göre en az 53.000 kişi yaşamını kaybetmiştir (3).

Enkaz altında uzun süre kalmaya bağlı olarak gelişen akut renal yetmezlik (ARY), crush sendromunun en önemli komplikasyonlarından biridir. Bu nedenle, ARY gelişimi, komplikasyonları, tedavisi hakkında hemşirelerin bilgi sahibi olmaları çok önemlidir (4). Bundan dolayı bu derlemede crush sendromu ve hemşirelik bakımı hakkında güncel bilgiler paylaşılacaktır.

Crush Sendromu

Savaş sebebiyle enkaz altında kalan hastaların ARY'den dolayı kaybedilmesiyle crush sendromu ilk kez literatürde kullanılmıştır (5, 6). Crush hasarı ve crush sendromu birbiri ile karıştırılan iki kavramdır. Crush hasarında basıya bağlı olarak kas yaralanması meydana gelirken, crush sendromunda yaralanmaya bağlı olarak vücutta sistemik etkiler (akut böbrek hasarı, elektrolit bozuklukları, hipovolemik şok, kompartman sendromu, çoklu organ yetmezlikleri ve ölüm) görülmektedir (6).

Enkaz altında kalmaya bağlı olarak uzun süre baskıya maruz kalan iskelet kaslarında ezilme meydana gelir. Buna bağlı olarak hücre ve dokularda perfüzyon azalır ya da kaybolur. Bu nedenle enkaz altındaki travmaya maruz kalan afetzedelere altın saatler olarak kabul edilen 6-8 saat içinde müdahale etmek çok önemlidir. Bu saatler içerisinde afetzedenin enkazdan

kurtarılması, hastane öncesi saha yönetimi, ilk değerlendirmenin yapılması, öykünün alınması ve muayene etme, sürekli değerlendirme aşamalarının hızlı bir şekilde yapılması gerekir. Enkaz altında kalınan sürenin uzaması ile birlikte rabdomyoliz denilen iskelet kas hücrelerinin yıkımı sonucu hücre içeriği açığa çıkar (7). Enkaz altında bası devam ettikçe hasar alan bölgede açığa çıkan hücre içeriği bekler, sistemik dolaşıma katılamaz. Afetzedenin kurtarılarak basının ortadan kalkmasıyla birlikte dokularda yeniden reperfüzyon başlar ve vücudumuz için toksik etkileri olan hücre içeriği sistemik dolaşıma katılmış olur. Bu süreçten sonra crush sendromu başlar (8).

Crush sendromunda hücre içinde bulunan potasyum, fosfat, miyogloblin ve sulfat kana geçerken, hücre dışından su, kalsiyum ve sodyum hücre içine geçer. Bu durum hastalarda hipovolemi, hiperkalemi, miyogloblinüri, hipokalsemi ve metabolik asidozun ortaya çıkmasına sebep olur. Enkaz altından hasta çıkarıldığında hızlı bir şekilde müdahale edilmesi gerekir. Hızlı müdahale edilmediği takdirde gerçekleşen metabolik olaylar sonucunda yaşamsal organları tehdit eden komplikasyonlar görülür. Bu komplikasyonlardan en sık görüleni akut renal yetmezliktir (9, 10). Göçük altında kalmış bir afetzedenin, crush sendromu gelişimi ya da riski açısından değerlendirilerek, enkazdan çıkarılmasından itibaren en geç 12 saat içerisinde hastaneye ulaştırılması gerekir. Bu süreçte hasta crush sendromunun belirti ve bulguları yönünden gözlemlenir (11). Hastada görülen klinik bulgular, travmaya uğrayan kaslardaki lokal belirtilere ve kaslardan salınan maddeler nedeniyle gelişen sistemik bulgulara bağlı olarak değişir. Afetzedede travmanın neden olduğu kemik kırıkları, kanama ve kontüzyon görülebilir. Yaralı kaslar şişerek dokuda ödem meydana gelir. Bunun sonucunda da, normalde düşük olan yaralanan alan içerisindeki basıncın artması ile birlikte kompartman sendromu gelişir. Bu durum hipovolemiye sebep olan en önemli faktördür (12).

Yaralının laboratuvar bulgularına bakıldığında, genellikle hiperkalemi yaşamı tehdit eden en önemli bulgu olmaktadır. Kandaki normal değeri 3,5-5,5 mEq/L olan potasyum, rabdomi-

yoliz sonrası 6 mEq/L ve üzeri değerlere ulaşır ve bu durum aritmi ve kalp yetmezliğine sebep olarak en sık ölüm nedenleri içerisinde yer alır (10). Laktik asit birikimine bağlı metabolik asidoz görülür. Crush sendromu bulguları arasında koma, hipotansiyon, solunum depresyonu, ARY ve ödemli ekstremitelerde nabız alınamaması sayılır. Bu tabloya ateş, bulantı, kusma gibi spesifik olmayan bulgular da eşlik edebilir (6).

Akut Renal Yetmezlik

Gelişen rabdomiyoliz sonucunda normalde kasta bulunan miyogloblin, yaşanan travmaya bağlı olarak kana geçer ve böbrek tübüllerini tıkar. Bu durum akut tübüler nekroza ve ilerleyen süreçte ARY'ye sebep olur (13). Kasta bulunması gereken potasyum iyonları da dolaşıma katılarak hiperkalemiye neden olur (10). ARY'nin derecesini; kas hasarının boyutu, vücutta kaybedilen sıvı hacim derecesi, eşlik eden hastalığın olup olmaması ve komplikasyonların (örneğin; sepsis) gelişimi gibi faktörler etkiler (12). Kompartman içinde sıvı birikimi ile ödem meydana gelir ve bu durum da hipovolemiye neden olur. Hipovolemi varlığı ARY'nin gelişiminde önemli bir faktördür. Uzun süre enkaz altında kalan hastada sıvı alamamaya bağlı olarak sıvı açığı artar ve böbrek perfüzyonu azalır. Meydana gelen hipovolemi renin-anjiyotensin sistemini aktive ederek, sempatik sinir sistemini uyarır. Bu durum vazokonstriktör etkisi olan hormonların ve sitokinlerin salınımına neden olur (14). Açığa çıkan hormon ve sitokinler de ARY'nin oluşmasını sağlar (9, 12). ARY tanısı konulması için; serum kreatinin değerinde son 48 saat içinde 0,3 mg/dL veya daha fazla (26,5 µM/L veya daha fazla) artış görülmesi, önceki 7 gün içinde serum kreatinin değerinin başlangıç değerinin 1,5 katına ya da daha fazlasına yükselmesi ve en az 6 saat boyunca idrar hacminin 0,5 mL/kg/sa'den az olması şeklinde üç kriter aranır (15).

Akut renal yetmezliğin hastane öncesi dönemde gelişimini önlemek ve şiddetini azaltmak için üç temel prensip bulunmaktadır (15-17):

1. **Hidrasyon;** erken dönemde agresif sıvı re-süsitasyonunun yapılmasıdır. Afetzedeye enkaz altında damar yolu açılarak, yetişkinlerde 1000 ml/sa, çocuklarda 15-20 ml/kg/sa olacak şekilde izotonik sodyum klorür

tedavisine başlanır. Bir saat sonra uygulama tekrarlanır. Daha sonra infüzyon hızı yetişkinlerde 500 ml/sa, çocuklarda 10 ml/kg/sa olacak şekilde ayarlanır. Enkaz altından çıkarılan yaralıya foley kateter takılarak aldığı-çıkardığı takibi yapılır. İdrar çıkışı olana kadar 15 dk'da bir 250 ml %0,9'luk izotonik sodyum klorürün bolus şeklinde infüzyonuna devam edilir.

2. **İdrarın alkalileştirilmesi;** idrar pH'nın 6,5 seviyesine çıkarılmasıdır. Yaralıda hemodinamik stabilite sağlanınca 1000 ml %0,45'lik sodyum klorür (NaCl) içerisine 40 mEq NaHCO₃ (sodyum bikarbonat) eklenecek şekilde uygulanır. Böylece hem pigmentlerinin eriyebilirliği artırılarak miyogloblinin renal toksisitesi azaltılmış olur.
3. **Ozmotik ajanlarla zorlu diürez tedavisi;** saatlik idrar çıkışının 200-300 ml olmasının sağlanmasıdır. Furosemid, renal vazodilatasyon yapması, intratübüler akımı artırması ve böbreğin oksijen gereksinimini azaltması gibi avantajlarından dolayı tercih edilir. Genellikle afetzedeye 40-120 mg doz aralığında ve intravenöz yolla uygulanır. Mannitol ise glomerüler filtrasyon oranını ve renal kan akımını artırması, kas hücrelerinden açığa çıkan miyogloblini ve serbest oksijen radikallerini temizlemesi ve interstisyel alandan sıvı çekmesi amacıyla %20'lik solüsyonun 1-2 g/kg doz aralığında ve intravenöz yolla uygulanır. Ancak mannitol yeterli sıvı tedavisi sonrasında uygulanmalıdır.

Crush sendromu yaşayan bireylerde ARY görülme riskini azaltmak için kurtarma sonrası da sıvı replasmanına devam edilmelidir. Kurtarma öncesinde afetzedeye sıvı infüzyonu yapılmadıysa, 1 L/sa hızında sıvı verilmesi, devamında da 3-6 L/gün sıvı hacmi olacak şekilde devam edilmesi gerekmektedir. Üretral travma oluşumu yoksa, idrar çıkışını takip etmek için foley kateter takılmalıdır. Crush sendromu ile ilişkili ARY önlenmesine yardımcı olmak için >50 ml/sa idrar çıkışı hedeflenmelidir. Sıvı replasmanına başlandıktan 6 saat sonra hasta anürik kalmaya devam ederse bu durum, hastada sıvı volüm kaybı olduğunu ve daha fazla sıvıya ihtiyaç duyulduğunu ya da renal yetmezlik geliştiğini düşündürmelidir. Hastada aşırı sıvı

yüklenmesine yönelik belirtiler varsa veya sıvı replasmanına rağmen anüri mevcutsa daha fazla sıvı verilmemelidir. Hipotansiyonun hemorajiden kaynaklanan kan kaybına bağlı olduğu düşünülüyorsa kan ürünleri uygulanmalıdır (19).

Akut renal yetmezliğin hastane ortamında tedavisinin temel bileşenleri arasında; dengeli protein, karbonhidrat ve lipid alımıyla uyumlu beslenme, klinik ve laboratuvar parametrelerinin (asit-baz, sıvı ve elektrolit parametreleri, özellikle serum potasyum düzeyi) yakın takibi, tıbbi ve cerrahi komplikasyonların uygun tedavisi ve diyalizin zamanında başlatılması yer almaktadır (20). Crush sendromu ile ilişkili ARY'de hayatı tehdit eden komplikasyonların görülme olasılığı daha fazladır. Hiperkalemi tüm girişimlere rağmen devam ediyorsa, diyalize daha erken başlanmasını ve daha sık diyaliz yapılmasını gerektirebilir (21).

Akut Renal Yetmezlikte Hemşirelik Bakımı

Akut renal yetmezlikte birçok organ ve sistem etkilenebilir. Hastanın kapsamlı değerlendirilmesi önemlidir. Hemodinamik durumun korunması ve renal perfüzyonun sağlanması böbreğe daha fazla zarar gelmesini önler. Pozitif yönde sıvı dengesi ve yetersiz idrar çıkışı olan hastalar, özellikle kalp yetmezliği veya nefrotik sendromlarda loop diüretik tedavisi ile yönetilebilir. Hastanın idrar çıkışının günlük olarak izlenmesi tedavinin prognozu ve günlük sıvı hacminin düzenlenmesinde çok önemlidir. İdrar renk, glukoz, protein ve kan varlığı açısından değerlendirilmelidir (22, 23). Cilt rengi, ödem varlığı, boyun damarlarında dolgunluk, morluklar dahil olmak üzere hastanın genel görünümü gözlemlenir. Zihinsel durum ve bilinç değerlendirilmesi yapılmalıdır. Aşırı sıvı yüklenmesi tıbbi tedavi ile hızla tedavi edilemiyorsa, diyaliz tedavisi gereklidir. Hastaya diyaliz tedavisi uygulanacaksa bilgi düzeyi değerlendirilerek gerekli açıklamalar hasta ve yakınlarına yapılmalıdır. Hastanın EKG bulguları disritmi açısından incelenmelidir. Akciğer sesleri, azalmış nefes sesleri açısından iyi dinlenmelidir. Laboratuvar değerleri ve tanısal testler kaydedilerek gözden geçirilmelidir. Elde edilen veriler doğrultusunda hastaya uygun hemşirelik bakımı planlanır (24).

Hemşirelik Uygulamaları

Hemşirelik bakımında beklenen hasta sonuçları; vücut sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, yeterli beslenmenin ve dinlenmenin sağlanması, hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının görülmemesi, doku bütünlüğünün sağlanması, uygun baş etme yöntemleri kullanması, hastalığı ve tedavi planı hakkında bilgilendiğini ifade etmesini içermektedir.

Buna bağlı olarak temel hemşirelik girişimlerine bakıldığında (25);

- İdrar çıkışı da dahil olmak üzere yaşamsal bulguların (kan basıncı, nabız, solunum hızı, vücut sıcaklığı) yakından izlemi,
- Sıvı retansiyonunu belirlemek için hastanın günlük olarak tartılması,
- Kalp ve akciğer seslerinin değerlendirilmesi,
- Bilişsel durum değişikliklerinin ve bilinç düzeyinin izlemi,
- Periorbital ödem ile birlikte alt ekstremitede ödem varlığının değerlendirilmesi,
- Göğüs röntgeni ve laboratuvar parametrelerinin (Kan üre azotu ve kreatinin) izlemi,
- Aldığı- çıkardığı sıvı takibi için üriner kate-terizasyon uygulanması,
- Diüretiklerin isteme uygun olarak uygulanması,
- Kan potasyum seviyelerinin düzenli takip edilmesi,
- Sıvı alımının kısıtlanması,
- Düşük sodyum diyetinin uygulanması, muz, portakal ve domates gibi yüksek potasyum içeren gıdaların sınırlandırılması,
- Hasta yatak başının yüksekte tutulması,
- Gerektiğinde hastanın diyalize hazırlanmasını içermektedir.

Hasta durumuna ve tedaviye bağlı olarak hemşirelik bakımı kişiselleştirilebilir. Tedavi planı, hekim tarafından belirlendiğinden, hemşireler hastanın genel durumunu düzenli olarak değerlendirmeli ve olası durum değişikliklerini vakit kaybetmeden ekibin diğer üyeleri ile paylaşmalı ve duruma göre tedavi planı güncellenmelidir. Beklenen hasta sonuçları ise (15);

- Böbrek fonksiyonlarını geri kazanması,
 - Kan üre azotu ve kreatinin değerlerinin normalleşmesi,
 - Yeterli hidrasyonun sürdürülmesi,
 - Ödem olmaması ve normal sınırlarda vücut ağırlığının korunması,
 - Normal bilişsel işlevlerin sağlanması ve sürdürülmesi şeklinde sıralanabilir.
 - Akut renal yetmezlik tanısı alan hastanın olası hemşirelik tanılarına bakıldığında (25-28);
 - Sıvı volüm fazlalığı,
 - Dengesiz beslenme: vücut ihtiyacından daha az beslenme,
 - Aktivite intoleransı,
 - Hastalık süreçleri, terapötik müdahaleler ve prognoz belirsizliği ile ilgili anksiyete
 - Enfeksiyon riski,
 - Yaralanma riski,
 - Cilt bütünlüğünde bozulma riskidir.
- İlgili hemşirelik tanıları ve girişimler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Akut Renal Yetmezlikte Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Girişimleri (15, 22-29)

Hemşirelik Tanısı/Amaç	Girişimler
<p>Tanı: Böbrek Yetmezliği ve Su Retansiyonuna Bağlı</p> <p>Sıvı Volüm Fazlalığı 00026</p> <p>Amaç: Homeostazın sağlanması, vücut sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın aldığı-çıkaracağı sıvı takibi yapılır.• Sıvı retansiyonunu belirlemek için hasta günlük olarak tartılmalıdır.• Kusma, ishal, kanama gibi kayıplardan kaynaklanan böbrek dışı sıvı kayıpları değerlendirilerek kaydedilmelidir. Önemli sıvı kayıplarının yerine konması iskemik tübüler hasarın önlenmesi için önemlidir.• Boyun venlerinde dolgunluk, kalp seslerinde değişiklik, solunum güçlüğü gibi sıvı volüm fazlalığının belirtileri yönünden hasta yakından takip edilir. Pulmoner ödem varlığında diyaliz tedavisi gerekmektedir.• Hastaya verilen sıvı miktarı yakından izlenmelidir. Hastanın günlük alacağı sıvı miktarı bir önceki günün 24 saatlik idrar miktarına 500 ml sıvı eklenerek hesaplanır.• Anürik hastalara günlük verilen sıvı miktarı en fazla 1000 ml olmalıdır.• Hastanın hidrasyon durumu her saat takip edilerek kayıt altına alınmalıdır.• Hasta her gün aynı saatte tartılarak kaydedilmelidir (1 kg 1000 mL sıvıya eşdeğerdir).• Sıvı-elektrolit dengesi özellikle hiperkalemi açısından yakından takip edilmelidir. Potasyum kısıtlı diyet uygulanması, hastanın kas-iskelet durumu ve kardiyak fonksiyonlarının izlenmesi önemlidir. Ödem takibi yapılmalıdır.• Serum potasyum değeri 6.5 mEq/L üzeri olan hastalarda potasyumun hücre içine girişini sağlamak için 50 ml %50 Dextroz içine 10 ünite regüler insülin IV uygulanır. Kalsiyum glukonat potasyumun kardiyak ve nöromusküler etkilerini antagonize etmek için IV yoldan verilir.• Nefrotoksik ilaç kullanan hastaların böbrek fonksiyonları yakından izlenmelidir.• BUN, serum kreatin ve kreatin klirens test sonuçlarını takip etmek,• Foley katater takmak ve katater açıklığını sağlamak.
<p>Tanı: Diyetle Kısıtlama, Oral Beslenememe ve Katabolizma Artışına Bağlı</p> <p>Dengesiz Beslenme: Vücut İhtiyacından Daha Az Beslenme 00002</p> <p>Amaç: Yeterli beslenmenin sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none">• Genel olarak hastalar meydana gelen biyokimyasal değişiklikler ve gastrointestinal sistemin iritasyonu sebebi ile oral beslenmeye başlamada zorluk çekebilir.• Oral beslenmeye başladığında hiperkalemiye sebep olmamak ve metabolik atıkların birikimini engellemek için protein ve potasyum kısıtlaması çok önemlidir.• Hastanın ihtiyacı olan enerji için karbonhidrat ve yağlar kullanılır.• Serum laboratuvar değerleri izlenmelidir.• Hastanın tolere edebileceği ölçüde dengeli, az ve sık beslenmesi sağlanmalıdır. Birincil beslenme hedefi, vücut proteininin enerji amacıyla daha fazla parçalanmasını önlemek için yeterli kalori alımını sürdürmektir (istenen vücut ağırlığının kilogramı başına 30 ila 35 kcal/kg ve 0,8 ila 1,0 g protein sağlamak).

<p>Tanı: Anemi, Metabolik Asidoz ve Üremiye Bağlı</p> <p>Aktivite İntoleransı 00298</p> <p>Amaç: Aktivite ve istirahat dengesinin sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Hasta yatak istirahatine alınır. Hasta, kas zayıflığına ve genel halsizliğe bağlı olarak mobilizasyon sorunları yaşayabilir, bu nedenle uygun mobilizasyon stratejileri planlanmalıdır. · Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi konusunda, ambulasyon gerektiğinde hastanın yanında bulunulur. · Hemoglobin ve hematokrit değerleri izlenmelidir. · Hasta hemodiyaliz tedavisi alıyorsa koagülasyon durumu takip edilmelidir. · Metabolik asidoz, böbrek yetmezliğinde en sık görülen asit-baz dengesizliğidir. Şiddetli asidozun gelişmesiyle, hastada karbondioksit solumasını artırma çabasıyla Kussmaul solunum (hızlı, derin solunumlar) görülebilir. Serum bikarbonat seviyesi takip edilerek, 15 mmol/L'nin altındaysa sodyum bikarbonatın tedaviye eklenmesi düşünülmelidir. • Hastanın yorgunluk ve halsizliği değerlendirilir.
<p>Tanı: Hastalık Süreçleri, Terapötik Müdahaleler ve Prognoz Belirsizliğine Bağlı</p> <p>Etkisiz Baş Etme 00069</p> <p>Amaç: Hastalığı ve tedavi sürecini hakkında bilgilendirilmesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Hasta ve yakınlarının soru sormalarına, duyu ve endişelerini anlatmalarına izin verilmeli, hastalık ve tedavisi hakkında bilgisi değerlendirilmeli, sıvı ve protein kısıtlamasının önemi anlatılmalıdır. · Bulantı kusma, konsantrasyon bozukluğu ve bilinç durumu değişikliğinin üreminin etkisine bağlı olduğu hasta ve yakınlarına açıklanmalıdır · Diyalize tedavisi gerektiğinde tedavi hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir. · Hastanın sorularına verilen cevaplar açık ve anlaşılır olmalıdır. · İhtiyaç duyulması halinde hasta veya yakını için profesyonel destek sağlanmalıdır. • Eve taburculuk gerçekleştiğinde evde uyması gereken (kan bşncı, ödem, beslenme vb.) konular hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir.
<p>Tanı: İnvaziv Girişimler, Üremik Toksinler ve İmmün Yanıtın Bozulmasına Bağlı</p> <p>Enfeksiyon Riski 00004</p> <p>Amaç: Enfeksiyon gelişmemesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Enfeksiyondan korunmaya yönelik olarak hasta bakımında aseptik tekniğe uyulmalıdır. · Enfeksiyonun erken dönemde teşhis edebilmek için düzenli ateş takibi ve kan tahlillerinde lökosit sayısında artış yönünden gözlenmeli, serumda C-reaktif protein (CRP) ve sedimantasyon değerleri takip edilmelidir. · Pulmoner fonksiyonlar yakından takip edilmelidir. Metabolik asidoz varlığında akciğerler tarafından daha fazla CO₂ vücuttan atılmaya çalışıldığı için solunum yollarının açıklığı sağlanmalıdır. Bu yüzden hastada pozisyon değişikliğinin sağlanması, öksürük ve derin nefes egzersizlerinin yapılması sağlanmalıdır. · İdrar çıkışının izlenmesi ve idrarın renginin değerlendirilmesi önemlidir. Üriner sistem enfeksiyonu riskini azaltmak için aseptik tekniğe uyularak perine ve kateter bakımı yapılmalıdır. · Enfeksiyon kontrolü için antibiyotik kullanılıyorsa antibiyotiğin türü, dozu ve sıklığı dikkatle izlenmelidir. Birçok antibiyotiğin atılım yolu böbrekler olduğundan böbrek fonksiyon düzeyi yakından izlenmelidir. · Mümkün olduğunca invaziv girişimlerden kaçınılmalıdır. • Diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda damar erişim yolunda enflamasyon ve ek-süda olup olmadığı gözlemlenmelidir.
<p>Tanı: Mental Konfüzyon, Motor Duyularda Azalma ile İlgili Yaralanma Riski 00035</p> <p>Amaç: Yaralanmanın önlenmesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Hastada üremi ve elektrolit dengesizliği sebebi ile mental değişikliğin, bulantı kusma, konsantrasyon bozukluğu olduğu ifade edilerek nedenleri hasta ve yakınına açıklanmalıdır. · Üremi tablosunda bilinç seviyesi bozulacağından hastanın bilinç seviyesi değerlendirilir. · Hastada postural hipotansiyon sonucunda düşme riski yüksektir. Yatak kenarları kaldırılmalı, hasta yalnız bırakılmamalı ve uygun düşme önlemleri alınmalıdır. • Hastanın duyu- motor bozukluğu uygun ölçme araçları kullanılarak değerlendirilir.

<p>Tanı: Ödeme ve Atılamayan Toksik Ürünlerle Bağlı</p> <p>Cilt Bütünlüğünde Bozulma Riski 00047</p> <p>Amaç: Deri bütünlüğünün korunması</p>	<ul style="list-style-type: none">· Derinin uygun ve yeterli nemliliği sağlanmalıdır.· Deri temizliği yapılmalı ve banyo için ılık su kullanılmalıdır.· Etkilenen vücut kısmına basınç uygulamaktan kaçınılmalıdır.· İmmobilize hastaya en az 2 saatte bir yatak içi egzersizler yaptırılmalı ve pozisyon değişikliği sağlanmalıdır.· Hastanın cildi hiperemi ve yaralanmalar açısından izlenmelidir.· Hastanın hareketliliği ve aktivitesi izlenmelidir.· Hastanın beslenme durumu izlenmelidir.· Hastada genellikle ödem ve kas tonusunda azalma meydana geldiği için basınç ve sürtünmeyi önlemek için önlemler alınmalıdır.· Ödem ve cilt kuruluğu nedeniyle basınç yarası gelişme riski yüksek olabilir. Ayrıca kanda biriken toksik maddelerin varlığı ile kaşıntı da görülebilir. Cilt bütünlüğünü korumaya yönelik önlemler alınmalı, cilt temizliği ve sık pozisyon değişimi yapılmalıdır.· Dehidratasyon ve ödem açısından hasta değerlendirilir.
--	--

SONUÇ

Depremle beraber enkaz altında kalan afetzedelerde crush sendromuna bağlı olarak ARY gelişme riski vardır. Bu risk büyük kas yapısının bulunduğu femoral bölgedeki ezilmelerde daha da artar. Enkaz altında tedavisi başlayan afetzedenin hastane öncesi hızlı bir şekilde değerlendirilip, mutlaka hemodiyaliz ünitesi olan bir merkeze sevk edilmesi gerekir. Ülkemizin jeopolitik konumu gereği deprem bölgesinde yer alması sebebi ile olası afet durumunda hemşirelerin güncel literatür bilgisine sahip olması ve hastalarına bu yönde bakım vermesi oldukça önemlidir. Hemşireler, enkaz altında kurtarılan hastaların ARY riskini değerlendirmeli, erken tanı koyabilmeli ve etkili müdahaleleri planlayarak uygulamalıdır. Hidrasyon, idrarın alkalileştirilmesi ve osmotik ajanlarla zorlu diürez tedavisi gibi stratejiler, ARY gelişimini önlemede ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır. ARY ile başa çıkarken, hemşireler yaşamsal bulguların yakından izlenmesi, sıvı dengesinin ve elektrolit düzeylerinin değerlendirilmesi, uygun beslenmenin ve dinlenmenin sağlanması, enfeksiyon belirti ve bulgularının izlenmesi gibi temel hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır. Hasta eğitimi de bu süreçte önemlidir, çünkü hasta ve yakınlarına sağlanacak bilgi ile tedavi planına uyum artırılabilir. Bu derleme, deprem kaynaklı ARY ile ilgili hemşirelik bakımına odaklanarak sağlık profesyonellerine rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Hemşirelerin bu konuda güncel bilgilere sahip olmaları, etkili müdahalelerde bulunmaları ve hastaların sağlığına katkı sağlamaları için önemlidir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram- ZY, DG; Denetleme/Danışmanlık- ZY; Literatür Taraması- MT; Yazı Yazan- ZY, DG, MT; Eleştirel İnceleme- ZY

Çıkar Çatışması

Yazarlar tarafından herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bildirilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Arslan M, Roxin AM, Cruz C, Ginhac D. A review on applications of big data for disaster management. In 2017 13th International Conference on Signal-Image Technology & Internet-Based Systems (SITIS). Available at: doi.org/10.1109/SITIS.2017.67
2. https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/35429/xfiles/turkiye_de_afetler.pdf (Erişim tarihi: 15.01.2024)
3. <https://www.afad.gov.tr/asrin-felaketinin-birinci-yilinda-afet-iletisim-sempozyumu> (Erişim tarihi: 17.01.2024)
4. Oto ÖA, Sever MŞ. The kidney at risk: Understanding crush syndromerelated acute kidney injury. J Ist Faculty Med 2023;86(3):245-253. doi.org/10.26650/IUITFD.1297993.
5. Bywaters EGL, Beall D. Crush injuries with impairment of renal function. Br Med J 1941;1(4185):427-432. doi.org/10.1136/bmj.1.4185.427.
6. Özkaya U, Yalçın MB. Deprem yaralan-

- malı hastada kompartman sendromu ve ezilme (crush) sendromu ayrımı: Fasyotomi kime ve ne zaman. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 2022;21(3):312-5. doi.org/10.5578/totbid.dergisi.2022.42 .
7. Torres PA, Helmstetter JA, Kaye AM, Kaye AD. Rhabdomyolysis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Ochsner J* 2015;15(1):58-69.
 8. Kurultak İ. Deprem yaralanmalı erişkin hastada ezilme (crush) sendromu. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 2022;21:294-303. doi.org/10.5578/totbid.dergisi.2022.40.
 9. Hoxha J. Deprem sonrası crush sendromu: Olay yerinden hastaneye hemşirelik bakımı. 7. Uluslararası Öğrenci Sempozyumu. 2022. Available at: <http://www.internationalstudentsymposium.com/dosya/7-uos-4.pdf>
 10. Yıldırım E, Kaymaz B, Dörtler H. et al. Crush sendromu. *D J Med Sci* 2019;4(4):213-218. doi.org/10.5606/fng.btd.2018.038.
 11. Mihçi E, Yılmaz NN. Crush sendromu ve hemşirelik bakımı. In: Sofulu F, Bağ Y, eds. *Acil Hemşireleri Derneği 1. Uluslararası 6. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi Tam ve Özet Metin Kitabı*, 1. Baskı, 2021,40-45. Available at: <https://ahemder.org.tr/wp-content/uploads/2021/11/AHEM- DER-KONGRE-BILDIRI-KITABI.pdf>
 12. Demir BK, Başaran C. Deprem sonrası çocuk hasta, ezilme (crush) sendromu. *TOTBİD* 2022;21:304-311. doi.org/10.5578/totbid.dergisi.2022.41.
 13. Fredrickson KA, Carver TW. Trauma-related electrolyte disturbances: From resuscitation to rhabdomyolysis. *Nutr Clin Pract* 2022;37(5):1004-1014. doi.org/10.1002/ncp.10908.
 14. Bosch X, Poch E, Grau JM. Rhabdomyolysis and acute kidney injury. *N Engl J Med* 2009;361(1):62-72. doi.org/10.1056/NEJ-Mra0801327.
 15. Goyal A, Daneshpajouhnejad P, Hashmi MF et al. *Acute kidney injury (nursing)*. StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568593/>
 16. Turgut N, Adaş G, Akçakaya A. et al. Deprem; travma, ezilme (crush) sendromu ve kardiyopulmoner resüsitasyon. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2012; 28: 135-147. doi.org/10.5222/otd.sup2.2012.134
 17. Xiao L, Ran X, Zhong Y. et al. Serum creatine kinase levels are not associated with an increased need for continuous renal replacement therapy in patients with acute kidney injury following rhabdomyolysis. *Ren. Fail* 2022;44(1):893-901. doi.org/10.1080/0886022X.2022.2079523
 18. Yavuz S. Kas-İskelet Sistemi Travmaları. In: Yavuz S, Yavuz G. eds. *Hastane Öncesi Acil Tıp*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.733-768.
 19. Long B, Liang SY, Gottlieb M. Crush injury and syndrome: A review for emergency clinicians. *Am J Emerg Med* 2023;69:180-187. doi.org/10.1016/j.ajem.2023.04.029.
 20. Kazancıoğlu R. Kitleli afetlerde ezilme sendromlu hastaların tedavisi için tavsiyeler. *Türk Böbrek Vakfı*. Available at: https://www.era-online.org/wp-content/uploads/2022/11/Crush-full-document-Turkish_0-1.pdf
 21. Vanholder R, Sever MS, Lameire N. Kidney problems in disaster situations. *Néphrologie & Thérapeutique* 2021;17:S27-S36. doi.org/10.1016/j.nephro.2020.02.009
 22. Headley C. Nursing management acute kidney injury and chronic kidney disease. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, eds. *Medical-Surgical Nursing, Assessment And Management Of Clinical Problems*, 9th ed, United States of America, Elsevier Mosby;2014.1101-1107.
 23. Muaddi L, Ledgerwood C, Sheridan R, et al. Acute renal failure and its complications, indications for emergent dialysis,

- and dialysis modalities. *Crit. Care Nurs. Q* 2022;45(3):258-265. doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000410.
24. Pickkers P, Darmon M, Hoste E, et al. Acute kidney injury in the critically ill: an updated review on pathophysiology and management. *Intensive Care Med* 2021;47(8):835-850. doi.org/10.1007/s00134-021-06454-7.
25. Birol L, Pakyüz SÇ. Böbrek hastalıkları ve hemşirelik bakımı. In: Akdemir N, Birol L, eds. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 5. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. 699-785.
26. Gerkuş Ş, Sivrikaya SK. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen akut böbrek yetmezliği ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2020;24(2):150-156.
27. Herdman H, Kamitsuru S, Takao-Lopes C. NANDA-I-International nursing diagnoses: Definition and classification 2021–2023. Thieme Medical Publishers. Available at: <https://doi.org/10.1055/b000000515>
28. Karahan S, Bozkul G, Sağdıç BÇ. Depreme bağlı yaşanan ezilme sendromu ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2023;8(1):99-104. doi.org/10.51754/cusbed.1261665.
29. Pezzi MV, Rabelo-Silva ER, Paganin A, et al. Nursing interventions and outcomes for the diagnosis of impaired tissue integrity in patients after cardiac catheterization: Survey. *Int. J. Nurs. Knowl* 2016;27(4):215-219. doi.org/10.1111/2047-3095.12140.
30. Altunok İ, İşat G. Inhalation-Induced Rhabdomyolysis Following Lime Solvent Exposure: A Case Report. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi* 2024;7(1):41-44.

Serdar Özdemir

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ümraniye, İstanbul, Türkiye

Sayın editör,

Derginizin 2023 yılı üçüncü sayısında yayınlanan ve Er ve Saydamlı tarafından hazırlanan “Hasta Güvenlik Kültürünün Hemşireler Tarafından Algılanması: Özel Bir Hastane Örneği” isimli yazıyı büyük bir ilgi ile okudum (1). Yazarlara ve editör ekibine bu bilgilendirici yazıdan dolayı teşekkür ederim. Araştırmanızın sonuçları, özel bir hastanedeki hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü nasıl algıladıklarını ve bu kültürü etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik önemli bir bilgi sağladığı kanaatindeyim. Bu bilgiler, sağlık kuruluşlarının bu kültürü iyileştirmek için alabilecekleri önlemleri anlamalarına yardımcı olabilir. Ayrıca, çalışanların eğitim ihtiyaçları, liderlik yaklaşımları ve iletişim stratejileri gibi spesifik alanlarda yapılacak iyileştirmeler için rehberlik edebilir. Bununla birlikte hasta güvenlik kültürünün önemli bileşenlerinden olan liderlik ve yönetim bağlamında yazının tartışmasına katkı sunacak birkaç hususa değinmek isterim.

Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmeti sunan birimlerde çalışanların ve bu hizmeti alan hastaların güvenliğini artırmaya yönelik bir yaklaşımı içerir. Bu kültür, bir sağlık kuruluşunun yönetimi, çalışanları ve hastaları arasındaki etkileşimleri kapsar. Ayrıca, hataların açıkça raporlanması, eğitim ve bilincin artırılması, yönetim ve liderlik yaklaşımları gibi bir dizi faktörü içerir (2).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, sadece sağlık profesyonellerinin değil, aynı zamanda yöneticilerin ve kurumların da sorumluluğundadır. Bu, hataların bildirilmesini teşvik etmek, eğitim programları düzenlemek, etkili iletişimi desteklemek ve sürekli iyileştirmeyi sağlamak gibi çeşitli önlemleri içerir (3).

Hasta güvenliği kültürünü güçlendirmek için liderlik ve yönetim, sağlık hizmeti sunan kurumların başarılı bir şekilde yönetilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, hastane yönetimi seviyesinde etkili liderlik hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliğini artırmak için temel bir faktördür. Hasta güvenliği kültürünü güçlendirmek amacıyla liderlik ve yönetimle ilgili bazı önemli stratejileri ve bu stratejilerin nasıl uygulanabileceğini inceleyelim (4,5).

1. Vizyon ve Misyon Belirleme:

Hastane yönetimi, güçlü bir hasta güvenliği kültürü oluşturmak için kurumun uzun vadeli hedeflerini ve misyonunu belirlemelidir. Bu vizyon ve misyon, liderliği, çalışanları ve diğer paydaşları bir araya getirerek ortak bir amaç etrafında birleştirmelidir.

2. Liderlik Stili:

Hasta güvenliği kültürünü desteklemek için etkili liderlik tarzları benimsenmelidir. İşbirlikçi, şeffaf ve katılımcı liderlik, çalışanların güvenini kazanır ve açık iletişimi teşvik eder. Liderler aynı zamanda sorumluluk almalı, hataları açıkça ele almalı ve öğrenme süreçlerini desteklemelidir.

3. Eğitim ve Gelişim:

Yöneticiler, çalışanlara düzenli eğitim ve gelişim fırsatları sağlamalıdır. Hasta güvenliği konularında sürekli eğitim, güncel bilgileri takip etmelerini ve en iyi uygulamalara uygun davranmalarını sağlar. Bu eğitimler, hasta güvenliği kültürünün güçlenmesine katkıda bulunabilir.

4. İletişim Stratejileri:

Sağlık yönetimi, açık ve etkili iletişim stratejileri geliştirmelidir. Bu, çalışanlar arasında, farklı departmanlar arasında ve yönetim ile diğer paydaşlar arasında sağlıklı bir iletişim ağı kurmayı içerir. İletişimde şeffaflık ve dürüstlük, hasta güvenliği kültürünü desteklemenin önemli bir parçasıdır.

5. Raporlama ve Analiz Süreçleri:

Yöneticiler, hata ve olay raporlama süreçlerini teşvik etmeli ve bu raporların analiz edilerek iyileştirme süreçlerine nasıl dahil edilebileceğini belirlemelidir. Hataların tekrarlanmasını önlemek için bu süreçlerin etkili bir şekilde yönetilmesi kritiktir.

6. İnovasyon ve Teknoloji:

Hastane yönetimi, güncel teknoloji ve inovasyonları benimsemelidir. Elektronik hasta kayıt sistemleri, hasta takip sistemleri ve diğer teknolojik çözümler, hasta güvenliğini artırmak ve hataları en aza indirmek için kullanılabilir.

7. Çalışan Katılımı ve Geri Bildirim:

Yöneticiler, çalışanlarına hasta güvenliği ko-

nularında katılım ve geri bildirimde bulunma fırsatları tanımalıdır. Çalışanların görüşleri ve deneyimleri, iyileştirme stratejilerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynar.

8. Sorumluluk ve Hesap Verebilirlik:

Hastane yönetimi, güvenlikle ilgili sorumlulukları belirlemeli ve bu konuda hesap verebilirlik prensiplerini benimsemelidir. Açıkça belirlenmiş roller ve sorumluluklar, herkesin hasta güvenliği kültürüne katkıda bulunmasını sağlar.

9. İyileştirme Süreçleri:

Yönetim, sürekli iyileştirme süreçlerini desteklemeli ve bu süreçlere liderlik etmelidir. İyileştirme süreçleri, hataların kaynağında tespit edilmesini, düzeltilmesini ve benzer olayların tekrarını önlemeyi hedefler. Bu süreçler, hasta güvenliği kültürünün sürdürülebilir bir şekilde gelişmesine katkı sağlar.

10. İnsan Kaynakları Yönetimi:

Hastane yönetimi, doğru personel seçimi, eğitimi ve performans yönetimi gibi insan kaynakları süreçlerini etkin bir şekilde yönetmelidir. Çalışanların yeteneklerini geliştirmek, motivasyonlarını artırmak ve hasta güvenliği konularındaki bilinçlerini güçlendirmek bu süreçlerle mümkündür.

11. Hasta ve Yakınlarıyla İletişim:

Yöneticiler, hasta ve yakınları ile etkili iletişim stratejileri geliştirmelidir. Hasta memnuniyetini ve güvenini artırmak için açık iletişim, hastane yönetimi tarafından vurgulanmalıdır. Aynı zamanda, hasta ve yakınlarının geri bildirimleri değerlendirilmeli ve bu geri bildirimlere dayalı olarak iyileştirmeler yapılmalıdır.

12. Acil Durum Hazırlıkları:

Hastane yönetimi, acil durum hazırlık planları geliştirmeli ve bu planları düzenli olarak gözden geçirmelidir. Acil durumlar sırasında etkili bir iletişim, koordinasyon ve yönetim, hasta güvenliğini korumak için kritiktir.

13. Hasta Güvenliği Politikalarının Belirlenmesi:

Yöneticiler, hasta güvenliği politikalarını belirleyerek uygulamalı ve bu politikaların tüm çalışanlar tarafından benimsenmesini sağlama-

lıdır. Politikalar, hataların azaltılması, güvenlik protokollerinin takip edilmesi ve risklerin yönetilmesi konularında rehberlik eder.

14. Performans Değerlendirmesi ve Teşvikler: Hastane yönetimi, çalışanların hasta güvenliği kültürüne katkılarını değerlendirmeli ve başarılarına uygun teşvikler sunmalıdır. Performans değerlendirmeleri, hasta güvenliği odaklı davranışları ödüllendirmek için kullanılabilir.

15. İş birliği ve Ortak Çalışma: Yöneticiler, farklı departmanlar arasında iş birliğini teşvik etmeli ve multidisipliner ekiplerin etkili bir şekilde çalışmasını sağlamalıdır. Hasta bakımı süreçlerinin koordinasyonu, güvenliği artırmak için önemlidir.

SONUÇ

Hastane yönetimi, hasta güvenliği kültürünü oluşturmak ve sürdürmek için liderlik ve yönetim stratejilerini etkin bir şekilde uygulamalıdır. Bu stratejiler hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliğini artırarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmeye yöneliktir. Liderlik ve yönetim, bu alandaki en güncel bilgileri takip etmeli ve sürekli olarak iyileştirme çabalarına liderlik etmelidir.

KAYNAKLAR

1. Er MN, Saydamlı HŞ. Hasta Güvenlik Kültürünün Hemşireler Tarafından Algılanması: Özel Bir Hastane Örneği. TFK. 2023;6(3):165-179.
2. Abdulla MA, Habas E Sr, Al Halabi A, et al. An Evaluation of Healthcare Safety Culture Among Healthcare Professionals in Secondary and Tertiary Public Hospitals in the Middle East Region. Cureus. 2023 Feb 22;15(2):e35299. doi: 10.7759/cureus.35299.
3. Lu L, Ko YM, Chen HY, et al. Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. Int J Environ Res Public Health. 2022 Mar 21;19(6):3722. doi: 10.3390/ijerph19063722.
4. Sfântou DF, Laliotis A, Patelarou AE, et al. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare

Settings: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2017 Oct 14;5(4):73. doi: 10.3390/healthcare5040073.

5. Ginsburg LR, Chuang YT, Berta WB, et al. The relationship between organizational leadership for safety and learning from patient safety events. Health Serv Res. 2010 Jun;45(3):607-32. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01102.x.

YAZAR KILAVUZU

1. Kapsam ve Amaç

Tıp Fakültesi Klinikleri dergisi, İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesinin bilimsel içerikli, resmi yayınıdır. Mart, Temmuz, Kasım aylarında olmak üzere yılda 3 sayı olacak şekilde yayımlanır.

Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi, tıbbın tüm alanlarında, klinik ve temel bilim orijinal araştırma makaleleri, derlemeler, editör görüşleri ve olgu sunumları yazılarının yayımlandığı “çift-kör” hakemlik (peer-review) ilkelerine dayanan uluslararası bir dergidir.

Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi’nde makale başvuru veya işlem ücreti uygulanmamaktadır. Yayımlanan yazılar için herhangi bir ücret ya da karşılık ödenmez.

Dergi; temel tıp bilimleri ve klinik branşlarda ulusal ve uluslararası düzeyde katkı yapan araştırma, özgün çalışma, derleme, olgu bildirimleri yayımlamayı hedeflemektedir.

2. Yayın Değerlendirme Politikası

Makaleler dergimize gönderilmeden önce etik uygunluğu açısından yazar tarafından “intihal.net”den kontrol taramasından geçirilmesi gerekmektedir.

Dergiye gönderilen yazıların, ulusal ya da uluslararası bir dergide yayımlanmamış, yayına Kabul edilmemiş ya da yayın için değerlendirme aşamasında olmaması gerekir. Bu gereklilik bilimsel toplantılarda bildiri olarak sunulmuş ve özeti yayınlanmış yazıları kapsamaz ancak bu durumda bildirinin sunulduğu toplantı adı, tarihi ve yeri belirtilmelidir. Eğer makalede daha önce yayımlanmış; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır.

Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi’nin uluslararası indekslerde ve veritabanında, İngilizce adı “Journal of Medical Clinics”dir, ve kaynaklarda belirtilirken “J Med Clin” olarak yazılmalıdır.

Makalelerin formatı “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications (www.icjme.org) kurallarına göre düzenlenmelidir.

Yazıların bilimsel ve etik sorumlulukları yazarlara, telif hakkı ise İstanbul Aydın Üniversitesi’ne aittir. Yazıların içeriğinden ve kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Yazarlar, yayın haklarının devredildiğini belirten onay belgesini (Yazarlık Katkıları, Yayın Hakkı Devri, Maddi Yardım ve Teşekkür-Kabul İzin Formu) uygun biçimde doldurarak dergi editörlüğüne göndermelidir. Bu forma dergi web adresinden (<http://www.iautipklinikleri.com>) ulaşılabilir. Bu belgenin tüm yazarlar tarafından imzalanarak dergiye gönderilmesi ile birlikte yazarlar, gönderdikleri çalışmanın başka bir dergide yayımlanmadığı ve/veya yayımlanmak üzere incelemede olmadığı konusunda garanti vermiş, bilimsel katkı ve sorumluluklarını beyan etmiş sayılırlar. Bu aşamadan sonra makaleye yeni yazar eklenemez veya yazar isim sıralamasında değişiklik yapılamaz.

Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi’nde yayımlanmak amacıyla gönderilen ve Etik Kurul onayı alınması zorunluluğu olan deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için Helsinki Bildirisi’ne uygun Etik Kurul Onay Raporu gereklidir <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>

Deneysel hayvan çalışmalarında ise yazarlar, “Guide for the care and use of laboratory animals” (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) yönergesi kapsamında hayvan haklarını koruduklarını belirtmeli ve kurumlarından Etik Kurul Onay Raporu almalıdır. Etik Kurul onayı ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” alındığı araştırmanın “Gereç ve Yöntem” bölümünde mutlaka (etik onay numarası ile birlikte) belirtilmelidir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Değerlendirme sürecinde gerek görülürse editör tarafından Etik Kurul onayının bir örneği yazarlardan istenebilir.

Yazılar değerlendirme sürecinde aşırma, yanıltma ve kopya yayın açısından denetlenecek ve etik dışı durumların tespit edilmesi halinde yaptırım uygulanacaktır. Yaptırımlar Committee on Publication Ethics (COPE) kuralları kapsamında belirlenecektir. Bunun yanı sıra, intihali önlemek için yayın öncesinde tüm yazıların intihal araştırma programları ile taraması yapılmaktadır.

3. Makale Başvurusu

Yazarlar makale gönderimlerini derginin online makale kabul sistemi üzerinden yaparlar (<http://www.iautipklinikleri.com>). Bütün başvurularda Yazarlık Katkıları, Yayın Hakkı Devri, Maddi Yardım ve Teşekkür-Kabul İzin Formu doldurularak gönderilmelidir. Yazarlar onay formunu doldurarak, makalelerinin telif hakkını Tıp Fakültesi Klinikleri'ne bıraktıklarını, bilimsel katkı ve sorumluluklarını ve çıkar çatışmasına yol açabilecek mali ya da diğer ilişkilerini açıklamalıdır. Gönderilen yazıda yazışma yapılacak yazar elektronik posta adresi ve yazının tipi (araştırma, derleme, olgu sunumu vs.) belirtilmelidir.

Tüm yazarlar bilimsel katkı ve sorumluluklarını ve çıkar çatışması olmadığını bildiren toplu imza ile yayına katılmalıdır. Araştırmalara yapılan kısmi de olsa nakdi ya da aynı yardımların hangi kurum, kuruluş, ilaç-araç-gereç firmalarınca yapıldığı dipnot olarak bildirilmelidir. Yayına kabul edilmeyen yazılar yazarlara geriye yollanmaz.

4. Hakem Değerlendirmesi

Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli bir yayın organıdır. Editör yayın koşullarına uymayan yazıları; düzeltmek üzere yazarına geri gönderme, biçimce düzenleme veya reddetme yetkisine sahiptir. Gönderilen yazılar, editör ve editör yardımcıları ile en az iki hakem incelemesinden geçip, gerek görüldüğü takdirde, istenen değişiklikler yazarlarca yapıldıktan sonra yayımlanır.

Hakem belirleme yetkisi tamamen editör ve yayın kuruluna aittir. Hakemler belirlenirken derginin ulusal veya uluslararası yayın danışma kurulundan isimler seçilebileceği gibi yazının konusuna göre ihtiyaç duyulduğunda, yurtiçi veya yurtdışından bağımsız hakemler de belirlenebilir. Yazarlar, yayına kabul edilen yazılarda, metinde temel değişiklik yapmamak kaydı ile editör, editör yardımcıları, düzeltme yapmalarını kabul etmiş sayılır.

5. Yazım Kuralları

Yazar Sorumluluğu

Makaleler dergimize gönderilmeden önce etik uygunluğu açısından yazar tarafından "intihal.net"den kontrol taramasından geçirilmesi gerekmektedir.

Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm yazarların gönderilen makalede akademik veya bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır.

Yazar(lar) olarak belirlenen isim aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

(1) Makaledeki çalışmanın fikir, planlama, yöntem, veri toplama, veri analizi/yorumlama, yazı taslağını oluşturma, içeriğin eleştirel incelenmesi, son onay ve sorumluluk aşamalarında görev almış olmalıdır.

(2) Makalenin son halini kabul etmelidir.

Yayın, direkt ya da indirekt ticari bağlantı içeriyorsa veya çalışmaya materyal desteği veren bir kuruluş varsa, yazarlar kullanılan ticari ürün, ilaç, firma vs. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ya da var ise nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) editöre sunum sayfasında belirtmek zorundadır. İncelemeye sunulan araştırmada olası bir bilimsel hata, etik ihlal şüphesi veya iddiasıyla karşılaşırsa, dergi verilen yazıyı destek kuruluşların veya diğer yetkililerin soruşturmasına sunma hakkını saklı tutar. Dergi, sorunun düzgün biçimde takip edilmesi sorumluluğunu kabul eder ancak gerçek soruşturmayı veya hatalar hakkında karar verme yetkisini üstlenmez.

Kısaltmalar

Makalede kullanılan kısaltmalar uluslararası kabul görmüş şekilleriyle kullanılmalı, ilk kullanıldıkları yerde açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekli gösterilmelidir. İlaç adları kullanımında ilaçların jenerik adları Türkçe okunuşlarıyla yazılır. Laboratuvar ölçümleri Uluslararası Sistem (US; Systéme International: SI) birimleri ile bildirilmelidir.

İstatistik Değerlendirme

Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir.

Yazım Dili

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce olup, Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe Sözlüğü veya Yazım Kılavuzuna uygun yazım (www.tdk.gov.tr) geçerlidir.

İngilizce makalelerin ve özetlerin, dergiye gönderilmeden önce gerek duyulduğunda, dil bilgisi kuralları yönünden profesyonelce gözden geçirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca gönderilmiş olan makalelerdeki yazım ve dilbilgisi hataları, makalenin içeriğine dokunmadan, redaksiyon komitemiz tarafından düzeltilmektedir. Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

6. Dergiye Gönderilecek Yazı Türleri ve Özellikleri

Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi “Vancouver stili” diye anılan kurallara göre düzenlenmiş yazıları yayınlamaktadır (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. New England Journal of Medicine, 1997; 336:309-315).

Yazıların formatı şu şekildedir:

Dergiye gönderilecek makaleler “Kapak Sayfası”, “Ana Metin”, “İntihal Raporu (%20’yi aşmamalıdır.)”, “Etik Onay Yazısı”, “Telif Hakkı Formu” ve gerektiğinde “Ek” kısımlarından oluşmalıdır.

Bilimsel araştırmaya dayalı özgün nitelikteki araştırma makalelerinde “Başlık” “Özet/Abstract”, “Anahtar Kelimeler”, “Giriş”, “Gereç ve Yöntem”, “Bulgular”, “Tartışma”, “Sonuç” ve “Kaynakça” kısımları mutlaka bulunmalıdır. Gerektiğinde Bulgular ile Tartışma kısımları birleştirilebilir (Bulgular ve Tartışma).

1) Makale Başlığı: Makale başlığı metnin içeriğini yansıtmalı, kelimelerin sadece baş harfi büyük olacak şekilde yazılmalı, 14 punto, Times new roman yazı formatında, ortalanmış ve koyu yazılmalı, başlık sonrası 2 satır boşluk konmalıdır.

2) Türkçe-İngilizce Özet ve Anahtar Kelimeler: Türkçe hazırlanmış eserlerde öncelikle Türkçe başlık ve özet; ardından makalenin İngilizce başlığı ve özeti (Abstract) yazılmalıdır. İngilizce olarak hazırlanmış eserlerde ise Türkçe başlık ve özet zorunluluğu yoktur. Makalenin özeti, konunun amacını, yöntemini ve kapsamını net olarak, en az 100 en fazla 250 kelime ile ifade edecek şekilde, 10 punto, Times new roman yazı formatında olarak yazılmalıdır.

Türkçe ve İngilizce özetlerin bir satır altına, sayısı en az 3, en fazla 5 olacak şekilde, çalışmayla doğrudan ilgili anahtar kelimeler/keywords yazılmalıdır. Makalenin başlığında bulunan kelimeler yerine mümkün olduğunca alternatif kelimeler üretilmeli, başlığı tamamlayan kelimelerden oluşturulmalıdır. Başlıktaki kelimelerin eş anlamlıları veya benzerleri de anahtar kelime olarak kullanılabilir. Anahtar kelimeler normal, küçük harfle (ilk anahtar kelimenin ilk harfi büyük) yazılmalı ve aralarına virgül konulmalıdır.

3) Metin: A4 kâğıda (210 x 297 mm), sayfa kenar boşlukları soldan, sağdan, alttan ve üstten 2.5'er cm olacak şekilde, 1.5 satır aralığıyla, "Times new roman" yazı formatında 12 punto büyüklükte Microsoft Word ile yazılmalıdır. Satırbaşlarında boşluk olmamalıdır. Metin iki yandan hizalanmış olmalıdır. Metin içinde sık tekrarlanan ve birçok kelimeden oluşan, makalenin çalışma konusuna özgü isimler için kısaltma yapılabilir. Kısaltılacak isim ilk kullanıldığı yerde açık bir şekilde yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış hali belirtilmelidir. Daha sonraki kullanımlarda sadece kısaltılmış hali kullanılmalıdır. Başlık (title) ve özet (abstract) bölümlerinde mümkün olduğunca kısaltmalardan kaçınılmalıdır. Kesirli sayıların belirtilmesinde ondalık ayırıcı olarak Türkçe metinde virgöl, İngilizce metinde ise nokta işareti kullanılmalıdır. Yüzde işaretleri yazılırken sayılarla işaret arasında boşluk bırakılmamalıdır (Örnek: Türkçe metin için %25, İngilizce metin için 25%). Metnin genel kullanımında parantezden önce boşluk konulmalıdır. Makalede yer alan başlıkların tümü sola yaslanmış olarak koyu harfle yazılmalıdır. Başlık ve alt başlıklar numarasız olarak verilmelidir. Mümkün olduğunca kısa olmalıdır. Birinci düzey başlıklarda bütün kelimelerin ilk harfleri büyük yazılmalıdır. İkinci ve üçüncü düzey başlıkların sadece ilk kelimenin baş harfi büyük olmalı; üçüncü düzey başlıklar italik yazılmalıdır. Dördüncü düzey başlık kullanılmamalıdır. Latince isimler italik yazılmalıdır. Sayfa sayısı kaynaklar hariç 5'ten az 12'dan fazla olmamalıdır (Kapsamı geniş makalelerde yayın kurulunun onayı alındıktan sonra sayfa sayısında artış yapılabilir).

4) Kaynaklar ve Dipnotlar: Kaynaklar metin içerisinde cümle sonunda parantez içi numaralandırma yöntemi ile verilmeli ve Kaynaklar bölümünde numaralandırılarak yazılmalıdır.

5) Tablo ve/veya Şekiller: Tabloların numarası ve başlığı bulunmalı, ayrı ayrı sıra sayısı verilerek numaralandırılmalıdır. Sola yaslanmış olarak tablo numarası kalın, tablo adı normal ve 10 punto büyüklükte Times new roman yazı tipinde yazılmalıdır. Sonuna nokta konulmamalıdır. Metinde kullanılan fotoğraflar, resimler, grafikler, haritalar, şemalar, çizimler vb basım karakterinde yazılamayan bütün görseller şekil adı ile kullanılmalıdır. Tablo ve şekil başlıkları, tablo ve şeklin üst bölümünde yer almalıdır. Başlıklar, tablo ve şekil numarasının altına gelecek şekilde ayrı bir satırda yer almalıdır. Tablo içi başlıklar düz ve sadece ilk kelimenin baş harfi büyük olmalıdır. Kullanılan kısaltmalar ve gerekli açıklamalar çizelge ve şekil altında verilmelidir. Tablolarda punto büyüklüğü en az 9, en fazla 12 olmalıdır. Şeklin içerisinde herhangi bir metnin yer alması durumunda 9 ile 12 punto arasında bir punto büyüklüğünde, Times new roman yazı tipi kullanılmalıdır. Şekilde yer alan verilerin daha anlaşılır olmasını sağlamak için ekstra bilgiler verilmesinin gerekmesi durumunda bu bilgiler şeklin altına eklenmelidir. Başka bir kaynaktan alıntı yapılan (yapılan çalışmadan üretilmeyen) tablo ve şekillerde, tablo ve şekil başlığının sonunda kaynak referans gösterilmeli; kaynakça listesinde yer almalıdır. Makalede kullanılan tablo ve şekillere metin içinde atıf yapılmalıdır. Atıf yapılırken dizgi esnasında oluşabilecek sayfa değişiklikleri ve kaymalar dikkate alınarak "yukarıda/aşağıda" ya da "sayfa X'te yer alan tabloda/şekilde" gibi ifadeler yerine "Tablo /Şekil 2'de yer alan verilere göre..." örneğinde olduğu gibi tablo/şekil numaraları kullanılmalıdır. Cümle sonunda verilen atıflarda nokta, atıf parantezinden sonra konulmalıdır.

6) Kapak Sayfası: Kapak sayfası sırasıyla ortalanmış olarak makale başlığını, yazarlara ait bilgileri (yazarlar sıralı olarak alt alta yazılmalı, her bir yazarın altına çalıştığı kurum, e-posta adresi ve ORCID numarası belirtilmelidir) içermeli; yazışmadan sorumlu yazarın isim ve iletişim bilgilerini ayrıca belirtilmelidir. Yüksek lisans ve doktora öğrencileri lisansüstü eğitim gördükleri üniversite, enstitü ve ana bilim dallarını belirtmelidirler. Çalışma, daha önce bir kongre ya da sempozyumda bildiri olarak sunulmuş ise veya yazarlardan birisinin yüksek lisans veya doktora tez çalışmasından üretilmişse bu sayfada belirtilmelidir.

7) Yazarların katkıları: Kavramsallaştırma, denetim, yazma, inceleme, düzenleme, orijinal taslak hazırlama. (İlgili katkıların yanlarına sadece yazar isim ve soyisimlerinin baş harfleri, büyük harflerle yazılacak. Örneğin; Kavramsallaştırma; AB, KL, Yazma; KL, BH.) Devamında da "Tüm yazarlar yazının yayınlanmış versiyonunu okudu ve kabul etti." yazısı eklenecektir.

Conceptualization, supervision, writing, review, editing, original draft preparation. (Only the initials of

the authors' names and surnames will be written in capital letters next to the relevant contributions. For example; Conceptualization; AB, KL, Writing; KL, BH.) It continued: "All authors have read and agreed to the published version of the manuscript." text will be added.

Makale Türleri

A. Araştırma Makaleleri

Bu yazılar daha önce yayınlanmamış, özgün araştırma yazıdır.

Araştırma yazıları;

- Türkçe ve İngilizce başlık,
- Türkçe ve İngilizce 250 kelimeyi geçmeyecek şekilde Özet

Türkçe öz biçimi:

- Amaç
- Gereç ve yöntem
- Bulgular
- Sonuç
- Teşekkür
- Yazarların katkıları
- Çıkar çatışması

İngilizce özet biçimi:

- Objective
 - Materials and methods
 - Results
 - Conclusion
 - Acknowledgment
 - Yazarların katkıları
 - Conflict of interest
 - Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler,
 - Giriş,
 - Gereç ve Yöntem,
 - Bulgular,
 - Tartışma,
 - Sonuç
 - Kaynaklar (en fazla 30 kaynak gösterilebilir.)
- bölümlerinden oluşmalıdır.

B. Olgu Sunumları

Bir ya da daha fazla olgunun klinik değerlendirme açısından bilimsel önemini belirten yazıdır.

Olgu sunumları;

- Türkçe ve İngilizce başlık,
- Türkçe ve İngilizce özetler,
- Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler
- Ana metin (Giriş, Olgu Sunumu ve Tartışma bölümlerini içermelidir),
- Kaynaklar (En fazla 15 kaynak gösterilebilir),
- Tablo/şekil/resim bölümlerinden oluşur.

Olgu sunumlarının özeti bölümlere ayrılmış olmayıp 250 kelimeyle, yazının ana metni de 1500 kelimeyle sınırlıdır.

C. Derleme

Belirli bir konuyu tanımlamak, ana hatlarıyla özetlemek, alanyazındaki boşlukları vurgulamak gibi amaçlarla yazılan alanla ilgili yeni ve güncel bilgileri içeren derleme makalelerinde “Giriş” bölümünden sonra ana ve alt başlıklar halinde konu detaylandırılır. Derleme makalelerde “Sonuç” bölümü mutlaka yer alır. Derleme makalelerde incelenen kaynakların ağırlıklı olarak son 5 yıla ait olması gerekir. Derleme çalışmalarında “iyi bir tarama yapılması, tarafsız bir gözle değerlendirilmesi, belirli bir analiz ve sentez yapılması” gereklidir.

Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi’nde doğrudan veya davet ile gönderilen bilimsel yazılardır. Uzmanlık derneklerinin hazırladıkları ve derlemelerden oluşan sayılarda “Konuk Editör” sistemi vardır.

Derlemeler:

-Türkçe başlık

-Türkçe özet

-Türkçe anahtar kelimeler

-İngilizce başlık

-İngilizce özet

-İngilizce anahtar kelimeler

bölümlerinden oluşur ve yazar sayısı en fazla beş, metin dosyası en fazla 4000 kelime, kaynak sayısı da 40 ile sınırlıdır.

D. Editöre Mektup

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

E. Kaynaklar

1. TFK dergisinde yer alan makalelerden en az 1 tane atıf yapılmalıdır. (At least one citation must be made from the articles in the TFK journal/Journal of Medical Clinics)

2. Tüm kaynaklar yazı içinde sıralı olarak belirtilmelidir.

3. Dörtten fazla yazarı olan yazılarda ilk üç isimden sonra “et al.” ibaresi kullanılmalıdır.

4. Dergi isimleri Index Medicus’da kullanılan biçimde kısaltılmalıdır.

Dergi: Yazar A, Yazar B, Yazar C. Makalenin başlığı. Dergi adının kısaltılması Yıl; Cilt: Sayfa(lar).

Kitap: Yazar A, Yazar B, Yazar C. Bölüm başlığı. In: Editör A, Editör B, Editör C, eds. Kitabın adı. Kaçmıncı baskı olduğu. Yayımlanma yeri: Yayınevi; Yıl. Sayfa(lar).

Örnekler:

Dergi Yazıları

Dergi: Knyazev GG, Bocharov AV, Levin EA, Savostyanov AN, Slobodskoj-Plusnin JY. Anxiety and oscillatory responses to emotional facial expressions. Brain Res 2008 28;1227:174-88. doi: 10.1016/j.brainres.2008.06.108.

Kitaplar

Kitap bölümü: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and Management içinde. 2nd Ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-478.

Kitap: Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2002. p.768.

Web Örneği

Hunzeker CM, Fangman W, Latkowski JM. Folliculotropic mycosis fungoides. Dermatology Online Journal. Available at:<http://dermatology.cdlib.org/131/>.

Yazışma
Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi

Editör

Prof. Dr. Hakkı DALÇIK

İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Florya Yerleşkesi (Halit Aydın Yerleşkesi)

Beşyol Mah.Inönü Cad.No: 38
Sefaköy-Küçükçekmece / İSTANBUL
Tel: +90 444 1 428 / 52503
E-posta: tfk@aydin.edu.tr

AUTHOR GUIDELINES

1. Scope and Purpose

The Journal of Medical Clinics is the scientific publication of Istanbul Aydın University School of Medicine. It is published three times a year, in March, July, and November.

The Journal of Medical Clinics is an international journal based on the principles of “double-blind” peer review, publishing original research articles, reviews, editorials, and case presentations in all fields of medicine, both clinical and basic sciences.

There are no submission or processing fees for articles submitted to the Journal of Medical Clinics. No fees or compensation are required for published articles.

The journal aims to publish research, original studies, reviews, and case reports contributing to the national and international level in basic medical sciences and clinical specialties.

2. Publication Evaluation Policy

Before submission to our journal, articles must undergo a plagiarism check by the author through “intihal.net” for ethical compliance. This requirement does not include papers presented at scientific meetings and published as abstracts; however, in such cases, the name, date, and location of the conference where the paper was presented must be specified. If the article includes previously published material such as quoted text, tables, or images, the author must obtain written permission from the copyright holder and acknowledge this in the article.

In international indexes and databases, the English name of Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi is “Journal of Medical Clinics.”

The format of the articles should be prepared according to the “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications” rules (www.icjme.org).

The scientific and ethical responsibilities of the articles belong to the authors, while the copyright belongs to Istanbul Aydın University. Authors are responsible for the content of the articles and the accuracy of the sources. Authors must submit the consent form indicating the transfer of publication rights (Authorship Contributions, Publication Rights Transfer, Financial Assistance, and Acknowledgment-Acceptance Permission Form) to the journal editorial office properly filled out. This form can be accessed from the journal’s website (<http://www.iautipklinikleri.com>). By signing and submitting this document to the journal, all authors guarantee that the submitted work has not been published in or is under review for publication in another journal, and they declare their scientific contribution and responsibility. After this stage, new authors cannot be added to the article, and changes cannot be made to the order of author names.

For experimental, clinical, and drug research submitted for publication in Journal of Medical Clinics that require approval from an Ethics Committee, an Ethics Committee Approval Report in accordance with the Helsinki Declaration is necessary. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>

In experimental animal studies, authors must declare that they have protected animal rights in accordance with the “Guide for the care and use of laboratory animals” (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) and obtain Ethics Committee Approval from their institutions. The Ethics Committee approval and “Informed Consent Form” must be explicitly stated in the “Materials and Methods” section of the research (along with the ethics approval number). The compliance of articles with ethical rules is the responsibility of the authors. During the evaluation process, if deemed necessary, the editor may request a copy of the

Ethics Committee approval from the authors.

Articles will be checked for plagiarism, misleading information, and duplicate publication during the evaluation process, and sanctions will be applied if unethical situations are detected. Sanctions will be determined in accordance with the rules of the Committee on Publication Ethics (COPE). In addition, to prevent plagiarism, all articles undergo plagiarism screening using plagiarism detection software before publication.

3. Article Submission

Authors submit their articles through the journal's online article submission system (<http://www.iautipklinikleri.com>). In all submissions, the Authorship Contributions, Publication Rights Transfer, Financial Assistance, and Acknowledgment-Acceptance Permission Form must be completed and submitted. By filling out the consent form, authors declare that they transfer the copyright of their articles to Journal of Medical Clinics, disclose their scientific contributions and responsibilities, and disclose any financial or other relationships that may lead to conflicts of interest. The corresponding author's email address and the type of the article (research, review, case presentation, etc.) should be indicated in the submitted manuscript. All authors must participate in the publication with a collective signature declaring their scientific contributions and responsibilities and stating that there is no conflict of interest. Even if partial financial or similar assistance is provided to the research, the institutions, organizations, or pharmaceutical/medical equipment companies providing such assistance should be acknowledged in a footnote. Articles that are not accepted for publication will not be returned to the authors.

4. Peer Review

Journal of Medical Clinics is a periodic publication that adheres to the principles of independent, unbiased, and double-blind peer review. The editor has the authority to return articles that do not comply with publication conditions to the author for correction, formatting, or rejection. Submitted articles undergo review by the editor, associate editors, and at least two reviewers, and they are published after any necessary revisions have been made by the authors.

The authority to select reviewers lies entirely with the editor and the editorial board. Reviewers may be selected from the national or international advisory board of the journal, or independent reviewers from domestic or foreign sources may be chosen based on the subject matter of the article. Authors are considered to have accepted the revisions made by the editor, associate editors, or reviewers in accepted articles, provided that no fundamental changes are made to the text.

Writing Rules

Author Responsibilities

Before the articles are sent to our journal, they must be scanned by the author on "intihal.net" for ethical compliance.

The adherence of articles to scientific standards is the responsibility of the author(s). All author(s) should have a direct academic or scientific contribution to the submitted article.

The author(s) identified for a manuscript must possess the following qualifications:

- (1) They should have been involved in the conception, planning, methodology, data collection, data analysis/interpretation, drafting of the manuscript, critical review of the content, final approval, and accountability stages of the research presented in the article.
- (2) They must approve the final version of the article.

If the publication contains any direct or indirect commercial connections or if the research received material support from an organization, the author(s) must disclose in the submission page to the editor whether they have any commercial relationships with the products, drugs, companies, etc., used in the study or if such relationships exist (e.g., consulting, other agreements). In case of possible scientific errors or allegations

of ethical violations encountered during the review of the submitted research, the journal reserves the right to submit the manuscript to investigations conducted by supporting institutions or other authorities. The journal accepts the responsibility for ensuring proper follow-up of the issue but does not assume the authority to make decisions regarding the actual investigation or errors.

Abbreviations

Abbreviations used in the article should be in internationally accepted forms, written out in full at their first occurrence, and followed by the abbreviated form in parentheses. Drug names should be written in their generic names with Turkish pronunciation. Laboratory measurements should be reported using the International System of Units (SI units).

Statistical Evaluation

The adherence of articles to bio-statistical rules are the responsibility of the author(s). All retrospective, prospective, and experimental research articles should be bio-statistically evaluated and appropriately planned, analyzed, and reported. P-values should be clearly stated in the articles.

Language

The publication language of the journal is Turkish and English. For Turkish articles, writing should follow the guidelines of the Turkish Language Institution's Turkish Dictionary or Writing Guide (www.tdk.gov.tr).

English articles and abstracts should be professionally proofread for grammar rules before submission to the journal. Additionally, any writing and grammar errors in the submitted articles are corrected by our editorial committee without touching the content of the article. The compliance of articles with writing and grammar rules are the responsibility of the authors.

The Types and Characteristics of Articles to be Submitted to the Journal

The Journal of Medical Clinics publishes articles prepared according to the rules known as the "Vancouver style" (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. New England Journal of Medicine, 1997;336:309-315).

The format of the articles should consist of the following sections:

"Cover Page," "Main Text," "Plagiarism Report (should not exceed 20%)," "Ethical Approval Letter," "Copyright Form," and if necessary, "Appendices."

Scientific research-based original articles must include the following sections: "Title," "Abstract," "Keywords," "Introduction," "Materials and Methods" "Results," "Discussion," "Conclusion," and "References." The "Results" and "Discussion" sections can be combined if necessary (Results and Discussion).

1) Article Title: The article title should reflect the content of the text. It should be written in sentence case, with only the first letter of each major word capitalized. The font size should be 14 points, in Times New Roman font, centered and in bold. There should be a 2-line space after the title.

2) Turkish-English Abstract and Keywords: For articles written in Turkish, the Turkish title and abstract (özet) should be provided first, followed by the English title and abstract. For articles written in English, there is no requirement for a Turkish title and abstract. The abstract of the article should clearly and concisely express the aim, method and scope of the subject, comprising a minimum of 100 and a maximum of 250 words. It should be written in 10-point font, Times New Roman, format.

Underneath the Turkish and English abstracts, at least 3 and up to 5 keywords relevant to the study should be written. Whenever possible, alternative keywords should be generated instead of using words from the article title. The keywords can include synonyms or similar terms related to the words used in the title. Keywords should be written in lowercase (with the first letter of the first keyword capitalized) and separated

by commas.

3) Text: The text should be written in Microsoft Word, using A4 paper size (210 x 297 mm) with 2.5 cm margins on the left, right, bottom, and top. The font size should be 12 points, and the font type should be “Times New Roman.” The text should have a line spacing of 1.5, and there should be no extra space between paragraphs. The text should be justified on both sides. In the text, abbreviations can be used for frequently repeated and long names specific to the subject of the article. The first use of an abbreviation should be spelled out clearly, followed by the abbreviation in parentheses. In subsequent uses only, the abbreviation should be used. However, in the title and abstract sections, abbreviations should be avoided as much as possible.

For fractional numbers, use a comma as the decimal separator in Turkish text and a period in English text (e.g., 25,25 for Turkish, 25.25 for English). Percentages should be written without a space between the number and percentage sign (e.g., 25% for both Turkish and English).

In general usage throughout the text, a space should be placed before parentheses. Headings in the article should all be left-aligned and written in bold font. Headings and subheadings should not be numbered. They should be as concise as possible. In the first-level headings, the initial letter of each Word should be capitalized. Second and third-level headings should have only the first Word capitalized, with third-level headings in italics. Fourth-level headings should not be used. Latin names should be written in italics. The total number of pages, excluding references, should be between 5 and 12. In articles with extensive content, an increase in the page count may be allowed with the approval of the editorial board.

4) References and Footnotes: References should be provided in the text using the parenthetical numbering method, and they should be listed and numbered in the “References” section

5) Tables and/or Figures: Tables should have a number and a title, and they should be numbered separately, with each having its own sequence number. The table number should be bold, the table title should be in normal font, and both should be written in 10-point Times New Roman font aligned to the left. No period should be placed at the end. Photographs images, graphs, maps, diagrams, drawings, or any other visuals that cannot be reproduced in typesetting should be referred to as “Figure” and used with a figure title in the text. Table and figure titles should be located at the top of the table or figure. The titles should be on a separate line below the table or figure number. Table headers should be plain, and only the first letter of each word should be capitalized. Abbreviations used and necessary explanations should be provided below the table or figure. The font size in tables should be at least 9 and at most 12 points. If any text is included within a figure, a font size between 9 and 12 points in Times New Roman font should be used. If additional information is needed to make the data in the figure clearer, it should be added below the figure. In tables and figures taken from another source (not created by the current study), a reference to the source should be provided at the end of the table or figure title and included in the reference list. Tables and figures used in the article should be cited in the text. When citing them, instead of using expressions like “above/below” or “in the table/figure on page X,” use the table/figure numbers, such as “According to Table/Figure 2...” as an example. In-text citations at the end of sentences should have the period placed after the citation in parentheses.

Cover Page

The cover page should contain, in the following order and centered, the article title, information about the authors (authors should be listed one below the other, and each author’s affiliated institution, email address, and ORCID number should be provided), and the name and contact information of the corresponding author. Master’s and doctoral students should also indicate the university, institute, and department of their graduate studies. If the study has been previously presented at a conference or symposium or if it is derived from a master’s or doctoral thesis of one of the authors, this should be specified on this page.

Contributions of Authors

Conceptualization; AB, KL, Writing; KL, BH, Review; [Author Initials], Editing; [Author Initials], Preparation of Original Draft; [Author Initials]. (Author initials should be written in capital letters next to the relevant contributions. For example; Conceptualization; AB, KL, Writing; KL, BH.) Following that, the statement “All authors read and approved the published version of the article.” will be added.

Types of Articles

1. Research Articles

These articles are original research papers that have not been previously published. Research articles should include the following sections:

- Turkish and English Titles
- Abstracts in Turkish and English, not exceeding 250 words

Turkish abstract format:

- Amaç
- Gereç ve yöntem
- Bulgular
- Sonuç
- Teşekkür
- Yazarların katkıları
- Çıkar çatışması

English abstract format:

- Objective
- Materials and methods
- Results
- Conclusion
- Acknowledgment
- Contributions of authors
- Conflict of interest
- Turkish and English keywords,
- Introduction
- Materials and method
- Results
- Discussion
- Conclusion
- References (up to 30 references)

2. Case Reports

Case reports are papers that emphasize the scientific importance of one or more cases from a clinical evaluation perspective.

Case reports should include the following sections:

- Turkish and English titles
- Turkish and English abstracts
- Turkish and English keywords
- Main text (including Introduction Case Presentation and Discussion sections)
- References (up to 15 references)
- Consists of Tables/Figures/Images Sections.

The main text of case reports should not exceed 1500 words, and the abstract should be in a single paragraph with a word limit of 250 words.

3. Review Articles

Review articles are written with the aim of defining a specific topic, summarizing it with an overview, and highlighting gaps in the existing literature. They include new and up-to-date information related to the field. In review articles, after the “Introduction” section, the topic is detailed with main and subheadings. Review articles must include a “Conclusion” section. The majority of the sources examined in review articles should be from the last 5 years. A good review article requires a comprehensive search, unbiased evaluation, and specific analysis and synthesis.

In the Journal of Medical Clinics, review articles are either directly submitted or invited by the editorial board. Special issues consisting of reviews prepared by professional organizations follow the “Guest Editor” system.

Review articles include the following sections:

- Turkish title
- Turkish abstract
- Turkish keywords
- English title
- English abstract
- English keywords

The number of authors should not exceed five, the text file should be limited to 4000 words, and the number of references should be limited to 40.

4. Letter to the Editor

“Letters to the Editor” are articles of up to 500 words that contain readers’ different opinions, experiences, and questions related to the articles published in the journal within the last year. The number of references is limited to 5. There are no title and abstract sections. The letter should specify which article it is dedicated to (with issue number and date) and end with the author’s name, institution, and address. If a response to the letter is given, it will be published in the journal, either by the editor or the author(s) of the article.

References

1. At least one citation must be made from the articles in the TFK journal/Journal of Medical Clinics.
2. All references should be listed in the text in sequential order.
3. For articles with more than four authors, the abbreviation “et al.” should be used after the first three names.
4. Journal names should be abbreviated as used in Index Medicus.

Journal: Author A, Author B, Author C. Title of the article. Abbreviation of the Journal name Year; Volume: Page(s)

Book: Author A, Author B, Author C. Title of the chapter. In: Editor A, Editor B, Editor C, eds Title of the book. Edition number. Place of publication: Publisher; Year. Page(s)

Examples

Journal Articles:

Journal: Knyazev GG, Bocharov AV, Levin EA, Savostyanov An, Slobodskoj-Plusnin JY. Anxiety and oscillatory responses to emotional facial expressions. *Brain Res.* 2008 Oct 28; 1228:174-99. DOI: 10.1016/j.brainres.2008.07.108.

Books:

Book Chapter(s): Phillips SJ, Whisnant JP. Hyper tension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management.* 2nd Ed. New York: Raven Press; 1996. P. 465-478.

Book: Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. *Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment,*

and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2002. P.768.

Web Example

Hunzeker CM, Fangman W, Latkowski JM. Folliculotropic mycosis fungoides. Dermatology Online Journal. Available at: <http://dermatology.cdlib.org/131/>.

Correspondence
Journal of Medical Clinics

Editor

Prof. Dr. Hakkı DALÇIK

Istanbul Aydın University, Faculty of Medicine, Florya Campus (Halit Aydın Campus)

Beşyol Mah.Inönü Cad.No: 38

Sefaköy-Küçükçekmece / İSTANBUL

Telephone: +90 444 1 428 / 52503

E-mail: tfk@aydin.edu.tr



Her türlü bilgiye
düşünce gücünüzle
bilgi marifetinizle
teknolojiyle ulaşabilirsiniz.

"Aydınlık bir gelecek"