

# JOURNAL OF 5N1QUALITY

E-ISSN:2980-1265

YEAR: 2023



 [www.5n1quality.com](http://www.5n1quality.com)

 [editor@5n1quality.com](mailto:editor@5n1quality.com)

## KÜNYE

Journal Name / Deği Adı	JOURNAL OF 5N1QUALITY
E-ISSN	2980-1265
Publication Type / Yayım Türü	Sürelî Yayın, 4 Ayda Bir Yayınlanır
Publisher / Yayıncı	Ali Arslanoğlu
Contact / İrtibat	editor@5n1quality.com www.5n1quality.com
Editor in Chief / Baş Editör	Associate Professor Ali ARSLANOĞLU, University of Health Sciences, Turkey
Technical Editor and Layout / Teknik Editör ve Mizanpaj	Mustafa ERDOĞAN, Turkey
Journal Secretariat / Dergi Sekreteryası	Betül DEMİRCİ, Turkey
Language Editors / Dil Editörleri	Ahmet Zeki İZGÖER, Turkey (Türkçe) Hasan Giray ANKARA, Turkey (İngilizce)

About the Journal / Dergi  
Hakkında

**Journal of 5N1QUALITY (J5N1Q);** is an international peer-reviewed scientific journal and published in accordance with the principles of independent, impartial and “double-blind reviewer”.

The main objective of the journal is to publish original and high-quality studies created by researchers to contribute to the literature. Primarily quality and accreditation in health all studies in the field of health, and studies related to health in the field of social sciences and sciences are within the scope of the journal.

It publishes original research, review, original image, case report, letters to the editor and editorial articles are published in the journal.

The languages of publication of the journal are Turkish and English.

It is an open access journal. It is published in the electronic environment 3 times a year (March-July-November).

All authors and readers have free access to articles

**Journal of 5N1QUALITY (J5N1Q);** bağımsız, tarafsız, “çift kör hakemlik” kurallarına uygun olarak yayın yapan uluslararası hakemli bilimsel bir dergidir.

Derginin esas amacı, araştırmacılar tarafından literatüre katkı sağlayacak şekilde oluşturulan özgün ve yüksek kaliteli çalışmalarını yayınlamaktır. Öncelikle Sağlıkta kalite ve akreditasyon olmak üzere sağlık alanındaki tüm çalışmalar ile sosyal bilimler ve fen bilimleri alanında sağlıkla ilgili yapılan çalışmalar derginin kapsamı alanındadır.

Orijinal araştırma, derleme, orijinal görüntü, olgu sunumu, editöre mektuplar ve editöryal yazılar dergide yayınlanır.

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Açık erişimli bir dergidir. Elektronik olarak yılda 3 sayı (Mart-Temmuz-Kasım) yayınlanmaktadır.

Tüm yazarlar ve okuyucular makalelere ücretsiz erişime sahiptir.



**Journal Title Abbreviation/Derginin kısa adı:**

J 5N1Quality

All responsibility for the submitted and published content rests solely with the author(s). Authors transfer all copyrights to the Journal. Published content can be cited provided that appropriate reference is given.




**About the Journal / Dergi Hakkında**

Gönderilen ve yayımlanan içeriğin tüm sorumluluğu içeriğin yazar(lar)ına aittir. © Yayın hakları yayıncıya aittir. Kaynak gösterilerek alıntılanabilir.

**Journal of 5N1Quality (J5N1Q)** takes the criteria of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Committee on Publication Ethics (COPE) that have been prepared as a guide for authors, referees and editors.

**JJournal of 5N1Quality (J5N1Q)**; yazarlar, hakemler ve editörler için rehber olarak hazırlanmış Uluslararası Medikal Dergisi Editörleri Konseyi (ICMJE) ve Yayın Etik Kuralları (COPE) kriterlerini temel almaktadır.

**INDEXING**

Zenedo OpenAIRE	
Google Scholar	
ResearchBib	



## SCIENTIFIC COMMITTEE / BİLİMSEL HEYET

### EDITOR in CHIEF / BAŞ EDITÖR

**Associate Professor Ali ARSLANOĞLU**  
*University of Health Sciences İstanbul/TURKEY*

### EDITORIAL BOARD / YAYIN KURULU

**Professor Haydar SUR**  
*Üsküdar University, Turkey*

**Professor Nevzat KAHVECİ**  
*Uludağ University, Turkey*

**Professor Nilay GEMLİK**  
*Marmara University, Turkey*

**Professor Umut BEYLİK**  
*University of Health Sciences, Turkey*

**Professor Muhammad Hassan BUCHA**  
*Bahauddin Zakariya University, Pakistan*

**Professor Mümtaz KÖKSAL**  
*Universität Bonn, Germany*

**Assistant Professor Muhammad WAGAS**  
*University of Bradford, UK*

### REVIEWER LIST / HAKEM LİSTESİ

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. H. Nilay GEMLİK	Marmara Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
2	Prof. Dr. Birkan TAPAN	İstanbul Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
3	Prof. Dr. Ali ERDOĞAN	Trakya Üniversitesi	Edirne/Türkiye
4	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
5	Doç. Dr. Fatih ÖZBEY	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
6	Doç. Dr. Yasin UZUNTARLA	Gülhane Eğitim Arş. Hast.	Ankara/Türkiye
7	Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
8	Dr. Öğr. Üyesi Levent YÜCEL	Onbeş Kasım Kıbrıs Üniveritesi	KKTC
9	Dr. Serdal KEÇELİ	Milli Savunma Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
10	Dr. Feyza ÇETİNKAYA KUTUN	Sağlık Bakanlığı	İstanbul/Türkiye



## TABLE OF CONTENTS / İÇİNDEKİLER TABLOSU

*Research Article | Araştırma Makalesi*

<b>Covid-19 salgınında hastane personelinin sosyal damgalanma ile ilgili yaşadığı sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma</b>	
<i>A qualitative research on the problems faced by hospital staff regarding social stigma in the Covid-19 epidemic and solutions suggestions</i>	1-9
Nilay Gemlik, Neslihan Kars, Özgür Çengel	
<b>Türkiye’de kalite yönetimi ve sağlıkta kalite yönetimi lisansüstü programlarında yürütülen derslerin incelenmesi</b>	
<i>Investigation of courses conducted in quality management and health quality management master’s programs in Turkey</i>	10-18
Ali Arslanoğlu, Öznur Yılmaz	
<b>Bilgi güvenliği kapsamında yer alan rol gruplarının değerlendirilmesi</b>	
<i>Evaluation of role groups in the scope of Information security</i>	19-28
Zeynep Yıldız, Hediye Yurttaş, Bülent Ozan	

*Review Article | Derleme*

<b>Palyatif bakım alan onkoloji hastalarında dispne ve değerlendirilmesi</b>	
<i>Dyspnea management in oncology patients receiving palliative care</i>	29-38
Türkan Özdaş, Elif Dönmez	
<b>Sağlık çalışanlarının organ bağışına tutumu</b>	
<i>Attitudes of healthcare professionals to organ donation</i>	39-45
Gözde İnal	





## Covid-19 salgınında hastane personelinin sosyal damgalanma ile ilgili yaşadığı sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma

*A qualitative research on the problems faced by hospital staff regarding social stigma in the Covid-19 epidemid and solutions suggestions*

Nilay Gemlik<sup>1</sup>, Neslihan Kars<sup>2</sup>, Özgür Çengel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Prof. Dr. Marmara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ngemlik@marmara.edu.tr, 0000-0001-5319-4070

<sup>2</sup> Marmara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, neslihankars572@gmail.com, 0000-0003-0691-915X

<sup>3</sup> Prof. Dr. Galata Üniversitesi, Rektörlük, ozgur.cengel@galata.edu.tr, 0000-0001-9112-5076

### Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Prof. Dr. Marmara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi  
Bölümü, ngemlik@marmara.edu.tr,  
0000-0001-5319-4070

### DOI:

10.5281/zenodo.7761243

### Received Date/Gönderme Tarihi:

05.03.2023

### Accepted Date/Kabul Tarihi:

19.03.2023

### Published Online/Yayımlanma Tarihi

23.03.2023

### ÖZ

Sağlıkta damgalama, hastalık tanısı almış bireye/gruba, hastalık ile ilgili olumsuz tutumları ifade etmektedir. Covid-19 tüm dünyayı olumsuz yönde etkileyen, bulaş hızı yüksek ve günümüzde tedavisi kesin olarak bulunamamış virüs kaynaklı bir hastalıktır. Salgın tespit edildikten sonra pandemi ilan edilmiş, sonrasında da damgalama ortaya çıkmıştır. Tanısı konmuş bireyler, bireylerin yakınları, sağlık kurumları ve personeli, ülkeler vb. damgalamaya maruz kalabilmektedir. Damgalanma kişide dışlanmış hissetme, endişe ve suçluluk doğurabilmektedir. Dolayısıyla damgalanmış bireylerin psikolojileri olumsuz etkilenmektedir. Sağlık personeli görevini özveriyle yaparken, sosyal damgalanmayla karşılaşmıştır. Bu bağlamda damgalamanın engellenebilmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

### Anahtar Kelimeler:

Covid-19, Pandemi, Sosyal Damgalama, Sağlık Personeli

### ABSTRACT

Stigmatization in health refers to negative attitudes towards the individual/group diagnosed with the disease. Covid-19 is a viral disease that affects the whole world negatively, has a high rate of transmission, and whose treatment has not been found definitively today. After the epidemic was detected, a pandemic was declared, and then stigma emerged. Diagnosed individuals, relatives of individuals, health institutions and personnel, countries, etc. may be subject to stigma. Stigma can lead to feeling excluded, anxiety and guilt. Therefore, the psychology of stigmatized individuals is negatively affected. In this context, necessary measures should be taken to prevent stigma. Health personnel faced social stigma while performing their duties with self-sacrifice.

### Key Words:

Covid-19, Pandemi, Social Stigma, Healthcare Personnel

## 1.GİRİŞ

Yeni koronavirüs, Çin'de solunum yolu şikâyetleri sebebiyle hastaneye başvuran bireylere yapılan tetkikler sonucunda tanımlanmış virüs kaynaklı bir hastalıktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu virüsün ortaya çıkmasıyla birlikte Dünya Sağlık Örgütü tarafından 30 Ocak 2020'de "Pandemi" ilan edilmiş, 11 Şubat 2020'de ise DSÖ, hastalığın ismini COVID-19 olarak duyurmuştur (WHO, 2020). Türkiye'de 11 Mart 2020'de ilk vaka tespit edilmiştir. Bunun sonucunda Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu tarafından alınması gereken önlemler açıklanmıştır (Gemlik vd., 2021). Salgın küresel çapta etki etmiş, her gün hastalığa yakalanan kişi sayısında ve ölümlerde artış görülmüştür. Dolayısıyla bu süreçte tüm ülkeler çok ciddi önlemler almıştır (Gümüştül ve Aydoğan, 2020: 107).

Reference | Atf : Gemlik, H.N., Kars, N. & Çengel, Ö. (2023). Covid-19 salgınında hastane personelinin sosyal damgalanma ile ilgili yaşadığı sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. Journal of 5N1Quality, 1(1), 1-9.

COVID-19, hızla global bir salgın boyutuna ulaştığından dolayı her meslek grubunda korku ve endişe yaratmıştır (Bakioğlu vd., 2020). Bu süreçte her meslek grubunda virüsün yayılımını engellemek amacıyla belirli kısıtlamalara gidilmesi sonucunda rutin işleyen düzen değişmiştir. Değişen bu rutin düzen, her şahıs için hissedilen korkuyu daha da çoğaltmıştır (Iyengar vd., 2020).

Sağlık personelinin COVID-19 salgını sürecinde, virüse hangi şekillerde maruz kaldığı kesin olarak tespit edilemese de enfekte olmaları, iş dışı çevresel veya toplumsal faktörlerden ziyade, çalışma ortamlarında bulunan enfekte hastalardan kaynaklanmaktadır (Şahan vd., 2019).

Tüm sektörlerin pandemi hazırlığının olması gerekse de pandeminin bütün aşamalarında sağlık personelinin rolü önem taşımaktadır (Imai vd., 2008). Sağlık sisteminin pandemi döneminde tutarlı, hakkaniyetli ve yeterli hizmet sağlaması öncelikle sağlık çalışanlarına bağlıdır. Sağlık çalışanlarının pandemi ile ilgili dört farklı mesleki sorumlulukları vardır. Bunlardan ilki başkalarını enfekte etmekten kaçınma sorumluluğu, ikincisi hastaları tedavi etme sorumluluğu, üçüncüsü kıt tıbbi kaynakları hakkaniyetle kullanma sorumluluğu, dördüncüsü ise zorunlu sosyal izolasyon önlemlerinin sağlanması sorumluluğudur (Selgelid, 2009).

Damga (stigma) terimi, bireyi toplumda normal olarak kabul edilen insanlardan, kabul edilemez olarak ayıran bir tür özellik, bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Duffy, 2005, Adak, 2010). Damga, bir kişi veya bir grup için utanılması gereken bir durumun varlığının veya "anormal" olarak algılandığından kabul edilemezliğin belirtisidir (Taşkın, 2004). Damga, kültürel öğeleri, toplumsal hayatı ve ilişkileri toplumun bir aynası gibi yansıtırken, topluma ve zamana göre değişkenlik göstermektedir (Coleman, 1986).

"Damgala(n)ma" toplum tarafından sapma temelinde ya da farklılıklar ile oluşturulan ve sosyal kontrolün olduğu bir kavramdır. Birey, yaşamını sürdürdüğü toplumun "normal" olarak kabul ettiği değerlerin veya ölçütlerin dışında kaldığı zaman "sosyal damgalama" ortaya çıkmaktadır (Goffman, 2014).

Damgalama sürecinde, kişiler kendisinin güçlü ve farklı olduğunu belirtmek istediğinde karşısındaki kişilere, toplumda normal olarak kabul edilmeyen ("anormal") nitelikler atfederek, utanç verici veya saygınlığını azaltıcı kalıplaşmış düşünceler aracılığıyla onları etiketlemektedir (Taşkın, 2004; Soygür ve Özalp, 2005). Toplumun bu şekilde hoşnutsuzluğunu ussallaştırması, damgalama teorisinin ve bir ideolojinin inşası olarak değerlendirilmektedir. Goffman'a göre üç temel damga türü vardır; fiziksel engeller/şekil bozuklukları, kişilik özellikleri, sınıfsal veya etnik/etnolojik damgalar (Goffman, 2014).

Toplulukların yapısı ve biyokültürel unsurlar, damgalamanın nedenselliği konusunda etkili olabilmektedir. Zira hayatta kalmak ve gen transferi yapmak için grup yaşamının çok gerekli olduğuna değinilmiş ve bireylerin gruba uygun davranmayan, grup içi güveni sarsan, grubu tehdit eden, işlevselliği engelleyen kişileri damgaladıkları öne sürülmüştür. Birey bir başka bireyi etiketleyerek, stereotip, önyargı, ayrımcılık yöntemleriyle damgalama yapabilmektedir (Taşkın, 2004).

Damgalamaya müdahale yöntemleri ve damgalama ile başa çıkma yöntemleri farklılık göstermektedir. Öncelikle damgalama tutumunun yapısı ile ilgili bilgi sahibi olmak, amaca yönelik biçimde damga karşıtı bir program geliştirebilmek için önemlidir. Damgalanma ve ayrımcılık "tehdit" olarak nitelendirilebilir. Damgalanmış olan kişinin bununla başa çıkma stratejisi, tehdidin gücünü azaltabildiği gibi azaltamayabilir de. Tehditler sadece ayrımcılığı direkt olarak yaşamak değil, aynı

zamanda damgalamaya karşı sürekli tetikte olmanın yorucu etkileri ve kötü bir deneyimin ayrımcılıkla ilgili olup olmadığının yaşattığı belirsizlik sürecidir (Thornicroft, 2014). Bu gibi tehditler ve sebep olduğu stresler ile başa çıkma yöntemleri, iki farklı yaklaşım ile mümkündür (Carver vd., 1989). Duygusal odaklı başa çıkma yaklaşımı, olayları olumlu şekilde yeniden yorumlamak, reddetmek veya sosyal destek için araştırma yapmaktır (Carver vd. 1989). Problem odaklı başa çıkma yaklaşımı: Direkt olarak harekete geçmek, yardım aramak, planlamak veya diğer aktivitelerden uzaklaşmaktır (Carver vd., 1989).

Sağlık hizmet sunumu esnasında enfekte olan veya taşıyıcı sağlık personeli ailesine ve iş arkadaşlarına istemsiz bir şekilde zarar verebilmektedir. Öte yandan bahsi geçen durumu yaşayan sağlık personeli görevini yapmaktan vazgeçerse, onun pozisyon açığının başka bir iş arkadaşının kapatması gerekecektir. Sağlık hizmet sunumu ekip çalışması gerektirdiğinden dolayı herhangi bir sağlık personelinin görevinden cayması, hizmet sunumunun aksaması veya sistemin çalışmaması gibi sonuçlar doğurabilir (Selgelid 2009). Bu ve benzeri büyük ölçekli pandemik hastalıklar uzun süreli ve sürekli bir mücadele gerektirdiğinden bu süreçte öncelikle sağlık personelinin sağlığının korunması çok önemlidir (Iyengar vd., 2020).

## 2.YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu araştırma COVID-19 salgınında hastane personelinin damgalanma ile ilgili yaşadığı sorunları tespit edip bu sorunlara yönelik çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılan nitel bir çalışmadır.

### 2.2. Veri Araçları

Araştırmada veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemi, görüşme öncesinde hazırlanmış olan soru formuyla sözlü bir şekilde soruların sorulması ve bu sorulara cevaben verilen yanıtların araştırmacı tarafından kaydedilmesi ile uygulanan iki yönlü, yüz yüze ilişkiye dayanan bir veri toplama metodudur (Çavga, 2019). Derinlemesine görüşme yönteminde yarı yapılandırılmış form kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış form ile yapılan görüşmenin özellikleri, standart ve esnek olmasıdır. Bu özelliği, anket ve testlerdeki sınırlılığı ortadan kaldırıp belirli konu üzerinde yoğunlaşarak derinlemesine bilgi edinmeye yardımcı olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2003). Bu görüşme yönteminde araştırmayı yapan kişi, görüşmenin akışına bağlı olarak alt sorular sorarak görüşme yapılan kişilerin verdiği cevapları detaylandırmalarını isteyebilmektedir (Yalçınar, 2006).

Araştırma verileri Türkiye’de COVID-19 salgını döneminde hastanenin üst yönetiminde ve idari birimlerinde çalışan sağlık personeline yöneltilen sorulara verilen yanıtların incelenmesiyle derlenmiştir.

### 2.3. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamındaki görüşme verilerinin incelenmesinde, içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi yönteminde, toplanan verilerin açıklanmasını sağlayacak olan kavram ve ilişkilere ulaşabilmek hedeflenmektedir. Bu yöntem ile benzer verileri tanımlayan kavram ve temaların ortaya konması sağlanarak, bu verilerin anlaşılabilir biçimde yorumlanması sağlanır (Yıldırım ve Şimşek 2013). İçerik analizinde, verilerin kodlanması, kodlanan verilerin temalarının belirlenmesi, belirlenen kod ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanarak yorumlanması şeklinde analiz yapılır (Baltacı, 2019).



**Tablo 1:** Demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1.	Yaş
2.	Cinsiyet
3.	Öğrenim durumu
4.	Medeni durum
5.	Tecrübe yılı

**Tablo 2:** İdari Birimlerde Çalışan Sağlık Personeline Yöneltilen Açık Uçlu Sorular

1.	Belirsizlik ve alışılan düzenin değişmesi, sürekli değişen yeni koşullar, çalışma şartlarınız, mesleki sorumluluklarınızı yerine getirme süreciniz, sizi nasıl etkiledi? Bu süreci nasıl yönettiniz?
2.	COVID-19 sürecinde sosyal damgalanmaya maruz kaldınız mı ya da şahit oldunuz mu? Bilerek veya bilmeyerek damgalama yaptığınızı düşünüyor musunuz? Yaptıysanız bu konu hakkında şimdi ne düşünüyorsunuz?
3.	Pozitif hastalara hizmet verme nedeniyle potansiyel virüs taşıyıcısı olarak görünmek sizde ne hissettirdi?
4.	Çevrenize ve hastalara maske takılması uyarısında bulunma gerekliliği yaşadınız mı? Uyarılarınıza tepki aldınız mı? Bu durumla nasıl başa çıktınız?
5.	Sizce bu süreç, sosyal damgalanma olmadan, "biz" ve "onlar" ayrımı yapılmadan nasıl yönetilebilirdi? Bu süreç size ne öğretti? Çözüm önerileriniz nelerdir?

### **Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği**

Nitel araştırma yönteminde geçerlilik ve güvenilirlik nicel çalışmalardaki geçerlilik ve güvenilirlikten farklıdır. Nitel çalışmalarda araştırma ve güvenilirlik, araştırmayı yapan kişinin araştırmasını taraf tutmadan ve olduğu haliyle gözlemlemesiyle ve araştırmacının yetkinliğinin de önemi göz ardı edilmeden yapılmaktadır. Ayrıca nitel çalışma yönteminde olasılıklı olmayan amaçlı örnekleme kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2005; Arastaman vd., 2018).

Nitel çalışmada amaçlı örnekleme yönteminde görüşme yapılacak kişiler seçilirken dikkat edilmesi gereken nokta, kişilerin direkt olarak evreni temsil etmelerinden çok araştırma konusu ile doğrudan ilgili olmaları, araştırma konusu hakkında derinlemesine bilgi sahibi ve donanımlı olduğu düşünülen kişiler ile araştırma konusunun derinlemesine görüşülerek çalışılması önemlidir (Karataş, 2017).

Sonuçların güvenilirliğini sağlamak için ise, görüşmeyi yapan kişilerden farklı araştırmacıların da aynı görüşme sorularını aynı şekilde kodlamaları gerekmektedir (Stemler, 2001).

Bu araştırma yedi farklı kişi ile görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan kişilerin vermiş olduğu cevaplar doğrultusunda veriler kodlanıp bu kodlamalara göre temalar belirlenmiştir. Kodlama ve temaların oluşturulmasında görüşme yapılan kişilerin cevaplarından fikir birliği yürütülmüş ve oluşabilecek sorunların önüne geçilmiştir.

### 3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan üst yönetimde ve idari birimlerde çalışan hastane personeline Tablo 2'deki sorular sorulmuş ve alınan cevaplara göre tablolar oluşturulmuştur.

**Tablo 3:** Pandeminin Sağlık Personeline Hissettirdikleri

	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Alışılan düzenin ve çalışma şartlarının değişmesinden dolayı hissedilen stres	11	%45,83
Sürecin belirsizliği konusunda hissedilen kaygı	6	%25
Hastanede risk altında çalıştıklarından dolayı sağlıkları konusunda duyulan endişe	4	%16,66
Süreç yönetiminde, sağlık personeli olarak sorumluluk hissetmek	2	%8,33
Personele psikolojik destek vermenin gerekliliği	1	%4,16

Araştırmaya katılanlara “Pandeminin Sağlık Personeline Hissettirdikleri” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar; “Alışılan düzenin ve çalışma şartlarının değişmesinden dolayı hissedilen stres” söylemi 11 kez (%48,83) tekrarlanmıştır. “Sürecin belirsizliği konusunda hissedilen kaygı” ise 6 kez (%25) tekrarlanmıştır. Pandemi döneminde sağlık çalışanları stres ve kaygıdan bahsetmektedir.

**Tablo 4:** Sağlık Personelinin Damgalamaya Bakış Açısı

	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Diğer sektörlere kıyasla sağlık personelinin daha çok damgalanması	12	%33,33
Diğer sektörlerde izin kullanılabiliyorken sağlık sektöründe izin kullanma/ uzaktan çalışma veya esnek çalışma gibi haklarının olmaması	9	%25
Kendi sağlıklarını riske atarak çalışma mecburiyetlerinin olması	8	%22,22
İş yükünün artması ve sağlık personelinin kendi alanı hariç işleri de yapmak zorunda kalması	3	%8,33
Diğer sektör çalışanlarına göre psikolojik açıdan baskı hissetme	3	%8,33
Küçük yerleşim yerlerinin büyük yerleşim yerlerini damgalaması	1	%2,77

Araştırmaya katılanlara “Sağlık Personelinin Damgalamaya Bakış Açısı” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar; “Diğer sektörlere kıyasla sağlık personelinin daha çok damgalanması” söylemi 12 kez (%33,33) tekrarlanmıştır. “Diğer sektörlerde izin kullanılabiliyorken sağlık sektöründe izin kullanma/uzaktan çalışma veya esnek çalışma gibi haklarının olmaması” ise 9 kez (%25) tekrarlanmıştır. “Kendi sağlıklarını riske atarak çalışma mecburiyetlerinin olması” ise 8 kez (%22,22) tekrarlanmıştır. Pandemi döneminde sağlık çalışanları kendi sektörlerinde damgalanmanın diğer sektörlere göre daha fazla olduğundan bahsetmektedir.

**Tablo 5:** Sağlık Personelinin Pandemi Virüs Yayma Potansiyelleri ile İlgili Görüşleri

	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Hastane personeli olduklarından dolayı ev halkıyla bile mesafeli olmalarının gerekmesi	8	%50
Pandemide sağlık personelinin toplu taşıma araçları / vasıtaları kullanmasının virüs yayılımını arttırdığı	5	%31,25
Covid-19 aşısının bulunmasıyla insanların kaygısının azaldığı	3	%18,75

Araştırmaya katılanlara “Sağlık Personelinin Pandemi Virüs Yayma Potansiyelleri ile İlgili Görüşleri” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar; “Hastane personeli olduklarından dolayı ev halkıyla bile mesafeli olmalarının gerekmesi” söylemi 8 kez (%50) tekrarlanmıştır. “Pandemide sağlık personelinin toplu taşıma kullanmasının virüs yayılımını arttırdığı” ise 5 kez (%31,25) tekrarlanmıştır. “Covid-19 aşısının bulunmasıyla insanların kaygısının azaldığı” ise 3 kez (%18,75) tekrarlanmıştır. Pandemi döneminde sağlık çalışanları ev halkıyla mesafeli olmaları gerektiğini ve toplu taşıma kullanmaları nedeniyle virüsü yaydıklarından bahsetmektedir.

**Tablo 6:** Sağlık Personelinin Pandemi Döneminde Sosyal Damgalanma Konusunda Çözüm Önerileri

	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Yönetici kurumlar sağlık politikalarını daha yeterli olacak şekilde hazırlayarak süreci profesyonelce yönetebilirdi.	16	%57,14
Hastaneler, tüm sağlık personeli dâhil karantinaya alınmalıydı veya sağlık personeli vardiyalı çalıştırılmalıydı.	6	%21,42
Yönetici kurumlar, olası bir pandemi ihtimaline ekonomik açıdan önceden hazır olmalıydı.	4	%14,28
Sağlık personelinin toplu taşıma kullanması engellenmeliydi.	2	%7,14

Araştırmaya katılanlara “Sağlık Personelinin Pandemi Döneminde Sosyal Damgalanma Konusunda Çözüm Önerileri” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar; “Yönetici kurumlar sağlık politikalarını daha yeterli olacak şekilde hazırlayarak süreci profesyonelce yönetebilirdi” söylemi 16 kez (%57,14) tekrarlanmıştır. “Hastaneler, tüm sağlık personeli dâhil karantinaya alınmalıydı veya sağlık personeli vardiyalı çalıştırılmalıydı” ise 6 kez (%21,42) tekrarlanmıştır. “Yönetici kurumlar, olası bir pandemi ihtimaline ekonomik açıdan önceden hazır olmalıydı” ise 4 kez (%14,28) tekrarlanmıştır. Pandemi döneminde sosyal damgalanma konusunda çözüm önerisi olarak sağlık politikaları ile daha iyi yönetilebileceğini belirtmişlerdir.

#### 4.TARTIŞMA

Bu çalışmada, Covid-19 salgınında hastane personelinin damgalanma ile ilgili yaşadığı sorunlar tespit edilip bu sorunlara yönelik çözüm önerilerinin bulunması amaçlanmıştır. Araştırmada idari birimlerde çalışan hastane personeli ve hastane üst yönetiminde çalışan Müdür Yardımcısı olmak üzere 7 kişi ile amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerin çözümlenmesi içerik analiz yöntemiyle gerçekleşmiştir. Araştırma sonucunda öne çıkan bulgular ve bunlara yönelik öneriler şu şekildedir:

Yapılan içerik analiz yöntemi sonucunda idari birimlerde ve üst yönetimde çalışan hastane personelinin verdiği cevaplarda, pandeminin sağlık personeline hissettirdikleri, damgalamaya bakış açıları, sağlık personelinin pandemi virüs yayma potansiyelleri ile ilgili görüşleri, pandemi dönemindeki sosyal damgalama konusundaki çözüm önerilerinden bahsettikleri görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda verilen yanıtlar 4 farklı kategoriye ayrılmıştır.

Çalışanlar, pandemi sürecinde sağlık personeli olarak hissettikleri konusunda en çok alışılan düzenin ve çalışma koşullarının değişmesinden dolayı stresli bir dönem geçirdiklerini, sürecin belirsizliğinden kaynaklanan kaygıdan, hastanede diğer sektörlere göre daha fazla risk altında çalıştıklarından dolayı sağlıkları konusunda endişeli olduklarından, pandemi sürecinin yönetiminde sağlık personeli olarak insanlara karşı sorumluluk hissettiklerinden ve bu süreçte personele psikolojik destek vermenin gerekliliğinden bahsetmişlerdir. Bu hisler sonucunda sağlık personelinin, psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilendiği sonucuna varılmıştır. Bu olumsuzlukların hayatlarındaki yansımaları şu şekillerde belirtilmiştir: Korku, kaygı, endişe, üzüntü, hayata karşı isteksizlik, kendi sağlıklarını korumaya çalışırken aynı zamanda hizmet vermek mecburiyetinde kalmaktan dolayı hissedilen sorumluluk duygusu vb.

Çalışanların sosyal damgalamaya bakış açıları konusunda yöneltilen sorulara karşılık en çok verilen cevap, diğer sektörlere kıyasla sağlık personelinin daha çok damgalanması olmuştur. Bu konuda, potansiyel virüs taşıyıcılarına hizmet verilen yerde çalışmalarından dolayı risk altında çalışmanın hem kendileri için doğurduğu olumsuzluklardan hem de aileleri ve yakın çevrelerine virüs bulaştırma riskinden dolayı duydukları endişe ve korkudan bahsetmişlerdir. Çalışanlar tarafından, sağlık personeli olduklarından dolayı virüs yaymaktan korktukları için kendilerini dış çevreden soyutlamanın, sosyal hayatlarının bitmesi ve yalnız hissetmeleri sonucunu doğurduğu belirtilmiştir. Diğer sektörlerde pandemi sürecinde izin kullanma veya uzaktan/esnek çalışma gibi seçenekler varken sağlık sektöründe sağlık personelinin bu haklardan mahrum bırakılması, pandemi sürecinde iş yükünün artmasından dolayı sağlık personelinin kendi alanı hariç işleri de yapmak zorunda kalması ve diğer sektör çalışanlarına göre psikolojik açıdan baskı hissetmesi gibi konulara değinmişlerdir. Pandemi sürecinin ilerleyen evrelerinde aşının bulunması ve aşılanmanın artmasıyla birlikte insanların bulaş kaygısının azaldığı, bunun sonucunda da kendilerini daha az risk altında hissettiklerini ve damgalamanın da azaldığını belirtmişlerdir. Bu süreçte sağlık personeli olarak virüs yayılımını engellemek adına yakın çevrelerinde aşı karşıtı olanları veya aşı olmaktan kaçınanları ve aşı olup/olmayıp maske takmayanları uyardıklarını bildirmişlerdir.

Sağlık personelinin damgalanması konusunu, görüşme yapılan çoğu kişi haksız bulurken; damgalama yapılmadan sürecin yönetilemeyeceği fikrinde olan çalışanlar da olmuştur. Görüşme yapılan sağlık çalışanlarından hiçbiri bilerek veya bilmeyerek damgalama yapmadıklarını bildirirken, pandemi sürecinde hastane idari birimlerine gelen kişilerin birime alınmayıp koridordan görüşmelerini söylemeleriyle bilmeyerek damgalama yaptıkları sonucuna varılmıştır. Damgalamanın sağlık personelinin psikolojik açıdan olumsuz etkilediği herkesçe kabul edilirken, aynı zamanda damgalama yapılmadığı sürece kişilerin virüs yayılımını arttıracığı ve böylelikle sürecin daha kötü bir hale geleceğini bildirmişlerdir. Örnek olarak Covid-19 hastası bir çalışanın fiziken yanında olarak psikolojik açıdan iyi hissetmesini sağlamanın doğru olmadığını, bunun yerine uzak bir ilişki sürdürerek telefon, mesaj vs. aracılığıyla o kişinin yanında olduğunu hissettirmenin doğru olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca küçük yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin, büyük yerleşim yerlerindeki nüfus yoğunluğundan kaynaklı virüs yayılımının daha hızlı olmasından korktukları için küçük yerleşim yerlerinin, büyük yerleşim yerlerini damgaladıkları belirtilmiştir.

## 5. SONUÇ

Pandemi sürecinin iyi yönetilememesi konusunda yöneticilerin, kurumların sağlık politikalarını yeterli olacak şekilde hazırlayarak süreci çok daha profesyonel bir şekilde yönetmesi gerektiği konusunun üstünde durulmuştur. Olası bir pandemi ihtimaline ekonomik açıdan önceden hazırlıklı olunması gerekliliği de bir diğer öneri olarak belirtilmiştir.

- Pandemi sürecinde virüs yayılımının engellenmesi sürecinin profesyonelce yönetilmesi konusunda;
- Sağlık personelinin toplu taşıma araçlarını kullanmasının engellenmesi,
- Hastanede çalışanlarının karantinaya alınması veya vardiyalı çalıştırılması,
- Hastanelerin başlı başına karantinaya alınması gibi öneriler sunulmuştur.
- Pandemiye karşı halkı bilinçlendirmenin önemi üzerinde durulmuş, bu konuda eğitimler vermenin gerekliliğinden bahsedilmiştir.

### Yazarların Katkısı

Konu seçimi: HNG,NK,ÖÇ; Tasarım: HNG,NK,ÖÇ; Planlama: HNG,NK,ÖÇ; Veri toplama ve analiz: HNG,NK,ÖÇ; Makalenin yazımı: HNG,NK ÖÇ; Eleştirel gözden geçirme: HNG,NK,ÖÇ.

### Çatışma Beyanı

Yazarlar arasında herhangi bir çatışma beyanı bulunmamaktadır.

## KAYNAKÇA

- Adak N. (2010). Çağın vebası AIDS: HIV/AIDS'e ilişkin damgalama ve ayrımcılık. ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar, 3(2), 1-15.
- Arastaman, G., Öztürk-Fidan, İ. ve Fidan, T. (2018). Nitel Araştırmada Geçerlik ve Güvenirlilik: Kuramsal Bir İnceleme. YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal of Education Faculty), 15(1), 37-75, <http://efdergi.yyu.edu.tr> <http://dx.doi.org/10.23891/efdyyu.2017.61>
- Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. International Journal of Mental Health and Addiction, 1-14. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11469-020-00331-y>
- Carver C. S., Scheier M., & Weintraub J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267-283.
- Coleman L. M. (2006). Stigma: an enigma demystified. 5th Edition, Routledge, New York.
- Cavga, Z. (2019). Lise öğrencilerinde aile yaşam doyumu ile psikolojik dayanıklılık ve sosyal medya kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Duffy L. (2005). Suffering, shame and silence: The stigma of HIV/AIDS. Journal of The Association of Nurses in AIDS Care, 16(1), 13-20.
- Gemlik H. N., Pektaş, A., Arslanoğlu, A. (2021). Qualitative research on twitter journalism during covid-19 pandemic. J Health Pro Res, 3(1), 15-24
- Goffman E. (2014). Damga: Örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar. 6. Baskı, Heretik Yayıncılık, İstanbul.
- Gümüştül, O. & Aydoğan, R. (2020). "Yeni tip koronavirus-covid 19 kaynaklı evde geçirilen boş zaman." Spor Eğitim Dergisi, 4(1), 107-114.
- Imai, T., Takahashi, K., Todoroki, M., Kunishima, H., Hoshuyama, T., Ide, R., Kawasaki, T., Koyama, N., Endo, K., Fujita, H., Iwata, K., Koh, G., Chia, S.E., & Koh, D. (2008). Perception in relation to a potential influenza pandemic among healthcare workers in Japan: implications for preparedness. Journal of Occupational Health, 50(1): 13-23.
- Iyengar, K., Mabrouk, A., Jain, V. K., Venkatesan, A., & Vaishya, R. (2020). Learning opportunities from COVID-19 and future effects on health care system. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14(5), 943-946.
- Karataş, Z. (2017). Sosyal Bilim Araştırmalarında Paradigma Değişimi: Nitel Yaklaşımın Yükselişi. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 1(1), 68-86. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tushad/issue/31792/350444>
- Selgelid, M. J. (2009). Pandethics. Public health, 123(3), 255-9.
- Soygür, H., Özalp, E. (2005). Şizofreni ve damgalama sorunu. Türkiye Klinikleri. 1(12), 74-80.

- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(17).
- Şahan, C., Özgür, E. A., Arkan, G., Alagüney, M. E., & Demiral, Y. (2019). COVID-19 Pandemisi'nde meslek hastalığı tanı kılavuzu. İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020), "Covid-19 Rehberi", [https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/ COVID19\\_REHBERI\\_GENEL\\_BILGILER\\_EPIDEMIOLOJI\\_VE\\_TANI.pdf](https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID19_REHBERI_GENEL_BILGILER_EPIDEMIOLOJI_VE_TANI.pdf) (Erişim Tarihi: 25.05.2022).
- Thornicroft, G. (2014). Toplumun reddettiği: ruhsal hastalığı olan insanlara karşı ayrımcılık. İmaj Yayınevi, Ankara.
- Taşkın, E. O. (2004). Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *3P Dergisi*. 12(3), 5-12.
- WHO, (2020). "Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report–22", [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/ 20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2), (Erişim Tarihi: 25.05.2022).
- Yalçın, M. (2006). Eğitimde gözlem ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2003). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık. Ankara.



## Türkiye’de kalite yönetimi ve sağlıkta kalite yönetimi lisansüstü programlarında yürütülen derslerin incelenmesi

*Investigation of courses conducted in quality management and health quality management master’s programs in Turkey*

Ali Arslanoğlu<sup>1</sup>, Öznur Yılmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doç.Dr.Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü İstanbul/ Türkiye, aliarslanoglu18@gmail.com, 0000-0002-4454-0397

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Yönetimi YL (Tezli), İstanbul/Türkiye, oznur.yilmaz@altinbas.edu.tr, 0009-0001-9136-885X

### ÖZ

Bu çalışmada, Türkiye'deki vakıf ve devlet üniversitelerinin kalite yönetimi yüksek lisans programları ve sağlıkta kalite yönetimi programlarının müfredatlarında yer alan derslerin özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma, Kasım – Aralık 2022 arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Türkiye’de ki devlet ve vakıf üniversitelerine bağlı 13 lisansüstü programı oluşturmuştur. Araştırmacılar, tarafından oluşturulan değerlendirme formu, veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Veriler enstitülerin web sayfalarından ilgili programın ders içeriklerinin taranmasıyla toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı (sayı ve yüzde) istatistikler kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada Türkiye’deki üniversitelerin lisansüstü programları incelendiğinde %6,25’ inde kalite yönetimi lisansüstü programı olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de kalite yönetimi programı bulunan 13 vakıf ve devlet üniversitesinde Sağlıkta Kalite Yönetimi Lisansüstü programı oranı %38,46’ dir. Dersleri yürüten akademik personelin %37,5 profesör, %37,5 doçent’ dir. Öğretim üyelerinin birden fazla derse girdiği göz önüne alınarak ders sayısına göre sayının yeterli olmadığı söylenebilir. Türkiye’deki üniversitelerin lisansüstü programları incelendiğinde kalite yönetimi programlarının sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Sağlıkta Kalite yönetimi programı oldukça az sayıdadır. Uzmanlaşmış bireyler yetiştirmek için erişimin güç olduğu söylenebilir.

### Anahtar Kelimeler:

Sağlıkta Kalite Yönetimi, Lisansüstü Eğitim, Yönetim, Toplam Kalite Yönetimi

### ABSTRACT

In this study, it is aimed to examine the characteristics of the courses included in the curricula of the health quality management master’s programs of foundation and state universities in Turkey. The descriptive and cross-sectional study was conducted between November and December 2022. The universe of the study consisted of 8 graduate programs affiliated with state and foundation universities in Turkey. The evaluation form created by the researchers was used as a data collection tool. The data were collected from the web pages of the institutes by scanning the course contents of the relevant program. Data were analyzed using descriptive (number and percentage) statistics. In the study, when the graduate programs of universities in Turkey were examined, it was determined that 6.25% of them had quality management graduate programs. In 13 foundation and state universities with quality management programs in Turkey, the rate of quality management graduate programs in Health is 38.46%. 37.5% of the academic staff conducting the courses are professors and 37.5% are associate professors. Considering that the faculty members attend more than one course, it can be said that the number is not sufficient according to the number of courses. When the graduate programs of universities in Turkey are examined, it is seen that the number of quality management programs is insufficient. Quality management programs in health are very few. It can be said that access is difficult to train specialized individuals

### Key Words:

Quality Management In Health, Postgraduate Education, Management, Total Quality Management

### Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Yönetimi YL (Tezli), İstanbul/Türkiye, oznur.yilmaz@altinbas.edu.tr, 0009-0001-9136-885X

### DOI:

10.5281/zenodo.7760033

### Received Date/Gönderme Tarihi:

02.03.2023

### Accepted Date/Kabul Tarihi:

19.03.2023

### Published Online/Yayımlanma Tarihi

23.03.2023

## 1.GİRİŞ

Lisansüstü eğitim, bir kişinin lisans eğitimini tamamladıktan sonra takip ettiği eğitimdir (Dilci ve Gürol, 2012). Bu programlar genellikle bir yüksek lisans derecesi veya doktora derecesi almayı içerir. Lisansüstü eğitimin amacı, bireylere belirli bir alan veya disiplinde ileri seviyede bilgi ve kabiliyet kazandırmaktır (Karaman ve Bakırcı, 2010). Bu, belirli bir çalışma alanında uzmanlaşmak, araştırma yapmak, iş olanaklarını iyileştirmek ve kişinin kariyerini ilerletmek gibi çeşitli amaçlar için faydalı olabilir. Lisansüstü eğitim aynı zamanda bireylerin bir konudaki anlayışlarını derinleştirmenin ve araştırma yoluyla alanlarının ilerlemesine katkıda bulunmanın bir yolu olabilir (Baş, 2013)

Reference | Atf : Arslanoğlu, A. & Yılmaz, Ö. (2023). Türkiye’de kalite yönetimi ve sağlıkta kalite yönetimi lisansüstü programlarında yürütülen derslerin incelenmesi. Journal of 5N1Quality, 1(1), 10-18.

Lisansüstü eğitim, bireylerin belirli bir alanda uzmanlaşmalarına, seçtikleri meslekte bilgi ve becerilerini artırmalarına ve iş olanaklarını iyileştirmelerine yardımcı olmaktadır (Dilci ve Gürol, 2012). Ayrıca bireylerin araştırma becerilerini geliştirmelerine ve alanlarında ilerlemelerine katkı sağlamalarına yardımcı olmaktadır (Bülbül, 2003). Ek olarak, lisansüstü eğitim, bireylere diğer profesyonellerle ağ kurma ve sektörlerinde değerli bağlantılar kurma fırsatı sağlamaktadır (İlter, 2020). Son olarak, lisansüstü eğitim, bireylerin kendilerini entelektüel ve kişisel gelişim açısından zorlamalarının bir yolu olabilir (İlter, 2020).

Kalite Yönetimi alanında yüksek lisans derecesi, çeşitli sektörlerde çalışan profesyoneller için önemli bir kimlik bilgisidir. Kalite yönetimi, ürün ve hizmetlerin müşteri beklentilerini karşılama sağlama yardımcı olduğu için birçok kuruluşun çok önemli bir yönüdür (Taner ve Kaya, 2005). Toplam kalite yönetimi modeline; ideali veya mükemmeli amaçlayan, sunulan hizmetlerin kalitesinin sürekli iyileştirilmesini sağlayan ve kurum genelinde iştirake dayanan bir yönetim anlayışı ile kaliteyi bir kurumsal kültür olarak kabul eden tüm çalışanların iştirakini içeren süreçler diyebiliriz (Lüleci vd., 2019).

Kalite Yönetimi alanında yüksek lisans derecesi, bireylere bir kuruluşun ürünlerinin, hizmetlerinin ve süreçlerinin kalitesini etkin bir şekilde yönetmek için gereken bilgi ve becerileri sağlayabilir.

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, kurumların ulusal ve uluslararası belirlenmiş olan kalite standartlarını karşılama veya karşılamayan standartlar için iyileştirme çalışmalarının planlanıp uygulandığı süreçleri içermektedir. Kaliteyi sağlık çalışanlarının tüm süreçlere katıldığı, hastaların beklentilerini karşılama ve tatmin sağlama amaçlayan, sürekli iyileştirmeyi benimseyerek (Arslanoğlu, 2018) sunulan bakımın kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi süreç ve araç içeren stratejik bir araçtır (Albayrak, 2018).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, hastalara güvenli, etkili ve yüksek kaliteli bakım sunmak için bir araç olarak görülebilir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, en iyi uygulamaları uygulayarak, performansı ölçerek ve süreçleri sürekli iyileştirerek hastaların hem güvenli hem de etkili bakım almasını sağlayabilir (Avcı, 2018).

Kalite kavramı; günümüzde, günlük yaşam da dâhil birçok alanda kullanılan ve gerçekleştirilmesi istenen bir kavram olmakla birlikte; kavramın ne olduğu konusunda herkesçe kabul görmüş bir tanımdan bahsedilememektedir.

Kalite farklı tanımları olan bir kavramdır. Joseph M. Juran, kaliteyi “kullanıma uygunluk” sözüyle tanımlarken (Hunt, 1993), Deming (1986) kalitenin bugünkü ve gelecekteki müşteri ihtiyaçlarını hedefleme üzerinde durmaktadır (Lovelock, 1996).

Hastaların yüksek kaliteli bakım almasını sağlamada çok önemli bir rol oynadığı için kalite yönetimi özellikle sağlık sektöründe önemlidir (Lüleci vd., 2019). Sağlık sektöründe kalite yönetimi, sağlık hizmetlerinin güvenliğini, etkinliğini ve verimliliğini sürekli iyileştirmek için süreçlerin ve sistemlerin uygulanmasını içerir (Ağın, 2020).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi önemlidir. Çünkü hastaların güvenli, etkili ve verimli bakım almasını sağlamaya yardımcı olur. Sağlık kuruluşları tarafından sağlanan bakımın kalitesini ölçmek, değerlendirmek ve iyileştirmek için düzenli metot ve süreçlerin kullanılmasını içerir (Kıdak vd., 2015). Sağlık kuruluşları, kalite yönetimi yöntemlerini kullanarak sorunları betimleyebilir ve ele alabilir, genel bakım kalitesini iyileştirebilir ve sonuç olarak hasta sonuçlarını iyileştirebilir.



Genel olarak, sağlık kuruluşlarının hastalarına yüksek kaliteli bakım sağlayabilmelerini ve hizmet ettikleri toplulukların ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini sağlamak için kalite yönetimi esastır (Avcı, 2018).

Kalite alanında yüksek lisans derecesi almak, kalite yönetimi konusundaki bilgi ve uzmanlıklarını geliştirmek isteyen profesyoneller için oldukça faydalı olabilir. Ayrıca kişi kalite yöneticisi veya direktörü olmak gibi liderlik rolü üstlenebilir. Kariyer fırsatlarını genişletebilir ve bireylerin ufkunu açabilir.

Son olarak, kalite alanında bir yüksek lisans derecesi elde etmek, bireylere gelişmiş beceriler, genişletilmiş kariyer fırsatları, artan kazanç potansiyeli, çeşitli ağlar ve topluma katkıda bulunma yeteneği sağlayabilir. Bu denli önemli olması sebebiyle kalite anlamında donanımlı bireylere sahip olmak, bilgi paylaşımını genişletecek ve bir o kadar sürece katkı sağlayacaktır.

## **2.YÖNTEM**

### **2.1 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, Türkiye’deki vakıf ve devlet üniversitelerinin lisansüstü programlarında yer alan Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Kalite yönetimi programlarını, Sağlıkta Kalite yönetimi programlarında yer alan derslerin özelliklerinin incelenmesi, bilgili ve donanımlı bireylerin yetiştirilmesi için yeterliliğinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

### **2.2 Araştırmanın Soruları**

Bu çalışmada;

- Türkiye’de bulunan üniversitelerde kalite yönetimi lisansüstü programlarının sayısı nedir?
- Bu programların ders içeriklerinin benzerlik ve farklılıkları nelerdir?
- Türkiye genelinde kalite alanında bilgili ve donanımlı bireyler yetiştirmek için yeterli alt yapı mevcut mu?
- Programlarda eğitim veren akademisyenlerin bilgi ve donanımları yeterli mi? sorularına cevaplar aranmıştır.

### **2.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini 208 üniversite, örneklemini ise, Kalite yönetimi programı olan 13 lisansüstü programı oluşturmuştur.

### **2.4 Verilerin Toplanması ve Veri Araçları**

Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi’nden (<https://www.yok.gov.tr>) yararlanılarak veriler 2020-2021 Yükseköğretim İstatistiklerinden alınmıştır. 208 vakıf ve devlet üniversitesinin yer aldığı liste elde edilmiştir. Listede yer alan tüm üniversitelerin web sayfalarına erişilerek, üniversitelerin lisansüstü programlarına ulaşılmıştır. Her üniversitenin lisansüstü programları tek tek incelenerek Kalite Yönetimi programları olan üniversiteler değerlendirilmeye alınmıştır. Veriler, kalite yönetimi, sağlıkta kalite yönetimi programlarının web sayfasından ders içerikleri incelenip değerlendirme formuna aktarılarak toplanmıştır.

Araştırmacılar tarafından konuyla ilgili bilimsel yazın taranarak oluşturulan değerlendirme formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Veriler; üniversite adı, enstitü adı, şehir/ülke, üniversite türü, program var/yok, programın adı, tezli/tezsiz, dersin tam adı, zorunlu ya da seçmeli olması, yarıyılı, saati, Avrupa Kredi Transfer Sistemi (AKTS), dersin uygulama durumu, dersin amacı, ders içeriği, dersin konuları, derste kullanılan öğretim yöntemleri, dersin dili, dersi veren öğretim elemanının unvanı ve öğretim elemanın uzmanlık alanı (lisansüstü öğrenimi) olmak üzere 18 ana başlıkta değerlendirilmiştir.

## 2.5 Araştırmanın Etik Yönü

Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi ve üniversitelerin web sayfaları erişime açık olduğundan, herhangi bir etik kurul ve kurum izninin alınması gerekmemiştir.

## 2.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Web sayfalarında ders içeriklerine ilişkin bilgilerin yetersiz olması veya bilgi paketlerinde derslere ilişkin herhangi bir bilginin olmaması nedeniyle verilerin tamamına ulaşılamaması çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

## 2.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde, Microsoft Excel programı kullanılmıştır. Çalışmanın verileri tanımlayıcı (sayı ve yüzde) istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.

# 3.BULGULAR

Türkiye’de 208 üniversitenin web sayfaları incelenerek lisansüstü programlarına erişilmiştir. Türkiye’de %6,25 oranında kalite yönetimi lisansüstü programı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1:** Kalite yönetimi lisansüstü programı bulunan üniversite dağılımı (N: 208)

	N	%
Kalite Yönetimi Lisansüstü Programı Var	13	6,25%
Kalite Yönetimi Lisansüstü Programı Yok	195	93,75%
<b>Toplam</b>	<b>208</b>	<b>100%</b>

Türkiye’de kalite yönetimi programı bulunan 13 vakıf ve devlet üniversitesinde Sağlıkta Kalite Yönetimi Lisansüstü programı oranı %38,46’dır. (Tablo 2).

**Tablo 2:** Kalite yönetimi ve sağlıkta kalite yönetimi programlarının lisansüstü dağılımı (N: 13)

	N	%
Sağlıkta Kalite Yönetimi Programları	5	38,46%
Kalite Yönetimi Programları	8	61,54%
<b>Toplam</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Lisansüstü eğitimi veren 13 kurumun %15,38’inin Sağlık Bilimleri Enstitüsü, %23,07’sinin Fen Bilimleri Enstitüsü, %7,69’unun İşletme İktisadi Bilimler Enstitüsü, %15,38’i Sosyal Bilimler Enstitüsü, %38,46’sı Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nde olduğu belirlenmiştir. %61,53 devlet üniversitesi, %38,46 vakıf üniversitesinde kalite yönetimi lisansüstü programı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Kalite Yönetimi eğitimi veren lisansüstü kurumlarının enstitü türüne ve kurum türüne göre dağılımları (N: 13)

		N	%
Enstitü Türü	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2	15,38%
	Fen Bilimleri Enstitüsü	3	23,08%
	İşletme İktisadi Bilimler Enstitüsü	1	7,69%
	Sosyal Bilimler Enstitüsü	2	15,39%
	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	5	38,46%
Üniversite Türü	Devlet Üniversitesi	8	61,54%
	Vakıf Üniversitesi	5	38,46%
<b>Toplam</b>		<b>13</b>	<b>100%</b>

Tabloya göre kalite yönetimi programı incelendiğinde tezli-tezsiz toplam 22 program bulunmaktadır. Bu programların %22,77'si tezsiz, %22,77'si tezli, %54,54'ü aynı programda tezli-tezsiz oranını vermektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Kalite Yönetimi eğitimi veren lisansüstü programlarının tezli-tezsiz dağılımları (N: 22)

Kalite Yönetimi Programlarında;	N	%
Yalnızca Tezli	5	22,75%
Yalnızca Tezsiz	5	22,75%
Tezli/Tezsiz	6	54,50%
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Eğitim türüne göre incelendiğinde, programların %77,27'si örgün, %13,63'ü uzaktan, %9,09'u ikinci öğretim vermektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Kalite Yönetimi lisansüstü programlarının eğitim türüne göre dağılımları (N: 22)

Eğitim Türüne Göre;	N	%
Örgün Eğitim	17	77,27%
Uzaktan Eğitim	3	13,64%
İkinci Öğretim	2	9,09%
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

İncelenen programlarda 1 üniversitenin sağlıkta kalite programının henüz aktif olmadığı görülmüştür. Programların %40'ı vakıf üniversitesinde, %60'ı devlet üniversitesinde bulunmaktadır. 5 üniversitede tezli ve tezsiz toplam 7 program olduğu görülmektedir. 1 program aktif olmadığından incelemeye alınamamıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Sağlıkta Kalite Yönetimi Lisansüstü programlarının incelenmesi (n:5)

Üniversite /Enstitü	Program Adı		
A Üniversitesi / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	Sağlıkta Kalite Yönetimi	Tezli- Tezsiz	Vakıf
B Üniversitesi /Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği	Tezli- Tezsiz	Vakıf
C Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sağlıkta Kalite Yönetimi	Tezli	Devlet
D Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon	Tezli	Devlet
E Üniversitesi- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	Sağlıkta Kalite Geliştirme	Tezli	Devlet

Dersler incelendiğinde; Toplam kalite yönetimi, ISO 9001:2015 standartları, sağlıkta kalite standartları, hasta güvenliği, bilgi güvenliği, kalite yönetim sistemi, bilimsel araştırma yöntemleri, stratejik planlama, risk yönetimi ve hasta hakları konusunda her programda bahsedildiği tespit edilmiştir. Tıp ve deney laboratuvarlarında kalite standartlarına yer verilmiştir.

**Tablo 7:** Sağlıkta Kalite Yönetimi Lisansüstü programları ders incelemesi (n:82)

	DERS ADI	Z/S	K	ECTS	YY	U
<b>A Üniversitesi</b> (Tezli / Tezsiz)	Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	Z	3	10	1	0
	Sağlık Yönetimi ve Organizasyonu	Z	1	3	1	0
	Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi	Z	2	7	1	0
	Seçimlik Ders I	S	3	8	1	0
	Sağlıkta Uygulanabilir Kalite Yönetim Sistemi Modelleri	Z	3	10	2	0
	Biyomedikal Kalibrasyon	Z	1	3	2	0
	Sistem Dokümantasyonu	Z	2	7	2	0
	Sağlık İşletmelerinde Stratejik Yönetim	Z	3	8	2	0
	Seçimlik Ders II, III, IV	S	3	10	2	0
	Kalite Geliştirme ve Teknikleri	Z	3	10	3	0
	Seminer	Z	0	10	3	0
	Biyoistatistik ve Karar Verme	S	3	8	1	0
	Sağlık Politikaları	S	3	8	1	0
	Epidemiyoloji	S	3	8	1	0
	Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi	S	3	8	1	0
	Sağlık Kuruluşlarında Bilişim Sistemlerinde Güvenlik	S	3	10	2	0
	Kalite ve Sağlık Mevzuatı- Etik	S	3	10	2	0
	Denetim	S	3	10	3	0
	Sağlıkta Akreditasyon ve Hasta Güvenliği	S	3	10	3	0
	İleri Kalite Geliştirme Teknikleri	S	3	10	3	0
<b>B ÜNİVERSİTESİ</b> (Tezli-Tezsiz)	Sağlık Alanında Çalışan Sağlığı ve Hasta Güvenliği	Z	3	7,5	1	0
	Kalite Yönetim Sistemi	Z	3	7,5	1	0
	Dönem Projesi	Z	0	2,5	2	0
	Kalite Geliştirme Teknikleri	Z	3	7,5	2	0
	Risk Değerlendirme ve Yönetimi	S	3	7,5	1	0
	Yetişkin Eğitimi ve İletişim Becerileri	S	3	7,5	1	0
	Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Etiğin Temelleri	S	3	7,5	1	0
	Bilimsel Araştırma Projesi Yazımı	S	3	7,5	1	0
	İş Mükemmelliği ve Sürekli Kalite Geliştirme	S	3	7,5	1	0
	Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi	S	3	3	2	0
	Sağlık Kuruluşlarında Akreditasyon ve İleri Kalite Geliştirme Teknikleri	S	3	7,5	2	0
	Sağlık Kuruluşlarında Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi	S	5	7,5	2	0
	Hasta Haklarında Yasal Düzenlemeler	S	3	7,5	2	0
	Sağlık Kuruluşlarında Kalite Denetimi	S	4	7,5	2	0
	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Geliştirme	S	5	7,5	1	0
	Hastanelerde Kalite Yönetimi	S	3	7,5	1	0
	Tıp Laboratuvarlarında Standardizasyon ve Kalite Yönetimi	S	3	7,5	2	0
	Tıp Laboratuvarlarında Akreditasyon	S	3	7,5	2	0
	Acil Durum ve Risk Yönetimi	S	3	5	1	0
	Ölçme, Değerlendirme ve Gösterge Yönetimi	Z	3	5	2	0
Sağlık Hukuku	S	3	5	1	0	
Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi-I	Z	3	6	2	0	
Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi II	Z	3	5	2	0	
Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinde Çalışan Eğitimi (UAD)	S	0	8	2	0	
Seminer	Z	0	6	2	1	
Tesis, Malzeme ve Cihaz Yönetimi	S	3	5	2	0	
<b>C ÜNİVERSİTESİ</b> (Tezli)	Destek Hizmetlerinde Kalite Yönetimi	S	3	6	1	0
	Hasta Bakımı	S	3	6	1	0
	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetlerde Kalite Yönetimi	S	3	6	1	0
	Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi I	Z	3	6	1	0
	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Z	3	6	1	0
	Tıbbi Etik (Uzmanlık Alan Dersi)	S	0	8	2	0
	Türkiye Sağlık Sistemi (Uzmanlık Alan Dersi)	S	0	8	2	0
	Ulusal ve Uluslararası Akreditasyon Kriterleri (Uzmanlık Alan Dersi)	S	0	8	2	0
	Yönetim ve Organizasyon	Z	3	6	1	0
	Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi (Uzmanlık Alan Dersi)	S	0	8	2	0
Sağlıkta Akreditasyon Yönetimi	Z	3	5	2	0	

**Tablo 7 (Devam):** Sağlıkta Kalite Yönetimi Lisansüstü programları ders incelemesi (n:82)

	DERS ADI	Z/S	K	ECTS	YY	U
D ÜNİVERSİTESİ (Tezli)	Kalite Yönetim Sistemleri Şartlar ve Esaslar	Z	2	4	1	1
	Sağlık Alanında Kanıt Araştırma, Değerlendirme ve Sunum Yöntemleri	Z	2	4	1	1
	Sağlık Kuruluşlarında Bilgi ve Veri tabanlı Sistemlerine Giriş	Z	2	4	1	0
	Sağlık Bilimlerinde Etik I	S	2	6	1	1
	Tıp Bilimlerine ve Tıp Terminolojisine Giriş	S	2	2	1	0
	Performans Ölçümü ve Denetim I	S	4	4	1	1
	Çevre Yönetim Sistemleri	S	4	4	1	1
	Tıbbi Laboratuvar Standardı I	S	3	3	1	1
	Gıda Güvenliği Standardı I	S	4	4	1	1
	Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi	S	2	4	1	0
	Tıbbi Cihazlar Standardı I	S	3	3	1	1
	Deney Laboratuvarları Standardı I	S	3	3	1	1
	Seminer	Z	2	2	2	1
	Ulusal ve Uluslararası Kalite Kuruluşları	Z	2	3	2	0
	Sağlık Kuruluşlarında Bilgi Güvenliği ve Kişisel Verilerin Korunması	Z	2	4	2	0
	Sağlık Kuruluşlarında Amaçlar Üzerinde Belirsizliklerin Etkisi	Z	5	8	2	1
	Tıbbi Laboratuvarlarda Güvenlik	Z	2	4	2	0
	Laboratuvar Uygulamalarında Güvenlik İlkeleri	S	1	2	2	0
	Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri	S	3	8	2	0
	Gıda Güvenliği Standardı II	S	3	4	2	0
	Tıbbi Laboratuvar Standardı II	S	3	3	2	1
	Performans Ölçümü ve Denetim II	S	4	4	2	1
	Hastane Kalite Standartları	S	4	4	2	1
	Deney Laboratuvarları Standardı II	S	3	3	2	1
	Tıbbi Cihazlar Standardı II	S	3	3	2	1

Programların dersleri incelendiğinde 82 dersten %23,17 dersin uygulaması var, %32,92 uygulama yok ve %43,90’ünün bilgilerine erişilemediği görülmektedir. Kullanılan öğretim yöntemleri incelendiğinde %8,53 oranında sunum, soru cevap, grup çalışması, örneklem analizi, sözlü sunum ve vaka çalışması dağılımları mevcuttur. %46,34 derslerin öğretim yöntemlerine erişilememiştir (Tablo 8).

**Tablo 8:** Sağlıkta kalite yönetimi programlarındaki derslerin incelenmesi (n:82)

		N	%
Derslerin Uygulaması	Var	19	23,17%
	Yok	27	32,92%
	Erişilemedi	36	43,91%
Zorunlu/ Seçmeli	Zorunlu	22	26,82%
	Seçmeli	33	40,26%
	Erişilemedi	16	19,52%
Kullanılan Öğretim Yöntemi	Sunum	7	8,50%
	Soru Cevap	7	8,50%
	Grup Çalışması	7	8,50%
	Örneklem Analizi	7	8,50%
	Sözlü Sunum ve Uygulama	3	3,65%
	Belirtilmemiş	38	46,35%
	Tartışma	2	2,40%
	Olgu Vaka Çalışması	2	2,40%

Sağlıkta Kalite yönetimi lisansüstü programları incelendiğinde, Zorunlu/Seçmeli olmak üzere 4 yarıyılı kapsayan tez çalışması, seminer derslerinin de içerisinde sayıldığı toplamda 82 ders olduğu saptanmıştır. 82 derste ders veren 24 akademik personelin bilgilerine erişilmiştir. Akademisyenlerin birden fazla sayıda derse girdiği göz önünde bulundurularak, ders veren akademik personelin %37,5’inin profesör, %37,5’inin doçent, %16,66’sının doktor öğretim üyesi, %4,16’sının öğretim görevlisi, %4,16’sının diğer olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9:** Sağlıkta kalite yonnetimi programlarında ders veren akademik personelin ozelliklerinin dagilimi (N: 24)

Unvani	N	%
Profesör	9	37,5%
Doçent	9	37,5%
Dr. Öğretim Üyesi	4	16,68%
Öğretim Görevlisi	1	4,16%
Diğer (Arş. Gör. Dr.=1, Uzman=1)	1	4,16%
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

#### 4.TARTIŞMA

Dünyada olduğu gibi ölkemizde de kalitenin arttirilmasına yonelik çalışmalar yürütölmeye devam etmektedir. Sağlık kurumlarından kalite standartlarını takip etmeleri ve kurum költürüne uygun standardizasyonu sağlamaları beklenmektedir. Tüm üniversitelerin lisansüstü programlarında kalite yonnetimi ve sağlıkta kalite yonnetimi programlarının incelendiği bu çalışmada toplamda 208 üniversitenin web sayfaları incelenmiş ve ulaşılan 13 lisansüstü program olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlıkta kalite yonnetimi programlarında bulunan 82 dersin içeriği analiz edilmiştir.

Çalışmada 8 devlet 5 vakıf olmak üzere toplam 13 lisansüstü eğitim veren üniversite olduğu, yalnızca sağlık alanında kaliteden bahseden 5 üniversitenin lisansüstü programı olduğu, geriye kalan lisansüstü programların kalite yonnetimi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1, Tablo 2). Bu çalışmada 208 üniversitenin lisansüstü programlarına bakıldığında yalnızca 13 üniversitede kalite yonnetimi programlarının olması, alanda uzmanlaşmış bireyler yetiştirmek için erişimin güç olduğu söylenebilir. Türkiye’de 81 ile göre değerlendirildiğinde %6,25’inde kalite yonnetimi lisansüstü programı bulunan üniversite olduğu tespit edilmiştir. 13 üniversitenin dagilımına bakılacak olursa %54 oranında İstanbul ilinde program bulunduğu görölmüştür. Türkiye’nin her bir yanında sağlık işletmelerinin var olduğu ve gelişen teknoloji sayesinde hızla artış gösterdiği göz önünde bulundurulacak olursa kalite alanında uzman ve sürekli kendini geliştiren bireylere ihtiyaç vardır. Bu nedenle il bazında lisansüstü programların sayısı arttirilmalıdır.

Sağlıkta Kalite yonnetimi programlarındaki dersleri yürüten öğretim elemanlarının %13’ünün uzmanlık alanlarının belirtilmediği görölmüştür. Bu programlarda verilen derslerin %63’ünün kalite dışı alanlarda uzmanlıkları olan kişilerce verildiği görölmüş, sadece %4’ünün uzmanlık alanı kalite yonnetimi, %20’sinin sağlık hizmetleri olduğu görölmüştür. Üniversiteler ve Yükseköğrenim kurulu tarafından sağlıkta kalite yonnetimi programlarında ders veren öğretim üyeleri ve öğretim elemanlarının kadrolarının az olması ve kalite yonnetimine ait kadrolara alan dışı öğretim elemanlarının atanması donanımlı bir kaliteci eğitimi açasından yetersizliğinin önemli bir göstergesidir. Wong ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışma, sağlık profesyonellerinin aldıkları eğitimin onları kalite iyileştirme konusunda temel yetkinliklere hazırlamadığını göstermektedir. Bu eksikliğin nedenleri arasında alanında yeterli uzmanlığa sahip öğretim elemanının olmayışı gösterilmektedir.

#### 5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kalite yonnetimi lisansüstü programları incelenmiştir. Sağlıkta kalite yonnetimi programlarında yürütölen kalite ders içeriklerinin, isimlerinin, ders saatlerinin birbirinden çok farklı olmadığı görölmüştür. Derslerin öğretiminde daha çok düz anlatımın kullanıldığı, öğrenci değerlendirmesinin çoğunlukla yazılı sınavlar ile gerçekteştirildiği belirlenmiştir. Dersleri veren öğretim üyelerinin çoğunun kalite yonnetimi alanında uzmanlığı bulunmadığı görölmüştür.

### Sonuç olarak;

- Türkiye genelinde tüm illerde sağlıkta kalite yönetimi programlarının açılarak alanlara daha bilgili ve donanımlı bireylerin yetiştirilmesi
- Derslerin kalite yönetimi alanında uzman kişilerce verilmesi,
- Lisansüstü programlarda kalite yönetimi ana bilim dallarının sayısının artırılması,
- Öğrencilerin kalite yönetimi konusunda bilgi, beceri ve davranışlarında değişme olup olmadığının objektif yöntemlerle değerlendirilmesi,
- Öğretimi, klinikle eşgüdüm halinde yürütmek için yöneticilerin, eğitimcilerin, öğrencilerin ve hastaların bir araya geldiği eyleme geçirilebilir stratejilerin oluşturulması önerilmektedir.

### Etik Kurul Onayı Bilgileri

Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi ve üniversitelerin web sayfaları erişime açık olduğundan, etik kurul onayı alınmamıştır.

### Yazarların Katkısı

Konu seçimi: AA, ÖY; Tasarım: AA, ÖY; Planlama: AA, ÖY; Veri toplama ve analiz: AA, ÖY; Makalenin yazımı: AA, ÖY; Eleştirel gözden geçirme: AA, ÖY.

### Çatışma Beyanı

Yazarlar arasında herhangi bir çatışma beyanı bulunmamaktadır.

## KAYNAKÇA

- Ağın, K. (2020). Toplam Kalite Yönetimi Bağlamında Kaizen Felsefesinin Örgütlerin Maliyet, Verimlilik ve Kalite Düzeylerine Etkileri. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24(3), 1191-1207.
- Albayrak, H. M. (2018). Toplam Kalite Yönetimi Tekniklerinden Kaizen ve Altı Sigma Uygulamalarının Kıyaslanması Üzerine Örnek Bir Uygulama. International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal, 4(1), 24-57.
- Arslanoğlu, A. (2018). Kalite Yönetimi. Gemlik, H. N. (Ed) Hastane Yönetiminde 4 Boyut (31-70) içinde. Nobel Yayıncılık.
- Avcı, K. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon dergisi, 1(1), 1-5.
- Baş, G. (2013). Öğretmenlerin Lisansüstü Eğitimden Beklentileri: Nitel Bir Araştırma (Niğde İli Örneği). Yükseköğretim Dergisi, 3(2), 61-69.
- Bülbül, T. (2003). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesinde Görev Yapan Öğretim Üyelerinin Lisansüstü Öğretime Öğrenci Seçme Sürecine İlişkin Görüşleri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 36(1), 164-167.
- Dilci, T. V. (2012). Öğretim Üyeleri Bakış Açısıyla Lisansüstü Eğitiminin Yaşam Alanına Yansımaları Eğitim Bilimleri Örneklemini. Kastamonu Eğitim Dergisi, 20(3), 1073-1090.
- Hunt, V. D. (1993). Quality Management for Government : A Guide to Federal, State, and Local Implementation. Milwaukee, Wis : ASQC Quality Press.
- İlter, İ. (2020). Lisansüstü Öğrenim Gören Öğretmenlerin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumların Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 49, 264-268.
- Karaman, S., & Bakırcı, F. (2010). Türkiye’de Lisansüstü Eğitim:Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, 5(2), 94-114.
- Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N., & Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi. Yönetim ve Ekonomi, 22(2), 483-500.
- Lovelock, C. (1996). Services Marketing. International Editions, PrenticeHall.
- Lüleci, M., İkizler, C., & Aytakin, G. K. (2019). Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi TKY ve Personel Performansını Etkileyen Faktörler: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(16), 16.
- Nas, S., Peyman, D., & Arat, Ö. G. (2016). Bireylerin Yüksek Lisans Yapma Nedenleri Üzerine Nitel Araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18(4), 571-599.
- Taner, B., & Kaya, İ. (2005). Toplam Kalite Yönetimi’nin Başarıyla Uygulanma Esasları – Bir Hizmet İşletmesi Örneği. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(1), 353-362.
- Üniversiteler Hakkında Genel Bilgiler. (2022, Ekim 10). Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi: <http://www.istatistik.yok.gov.tr> adresinden alındı.



## Bilgi güvenliği kapsamında yer alan rol gruplarının değerlendirilmesi\*

### *Evaluation of role groups in the scope of information security*

Zeynep Yıldız<sup>1</sup>, Hediye Yurttaş<sup>2</sup>, Bülent Ozan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, zynp.lptkn@hotmail.com, 0009-0007-2198-3236

<sup>2</sup>Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, hediye.yurttas@hotmail.com, 0009-0000-7327-3163

<sup>3</sup>Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, bulentozan@saglik.gov.tr, 0009-0005-9512-6021

\*Bu çalışma, 14-17 Aralık 2022 tarihlerinde VIII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

#### ÖZ

Bu çalışmada; kurumumuzda tüm çalışanların bilgi güvenliği çalışmaları doğrultusunda; rol gruplarının belirlenmesi, sistem erişim yetkilerinin verilmesi ile yetki değişikliklerinin yönetiminde yapılan faaliyetlerin Sağlıkta Kalite Standartları Bilgi Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu doğrultusunda yapılmasının önemini vurgulamak amaçlanarak kurumun bilgi güvenliği kapsamında yapılan tüm çalışmaların değerlendirilmesi planlanmıştır. Tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırmada; Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi'nde Sağlıkta Kalite Standartları Bilgi Yönetim Sistemi doğrultusunda kurumda çalışanların rolleri ve verilen yetkilerle, yaptığı iş ve işlemlerin bilgi güvenliğine uygunluğu ile rol grupları ve yetki değişikliklerinin yönetimi incelenmiş, vaka çalışması yapılmıştır. Aktif 860 çalışanın görev yaptığı hastanemizde toplamda 37 rol grubu belirlenmiş olup bu rol gruplarına hizmet aldığımız Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bulunan 30 modül üzerinden yetki dağılımı yapılmıştır. arşiv sorumlusuna modül üzerinde 6 işlem yetkisi verilirken arşiv birim çalışanı 3 işlem ile sınırlandırılmıştır. Kullanıcılara yetki verilirken yetki düzeylerinin eklendiği rol grubundaki çalışanlarla aynı olmasına dikkat edilir. Kurumlarda bilgi güvenliğinin sağlanmanın yolu; yöneticilerin tam desteğini alan bir süreç başlatarak kurumsal bilgi güvenliği politikalarını oluşturmak, politikalar doğrultusunda ilgili prosedür süreçlerini dokümanete etmek ve yasal mevzuatlar doğrultusunda izleme, iyileştirme, güncelleme ve denetleme çalışmalarını aynı kararlılıkla devam ettirmekten geçmektedir. Tüm kurum çalışanlarına bilgi güvenliği yönetiminin bilgi yönetim sistemi birimi kapsamında teknik bir iş olmadığı, kurumun tüm birimlerinin ve çalışanlarının sorumluluk yüklenmesi gerektiği etkili bir şekilde ve yerinde anlatılmalıdır.

#### Anahtar Kelimeler:

Bilgi Güvenliği, Bilgi Yönetim Sistemi, Rol Grupları, Yetki

#### ABSTRACT

In this study; in line with the information security activities of all employees in our institution; It is planned to evaluate all the activities carried out within the scope of information security of the institution with the aim of emphasizing the importance of determining the role groups, granting system access authorizations and the activities carried out in the management of authorization changes in line with the Health Quality Standards Information Management System and the Ministry of Health Information Security Policies Guide. It is descriptive research. In the research; In Gölcük Necati Çelik State Hospital, in line with the Health Quality Standards Information Management System in line with the Health Quality Standards Information Management System, the roles of the employees in the institution and the authorities given, the compliance of the work and transactions with information security and the management of role groups and authorization changes were examined and a case study was conducted. In our hospital, where 860 active employees work, a total of 37 role groups have been determined and these role groups have been authorized over 30 modules on the Health Information Management System from which we receive service. While the archive officer is authorized for 6 transactions on the module, the archive unit employee is limited to 3 transactions. When authorizing users, it is ensured that the authorization levels are the same as the employees in the role group to which they are added. The way to ensure information security in organizations is to establish corporate information security policies by initiating a process with the full support of managers, to document the relevant procedural processes in line with the policies, and to continue monitoring, improvement, updating and auditing activities in line with legal regulations with the same determination. It should be effectively and appropriately explained to all employees of the organization that information security management is not a technical task within the scope of the information management system unit, and that all units and employees of the organization should assume responsibility.

#### Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, zynp.lptkn@hotmail.com, 0009-0007-2198-3236

#### DOI:

10.5281/zenodo.7761218

#### Received Date/Gönderme Tarihi:

09.03.2023

#### Accepted Date/Kabul Tarihi:

21.03.2023

#### Published Online/Yayımlanma Tarihi

23.03.2023

#### Key Words:

Information Security, Information Management System, Role Groups, Authority



## 1.GİRİŞ

Bilgi, sözlü veya yazılı kaynaklar gibi hayatın her yerinde, her anında var olan ve bireyin korunması istediği en değerli varlığıdır. Bireyin ve kurumun en değerli varlığı olan bilginin bozulması, zarara uğraması, yok olması ve yetkisiz kişilerin eline geçmesinin engellenmesinin gerekliliği ile bilgi güvenliği kavramı ortaya çıkmıştır. Hizmette kalite ve verimliliği ön planda tutan kurumlarda bilgiye erişilebilirliğin kolaylaşması amacıyla bilgi güvenliği sistemlerinin kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır. Günümüzde tüm kurumlar faaliyet süreçlerinin tamamında bilgi kaynaklarını ve teknolojik iletişim sistemlerini kullanmaktadırlar. Kurumlarda elektronik sistemlerin kullanılması, kâğıt üzerinden yapılan işlemlere göre erişim yetkilerinin ve olayların çok daha kolay yönetilmesini sağlamaktadır (Bartlett, 2008:66). Elektronik sistemlere geçilmesiyle birlikte kullanıcılar tam ve güvenilir bilgiye zamanında, hızlı ve kesintisiz şekilde erişebilmeyi talep etmektedirler (Şahin, 2008:158).

Bilgi güvenliği uygulamaları teknolojik uygulamaların girdiği her sektörde geniş bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle insanların sağlık sorunları ile ilgili mahrem bilgilerin yer aldığı hastane bilgi sistemleri, bilgi güvenliği konularının öncelikli alanlarından biridir (Varol, 2016:156). Sağlık sistemi; birey ve toplumun sağlık düzeyini koruyup geliştirmeyi amaçlayan alt sistemler, kurumlar ve programlar bütünüdür (Marşap, 2010:32). Sağlık sisteminde yer alan elektronik sağlık kayıtları, hastalara dair geniş ölçekli bilgileri içerisinde bulunduran bir sistem olmakla birlikte taşıdığı öneme paralel olarak bu sistemin kullanımında nitelikli çalışanların varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. İster sağlık personeli olsun isterse sistemin başındaki çalışanlar olsun, sağlık kuruluşları açısından önemli olan sürecin yetkin bireylere bırakılması ve bu bireylerin konuya dair hukuki ve etik odaklı yaklaşımlarının sorgulanması gerekmektedir (Öğütçü vd., 2011).

Teknolojinin geliştiği ve yoğun olarak kullanıldığı günümüzde, sağlık kurumlarında, hastaların sağlık durumlarına ait bilgilerin mahremiyet sınırları çerçevesinde gizliliği, ihtiyaç duyulduğu anda bir bütünlük çerçevesinde kullanılabilirliği her zaman için önemli bir ihtiyaç olmuş ve bilgi güvenliği yönetim sistemleri içerisinde değerlendirilmiştir (Eriş, 2017). Sağlık kurumları son teknolojiden yararlanarak güvenlik önlemlerini alsalar da insan kaynaklı bilgi güvenliği açıklarının hiçbir zaman önüne geçemezler. Çünkü sağlık kurumlarının bilgi güvenliği konusunun en zayıf halkası insan faktörüdür. En ufak ciddiyetsizlik ve sorumsuzluk kurumlar için maddi ve manevi telâfisi mümkün olmayan sorunlara yol açar. Bilgi güvenliği farkındalığı oluşturmaktaki amaç; kişilerin bilgi eksikliğinden kaynaklı hata ve risklerini en aza indirmek ve çalışanların bu tehditlerden haberdar olmasını sağlamaktır. (Şahinarslan vd., 2009).

Sağlık işletmelerinde güvenli bilgi teknolojileri, yeni gelişimler ışığında günümüzde çok daha fazla önem kazanmış olup etkinlikle kullanılmaktadır. Bilgiye erişim sürecinde devreye giren bilgi güvenliği yönetim sistemlerinin temel amacı, bilgi kaynaklarında gizlilik, bütünlük ve yetki bazında erişimi sağlamaktır. Bilgi güvenliği yönetimi, kurumsal bilgi kaynaklarının farkına varma, bu kaynaklara her türlü denetimsiz erişimi engelleme, risk analizleri yaparak bilginin gizliliğinin ve bütünlüğünün korunması için gerekli idari ve teknik önlemleri alma ve tüm iş süreçlerini bilgi güvenliği politikaları doğrultusunda düzenleyerek yönetme işlevidir (İleri, 2016). Bilgi Güvenliği Yönetim sistemleri, kurumu sürekli iyileştirmek adına etkin, sürekli ve kuruluşun bir parçası olarak görülmelidir. Kurumların, teknik önlemlerinin yanı sıra teknik olmayan faktörlerin de denetimleri yapılarak, iş süreçleri ve bilgi güvenliği standartlarına uygun olarak korunmaları ve güvenliğin sağlanabilmesi için bilgi güvenliği yönetim sistemleri geliştirilmelidir (Yılmaz, 2014).

Sağlıkta Kalite Standartları'yla hastalara ve tüm sağlık çalışanlarına ait bilgilerin doğru olarak toplanıp kaydedilmesi, güvenliği sağlanmış ortamlarda (elektronik/arşiv) saklanması ve hastanenin bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılarak bilgi işlem ağındaki bilgilerin güvenliği, gizliliği, erişilebilirliği ve kişisel mahremiyetin korunması için standart kuralların belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastanelerde tüm bu standartlarda ve bilgi güvenliği uygulamalarında hastane yönetimi, bilgi yönetim sistemi çalışanları ve tüm çalışanların sorumluluğu vardır. Aşağıda Şekil 1'de hastanelerde bilgi güvenliği yönetim sürecine ait sağlık hizmetinde uygulanması gereken aşamalar bulunmaktadır. Hastanelerin hazırladığı politikalarının uygulanabilmesi en üst yetkili makamlar ile sağlanmalıdır. Böylece, yönetim, teknik ekip ve kullanıcı, belirtilen politikaya uyacaktır (Baran, 2018).



Şekil 1: Bilgi Güvenliği Grupları

Araştırmada; Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi'nde çalışanların rol gruplarının belirlenmesi, rol grupları kapsamında sistem erişim yetkilerinin verilmesi ile yetki değişikliklerinin yönetimde yapılan faaliyetlerin Sağlıkta Kalite Standartları Bilgi Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu doğrultusunda yapılmasının önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

## 2. KAPSAM VE YÖNTEM

Araştırmada; Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi'nde Sağlıkta Kalite Standartları Bilgi Yönetim Sistemi doğrultusunda kurumda çalışanların rolleri ve verilen yetkilerle, yaptığı iş ve işlemlerin bilgi güvenliğine uygunluğu ile rol grupları ve yetki değişikliklerinin yönetimi incelenmiştir. Kurumda Bilgi Yönetimi doğrultusunda hazırlanan mevcut tüm prosedürler, politikalar, yetki matrisi ve formların Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu'na uygun olarak hazırlanma durumları değerlendirilmiştir. Kurumun tüm yazılı düzenlemeleri, oluşturulan erişim kontrol matrisi, erişim izinlerinin verilmesi, parola ve şifre güvenliği, ağ kontrolü, yapılan bilgi güvenliği denetimleri, bilgi güvenliği kapsamında yapılan toplantılar ve bilgi güvenliği eğitimleri değerlendirilerek vaka çalışması yapılmıştır.

Araştırma kapsamında kurumda Sağlık Bakanlığı politikaları esas alınarak yapılan faaliyetlerin sağlık hizmetleri bilgi güvenliği yönetim sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 3. BULGULAR

Hastanemizde bilgi güvenliği doğrultusunda hazırlanan yazılı düzenlemeler, erişim kontrol matrisinin oluşturulması, erişim izinlerinin verilmesi, bilgi güvenliği denetimleri, parola ve şifre güvenliği, ağ kontrolü ve bilgi güvenliği eğitimleri ele alınmıştır.

### 3.1. Yazılı Düzenlemeler

Hastanemizde; SKS 6 Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu ve Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK) doğrultusunda bilgi güvenliği faaliyetleri yürütülmektedir. Bu faaliyetlerde sorumluluklarımızı yerine getirmek üzere başta hastane yönetiminin katılımının sağlandığı, bilgi yönetim sistemi birim çalışanları ve kalite direktörünün de dâhil olduğu Bilgi Güvenliği Yönetim Ekibi kurulmuştur. Kurumda bilgi güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar ve çalışmaların takibi bu ekibin sorumluluğundadır. Ekip düzenli olarak toplanarak bilgi güvenliği ile ilgili dokümanları hazırlamak ve bunları gözden geçirmek, son dönem verilen yetkiler ve yetki değişikliklerinin takibini yapmak, ayrılış ve katılışlar ile verilen veya iptal edilen yetkileri değerlendirmek ve bilgi yönetim sistemi ile ilgili tüm verileri yürütmekle sorumludur. Kurum Bilgi Güvenliği Politikası, Bilgi Yönetim Sistemi Prosedürü, Erişim Kontrol Politikası, Erişim Kontrol ve Yetki Matrisi, Listesi gibi bilgi yönetim sistemi ile ilgili dokümanlar Bilgi Güvenliği Yönetim Ekibi takibinde hazırlanmış olup tüm kullanıcıların erişimine sunulmuştur. Belirlenen politikalar kapsamında; kurumumuzda öncelikle hastalara ait kişisel ve idareye ait kurumsal bilgilerin tutulduğu ana sunucu ve uç bilgisayarlardaki verilere kimin hangi seviyede erişeceğine ilişkin yetkilendirmeler sisteme ait modüller bazında yapılmıştır. Yapılan bu temel yetkilendirmeler de kendi içinde seviyelendirilerek kuruma ve hastaya ait bilgilerde mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uygun olacak şekilde uygulama modülleri içerisinde yetki dâhilinde yapılacak eylemler belirlenmiştir.

### 3.2. Erişim Kontrol Matrisinin Oluşturulması

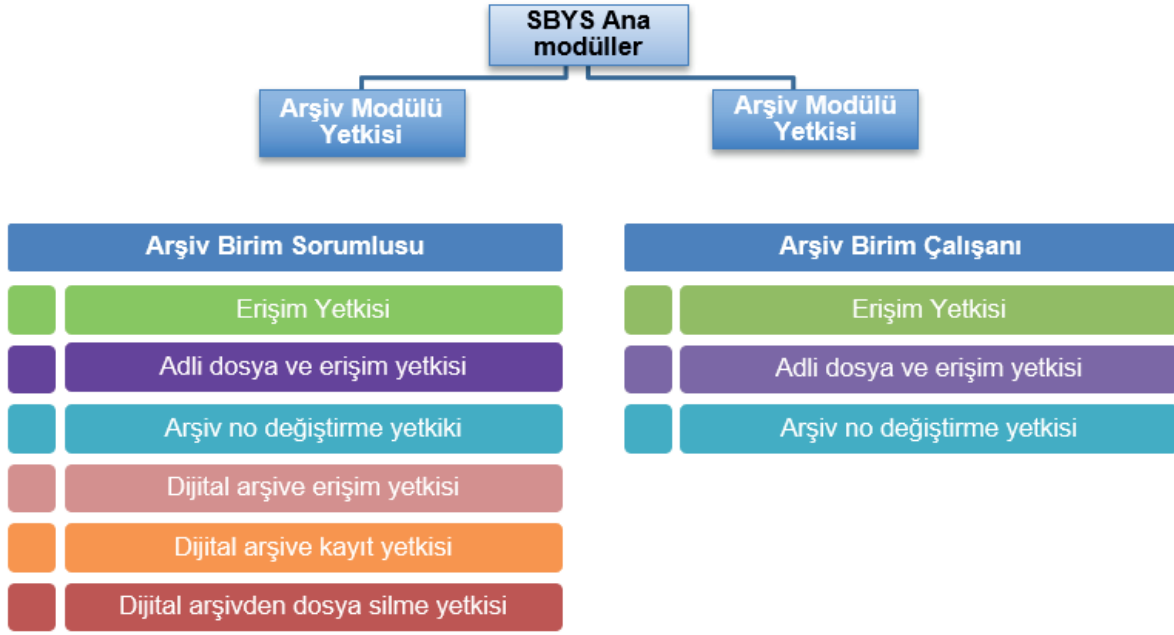
Hastane içerisindeki tüm personel ve birimlerin yetki ve sorumlulukları ile bilgi kaynaklarını ilgilendiren süreçlerde uyulması gereken kuralların yer aldığı görev tanımları çalışan tüm personel tarafından çok iyi bilinmesi ve özümsemesi amacıyla, hastane otomasyon sisteminde oluşturulan Kalite Yönetim Sistemi modülüne yüklenmiştir. Hastane personeline sorumlulukları çerçevesinde modüle erişim yetkisi verilerek gerektiği anda görev tanımlarına ulaşım imkânı sağlanmıştır. Kurumumuzda yönetim kadro ve bilgi güvenliği yönetim ekibi ile birlikte, organizasyon şemasında yer alan birimlerimiz ve görevler bazında rol grupları belirlenmiştir. Rol grupları belirlenirken bir birimde aynı veya farklı görevleri icra edenler, görev tanımı dışında farklı birimlerde çalışan personeller de göz önünde bulundurulmuştur. Aktif 860 çalışanın görev yaptığı hastanemizde toplamda 37 rol grubu belirlenmiş olup bu rol gruplarına hizmet aldığımız Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bulunan 30 modül üzerinden yetki dağılımı yapılmıştır. Tablo 2'de Erişim Kontrol ve Yetki Matrisinin bir bölümü alınarak roller doğrultusunda verilen yetkiler görülmektedir.

**Tablo 2:** Erişim Kontrol ve Yetki Matrisi Listesi

YETKİ MATRİSİ							
Roller/Yetkiler	Yönetici	Hekim	Hemşire	Birim Sorumluları	Servis Sorumluları	Ayniyat Birimi	Psikologlar
HBYS	X	X	X	X	X	X	X
KYS	X	X	X	X	X	X	X
İKYS	X	X		X	X		
PDKS	X			X	X		
İOBS	X	X	X	X	X	X	X

Bir role modül yetkisi verilirken o modülde her işlem yetkisi yerine görevi ve yapacağı işlemler kapsamında yetkiler tanımlanmıştır. Örneğin arşiv biriminde çalışanların öncelikle rol grupları, arşiv birim sorumlusu ve arşiv birim çalışanı olarak belirlenmiştir. Belirlenen bu rollerden sonra her iki role de arşiv

modül yetkisi verilmiş fakat arşiv modülünde işlem yapabilme sayısı her iki rolün yaptığı iş ve işlemlere göre sınırlandırılmıştır. Şekil 2’de görüldüğü gibi arşiv sorumlusuna modül üzerinde 6 işlem yetkisi verilirken arşiv birim çalışanı 3 işlem ile sınırlandırılmıştır. Kullanıcılara yetki verilirken yetki düzeylerinin eklendiği rol grubundaki çalışanlarla aynı olmasına dikkat edilir.

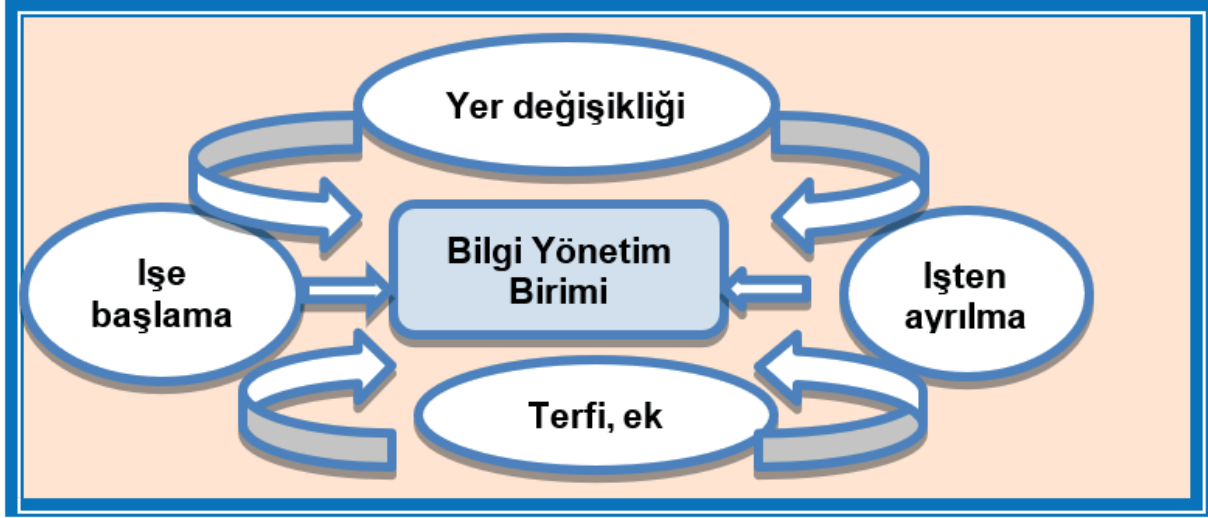


Şekil 2: Yetki Matrisi Arşiv Örneği

### 3.3. Erişim İzinlerin Verilmesi

Erişim kısıtlaması getirilmeyen; özel bir erişim kontrol tedbiri alınmasına gerek olmayan, herhangi bir gizliliği bulunmayan, herkesin erişimine açık olan bilgiler (hasta ve çalışan bilgilendirme ilanları, tetkik sonuç verme süreleri, sağlık bakanlığı bilgilendirme afişleri vb.) hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek amacıyla kurumumuz internet sayfasında ve mevcut yerleşkemizde bulunan duyuru panoları vb. ortamlarda yayınlanmaktadır. (Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu s;63). Yetkilendirmeler hazırlanan Erişim Kontrol ve Yetki Matrisi Listesinde belirlenen rol grupları doğrultusunda Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) modülü üzerinden yapılmaktadır.

Çalışanlar işe başlarken “Personel İşe Başlama Formu” ile Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) birimine başvurur. Atandığı göreve ve çalışacağı birime göre gereken yetki bilgi yönetim birimi çalışanı tarafından verilir, form işlem yapan çalışan tarafından imzalanır. Yetkilendirme kullanıcı erişim hakları iş akışı şekil 3’te belirtildiği şekilde işe başlama/ayrılma, terfi, sorumlulukların değiştirilmesi, ek görev veya görev yeri değişiklikleri sonrasında gözden geçirilir. Bu değişikliklerde İnsan Kaynakları Birimi tarafından Elektronik Belge Yönetim Sisteminden yazılan ve Bilgi Yönetim Sistemi birimine gelen görevlendirme yazısına istinaden birim çalışanı gerekli güncel yetkilendirmeleri yapar.



Şekil 3: Yetkilendirme Akışı

Çalışanların icra edecekleri görevin tanımına ve çalıştığı yere göre hangi bilgilere erişebileceği Erişim Kontrol ve Yetki Matrisi'nde belirlenmiştir. Rol grubu doğrultusunda yetki verilen çalışanlar yalnızca kendilerine verilen yetki kadar işlem yapabilir. Erişim kontrolünde bilgi ve bilgi işlemede yapılacak olan erişimlerin kısıtlanmasında, sadece yetki verilen kişilerin kontrollü ve kayıt altına alınarak bilgiye erişmesi amaçlanmıştır. Çalışanlar icra ettiği işe/role göre verilen yetkiler kapsamında kullanıcı olarak tanımlanmaktadır.

Çalışan, görev yaptığı kurum tarafından kendisine teslim edilmiş veya erişim yetkisi verilmiş olan bilgileri, sadece görevi ile ilgili işler için kullanır. Bu bilgileri kendi gizli bilgisi gibi korur ve bilmesi gereken yetkili kişiler haricinde hiçbir kimse ile paylaşmaz. Çalışan, bilgi paylaşabileceği kişiler konusunda şüpheye düşerse, bilgi yönetim sistemi birimi ile irtibata geçerek veriyi kimlerle paylaşabileceğini teyit edebilmektedir.

Bilgiye kimin ve hangi yetki ile erişeceğinin kararı, belirlenen yetki matrisi ve bireysel yetki taleplerine göre Bilgi Güvenliği Yönetim Ekibi kontrolünde verilir. Başta kişisel sağlık verilerinin işlendiği bilgi sistemleri olmak üzere erişim kontrolüne tabi tutulacak tüm sistem ve hizmetler için hazırlanan Erişim Kontrol Politikası'nda belirlenen esaslar, kullanıcılar başta olmak üzere ilgili tüm çalışanlara resmen duyurulmuştur.

Erişim izinleri verilirken, "görevlerin ayrılığı" ve "bilmesi gereken" prensiplerine göre hareket edilir. "Görevlerin ayrılığı" prensibi uyarınca; kritik iş süreçlerinin gerçekleştirilmesi için birden fazla kullanıcı görevlendirilir. Bilgiye erişim için aşamalı yetkilendirme yapılarak bir kişinin kendi başına tüm bilgi varlıklarına erişimi engellenir. Etki alanı yöneticisi, veri tabanı yöneticisi gibi teknik nedenlerle görev ayrımı yapılamayan süreçlerin kontrolü için ilave tedbirler alınır.

"Bilmesi gereken" prensibi uyarınca; sistemde bulunan süreçler ve kullanıcılara, sistem kaynaklarına erişirken, kendilerine atanmış görevlerini gerçekleştirmelerine yetecek kadar yetki verilir. Hizmet veya sistemlerin sahiplerince erişim hakları periyodik olarak incelenir. Bilmesi gereken prensibi uyarınca gereksiz olarak verilmiş yetkilerin kaldırılması sağlanır. İncelemeler tüm kullanıcılar için düzenli aralıklarla ve rutin olarak en az 6 (altı) aylık aralıklarla yapılır.

### 3.4. Bilgi Güvenliği Denetimleri

Kurumumuzda bilgi güvenliği doğrultusunda idari kontrol mekanizması oluşturmak amacıyla; bilgi güvenliği yönetim ekibi tarafından özellikle parola/şifre güvenliği ile yetki mekanizmalarını içeren “Bilgi Güvenliği Denetim Formu” hazırlanmış olup düzenli olarak saha denetimi yapılmakta ve tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirmeler başlatılmaktadır. 31 maddelik soru listesinden oluşan denetim formları ile birlikte temiz masa temiz ekran uygulamaları, çalışma alanları ve birimlerde kullanılan bilgi teknolojileri araçlarının kontrolü yapılır. Temiz masa temiz ekran uygulamaları ile tüm çalışanlar kendi masalarının temizliği ve düzeninden sorumludur. Gizli ve üzeri bilgi sınıfındaki evraklar, parolalar, taşınabilir depolama ortamları, bilgi ve belgeler masa üzerinde, yazıcı veya faks gibi cihazlarda ya da kolayca ulaşılabilir yerlerde bırakılmaz. Kullanımı biten basılı evraklar kırpma makinesi ile kırılarak imha edilir. Terk edilmiş masaların üzerinde not kâğıtları, kişisel ajandalar ve işle ilgili dokümanlar bırakılmamaktadır. Bilgisayar ekranlarında kuruma ait çalışma dosyaları, klasörler, herhangi bir formatta bilgi içeren dosyalar ve bunlara ait kısa yollar bulundurulmamaktadır. Çalışanların kullandığı masaüstü veya dizüstü bilgisayarların iş sonunda ya da masa terk edilecekse ekran kilitleyerek çalışma ortamlarında veri güvenliği şartlarını kontrol etmek personel sorumluluğundadır. Şifre, parola gibi kimseye söylenmemesi gereken gizli bilgiler hiçbir suretle masa üzerindeki bir dosyaya yazılmamakta, ekranın üzerine not şeklinde yapıştırılmamaktadır. Temiz masa temiz ekran uygulamaları ile ilgili olarak kurumda bulunan tüm masaüstü bilgisayarlarına farkındalık oluşturmak amacıyla ekran bilgilendirme mesajları gönderilmektedir.

### 3.5. Parola / Şifre Güvenliği

Kullanıcıların kimliklerinin doğrulanması için asgari teknik önlem olarak, parola kullanımı zorunlu tutulur. Hastanemiz çalışanı tarafından kullanılmakta olan parolalar işletim sistemi parolalarıdır. Domain sisteminde her çalışan için ayrı “adı. soyadı” formatında küçük harflerle kullanıcı tanımlanır. Şifrelerin en az sekiz (8) karakter olması, en az bir büyük harf, bir sayı veya karmaşık karakter içermesi, kullanıcı adıyla aynı olmaması sağlanır. Sistem tarafından yapılan ayarla, domaindeki kullanıcı şifrelerinin her doksan günde bir değiştirilmesi zorunlu kılınmıştır. On beş gün önceden kullanıcılar bilgisayarlarına giriş yaparken, gerekli ikaz, sistem tarafından otomatik olarak ekranlarında görünmektedir. Kullanıcı ilk verilen geçici şifreyle sisteme giriş yaptığında, yeni bir şifre belirlenmesi sistem tarafından otomatik olarak istenmektedir. Sistemin ilk girişte belirlenmesini istediği yeni şifrenin tanımlanması, uygunluğu ve korunması ilgili personelin sorumluluğundadır. Belirli bir şifre ile yapılan tüm işlemlerin idari ve yasal sorumluluğu söz konusu şifrenin tanımlanmış kullanıcıya ait olduğundan, kullanıcıya ayrılmış şifre hangi şartla olursa olsun başkalarına verilemez. Bilgi Güvenliği kurum denetimlerinde bu konulara dikkat edilir. Çalışanların yer değiştirmesi veya işten ayrılması durumunda şifrenin kapatılma işlemleri yapılır. Bilgi güvenliği açısından ilişkisi kesilen çalışanın şifresinin bir an önce iptali esastır. Çalışanların yer değiştirme, işten ayrılma durumunda yeni görevlendirme yazıları kurum içinde İnsan Kaynakları birimi tarafından Bilgi Yönetim Sistemi birimine iletilir. İlişkisi kesilen çalışanın tüm şifreleri ve kullanıcı yetkileri kullanıma kapatılır. Şifrenin 24 saat içerisinde iptali Bilgi Yönetim Biriminin sorumluluğundadır.

### 3.6. Ağ Kontrolü

Bilgi varlıklarına yapılan erişimler için iz kayıtları oluşturulmakta olup erişim ile ilgili hangi kullanıcı hareketlerinin izleneceği hususu varlık sahipleri tarafından belirlenmektedir. Kurumumuz SBYS iz kayıtları hizmet aldığımız SBYS yazılım firması tarafından takip edilmekte ve yasal sürede saklanmaktadır. Sağlık Bilişim Ağı (SBA) dışındaki ağlar güvensiz ağ olarak kabul edilir. Yetkisiz erişimler de dâhil olmak üzere iç ağı dış tehditlerden korumak için sınır güvenlik sistemleri (güvenlik duvarı vb.) tesis edilir.

Kullanıcı ve sunucuların bulunduğu ağlar, güvenlik duvarları ve/veya ağ cihazları erişim kontrol listeleri vasıtasıyla ayrılır. Veri Tabanı Yönetim Sistemi sunucularının bulunduğu ağ kesimlerinde VLAN topolojisi ile sunucular ve son kullanıcıların iletişimi belirlenmiş olup normal kullanıcıların erişimleri engellenmiştir.

Bilgi varlıklarına fiziksel olarak yapılacak erişimler için Kılavuz'un 8. maddesindeki Fiziksel ve Çevresel Güvenlik maddesinde belirtilen önlemler alınır (SB, 2019). Güvenlik sınırları belirlenirken kişilerin kontrolsüz olarak giriş çıkış yapabilecekleri herhangi bir boşluk bulunmamasına dikkat edilir. Bu tür boşlukların kapatılması/korunması için ilave tedbirler alınır. Sunucu odası ve Bilgi Yönetim Sistemi birimi sadece yetkili personele erişim izni vermektedir. Özel nitelikli kişisel verilere (kişisel sağlık verileri) erişim için KVKK'nin 2018/10 sayılı kararında belirtilen teknik ve idari tedbirler alınmaktadır. 90 gün veya daha fazla süre ile kullanılmayan hesaplar devre dışı bırakılır ve erişim izinleri askıya alınır. Bu süre kurumların bilgi güvenliği alt komisyonları tarafından değiştirilebilir. Her bir sistem için belirlenecek süreler, kurumların erişim kontrol politikası içinde yazılı olarak kayıt altına alınır.

### **3.7. Bilgi Yönetim Eğitimleri**

Kuruma yeni başlayan tüm çalışana bilgi yönetim sistemi birimi çalışanı tarafından; Bilgi Güvenliği Farkındalık Bildirgesi okutulup kişiye tebliğ edilir. Farkındalık bildirgesi ile birlikte çalışana yürüteceği işlerde kullanacağı bilgisayarların tahsis edilmesi ve kurumsal ve hasta bilgilerinin çalışan tarafından kullanımına izin verilmesi ile bu konuda üstlenmiş olduğu sorumlulukları anlatılmaktadır. Hastanemiz hizmet alımı kapsamında merkezi yerleşke veya hastane dışında çalışan tüm firma/kullanıcı kuruluş ve ilgili kullanıcılarına, hastanemize ait bilgi teknolojileri sistemlerinin, bilgi işlem ağının kullanımına ve kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğine ilişkin usul ve esaslarını içeren Bilgi Güvenliği Sözleşmesi okutulup tebliğ edilmektedir. Bu alanda imzalatılan sözleşmeler ile çalışanlara bilgi güvenliği alanındaki yasal mevzuatlara, donanım, yazılım ve iş alanına ait verileri düzenlemelere uygun kullanması gerektiği sorumluluğunu hatırlatılmak amaçlanmıştır.

Kurumumuzda, Eğitim Birimi tarafından her sene düzenli olarak hazırlanan Eğitim Planı doğrultusunda düzenli olarak kurum içi tüm çalışanları kapsayan bilgi güvenliği eğitimleri verilmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Eğitimler bilgi güvenliği sorumlusu tarafından verilmekte olup bilgiyi yönetmek adına gerekli tüm konuları içermektedir. Eğitimler hastanede bilgi güvenliği sürecinin sadece bilgi yönetim sistemi teknik birim/personelinin işi olmadığı, bilgi sistemlerini kullanan tüm hastane çalışanlarının, yeterli bilgi, yetenek veya eğitime sahip olmaları ve bilgi güvenliği sistemine gereken önemi vermelerini amaçlamalıdır.

## **4. SONUÇ**

Teknolojik uygulamaların girdiği her sektörde olduğu gibi sağlık kurum ve kuruluşlarında da geniş bir şekilde kullanılmaya başlanan hastane bilgi sistemlerinde özellikle insanların sağlık sorunları ile ilgili mahrem bilgileri yer almaktadır. Hastane bilgi sistemleri hasta bilgileri başta olmak üzere her türlü verinin farklı kullanıcılar tarafından, birbiriyle bağlantılı olduğu modüller aracılığı ile, ana bir veri tabanına girilmesi ve gerekli olan tüm çıktılarının bu veri tabanından güvenilir bir şekilde geri alınmasını sağlayan sistemler bütünüdür. Hastane bilgisi sistemlerinin kurulum amaçları olan gizlilik bütünlük ve erişilebilirliğin sağlanması amacıyla kurumlar bilgi güvenliği ile ilgili yasal mevzuatlar doğrultusunda iş ve işlemlerini yürütürler. Bilgi güvenliği kapsamında kurumlarda yapılan ve yapılması gereken teknik ve

idari tüm işlemler yönetsel ve zaman alıcı süreçler gibi görünseler de ortaya çıkan bir bilgi güvenliği zafiyeti durumunda iş ve süreçlerinin etkilenmeden devam etmesini sağlamak çok daha fazla emek ve zaman gerektirmektedir. Planlı ve sürekli olarak çalışanlara verilecek olan bilgi güvenliği eğitimleri ile teknik, idari, yönetsel, fiziksel ve bireysel tedbirler, bilgi güvenliği zafiyetlerinin önüne geçmek ve konunun kurumsal kültür boyutunu oluşturmak için amaçlanmış olacaktır.

Çalışmada kurumlarda bilgi güvenliği yönetim ekibinin rolü ve önemi, bilgi güvenliği ile ilgili yazılı düzenlemeler ve bu konuda farkındalık yaratılması ve erişimlerin kontrollü ve denetim mekanizmaları dâhilinde verilmesi konularına değinilmiştir. Hastane içi rol gruplarının, personel kurumda çalıştığı süre boyunca çalıştığı birim ve aldığı rol kapsamında belirlenip belirlenen rol gruplarının düzenli olarak güncellenmesi, yazlı talep olmaksızın yetki verilmemesi, yazlı taleplerin bilgi güvenliği yönetim ekibi tarafından değerlendirildikten sonra uygun görülmesi durumunda verilmesi ve tüm bu eylemlerin izlenebilir olması ile kurum içi rol çatışmalarının önüne geçtiği düşünülmektedir.

Kurumlara ve hastaya ait bilgilerin gizlilik ve mahremiyetinin önemli olduğu ve hasta güvenliğinin kurum kalite politikalarının üst sırasında yer aldığı kabul edilerek hizmet sunumunun her aşamasında bilgi güvenliğinin kontrol altına alınması doğrultusunda uygulamaların yürütülmesi amaçlanmalıdır. Bilgi Güvenliği kontrol adımlarında öncelikli olarak Sağlık Bakanlığının konu ile ilgili yayınlamış olduğu kılavuzlar, politikalar ve rehberler doğrultusunda iş ve işlemlerimizi yürütmek ve takip etmenin önemi yönetim ve tüm çalışanlar tarafından benimsenmelidir. Bu doğrultuda güncel yayınların takip edilmesi ve değişiklik durumlarında çalışanlar ile yapılan toplantılarda bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Başarılı ve etkin işleyen bir bilgi güvenliği bilinçlendirme süreci oluşturulabilmesi için bu alandaki görev ve sorumlulukların bilgi güvenliği yönetim ekipleri tarafından açık ve net bir biçimde belirlenmesi gerekir. Olgunlaşmış bir bilinçlendirme süreci, bu görev ve sorumlulukların sahipleri tarafından doğru anlaşılması, bilinmesi ve uygulanması ile mümkündür. Hastane yöneticilerinin hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili değerlendirmeler yaparken bilgi güvenliği konuları ile birlikte düşünülmesi ve bu doğrultuda çalışmalar yapılması kurumda bütünleşik bir güven kültürünün oluşmasını sağlayacaktır.

Bu vaka çalışmasında da görüldüğü gibi kurumlarda bilgi güvenliğinin sağlanmanın yolu; yöneticilerin tam desteğini alan bir süreç başlatarak kurumsal bilgi güvenliği politikalarını oluşturmak, politikalar doğrultusunda ilgili prosedür süreçlerini dokümanete etmek ve yasal mevzuatlar doğrultusunda izleme, iyileştirme, güncelleme ve denetleme çalışmalarını aynı kararlılıkla devam ettirmekten geçmektedir. Tüm kurum çalışanlarına bilgi güvenliği yönetiminin bilgi yönetim sistemi birimi kapsamında teknik bir iş olmadığı, kurumun tüm birimlerinin ve çalışanlarının sorumluluk yüklenmesi gerektiği etkili bir şekilde ve yerinde anlatılmalıdır. Kurumlarda düzenli olarak verilen bilgi güvenliği eğitimleri ve kurumsal bilinçlendirme ile bilgi güvenliği kültürünün oluşturulması gerçekleşecek olup bilgi kaynaklarını ilgilendiren her işlemden çalışanların bilgiyi güvenle işlemesi ve güvende tutmasını sağlanacaktır.

Bu doğrultularda yapılan çalışma kapsamında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Bilgi güvenliği yönetim sistemine ait sorumluluklar ve görevlerin belirlenmesi,
- Bilgi güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar ve çalışmaların takibinin yapılması amacı ile Bilgi Güvenliği Yönetim Ekibi'nin oluşturulması,
- Sağlıkta Kalite Standartları 6 Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu ve Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK) doğrultusunda bilgi güvenliği faaliyetlerini kapsayan kurum dokümanlarının oluşturulması,
- Bilgi güvenliği yönetim sistemi kapsamında oluşturulan yazılı düzenlemelerin tüm kurumda ulaşılabilir ve uygulanabilirliğinin sağlanması,



- Bilgi güvenliği yönetim sisteminin etkili işlemesi amacıyla, kurum yönetimi ve çalışanların iş birliği içinde olması,
- Kurumda yönetim kadro ve bilgi güvenliği yönetim ekibi ile birlikte, organizasyon şemasında yer alan birimler ve görevler bazında rol grupları belirlenmesi,
- Belirlenen rol gruplarına göre modül yetkisi ile o modüldeki işlem yetkilerinin tanımlandığı erişim kontrol matrisinin oluşturulması ve kişilere bildirilmesi,
- Bilgi güvenliği doğrultusunda idari kontrol mekanizması oluşturmak amacıyla; bilgi güvenliği yönetim ekibi tarafından saha denetimleri yapılması,
- Bilgi güvenliğini sağlayacak personele tam yetki verilmesi, yetkili kişilerin gördüğü bilgiyi başkasının gör(e)memesi, sağlamak amaçlı gerekli şartların oluşturulması,
- “Temiz masa temiz ekran” uygulamasının tüm çalışanlar tarafından benimsenmesinin sağlanması,
- Tüm personele düzenli olarak bilgi güvenliği eğitimi verilmesi.

### **Yazarların Katkı Düzeyleri/ Authors Contributions**

Konu seçimi: ZAY,HY,BO; Tasarım: ZAY,HY,BO; Planlama: ZAY,HY,BO; Veri toplama ve analiz: ZAY,HY,BO; Makalenin yazımı: ZAY,HY,BO; Eleştirel gözden geçirme: ZAY,HY,BO.

### **Çatışma Beyanı**

Yazarlar arasında herhangi bir çatışma beyanı bulunmamaktadır.

### **KAYNAKLAR**

- Baran, S. (2019) “Hastanelerde Bilgi Güvenliği Yönetimi: Nitel Bir Araştırma”, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 10(23), 113.
- Bartlett, M. (2008). “E-health: Enabler for Australia’s Health Reform”, <http://www.health.gov.au/nhhrc/publishing> (18.02.2022).
- Eriş, H. (2017). “Kalite Sistemi ve Bilgi Güvenliği Sistemlerinin Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesi Uygulaması”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4(3), 207-209.
- İleri, S. (2016). “Örgütlerde Bilgi Güvenliği Yönetimi, Kurumsal Entegrasyon Süreci ve Örnek Bir Uygulama”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 17(4), 56.
- Marşap, A. (2010). “Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi” Bilişim Teknolojileri Dergisi, 3(1), 32.
- Öğütçü, G., Gürel, N. & Cula, S. (2011). “Elektronik Sağlık Kayıtlarının İçeriği, Hassasiyeti ve Erişim Kontrollerine Yönelik Farkındalık ve Beklentilerin Değerlendirilmesi”. VIII. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 17-20 Kasım, Antalya.
- Sağlık Bakanlığı (2019), Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu, SB, Ankara
- Şahin, A. (2008). “Kamu Kurumlarında Bilgi Teknolojilerinin Kullanımında Yaşanan Sorunlar: Konya Kaymakamlıkları Örneği”, Ämme İdaresi Dergisi, 41(1), 158.
- Şahinaslan, E., Kandemir, R. & Şahinaslan, Ö. (2009). “Bilgi Güvenliği Farkındalık Eğitimi Örneği”, Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, 11-13 Şubat, Şanlıurfa.
- Varol Ş., Orhan F., Tuncer S., & Akyüz. S. (2016). “Sağlık Kurumlarında Bilgi Güvenliği Bağlamında Biyometrik Sistemler”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, (3)4,156.
- Yılmaz, H. (2014). “TS ISO/IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetimi Standardı Kapsamında Bilgi Güvenliği Yönetim Sisteminin Kurulması ve Bilgi Güvenliği Risk Analizi”, Denetişim, sayfa 51.



## Palyatif bakım alan onkoloji hastalarında dispne ve değerlendirilmesi

### *Dyspnea management in oncology patients receiving palliative care*

Türkan Özdaş<sup>1</sup>, Elif Dönmez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uzman Hemşire, Doktora Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği, İstanbul/Türkiye, ozdasturkan@gmail.com, 0000-0001-8979-2697.

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul/Türkiye, elif.donmez@sbu.edu.tr, 0000-0001-5030-3411.

#### ÖZ

Kanser hastalarında palyatif bakım, yaşam kalitesini artırmak ve semptom yönetimini sağlamak açısından önemlidir. Palyatif bakım ihtiyacı olan onkoloji hastaları genellikle semptomları şiddetli şekilde yaşayan özel bir hasta grubudur. Bu semptomlardan biri olan dispne, bireylerde ölüm korkusu, anksiyete, endişe gibi olumsuz duygulara neden olması, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemesi ve özellikle terminal dönem kanser hastalarında sık görülmesi nedeniyle önemli bir yere sahiptir. Dispnenin objektif bir tanılama yapılarak şiddetinin belirlenmesi, hastalara zamanında ve doğru tedavi seçeneğinin sunulması açısından önemlidir. Bu derlemenin amacı palyatif bakım alan onkoloji hastalarında görülen dispnenin değerlendirilmesinde kullanılan araçları güncel bilgiler ışığında incelemektir. Bu derleme ile palyatif bakım alanında çalışan sağlık profesyonelleri dispnenin daha iyi değerlendirilmesinde kendilerine rehber olabilecek ulusal ve uluslararası ölçeklere ulaşabilecektir.

#### Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Uzman Hemşire, Doktora Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği, İstanbul/Türkiye, ozdasturkan@gmail.com, 0000-0001-8979-2697.

#### DOI:

10.5281/zenodo.7761230

#### Received Date/Gönderme Tarihi:

01.03.2023

#### Accepted Date/Kabul Tarihi:

19.03.2023

#### Published Online/Yayımlanma Tarihi

23.03.2023

#### Anahtar Kelimeler:

Dispne Ölçekleri, Onkoloji Hastaları, Palyatif Bakım

#### ABSTRACT

Palliative care in cancer patients is important in terms of increasing the quality of life and providing symptom management. Oncology patients who need palliative care are usually a special group who experience symptoms severely. Dyspnea, which is one of these symptoms, has an important place since it causes negative emotions such as fear of death and anxiety, negatively affects daily living activities, and is especially common in terminal cancer patients. Determination of the severity of dyspnea by making an objective diagnosis is important in terms of providing patients with timely and appropriate treatment options. The aim of this review is to examine the tools used for the evaluation of dyspnea in oncology patients receiving palliative care in light of current literature. With this review, health professionals working in the field of palliative care will be able to reach national and international scales that can guide them in evaluating dyspnea better.

#### Key Words:

Dyspnea Scales, Oncology Patients, Palliative Care

## 1.GİRİŞ

Kanser dünyada ve ülkemizde yüksek mortalite ve morbidite ile önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kanser hastaları tanı anından başlayarak, tedavi süreci ve sonrasında birçok fiziksel, ruhsal ve psikososyal sorunla karşılaşmaktadır. Bu süreçte hastaların tüm bu gereksinimlerinin karşılanması için multidisipliner ve bütüncül bir palyatif bakıma ihtiyacı bulunmaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Chow ve Dahlin, 2018; Yakar vd., 2021). Palyatif bakım, ciddi seyreden ve yaşamı tehdit eden hastalıklarda, hasta ve ailesini kapsayacak biçimde multidisipliner ekip tarafından yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen yüksek kaliteli bir bakımdır (Zimmermann vd., 2016; Sarmiento vd., 2017). Önceki yıllarda yaşamı tehdit eden hastalıkların son döneminde ölüme yakın bakımı ifade eden bir kavram

iken günümüzde tanı aşamasından başlayarak, tedavi süreci ve sonrasında da kapsayan bir bakım süreci tanımlanmaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Zimmermann vd., 2016). Bütüncül hasta bakım yaklaşımlarından biri olarak görülen palyatif bakım yaşamı tehdit eden kronik hastalıklarda, semptomları hafifletmeyi ve hastanın yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir (Kavalieratos vd., 2016; Fulton vd., 2018; Abu-Odah, Molassiotis ve Liu, 2020).

Palyatif bakım ihtiyacı olan onkoloji hastaları genellikle semptomları şiddetli şekilde yaşayan fiziksel, psikososyal ve manevi desteğe ihtiyacı olan hasta grubudur (Özçelik vd., 2014; Chow ve Dahlin, 2018). Semptomlar, fiziksel ve duygusal semptomlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Sık görülen fiziksel semptomlar; bulantı-kusma, ağrı, dispne, yorgunluk, oral mukozit, diyare, konstipasyon, alopesi, iştahsızlık, pansitopenidir. En sık görülen duygusal semptomlar ise, depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu ve deliryumdur (Von Blanckenburg ve Leppin, 2018; Bahar vd., 2019).

Fiziksel olarak görülen semptomlardan birisi olan dispne, solunum semptomları içinde onkoloji hemşireleri tarafından değerlendirilmesi ve uygun hemşirelik bakımının verilmesi gerekli semptomlardandır. Dispne palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda en sık yaşanan semptomlardandır (Chan, 2018; McKenzie vd., 2018; Bahar vd. 2019). İlerlemiş kanser hastalarının %70'inden fazlası dispne yaşamaktadır (McKenzie vd., 2018). Dispne, terminal dönem hastalarda palyatif bakım açısından önemli bir semptomdur (Chan, 2018). Görülme sıklığının fazla olması hastaların yaşam kalitesini, konforunu, günlük yaşam aktivitelerini etkileyebileceği bilinen dispne, hastalarda endişe, anksiyete ve sosyal izolasyon da geliştirebilir (Kabalak vd., 2013; Henson vd., 2020).

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım alan onkoloji hastalarında görülen dispnenin değerlendirilmesinde kullanılan araçları güncel bilgiler ışığında incelemektir. Bu derleme ile palyatif bakım alanında çalışan sağlık profesyonelleri dispnenin daha iyi değerlendirilmesinde kendilerine rehber olabilecek ulusal ve uluslararası ölçeklere ulaşabilecektir.

## 2.PALYATİF BAKIMIN TANIMI VE TARİHÇESİ

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2002 yılında “Yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili sorunla karşılaşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini, acılarının erken saptanması ve kusursuz bir değerlendirme ile önlenmesi ve dindirilmesi ve ağrının, fiziksel, psikososyal ve manevi diğer sorunlarının tedavisi yoluyla geliştiren bir yaklaşımdır” olarak tanımlanmıştır (World Health Organization [WHO], 2002). Palyatif bakımın tarihçesi incelendiğinde ilk palyatif bakım ünitesinin 1842 yılında Fransa’da kurulduğu bilinmektedir. Modern kabul edilebilecek palyatif bakım ise İngiliz hemşire Dame Cicely Saunders’ın çabaları ile 1950 yıllarında gerçekleşmiştir. 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesinde Dr. Baulfor Mount tarafından ilk palyatif bakım servisi kurulduktan sonra, Cicely hastalara palyatif bakım sunmaya başlamıştır (Sevim ve Zenciroğlu, 2016; Tanrıverdi ve Kömürcü, 2017; Kavşur ve Sevimli, 2020). Ülkemizde ise 1993-1997 yılları arasında uzun süreli palyatif bakım verebilecek hospis kavramına ilk yakın kuruluş “Kanser Bakımevi” Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulmuştur (Kıvanç, 2017; Tanrıverdi ve Kömürcü, 2017; Aslan, 2020; Koç, 2021). 2010 yılına gelindiğinde ülkemizde palyatif bakım organizasyon modeli geliştirmek için Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar başlamış ve hemşire bakımının temel olduğu PalyaTürk projesi hayata geçirilmiştir (Uslu ve Terzioğlu; 2015, Koç, 2021). Bu tarih itibarıyla büyük kısmı üniversite hastaneleri olmak üzere birçok palyatif bakım merkezi açılmıştır (Kıvanç, 2017). 2014 yılında 15 palyatif merkez, 2016 yılında 183 palyatif bakım merkezi, 2019 yılı 314 palyatif bakım merkez sayısına ulaşmıştır (Fadıloğlu, 2020).

Dünya genelinde palyatif bakıma ihtiyacı olan birey 56,8 milyondan fazla insan olduğu tahmin edilmektedir. Bu kişilerin %67,1'i 50 yaş üzeri yetişkinler, %7'si ise çocuklardan oluşmaktadır. (WHO, 2020). Yetişkin palyatif bakım ihtiyacını oluşturan en büyük hastalık grubu kanserdir. Palyatif bakım ihtiyacı olan yetişkin onkoloji hastaları, tüm hastalık grupları içerisinde %30'luk oranla büyük bir yer kaplamaktadır. Çocuklara baktığımızda ise sadece kanser hastalıkları için palyatif bakım ihtiyaç oranı %4,1'dir (Connor, 2020).

Terminal dönem onkoloji hastalarının yaklaşık %80'i palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır (Reville ve Foxwell, 2014). Onkoloji hastaları için terminal dönemde palyatif bakım önemli olmakla birlikte palyatif bakım ihtiyacı sadece terminal dönemi kapsamamaktadır. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği yeni tanıli ileri evre kanser hastalarında hastalara ilk 8 hafta içerisinde onkoloji standart bakımına ek olarak palyatif bakımı önermektedir (Jackson vd., 2022). Onkoloji hastalarında palyatif bakım, hastaların yaşam kalitesini iyileştirme ve semptomların hafifletilmesi amacıyla önemli bir yere sahiptir (Şen vd., 2016; Chow ve Dahlin, 2018; Yakar vd., 2021).

### 3. DİSPNE VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Amerikan Toraks Derneği raporuna göre dispne "hoş olmayan veya konforsuz soluk alma hissi ve çeşitli yoğunlukta duyuların oluşturduğu kişisel solunum rahatsızlığı" şeklinde tanımlanmıştır (American Thoracic Society, 1999). Dispnenin bir aydan uzun süre devam etmesi durumunda kronik olarak kabul edilir (Budhwar ve Syed, 2020). Akut dispne ise genellikle acil müdahale gerektirir. Hekim ve hemşireden oluşan profesyoneller başta olmak üzere bir ekip tarafından yönetilir (Sharma vd., 2022).

Kanserli bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen dispne, özellikle terminal dönem kanser hastalarında sık görülen bir semptomdur (Seven, 2018). Dispne prevelansının incelendiği çalışmalarda kanser hastalarında %10 ile %90 arasında geniş bir oranda görüldüğü bildirilmektedir (Gök Metin ve Arıkan Dönmez, 2016; Yakar vd., 2021; Yin vd., 2021). Akciğer kanserleri olan hastalarda dispne prevelansının %90 oranına kadar yükseldiği bilinmektedir. (Rogers vd., 2022).

Dispnenin korku, anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir. (Von Leupoldt ve Denutte, 2020). Hareket ile dispnenin artacağı korkusu hastaların hareket etmekten kaçınmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda hareket halinde yaşanan korku nedeni ile hastalar daha fazla dispne yaşamaktadır. Tüm bunlar hastaların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Sucaklı ve Koşar, 2014). Aldan (2019), dispne şiddetinin artması ile hastaların sağlık durumunun kötüleştiği ve yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmiştir. Bozulan sağlık durumunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmiştir (Aldan, 2019). Benzer bir sonuç Arslan vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada bildirilmiştir. Yapılan çalışmada dispne şiddetinin artması yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu bildirilmiştir. Aynı şekilde hipoksinin artması ile yaşam kalitesinde azalma bildirilmiştir (Arslan ve Ünsar 2021). Dispne semptomu yaşayan hastalar dispnenin birden fazla fizyopatolojik temeli sebebiyle, multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi ve takibi önemlidir (Hardinge vd., 2015).

Onkoloji hastalarında görülen dispne semptomu kanserle doğrudan ilişkili veya dolaylı ilişkili olmak üzere farklı şekilde görülebilmektedir. Doğrudan ilişkili nedenlerden bazıları akciğer kanseri, metastatik akciğer tutulumu, malign plevral efüzyon olması, tümör embolisi, hava yolu obstrüksiyonu, perikardiyal efüzyon, hava yolu obstrüksiyonları, vena kava superior sendromu, ateletazi, patolojik

kırıklar, tümörün toraks metastazı olarak sayılabilir. Dispnenin dolaylı ilişkili nedenlerine bakıldığında anemi, asit, pulmoner emboli, ağrı, kansere bağlı kaşeksi, paraneoplastik sendrom, pnömoni ve elektrolit bozukluklarıdır (Temiz vd., (Ed.). 2022).

Kanser hastalarında sık görülen dispne subjektif bir semptomdur. Hastaların sosyoekonomik düzeyi, eğitim düzeyi ve kültürel düzeyi dispne algısını etkiler. Bu nedenle dispne tanılmasının yapılması zor olabilmektedir (Kocatepe vd., 2018; Temiz vd., 2022). Dispne nedenine yönelik tedavi edildiği gibi aynı zamanda şiddetinin değerlendirilerek tedavi seçeneklerinin belirlenmesi de önemlidir. Dispne şiddetinin doğru tanımlanmasının yapılmasında ölçekler önemli bir yere sahiptir (Kara ve Yıldız, 2013).

Dispnenin tanılmasında literatürde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır Dispne şiddeti değerlendirme araçlarından en sık kullanılanları Tablo 1’de yer almaktadır. Ölçekler tek boyutlu ve çok boyutlu olarak iki ayrı grupta tanımlanmaktadır. Dispnenin tanımlanmasında kullanılan tek boyutlu tanılama araçları; Görsel Analog Skala (VAS), 0-10 Sayısal Değerlendirme Ölçeği (NRS), Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Advers Olaylar için Ortak Terminoloji Kriterleri NCI-CTCAE V5.0, Oksijen Tüketim Diyagramı (OTD) ve Modifiye Borg Skala (MBS) ‘dir (Kocatepe vd., 2018; Biber, 2019; Kocatepe, 2020; Bitek ve Tokem 2021; Temiz vd., 2022). Dispne’nin tanımlanmasında kullanılan çok boyutlu tanılama araçları; Bazal Dispne İndeksi (BDI), Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ), Geçiş Dispne İndeksi (Transition Dispne İndeksi) (TDI), Modifiye Medikal Araştırma Kurulu Skalası (MMRC) ve Dispne-12 Ölçeği (D-12)’ dir. (Kara ve Yıldız, 2013; Biber,2019; Bitek ve Tokem 2021; Metin ve Helvacı, 2018). Bu değerlendirmeler sonucunda bireyin dispne şiddeti belirlenerek yaşadığı solunum güçlüğü hakkında bilgi edinilmektedir (Pişkin vd., 2022).

**Tablo 1.** Dispne Şiddetini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Tek Boyutlu Dispne Ölçekleri	Çok Boyutlu Dispne Ölçekleri
Visual Analog Scale / Görsel Analog Skala (VAS)	Baseline Dyspnea Index / Bazal Dispne İndeksi (BDI)
Numeric Rating Scale / Sayısal Değerlendirme Ölçeği (NRS)	Cancer Dyspnoea Scale / Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ)
National Cancer Enstitute- Common Terminology Criteria for Adverse Events / Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Advers Olaylar için Ortak Terminoloji Kriterleri (NCI-CTCAE V5.0)	Geçiş Dispne İndeksi (Transition Dispne İndeksi) (TDI) Modifiye Medical Research Council / Modifiye Medikal Araştırma Kurulu Ölçeği (MMRC)
Oxygen-Cost Diagram / Oksijen Tüketim Diyagramı (OTD)	The Dyspnea-12 Scale / Dispne-12 Ölçeği (D-12)
Modified Borg Scale / Modifiye Borg Skalası (MBS)	

### 3.1. Tek Boyutlu Dispne Ölçekleri

#### A. Visual Analog Scale / Görsel Analog Skala (VAS)

Skala ilk kez 1994 yılında Mahler ve diğerleri tarafından kullanılmıştır (Mahler ve Horowitz, 1994). Ölçek 100 mm’lik bir yatay veya dikey çizgi üzerinde kalem ile işaretleme yapılarak uygulanır. Çizginin 0 mm kısmı dispne yok, 100 mm kısmı en şiddetli dispneyi tanımlamaktadır. Dispne sıkıntısı çeken hasta bu skala üzerinde işaretleme yapar ve hastanın işaretlediği kısım cetvel ile ölçülerek dispne puanı belirlenir (Kara ve Yıldız, 2013; Biber, 2019; Pişkin vd., 2022). Ölçeğin Türk diline uyarlaması bulunmamaktadır.

### B. Numeric Rating Scale / Sayısal Değerlendirme Ölçeği (NRS)

Skala ilk kez 1998 yılında Gift ve Narsavage tarafından kullanılmıştır (Gift ve Narsavage 1998). Ölçekte yatay bir çizgi üzerinde 0 ile 10 arasında rakamlar vardır. Ölçeğin 0 noktasında dispne yok, 10 noktasında ise en şiddetli dispneyi tanımlamaktadır. Birey, dispne algısının hiç olmaması ile şiddetli olması arasında işaretleme yapar (Kara ve Yıldız 2013; Biber, 2019). Kullanımının basit ve kolay olması nedeniyle avantajlı olmasının yanında, geçerliliği için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (Gift ve Narsavage 1998). Ölçeğin Türk diline uyarlaması bulunmamaktadır.

### C. National Cancer Enstitute- Common Terminology Criteria for Adverse Events / Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Advers Olaylar için Ortak Terminoloji Kriterleri (NCI-CTCAE V5.0)

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından sınıflandırılmıştır. Grade 0 ile Grade 4 arasında puanlama yapılmaktadır. Grade 0 dispne yok, Grade 1 orta düzeyde aktivite ile başlayan ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen dispne, Grade 2 hafif düzeyde aktivite ile başlayan ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen dispne, Grade 3 dinlenme halinde başlayan, günlük yaşam aktivitelerini ve özbakımı etkileyen dispne, Grade 4 hayatı tehdit edici düzeyde, acil müdahale gerektiren dispneyi tanımlamaktadır (Tablo 2) (Common Terminology Criteria for Adverse Events v5.0 [CTCAE], 2017). Ölçeğin Türk diline uyarlaması bulunmamaktadır.

**Tablo 2.** NCI-CTCAE V5.0

	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
<b>NCI-CTCAE V5.0</b>	Dispne yok	Orta düzeyde aktivite ile başlayan ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen dispne	Hafif düzeyde aktivite ile başlayan ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen dispne	Dinlenme halinde başlayan, günlük yaşam aktivitelerini ve özbakımı etkileyen dispne	Hayatı tehdit edici düzeyde, acil müdahale gerektiren dispne

### D. Oxygen-Cost Diagram / Oksijen Tüketim Diyagramı (OTD)

Skala ilk kez 1978 yılında McGavin vd. tarafından kullanılmıştır (McGavin, vd., 1978). OTD 100 mm'lik yatay çizgi üzerine işaretleme yapılarak uygulanan bir ölçektir. Yatay çizgi üzerinde on üç aktivitenin belirli noktalara konması ile oluşturulmuştur. Ölçeğin 0 noktasında uyku, 100 noktasında ise hastadan yokuş yukarı yürüme bulunmaktadır. Hasta ile görüşülerek hangi noktada dispnesinin başladığı sorularak işaretleme yapılır (McGavin vd., 1978; Bausewein vd., 2007; Yapucu Güneş vd., 2012; Kara ve Yıldız, 2013; Biber, 2019). Ölçeğin basit ve kolay uygulanabilir olmasına rağmen, dispne sırasında hastaların işaretlemeye zorluk yaşayabileceği ve hastalarca anlaşılmasının zor olduğu bildirilmiştir. (Mahler ve Wells, 1988). Ölçeğin Türk diline uyarlaması bulunmamaktadır.

### E. Modified Borg Scale / Modifiye Borg Skalası (MBS)

Modifiye Borg Skalası, Borg tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Dispne şiddetini tanılamak için 10 maddeden oluşan bir ölçektir (Tablo 3) (Burdon vd., 1982; Yapucu vd., 2012). İstirahat halinde dispneyi ölçerken aynı zamanda efor halinde dispneyi de ölçmek amaçlı kullanılmaktadır. Ölçeğin özellikle efora bağlı dispnenin değerlendirilmesinde önemi vurgulanmaktadır. Hastalar açısından uygulanması kolay bir ölçektir (Yapucu vd., 2012; Kara ve Yıldız, 2013; Biber, 2019). MBS, uzun dönemde tekrarlanabilirlik açısından diğer ölçeklerden daha üstün olduğu bildirilmiştir (Wilson ve Johes 1989). Çalışmalar, MBS'nin istirahat ve efor dispne şiddetinin belirlenmesinde güvenilir bir ölçek olduğunu bildirmektedir

(Yürüktümen vd., 2009; Yapucu vd., 2012). Ölçek hastaların ventilatuar rezervlerinin ön görülmesinde kullanılabilirliği bildirilmektedir (Tepetam, 2007). Ölçeğin Türk diline uyarlaması bulunmamaktadır.

**Tablo 3.** Modifiye Borg Skalası

0	Yok
0.5	Zorlukla fark edilebilen düzeyde
1	Çok hafif
2	Hafif
3	Orta
4	Biraz ciddi
5	Ciddi
6	5 ile 7 arası
7	Çok ciddi
8	7 ile 9 arası
9	Çok çok ciddi
10	En şiddetli

## 3.2. Çok Boyutlu Dispne Ölçekleri

### A. Baseline Dyspnea Index / Bazal Dispne İndeksi (BDİ)

Mahler ve arkadaşları tarafından eforu ve fonksiyonel bozukluğu içeren, dispnenin ölçümünü daha uygun hale getirmek için 1984 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 3 ayrı kategoriden oluşmaktadır. Kategoriler, fonksiyonel bozukluk, dispneye neden olan işin şiddeti ve dispne nedeni eforun şiddeti olarak üç bölümden oluşur. Puanlama her bölümde 0 ile 4 puan olmak üzere toplamda, 0 ile 12 puan arasındadır. Hastanın alabileceği en düşük puan dispnenin ağır olduğunu göstermektedir. (Mahler vd., 1984; Kara ve Yıldız, 2013; Biber, 2019)

BDİ'nin, dispnenin klinik derecesi ile akciğer fonksiyonunun testlerini tamamlayıcı bir ilişki saptandığı bildirilmiştir (Mahler vd. 1984). Ölçeğin Türk diline uyarlaması bulunmamaktadır.

### B. Cancer Dyspnoea Scale / Kanser Dispne Ölçeği (KDÖ)

Kanser Dispne Ölçeği, Tanaka vd. tarafından kanser hastalarında algılanan dispneyi ölçmek için 2000 yılında çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir (Tanaka vd., 2000). Ölçek üç faktör olmak üzere toplamda 12 maddeden oluşmaktadır. Üç alt boyut; çaba duygusu, anksiyete duygusu ve rahatsızlık duygusudur. Ölçeğin puanlaması likert tipidir. Kanseri hastaları tarafından uygulanması kolay bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanlar; efora bağlı dispne için 20 puan, anksiyete bağlı dispne için 16 puan, rahatsızlık duygusuna bağlı dispne için 12 puan olup alınabilecek toplam en yüksek puan 48'dir. Ölçeğin toplam puanındaki artış dispnenin şiddetindeki artış ile doğru orantılıdır. (Tanaka vd. 2000; Uronis vd. 2012; Bitek ve Tokem 2021). Kanseri hastalarında, hastaların dispne varlığının belirlenmesi, şiddetinin tanımlanması ve gerekli girişimlerin buna göre planlanmasında kanser dispne ölçeği önerilmektedir. Kanseri dispne ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi ilk olarak 2012 yılında Çakmak tarafından yapılmıştır. Ölçeğin madde analizi" sonucunda ölçeğin 111 maddelerinin toplam korelasyon katsayısı 0.68 ile 0.86 arasında bildirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik

katsayısı 0.72 olarak hesaplanmıştır (Çakmak, 2012). Kansere dispne ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi 2021 yılında Bitek ve Tokem tarafından yapılmıştır. Bitek ve Tokem ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik katsayısını 0,965 olarak bildirmiştir. Ölçeğin madde korelasyon değerlerinin 0,689 ile 0,864 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0,722 olarak belirlenmiştir (Bitek ve Tokem 2021).

### **C. Transition Dispne İndeksi / Geçiş Dispne İndeksi (TDI)**

TDI, Mahler vd. tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Bazal duruma göre dispnedeki değişiklikleri ölçmek için kullanılır. Değerlendirmede “-9 ile +9” arasında yapılır ve (+) taraf değişimi dispne ile iyileşmeyi, (-) taraf değişim dispneye kötüye gidişi belirtmektedir. Ölçek yürüme testi ile ilişkilidir. Fakat akciğer fonksiyon testleriyle ilişkili olmaması dezavantaj olarak bildirilmiştir (Mahler vd. 1984). Ölçeğin Türk diline uyarlanması bulunmamaktadır.

### **D. Modifiye Medical Research Council /Modifiye Medikal Araştırma Kurulu Ölçeği (MMRC)**

Medical Research Council Scale (MRCS), ilk defa 1952 yılında Fletcher tarafından, akciğer hastalığı olan ve olmayan kişilerin aktivite sırasındaki nefes darlığı şiddetini karşılaştırmak için geliştirilmiştir (Fletcher, 1952). Sonrasında ölçek genişletilerek, İngiliz Medikal Araştırma Kurulu (Medical Research Council: MRC) tarafından, solunum hastalıklarında gelişen dispnenin doğal seyrini takip etmek amacı ile modifiye edilerek “Modifiye Medical Research Council Scale (MMRC)” kullanıma sunulmuştur. MMRC pulmoner rahabilitasyonun etkinliğinin değerlendirilmesinde en fazla kullanılan ölçektir. Ölçek dispneye neden olan fiziksel aktiviteler ile geliştirilen beş maddeden oluşan bir ölçektir. Hastalar açısından kullanımı kolay ve tekrarlanabilir bir ölçektir. Hasta kendisinde dispne oluşturan aktivite düzeyini ölçek üzerinde işaretleyerek düzeyini belirler. Ölçeğin akciğer fonksiyon testleri ve arteriyel kan gazı ölçümü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bestall vd. 1999; Biber, 2019). Ölçeğin Türk diline uyarlanması bulunmamaktadır.

### **E. The Dyspnea-12 Scale / Dispne-12 Ölçeği (D-12)**

Dispne-12 ölçeği, Yorke vd. tarafından dispneyi ölçmek için çok boyutlu bir ölçek olarak 2010 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 2 alt boyut olmak üzere 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlamasında hiç=0, hafif=1, orta=2, ciddi=3 olarak likert tipi kullanılmaktadır. Ölçekte alınabilecek en az puan 0, en fazla puan ise 36’dır. Hastanın aldığı dispne puanı arttıkça dispnesinin arttığı belirlenmektedir (Yorke vd., 2010). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Metin ve Helvacı tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.97 bulunmuştur (Metin ve Helvacı, 2018).

## **4.SONUÇ**

Sonuç olarak palyatif bakım, kronik hastalıklarda özellikle de kanser hastalarında ihtiyaç duyulan, multidisipliner bir ekip tarafından sürdürülen, semptom yönetiminin önemli olduğu ve yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan bir bakım türüdür. Primer hastalığa veya sekonder gelişen durumlara göre gelişebilen dispne kanser hastalarında solunum yolu semptomu olarak sık görülmesi, hastada korku, anksiyete, depresyon, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi ve dolaylı olarak yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Dispne subjektif bir bulgu olması ve yaşam kalitesini etkilemesi, hastada anksiyete, ölüm korkusu gibi olumsuz duygulara neden olması dolayısıyla palyatif kanser hastalarında önemli bir yere sahiptir. Hastaya erken tanı konulması; hasta takibi ve sürecin etkili yönetilmesi açısından önemlidir. Dispnenin değerlendirilmesinde kullanılan pek çok ulusal ve uluslararası ölçek bulunmaktadır. Palyatif bakım ekibinin bu ölçeklerin kullanımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları hastalarda gelişebilecek semptomların erken fark edilmesi amacıyla önemlidir.



## Yazarların Katkı Düzeyleri/ Authors Contributions

Konu seçimi: TÖ ve ED; Tasarım: TÖ, ED; Planlama: TÖ; Veri Toplama ve analiz: TÖ; Makalenin yazımı: TÖ; Eleştirel gözden geçirme: TÖ; ED.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

## KAYNAKÇA

- Abu-Odah, H., Molassiotis, A., & Liu, J. (2020). Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low-and middle-income countries: a systematic review of reviews. *BMC palliative care*, 19(1), 1-16. doi: 10.1186/s12904-020-00558-5.
- Aldan, G. (2019). Kronik obstrüktif tarama doğumda dispne, sağlık durumu ve yaşam kalitesi ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 159, 321-340. doi: 10.1164/ajrccm.159.1.ats898.
- Arslan, C., ve Ünsar, S. (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispne Algısı Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 42-50. doi.org/10.17049/ataunihem.732692
- Aslan, Y. (2020). Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27. doi.org/10.38053/agt.632674
- Bahar, A., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2019). Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 42-58.
- Bausewein, C., Farquhar, M., Booth, S., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Measurement of breathlessness in advanced disease: a systematic review. *Respiratory medicine*, 101(3), 399-410. doi: 10.1016/j.rmed.2006.07.003
- Bayram, Z., & Döğberker N., B. (2022). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. G. Temiz, N. Eroğlu, & S. Akın (Ed.), *Dispnenin yönetimi içinde* (s: 101-106). İstanbul: Nobel Akademik yayıncılık.
- Bestall, J. C., Paul, E. A., Garrod, R., Garnham, R., Jones, P. W., & Wedzicha, J. (1999). Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 54(7), 581-586. doi: 10.1136/thx.54.7.581.
- Biber, Ç. (2019). Pulmoner Rehabilitasyonda Dispne Algısının Değerlendirmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 7(1), 19-25.
- Bitek, D. E., & Tokem, Y. (2021). Kanser Dispne Ölçeği'nin Türk Kanser Hastalarında Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 155-162.
- Budhwar, N., & Syed, Z. (2020). Chronic dyspnea: diagnosis and evaluation. *American Family Physician*, 101(9), 542-548.
- Burdon, J. G. W., Juniper, E. F., Killian, K. J., Hargreave, F. E., & Campbell, E. J. M. (1982). The perception of breathlessness in asthma. *American Review of Respiratory Disease*, 126(5), 825-828. doi: 10.1164/arrd.1982.126.5.825
- Chan, K. S. (2018). Palliative care: the need of the modern era. *Hong Kong Med J*. 24(4): 391-399. doi: 10.12809/hkmj187310
- Chow, K., & Dahlin, C. (2018, August). Integration of palliative care and oncology nursing. in *Seminars in oncology nursing* 34(3): 192-201. doi: 10.1016/j.soncn.2018.06.001
- Common Terminology Criteria for Adverse Events v5.0 (CTCAE) 11/2017 update.2017. Available online: Retrieved from (22.11.2022): [https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic\\_applications/docs/ctcae\\_v5\\_quick\\_reference\\_5x7.pdf](https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf)
- Connor, S. R. (2020). *Global atlas of palliative care*. London: The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Retrieved from (22.11.2022): <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Çakmak, D. E. (2012). Kanser Dispne Ölçeği'nin Türk kanser hastalarında geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Fadıloğlu, Ç. (2020). Onkoloji hemşireliği. G. Can (Ed.), *Kanserde palyatif bakım içinde* (s. 1157-1174). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Fletcher, C. M. (1952). The clinical diagnosis of pulmonary emphysema. *Proc R Soc Med*, 45, 577-584.
- Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: a meta-analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 1024-1037. doi: 10.1089/jpm.2017.0576
- Gift, A. G., & Narsavage, G. (1998). Validity of the numeric rating scale as a measure of dyspnea. *American Journal of Critical Care*, 7(3), 200-204.
- Gök Metin, Z., & Arıkan Dönmez, A. (2016). Dyspnea management in patients with cancer. *Türk J Oncol*, 31(2):61-7. doi: 10.5505/tjo.2016.1366
- Hardinge, M., Annandale, J., Bourne, S., Cooper, B., Evans, A., Freeman, D., ... & British Thoracic Society Standards of Care

- Committee. (2015). British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults: accredited by NICE. *Thorax*, 70: 1-41. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-206865
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of clinical oncology*, 38(9), 905. doi:10.1200/JCO.19.00470
- Jackson, C. D., Schilthuis, A. J., Guice, K. C., Payne, K. S., & Dabal, T. D. (2022). Know Your Guidelines 2022 Series: The ASCO Management of Dyspnea in Advanced Cancer Guideline Review. *Southern medical journal*, 115(2), 116-117. doi: 10.14423/SMJ.000000000001349.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., & Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Kara, D. Y. H., & Yıldız, H. (2013). Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri ve Kullanım Sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (1): 137-149.
- Kavaliyatos, D., Corbelli, J., Zhang, D. I., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., ... & Schenker, Y. (2016). Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(20), 2104-2114. doi: 10.1001/jama.2016.16840
- Kavşur, Z., & Sevimli, E. (2020). Türkiye'deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler ile Karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, (4), 715-730. doi.org/10.47994/usbad.780187
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135. doi: 10.17681/hsp-dergisi.316894
- Kocatepe, V., Karadakovan, A., Kav, S., Aydın, A., Can, G., Meron, T., ... Ece, T. (2018). Dispne. Can, G (Ed.). *Kanser Hastalarında Kanıtı Dayalı Palyatif İyinde* (s:19-39). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Kocatepe, V. (2020). Onkoloji hemşireliği. G. Can (Ed.), *Dispne içinde* (s. 397-408). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Koç A. (2021). Palliative Care in Turkish Medical History. *Journal of Anesthesiology and Reanimation Specialists Society*, 29(3): 159-164. doi: 10.5222/jarss.2021.50455
- Mahler, D. A., Weinberg, D. H., Wells, C. K., & Feinstein, A. R. (1984). The measurement of dyspnea: contents, interobserver agreement, and physiologic correlates of two new clinical indexes. *Chest*, 85(6), 751-758. doi: 10.1378/chest.85.6.751
- Mahler, D. A., & Wells, C. K. (1988). Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest*, 93(3), 580-586. doi: 10.1378/chest.93.3.580
- Mahler, D. A., & Horowitz, M. B. (1994). Clinical evaluation of exertional dyspnea. *Clinics in chest medicine*, 15(2), 259-269.
- McGavin, C. R., Artvinli, M., Naoe, H., & McHardy, G. (1978). Dyspnoea, disability, and distance walked: comparison of estimates of exercise performance in respiratory disease. *Br Med J*, 2(6132), 241-243. doi: 10.1136/bmj.2.6132.241
- McKenzie, E., Hwang, M. K., Chan, S., Zhang, L., Zaki, P., Tsao, M., ... & Chow, E. (2018). Predictors of dyspnea in patients with advanced cancer. *Ann Palliat Med*, 7(4), 427-436. doi: 10.21037/apm.2018.06.09.
- Metin, Z. G., & Helvacı, A. (2018). Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(2), 102-115. doi.org/10.31125/hunhemsire.454354
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., & Kuzeyli Yıldırım, Y. (2014). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı Dergisi*, 26(2), 47-56. doi: 10.5505/agri.2014.93585.
- Pişkin, N. E., Aktuğ, Z. B., İbiş, S., Aka, H., Kutlu, Z. & Yavuz, G. (2022). Covid-19 Pandemisinde Egzersizde Farklı Maske Kullanımının Dispne ve Öznel Algılar Üzerine Etkisi. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-59. Doi: 10.33689/Sportmetre.970305.
- Reville, B., & Foxwell, A. M. (2014). The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care. *Ann Palliat Med*, 3(3), 129-138. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.03.
- Rogers, J. B., Modi, P., & Minter, J. F. (2022). Dyspnea in palliative care. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. Retrieved from (02.12.2022): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526122/>
- Sarmiento Vera, P., Marjolein, G., Higginson Irene, J., & Barbara, G. (2017). Home palliative care works: but how. A meta-ethnography of the experiences of patients and family caregivers. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7(4), 00-2. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001141
- Seven A. (2018). Palyatif bakım hastalarında Watson'ın insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisi. (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Seven M., Akyüz A., Sever N., & Dinçer Ş. (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3). doi: 10.5455/pmb.1-1343053458
- Sevim, Ü., & Zenciroğlu, A. (2016). Yenidoğanlarda palyatif bakım. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 10(2), 149-155. doi: 10.12956/tjpd.2016.216
- Sharma, S., Hashmi, M. F., & Badireddy, M. (2022). *Dyspnea on Exertion*. reasure Island (FL) StatPearls Publishing. Retrieved from (20.11.2022) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499847/>
- Sucaklı, M. H., & Koşar, Y. (2014). Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 34-39.
- Şen, S., Aygin, D., & Sert, H. (2016). Palyatif onkolojik tedaviler ve bakım. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-35.

- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2000). Development and validation of the Cancer Dyspnoea Scale: a multidimensional, brief, self-rating scale. *British journal of cancer*, 82(4), 800-805. doi: 10.1054/bjoc.1999.1002
- Tanrıverdi, Ö., & Kömürcü, Ş. (2017). Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. Erişim Adresi (13.11.2022): [https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846-33\\_Bolum\\_32\\_Palyatif.pdf](https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846-33_Bolum_32_Palyatif.pdf)
- Tepetam, F. M. (2007). Stabil kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispneyi değerlendiren yöntemlerin ve BODE indeksinin fonksiyonel parametrelerle karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği. İstanbul.
- Uronis, H. E., Shelby, R. A., Currow, D. C., Ahmedzai, S. H., Bosworth, H. B., Coan, A., & Abernethy, A. P. (2012). Assessment of the psychometric properties of an English version of the cancer dyspnea scale in people with advanced lung cancer. *Journal of pain and symptom management*, 44(5), 741-749. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.10.027.
- Uslu, F. Ş., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı*, 27(2), 104-110. doi: 10.5505/agri.2015.26214.
- Von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current opinion in psychiatry*, 31(5), 389-395. doi: 10.1097/YCO.0000000000000441
- Von Leupoldt, A., & Denutte, Y. (2020). Affective traits, states, and breathlessness. *Current opinion in supportive and palliative care*, 14(3), 182-189. doi: 10.1097/SPC.0000000000000506
- Wilson, R. C., & Jones, P. W. (1989). A comparison of the visual analogue scale and modified Borg scale for the measurement of dyspnoea during exercise. *Clinical Science*, 76(3), 277-282. doi: 10.1042/cs0760277
- World Health Organization (WHO). (2002). definition of palliative care. Retrieved from (23.01.2022): <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. Cancer control: Palliative care. WHO guide for effective programmes. 2007. Available online: Retrieved from (22.11.2022): [http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_palliative/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/).
- WHO | World Health Organization The Global Health Observatory. Retrieved from (22.11.2022): <https://www.who.int/>.
- Yakar, B., Batbaş, C. S., & Pirinççi, E. (2021). Palyatif Bakım ve Hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136-143. doi.org/10.17942/sted.625696
- Yapucu Güneş, Ü., Kara, D., & Erbağcı, A. (2012). Dispne yakınması olan hastalarda farklı dispne ölçeklerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* (2): 65-71.
- Yin, Z., Xu, T., Sun, M., Zhao, L., & Liang, F. (2021). Protocol: Acupuncture for breathlessness in advanced cancer: a protocol for systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *BMJ Open*, 11(11).
- Yorke, J., Moosavi, S. H., Shuldham, C., & Jones, P. W. (2010). Quantification of dyspnoea using descriptors: development and initial testing of the Dyspnoea-12. *Thorax*, 65(1), 21-26. doi: 10.1136/thx.2009.118521.
- Yürüktümen A, Karcioğlu Ö, Topacoğlu H, Karbek F. (2009). Dispne ile Başvuran Geriatrik Olgularda Yakınma Şiddeti ile Klinik ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 9 (4): 163-168. doi.org/10.31362/patd.490564
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock I., Hannon, B. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *Canadian Medical Association journal*, 188(10), E217-E227. doi: 10.1503/cmaj.151171.



## Sağlık çalışanlarının organ bağışına tutumu

### Attitudes of healthcare professionals to organ donation

Gözde İnal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlıkta Kalite Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Bölümü, İstanbul/Türkiye, inalgozde8147@gmail.com. 0009-0004-7721-539X

#### Öz

Bu derleme, sağlık çalışanlarının organ bağışına tutumu araştırılarak genel bir sonuç çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Organ yetmezliği insanların karşı karşıya kaldığı en önemli sağlık sorunlarından biridir. Son dönem organ yetmezliğinde tek ve etkili tedavi yöntemi olan organ nakli; canlı veya ölü (kadavra) vericiden sağlam organın alınarak alıcı kişinin hasarlı ya da çalışmayan organının yerine nakledilmesi işlemidir. Organ naklinin gerçekleştirilmesinde ise en kritik nokta organ bağışdır. Organ bağışı; kişinin kendi isteği ile yaşamında veya öldükten sonra organlarının bir kısmı ya da tamamının hasta kişiler için kullanılmasına belgeyerek izin vermesidir. Kalp gibi canlıdan bağış ile mümkün olmayan organlarda ölüden bağışa ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak ülkemizde ölüden bağış oranları canlıdan bağış oranlarına göre oldukça düşük sayıdadır. Toplumun farkındalığının ve bilgi eksikliğinin olması temel nedenler arasında yer almaktadır. Bu noktada toplum ile yakın ilişkiler halinde olan sağlık çalışanlarına önemli rol düşmektedir. Literatürde 2017-2022 tarihleri arasında yapılan çalışmaların değerlendirilerek, sonuçlarının derlenmesiyle oluşturulan 'sistematik derleme' niteliğinde bir çalışmadır. Çalışmanın sonucunda organ bağışı konusunda sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliklerinin olduğu gözlemlenmiştir.

#### Anahtar Kelimeler:

Organ Bağışı, Sağlık Çalışanları Organ Bağışı, Organ Nakli

#### Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlıkta Kalite Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Bölümü, İstanbul/Türkiye, inalgozde8147@gmail.com. 0009-0004-7721-539X

#### DOI:

10.5281/zenodo.7760105

#### Received Date/Gönderme Tarihi:

06.03.2023

#### Accepted Date/Kabul Tarihi:

19.03.2023

#### Published Online/Yayımlanma Tarihi:

23.03.2023

#### ABSTRACT

This review was made in order to make a general conclusion by investigating the organ donation and attitude of health professionals. Organ failure is one of the most important health problems that people face. Organ transplantation, which is the only and effective treatment method in end-stage organ failure; It is the process of taking the healthy organ from a living or dead (cadaver) donor and transplanting it to the place of the damaged or non-functioning organ of the recipient. The most critical point in the realization of organ transplantation is organ donation. Organ donation; It is the person's willingness to allow some or all of his organs to be used for sick people, either in his life or after his death. Organ donations, such as the heart, that are not possible with living donations, are needed from the dead. However, in our country, the donation rates from the dead are quite low compared to the donations from the living. The lack of awareness and knowledge of the society are among the main reasons. At this point, health workers who are in close relations with the society play an important role. It is a 'systematic review' which is created by evaluating the studies in the literature between 2017-2022 and compiling the results. As a result of the study, it was observed that there was a lack of knowledge of health professionals about organ donation.

#### Key Words:

Organ Donation, Healthcare Professionals Organ Donation, Transplantation

## 1.GİRİŞ

İnsanlar yaşamlarının belirli dönemlerinde sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilirler. Organ yetmezliği de bu sağlık sorunlarından biridir (Tetik ve Cebesoy, 2018). Organ, insan vücudunda yer alan, farklı dokulardan oluşan, damarlanmasını, yapısını ve fizyolojik fonksiyonlarını gerçekleştirme özelliğini sürdüren ayrılaşmış parçalardır (Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 2022).

Günümüzde kronik organ hastalıklarında geçerli, rutin ve ileri bir tedavi yöntemi olan organ nakli tercih edilmektedir (Göz ve Şark-Gürelli, 2007). Organ naklinin en önemli ve temel hedefi organ yetmezliği gelişerek yaşamının sonuna gelmiş bir kişinin hayatını kurtarmak, yaşam süresi ve kalitesini arttırmaktır (Özdağ, 2001).

Reference | Atf : İnal, G. (2023). Sağlık çalışanlarının organ bağışına tutumu. Journal of 5N1Quality, 1(1), 39-45.

Organ nakli, vücutta görevini bir sebepten ötürü gerçekleştiremeyen bir organın yerine canlı vericiden veya kadavradan aile onayı ile birlikte alınan sağlam bir organın nakledilmesidir (Sıpkın vd., 2010). Karaciğer, kalp, böbrek, akciğer, ince bağırsak, pankreas gibi yaşamsal önemi olan pek çok organın nakli gerçekleştirilebilmektedir (Özmen vd., 2008). Türkiye’de organ naklinde yapılan ilk girişim 1962 yılında Dr. Kemal Beyazıt tarafından yapılan kalp naklidir. Fakat nakilden sonra hasta yaşamını yitirdiği için bu nakil kayıtlara başarısız olarak geçmiştir (Örer ve Oto, 1999). Ülkemizde ilk başarılı organ nakli ise 1975 yılında Dr. Mehmet Haberal tarafından gerçekleştirilen bir anneden oğluna böbrek nakledilmesidir (Kara vd., 2012). Organ naklinin gerçekleştirilebilmesi için gerekli organlar, organ bağış yoluyla temin edilmektedir (Yaşın-Tekizoğlu, 2018).

Organ bağış, bireyin hür iradesi ile organ ve dokularının tamamı ya da bir kısmının başka hastaların tedavisi amacıyla kullanılmasına belgeleyerek izin vermesidir (Şen ve Özaydın, 2004). 18 yaşından büyük ve akli dengesi yerinde olan kişiler en az iki tanık eşliğinde yazılı beyan ile organ bağışında bulunabilmektedir (Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 1979). Organ nakillerinde bağışçı (verici) canlı ya da ölü (kadavra) olabilir (Yazar ve Açıkgöz, 2016). Canlı vericili organ nakli, alıcı kişinin dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dâhil ) yakınlarından yapılabilmektedir (Tomruk, 2018). Bu nakil türü vericinin sağlığını koruyacak ve hayati risk oluşturmayacak şekilde tek olan organlarından bir kısmının (karaciğer) veya çift organlarından birinin (böbrek) nakledilmesi şeklinde gerçekleştirilir (Şapulu-Alakan ve Aşıcıoğlu, 2021). Kadavra donör (ölü verici) ise solunum ve dolaşımı yalnızca bağılı olduğu cihazlar sayesinde sürdürülebilir, tıbbi olarak geri dönüşümü kesinlikle mümkün olmayan, ilgili hekimlerden oluşan kurul tarafından onaylanarak beyin ölümü tanısı konulmuş vericidir (Orçun ve Görkey, 2014). Kişi yaşamında organlarını bağışlamış olsa bile ölü vericide organların alınabilmesi için ailesinin izni gerekmektedir (Demir- Doğan vd., 2016).

Ülkemizde organ bağış ve nakli ile ilgili uygulamalar ve çalışmalar 29/05/1979 tarihli 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun’ a göre yapılmaktadır. Bu kanuna göre 18 yaşını doldurmamış ve akli dengesi yerinde olmayan kişilerden organ ve doku alınmasının yasak olduğu, bir bedel ya da çıkar karşılığı doku ve organ satılmasının yasak olduğu, canlı vericilerde vericinin yaşamını mutlak surette sona erdirecek veya tehlikeye sokacak olan organ ve dokuların alınmasının yasak olduğu, ölüden organ alınmasında tıbbi ölümün gerçekleştiğine, biri nörolog veya nöroşirürjiyen, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak oy birliği ile karar verildiği belirtilmiştir (Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 1979).

Gelişmiş ülkelerde organ ihtiyacının çoğunluğu kadavra donörlerden temin edilirken, ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde temel problemler kadaverik organ nakli sayısının yeterli seviyede olmamasıdır (G. Şantaş ve F. Şantaş, 2018). Organ bağışının yetersiz olmasına neden olan sebepler; organ bağış konusunda bilgi eksikliğinin olması, dini inançlar, vücut bütünlüğüne dokunulmaması isteği, cenazeye saygısızlık yapıldığı gibi fikirlerdir (Ertaş ve Çiftçi-Kıraç, 2018). Organ bağış sayısını arttırmak için kişilerin bilgi eksikliğini gidermek, reddedici tavırlarını ve tutumlarını yok etmek, tüm mecralarda bu konu hakkında engelleri aşmak gerekmektedir (Balcı ve Şahingöz, 2014). Bu konuda öncelikle sağlık profesyonellerinin eğitimlerinde gerekli önemin verilmesi, toplumsal bilincin ve farkındalığın oluşmasında etkili yollardan birisidir (Kurt vd., 2018).

Bu derleme, konu ile ilgili literatür taranarak sağlık çalışanlarının organ bağışına tutumunu belirlemek amacıyla oluşturulmuştur.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Tasarımı

Çalışma sistematik derleme olarak tasarlanmıştır. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının organ bağıışı ve tutumu konusunda yapılan retrospektif kesitsel, retrospektif tanımlayıcı, tanımlayıcı, meta analiz ve vaka çalışması incelenmiştir.

### 2.2. Araştırmada Kullanılan Veri Tabanları

Çalışma için 2017-2022 tarihinde PubMed, Medline, Google Akademik ve Cochrane veri tabanlarından "organ bağıışı, sağlık çalışanları organ bağıışı, organ nakli anahtar kelimeleri kullanılarak makale taraması yapılmıştır. Araştırmacı tarafından ulaşılan makaleler incelenmiştir. Çalışmanın konusu ile ilgili ve dâhil edilme kriterlerine uyan 8 makale değerlendirmeye alındı. Araştırmacı, değerlendirme sonuçlarını makale özet formuna işleyerek karşılaştırmış ve konu ile uyumlu olanlarını almıştır (Tablo 1).

### 2.3. Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri

Sağlık çalışanlarının organ bağıışı ve tutumu konusuyla ilgili olması, Türkçe veya İngilizce yazılmış olması, 2022'ye kadar yayınlanmış olması, araştırma makalesi olması ve tam metnine ulaşılabilmesi olarak belirlenmiştir.

## 3. BULGULAR

Tablo 1'de sağlık çalışanlarının organ bağıışına tutumu ile ilgili çalışmalara ve sonuçlarına yer verilmektedir.

## 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Son dönem organ yetmezliğinde olan hastaların tek tedavi yöntemi olan organ naklini gerçekleştirebilmek için gerekli olan en önemli nokta organ bağıışı konusudur. Ülkemizde organ bekleyen çok fazla sayıda hasta olmasına rağmen organ bağıışı konusunda sayılar yetersiz kalmaktadır. Organ bağıışının artırılması için en önemli husus ise bu konuda toplumda farkındalık oluşturulmasıdır. Bu noktada hasta ve hasta yakınları ile sürekli yakın ilişki içerisinde bulunan sağlık profesyonellerine önemli roller düşmektedir. Her konuda bilgilendirmelerde bulunan sağlık çalışanlarının farkındalık isteyen bu konuda da bilgilendirmede bulunmaları önem arz etmektedir. Ancak incelenen çalışmaların sonucunda sağlık profesyonellerinin organ bağıışında bulunma konusunda sayılarının az olduğu görülmüştür. İşin içerisinde olmalarına rağmen sağlık profesyonellerinin de organ bağıışı konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu sonucuna varılmıştır. Akalın ve Abişin 2019 yılında yaptığı çalışmanın sonucunda bu konuda bilimsel yayın eksikliğinin olduğu ve en önemli engellerden birinin bağıış eğitimi verenlerin yetersizliği olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin bağıış sayısının az olmasında bilgi eksikliği dışında başka faktörler de yer almaktadır. Çalışmalar incelendiğinde bu faktörler arasında; vücut bütünlüğü konusunda endişeler, dini açıdan kararsızlıklar, beyin ölümü tanısı konusunda belirsizlikler, isteksizlik, güvensizlik ve korku yer almaktadır. Tüm bu faktörler toplumda farkındalık oluşturma ve bağıışa teşvik etme konusunda sağlıkçıların yetersiz kalmasına neden olabilmektedir. Bu sonuçlar neticesinde sağlık profesyonellerine öğrencilik dönemlerinden itibaren başlayarak ve devamında da organ bağıışı konusundaki bilgi eksikliklerini ve endişelerini gidermek amacıyla eğitimler düzenlenmeli ve bu eğitimlere gereken önem verilmelidir.

Makale	Yıl/ Yazarlar	Çalışma Örnekleme	Çalışma Yöntemi	Çalışma Sonuçları ve öneriler
Sağlık çalışanlarının organ bağış hakkında bilgi, tutum ve davranışları	2019 İbrahimoğlu ve arkadaşları	n=460 Tanımlayıcı	Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında Türkiye'deki iki üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanları üzerinde yapılmıştır. Çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada, sağlık çalışanlarına organ bağışında bulunup bulunmadıkları, ikinci aşamada ise, katılımcılara sosyodemografik özelliklerini, organ bağış konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan anket uygulanmıştır.	Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının organ bağış konusunda bilgi eksiklikleri olduğu ve organ bağış yapmanın öneminin yeterince vurgulanmadığı bulunmuştur. Organ bağış konusunda eğitim faaliyetlerine güçlü bir ihtiyaç olduğu önerilmektedir.
Hekimlerin organ bağış konusunda bilgi tutum ve davranışları	2017 Keten ve arkadaşları	n=267 Prospektif	Çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Necip Fazıl Devlet Hastanesi ve Alle Sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler üzerinde yapılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerini, organ bağış konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan anket uygulanmıştır.	Çalışmada hekimlerin organ bağış konusunda önemli bilgi eksiklikleri olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca hekimlerin organ bağış için kayıt yapma ve organ bağış yapma isteğinin düşük olduğu belirlenmiştir. Organ bağışının yaygınlaştırılması açısından eğitimlerin düzenlenmesi, hekimlerin bilgilendirilerek hastalarına da bu konuda bilgi vermeleri gerektiği önerilmektedir.
Hemşirelerin Organ Bağış Tutumlarının Merhamet Duygularıyla İlişkisinin Değerlendirilmesi	2021 Bektaş ve arkadaşları	n=200 Kesitsel- Betimleyici	Çalışmanın örnekleme numune ve üniversite hastanesinde çalışan 680 hemşire dâhil edilmiş olup organ bağış kartı olan (100 birey) ve olmayan (100 birey) toplam 200 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Bilgiler Formu, Organ Bağış Tutum Ölçeği (OBTÖ) ve Merhamet Ölçeğiyle (MÖ) toplanmıştır. Verilerin analizinde Frekans, Yüzde, Pearson Momentler Çarpımı, korelasyon analizi, t Testi, Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA), Durbin Watson testi, Basit Doğrusal Regresyon analizi, Dunnett T3 Post Hoc testi, LSD Post Hoc testi, Mann Whitney U testi, Cronbach Alfa testi kullanılmıştır.	Çalışma sonucunda merhamet duygusunun organ bağış tutumlarının üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Organ bağışına yönelik eğitim ve programlar yapılarak kişilerin daha çok bilinçlendirilmesi, organ bağış için sağlık profesyonellerini teşvik edici stratejilerin yaygınlaştırılması ve organ bağış ile ilgili kaygılara yönelik araştırmalar yapılması önerilmiştir.

Makale	Yıl/ Yazarlar	Çalışma Örnekleme	Çalışma Yöntemi	Çalışma Sonuçları ve öneriler
Konya ilindeki Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları	2018 Kurt ve arkadaşları	n=1125 Tanımlayıcı	“Birinci Basamak Çalışanlarının Organ Bağışı ile İlgili Algı ve Bilgi Düzeylerinin Araştırılması” başlıklı anket formu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 21 Haziran-31 Ağustos 2017 tarihleri arasında internet üzerinden Konya ilinde çalışan tüm birinci basamak sağlık çalışanlarına gönderilmiştir. Toplam 1.400 kişilik hedef kitleden 1.125’i katılım sağlamıştır. Anket sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science) 23.0 programı kullanılmıştır. Veriler, yüzde ve ortalama kullanılarak değerlendirilmiştir.	Organ bağışı yapan sağlık çalışanlarının sayısının az olduğu, organ nakli ve bağışının önünde psikolojik etkilerin olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile olan yakın iletişimlerinden dolayı organ bağışının artırılması çalışmalarında anahtar role sahip oldukları görülmüştür. Bu kişilerin potansiyel vericileri saptayarak organ bağışına yönlendirmeleri, örnek olması açısından organ ve doku nakli konusunda kendilerinin bağışçı olması önerilmektedir. Sağlık çalışanlarının organ bağışı konusunda yaklaşımlarının bilinmesi ile bu alandaki etkinliklerini artırmanın mümkün olacağı düşünülmüştür.
Sağlık Çalışanlarının Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi	2018 Ertaş ve arkadaşları	n=300 Tanımlayıcı	Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket Saritaş (2005) tarafından geliştirilmiş olup Konya’da faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde çalışan 300 sağlık personeline uygulanmıştır. Kullanılan anketin Cronbach Alpha değeri 0.82 olarak hesaplanmıştır. İstatistiksel analizler bilgisayar ortamında yapılmıştır.	Sağlık çalışanlarının organ nakli ve bağışı konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucu ele edilmiştir. Bunun nedenleri arasında mesleki eğitim sırasında bu konuda bilgilendirilmemeleri, yeterli hizmet içi eğitimin yapılmaması ve organ nakli konusunda nereden bilgi alabileceklerini bilmemeleri gelmektedir. Özellikle tıp fakültesi ve sağlık meslek lisesi öğrencilerine eğitimleri sırasında ve çalışmaya başladıkları zaman, organ bağışı konusunda hizmet içi eğitim verilmesi önerilmektedir.
Yoğun Bakım Hemşirelerinin Organ/Doku Nakli ve Bağışına Yönelik Bilgi, Tutum ve Yaklaşımları	2021 Şapulu Alakan ve arkadaşları	n=150 Tanımlayıcı	Çalışma İstanbul ilinde 3 farklı eğitim araştırma hastanesinin YBÜ’sünde 150 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırmada veriler, YBÜ hemşirelerine yönelik hazırlanan anket formu uygulanarak toplanmıştır. Veriler yüzdelik ve Kikare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.	Çalışma sonucunda sağlık profesyoneli olmaları ve nakli ile ilgili birimlerde çalışmaları nedeniyle daha bilgili ve duyarlı olması beklenen YBÜ hemşirelerinin bilgi eksikliğinin olduğu görülmüştür. Meslek edinme sürecinde ve hizmet içi eğitimlerde organ bağışına yer verilerek eksikliğin giderilebileceği önerilmektedir.



Makale	Yıl/ Yazarlar	Çalışma Örneklemi	Çalışma Yöntemi	Çalışma Sonuçları ve öneriler
Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Organ Bağışı Hakkındaki Görüş ve Davranışlarının Belirlenmesi	2018 Şen ve arkadaşları	n=200 Nitel	Araştırma örneklemini Dicle Üniversitesi Hastanelerinde çalışan 200 hemşire oluşturmuştur. Veriler 25 soruluk anket formu ile Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında birebir görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS 20,0 paket programı ile yüzdellik ve Ki-kare analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.	Hemşirelerin büyük bir bölümünün organ bağışına sıcak baktığı, ancak bağış konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Hemşirelerin bilgi eksikliği ile toplumu bağışa teşvikte yetersiz kalabileceği sonucuna varılmıştır. Lise, lisans ve sonrası eğitimlerde organ bağışı konusunda daha fazla önem göstermek gerektiği önerilmektedir.
Organ ve Doku Bağışının Sağlık Profesyonellerinin Perspektifinden Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma	2019 Akalin ve arkadaşları	n=9 Nitel	Çalışma Aralık 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında, dış hekim, doktor fizyoterapist, eczacı, sağlık yöneticisi, hemşire, organ ve doku nakli koordinatörü, koordinatör yardımcısı mesleklerinden dokuz kişi ile görüşme gerçekleştirilerek yapılmıştır. Görüşme süresi toplamda 151,97 dakika sürmüştür. Görüşmeler sonucu beş ana boyut belirlenmiştir: "Bilgi Düzeyi, Üç Boyutta Tutum, Tutuma Yön Verenler, Mesleki Faaliyetler ve Öneriler" olarak sıralanmıştır.	Sağlık profesyonellerinin hem kendilerinin hem de halkın organ ve doku bağışı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu konuda bilimsel yayın eksikliğini olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin organ ve doku bağışı konusunda önlerinde bulunan en önemli engeller; bağış eğitimi veren kişilerin yetersizliği, organ ve doku alımı biçimi, beyin ölümü tanısının belirsizliği ve dini yandan tatmin edici netliğin bulunmaması şeklinde sıralanmıştır. Konu hakkında dini kararların net olarak belirlenmesi, sosyal medyadan destek alınması, göz önünde bulunan kişilerin bağışı destekleyecek mesajlar vermesi, tüm sağlık profesyonellerine ve eğitim kurumlarına düzenli aralıklarla eğitimler verilmesi önerilmektedir.

## Yazarların Katkı Düzeyleri/ Authors Contributions

Konu seçimi: Gİ; Tasarım: Gİ; Planlama: Gİ; Veri Toplama ve analiz: Gİ; Makalenin yazımı: Gİ; Eleştirel gözden geçirme: Gİ.

## Çıkar Çatışması

Yazar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

## KAYNAKÇA

- Akalın, B., & Abiş T. (2019). Organ ve Doku Bağışının Sağlık Profesyonellerinin Perspektifinden Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7 (98), 130-141.
- Balcı, E., & Şahingöz, M. (2014). Hemşirelerin Organ Bağışına Bakışları. Cumhuriyet Medical Journal, 36 (4), 503-511.
- Bektaş, M., & Yıldırım, G. (2021). Hemşirelerin Organ Bağışı Tutumlarının Merhamet Duygularıyla İlişkinin Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 11 (2), 284-299.
- Demir- Doğan, M., Uzun, İ., Kaya, N., Ekinci, H., & Altınkaynak, M. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Organ Bağışına Bakış Açısı ve Bilgi Düzeyleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3 (2), 99-105.
- Ertaş, H., & Çiftçi-Kıraç, F. (2018). Sağlık Çalışanlarının Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. 2nd International Social and Educational Sciences Symposium, Konya, Türkiye.
- Göz, F., & Şalk-Gürelli Ş. (2007). Yoğun bakım hemşirelerinin organ bağışı ile ilgili düşünceleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (5), 77-88.
- İbrahimoglu, Ö., & Urhan, S. (2019). Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Healthcare Workers About Organ Donation. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6 (2), 142-149.
- Kara, S., Salman, Z., & Öngel, K. (2012). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin organ bağışına bakışı. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11 (1), 33-39.
- Keten, H.S., Işık, O., Üçer, H., Keten, D., Ersoy, Ö., & Ölmez, S. (2017). Hekimlerin Organ Bağışı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Çukurova Medical Journal, 42 (4), 623-629.
- Kurt, B., Öztaş, D., İter, H., Akbaba, M., Ozan, T., & Güneş, E. (2018). Konya İlindeki Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Sakarya Tıp Dergisi, 8 (3), 497-504.
- Orçun, Ç., & Görkey, Ş. (2014). Beyin Ölümü Kriterlerinin Tarihsel Gelişimi ve Kadavradan Organ Nakline Etkisi. Marmara Medical Journal, 27 (1), 69-74.
- Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. (2022, 9 Aralık). Resmî Gazete (Sayı:32038). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/12/20221209-3.htm>
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun (1979, 3 Haziran). Resmî Gazete (Sayı: 16665). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16655.pdf>
- Örer, A., & Oto, Ö. (1999). Düünden Bugüne Kalp Cerrahisi. GKDC dergisi, 7 (2), 1-6.
- Özdağ, N. (2001). Organ Nakli ve Bağışına Toplumun Bakışı. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), 46-55.
- Özmen, D., Çakmakçı-Çetinkaya, A., Sarıyebek, B., & Zeybek, A. (2008). Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Organ Bağışına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Tıp Bilimleri Dergisi, 28 (3), 11-8.
- Sıpkın, S., Şen, B., Akan, S., & Malak, A.T. (2010). Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlahiyat Fakültesi ve Güzel Sanatlar Fakültesi Öğretim Elemanlarının Organ Bağışına Bakış Açılarının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11 (1), 19-25.
- Şantaş, G., & Şantaş, F. (2018). Türkiye'de Organ Bağışının Mevcut Durumu ve Organ Bağışında Stratejik İletişimin Önemi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9 (2), 163-168.
- Şapulu- Alakan, Y., & Aşıcıoğlu, F. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Organ/Doku Nakli ve Bağışına Yönelik Bilgi, Tutum ve Yaklaşımları. Nobel Medicus, 17(1), 20-29.
- Şen, H., & Özaydın, Ö. (2004). Eskişehir İlindeki Bireylerin Organ Bağışı Hakkındaki Düşünceleri ile Sosyoekonomik Nitelikleri Arasındaki İlişki Yapısının İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5 (1), 95-116.
- Şen, M.A., Yakıt-Ak, E., & Evreüz, Y. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Organ Bağışı Hakkındaki Görüş ve Davranışlarının Belirlenmesi. Journal Of Social And Humanities Sciences Research, 5 (18), 493-500.
- Tetik, S., & Cebesoy, Ü.B. (2018). Ortaokul Öğrencilerinin Organ Bağışına ve Organ Nakline Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi. Journal of Theoretical Educational Science, 11(3), 486-506.
- Tomruk, M. (2018). Konya İli Yoğun Bakım Çalışanlarında Beyin Ölümü, Organ Bağışı ve Nakli Konusundaki Farkındalık Ve Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi] Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Yaşın- Tekizoğlu, F. (2018). Organ bağışı: Bireylerin Kararlarını Etkileyen Psikolojik Faktörler. Muhakeme Dergisi, 1(1), 21-35.
- Yazar, M. A., & Açıkgöz, M. B. (2016). Nevşehir İl Merkezinde Yaşayan Halkın Organ Bağışı ve Nakli Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Turk J Anaesthesiol Reanim, 44 (5), 250-257.