

JOURNAL OF 5N1QUALITY

E-ISSN:2980-1265 2792-0739

YEAR: 2023 VOLUME: 1 ISSUE: 2



KÜNYE

Journal Name / Dergi 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 ERDOGAN, 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	
Root Society for Indexing and Impact Factor Service	
EuroPub Publishing	
Eurasian Scientific Journal Index	



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. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
2	Prof. Dr. H. Nilay GEMLİK	Marmara Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
3	Prof. Dr. Birkan TAPAN	İstanbul Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
4	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
5	Doç. Dr. Yasin UZUNTARLA	Gülhane Eğitim Arş. Hast.	Ankara/Türkiye
6	Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
7	Dr. Öğr. Üyesi Levent YÜCEL	Onbeş Kasım Kıbrıs Üniveritesi	KKTC
8	Dr. Serdal KEÇELİ	Milli Savunma Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
9	Dr. Feyza ÇETİNKAYA KUTUN	Sağlık Bakanlığı	İstanbul/Türkiye
10	Dr. Fatih ORHAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
11	Dr. Işıl ARSLAN	İçişleri Bakanlığı	İstanbul/Türkiye
12	Uzm. Emrullah İncesu	Sağlık Bakanlığı	Bursa/Türkiye



TABLE OF CONTENTS / İÇİNDEKİLER TABLOSU

*Research Article / Araştırma Makalesi***Türkiye' de dil ve konuşma terapisi lisans programlarında yürütülen kalite ve hasta güvenliği derslerinin incelenmesi**

Investigation of quality and patient safety courses conducted in language and speech therapy undergraduate programs in Turkey 46-56

Ali Arslanoğlu, Zehra Arslan

Hemşirelik lisans öğrencilerinin farmakoloji eğitimine yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi

Evaluation of the opinions on pharmacology education of undergraduate nursing students 57-65

Hatice Sayılan, Selma Gürkan, Kezziban Turan, Melis Kübra Duran, Gülşen Akpınar

İş stresi ile duygusal emek ilişkisi: Özel hastane çalışanları üzerine bir araştırma

The relationship between work stress and emotional labor: A study on private hospital employees 66-73

Nilay Gemlik, Hazal Tunç

Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzları

Mental problems and stress coping styles of leukemia patients 74-87

Betül Akanlar Çoban, Sibel Polat Olca

*Review Article / Derleme Makaleleri***Sağlık kurumlarında risk yönetimi ve süreçleri**

Risk management and processes in health institutions 88-100

Selma Dağcı, Volkan Kızılay, Fahriye Ela Güngör, Seval Sezen, Feyza Çetinkaya Kutun

Ameliyathane çalışanlarının cerrahi dumana maruz kalması ve farkındalıklarının değerlendirilmesi

Evaluation of surgical smoke exposure and awareness of operating room staff 101-108

Emel Kandaş



Türkiye' de dil ve konuşma terapisi lisans programlarında yürütülen kalite ve hasta güvenliği derslerinin incelenmesi

Investigation of quality and patient safety courses conducted in language and speech therapy undergraduate programs in Turkey

Ali Arslanoğlu¹, Zehra Arslan²

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

² Hemşire, Tuzla Devlet Hastanesi, z.arslan9928@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4657-6040

Öz

Bu çalışmada, Türkiye'deki vakıf ve devlet üniversitelerinde dil ve konuşma terapisi eğitimi veren bölümlerin lisans müfredatlarında yer alan kalite ve hasta güvenliği derslerinin özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma, Nisan-Mayıs 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Türkiye'de devlet ve vakıf üniversitelerine bağlı 30 dil ve konuşma terapisi lisans programı oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından oluşturulan değerlendirme formu, veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Veriler, dil ve konuşma terapisi lisans programlarının web sayfalarından ders içeriklerinin taranmasıyla toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı (sayı ve yüzde) istatistikler kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada kalite veya hasta güvenliği derslerinden en az bir tanesi, üniversitelerin dil ve konuşma terapisi lisans programlarının %50'sinde olduğu belirlenmiştir. Müfredat incelendiğinde daha çok 'İş Sağlığı Güvenliği' ve 'Afet, Kriz ve Risk Yönetimi' derslerinin işlendiği görülmüştür. Dil ve Konuşma Terapisi lisans müfredatlarının çoğunda kalite veya hasta güvenliğine ilişkin bir dersin bulunduğu, ancak kalite ile alakalı derslerin hasta güvenliği ile alakalı derslerden daha fazla ele alındığı görülmüştür. Ekip bilinciyle hareket etmekte önemli bir yere sahip olan 'iletişim' ise yine üniversitelerde yüksek oranda ders olarak verilmektedir. Mezun olacak öğrencilerin eğitim programlarında hasta güvenliği ve kalite üzerinde daha fazla yoğunlaşmış derslerde daha sistematik bir işleyiş sağlanırsa sağlık hizmet sunumunun daha etkili ve verimli bir şekilde olması sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler:

Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Kalite Yönetimi, Dil ve Konuşma Terapisi, Dil ve Konuşma Terapisti

ABSTRACT

Examples of these differences are examples of quality and patient protection courses included in the undergraduate curricula of foundation and state universities in Turkey that provide language and speech therapy education. The descriptive and cross-sectional study was conducted between April and May 2023. 30 language and therapy speaking undergraduate programs affiliated to state and foundation universities in Turkey constituted the study room. The evaluation formula created by the researchers was used as a data collection tool. The data were collected by scanning the course contents from the web pages of speech and language therapy undergraduate programs. Data were analyzed using tiers (number and percentage) statistics. In the study, it was determined that at least one of the quality or patient safety courses was in 50% of the language and speech therapy undergraduate programs of universities. Curriculum collection is mostly the place where 'Occupational Health and Safety' and 'Disaster, Crisis and Risk Management' courses are taught. Complementing speech and language therapy undergraduate curricula where there is a course on quality or patient safety, but quality-related courses are covered more than patient safety courses. Communication, which has an important place in acting with team consciousness, is also taught as a course in universities at a high rate. It is aimed that the delivery of health services will be more effective and efficient if the students who will graduate are more focused on patient safety and quality in their education programs and more systems are provided in the lessons

Key Words:

Quality Management in Health Services, Speech and Language Therapy, Speech and Language Therapy

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

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

DOI:

10.5281/zenodo.8244872

Received Date/Gönderme Tarihi:

24.03.2023

Accepted Date/Kabul Tarihi:

29.07.2023

Published Online/Yayımlanma Tarihi:

31.07.2023

GİRİŞ

Günümüzekadar varolantüm kayıtlar incelendiğinde “Kalite”ye M.Ö. 1700 yılında rastlanmaktadır. Hammurabi Kanunları’nda kaliteye dair şu ifadeler bulunmaktadır: ‘Eğer ki bir inşaat ustası bir kişiye ev yapar ve yapılan ev sağlam olmayıp ev sahibinin ölmesine sebep olursa o inşaat ustasının kellesi uçurulur’. Ceza ilkel şekilde olsa da kalite kavramına açık bir şekilde vurgu yapılmaktadır. Günümüzdeki kalite olgusunun var olmasında en büyük etken ise 2. Dünya Savaşı’dır. Savaşta kullanılacak silahlar için yüksek seviyede kalite kontrol çalışmaları gerçekleştirilmiş ve yönetimler tarafından bu süreçten sonra standartlara, talimatlara, prosedürlere ve kalite kontrole çok fazla önem gösterilmiştir (Eytmiş, 2020).

Kalite kavramı için herkes tarafından kabul edilmiş bir tanımdan bahsetmek mümkün değildir. Farklı tanımları içinde bulunduran bir kavramdır. Joseph M. Juran kaliteyi ‘kullanıma uygunluktur’ diye açıklarken, Deming ‘müşteri ihtiyaçlarının karşılanması’ olarak ifade etmiştir (Arslanoğlu ve Yılmaz, 2023). Sağlık kurumları açısından baktığımızda başta hastalar olmak üzere sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar “müşteri” olarak ifade edilir (Aytuğ-Kanber ve ark., 2010).

Küresel dünyanın hızla değişen ve gelişen ortamında rekabetin zamanla artması ve farklılaşması hizmet ile üretim kalitesinde önemi ortaya çıkarmıştır. Kalite günümüzün vazgeçilmez unsurlarından biri haline gelmiştir. Buna sebep olan en büyük unsurlar ise müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerinin sürekli değişmesi, teknolojik gelişmeler ve küresel rekabet denilebilir. İşletmelerin düşüncesi ‘ne üretirsem onu satırım’ anlayışından sıyrılarak müşterilerin istek ve beklentilerine hitap etmeye başlamıştır (Ağın, 2020). Kalite Yönetim Sistemleri örgütte bulunan herkesin sonuçlardan sorumluluk alarak sanki yapbozun bir parçasıymış gibi hareket etmesi ile başarının elde edileceğinden bahseder (Telsaç, 2019).

Sağlık Hizmetleri için kalite kavramı ilk defa 19.yy’da Florence Nightingale tarafından İngiltere’de ortaya çıkmıştır. O tarihten neredeyse 1940’lara kadar ses getiren bir gelişme sağlanamamıştır. En büyük adım 1951 yılında JCAHO’nun (Joint for Accreditation of Healthcare) kurulması ile olmuştur. Ülkemiz için bu süreç 1990’lı yılları bulmuştur (Çolakoğlu-Babacan, 2019). Ancak Sağlık Hizmetlerinde Kalite kavramı tam olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayatımıza girmiştir. Bu doğrultuda ortaya konulan çeşitli standartlar ile sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ve geliştirilmesi için yoğun çalışmalara başlanmıştır (Oksay, 2016). Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, sunulacak olan hizmetin güvenliği, etkinliği ve verimliliğini sürekli iyileştirmek adına süreç ve sistemlerin uygulanmasını içermektedir (Arslanoğlu ve Yılmaz, 2023).

1. HASTA GÜVENLİĞİ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgi eksikliği, hastaya olan ilginin azalması, deneyimsizlik, güvensiz tıbbi uygulamalar, tedavide gecikmelere bağlı yaralanmalar, sakatlıklar hatta ölüm gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Tüm bunlar ‘Tıbbi Hata’ olarak adlandırılmaktadır (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012). JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) tıbbi hatayı “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda

yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” olarak tanımlamaktadır. ABD’de tıbbi hataların insidansı %2.9 ile %3.7 olarak bildirilmiştir. Bununla beraber dünyada her yıl yaklaşık olarak 98.000 kişinin, ölümlle sonuçlanan tıbbi hataya uğradığı belirtilmiştir. (Akalin, 2005). Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında tıbbi hataların önlenmesi, hasta gúvenliđinin sağlanması temel uygulamalardan biridir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların genellikle önlenemeyen hatalar sebebiyle zarar gördüğü ortaya konulmuştur (Seren-İntepeler ve Dursun, 2012).

Hasta gúvenliđi tarihte çok eski zamandan bu yana gündemde bulunan konulardan biri olmuştur. İlk defa M.Ö. 1700’lerden günümüze gelen Hammurabi Kanunları’nda “Bir hekim birisine bronz ameliyat bıçağı ile tehlikeli bir yara açar ve öldürürse veya bir abse açar ve gözünü harab ederse iki eli kesilir” ifadesi ile hasta gúvenliđinin güvence altına alınmaya çalışıldığı görülmüştür (Usta, 2018). Çalışımızda hasta gúvenliđinin gündeme gelmesi 1999 yılında Amerikan Tıp Enstitüsü’nün (IOM) yayınladığı ‘To Err is Human’ raporu olmuştur (Özata, 2018).

Türkiye’de hasta gúvenliđi kavramının üzerinde özellikle son yıllarda kalite çalışmalarına titizlikle yaklaşılması ile yoğunlaşılmıştır (Korkutan ve Kurt, 2021). Büyük adımlar Sağlık Bakanlığı’nın 2009 yılında hasta ve çalışan gúvenliđini ele aldığı tebliğ ve 2011 yılında resmî gazetede yayınlanan ‘Hasta ve Çalışan Gúvenliđinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’ ile atılmıştır. Bununla beraber sağlık çalışanlarının hizmet verilen süreç içerisinde karşılaştıkları tıbbi hataların bildirimini yapabilecekleri ‘İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi’ ile hasta gúvenliđinin artırılması hedeflenmiştir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılında evrensel düzeyde baz alınabilecek ‘Küresel Hasta Gúvenliđi Eylem Planı 2021-2030’u yayınlamıştır (Çerçer ve ark., 2023). Risklerden kaynaklı hataların önceden fark edilmesi ve buna yönelik olarak hataların meydana gelmeden önlenmesi ve hizmetlerin daha kaliteli ve güvenli olarak sunulabilmesini sağlamak için sağlık yöneticisi ve çalışanlarına büyük oranda görev ve sorumluluk düşmektedir (Korkutan ve Kurt, 2021).

1.1. Kalite ve Hasta Gúvenliđinde Ekip Ruhunun Önemi

Sağlık hizmetleri, içerisinde birçok meslek grubunu barındırmaktadır. Bu meslek gruplarının birbirleriyle iyi iletişim ve iş birliği kurmuş olması hastalara sağlanacak hizmetin amaç ve önceliklerini belirlemede önemlidir (Duru ve ark., 2018). DSÖ, koordine olunmuş bir sağlık hizmet sunumunun, disiplinlerin aralarında kuracağı iş birliği ile taçlandırılmasının hasta gúvenliđi için olumlu sonuçlar doğuracağını ifade etmiştir. Multidisipliner ekip uygulamaları ile hastaların hastane kalış sürelerinde kısaltma sağlanabilir ve mortalite azaltılabilir. Entegre ve koordineli iş ilişkilerinin arttırılmak istenmesinin sebebi, hasta gúvenliđini arttırmaktır (Çiftçi ve ark., 2021). Karmaşık sağlık problemlerinde daha kaliteli ve etkili hizmet sunulması için ekip çalışması oldukça önemlidir. Oluşabilecek uyum problemleri hasta bakımında problemler ortaya çıkarabilmekte; bu da verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Uzmanlar arası işbirlikçi çalışma (Interprofessional Collaboration Practice, UİÇ), farklı alanlardan iki veya daha bütüncül hizmetler sağlamaya yönelik hastalar, aile/bakıcılar veya topluluklarla birlikte çalışması, aynı zamanda uzmanların birbirlerinden bir şeyler öğrenmesi anlamına gelmektedir. Bir örnekle biraz daha açacak olursak; hastaya uygulanacak olan tedavide bir bakım hemşiresinin, dil ve konuşma terapistinin, fizyoterapistin, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının ve bir nöroloğun uygulanacak olan tedavi ve çalışılacak olan öncelikli alanların kararına verilmesinde birlik olmalıdır.

Böylelikle her meslek grubu ne çalışacağını daha iyi bilecek ve birbirlerinden de haberleri olacaktır. İş birliği içerisinde hastaya uygulanan tedavinin sonucunda ise olumlu gelişmeler görülecektir (Çiçek, 2019).

1.2. Sağlık Bilimleri Fakültesi Bünyesinde Bulunan Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü

Dil ve konuşma terapistleri dil, konuşma, ses ve yutma bozukluklarına yönelik tanı ve tedavide ve insan iletişiminin bilimsel açıdan incelenmesinde faaliyet gösteren özerk bir meslek uzmanıdır. Görev ve yükümlülüklerinde, bir insanın bebeklikten yaşlılığa kadar geçen her anında, iletişimi sekteye uğratan ve bireyin yaşam kalitesini düşüren iletişim ve yutma sorunlarının tümünün önlenmesi, tanı konulması ve müdahale edilmesinde etkin bir şekilde rol almasıdır (Köklü, 2021). Türkiye’de dil ve konuşma bozukluğunun sıklığı ve yaygınlığına yönelik inceleme yapıldığında, nüfusun %3,5’inde sorun yaşayan bireyler olduğu görülmektedir (Duru ve ark., 2018).

Ülkemizde dil ve konuşma terapisi mesleğine 1999 yılında Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi’nin (DİLKOM) kurulması ile temel atılmıştır. Daha sonra zamanla üniversitelerin bu alana yönelik bölümleri açması sonucu, dil ve konuşma terapistlerinin sayısında hızla artış olmuştur (Duru ve Ark., 2018). Dil ve konuşma terapisi bölümü çok yeni bir meslek dalı olması sebebiyle hem toplumda hem de diğer sağlık meslek grupları tarafından tanınırlığı azdır. Dil ve konuşma terapisi bölümü öğrencileri sağlık alanında da geniş yelpazeye yayılan bu hastaları alabilmek için gerek duyulan bilgi seviyesine sahip olmak için sağlık bilimleri fakültesi bünyesinde 4 yıl boyunca eğitim görmektedirler. Eğitimlerinde anatomi, fizyoloji, embriyoloji gibi çoğu temel tıp derslerini diğer sağlık meslek grupları ile görmektedirler. Fakülte ve kampüs imkânları da ortak olarak kullanılmaktadır (Köklü, 2021).

1.3. Kalite ve Hasta Güvenliğinde Eğitimin Önemi

Üniversiteler sağlık hizmetleri için etkin olarak rol alabilen mezun yetiştirmek için uğraş vermektedir. YÖK (Yükseköğretim Kurumu) sağlık hizmetlerinde alan yetkinliklerinin sağlanabilmesinin lisans öğrencisiyken bu kültürün öğrencilerde oluşturulabilmesine bağlamaktadır (Köklü, 2021). Bir diğer yandan hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite kültürünün oluşabilmesi, sağlık meslek gruplarının üniversitelerde aldığı eğitimin içeriği ve niteliğine bağlıdır (Özdemir ve ark., 2019).

Sağlık bilimleri fakültesi bünyesinde bulunan tüm bölümlerde verilecek olan eğitim ile hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite farkındalığı artırılarak mezuniyetten sonra hastaların aldığı hizmetin çıktılarında olumlu sonuçların görülmesi beklenmektedir (Bodur ve ark., 2012).

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde kalitenin öneminin göreve başlandıktan sonra değil öğrenciyken sıralarda öğretilmesi gerektiği üzerinde durmuş ve YÖK’e ‘Sağlık Hizmetlerinde Kalite Dersi’nin müfredata eklenmesi talebinde bulunmuştur. YÖK talebi inceledikten sonra 10.07.2019 tarihinde aldığı toplantı kararı ile söz konusu programın ders müfredatına eklenmesi için tavsiye kararını uygun bulmuş ve üniversitelere bu kararı bildirmiştir. Yapılan bir yanlışla geri dönülemez sonuçların alınabildiği sağlık hizmetlerinde, önemli role sahip olan dil ve konuşma terapistlerinin, üniversitelerde alacağı öğrenim ile kalite ve hasta güvenliği bilinci kazanması önemlidir. Bu sebeple YÖK’ün de

tavsiyesinde bulunduğu kalite ve hasta güvenliği ile ilgili derslerin, üniversitelerin dil ve konuşma terapisi programlarında ne kadar ele alındığını belirleme ihtiyacı doğmuştur. Bu çalışma ile, Türkiye’de dil ve konuşma terapisi lisans programlarında “hasta güvenliği” ve “kalite yönetimi” üzerine verilen derslerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, Türkiye’deki vakıf ve devlet üniversitelerinin dil ve konuşma terapisi bölümlerinin lisans müfredatlarında yer alan kalite ve hasta güvenliği derslerinin özelliklerinin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi (Varsa)

Çalışmanın evrenini Türkiye’de bulunan tüm üniversiteler kapsamaktadır. Tam sayım yöntemi ile tüm üniversiteler incelenmiştir. Araştırmaya dil ve konuşma terapisi bölümü bulunan 30 üniversite dahil edilmiştir. Aynı üniversite dahilinde İngilizce ve Türkçe olarak iki ayrı dil ve konuşma terapisi programı bulunması durumunda, üniversitenin iki programı da araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Hem İngilizce hem Türkçe dil ve konuşma terapisi bölümü bulunan üniversite sayısı üçtür.

2.3. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları (Varsa)

Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi’nden (<https://istatistik.yok.gov.tr>) yararlanılarak Nisan-Mayıs 2023 arasında sistemde kayıtlı olan, dil ve konuşma terapisi lisans eğitimi veren toplam 30 vakıf ve devlet üniversitesinin yer aldığı liste elde edilmiştir. Daha sonra liste kontrol edilerek dil ve konuşma

ÜNİVERSİTE ADI	KALİTE İLE İLGİLİ DERS VAR/ YOK	DERSİN ADI	ZORUNLU/SEÇMELİ	AKTS	YARIYIL	UYGULAMA VAR/YOK	DERSİN İÇERİĞİ	DERS DİLİ	KULLANILAN ÖĞRETİM YÖNTEMİ	DERSİ VEREN ÖĞRETİM ELEMANININ UNVANI
----------------	---------------------------------	------------	-----------------	------	---------	------------------	----------------	-----------	----------------------------	---------------------------------------

terapisi eğitimi veren kurumlar belirlenmiştir. Veriler, kalite ve hasta güvenliğine ilişkin dersi olan programların web sayfasından ders içerikleri incelenip değerlendirme formuna aktararak toplanmıştır.

Araştırmacılar tarafından konuyla ilgili bilimsel yazın taranarak oluşturulan “değerlendirme formu (EK-1)” veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Veriler; üniversitenin adı, kalite ile ilgili dersin var olup olmadığı, dersin adı, zorunlu ya da seçmeli olması, Avrupa Kredi Transfer Sistemi (AKTS), yarıyılı, ders içeriği, dersin uygulama durumu, kullanılan öğretim yöntemleri, dersin dili ve dersi veren öğretim elemanının unvanı olmak üzere 11 ana başlıkta değerlendirilmiştir.

Ek.1 Veri Toplama Aracı

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

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

2.5. Araştırmanın Etik Yönu

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 ulaşılabilmesi çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

3. BULGULAR

Veri toplama aracı ile toplanan veriler, bu bölümde ayrı ayrı tablolaştırılmıştır. Tablolaştırılan veriler analiz edilip yorumlanmıştır.

Tablo 1. Dil ve Konuşma Terapisi Eğitimi Veren Üniversitelerin Mülkiyetlerine Göre Dağılımları (N:30)

Özellikler	N	%	
Üniversite Türü	Devlet Üniversitesi	11	36,7
	Vakıf Üniversitesi	19	63,3
Toplam	30	100	

Türkiye’de 2023 Nisan-Mayıs ayında etkin olarak dil ve konuşma terapisi eğitimi veren toplam 30 vakıf ve devlet üniversitesi olduğu görülmüştür. Dil ve konuşma terapisi eğitimi veren 30 kurumdan %63,3’ünün vakıf üniversitesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Dersi Veren Akademik Personelin Özelliklerinin Dağılımı (N:44)

Özellikler	Devlet Üniversitesi		Vakıf Üniversitesi		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	
Profesör	-	0	2	5,1	2	4,5	
Doçent	-	0	2	5,1	2	4,5	
Unvanı	Dr. Öğr. Üyesi	-	0	5	12,8	5	11,5
	Öğretim Görevlisi	-	0	12	30,8	12	27,2
	Belirtilmemiş	5	100	18	46,1	23	52,3

30 Üniversitede verilen 44 ayrı ders incelendiğinde dersi veren akademik personelin %52,3’ünün unvanının belirtilmediği, %27,2’sinin ise Öğretim Görevlisi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Dersler ile Bilgilerin Dağılımı

Kalite ve Hasta Güvenliğine Yönelik Derslere İlişkin Bilgiler	Devlet Üniversitesi		Vakıf Üniversitesi		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Derslerin müfredatta olma durumu (N=30)						
Var	1	9,1	14	73,7	15	50
Yok	10	90,9	4	21,1	14	46,6
Bilgi paketine ulaşamadı	-	0	1	5,2	1	4,4
Dersin uygulaması* (N=44)						
Var	-	0	-	0	-	0
Yok	5	100	39	100	44	100
Belirtilmemiş	-	0	-	0	-	0
Derslerin isimleri** (N=44)						
İş Sağlığı ve Güvenliği	-	0	9	23,1	9	20,5
İnsan Kaynakları ve Halkla İlişkiler	1	20	5	12,8	6	13,7
Problem Çözme ve Karar Verme	1	20	1	2,6	2	4,6
Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi	2	40	5	12,8	7	15,9
Afet, Kriz ve Risk Yönetimi	1	20	7	17,9	8	18,1
Hasta ve Çalışan Güvenliği	-	0	5	12,9	5	11,3
İletişim	-	0	7	17,9	7	15,9
Zorunlu/Seçmeli ders sayısı (N=44)						
Zorunlu	-	0	4	10,3	4	9,1
Seçmeli	5	100	35	89,7	40	90,9
Dersin verildiği yarıyıl***						
1. yarıyıl	-	0	28	19,4	28	18,2
2. yarıyıl	-	0	21	14,6	21	13,6
3. yarıyıl	1	10	24	16,7	25	16,2
4. yarıyıl	4	40	18	12,5	22	14,3
5. yarıyıl	5	50	17	11,8	22	14,3
6. yarıyıl	-	0	19	13,2	19	12,3
7. yarıyıl	-	0	12	8,3	12	7,9
8. yarıyıl	-	0	5	3,5	5	3,2

Tablo 3.(Devam) Dersler ile Bilgilerin Dağılımı

Kalite ve Hasta Güvenliğine Yönelik Derslere İlişkin Bilgiler	Devlet Üniversitesi		Vakıf Üniversitesi		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Ders dili (N=44)						
Türkçe	5	100	38	97,4	43	97,7
İngilizce	-	0	1	2,6	1	2,3
Kullanılan öğretim yöntemi****						
Soru Cevap	-	0	3	5,5	3	5,1
Anlatım	-	0	2	3,7	2	3,4
Vaka Çalışması	-	0	2	3,7	2	3,4
Tartışma	-	0	2	3,7	2	3,4
Diğer (Seminer, beyin fırtınası, örnek olay, rol oynama, video)	-	0	5	9,3	5	8,5
Belirsiz	5	100	40	74,1	45	76,2
2	-	0	10	25,7	10	22,8
3	5	100	11	28,2	16	36,4
4	-	0	3	7,7	3	6,8
5	-	0	11	28,2	11	25
6	-	0	2	5,1	2	4,5
8	-	0	2	5,1	2	4,5
AKTS (N=44)						

*Bazı üniversitelerde kalite ve hasta güvenliği ile ilgili derslerin birden fazla bulunması sebebiyle incelenen ders sayısı, ders bulunan üniversite sayısından fazladır.

**İsimleri tamamen aynı olmasa da içerik olarak aynı olan dersler tek bir başlık altında toplanmıştır.

*** Bazı dersler birden fazla yarıyıldan öğrenime açılmaktadır.

**** Bazı üniversitelerde birden çok öğrenim yöntemi uygulanmaktadır

Devlet ve vakıf úniversitelerine bağlı 30 úniversiteden web sayfaları incelenerek, 29 úniversitenin verilerine tam olarak ulaşılmışken, 1 úniversitenin verilerine ulaşılamamıştır. Verilerine ulaşılan 29 úniversitenin 15 tanesinde kalite ve hasta gúvenliđi ile ilgili ders bulunmaktadır. 15 úniversite incelendiğinde kalite ve hasta gúvenliđi ile ilgili 44 farklı derse ulaşılmıştır. Úniversitelerin %50'sinin múfredatında kalite ve hasta gúvenliđi ile ilgili ders vardır. Derslerin %100'ünde uygulamalı eğitim yoktur. Derslerin en çok 'İş Sağlığı ve Gúvenliđi' (%20,5) ve 'Afet, Risk ve Kriz Yönetimi' (%18,1) üzerine olduğu görülmüştür. Derslerin %90,9'u seçmeli derstir. Dersler en çok 1. Yarıyıda (%18,2) verilmektedir. Derslerin %97,7'si Türkçedir ve kullanılan öğrenim yöntemi çoğunlukla belirsizdir (76,2). Derslerin en çok 3 AKTS (%36,4) olduğu görülmektedir (Tablo 3).

4.TARTIşMA

Dünya genelinde sağlık kurumları için 'Hasta Gúvenliđi' ve 'Kalite', üzerinde hassasiyetle durulan konulardan olmuştur. Bu kültürün oluşabilmesinde eğitimin çok büyük bir payı bulunmaktadır. Hasta gúvenliđi ve kalite kültürünün meslek hayatına atıldıktan sonra kurum sayesinde oluşturulması beklenmemeli, bireylerin lisans öğrenimi gördüğu zamanlarda başlanmalıdır. Temelden alınan eğitim sayesinde hem yanlış öğrenmelerin önüne geçilecek hem de kültürün bireylerde kalıcılığı artacaktır. Sağlık bilimleri fakóltesi bünyesinde bulunan programlardan bir diğeri de dil ve konuşma terapisi programıdır. Mezuniyetleri ile dil ve konuşma terapisti unvanı alan her bireyin işini layıkıyla, kaliteli ve hasta gúvenliđini sağlayacak şekilde yerine getirmesi ile elde edilen hizmet başarisında büyük payı olacaktır. Bu sebeple dil ve konuşma terapisi öğrenimi gören öğrencilerin múfredatlarında ne derecede kalite ve hasta gúvenliđine yer verildiğini incelemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Çalışmada 11 devlet ve 19 vakıf olmak üzere toplam 30 dil ve konuşma terapisi lisans eğitimi veren úniversite olduğu belirlenmiştir. Ancak bu úniversitelerden 15 tanesinde kalite ve hasta gúvenliđi dersleri ile ilgili dersler bulunmaktadır ve bu dersler 44 tanedir. Lisans programlarının (N=30) hemen hemen %50'sinde kalite ve/veya hasta gúvenliđine ilişkin birçok dersin olduğu, ancak ismen farklı nitelendirildiği görülmüştür. Dersler daha çok 'İş Sağlığı ve Gúvenliđi' ve 'Afet, Risk ve Kriz Yönetimi' üzerinedir. Kalite Yönetimi üzerine ise 7 tane ders olduğu görülmüştür.

Daha önce sağlık üzerine eğitim veren programların múfredatında hasta gúvenliđi ve/veya kalite yönetimi üzerine var olan çalışmalar incelendiğinde 2021 yılında Arslan ve Basit, hemşirelik lisans programlarında ve 2023 yılında Arslanoğlu ve Arslan Eczacılık fakólterinde yürütölen Kalite ve Hasta Gúvenliđi derslerini incelemiştir. Çalışmaya göre çoğunluk olan veriler; dersin uygulamasının olmadığı, seçmeli ders olmadığı, derslerin daha çok 7. yarıyıda olduğu, dersin Türkçe olarak işlendiği, öğretim yöntemi olarak düz anlatımın kullanıldığı, dersi verenin Dr. Öğr. Üyesi unvanında olduğu görülmüştür. Verilerin bazı kısımları bizim çalışmamız ile uyum göstermektedir. Dil ve konuşma terapisinde verilen derslere ait bilgilere çoğunlukla ulaşılamamıştır. Diğer çalışmalarda genellikle verilere ulaşılabilmış ve kıyaslama yapılırken de tutarlılık için daha net konuşulabilmıştir.

Dil ve konuşma terapisi bölümünde hasta gúvenliđi ve kalite üzerine dersi bulunmayan úniversitelerin múfredatına bu dersleri eklemesi, öğrenciler için meslek hayatında gerçekleştirecekleri başarının temelini oluşturacaktır. Kalite ve hasta gúvenliđi üzerine derslerin bulunduğu úniversitelerde ise belirli bir standart doğrultusunda dersin verilmesi daha doğru olabilir. Kalite ve hasta gúvenliđi ile ilgili

dersler daha çok vakıf üniversitelerinde verilmektedir. Devlet üniversitelerinin de vakıf üniversiteleri gibi bu konuya ağırlık vermesi genel olarak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine fayda sağlayacaktır.

5. SONUÇ

Bu çalışmada, dil ve konuşma terapisi lisans programlarında yürütülen kalite ve hasta güvenliği ders içeriklerinin, isimlerinin, ders saatlerinin, AKTS'lerinin birbirinden farklı olduğu ve çoğu üniversitede kullanılan öğrenim yöntemi ile dersi yürüten akademik personelin bilgilerinin paylaşılmadığı görülmüştür. Derslerin ne zaman verildiği yarıyıl bazında incelendiğinde ilk 6 yarıyıldaki dengeli bir dağılımın olduğu ancak 7 ve 8. Yarıyıldaki çok az rastlandığı görülmüştür. Derslerin daha çok 'İş Sağlığı ve Güvenliği' ile 'Afet, Risk ve Kriz Yönetimi' olduğu görülmüştür. Müfredatta kalite ve hasta güvenliği ile ilgili dersi olmayan 13, ders bilgi paketine ulaşılamayan 1 üniversite vardır. Dersler daha çok vakıf üniversitelerinde verilmektedir. Mesleki bilinç ve gelişimi sağlayabilmek adına bu derslerin tüm üniversitelerde verilmesi gereklidir. Müfredatta eklenmekle kalınmamalı içerik olarak da düzenlemeler yapıp ders çıktılarının meslek hayatına fayda sağlar şekilde olması gerekmektedir. Sonuç olarak;

- Kalite ve hasta güvenliği için ilk 6 yarıyıldaki yoğunlaşılacak dersler için son 2 dönemde uygulamalı dersler konulması, öğrencilerde mezun olmadan önce bu bilincin daha iyi yerleşmesinde yardımcı olabilir.
- Ders ismi, içeriği, AKTS'si, seçmeli/zorunlu olma durumu gibi konularda tek bir standart olması gerekir.
- Dönem sonunda öğrencilerin bilgi ve becerilerinin sahada test edilmesi derse yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak için iyi bir yöntem olabilir.

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

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Gerekmemiştir.

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. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1243983>
- Arslan, S., ve Basit, G. (2021). Türkiye'de Hemşirelik Lisans Programlarında Yürütülen Kalite ve Hasta Güvenliği Derslerinin İncelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 8(2), 252-262. https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD-97658-RESEARCH_ARTICLE-ARSLAN.pdf
- Akalın, H.E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 5(3), 141-146. https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Yo%2C4%9Fun+Bak%2C4%B1m+%2C3%9Cnitelerinde+Hasta+G%2C3%BCvenli%2C4%9Fi.+&btnG=
- Arslanoğlu, A., ve Yılmaz Ö. (2023). Türkiye'de Kalite Yönetimi ve Sağlıkta Kalite Yönetimi Lisansüstü Programlarında Yürütülen Derslerin İncelenmesi. Journal of 5N1Quality, 1(1), 10-18. <https://5n1quality.com/index.php/pub/article/view/10>
- Arslanoğlu, A., ve Arslan, Z. (2023). Türkiye'de Eczacılık Fakültelerinde Yürütülen Kalite Yönetimi ile İlgili Derslerin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 16(1), 62-75. DOI:10.18221/bujss.1260722.
- Aytuğ Kanber, N., Gürlek, Ö., Çiçek, H., ve Gözlükaya, A. (2010). Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2(2), 114-126. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/303557>

- Berber Çiftci, H., Yılmaz, A., Çağlayan, A., ve Topbaş, S. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Dil ve Konuşma Terapistinin Rolü Hakkındaki Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 339-361. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2002275>
- Bodur, S., Filiz, E., Çimen, A., ve Kapçı, C. (2012). Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. *Genel Tıp Dergisi*, 22(2), 37-42. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2581547>
- Çerçer, Z., Aksüt Akçay, E., ve Güngör, S. (2023). Hemşirelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Yetkinliği Öz-Değerlendirme Düzeyi: Tanımlayıcı Kesitsel Araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 10(1):71-78 https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_10_1_71_78.pdf
- Çiçek, E. (2019). Dil ve Konuşma Terapistlerinin Uzmanlar Arası İşbirlikçi Çalışma Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Anadolu Üniversitesi.
- Çolakoğlu Babacan, A. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Duru, H., Akgün, E.G., ve Maviş, İ. (2018). Dil ve Konuşma Terapisi Mesleğine Yönelik Farkındalığın Belirlenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 257-280. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/700877>
- Eyitmiş, A.M. (2020). Yükseköğretimde Toplam Kalite Yönetimi ve Uludağ Üniversitesi İl BF'De İSO 9002 Kalite Güvence Modeli Önerisi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Uludağ Üniversitesi.
- Gündoğdu, S., ve Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 119-128. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29576>
- Korkutan, M., ve Kurt, M. (2021). Hasta Güvenliği Kültürünün Türkiye'deki Durumu ve Önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 19-31. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1742944>
- Köklü, F.N. (2021). Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne Devam Eden Öğrencilerin Dil ve Konuşma Terapisi Mesleğine Yönelik Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Anadolu Üniversitesi.
- Oksay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? -What Actually Is Quality In Healthcare?. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 181-192. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/181904>
- Özata, K. (2018). Sağlık Bilimleri Alanında Okuyan Öğrencilerin Meslekler arası Öğrenmeye Hazır bulunuşluklarının Belirlenmesi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Özdemir, S., Boyacı, A., Kılınç, A.Ç., ve Koşar, S. (2019). Türk yükseköğretim sistemi bağlamında girişimci üniversite modelinin incelenmesi: Nitel bir araştırma. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39(2), 989-1027.
- Seren İntepeler, Ş., ve Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129-135. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29587>
- Telsaç, C. (2019). Toplam Kalite Yönetimine Kamu Yönetimi Perspektifinden Bakmak: Toplam Kalite Yönetimine Kamu Yönetimi Perspektifinden Bakmak. *Uluslararası Akademik Birikim Dergisi*, 2(1). <https://akademikbirikimdergisi.com/index.php/uabd/article/view/8>
- Usta, G.Ö. (2018) Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler (Trabzon İli Örneği). [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi.

Hemşirelik lisans öğrencilerinin farmakoloji eğitimine yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi

Evaluation of the opinions on pharmacology education of undergraduate nursing students

Hatice Sayılan¹, Selma Gürkan², Kezziban Turan³, Melis Kübra Duran⁴ Gülşen Akpınar⁵

¹ Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Direktörü, Haticesayilan70@gmail.com, 0000-0001-9087-6361

² Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalite Direktörü, Selmagurkan@gmail.com, 0009-0008-6287-7226

³ Kezziban TURAN, Kezzibanturan1185@hotmail.com, 0009-0007-6694-9859

⁴ Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Beyin hastanesi Uzman Hemşire, Meliskubraduran@gmail.com, 0000-0002-4013-6864

⁵ Doktora Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, gulsen.akpinar85@gmail.com, 0009-0004-3163-736X.

Öz

Öğrenci hemşirelerin uygulama eğitimleri sırasında gerçekleşen ilaç uygulama hataları özellikle sonuçları açısından önemlidir. Öğrenci hemşirelerin yaptığı ilaç uygulama hatalarının hastaların üzerinde ağır ve önemli sonuçları olabilmektedir. Bu durum yasal boyutta da sağlık kurumlarındaki öğrencilerin rehberlik süreçlerine yönelik düzenleme yapılması konusunda sorumluluk yüklemektedir. Çalışma rehber gözetiminde ilaç uygulama eğitimi gören hemşirelik lisans öğrencilerin farmakoloji eğitim etkinliğini ve ilaç uygulama hatalarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu araştırmanın evrenini bir Üniversite Hastanesinde çalışan ve öğrenci hemşirelere rehberlik eden 105 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılarak tam sayım metodu kullanılmıştır. Veriler evrenin Aralık 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında rehberlerin öğrenci hemşirelerin ilaç uygulama eğitim ihtiyacı ve uygulama hatalarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla oluşturulan anket formu ile toplanmıştır. Veri analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Çalışmaya katılan rehber hemşirelerin %80'i kadın olup %60'ı 18-25 yaş aralığındadır. %44,8'i 1-5 yıl aralığında kurumda çalışmakta, hemşirelik lisans eğitiminde rehber ve gözlemci olarak sorumluluk almaktadır. Rehber hemşirelerin öğrenci hemşirelerde gözlemlenen ilaç uygulama hataları sıklığı olarak kayıt eksikliği, eksik izlem, uygunsuz aseptik olarak en fazla gözlemlenen hatalar olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada sorumlu ve rehber hemşirelerin, öğrenci hemşirelerde yasal olarak kendi sorumlulukları da olduğu için, kendi rehberlik süreçlerindeki hemşire öğrencilere ilaç uygulamadaki en önemli süreçlerde refakat etmeleri nedeniyle ilaç hazırlama ve uygulama sonrası izlem hatalarının daha fazla, uygulamaya yönelik ilaç hatalarının daha az sıklıkta gözlemlendiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler:

Öğrenci Hemşire, Rehber Hemşire, Farmakoloji Eğitimi, İlaç Hatası

ABSTRACT

Medication errors during student nurse practical training are crucial due to their potential impact. Such errors can have serious consequences for patients. This underscores the need for healthcare institutions to regulate mentorship processes for nursing students. This study aims to assess the effectiveness of pharmacology education and medication errors made by nursing students under preceptor guidance. This descriptive study involved 105 healthcare professionals, serving as preceptors for nursing students at a University Hospital. The entire population was surveyed without sampling, using the census method. Data was collected through a questionnaire, exploring preceptors' views on nursing students' medication training needs and observed medication errors between December 2017 and January 2018. SPSS software was used for data analysis. 80% of the participating preceptors were female, with 60% in the 18-25 age range. Among them, 44.8% had 1-5 years of service and took on mentoring and observational roles during nursing education. The most frequently observed medication errors among student nurses, as reported by preceptors, were missing documentation, inadequate monitoring, and improper aseptic techniques. This study reveals that preceptor nurses, recognizing their legal responsibilities towards student nurses, offer more supervision during crucial medication preparation and post-administration monitoring stages. Consequently, errors related to post-administration monitoring were observed more frequently, while medication administration errors were observed less frequently.

Key Words:

Student Nurse, Counselor Nurse, Pharmacology Education, Medication Error

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Kezziban TURAN, Kezzibanturan1185@hotmail.com, 0009-0007-6694-9859

DOI:

10.5281/zenodo.8244877

Received Date/Gönderme Tarihi:

26.06.2023

Accepted Date/Kabul Tarihi:

29.07.2023

Published Online/Yayımlanma Tarihi

31.07.2023

1.GİRİŞ

Hemşireler, yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiş, bağımlı, bağımsız, yarı bağımlı hemşirelik uygulamalarıyla sorumluluklarını gerçekleştirirler. Hasta ve yakınlarına zarar gelmesini engellemek, malpraktis risklerini ortadan kaldırmak ve yasalarla kendilerini korumak için, gelişmeleri takip etmek ve mesleki bilgilerini en üst noktalara taşıyıp hasta güvenliği ile riskleri belirleyip gerekli önlemleri almak zorundadırlar. İletişim eksikliği, deneyimsizlik, bilgisizlik, eğitim eksikliği ile ilgili durumlar, fiziki yorgunluk, motivasyon düşüklüğü, tıbbi cihaz eğitim ve kullanım eksiklikleri, dokümantasyon eksikliği (kayıt eksikleri), ihmal, özensizlik, hasta anamnezinin eksik alınması, şikâyetlerin yeterince anlaşılabilmesi, tedavi saatleri dışında hastaya yeterince zaman ayrılması, gözlem yapılamaması, değerlendirme hatalarına ve önemli şikâyetlerin ve konuların gözden kaçmasına neden olmaktadır. Ayrıca çevresel faktörler de malpraktis oluşmasına zemin hazırlar. Okulların farklı eğitim anlayışları ve müfredatlar uygulaması, eğitimcilerin yetersiz sayıda oluşu, hastane stajlarında eğitimcilerin alanda, öğrencilerle uygulama anında yeterince ilgilenememesi, okulların uygulama laboratuvarı eksikleri, el manipülasyonu kazandırılmadan staja başlanması, istemeden hasta güvenliği tehdit unsuru olmalarına sebep olur. Uygulama hatalarında en sık rastlananlar arasında oral ilaç hataları önem kazanmaktadır. Başkasının hazırladığı ilacı hastaya verme, yanlış hastaya, yanlış ilaç verme, ilacı hastanın yanına bırakma ve içmesini beklemeden odadan ayrılma, özelliğini kaybedebilecek ilaçların önceden hazırlanıp uygunsuz şartlarda bekletilmesi, yeterli farmakoloji ve ilaç bilgisine sahip olunmaması hataları da beraberinde getirir. Hastalar ve yakınları bu hataları gördükçe toplumda sağlık personeline olan güven zedelenir. Olumsuz geri dönüşler ve memnuniyetsizlik çalışan ve idarecilerin motivasyon ve iş doyumunun azalmasına, kendine olan güvenlerinin azalmasına sebep olur. Bunun sonucunda fark edilen hataların rapor edilmeyip gizlendiği ve bildirilmediği sıkça görülmekte, tedbir alınması, eğitim eksiklerinin giderilmesi engellendiği için de genel olarak toplumun sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir (Zaybak ve Arkadaşları, 2015). Hasta güvenliği kültürünü artırmak için kurum içi iletişimin etkinliğini ortaya koyabilecek iletişim sistemi kurulması gerekmektedir (Arslanoğlu, 2019).

İlaç ve enjeksiyon uygulamaları okullardaki uygulama laboratuvarlarında yeterince tekrarlanır ve eğitim eksikleri giderilirse hatalar kolaylıkla önlenir. On doğru ilkesiyle (doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru yol, doğru hasta, doğru hasta eğitimi, doğru kayıt, hasta reddi, doğru değerlendirme, doğru takip) yetiştirilen öğrencilere aynı zamanda doz hesaplamada yeterli eğitim ve pratik kazandırılması, enjektöre çekilecek miktarın öneminin vurgulanması faydalı olacaktır. Farmakoloji bilgisinin, dersin içeriğinin ve süresinin yetersiz olması, verilen temel farmakoloji eğitiminin hastanelerdeki uygulamayla tam olarak örtüşmemesi ve ders içeriğinin oldukça yoğun olması sebebiyle ders sayısının ve süresinin yetersiz kalması, teorik bilgilerinin klinikle örtüşmemesi, uygulamada sorunlara sebep olmaktadır.

Küçükakça ve Özer (2016) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin (%43.6) yüksek riskli ilaçlarla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu bildirmiştir. Çevik ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin %89.7 oranında yanlış dozda ilaç uyguladıkları bildirilmiştir. Hsiao ve arkadaşları da (2010) 305 hemşire ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin %30'unun potasyum klorür (KCl), sodyum klorür (NaCl), kalsiyum glukonat gibi yüksek riskli ilaçlar hakkındaki bilgilerinin yanlış olduğunu bildirmiştir. Hasta güvenliği ve ilaç uygulamalarında istenilen faydanın sağlanabilmesi için her tür ilaç uygulamalarından sorumlu olan hemşirelerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir. (Çevik ve arkadaşları, 2015)

Ayık ve arkadaşlarının (2010) 224 hemşirelik öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada başka birinin hazırladığı ilacı uygulamada (%70.1) hata görüldüğü bulunmuştur. Öğrencilerin %62.8'i tıbbi hataların azaltılması için daha fazla pratik yapılmasını, %62.0'si sorumlu hemşire/öğretim elemanı ile çalışmanın hataları azaltacağı görüşündedir. Ayrıca hatalar klinik eğitimcisine en çok ayıplanma ve suçlanma korkusu ile (%78.5) bildirilmemektedir.

Öğrenciler çoğunlukla gözlem, deneme, yanılma veya başkalarının yaptıklarını taklit etme yolu ile öğrenirler. Yanında sorumlu hemşire veya rehber hemşire olmayan öğrencilerin işlem esnasında hata yapma korkusuyla daha güvensiz oldukları, hasta ve yakınlarına uygulamalar hakkında bilgi vermeden işleme başladıkları görülmektedir. Ayrıca hastanın öğrenciyle ilgili kaygılı olma durumunu belirttikten sonra uygulamayı yapmadan ortamdan ayrıldıklarına sıkça rastlanmaktadır. Rehber hemşirelerin görevlerinden biri de ilaç uygulama hatası olmaması için hazırlık aşamasında öğrencilerin yanında olmalı ve işlem sonuna kadar eşlik ederek kayıt sorumluluğunu kendileri alıp eğitimi desteklemeleridir. Çünkü hatalarının çoğu, ilaç uygulama anında olmaktadır.

Güneş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2009 yılında ortaya çıkan 40.000'den fazla tıbbi hatanın temel nedeninin %60-80 oranında etkisiz iletişim ve ekip çalışması yetersizliğine bağlı hasta izleminden olduğu görülmüştür. Bilazer ve arkadaşları tarafından (2008) sağlık elemanlarının ilaç uygulamalarında yaptıkları hata sıklığını belirlemeye yönelik çalışmada, hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda yaptıkları hataların çoğunluğunun (%83.1) iletişim kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Dünyada, tıp eğitiminde olduğu gibi hemşirelik eğitiminde de uluslararası ölçüt; eğitimin, konusunda uzmanlaşmış hemşireler tarafından verilmesidir (Türkiye'de Hemşirelik Dergisi, 2001). Bu nedenle, hemşire öğretim elemanlarının sayısal durumunun yanı sıra niteliklerinin de değerlendirilmesine ve artırılmasına gereksinim vardır.

Öğrencilerin, profesyonel hemşire kimliği, öğretim elemanları ile yakın iletişim ve etkileşimde bulunmalarıyla gelişir. Onların rol modeli ve desteğiyle, teorik derslerde ve uygulama alanlarında öğrencinin bakım eğitim ve davranışını öğrenmesi esnasında sergilediği mesleğe bakış açısı ve gösterdiği saygı ve enerjiyle kimlik gelişimine yardımcı olabilir. Kliniklerde görevli hemşirelerin, mesleki yönden donanımlı, bilinçli, iletişim konusunda deneyimli, özgüvenli olumlu kişilik özelliği olan, sabırlı rehberler olması da profesyonel kimlik oluşumunu etkiler. Öğretim elemanları, iletişim tecrübelerini kullanabilmeli, öğrencilerin görüşlerini açıklamasına izin vermeli, kendileri rol model olmalı, profesyonel olmalı, bilgi donanımı en üst düzeyde olmalı, öğrenciye yol gösterici ve sabırlı olmalıdır. Johnsen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada iyi bir hemşire eğitici; iyi derecede klinik beceriye sahip, öğretmekten ve hemşirelik uygulamalarını yapmaktan zevk alan, öğrencilere teorik bilgi ve hemşirelik pratiklerini nasıl entegre edeceğini öğretebilen, iyi bir rol modeli olabilen aynı zamanda yaptıklarının sorumluluğunu alabilen bireyler olarak tanımlanmıştır.

Sabancıoğulları ve arkadaşları tarafından (2012) dünyadaki hemşirelik okullarının pek çoğu hemşirelik eğitim programlarının son yılını, eğiticiler tarafından danışmanlık yapılan ve klinik hemşireleri ile birlikte çalışılan, intörlük uygulamaları şeklinde düzenlemişlerdir. İntörn programının genel hedefi öğrenciye, üç ya da üç buçuk yıl boyunca öğrendiği ve mezuniyette kazanmış olması beklenen bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tüm becerilerde ustalık kazandırmaktır.

Doğan Konak ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2008) klinik hemşirelerinin %54.9'unun öğrencilerin eğitimine ancak sorumlu öğretim görevlisi ile birlikte katkı sağlamak istediklerini, %69'unun ise öğrencilerin hatalı uygulama yapacakları ile ilgili endişe yaşadıklarını belirtmiştir. Bu

açıdan bakıldığında öğretim görevlisinin uygulama yapılan klinikteki ekip ile iş birliği içinde çalışmasının, klinik hemşirelerinin öğrencilerin eğitimine karşı daha olumlu bir bakış açısı geliştirmesinde, dolayısıyla öğrencinin daha verimli bir klinik uygulama yapmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Aygül Akyüz ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada hemşireler, öğrencilerin hemşireleri sadece izleyerek bir şey öğrenemeyeceklerini (%53.3), kendilerinin onlara rehberlik etmesi gerektiğini (%69.1) düşünmektedir. Klinik öğretimin sadece öğretim görevlisinin sorumlu olduğunu düşünme oranı %24.2'dir. Hemşireler büyük oranda öğrencilerin klinik uygulamalarda öğrenme sorumluluğunu almalarının ve bu konuda çaba göstermelerinin gerekli olduğunu (%89.1) düşünmektedir.

2.YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu araştırmanın örneklemini bir Üniversite Hastanesinde çalışan ve öğrenci hemşirelere rehberlik eden 71 hemşire ve 34 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 105 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Veriler Aralık 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında rehber hemşirelerin, öğrenci hemşirelerin ilaç uygulama eğitim ihtiyacı ve uygulama hatalarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla oluşturulan anket formu ile toplandı. Veri analizinde SPSS programı kullanıldı.

2.1.Araştırmanın Amaçları

Öğrenci hemşirelerin uygulama eğitimleri sırasında gerçekleşen ilaç uygulama hataları özellikle sonuçları açısından önemlidir. Öğrenci hemşirelerin yaptığı ilaç uygulama hatalarının hastaların üzerinde ağır ve önemli sonuçları olabilmektedir. Bu durum yasal boyutta da sağlık kurumlarındaki öğrencilerin rehberlik süreçlerine yönelik düzenleme yapılması konusunda sorumluluk yüklemektedir. Çalışma rehber gözetiminde ilaç uygulama eğitimi gören hemşirelik lisans öğrencilerin farmakoloji eğitim etkinliğini ve ilaç uygulama hatalarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

2.2. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Çalışma öncesinde hastane yönetiminden onay alınmıştır. Çalışmada temel kavram ve tanımlar için öncelikle tarihçi metottan faydalanılmış, kaynak taraması tekniği kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. Veriler; Aralık 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında bir Üniversite Hastanesinde çalışan ve öğrenci hemşirelere rehberlik eden sağlık çalışanlarına yönelik oluşturulan anket formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı, frekans ve yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Ortaya çıkan bulgular ve elde edilen sonuçlar gerekli istatistiksel ölçümlerle mesleki bilgi, deneyim ve gözlemlere dayalı olarak değerlendirilip yorumlanmıştır.

3.BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %80'i kadın, %20'si erkektir. Bunların %67,6'sı hemşire, %3,8'i ebe, %14,4'ü acil tıp teknisyeni, %5,7'si paramedik, %6,7'si anestezi teknikeri, %0,9'u diğer sağlık çalışanı (EEG teknisyeni) olarak saptanmıştır. Bu katılımcıların %35,2'sinin mezuniyet yılı 2010 ve öncesi olup %64,8'i 2010 senesi sonrası mezun olmuştur. Araştırmaya katılanların %51'i lise, %39'u üniversite, %9,6'sı lisansüstü eğitim mezunudur. Sağlık personelinin %60'ının yaşı 18-25 arası, %17,1'i 26-30 yaş arası, %22,9'u 31 yaş ve üzeridir. Çalışmaya katılan personelin %12,4'ü bir seneden az

çalışma süresine sahip olup %38,1'i 1-5 yıl, %23,8'i 6-10 yıl, %25,7'si 11-20 yıl çalışma deneyimine sahiptir. Bu sağlık personelinin %20'si 1 seneden az bir süredir kurumda çalışmakta olup %44,8'i 1-5 yıl, %20,9'u 6-10 yıl, %14,3'ü 11-20 yıl arası kurumda hizmet vermektedir. Araştırmaya katılanların %24,8'i cerrahi kliniklerde, %17,1'i dahili kliniklerinde, %8,6'sı yetişkin ve pediatri acil servisinde, %20'si yoğun bakım kliniklerinde, %7,7'si anjiyografi, endoskopi ve poliklinik birimlerinde, %14,3'ü ameliyathanede, %0,9'u kalite biriminde, %0,9'u enfeksiyon hemşireliği biriminde, %1,9'u kemoterapi biriminde, %3,8'i psikiyatri kliniğinde çalışmaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	84	80
	Erkek	21	20
Yaş	18-25	63	60
	26-30	18	17,1
	31 yaş ve üzeri	24	22,9
Meslek	Hemşire	71	67,6
	Ebe	4	3,8
	ATT	15	14,4
	Paramedik	6	5,7
	Anestezi Teknikeri	7	6,7
	EEG Teknikeri	1	0,9
	Sağlık Memuru	1	0,9
Mezuniyet Senesi	2010 senesi ve öncesi	37	35,2
	2010 senesi sonrası	68	64,8
Eğitim	Sağlık Meslek Lisesi	54	51,4
	Lisans	41	39
	Lisansüstü	10	9,6
Mesleki Deneyim	1 yıldan az	13	12,4
	1-5 yıl	40	38,1
	6-10 yıl	25	23,8
	11-20 yıl	27	25,7
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	21	20
	1-5 yıl	47	44,8
	6-10 yıl	22	20,9
	11-20 yıl	15	14,3
Çalışmakta Olduğu Klinik	Cerrahi Klinikler	26	24,8
	Dahili Bilim Klinikleri	18	17,1
	Acil Servisler (Yetişkin ve Pediatri)	9	8,6
	Yoğun Bakım Üniteleri	21	20
	Anjiyografi, Endoskopi ve	8	7,7
	Poliklinikler	15	14,3
	Ameliyathane	1	0,9
	Kalite Birimi	1	0,9
	Enfeksiyon Hemşireliği	2	1,9
	Kemoterapi Ünitesi	4	3,8
Psikiyatri Kliniği			

Tablo 2'de profesyonel sağlık personelinin, öğrencilerin mezun olmadan önce ilaçlarla ilgili geliştirmeleri gereken en önemli bilgilere yönelik fikirleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %96,6'sı ilaçların farmasötik şekillerinin bilinmesinin önemli ve çok önemli olduğunu,

katılanların %90.5'i ilaçların etkilerinin bilinmesinin önemli ve çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %48.1'i bunların bilinmesinin önemli olduğunu, %39.6'sı çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık profesyonelleri, ilaçların etkilerini değiştiren faktörlerin bilinmesinin %38.1'i önemli, %52.4'ü çok önemli olduğunu belirtmişler, katılanların %11.4'ü öğrencilerin mezun olmadan önce ilaçların veriliş yolunu bilmelerinin önemli olduğunu, %88.6'sı çok önemli olduğunu, %16.2'si ilaçların doz hesaplamalarının bilinmesinin önemli olduğunu, %83.8'i çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık profesyonelleri ilaçların hazırlanması ve verilmesinde güvenlik önlemleri alınması konusunda, %21.9'u önemli olduğunu, %77.1'i çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Katılanlar ilaçların yan etkilerinin bilinmesinin gerekliliği konusunda, %29,9'u önemli olduğunu, %69,1'i çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlere ait bilgilerin öğrencilere verilmesi konusunda %39 oranında önemli, %56.2 oranında çok önemli bulunduğu belirtmişlerdir. Yüksek riskli ilaçlar hakkında bilgilerin öğrencilere verilmesinin %11.4 oranında önemli, %88.6 oranında çok önemli olduğu, ilaçların etki-yan etki izlemi hakkında bilgilendirilmelerini ise %45.7'si önemli, %51.4'ü çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. İlaçların kontrendikasyonlarını öğrencilerin bilmesi konusunu %34.3 önemli, %61.9 çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin mezun olmadan önce özel durumlarda ilaç verilmesi (gebelik, pediatri) konusunda bilgilendirilmelerini %24.7 oranda önemli, %74.3 oranda ise çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin ilaçların muhafaza ve saklama koşullarını bilmeleri konusunda katılımcı sağlık profesyonellerinin %33.3'ü önemli, %66.7'si çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Akılcı ilaç uygulamalarının bilinmesi konusunda uygulamanın bilinmesinin %47.5'i önemli, %48.6'sı çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 2. Katılımcıların öğrencilerin ilaçlar hakkında bilmesi gerekli konular hakkında görüşlerinin dağılımı

	Bilinmesi gerekmez	Kararsız	Önemli değil	Önemli	Çok önemli
İlaçların farmasötik şekilleri	1 (%1)	1 (%1)	1 (%1)	53 (%50,4)	49 (46,6)
İlaçların vücuttaki etkileri	1 (%1)	2 (%1,9)	-	35 (%33,3)	67 (63,8)
Emilim süresi, dağılım ve atılımı	2 (%1,9)	11 (%9,2)	4 (%1,2)	52 (%48,1)	42 (%39,6)
İlaçların etkilerini değiştiren faktörler	-	8 (%7,6)	2 (%1,9)	40 (38,1)	55 (%52,4)
Veriliş yolları	-	-	-	12 (%11,4)	93 (%88,6)
Doz hesaplamaları	-	-	-	17 (%16,2)	88 (%83,8)
Güvenlik önlemleri	-	1 (%1)	-	23 (21,9)	81 (%77,1)
Yan etkileri	-	1 (%1)	-	31 (%29,9)	72 (%69,1)
İlaçların etkileşimleri	-	3 (%2,9)	2 (%1,9)	41 (%39,0)	59 (%56,2)
Yüksek riskli ilaçlar	-	-	-	12 (%11,4)	93 (%88,6)
Etki-Yan etki izlem	-	3 (%2,9)	-	48 (%45,7)	54 (%51,4)
Kontrendikasyon	-	3 (%2,8)	1 (%1)	36 (%34,3)	65 (%61,9)
Özel durumlarda ilaç uygulama	-	1 (%1)	-	26 (%24,7)	78 (%74,3)
İlaçların saklanması	-	-	-	35 (%33,3)	70 (%66,7)
Akılcı ilaç	1 (%1)	3(%2,9)	-	50 (%47,5)	51 (%48,6)
İlaç kayıtları	-	4 (%3,8)	1 (%1)	35 (%33,3)	65 (%61,9)
Hasta eğitimi	-	3 (%2,9)	-	40 (%38,1)	62 (%59)

Katılımcılar öğrenci hemşirelerin yaptıkları ilaç uygulama hatalarının %4,8'inin yanlış hasta, %7,7'sinin yanlış zaman, %3,9'unun yanlış yol, %10,5'inin yanlış doz, %7,7'sinin yanlış süre, %7,7'sinin yanlış ilaç, %5,8'inin yanlış form, %11,4'ünün eksik hatalı etiket, %25,7'sinin uygunsuz asepsi, %28,6'sının eksik kayıt ve %29,5'inin eksik izlem hatası yaptıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Katılımcılara göre öğrencilerin yapmış olduğu uygulama hataları

	Gözlem yok	Hiç	Nadir	Sık	Çok sık
Yanlış hasta	7 (%6.7)	61 (%58.1)	32 (%30.5)	5 (%4.8)	
Yanlış zaman	7 (%6.7)	56 (%53.3)	34 (%32.4)	7 (%6.7)	1 (%1)
Yanlış yol	7 (%6.7)	75 (%71.4)	19 (%18.1)	3 (%2.9)	1 (%1)
Yanlış doz	7 (%6.7)	67 (%63.8)	20 (%19)	8 (%7.6)	3 (%2.9)
Yanlış süre	7 (%6.7)	57 (%54.3)	32 (%30.5)	7 (%6.7)	1 (%1)
Yanlış ilaç	7 (%6.7)	69 (%65.7)	21 (%20)	7 (%6.7)	1 (%1)
Yanlış form	7 (%6.7)	72 (%68.6)	19 (%18.1)	5 (%4.8)	1 (%1)
Eksik hatalı etiket	7 (%6.7)	57 (%54.3)	29 (%27.6)	8 (%7.6)	4 (%3.8)
Uygunsuz asepsi	7 (%6.7)	36 (%34.3)	35 (%33.3)	21 (%20)	6 (%5.7)
Eksik kayıt	7 (%6.7)	35 (%33.3)	33 (%31.4)	19 (%18.1)	11 (%10.5)
Eksik izlem	7 (%6.7)	34 (%32.4)	33 (%31.4)	15 (%14.3)	16 (%15.2)

4. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada hemşire öğrencilerin uygulama eğitimleri sırasında gerçekleşen ilaç uygulama hataları, diğer yapılan araştırmalarda da farklılık göstermektedir. Doğan Konak ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada klinik hemşirelerinin %54.9'unun öğrencilerin eğitimine ancak sorumlu öğretim görevlisi ile birlikte katkı sağlamak istediklerini, %69'unun ise öğrencilerin hatalı uygulama yapacakları ile ilgili endişe yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla benzerdir. Sosyodemografik özelliklerinden olan yaş tecrübeli, çalışma süreleri fazla ve yaşları büyük olan hemşirelerin öğrencilerle çalışırken iş yüklerinin arttığını ve temkinli olmaları gerektiği için gerildikleri görülmektedir. Genç hemşirelerin biraz daha uyum gösterdiği ve ilgili oldukları öğrenim düzeyi lisans olan hemşirelerin öğrencilerle çalışırken daha doyumlu oldukları görülmektedir.

Bu çalışmada ilaç uygulamalarının öğrenilmesi için öğretim elemanları tarafından denetlenmesi ve uygulamalara ait birçok tekniğin bilinmesinin çok önemli olduğu bulunmuştur. Aynı sonuçlar Ayık ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da belirtilmiştir.

Bu çalışmada ilaç hataları ile ilgili farklı hatalar bulunmuştur. Aynı şekilde Cebeci ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da belirtilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin en çok yaptıkları hatalar olarak uygunsuz asepsi, eksik kayıt ve izlem olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın aksine Çevik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrenciler en sık başka birinin hazırladığı ilacı uygulama, oral ilaç uygulamada hasta yanında beklememe ve son kullanma tarihine bakmadan ilaç uygulama hatalarını yapmakta olduğunu belirtmişlerdir. Karaca ve Açıkgöz yaptıkları çalışmada hemşire öğrencilerin en az bir kez ilaç hatası yaptıklarını belirtmişlerdir. Say ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin ilaç uygulama hatalarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda, öğrencilerin ilaç uygulanırken hastanın ilacı içip yutana kadar yanında beklememe veya ilacı yanında bırakma, başka bir sağlık personelinin hazırlamış olduğu ilacı hastaya uygulama ve yanlış dozda ilaç uygulama gibi hataları fazlasıyla yaptıklarını belirttikleri tespit edilmiştir.

5. SONUÇ

Bu çalışmada sorumlu ve rehber hemşirelerin, öğrenci hemşirelerde yasal olarak kendi sorumlulukları da olduğu için, kendi rehberlik süreçlerindeki hemşire öğrencilere ilaç uygulamadaki en önemli süreçlerde refakat etmeleri nedeniyle ilaç hazırlama ve uygulama sonrası izlem hatalarının daha fazla, uygulamaya yönelik ilaç hatalarının daha az sıklıkta gözlemlendiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri ilaçların farmasötik şekillerinin bilinmesinin, ilaçların etkilerinin bilinmesinin, ilaçların etkilerini değiştiren faktörlerin bilinmesinin, öğrencilerin mezun olmadan önce ilaçların verilmiş yolunu bilmelerinin, doz hesaplamalarının bilinmesinin, ilaçların hazırlanması ve verilmesinde güvenlik önlemleri alınması konusunun, ilaçların yan etkilerinin bilinmesinin gerekliliği konusunun, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlere ait bilgilerin öğrencilere verilmesi konusunun, yüksek riskli ilaçlar hakkında bilgilerin öğrencilere verilmesinin, ilaçların etki-yan etki izlemi hakkında bilgilendirilmelerinin, ilaçların kontrendikasyonlarını öğrencilerin bilmesi konusunun, öğrencilerin mezun olmadan önce özel durumlarda ilaç verilmesi (gebelik, pediatri) konusunda bilgilendirilmelerinin, öğrencilerin ilaçların muhafaza ve saklama koşullarını bilmeleri konusunun, akılcı ilaç uygulamalarının bilinmesi konusunun önemli ve çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar öğrenci hemşirelerin çoğunlukla eksik hatalı etiket, uygunsuz asepsi, eksik kayıt ve eksik izlem hatası yaptıklarını belirtmişlerdir.

KAYNAKÇA

- Akyüz, A., Tosun, N., Yıldız, D., ve Kılıç A. (2007) Klinik Öğretimde Hemşirelerin, Kendi Sorumluluklarına ve Hemşirelik Öğrencilerinin Çalışma Sistemine İlişkin Görüşleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6).
- Arslanoğlu, A. (2019). Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi Ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması. İnsan ve İnsan Dergisi, 6(21), 431-451. <https://dergipark.org.tr/pub/insanveinsan/issue/47527/537757>
- Ayık G., Altuğ Özsoy, S., ve Çetinkaya, A. (2010) Hemşirelik Öğrencilerinin İlaç Uygulama Hataları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 18(3):136-43.
- Bilazer F., Konca GE., Uğur S., Uçak H., Erdemir F., ve Çıtak E. (2008). Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. 1.Baskı. Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayınları. s.5-27.
- Cebeci F., Karazeybek E, ve Sucu Dağ G. (2014). Öğrenci Hemşirelerinin Hastane Uygulamalı Sırasında Tanık Oldukları Tıbbi Hata Durumları Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences 3(2): 736-748.
- Çevik B., A, Demirci A., ve Güven Z., (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Eğitim Sırasında Yaptıkları İlaç Uygulama Hataları ve Tıbbi Hata Farkındalıkları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 6(3):152-159.
- Doğan Konak Ş., Dericioğulları A. ve Kılınc G. (2008) Burdur Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerinin Klinik Uygulamalarına ve Öğretim Elemanlarıyla İşbirliği Yapmaya İlişkin Görüşleri. SDÜ Tıp Fak. Dergisi; 15(1):1-5.
- Güneş ÜY., Gürlek Ö. ve Sönmez M. (2014). Factors Contributing to Medication Errors in Turkey: nurses' perspectives. J Nurs Manag.;22: 295-303
- Hsaio GY., Chen IJ., Yu S.,Wei IL., Fang YY., ve Tang FI. (2010) Nurses Knowledge of High-alert Medications: Instrument Development and Validation. J Adv Nurse; 66(1):177-90. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05164.x>.
- Johnsen KO, Wahl AK, ve Salminen L. (202). Nurse Educator Competence: A Study of Norwegian Nurse Educators' Opinions of the importance and Application of Different Nurse Educator Competence Domains. J. of Nursing Education 2002, 41: 295-300
- Karaca A.ve Açıkgöz F., (2014) Hemşirelik Öğrencilerinin İlaç Dozu Hesaplama Becerileri ve İlaç Uygulama Hataları Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,17:2
- Küçükakça G.ve Özer N. (2016). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Yüksek Riskli İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgi Durumlarının Ve İlaç Hatalarıyla İlgili Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences; 19(1): 34-41. <http://dx.doi.org/10.17049/ahsbd.40884>.
- Sabancıoğulları S., Doğan S., Kelleci M. ve Avcı D. (2012). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin İntörnlük Programına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. DEUHYO ED; 5(1): 16-22.
- Say, A., Ayar, A., Sıldır, E., ve Çakır D. (2018) Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin İlaç Uygulama Hataları Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi, 6: 481-490
- Türkiye'de Hemşirelik: Temel Mesleki Eğitim İle İnsan Gücüne İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri, (Mayıs 2001), Ankara

Zaybak A., Taşkıran N, Telli S, Yaşar E, ve Şahin M. (2017) Hemşirelik Öğrencilerinin İlaç Uygulamalarına İlişkin Bilgilerini Yeterli Bulma Durumları Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi;14 (1): 6-13.

İş stresi ile duygusal emek ilişkisi: Özel hastane çalışanları üzerine bir araştırma*

The relationship between work stress and emotional labor: A study on private hospital employees

Nilay Gemlik¹, Hazal Tunç²

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

² Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul/ Türkiye hazall_ozcelebi@hotmail.com, 0000-0003-0533-5646

*Bu çalışma, 30 Nisan-03 Mayıs 2023 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Öz

Bu çalışmada iş stresi ile duygusal emek ilişkilerinin ve seviyelerinin hastane çalışanlarının demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma, Haziran – Temmuz 2022 arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Türkiye'deki 143 yataklı özel bir hastanenin 350 çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 275 özel hastane çalışanı meydana getirmektedir. Çalışmada veri toplamak üzere hazırlanan anket formunda demografik özelliklere ilişkin soruların yanı sıra İş Stresi Ölçeği ve Duygusal Emek Ölçeği yer almaktadır. İş stresinin yüzeysel davranış ($r=.359$; $p=0,000$) ve derinlemesine davranış ($r=.170$; $p=0,005$) ile pozitif, doğal/samimi davranış ($r=-.182$; $p=0,002$) ile negatif ve anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, katılımcıların iş stresi ve duygusal emek seviyelerinde cinsiyetlerine, yaşlarına, görevlerine, kıdemlerine ve çalışma durumlarına göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. İş stresi yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış artırmakta, doğal/samimi davranışı ise azaltmaktadır. Bunun yanında iş stresi ve duygusal emek seviyesi cinsiyet, yaş, görev ve kıdeme göre farklılıklar göstermektedir. Hastanelerde iş stresini ve duygusal emeğin boyutlarından olan yüzeysel ve derinden rol yapmayı azaltacak tedbirlerin alınmasının uygun olacağı anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler:

Stres, İş Stresi, Duygusal Emek, Hastane Çalışanları

ABSTRACT

In this study, it was aimed to examine whether the relationships and levels of work stress and emotional labor differ according to the demographic characteristics of hospital employees. The descriptive and cross-sectional study was conducted between June and July 2022. The universe of the study consists of 350 employees of a private hospital with 143 beds in Turkey. The sample of the study consists of 275 private hospital employees selected by convenience sampling method. In the survey form prepared to collect data in the study, there are Job Stress Scale and Emotional Labor Scale as well as questions about demographic characteristics. Work stress was positively and significantly associated with surface behavior ($r=.359$; $p=0.000$) and deep behavior ($r=.170$; $p=0.005$), and negatively and significantly with natural/sincere behavior ($r=-.182$; $p=0.002$). In addition, significant differences were found in the work stress and emotional labor levels of the participants according to their gender, age, duties, seniority and working status. Work stress increases surface behavior and deep behavior, while it decreases natural/sincere behavior. In addition, the level of work stress and emotional labor varies according to gender, age, duty and seniority. It is evaluated that it would be appropriate to take measures to reduce work stress and superficial and deep acting, which is one of the dimensions of emotional labor, in hospitals.

Key Words:

Stress, Job Stress, Emotional Labor, Hospital Employees

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Prof.Dr. Hatice Nilay GEMLIK Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul/ Türkiye ngemlik@marmara.edu.tr, 0000-0001-5319-4070

DOI:

10.5281/zenodo.8244916

Received Date/Gönderme Tarihi:

25.06.2023

Accepted Date/Kabul Tarihi:

29.07.2023

Published Online/Yayımlanma Tarihi:

31.07.2023

1.GİRİŞ

Hastaneler yapılan işlerin niteliği ve insanlar arası yoğun ilişkiler nedeniyle stres yüklü ortamlardır. Hastanelerde hafif hastalıklar kadar kaza, ani ve hayati gibi zor durumlara da hızlı bir şekilde cevap verilmektedir. Bu hizmetlerin özünde insan hayatının devamlılığı yatar ve hizmeti veren çalışanlara da insan hayatının devamının sağlanması için önemli bir sorumluluk yükler. Bu sorumluluğun ağırlığı çalışanlarda gerginlik ve stres yaratır (Çevik vd., 2016).

Stres bir uyarıcı, bir tepki ya da ikisinin karşılıklı etkileşimini neticesinde, birey ve çevresiyle yaşadığı çeşitli anlaşmazlıklar olarak tanımlanmakta iken; iş stresi ise, organizasyonda görev alanların bedensel ve ruhsal sağlıklarının kendilerini iyi hissetmeleri üzerindeki etkisi olarak adlandırılmaktadır (Ülbeği, 2016). Stresin iş yerlerinde kendisini göstermeye başlamasıyla birlikte iş stresinin, bireylerin kişisel yetersizlikleri, fiziksel ve ruhsal olarak bireyde tedirginlik yaşamasına neden olan durum olarak ifade edilmiştir. Çalışanlar günlerinin büyük kısmını iş ortamında geçirmekte ve bu zaman içerisinde sorumluluk ve görevlerini hatasız veya optimum düzeyde gerçekleştirmeleri beklenmektedir. Bu durum da çalışan ile çevresi arasındaki etkileşimler iş hayatında çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunlar çağdaş zamanın hastalığı olarak lanse edilen iş stresi kavramını ortaya çıkarmıştır (Robbins vd., 2013).

İş stresi, iş ortamındaki fiziksel ve psikolojik zorlukların çalışanların sağlığını ve performansını olumsuz etkileyen bir durumdur. Sağlık çalışanları iş stresiyle karşı karşıya kalmakta bu durum da tükenmişliğe ve iş tatminsizliğine yol açmaktadır.

İş yaşamında stres seviyesindeki artış, verimliliğin azalmasına, çalışanların işe gitme isteğinin azalmasına, sağlık sigortalarının fazla kullanımına, çalışanların devir oranındaki artışına neden olabilmektedir (Sığı ve Gürbüz, 2014).

Hastane çalışanları, stres altında çalışırken, sağlık problemi olan dolayısıyla da yoğun stres altında olan hasta ve hasta yakınları ile karşılaşmaktadırlar. Bu durumun, hastane çalışanları açısından duygusal emeği kaçınılmaz hale getirdiği düşünülmektedir. Duygusal emek kaçınılmaz hale geldiğinden ekstra çaba harcanmakta ve bu iş stresini arttırmaktadır. Bu yüzden hastanelerin çalışanları için gerekli önlemleri almasında yarar vardır.

Duygusal emek konusunda örgütlerin beklentisi, hizmet sunulan kişilerde arzulanan duygu algısının, çalışanlar tarafından doğal şekilde oluşturulmasıdır. Bu yönüyle, bir anlamda da izlenim yönetimi olarak da görülebilecek duygusal emek çalışanlarla, hizmet sunulanlar arasında bir oyunda sergilenmesi gereken rolün gereklerinin çalışanlarca yerine getirilmesi, bazı duyguların gösterilmesinin yanı sıra bazılarının ise gizlenmesi anlamını taşımaktadır (Yürür ve Ünlü, 2011).

Literatürde duygusal emeğin yüzeysel rol yapma, derinden rol yapma ve doğal/samimi davranış olarak üç boyutta incelendiği görülmektedir (Özgüleş ve Arslanoğlu, 2020). Yüzeysel rol yapma davranışı, etkiyi gizleyerek veya başka bir duygu hissetmiş gibi davranarak birinin içsel duygularını gizlemesini içermektedir. Bir çalışanın örgütün kendisinden beklediği fakat gerçek duygusuna benzemeyen duygularını dışsal görünümünde değişiklik yaparak sergileme çabası olarak ifade edilmektedir (Onay, 2011). Örneğin çalışan bir kişinin öfkeli bir hasta yakınına karşı sinir ve öfke hissetmesine rağmen işinin gereği olarak güler yüzlü davranması yüzeysel davranış örneğidir. Derinlemesine davranışta ise çalışanlar gösterim kurallarına uyum sağlayabilmek için sergilemek istediği duyguyu gerçekten hissetmeye çaba gösterirler (Kozak-Akoğlan ve Güçlü, 2008). Örneğin hastanede hasta danışmanı olarak çalışan bir

personelin nezaketsiz bir hasta yakınına bu davranışında ısrarcı olması üzerine sinirlenmesi, fakat bu tavrı sergileyen kişinin çocuğunun hasta olduğunu ve bu nedenle sabırsız olduğunu düşünerek onu anlamaya çalışması ve çocuğunun tedavisi için yönlendirme konusunda yardımcı olması derinden rol yapma davranışdır. Belli bir gayret sarf etme sonucu ortaya koyulan yüzeysel ve derinlemesine davranış biçimlerinin yanında, bir gayret göstermeksizin veya diğerlerine kıyasla daha az çaba göstererek gerçekleştirilen, belli bir hassasiyet sonucu oluşan davranışlar “doğal/samimi davranış” olarak ifade edilmektedir (Yeşil ve Mavi, 2018).

Sağlıklı hizmet sunabilmek için, çalışanların da sağlıklı olmaları gerekir. İnsanlar streslerini ve hissettikleri duyguları çevresindekilere yansıtırlar. Stres ve duygusal emeğin olumsuz sonuçları göz önüne alındığında, hastane çalışanlarının kaliteli hizmet sunabilmek için orta seviyede stres altında ve orta seviyede duygusal emek sarf etmek durumunda kalmaları gerekir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, iş stresi ile duygusal emek ilişkileri ve seviyelerinin hastane çalışanlarının demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışma kapsamında geliştirilen araştırma hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

H1: İş stresi ile yüzeysel davranış arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H2: İş stresi ile derinden davranış arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H3: İş stresi ile doğal/samimi davranış arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini Türkiye'deki 143 yataklı özel bir hastanenin 350 çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 275 özel hastane çalışanı oluşturmaktadır. Bu çerçevede evrenin %78,5'ine ulaşılmıştır. Katılımcılar araştırmaya gönüllülük esasına dayalı olarak katılım göstermiştir.

2.4. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla anket tekniği kullanılmıştır. Söz konusu anket çalışması Haziran-Temmuz 2022 tarihlerinde yüz yüze olarak uygulanmıştır. Katılımcılar, anket formu sunulmadan önce araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu hatırlatılmıştır. Bunun yanında kimliklerinin ve cevaplarının gizli tutulacağı, çalışmayı istedikleri zaman bırakabilecekleri, cevaplarının yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı hususları belirtilmiş ve katılımcılardan onay formu alınmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla hazırlanan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu, ikinci bölümünde İş Stresi Ölçeği, üçüncü bölümünde ise Duygusal Emek Ölçeği yer almaktadır. Araştırmada kullanılacak ölçekler için gerekli izinler alınmıştır.

2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulunun 21.03.2022-37 sayılı Bilimsel Araştırma izni alınmıştır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır. Farklı bir örneklemden elde edilecek verilerle gerçekleştirilecek başka bir çalışmada farklı sonuçlara ulaşılabileceği dikkate alınmalıdır. Başka bir sınırlılık ise araştırma verilerinin tek bir zaman diliminde toplanarak kesitsel olarak yürütülmesidir. Değişkenler arasındaki zamana bağlı ilişki değişimlerini de kapsayabilecek boylamsal bir çalışma ile daha açıklayıcı ve/veya farklı sonuçlara ulaşılabilecektir. Araştırmada öz bildirim dayalı ölçeklerin kullanılması ise bir diğer sınırlılıktır. Ölçeklerde yer alan maddeleri bizzat katılımcının kendisinin cevaplaması yanıtların beğenilme, yanlılık vb. gibi faktörlerden etkilenme ihtimalini doğurmaktadır.

2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde PSPP 0.94 yazılımı kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki ölçeklerin alt boyut bazında skorları hesaplanarak araştırmanın değişkenleri oluşturulmuştur.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans analizi sonuçları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Demografik İstatistikler

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	200	72,7
	Erkek	75	27,3
Yaş	25 ve altı	63	22,9
	26-30 arası	83	30,2
	31-35 arası	61	22,2
	36-40 arası	35	12,7
	41 ve üzeri	33	12,0
Medeni durum	Bekâr	119	43,3
	Evli	156	56,7
Görev	Tıbbi Kadro	113	41,1
	İdari kadro	162	58,9
Mesleki kıdem	5 yıl ve altı	110	40,0
	6-10 yıl	69	25,1
	11-15 yıl	45	16,4
	16-20 yıl	27	9,8
	21 yıl ve üzeri	24	8,7
Çalışma şekli	Sürekli gündüz mesai	189	68,7
	Vardiya usulü	86	31,3

Tablo 1’de katılımcıların çoğunlukla kadın (n=200; %72,7), 26-30 yaş arası (n=83; %30,2), evli (n=156; %56,7), idari kadroda görev yapan (n=162; %58,9), 5 yıl ve altı mesleki kıdemi olan (n=110; %40,0), sürekli gündüz mesai şeklinde çalışan (n=189; %68,7) ve vardiya usulü görev yapan (n=86; %31,3) çalışanlardan oluştuğu görülmektedir.

3.2. Güvenilirlik Analizi

İş stresi ölçeği ve duygusal emek ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
İş Stresi	7	,816
Yüzeysel Davranış	6	,905
Derinlemesine Davranış	4	,886
Doğal/Samimi Davranış	3	,810

Tablo 2’de ölçeklerin tamamının Cronbach alpha güvenilirlik katsayısının 0,70’in üzerinde olduğu görüldüğünden ölçeklerin güvenilir oldukları (Gürbüz ve Şahin, 2016) belirlenmiştir.

3.3. Normal Dağılım Analizi

İş stresi ölçeği ve duygusal emek ölçeğine ilişkin normal dağılım analizi sonuçları Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Normal Dağılım Analizi Sonuçları

Ölçek	Çarpıklık	Basıklık
İş Stresi	-,249	-,476
Yüzeysel Davranış	,300	-1,097
Derinlemesine Davranış	-,472	-,625
Doğal/Samimi Davranış	-,935	,908

Tablo 3’de ölçeklerin tamamının çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olduğu görüldüğünden ölçekler normal dağılıma uydukları (Kalaycı, 2016) belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmanın devamında parametrik analiz yöntemlerinin kullanılmasına karar verilmiştir.

3.4. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz

İş stresi ölçeği ve duygusal emek ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçları Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları

Ölçek	Ortalama	ss	Seviye
İş Stresi	3,25	,90	Orta
Yüzeysel Davranış	2,46	1,11	Düşük
Derinlemesine Davranış	3,12	1,12	Orta
Doğal/Samimi Davranış	3,99	,87	Yüksek

Tablo 4'de katılımcıların iş stresi düzeylerinin orta seviyede olduğu ($\bar{x}=3,25$; $ss=0,90$) görülmektedir. Duygusal emek boyutları açısından ise katılımcıların yüzeysel davranış seviyelerinin düşük ($\bar{x}=2,46$; $ss=1,11$), derinlemesine davranış seviyelerinin orta ($\bar{x}=3,12$; $ss=1,12$), doğal/samimi davranış seviyelerinin ise yüksek ($\bar{x}=3,99$; $ss=0,87$) olduğu belirlenmiştir.

3.5. Korelasyon Analizi

Çalışmanın ilk üç hipotezi aşağıda sunulmuştur.

H1: İş stresi ile yüzeysel davranış arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H2: İş stresi ile derinden davranış arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H3: İş stresi ile doğal/samimi davranış arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır.

İş stresi ile duygusal emek arasındaki ilişkileri incelemek üzere gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek	İş Stresi	Yüzeysel Davranış	Derinlemesine Davranış	Doğal/Samimi Davranış
İş Stresi	1			
Yüzeysel Davranış	$r=,359^{**}$ $p=,000$	1		
Derinlemesine Davranış	$r=,170^{**}$ $p=,005$	$r=,286^{**}$ $p=,000$	1	
Doğal/Samimi Davranış	$r=-,182^{**}$ $p=,002$	$r=-,373^{**}$ $p=,000$	$r=,130^*$ $p=,031$	1

Tablo 5'de görüldüğü üzere iş stresinin yüzeysel davranış ($r=0,359$; $p<0,01$) ve derinlemesine davranış ($r=0,170$; $p<0,01$) ile pozitif, doğal/samimi davranış ($r=-0,182$; $p<0,01$) ile negatif ve anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre H1, H2 ve H3 hipotezleri kabul edilmiştir.

4. TARTIŞMA

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda iş stresinin yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış ile pozitif, doğal/samimi davranış ile negatif ve anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, iş stresinin yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış ile doğru orantılı, doğal/samimi davranış ile ters orantılı bir ilişkisinin olduğu belirlenmiştir.

Çelik ve Yıldız (2016) tarafından Gaziantep'te bulunan kamu ve özel hastanelerinde görev yapan 667 hemşire ile yürütülen çalışmada iş stresinin yüzeysel davranışla pozitif, doğal/samimi davranışla ise negatif ve anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, iş stresi ile derinlemesine davranış arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Demirel ve Kılıç (2019) tarafından Elazığ İl Merkezi'nde yer alan kamuya ait hastanelerde görev yapan 469 sağlık çalışanı ile yürütülen çalışmada iş stresi ile yüzeysel davranış arasında pozitif, samimi davranış arasında ise negatif ve anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan, iş stresi ile derinlemesine davranış arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüş ancak bu ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Sohn vd. (2018) 424 hastane çalışanı

ile yaptığı bir araştırmada, hastalarla yakın iletişim kuran çalışanlarda diğer çalışanlara göre daha fazla yüzeysel davranış ve daha yüksek iş stresi yaşadığı görülmüştür. Buna ek olarak, çalışmada yüzeysel davranış ile iş stresi arasında anlamlı pozitif bir ilişki belirlenmiş, derinlemesine davranış ile iş stresi arasında ise anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Yoon ve Kim (2013) tarafından Kore'de dört farklı şehirde beş hastanede çalışan 441 hemşire ile yürütülen çalışmada, yüzeysel davranışın iş stresini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Kumar ve Jin (2022) tarafından Pakistan'da 107 farklı hastanede görev yapan 319 hemşire ile yürütülen çalışmada iş stresi ile yüzeysel davranış arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

İş stresinin temel olarak yüzeysel rol yapma ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin pozitif olduğu belirtilebilir. Bunun yanında iş stresi ile derinden rol yapma arasında pozitif, doğal/samimi duygular arasında ise negatif ilişkiler olduğu ancak bu ilişkilerin yüzeysel rol yapma kadar güçlü olmadığı ifade edilebilir. Söz konusu bulgunun sağlık çalışanlarının iş stresiyle başa çıkmak için öncelikle ve çoğunlukla yüzeysel davranışa başvurduklarını, nispeten daha az olarak derinlemesine davranışlarını arttırdıklarını veya doğal/samimi davranışlarını azalttıklarını gösterdiği değerlendirilmektedir. Buna göre, sağlık çalışanlarında iş stresi ve bununla ilişkili olarak özellikle yüzeysel davranışın önemli hususlar olarak ön plana çıktığı belirtilebilir. İş stresi ve yüzeysel davranışın bireyler ve örgütler için potansiyel olumsuz çıktıları göz önüne alındığında söz konusu hususların önemi daha belirgin hale gelmektedir. Bu bağlamda, tüm sektörler için önemli olsa da toplum sağlığı gibi önemli bir alanda hizmet veren sağlık çalışanları için iş stresi ve özellikle yüzeysel davranış olmak üzere duygusal emek düzeyini azaltacak bireysel tedbirler ve örgütsel politikalar geliştirilmesinin önem arz ettiği değerlendirilmektedir.

5. SONUÇ

Bu çalışmada, hastane çalışanlarında iş stresi ile duygusal emek ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma sonucunda, iş stresinin yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış ile pozitif, doğal/samimi davranış ile negatif ve anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, iş stresinin yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış ile doğru orantılı, doğal/samimi davranış ile ters orantılı bir ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. İş stresi ile yüzeysel davranış arasında pozitif bir ilişki olduğuna yönelik bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Diğer taraftan, iş stresi ile derinlemesine davranış ve doğal/samimi davranış arasındaki ilişkilere yönelik ise bu çalışma bulgularına benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar da olduğu görülmüştür.

KAYNAKÇA

- Çevik, M., Çevik, Y., Tengilimoğlu, D., ve Murat, D. A. Ş. (2016). İş yerinde oluşan stresin çalışanlar üzerindeki etkileri; acil servis hizmetleri kapsamında bir uygulama. Akademik Araştırma Tıp Dergisi, 1(1), 24-34.
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2016). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri, felsefe yöntem-analiz (3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Kalaycı, Ş. (2016). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (7. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kozak, M. A., ve Güçlü, H. N. (2008). Turizm işletmelerinde duygusal çaba faktörlerinin işe alma sürecinde kullanılması üzerine bir araştırma. Anadolu University Journal of Social Sciences, 8(2), 39-56.
- Onay M. (2011). Çalışanın sahip olduğu duygusal zekâsının ve duygusal emeğinin, görev performansı ve bağlamsal performans üzerindeki etkisi. Ege Akademik Bakış, 11(4), 587-600.
- Özgüleş, B., ve Arslanoğlu, A. (2020). Sağlık Çalışanlarında Öznel İyi Oluşun Duygusal Emek Davranışı Üzerine Etkisi. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 15(22), 1114-1133. DOI:10.26466/opus.663474

Robbins, S. P., Judge, T. A., ve Vohra, N. (2013). Organizational Behavior. New York: Prentice Hall. ss.768.

Sığırı, Ü., ve Gürbüz, S. (2014). Örgütsel davranış (4.Baskı). Ankara: Beta Yayınları.

Ülbeği İ. D. (2016). Yıldırma, iş stresi, tükenmişlik, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiler: Görgül bir araştırma. (Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Yeşil, S., ve Mavi, Y. (2018). Duygusal emeğin etkilediği faktörler üzerine bir alan araştırması. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(1), 29-44.

Yürür, S., ve Ünlü, A. G. O. (2011). Duygusal emek, duygusal tükenme ve işten ayrılma niyeti ilişkisi. ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources, 13(2), 81-104.

Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzları *

Mental problems and stress coping styles of leukemia patients

Betül Akanlar Çoban¹, Sibel Polat Olca²¹ Bil. Uzm. SANKO Üniversitesi Hastanesi. Gaziantep/ Türkiye, akanlar.btl@gmail.com, 0000-0002-6580-2245² Dr.Öğr. Üyesi. SANKO Üniversitesi SBF Psikiyatri Hemşireliği AD, Gaziantep/ Türkiye sibel.polat@sanko.edu.tr, 0000-0002-6274-6989

*Bu makale, "Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzları " (2022) başlıklı tezden üretilmiştir.

Öz

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Birçok kanser hastası için, kanser tanısı almak ve tedavi görmek, bireyleri duygusal sıkıntı, depresyon, anksiyete, uyku sorunları, yorgunluk ve bozulmuş yaşam kalitesi gibi uzun süreli olumsuz psikolojik sonuçlara karşı savunmasız hale getirebilecek son derece stresli bir deneyimdir. Stresle başa çıkma kanser hastalarında dayanıklılığın önemli bir unsurudur. Bu araştırma, lösemi hastalarının ruhsal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Gaziantep il merkezinde bulunan bir özel hastanenin Hematoloji Servisinde yatarak tedavi gören lösemi tanılı hastalar oluşturmaktadır. Lösemi tanılı hastaların dâhil edildiği çalışmaya toplam 120 kişi alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların %61,7'sinin erkek, yaş ortalamasının 50,4±17,8 yıl, %45,0'inin 56 yaş ve üstünde ve %65,8'inin evli olduğu saptanmıştır. Kendine Güvenli Yaklaşım 10,5±4,1, Çaresiz Yaklaşım 10,3±5,3, Boyun Eğici Yaklaşım 7,9±3,4, İyimser Yaklaşım 6,8±3,0 ve Sosyal Destek Arama için 6,4±2,5 olarak bulunmuştur. KSE toplam puanı 77,4±27,9, Anksiyete 15,8±7,8, Depresyon 21,5±10, Olumsuz benlik 14,3±7,3, Somatizasyon 16,4±5,3, Hostilité 9,3±5,4'dir. Hastaların stresle başa çıkma ölçeğinin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Kısa Semptom Envanteri puan sonucu dikkate alındığında, hastaların orta düzeyde ruhsal belirti gösterdikleri, özellikle depresyon ve somatizasyon belirtilerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilité belirtilerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler:

Lösemi, Ruhsal Sorunlar, Stresle Başa Çıkma, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

Cancer is a disease with a high probability of occurrence of psychiatric disorders as well as being the cause of death for millions of people. For many cancer patients, being diagnosed and treated for cancer is an extremely stressful experience that can make individuals vulnerable to long-term negative psychological consequences such as emotional distress, depression, anxiety, sleep problems, fatigue, and impaired quality of life. Coping with stress is an important element of resilience in cancer patients. This research is a descriptive study to examine the mental problems and coping styles of leukemia patients. The population of the study consists of patients with a diagnosis of leukemia who are hospitalized in the Hematology Service of a private hospital in the city center of Gaziantep. A total of 120 people were included in the study, which included patients with a diagnosis of leukemia. It was determined that 61.7% of the patients included in the study were male, mean age was 50.4±17.8 years, 45.0% were 56 years and older, and 65.8% were married. Self-Confident Approach 10.5±4.1, Helpless Approach 10.3±5.3, Submissive Approach 7.9±3.4, Optimistic Approach 6.8±3.0, and Seeking Social Support 6.4± It was found to be 2.5. BSI total score 77.4±27.9, Anxiety 15.8±7.8, Depression 21.5±10, Negative self 14.3±7.3, Somatization 16.4±5.3, Hostility 9.3± 5.4. The mean scores of all sub-dimensions of the patients' coping with stress scale were found to be low. Considering the results of the Brief Symptom Inventory, it was determined that the patients showed moderate mental symptoms, especially depression and somatization symptoms were moderate. Discomfort Severity Index, anxiety, negative self and hostility symptoms were found to be low.

Key Words:

Leukemia, Mental Problems, Coping with Stress, Psychiatric Nursing

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Dr.Öğr. Üyesi. SANKO Üniversitesi SBF
Psikiyatri Hemşireliği AD, Gaziantep/ Türkiye
sibel.polat@sanko.edu.tr, 0000-0002-6274-
6989

DOI:

10.5281/zenodo.8244899

Received Date/Gönderme Tarihi:

21.06.2023

Accepted Date/Kabul Tarihi:

29.07.2023

Published Online/Yayımlanma Tarihi

31.07.2023

1.GİRİŞ

Hematolojik kanserler, en sık görülen kanser türü olup, 2020 yılında dünyada yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser ve 10 milyon kanserden ölüm vakası gerçekleşmiştir (Çalışkan vd., 2017; Ferlay vd., 2021). Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser hastalarında tedaviye bağlı fizyolojik belirtilerin yanında; öfke, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtiler sık görülmekte, uyum mekanizmaları bozulmakta ve buna bağlı kişilik bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklara sık rastlanmaktadır (Hintistan vd., 2015; Tsatsou vd., 2021). Kanserli hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar; uyum bozuklukları, kişilik ve tutum değişiklikleri, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları (deliryum, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar), depresif sendromlar, kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri ve ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlardır (Ülger vd., 2014).

Özellikle kanserin tanı aşamasında, erken dönemde anksiyete ve depresyon yaygındır. Tedavi edilmemiş, anksiyete veya depresyonu olan hastalar, reçete edilen ilaçları kullanmama, aile veya diğer sosyal desteklerden geri çekilme gibi olumsuz başa çıkma davranışlarını benimseme açısından yüksek risk altındadır (Mosleh vd.,2018). Hematolojik kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, anksiyeteden çok depresyonun öne çıkan bir sorun olduğu ve teşhis konulduktan ve ihtiyacı olan hastalara psikososyal destek sağlandıktan yıllar sonra bile hastaların depresyon yönünden izlenmesinin önemi vurgulanmaktadır (Kuba vd., 2019).

Birçok kanser hastası için kanser tanısı almak ve tedavi görmek, bireyleri duygusal sıkıntı, depresyon, anksiyete, uyku sorunları, yorgunluk ve bozulmuş yaşam kalitesi gibi uzun süreli olumsuz psikolojik sonuçlara karşı savunmasız hale getirebilecek son derece stresli bir deneyimdir (Antoni ve Dhabhar, 2019; Seiler ve Jenewein, 2019). Stres kavramı, Türkçede “zorlanma” ve zorlanma yaratan birçok etken için de tanım olarak “stres etkeni” olarak adlandırılabilir. Strese verilen tepki anlamına gelen, özgün olmayan, hızla ortaya çıkan ve pek çok duygusal tepkiyi, anksiyete ve depresyon gibi, içinde barındırabilen bir emosyonel tepki olarak tanımlanabilecek “distres” kavramı ise dilimizde sıklıkla “sıkıntı” olarak kullanılmaktadır. Distres, bireyleri olumsuz etkileyen stres anlamına gelmektedir (Aslan, 2022; Matthews, 2016).

Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı, distresi “Kanserle etkili bir şekilde baş etme becerisini, fiziksel semptomlarını etkileyebilecek psikolojik (bilişsel, davranışsal, duygusal), sosyal ve/veya ruhsal nitelikteki çok faktörlü hoş olmayan duygusal bir deneyim olarak tanımlar (Wood, 2016). Distres, kırılabilirlik veya üzüntü duygularından depresyon veya kaygı gibi ruhsal sorunlara kadar değişebilmektedir. Daha yüksek distres seviyeleri yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve çalışma yeteneğini bozar. Aynı zamanda, fizyolojik stres tepki sistemlerindeki (örneğin, iltihaplanma) değişikliklere ve yüksek mortalitelere neden olur (Carlson vd., 2019). Yüksek düzeyde stresin neden olduğu duygusal sıkıntı, kanser hastalarında, yalnızca yüksek fiziksel semptom yükü ile değil, aynı zamanda önemli ölçüde daha düşük yaşam kalitesi, bakımdan memnun olmama ve tedaviye uyumsuzlukla da ilişkilendirilmiştir (Mehnert vd., 2018).

Stresle başa çıkma (SBÇ), bireyin mevcut yaşantısına yönelik tehdit algıladığı bir durumda stresin etkilerini olumlu düzeyde tutabilmek adına gösterdiği, uyum sağlamaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabaların tümüdür (Lazarus ve Folkman, 1984). Uyarlanabilir başa çıkma stratejileri genellikle hastalara fayda sağlayabilecek daha olumlu veya yapıcı başa çıkma tepkilerini

ifade eder. Uyumsuz başa çıkma stratejileri ise daha olumsuz veya işlevsiz olanlara atıfta bulunur (Nipp vd., 2016). Stresle başa çıkma kanser hastalarında dayanıklılığın önemli bir unsurudur. Kanserden kurtulanların uyarlanabilir başa çıkma stratejileri (örneğin olumlu yeniden değerlendirme, sosyal destek arama davranışı, problem odaklı başa çıkma ve dini başa çıkma) kullananların daha iyi yaşam kalitesi ve daha az sıkıntı yaşadıkları, uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanan bireylerin ise daha yüksek sıkıntı ve yaşam kalitesinde bozulma yaşadığı belirtilmektedir. Böylece, stresle etkili başa çıkma ruhsal sağlığın korunmasına katkı sağlamaktadır (Seiler ve Jenewein, 2019).

Bu çalışmada lösemi hastalarının yaşadığı ruhsal sorunlar ve stresle başa çıkma tarzları incelenmiştir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu araştırma, lösemi hastalarının ruhsal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gaziantep il merkezinde bulunan bir özel hastanenin Hematoloji Servisinde yatarak tedavi gören lösemi tanılı hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya, 18 yaş üstü, hematoloji servisinde yatarak tedavi gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü 120 hasta dahil edilmiştir.

2.3. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Veri toplama formu olarak Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Araştırma verileri; hastane ortamında ve yüz yüze Eylül 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Kişisel bilgi formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, tanı, hastalık evresi, tanı süresi, lösemi hakkında bilgi sahibi olma gibi sorulardan oluşmaktadır.

Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ); Folkman ve Lazarus (1980) tarafından Başa Çıkma Yolları Envanteri olarak geliştirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir (Lazarus ve Folkman, 1984). Ölçeğin 30 maddelik formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Şahin ve Durak ölçeğin Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY), Çaresiz Yaklaşım (ÇY), Boyun Eğici Yaklaşım (BEY), İyimser Yaklaşım (İY) ve Sosyal Destek Arama (SDA) olmak üzere toplam 5 faktörden oluştuğunu bulmuşlardır. Alt ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları .47 ve .80 arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1995).

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Genel bir psikopatoloji değerlendirmesi ihtiyacından kaynaklanarak Derogatis & Melisaratos (1983)'in geliştirdiği, 53 maddelik kişinin kendini değerlendirebilme türü envanterdir. Hem normal örneklerde hem de çeşitli medikal ve psikiyatrik hastalarda meydana gelen psikolojik semptomları ortaya koyabilmek için geliştirilen bir ölçektir (Derogatis ve Melisaratos, 1983). Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması üç ayrı çalışma ile Hisli ve Durak tarafından yapılmıştır. Üç ayrı

çalışma sonucunda ölçeğin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz benlik", "Somatizasyon" ve "Hostilite" olmak üzere beş faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Bu faktörlerden oluşturulan alt ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları .88 ve .76 arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1994; Şahin vd., 2002). Ölçeğin belirlenen 3 global indeksi ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ), Belirti Toplam İndeksi (BTİ) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ) şeklindedir (Şahin vd., 2002).

2.4. Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan kullanım izni, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni ve kurum izni alındı. (24.07.2020; 2020/10). Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgi verildi, gönüllü olanların çalışmaya katılması sağlanarak yazılı onamları alındı.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın, tek bir merkezde ve sadece yatan hastalarla yürütülmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

2.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerde ikili grup analizleri bağımsız student t-testi ile ikiden fazla grup analizleri ise Oneway ANOVA testi ile çözümlenirken; normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili grup analizlerinde Mann Whitney U testi; ikiden fazla grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İki grup arasındaki farklılığı belirlemede Post Hoc testlerinden Tukey ve Tamhane's T2 testlerine başvurulmuştur. Ölçek skorları arasındaki ilişkiyi belirlemede normal dağılım göstermeyenlerde Spearman ve normal dağılım gösterenlerde Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3. BULGULAR

Lösemi tanılı hastaların dahil edildiği çalışmaya toplam 120 kişi alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların %61,7'sinin erkek, yaş ortalamasının $50,4 \pm 17,8$ yıl, %45,0'inin 56 yaş ve üstünde ve %65,8'inin evli olduğu saptanmıştır. Bireylerin % 35,0'inin lise mezunu, %41,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %84,2'sinin çalışmadığı, %30,8'inin Akut Miyeloid Lösemi (AML) tanısı aldığı, %35,0'inin hastalık evresinin 2. evre, %35,0'inin tanı süresinin 6-12 ay olduğu ve %90,0'inin lösemi hakkında bilgisi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada kullanılan Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları düşük bulundu. Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, depresyon, somatizasyon, BTİ ve SRİ puan ortalamalarının orta düzey olduğu belirlendi. Kısa Semptom Envanteri alt ölçek boyutlarından anksiyete, olumsuz benlik, hostilite ve RCİ alt boyut puan ortalamaları düşük bulundu (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı

	Sayı (n=120)	Yüzde
Yaş (Ort±ss)	50,4±17,8	
18-25	17	14,2
26-35	9	7,5
36-45	20	16,7
46-55	20	16,7
56 yaş ve üstü	54	45,0
Cinsiyet		
Erkek	74	61,7
Kadın	46	38,3
Medeni durum		
Bekâr	41	34,2
Evli	79	65,8
Eğitim durumu		
İlkokul	37	30,8
Ortaokul	24	20,0
Lise	42	35,0
Ön lisans/lisans	17	14,2
Gelir durumu		
Gelir giderden az	50	41,7
Gelir gidere eşit	46	38,3
Gelir giderden fazla	24	20,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	19	15,8
Çalışmıyor	101	84,2
Tanı		
Kronik Miyeloid Lösemi (KML)	2	1,7
Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)	11	9,2
Kronik Lenfositik Lösemi (KLL)	6	5,0
Akut Miyeloid Lösemi (AML)	37	30,8
Multipl Miyelom (MM)	10	8,3
Hodgkin Lenfoma (HL)	19	15,8
Nonhodking Lenfoma (NHL)	35	29,2
Evre		
1. Evre	11	9,2
2. Evre	42	35,0
3. Evre	37	30,8
4. Evre	30	25,0
Tanı süresi		
1-3 ay	21	17,5
3-6 ay	33	27,5
6-12 ay	42	35,0
1 yıldan fazla	24	20,0
Lösemi hakkında bilgi		
Evet	12	10,0
Hayır	108	90,0

Tablo 2. SBÇÖ ve KSE ölçek toplam puanı ve alt ölçek puan ortalaması, standart sapma, medyan, minimum, maksimum ve Cronbach alfa değerlerinin dağılımı

Ölçekler	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Ort±ss	Med(Min/Max)	Cronbach Alfa
SBÇÖ				
Kendine güvenli yaklaşım	7-28	10,5±4,1	10 (1-21)	0,795
İyimser yaklaşım	5-20	6,8±3,0	7 (1-15)	0,763
Çaresiz yaklaşım	8-32	10,3±5,3	10 (0-24)	0,779
Boyun eğici yaklaşım	6-24	7,9±3,4	8 (2-17)	0,671
Sosyal destek arama yaklaşımı	4-16	6,4±2,5	6 (0-12)	0,649
KSE		77,4±27,9	76 (15-167)	0,920
Anksiyete	0-52	15,8±7,8	14 (0-44)	0,779
Depresyon	0-48	21,5±10	20,5 (3-43)	0,862
Olumsuz benlik	0-48	14,3±7,3	13 (0-42)	0,774
Somatizasyon	0-36	16,4±5,3	17 (3-27)	0,767
Hostilite	0-28	9,3±5,4	8,5 (0-27)	0,780
RCİ	0-4	1,46±0,52	1,43 (0,28-3,15)	
BTİ	0-53	35,6±8,7	37 (7-53)	
SRİ	0-4	2,14±0,38	2,08 (1,18-3,39)	

Tablo 3'te SBÇÖ ve KSE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendi. Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçek puanları ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, KSE, RCİ ve BTİ ölçek puanları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçek puanı ile SRİ alt ölçek puanı arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek puanı ile anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, KSE, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki, depresyon alt ölçeği ile pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Boyun eğici yaklaşım ile somatizasyon ile ters yönlü zayıf bir ilişki, depresyon ile pozitif yönde orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$). (Tablo 3).

Hastaların medeni durum, çalışma durumu, ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Hastaların cinsiyet değişkeni ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçek, KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanırken ($p>0,05$); erkek hastaların somatizasyon alt ölçek puanlarının kadın hastalara göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4). Hastaların yaş ile SBÇÖ, KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim durumu değişkeni ile KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim durumu değişkeni ile kendine stresle başa çıkma tarzları ölçek boyutu güvenli yaklaşım puanı arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı belirlendiğinde; ön lisans/lisans mezunu olan hastaların ortaokul ($p=0,042$) ve lise ($p=0,045$) mezunu olan hastaların ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 3. SBÇÖ ve KSE ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

	İY	ÇY	BEY	SDAY	Ank.	Dep.	OB	Som.	Host.	KSE Toplam	RCi	BTİ	SRI
KGY	r	,730**	-,255**	,410**	-,312**	-,252**	-,308**	-,166	-,326**	-,358**	-,358**	-,448**	-,037
	p	,000	,005	,382	,000	,001	,006	,001	,070	,000	,000	,000	,685
İY	r	1,000	-,258**	-,097	-,330**	-,221*	-,310**	-,170	-,453**	-,372**	-,372**	-,389**	-,175
	p	.	,004	,290	,000	,015	,001	,064	,000	,000	,000	,000	,056
ÇY	r	1,000	,683**	-,513**	,405**	,532**	,356**	-,096	,245**	,459**	,459**	,307**	,415**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,298	,007	,000	,000	,001	,000
BEY	r	1,000	1,000	-,378**	,204*	,504**	,284**	-,332**	,119	,308**	,308**	,089	,433**
	p	.	.	,000	,025	,000	,002	,000	,196	,001	,001	,336	,000
SDAY	r	1,000	1,000	1,000	-,236*	-,329**	-,230*	,106	-,242**	-,292**	-,292**	-,228*	-,164
	p	.	.	.	,010	,000	,011	,251	,008	,001	,001	,012	,074
Ank.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	,684**	,758**	,093	,550**	,857**	,857**	,807**	,523**
	p	.	.	.	.	,000	,000	,310	,000	,000	,000	,000	,000
Dep.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,649**	-,041	,503**	,841**	,841**	,638**	,716**
	p	.	.	.	.	.	,000	,659	,000	,000	,000	,000	,000
OB	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,179	,667**	,869**	,869**	,815**	,525**
	p	.	.	.	.	.	.	,051	,000	,000	,000	,000	,000
Som.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,211*	,270**	,270**	,330**	,090
	p	.	.	.	.	.	.	.	,020	,003	,003	,000	,328
Host.	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,727**	,727**	,684**	,475**
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	,000	,000	,000	,000
KSE Toplam	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,879**	,671**
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,000	,000
RCi	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,301
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,001
BTİ	r	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	,301
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	,001

* p<0,05 Pearson ve Spearman korelasyon testleri, KGY: Kendine güvenli yaklaşım, İY: İyimser yaklaşım, ÇY: Çaresiz yaklaşım, BEY: Boyun eğici yaklaşım, SDAY: Sosyal destek arama yaklaşımı, Ank: Anksiyete, Dep: Depresyon, OB: Olumsuz benlik, Som: Somatizasyon, Host.: Hostilite KSE: Kısa Semptom Ervanteri RCi: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, BTİ:Belirti Toplam İndeksi, SRI:Semptom Rahatsızlık İndeksi

Tablo 4. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile SBÇÖ, KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Cinsiyet	KGy	İy	Çy	BEy	SDAY	Ank	Dep	OB	Som	Host	KSE	RCI	BTI	SRI
Erkek	10,4±3,9	7(1-13)	10,2±5,3	7(2-17)	6,4±2,4	15(4-36)	20,5(3-43)	12(0-36)	15,6±5,6	8,5(0-24)	74,5(15-152)	1,4(0,28-2,87)	35,9±8,7	2,1±0,3
Kadın	10,7±4,5	6,5(2-15)	10,5±,3	8(2-16)	6,3±2,5	13,5(0-44)	20,5(6-43)	14,5(2-42)	17,6±4,6	8,5(0-27)	77,5(9-167)	1,46(0,36-3,15)	35,3±8,9	2,2±0,4
t/U	-0,341	-0,323	-0,301	-0,266	0,284	-1,171	-0,737	-0,165	-2,092	-0,366	-0,400	-0,400	0,370	-1,243
p	0,733	0,747	0,764	0,790	0,777	0,242	0,461	0,869	0,039	0,714	0,690	0,690	0,712	0,216
Medeni durum														
Bekâr	9,8±4,6	5(2-13)	10,0±5,4	7(2-15)	6,3±2,8	15(4-44)	17(5-43)	14(0-42)	16,5±5,1	9(0-25)	77(15-167)	1,45(0,28-3,15)	35,9±8,2	2,1±0,4
Evlü	10,9±3,8	7(1-15)	10,5±5,2	8(2-17)	6,4±2,3	14(0-36)	21(3-43)	13(2-36)	16,3±5,5	8(0-27)	73(19-152)	1,37(0,36-2,87)	35,5±9,0	2,1±0,3
t/U	-1,334	-1,951	-0,532	-0,823	-0,134	-0,945	-0,255	-0,017	0,284	-0,792	-0,271	-0,271	0,241	0,264
p	0,185	0,051	0,596	0,411	0,894	0,345	0,799	0,987	0,777	0,428	0,786	0,786	0,810	0,793
Çalışma durumu														
Evet	11,1±4,3	7(2-12)	8,5±5,1	6(3-13)	7,3±2,3	11(4-36)	19(5-38)	11(0-24)	16,5±5,2	11(0-24)	80(15-152)	1,5(0,28-2,87)	36,2±10,9	2,1±0,4
Hayır	10,4±4,1	6(1-15)	10,7±5,2	8(2-17)	6,2±2,4	14(0-44)	21(3-43)	8(0-27)	16,3±5,4	8(0-27)	76(19-167)	1,43(0,36-3,15)	35,5±8,3	2,1±0,3
t/U	0,668	-0,752	-1,606	-1,181	1,743	-0,205	-0,871	-0,900	0,119	-1,311	-0,449	-0,449	0,327	0,218
p	0,506	0,452	0,111	0,238	0,84	0,837	0,384	0,368	0,906	0,190	0,653	0,653	0,744	0,828
Yaş grubu														
18-25	10,4±4,9	6(2-13)	11,6±6,4	7(2-14)	6,1±2,8	16(4-32)	26(5-38)	11(0-30)	14,4±4,4	8(0-23)	76(15-139)	1,43(0,28-2,62)	35,1±10,1	2,1±0,3
26-35	11,1±2,2	7(2-10)	9,6±5,5	9(3-12)	6,3±1,8	14(7-27)	16(9-26)	17(3-20)	15,4±,5	9(4-19)	73(40-102)	1,37(0,75-1,92)	35,6±7,2	2,0±0,3
36-45	11±4,4	7(3-13)	9,1±4,8	7(2-15)	7,1±2,6	14(0-20)	20(5-42)	12,5(2-20)	16,7±4,7	6(0-18)	73(19-99)	1,37(0,36-1,87)	32,6±8,4	2,1±0,3
46-55	11,3±4,1	8(1-12)	9,7±4,4	7(1-12)	6,7±1,8	12(6-30)	12,5(6-40)	11,5(3-26)	16,7±5,7	7(0-23)	59(41-132)	1,11(0,77-2,49)	34,2±9,5	2,0±0,3
56 yaş ve üstü	10,0±4,0	6(1-15)	10,7±5,3	8(2-17)	6,1±2,6	14(7-44)	22(3-43)	14(5-42)	17,4±5,7	9(0-27)	77(33-167)	1,45(0,62-3,15)	37,4±8,1	2,1±0,4
p	0,746	0,476	0,595	0,505	0,627	0,538	0,130	0,500	0,467	0,342	0,313	0,313	0,265	0,529
Post hoc p	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok
X ² /F	0,486	3,513	0,697	3,324	0,652	3,118	7,106	3,359	0,889	4,507	4,761	4,761	1,325	0,798
Eğitim durumu														
İlkokul (a)	10,4±4,3	6(2-15)	10,8±4,9	9(2-15)	6,4±2,5	15(0-44)	21(6-43)	15(2-42)	17,5±5,3	10(0-27)	81(19-156)	1,52(0,36-2,94)	36,8±9,9	2,22±0,4
Ortaokul (b)	9,7±4,0	7(1-13)	11,3±5,2	9(2-16)	5,5±2,5	14(7-30)	26(8-40)	13(3-26)	16,5±5,4	7,5(2-22)	77(40-130)	1,45(0,75-2,45)	35,7±7,1	2,17±0,3
Lise (c)	10,0±3,6	6(1-12)	10,0±5,2	7(2-14)	6,4±2,2	15(6-36)	20,5(3-38)	12,5(3-36)	15,8±5,1	8(4-24)	74,5(33-152)	1,4(0,62-2,87)	35,8±8,1	2,1±0,3
Ön lisans/lisans (d)	13,1±4,1	9(3-13)	8,5±6,1	6(3-17)	7,2±2,4	12(4-40)	14(5-43)	10(0-35)	15,1±5,9	7(0-25)	60(15-167)	1,13(0,28-3,15)	32,3±9,4	2,03±0,4
p	0,039	0,072	0,341	0,158	0,208	0,729	0,090	0,110	0,385	0,287	0,178	0,178	0,367	0,309
Post hoc p	d-b:p=0,042 d-c:p=0,045	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok
X ² /F	2,887	7,004	1,127	5,190	1,540	1,302	6,494	6,028	1,024	3,773	4,918	4,918	1,064	1,210

X² = Kruskal Wallis Testi F: Oneway ANOVA Testi Post Hoc: Tukey ve Tamhane's T2 testleri KGY: Kendine güven yaklaşımı, İy: İyimser yaklaşım, Çy: Çaresiz yaklaşım, BEy: Boyun eğici yaklaşım, SDAY: Sosyal destek arama yaklaşımı, Ank: Anksiyete, Dep: Depresyon, OB: Olumsuz benlik, Som: Somatizasyon, Host: Hostilite KSE: Kısa Semptom Envanteri RCI: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, BTI: Belirti Toplam İndeksi, SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi

Tablo 5. Hastaların tanı süresi ve hastalık evresi ile SBÇÖ ve KSE puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanı süresi	KGy	İy	Çy	BEy	SDAY	Ank	Dep	OB	Som	Host	KSE	RCi	BTİ	SRI
1-3 ay	11,6±4,5	7(3-13)	10,8±6,5	8(2-17)	5,9±2,9	15(6-40)	20(12-43)	14(7-35)	16,1±5,6	9(3-27)	80(49-167)	1,5(0,9-2,3)	36,5±7,1	2,2±0,4
3-6 ay	10,4±4,4	6(2-15)	10,0±5,3	7(3-16)	6,4±2,6	15(0-44)	20(5-41)	14(0-42)	16,1±5,2	9(0-16)	76(15-156)	1,43(0,28-2,94)	34,9±11,0	2,1±0,4
6-12 ay	9,8±3,9	5,5(1-13)	10,5±4,5	8(2-14)	6,6±2,4	15(6-36)	20,5(3-43)	13,5(3-36)	17,9±5,1	9(0-24)	78,5(33-152)	1,48(0,62-2,87)	37,3±7,7	2,1±0,3
1 yıldan fazla	11±3,6	7,5(1-12)	10,1±5,5	8(2-14)	6,2±2,0	11(7-31)	22(6-34)	10(2-25)	14,1±5,1	7(2-21)	65(33-116)	1,22(0,62-2,19)	33,0±7,7	2,0±0,3
p	0,396	0,367	0,947	0,919	0,705	0,294	0,470	0,220	0,043	0,364	0,138	0,138	0,242	0,146
Post hoc p	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	c - d ; p=0,028	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok
X ² /F	0,998	3,166	0,122	0,501	0,488	3,711	2,527	4,417	2,800	3,187	5,514	5,514	1,415	1,825
Evre														
1. Evre	10,8±3,1	5(3-11)	9,9±3,6	8(3-12)	7,1±1,9	18(7-32)	20(12-37)	13(3-25)	16,1±5,7	10(4-23)	76(40-132)	1,43(0,75-2,49)	37,0±9,1	2,17±0,4
2. Evre	10,6±3,8	7(2-15)	9,7±5,3	7,5(2-17)	6,5±2,3	13,5(0-40)	19(5-43)	12(0-35)	15,8±4,9	9(0-25)	72,5(15-167)	1,36(0,28-3,15)	35,3±8,9	2,1±0,3
3. Evre	9,6±4,2	5(2-13)	11,8±4,7	8(2-15)	5,7±2,6	15(6-44)	26(3-43)	15(3-42)	17,1±6,0	9(0-24)	79(33-156)	1,49(0,62-2,94)	36,7±9,0	2,28±0,3
4. Evre	11,5±4,6	8(1-13)	9,5±6,1	7(2-16)	6,7±2,6	11,5(8-34)	15(6-38)	10,5(4-30)	16,2±4,9	6(2-27)	59,5(33-139)	1,12(0,62-2,62)	34,3±8,1	2,02±0,4
p	0,294	0,179	0,255	0,792	0,273	0,524	0,041	0,314	0,776	0,308	0,194	0,194	0,656	0,038
Post hoc p	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	3-4,p=0,039	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	Fark yok	3 - 4 ; p=0,030
X ² /F	1,254	4,901	1,372	1,039	1,316	2,242	8,254	3,550	0,368	3,602	4,708	4,708	0,540	2,895

X² = Kruskal Wallis Testi; F: Oneway ANOVA Testi; Post Hoc: Tukey ve Tamhane's T2 testleri; KGY: Kendine güvenli yaklaşım, İY: İyimser yaklaşım, ÇY: Çaresiz yaklaşım, BEY: Boyun eğici yaklaşım, SDAY: Sosyal destek arama yaklaşımı, Ank: Anksiyete, Dep: Depresyon, OB: Olumsuz benlik, Som: Somatizasyon, Host: Hostilité, KSE: Kısa Semptom Envanteri RCi: Rahatsızlık Ciddiyet indeksi, BTİ: Belirti Toplam indeksi, SRI: Semptom Rahatsızlık indeksi

Hastaların tanı süresi ve hastalık evresi ile SBÇÖ ve KSE puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 5'te gösterildi. Hastaların tanı süreleri ile somatizasyon alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı incelendiğinde; tanı süresi 6 ila 12 ay içerisinde olanların, 1 yıldan fazla tanı süresine sahip olanlara göre daha yüksek somatizasyon alt ölçek puanına sahip oldukları belirlendi ($p<0,05$).

Hastalık evresi değişkeni ile depresyon ($p=0,041$) ve SRİ ($p=0,038$) ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağına bakıldığında; evre 3'te yer alan hastalarda, evre 4'te yer alan hastalara göre daha yüksek depresyon ($p=0,039$) ve SRİ ($p=0,030$) ölçek puanlarına sahip olmalarından kaynaklandığı anlaşıldı ($p<0,05$) (Tablo 5).

4.TARTIŞMA

Lösemi tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada, hastaların stresle başa çıkma ölçeğinin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları düşük bulundu. Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada, hastaların stresle başa çıkma ölçeğinin alt boyutları; Kendine Güvenli Yaklaşım $22,4\pm3,4$, Çaresiz Yaklaşım $19,8\pm4,5$, Boyun Eğici Yaklaşım $14,1\pm3,1$, İyimser Yaklaşım $14,9\pm2,6$ ve Sosyal Destek Arama için $10,6\pm2,3$ olarak bulunmuştur (Demirbaş ve Kaya, 2022). Bu sonuçlar, şimdiki çalışma sonuçlarına göre daha yüksektir. Aradaki bu farklılığın hastalık tanılarından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışma sonuçlarına göre; hastaların Kısa Semptom Envanteri puan sonucu dikkate alındığında, hastaların orta düzeyde ruhsal belirti gösterdikleri, özellikle depresyon ve somatizasyon belirtilerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite belirtilerinin düşük düzeyde olduğu tespit edildi. Yapılan bir çalışmada, Miyokard Enfarktüsü sonrası hastalarda en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında, somatizasyon, anksiyete, hostilite ve depresyon olduğu ifade edilmiştir (Çiftçi, 2015).

Literatürde kanser hastalarının ruhsal sorunlarından çoğunlukla anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelendiği görülmektedir. Avustralya'da üç hematoloji kliniğinde ayaktan tedavi gören hastalarda yapılan çalışmada 304 katılımcının %27'sinde anksiyete, %17'sinde depresyon olduğu bildirilmiştir (Clinton-McHarg vd., 2014). Yine kanser hastalarıyla yapılan ve adjuvan (koruma) tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon prevalansı sırasıyla %49,8 ve %36,6 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Jimenez-Fonseca vd., 2018).

Hematolojik kanser tanısı almış ve kemoterapi tedavisi görmekte olan hastalarda distres, anksiyete ve depresyon yaşama durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hastaların depresif belirti yaşama oranları anksiyete belirtileri olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Çalışkan vd., 2017). Literatür sonuçları, çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada; stresle başa çıkma tarzlarından etkili başa çıkma tarzları olarak kabul edilen; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı ile Kısa Semptom

Envanteri Toplam Puanı, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplam İndeksi, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite, düzeyleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; sosyal destek arama yaklaşımı ile Semptom Rahatsızlık İndeksi arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Bu verilere göre; etkili başa çıkma tarzlarını kullanan kişilerin daha az ruhsal sorun yaşadığı söylenebilir. Stresle başa çıkma tarzlarından etkisiz başa çıkma tarzları olarak kabul edilen; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile Kısa Semptom Envanteri, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Semptom Rahatsızlık İndeksi, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, belirtileri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; çaresiz yaklaşım ile Belirti Toplam İndeksi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptandı. Bu veriler ışığında; etkisiz başa çıkma tarzlarını kullanan kişilerin ruhsal belirti düzeyleri daha yüksektir. Etkisiz başa çıkma tarzlarının depresyon belirtilerini, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite belirti düzeylerine göre daha fazla arttırdığı söylenebilir.

Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalarda; Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama ile anksiyete ve depresyon arasında ise negatif yönde ilişki bulunurken, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. (Demirbaş ve Kaya, 2022). Yapılan bir çalışmada, akut miyeloid lösemili hastaların stresle baş etme stratejileri ile psikolojik distres (anksiyete, depresyon ve posttravmatik bozukluk belirtileri) arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaklaşım odaklı başa çıkma (duygusal desteğin kullanılması, aktif başa çıkma, olumlu yeniden çerçeveleme, kabullenme) stratejisini kullanan bireylerin, kaçınımacı başa çıkma (kendini suçlama, inkâr, davranışsal ayrılma) stratejisini kullanan bireylere göre, daha az psikolojik distres (anksiyete, depresyon ve posttravmatik bozukluk belirtileri) yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Amonoo vd., 2022). Cerrahi Onkoloji Hastalarının Anksiyete Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi inceleyen bir çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon ile sosyal destek arama yaklaşımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tel ve Gürler, 2021).

Stresle baş etmede iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım kullanıldıkça posttravmatik büyüme ve psikolojik dayanıklılığın arttığı belirtilmektedir (Çiftçi, 2015). Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, stresle olumlu baş etme yöntemlerinin anksiyete ve depresyon belirtileri ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Zamanian vd., 2021). Yeni tanı almış ve tedavi edilemeyen kanserli hastalarda; duygusal destek ve kabullenme başa çıkma stratejilerinin kullanımı depresyonla negatif ilişkili, kabullenme ise anksiyete ile negatif ilişkili; inkâr ve kendini suçlama başa çıkma stratejilerinin kullanımının depresyon ve anksiyete ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Nipp vd., 2016). Etkili olmayan başa çıkma stratejilerini kullanan hastalarda, erken psikolojik müdahale, depresif belirtileri olan, özellikle depresyon riski yüksek olanlar hastalarda çok önemlidir (Ghanem vd., 2020).

Araştırmada, hastaların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ile SBÇÖ alt ölçek boyutları arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptandı. Bir çalışmada; hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenler ile SBÇÖ alt ölçek boyutları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tel ve Gürler, 2021). Hastaların cinsiyet değişkeni ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçek, KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanırken; kadın hastaların somatizasyon alt ölçek puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu

belirlendi. Hematoloji hastalarıyla yapılan bir çalışmada anksiyete puanının kadın hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Çalışkan vd., 2017). Ürdün'de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada kadın hastalarda anksiyete puanı daha yüksektir (Mosleh vd., 2018).

Hastaların yaşı ile SBÇÖ, KSE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. Eğitim durumu değişkeni ile iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, eğitim durumu ile kendine güvenli yaklaşım alt ölçek puanı arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı belirlendiğinde; ön lisans/lisans mezunu olan hastaların ortaokul ve lise mezunu olan hastaların ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi. Eğitim düzeyinin meslek seçimi, gelir durumu, kendini ve isteklerini ifade etme, sosyal destek kullanma gibi birçok alanda değişim oluşturabilmesi hem hastalıkla baş etmede hem de psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında önemli rol oynayacağı söylenebilir.

Kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada; kadınlar ve daha genç bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyinin, erkeklerden ve yaşlı bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışan ve bekâr bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda; umut, iyimserlik, sosyal destek, erkek olmak ve daha yaşlı olmak, daha düşük anksiyete ve depresyon ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Jimenez-Fonseca vd., 2018).

Hastaların tanı süreleri ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçek puanları ile KSE toplam ölçek, RCİ, BTİ ve SRİ alt ölçek puanları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken; tanı süreleri ile somatizasyon alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi. Tanı süresi 6 ila 12 ay içerisinde olanların, 1 yıldan fazla tanı süresine sahip olanlara göre daha yüksek somatizasyon alt ölçek puanına sahip oldukları belirlendi. Hastalık evresi ile SBÇÖ alt ölçek puanları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken; KSE alt boyutlarından depresyon ve SRİ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi. Evre 3 olan hastaların evre 4 olan hastalara göre daha yüksek depresyon ve SRİ puanına sahip oldukları belirlendi. Ürdün'de kanser hastaları ile yapılan çalışmada anksiyetenin yordayıcılarının; kadın cinsiyet, evli ve ileri kanser evresi olduğu depresyon yordayıcılarının ise riski, ileri yaş ve daha kötü yaşam kalitesi ve sosyal zorluklara sahip olmak, özellikle başkalarıyla iletişim kurmakla ilgili sosyal zorluklar olduğu gösterilmiştir (Mosleh vd., 2018).

Stresle başa çıkma tarzlarının kanser hastalarının hastalıklarına uyum ve baş etmelerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu riskin azaltılmasında hastaların psikososyal açıdan desteklenmeleri önemli görünmektedir (Avcı ve Doğan, 2014). Kanser hastaları oluşabilecek olası psikiyatrik bozukluklar yönünden gözlemlenmeli ve psikiyatrik konsültasyon süreci en kısa sürede başlatılmalıdır (Yılmaz ve Yazgı, 2019).

5.SONUÇ

Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği bu araştırmada, hastaların stresle başa çıkma düzeyinin düşük olduğu ve orta düzeyde ruhsal belirti gösterdikleri belirlendi. Stresle etkili başa çıkma yöntemleri kullanan hastaların daha az ruhsal belirti gösterdikleri saptandı. Bu sonuçlar dikkate alınarak, hastalara stresle başa çıkma eğitimi verilmesi ve ruhsal belirtilerinin taranması ve bu doğrultuda gerekli psikososyal desteğin sağlanması oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

- Amonoo, H. L., Bodd, M. H., Reynolds, M. J., Nelson, A. M., Newcomb, R., Johnson, P. C., Dhawale, T. M., Plotke, R., Heuer, L., Gillani, S., Yang, D., Deary, E. C., Daskalakis, E., Goldschen, L., Brunner, A., Fathi, A. T., LeBlanc, T. W., ve El-Jawahri, A. (2022). Coping strategies in patients with acute myeloid leukemia. *Blood Advances*, 6(7), 2435-2442. DOI: 10.1182/bloodadvances.2021005845.
- Antoni, M. H., ve Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 125(9), 1417-1431. DOI: 10.1002/cncr.31943.
- Aslan, S. (Ed). (2022). *Stress Medicine and Psychiatry*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.
- Avcı, D., Doğan, S. (2014). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 16-21. <https://dergipark.org.tr/en/pub/balikesirsbd/issue/38431/452044> adresinden alınmıştır.
- Carlson, L. E., Zelinski, E. L., Toivonen, K. I., Sundstrom, L., Jobin, C. T., Damaskos, P., ve Zebrack B. (2019) Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers, *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 5-21, DOI: 10.1080/07347332.2018.1521490.
- Clinton-McHarg T., Corey M., Sanson-fisher R., Tzelepis F., Bryant J., Williamson A. (2014). Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: prevalence and predictors. *Journal of affective disorders*, 165, 176-181. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.072.
- Çalışkan, E., Gürhan, N., ve Tekgündüz, A. İ. E. (2017). Distress, Anxiety and Depression in Patients Who Have Received Hematologic Cancer Diagnosis. *Acta Oncologica Turcica*, 50(3), 207-17. DOI: 10.5505/aot.2017.70298.
- Çiftçi, S. (2015). *Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Problem Çözme Becerisi ve Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Demirbaş E, Kaya Y. 2022. Relationship between anxiety, depression levels and coping style with stress and sleep quality of patients with myocardial infarction. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(3): 344-355. DOI: 10.19127/bshealthscience.1089634.
- Derogatis, L. R., ve Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595– 605. DOI: 10.1017/S003329170004801.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Pineros, M., Znaor, A., ve Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*, 149, 778–789. DOI: 10.1002/ijc.33588.
- Fink G. (Ed). (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Elsevier Inc.
- Ghanem, I., Castelo, B., Jimenez-Fonseca, P., Carmona-Bayonas, A., Higuera, O., Beato, C., Garcia, T., Hernandez, R., ve Calderon, C. (2020). Coping Strategies and Depressive Symptoms in Cancer Patients. *Clinical and Translational Oncology*, 22(3), 330-336. DOI: 10.1007/s12094-019-02123-w.
- Hintistan, S., Pekmezci, H., Nural, N., ve Gülhan-Güner, S., (2015). Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 1-9. <http://chd.cumhuriyet.edu.tr/en/pub/issue/4322/578472> adresinden alınmıştır.
- Jimenez-Fonseca, P., Calderón, C., Hernández, R., Ramón y Cajal, T., Mut, M., Ramchandani, A., Donnay, O., ve Carmona-Bayonas, A. (2018). Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clinical and Translational Oncology*, 20, 1408-1415. DOI:10.1007/s12094-018-1873-9.
- Kuba, K., Esser, P., Mehnert, A., Hinz, A., Johansen, C., Lordick, F., ve Götze, H. (2019). Risk for depression and anxiety in long-term survivors of hematologic cancer. *Health Psychology*, 38(3), 187–195. DOI: 10.1037/hea0000713.
- Lazarus, R.S. ve Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. 1984: Springer Publishing Company.
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., ve Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. *Psychooncology*, 27(1), 75-82. DOI: 10.1002/pon.4464
- Mosleh, S. M., Alja'afreh, M., Alnajar, M. K., ve Subih, M. (2018). The prevalence and predictors of emotional distress and social difficulties among surviving cancer patients in Jordan. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 35-40. DOI: 10.1016/j.ejon.2018.01.006
- Nipp, R. D., ElJawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E.R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., ve Temel, J. S. (2016). The Relationship Between Coping Strategies, Quality of Life, and Mood in Patients with Incurable

- Cancer Cancer, 122(13), 2110-2116. DOI: 10.1002/cncr.30025.
- Seiler, A., ve Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208, 1-35. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00208.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56. https://www.researchgate.net/publication/285023292_Kisa_Semptom_Envanteri_Turk_gencleri_icin_uyarlanmasi/link/5992a551aca27289539bc81d/download adresinden alınmıştır.
- Şahin, N. H., ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):57– 70. <https://www.psikolog.org.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpd1300443319950000m000291.pdf> adresinden alınmıştır.
- Şahin, N., Durak, A., & Uğurtaş, S. (2002). KSE: Ergenler için geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135. <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/19460> adresinden alınmıştır.
- Tel, H., ve Gürler, H. (2021). İki Farklı Fiziksel Hastalık Tanısı Olan Bireylerde Anksiyete, Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 8(3), 277-284. DOI: 10.31125/hunhemsire.1050350.
- Tsatsou, I., Konstantinidis, T., Kalemikerakis, I., Adamakidou, T., Vlachou, E., ve Govina, O. (2021). Unmet Supportive Care Needs of Patients With Hematological Malignancies: a Systematic Review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 5-17. DOI: 10.4103/apjon. apjon4120.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92. DOI: 10.18614/deutfd.88761.
- Wood, D. E. (2015). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines for lung cancer screening. *Thoracic surgery clinics*, 25(2), 185-197. DOI: 10.1016/j.thorsurg.2014.12.003.
- Yılmaz, M., ve Yazgı, Z. G. (2020). Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60-70.
- Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., Foroozanfar, S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50:101892. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101892 <https://dergipark.org.tr/en/pub/amusbfd/issue/52200/575544> adresinden alınmıştır.

Sağlık kurumlarında risk yönetimi ve süreçleri

Risk management and processes in health institutions

Selma Dağcı¹, Volkan Kızılay², Fahriye Ela Güngör³, Seval Sezen⁴, Feyza Çetinkaya Kutun⁵

¹ Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul/ Türkiye, selma.dagci@gmail.com, 0000-0002-3657-0932

² MSc. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul/ Türkiye, volkankizilay12@gmail.com, 0000-0002-7202-1359

³ MSc. Üsküdar Devlet Hastanesi İstanbul/ Türkiye, elayavuz89@gmail.com, 0000-0002-5693-449X

⁴ Hemşire. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul/ Türkiye, sevalkizilay@gmail.com, 0009-0000-8238-915X

⁵ Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul/ Türkiye, feyza.cetinkaya@gmail.com, 0000-0002-8184-7080

Öz

Hasta güvenliği ile önemi artan kavramlardan biri de risk yönetimidir. Risk yönetimi kavramı, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında riskin başarılı bir şekilde tanımlanması, yönetilmesi ve riskin azaltılmasıdır. Aynı zamanda risk yönetimi, fırsat ve belirsizliklerin stratejik karar vermede araç olarak kullanma yeteneğidir. Bu sürecin etkili bir şekilde yönetilebilmesi için kurumdaki görev, yetki ve sorumlulukların net olarak çalışanlara bildirilmesi ve çalışanların bu sorumlulukları yerine getirmeleri gerekmektedir. Risk yönetimi programının başarılı olması, tüm çalışanların risk yönetimi felsefesini anlaması ve uygulaması ile mümkündür. Sağlık kurumlarında risk yönetimi; çalışanların güvenliğini sağlamanın yanında, kurumun mal varlığını, adını, kazançlarını tehdit edebilecek tüm tehditlerin belirlenmesi, analiz edilmesi ve önlem alınmasıdır. Bu nedenle risk yönetimi, üst yönetim ve tüm çalışanları içine alan kapsamlı bir konudur. Risklerin doğru bir şekilde yönetilebilmesi için özelliklerine göre sınıflara ayrılması gerekmektedir. Sağlık kurumları için mevcut taksonomiler vardır, ancak kurumlar kendilerine uygun sistemleri kendileri de geliştirebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık tesislerinde risk yönetiminin amacını, kurum içindeki görev dağılımını anlamak ve sağlık kurumlarının uygulamalarında risk yönetiminin yerini açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler:

Risk Değerlendirmesi, Risk Yönetim Süreci, Sağlık Çalışanı, Sağlıkta Risk Yönetimi

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye
Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul/
Türkiye, selma.dagci@gmail.com, 0000-0002-
3657-0932

DOI:

10.5281/zenodo.8244902

Received Date/Gönderme Tarihi:

24.03.2023

Accepted Date/Kabul Tarihi:

29.07.2023

Published Online/Yayımlanma Tarihi:

31.07.2023

ABSTRACT

One of the concepts whose importance is increasing with patient safety is risk management. The concept of risk management is the successful identification, management and reduction of risk in ensuring the continuity of health services. At the same time, risk management is the ability to use opportunities and uncertainties as tools for strategic decision making. In order for this process to be managed effectively, the duties, authorities and responsibilities in the institution should be clearly communicated to the employees and the employees should fulfill these responsibilities. The success of the risk management program is possible if all employees understand and apply the risk management philosophy. Risk management in health institutions; in addition to ensuring the safety of employees, it is to identify, analyze and take measures of all threats that may threaten the property, name and earnings of the institution. For this reason, risk management is a comprehensive issue that includes senior management and all employees. In order to manage risks correctly, they should be classified according to their characteristics. There are taxonomies available for health institutions, but institutions can develop appropriate systems themselves. The aim of this study is to understand the purpose of risk management in health facilities, the distribution of tasks within the institution and to explain the place of risk management in the practices of health institutions.

Key Words:

Health Worker, Risk Management In Health, Risk Assessment, Risk Management Process

1.GİRİŞ

Sağlık sektörü risk yönetiminin de etkili olması gereken hizmet alanlarındandır. Risk yönetimi, risklerin tanımlanmasını, değerlendirilmesini, risklere karşı gerçekleştirilecek faaliyetlerin belirlenmesini, sorumlulukların tayin edilmesini, belirlenen faaliyetlerin uygulanmasını ve sonuçlarının kontrol edilmesini kapsamaktadır (Güler vd., 2011). Hastanede risk yönetimi ise hasta ve çalışanların güvenliğini en üst düzeyde tutarak, hastaların bakım kalitesini iyileştirme ayrıca personelin çalışma koşulları ve diğer olumsuz faktörlerini risk olarak görüp, gerekli önlemlerin alınması sürecidir (Korkmaz vd., 2014). Etkin risk yönetimi için ulusal ve uluslararası boyutta kalite güvenliğine dair programlar geliştirilmektedir.

İş kazaları bakımından sağlık sektörü risk taşıyan sektörlerdendir. Sağlık çalışanları, hizmet verirken güvenlikleri açısından bazı risk ve tehlikelerle karşı karşıya kalabilmektedir. Sağlık hizmeti sunan her kuruluş için iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden faktörler farklılıklar göstermekte olup, genel olarak sağlık çalışanlarının fiziksel, biyolojik, kimyasal veya çevresel risklere maruz kalabildikleri görülmektedir.

Sağlık kuruluşları bu riskleri dikkate almadıkları zaman hem çalışanlar hem de hastalar tarafından tercih edilmeyen kurum haline gelebilmektedir. Bu durum diğer sağlık kuruluşları ile rekabet gücünü azaltacak dolayısıyla kurumun kâr oranı ve performansında düşüklüğüne sebep olacaktır.

2019 yılında tüm dünyada ortaya çıkan ve pandemi olarak ilan edilen Covid-19 süreci ve sebep olduğu durumlardan dolayı sağlık kurumlarında risklerin boyutu değişmiş ve değişen bu riskler karşısında risk yönetimi de önem kazanmıştır. Sağlık kurumlarında risk yönetim uygulamalarının doğru ve hızlı bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Covid-19 vakalarının ortaya çıkartmış olduğu riskler karşısında risk yönetim süreçlerinde bazı değişimler gözlenmiştir.

Sağlık kuruluşlarındaki birçok süreç karmaşık ve birbiri içine geçmiş durumdadır. Organizasyon bütünündeki süreçlerde değişken girdi, süre kısıtlamaları, insan müdahalelerine olan hata risklerini artırabilmektedir. Tebliğ edilen yönergelerin gerekliliklerini uygulamak, topluma en güvenli şekilde sağlık hizmeti sunabilmek için sağlık kurumlarında hastaların ve çalışanların güvenliğini tehdit eden risklerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır. Bu faktörler göz önüne alındığında; sağlık kurumları için risk yönetiminin gerekli literatür taraması yapılarak gerekliliği önem kazanmaktadır.

Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin özelliği nedeniyle hasta, hasta yakınları ve personeller sağlık açısından yüksek risk altındadır. Ekonomik açıdan yüksek harcamaların yapıldığı sağlık kurumlarında var olan kaynakların etkin ve etkili kullanılmaması, kurumlarda ekonomik risklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Son zamanlarda Sağlık Bakanlığınca yayınlanan yönetmelikler ve yönergeler ile hastaların ve çalışanların güvenliği için güvenli hizmet sunumunun ve ortamın sağlanması, kalitenin artırılması, ortaya çıkabilecek risklerin belirlenmesi, risklerin ortaya çıkması durumunda giderilmesi için yöntemlerin belirlenmesi, kurum içinde verilen eğitimlerle güvenli çalışma ve hizmet koşullarının sürdürülmesi hedeflenmektedir.

Bu çalışma kapsamında; literatür taraması yapılmış ve risk ile ilgili temel kavramlara, risk aşamalarına, çeşitlerine ve yönetim süreçlerine dair bilgi verilmiştir. Bu doğrultuda incelenen yayınlar çerçevesinde ve sağlık kurumlarının işleyişleri göz önüne alınarak sağlık kurumlarında risk yönetimi ile ilgili literatür taramaları incelenip, yorumlanarak sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

2. RİSK YÖNETİMİ VE RİSK YÖNETİM SÜREÇLERİ

2.1. Risk Yönetiminin Genel Yapısı

Risk, bir kurumu tamamen etkileyen faktörler ve etik dışı davranışlar, koordinasyon eksikliği, yasal unsurlara, çalışma sistem ve kurallarına uyulmaması gibi durumlar nedeniyle kurumların olumsuz yönde etkilenmesidir. Başka bir tanım ile kurumların belirlemiş olduğu vizyona ulaşmasını engelleyen durumlar olarak da tanımlanabilmektedir. Kurumların amaçlarına ulaşabilmesi için karşılaşılabileceği riskleri belirleyip, riskleri analiz etmesi ve yönetmesi gerekmektedir (Akçakanat, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), iş sağlığı ve güvenliğini (İSG) “kişilerin fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hallerinin en üst düzeye çıkarılması, sürdürülmesi ve çalışma koşulları nedeniyle sağlık durumlarının bozulmasının engellenmesi, olası tehlikelerden korunması, fiziksel ve psikolojik durumlarına uygun olan meslek ortamına yerleştirilmesi, kısaca insanların kendi işlerine uyumunun sağlanması” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2019). İş Sağlığı ve Güvenliği kavramından farklı olarak, “risk ve tehlikelerin önlenmesi için yapılması gerekenler” şeklinde tanımlanmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği genel olarak; bir işletmede henüz arıza olmaması durumunda oluşabilecek tehlike ve risklerin önceden tahmin edilmesi ve kabul edilebilirliğinin karar verilmesi işini de beraberinde getirir (Akgün, 2015).

Risk, tehlikeye yönelik zararın oluşma olasılığı; tehlike ise olumsuz bir sonuç oluşturabilecek durum şeklinde tanımlanabilmektedir. Olumsuz sonuç, kişiye, çevreye zarar ve mala yönelik oluşabilecek hasarlardır. Tehlike tespitinin amacı, işyeri ortamında olası sorunları ve düzeylerini belirlemektir. Tehlikenin kökenine inip görünle uğraşmak yerine gerçek sorunu belirlemek büyük önem taşımaktadır (Ceylan ve Başhelvacı, 2011).

Dünyada iş sağlığı ve güvenliği alanında ILO, WHO, Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu ve Avrupa İSG Ajansı hizmet sunmaktayken, ülkemizde de İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğü, İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı bu alanda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlardır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILOSTAT) istatistiklerine göre 2016 yılı ölümlü iş kazası hızlarının Türkiye’de %10,50, Bulgaristan’da %3,60, Avusturya’da %2, İspanya’da %1,80, Avustralya’da %1,70 ve İngiltere’de %0,40 olduğu belirlenmiştir. Ölümcül olmayan iş kazalarında olduğu gibi ölümlü iş kazalarının da %7,50 ile Türkiye’de en fazla %1,30 ile Yunanistan’da en az olduğu belirlenmiştir. Aynı istatistiklerin iş görmezlik verilerine bakıldığında Yunanistan en az ölümcül iş kazası oranına sahip iken, 18.772 kişi ile en fazla kalıcı iş görmezlik sayısına sahip ülkedir. Kalıcı iş görmezlik sayısında ise Yunanistan’ı 4.695 kişi ile Avustralya ve 4.326 kişi ile de Avusturya izlemektedir. Ülkemiz ise 348 kişi ile 5. sıradadır. İş kazalarının geçici iş görmezlik ile sonuçlandığı ülkeler sıralamasında 454.873 kişi ile İspanya ilk sırada iken 2.316 kişi ile Bulgaristan en düşük orana sahiptir. Türkiye ise 285.917 kişi ile 2. sıradadır (Kurt vd., 2018).

2.2. Risk Yönetimi Aşamaları

İdari iş birliği ile risk yönetimi iyi yönetilebilmektedir. Kurum üst yöneticileri ve liderlerin bir kurumdaki örgütsel kültürün yapılanmasında büyük etkisi vardır. Üst yöneticilerin risk yönetimine dair tutumları risk yönetimi kültürünün temelini oluşturur. Hedeflenen başarıyı elde edebilmek için tüm personelin risk yönetimine yönelik eğitim alması gereklidir. Risk yönetiminin süreç aşamaları (Özcan, 2018); kayıp tanımlaması ve analiz edilmesi, risk yönetim tekniklerine yönelik değerlendirmelerin yapılması, kuruma en uygun yöntemin seçilmesi, seçilmiş uygun yöntemin uygulanması ve risk yönetim programlarının devamlı takip edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yerine getirilmesidir.

2.3. Risk Çeşitleri

Olası riskler ile nerede, hangi zamanda ve ne durumda karşılaşabileceği tahmin edilememektedir. Bu sebeple riskler çeşitlerine göre sınıflandırılmıştır (Üçer, 2002).

- Tanımlanmış risk; farklı analiz yöntemleri sonucunda tespit edilmiş risklerdir. Risk değerlendirmesinde öncelikle, tanımlanmış olan risklerin en yüksek paya sahip olması sağlanabilmelidir. Riskin daha üst düzeyde kontrol sağlanmadan yer almasına izin verilen kısmına kabul edilebilir risk denilmektedir. Riskin kabul edilmeyecek olan kısmı ise kabul edilemez risk olarak tanımlanmaktadır. Kabul edilemez riskler uygun kontrol mekanizmaları ile kabul edilebilir düzeye çekilmeye çalışılmalıdır.
- Tanımlanmamış risk; tespit edilmemiş risk olarak tanımlanmaktadır. Önemlidir ancak ölçülebilir risk değildir.
- Artık risk; kabul edilebilir düzeydeki risklerdir. Toplam risklerden tanımlanmış ile tanımlanmamış risklerin çıkarılması sonrasında kalan risklerdir.
- Toplam risk; tanımlanmamış, tanımlanmış ve gözden kaçmış (artık) risklerin toplanması ile elde edilen risktir. Önemli olan tanımlanmış risklerin en yüksek payda yer almasıdır (FAA, 2000).

2.4. Risk Yönetimi Süreçleri

Risk yönetimi sürecinin 5 aşaması vardır. Bunlar; risk tanımlaması, değerlendirilmesi ve hesaplanması, riskin düzeltme araçlarından seçimin yapılması, uygun görülen seçeneklerin uygulanması, değerlendirilmesi ve kontrol edilmesidir (Emhan, 2009).

2.4.1. Tehlikenin Belirlenmesi

Riskin belirlenmesi ve tanımlanması bu süreçte yapılır. Riskin tanımlanmasındaki bilgiler ile sorunlara çözümler getirilir. Araştırmacılara göre bu süreçte belirsizliklerin azaltılması ve olabilecek kayıpların en az düzeye çekilmesi hedeflenir.

Öncelikli olarak konu analizi yapılır. Olması muhtemel risklere neden olabilecek faktörlerin analizi yapılır. İnsan, çevre, yönetim ve malzemeler bu faktörlerdendir.

2.4.2. Risklerin Değerlendirmesi

Risk tanımlaması sonrasında uzmanlar tarafından değerlendirilmesi yapılmalıdır. Risk nedeniyle olabilecek kayıpların ve oluşabilme ihtimalinin ölçülmesi olarak tanımlanan bu aşama değerlendirme önceliğine dair sıralamanın yapılmasını gerektirir. Bu sıralama; çok önemli riskler, önemli riskler ve önemsiz riskler şeklinde yapılmaktadır. Çok önemli riskler; kurumun iflasına yol açabilecek riskleri kapsar. Önemli riskler; Kurumun borçlu olmasına yol açan ancak iflasa götürmeyen risklerdir. Önemsiz riskler ise günlük elde edilen gelirleri etkileyen risklerdir. Kurumlardaki yöneticilerin, meydana gelebilecek riskli olan durumları öngörerek önleyici tedbirleri almaları gereklidir. Risk değerlendirmelerinde genel olarak somut faktörler göz önüne alınırken, soyut faktörler göz ardı edilmemelidir. Bu faktörler; rekabet, stratejik yönler, sosyal faktörler, değişim ve gelişimdir (Emhan, 2009).

Bu aşamada risklerin ortaya çıkma olasılıkları ve etkileri belirlenir. Sonra risklerin değerlendirilmesi yapılır, derecelendirilir, yöntemler belirlenir ve uygun kriterler ile kıyaslamalar icra edilir. Risk değerlendirmesinde kullanılan farklı metotlar vardır. Bunlar nicel ve nitel olabilmektedir. Niteliksel yaklaşımda tehlikeler ve tehlikeler sonucunda oluşabilecek zararlar belirlenir. Niceliksel yaklaşımda ise geçerli olan standartlar, tüzükler ile ölçümler yapılır ve değerlendirilir (Esin, 2006).

2.4.3. Alternatif Risk Düzeltme Araçlarının Arasından Seçim Yapılması

Risk tanımlanıp değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, riskle mücadele için yöntem ve tekniğin karşılaştırmasının yapılmasıdır. Bu aşamada kullanılabilecek çeşitli teknikler vardır. Bunlardan bazıları; riskten uzaklaşılması, risk alınması, riskin azaltılması ve riskten kaçılmasıdır. Bu aşamada hangi tekniğin kullanılmasına karar vermek zor olabilmektedir. Kurumlara göre bu karar da farklılık göstermektedir. Yönetim politikası daha sert ise risk yönetiminde karar verme aşamasında daha sınırlı davranır. Risk yöneticisi hangi risk durumunda hangi tekniğin daha uygun olduğuna karar verebilmek için kayıpların ölçüsünü, ihtimali ve kayıp durumu varsa kaynaklarının doğru bir şekilde hesaplayabilmelidir. En uygun yöntemin seçilmesindeki dört ölçek; riskin derecesi, ekonomikliği, zamanlaması ve kaynaklarının sınırlandırılmasıdır (Akçakanat, 2012).

2.4.4. Seçilmiş Alternatifin Uygulanması

Bir önceki aşamada seçilen alternatif belirlendikten sonra uygulanması aşamasına geçilir. Her alternatif farklı sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Risk yönetimi, karar süreçlerinde seçilmiş risk yönetimi tekniklerinin uygulanmasıdır. Seçilen alternatiflerin uygulanması aşaması, güvenliğin artırılması için hangi malzemelerin alınması veya üst yönetimce sigorta yapılması istenen bina için hangi sigortanın yapılması gibi kararları içermektedir. Uygulanma, risk yöneticisi ve diğer yöneticilerin iş birliği ve kararlarını da içerir. Seçilmiş kararda riskleri kabul etme gibi zorunluluk olabilmektedir. Ancak bu durumda seçilen alternatifin maddi yönü de göz ardı edilmemelidir (Emhan, 2009).

2.4.5. İzleme ve Gözden Geçirme Aşaması

Risk belirlemesi, değerlendirilmesi, kontrol önlemleri sonrası, riskin etkilerini azaltma ve önlemeye yönelik faaliyetlerin gözden geçirilmesi gereklidir. Riskler ilgili değişiklik olması durumunda, geride kalan risklerin yeni durumlarının belirlenmesi amacıyla risk değerlendirmesi tekrarlanabilir (Hisar, 2013).

3 . SAĞLIK KURUMLARINDA RİSK YÖNETİMİ

Sağlık kurumlarında risklerin önüne geçilmesi, kalite, akreditasyon ve risk yönetimine dair programların etkin bir şekilde kullanılması ile mümkündür. Sağlık kuruluşlarının ilk hedefi Hipokrat'ın önce zarar verme prensibine dayalı olarak hizmet alan ve veren kişilere zarar gelmeden hizmet vermektir. Nitelikli hizmet vermek isteyen yöneticiler sistematik yaklaşımlar ile hastaların ve çalışanların güvenliklerine önem vermelidir. Hastalar için güvenli, tehlikeleri önceden görebilecek ve kısa zamanda ortadan kaldıracak, malzeme ve ekipmanların güvenli kullanılmasını sağlayabilecek, çalışma koşullarını düzeltebilecek, riskleri ve fırsatları en uygun biçimde yönetebilecek bir sistem olarak tanımlanan "Risk Yönetim Süreci" modern hastane yönetim uygulamaları içerisinde mutlaka yer almalıdır. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kriterleri içerisinde, risklerin yönetimi ve hastaların güvenliğine dair kriterler yer almaktadır. 29/12/2012 tarihinde 28512 sayılı "İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği" gereği, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında risklerin analizlerinin yapılması zorunlu koyulmuştur. Bu bakımdan risk analizinin yapılması hukuki bir zorunluluk haline gelmiştir (Aksay vd., 2012).

Sağlıkta Kalite Standartlarının dışında ISO 31000, Joint Commission International (JCI), ISO 9001 ve TEMOS gibi risk yönetim standartları da bulunmaktadır. ISO 31000, kurumların risk yönetim süreçlerine ilişkin standartlar geliştirmesini, uygulamasını ve devamlı olarak iyileştirme çabasında bulunmasını önermektedir. Aynı zamanda kurum dışı denetimlerde kullanılan teknikleri kıyaslayarak iş birliği sağlama amacıyla olup belgelendirmesi yoktur. JCI'nın kurumsal risk yönetim süreçlerine ilişkin standardı bulunmamasıyla birlikte, bilgi ve tesis yönetimi, hasta güvenliği alanlarında risk değerlendirme konusunda önerilerde bulunmaktadır. Bununla birlikte Hasta Güvenliği Olay Taksonomisi JCI tarafından oluşturulmuştur. ISO 9001 standardı risk temelli düşünme üzerine inşa edilmiştir. ISO 9001 standardının sağlanabilmesi kurumların, fırsat ve riskleri tespit etmeye yarayan faaliyetleri planlayıp uygulamasına bağlıdır (Özcan, 2018). Temos International, kendisine başvuran kuruluşların sunmuş olduğu tüm hizmetler üzerinden müşterilere verilerin hizmet kalitesinin değerlendirmesini, bireylerin iyileşme olasılığını ve sunulan hizmet kalitesinin daha iyi duruma gelmesini sağlayan ve sürekliliğin devamını kontrol eden akreditasyon sürecidir. Risk boyutuyla bakıldığında tüm akreditasyon kuruluşlarının ortak amacının risk ve bundan doğan yükümlülüklerin azaltılmasını hedeflemek olduğu görülmektedir.

3.1. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetiminin Amacı

Sağlık kurum ve kuruluşlarında risk yönetiminin amaçları; hastalar, çalışanlar ve ziyaretçiler için olumlu bir ortam oluşturmak, olabilecek kazalar için gerekli tedbirleri almak ve tedbirler için harcamaları minimize edebilmek, ölüm ile sonuçlanacak kazaları önleyerek tazminat harcamalarını asgari düzeye indirmek, finansal riskleri belirleyerek gerekli önlemleri almak, yasal mevzuatlara hızlı bir şekilde uyum sağlamak, fırsatları ve riskleri kurumun faydalanabileceği şekle yöneltmektir (Beşer, 2012).

3.2. Sağlık Kurumlarındaki Riskler

Sağlık hizmet sunumu sırasında sağlık çalışanlarının pek çok tehlike ile risk altında olduğu görülmektedir. Bu kurumlarda birçok iş bölümü bulunmaktadır ve her çalışanın karşılaşabileceği riskler de farklıdır. Bu tehlike ve risklerin yok edilmesi iş sağlığı ve güvenliği programlarının etkin bir şekilde uygulanması ile mümkün olabilmektedir. Bu etkin uygulama ile hizmette süreklilik sağlanır ve hizmetten faydalanan kişilerin de iyiliklerine hizmet edilir (Aravacı, 2014).

Sağlık çalışanları sağlık hizmeti verirken birçok mesleki risklere maruz kalabilmektedir. Bu riskler; kimyasal, biyolojik, fiziksel ve psikolojik risklerdir (Beşer, 2012). Tehlikeler ise ergonomik sorun, biyolojik ajan, kullanılan kimyasal madde, psikososyal etkenler, radyasyon, lazer gibi fiziksel ajanlar olabilmektedir. Sağlık kurumlarında insan sağlığını tehdit eden birçok olumsuz faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; yeterli havalandırma yapılmaması nedeniyle solunum sistemi hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, cilt problemleri, radyasyona maruz kalma, sürekli ayakta kalmaktan dolayı kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, tükenmişlik sendromu ve şiddete maruz kalma gibi faktörlerdir.

3.3. Sağlık Kurumlarında Risk Değerlendirme Süreci

Sağlık kurumlarında sağlık personelinin sağlığı ile ilgili çalışmalar 1958 yılında ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmaya başlanmıştır. İş Güvenliği ve Sağlığı Ulusal Enstitüsü (NIOSH) 1974-1976 yılları arasında sağlık kurumlarında işçi sağlığı ve güvenliği konusunda çalışmalar yapmış ve bu konuda çok önemli kriterler yayınlamıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve DSÖ 2010 yılında sağlık personellerinin çalışma ortamlarının güvenli hale getirilmesi, kendilerini koruyabilmesi ve ortak politika konularını içeren kılavuz oluşturmuşlardır. Sağlık sektöründe çalışanların en çok maruz kaldığı iş kazalarından sayılan ve bulaşıcı hastalık sınıflamasında da yer alan tüberküloz (verem) ve HIV-AIDS için korunma, tedavi ve bakım hizmet sunumunu içeren kılavuzlar oluşturulmuştur (Beyzadeoğlu ve Cengiz, 2013).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 2016 yılı "Sağlıkta Kalite Standartları" kitabında risk yönetimi ayrıntılı bir şekilde açıklanmış ve tüm sağlık tesislerinde uygulanması talimatı verilmiştir. Sağlık tesislerinde standartlarda belirtilen risk yönetiminin hedefi; hasta, refakatçi, ziyaretçi ve sağlık çalışanlarının tesis ve çevre güvenliğinin sağlanması amacıyla sağlık kurumlarında gerçekleştirilen hizmetlere yönelik risklerin önlenmesi ya da riskin minimuma indirilmesidir (SKS Hastane, 2020).

Sağlık tesislerinde risk yönetimi; kimyasal, biyolojik, fiziksel, ergonomik ve psikososyal unsurları içeren tüm etmenleri kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir. Risk yönetiminin kapsayacağı tüm riskler ayrıntılı şekilde saptanmalı ve analiz edilmelidir. Tüm tesislerde olduğu gibi sağlık tesislerinde de riskler branş bazında ve branş sorumlularının da katıldığı toplantılar ile süreç bazında değerlendirilmelidir. Riskler düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç kategoride belirlenmeli ve saptanan risklere yönelik olarak kök neden analizi gerçekleştirilmelidir. Risk değerlendirmesi sonucunda ortaya konulan risklere ilişkin iyileştirme çalışmaları ve etkinlikleri düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Risk değerlendirme etkinlikleri risk düzeylerinin kategorilerine uygun olarak gözden geçirilmelidir. Risk yönetimi planlama hizmetleri kapsamında alınan önlemler takip edilebilir olmalıdır (Kantarcıoğlu vd., 2020).

3.4. Sağlık Kurumlarında Risk Unsurları

Yaşadığımız yüzyılda insan sağlığının önem kazanması ile birlikte hastalık çeşitleri buna bağlı olarak da sağlık tesislerinde kullanılan madde/ürün, makine, sistem ve son dönem tedavi yöntemleri hasta, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile ilgili yeni tehditleri ortaya çıkarmaktadır. Tüm bu tehditlerin temelinde sağlık hizmetlerinin bünyesinde kaza, yan etki ve uygulama sonuçlarını barındıran bir sistem olmasından kaynaklanmaktadır (Beyzadeoğlu ve Cengiz, 2013).

Sağlık tesisleri ve personellerinin maruz kaldıkları risklerin temelinde yer alan sebepler şunlardır:

- Planlama eksikliği ve yönetim zafiyeti
- Her türlü ihmal
- Teknolojik ekipman eksikliği
- Zaman yetersizliği
- Baskıcı yönetim davranışı
- Çevresel etkenler

Sağlık hizmet sunumu kaynaklı riskler, hasta açısından; hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığın oluşmasına hatta ölümlere, sağlık çalışanlarında ise iş kazası, meslek hastalıkları ve yaralanmalara neden olabilmektedir. Sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkabilecek bu riskler yönetilemediği durumlarda krizle sonuçlanabileceği gibi; bunun yanında sağlık tesisinin itibarı ve başarısını da etkilemesi bakımından önem arz etmektedir. Son yıllarda insan sağlığının yanında çevresel ve finansal risk faktörleri de sağlık tesislerini tehdit eden risk faktörleri arasında yer almaktadır. Yaşadığımız şartlarda yer alan birçok risk faktörü hem sağlık tesislerinin hem de sağlık çalışanlarının maddi ve manevi kaybına neden olabileceği gibi aynı zamanda da çevrenin de yıkıma uğramasına yol açabilmektedir (Türk, 2015).

3.5. Sağlık Kurumlarında Risk Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartlarında risk yönetimiyle ilgili olarak hasta ve çalışan güvenliği kapsamında uygulanacak yönergelere ayrıntılı şekilde yer verilmiştir. Bunun yanında 29/12/2012 tarih ve 28512 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu gereği işyerlerinde risk analizi uygulama mükellefiyeti getirilmiştir. Tüm yasal düzenlemeler sonucunda risk analizi ve değerlendirme uygulamaları sağlık tesislerine kurumsal fayda sağlamanın yanı sıra aynı zamanda yasalarla da belirtildiği gibi hukuki zorunluluk olarak önümüze çıkmaktadır. Sağlık tesislerinde yüksek riskli ortamların saptanması, risklerin denetlenmesi, ortadan kaldırılması ve etkilerinin minimuma indirilmesi amacıyla çeşitli risk yönetim programları kullanılmaktadır (Aksay vd., 2012). Bunlar;

- **Kök neden analizi (RCA):** Kalite ile ilgili standartların hepsinde önleyici ve düzeltici faaliyetlerin içeriği ve derinliği ile ilgili sorgulamaların olmazsa olmazlarından.
- **Hata türü ve etkileri analizi (FMEA):** Proaktif yaklaşım modelini destekleyen en iyi performans, kalite geliştirme ve değerlendirme araçlarındadır.
- **Altı sigma:** İşlemlerde en iyi sonucun alınmasını sağlamak amacıyla kurumlarda süreçlerin belirlenmesi, ölçülmesi, analizlerinin yapılması, iyileştirilmesi ve kontroller için etkili istatistik araçlarının kullanıldığı yönetim stratejisidir.
- **İstatistiksel kalite kontrol (SPC):** Kusurlu üretimin önlenmesi ve minimuma indirilmesi için kullanılan bir yöntemdir.
- **Sıfır hata programı (ZFP):** Oluşabilecek hataları bulmak yerine, hatalar oluşmadan üretim aşamasında hataların tespit edilip önlenmesini amaçlayan kalite metodudur.

- **Kalite çemberleri:** Kurumda verimlilik, etkililik, kalite gibi sorunları incelemek, analiz etmek ve tespit ettikleri çözüm önerilerini yönetime iletmek için beş ile on kişi arasında gönüllü çalışanların katılımıyla belirli zamanda düzenli olarak toplanan ufak çalışma grubudur.
- **Kalite fonksiyon göçerimi (QFD):** Müşterilerin ihtiyaç duydukları ve bulunmasını arzu ettikleri özelliklerin, fonksiyonlara dönüştürerek, fonksiyonların gerçekleşmesi ile ilgili iş ve işlemleri yapma görevinin kurum içinde gerekli birimlere iletilmesi faaliyetidir.

3.6. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetiminde Veri Raporlamanın Önemi

İstenmeyen olay bildirimleri risk yönetim sürecinin en önemli unsurlarından biridir. İstenmeyen olay bildirimlerinin sağlık sektörü üzerine yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının ve özellikle de doktorların istenmeyen olayları amirlerine bildirme konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışma sonucunda istenmeyen olay gerçekleştiğinde bu durumu meslektaşlarına anlatma ihtimalinin de fazla olduğu tespit edilmiştir (Singh and Ghatala, 2012).

Olayların görülme sıklığı risk değerini belirlemede kullanılan puanlamaya etki eden en önemli faktörlerdendir. Bu nedenle olayların açık ve tam bir şekilde raporlanması sonucu risk değerleri doğru şekilde belirlenebilecektir. Sağlık tesislerinde istenmeyen olay raporlama kültürünün yerleşmiş olması risk yönetim sürecinde hayati önemi haizdir.

3.7. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetim Modeli

Risk yönetim modeli uygulamaları; risklerin belirlenerek, analiz, değerlendirme ve çözüm bulma aşamalarını içeren usul ve girişimlerin sistematik olarak uygulanmasını kapsamaktadır. Risk yönetim modeli uygulamalarının temel amacı organizasyonun hedeflerini gerçekleştirebilmesi için yerinde kararlar alabilmesine yardımcı olabilmektir. Literatürde risk yönetim süreç aşamalarının farklı şekillerde kategorize edildiği görülmektedir. Risk yönetim sürecini yedi adımda, riskin tanımlanması, analizi, alternatif tekniklerin geliştirilmesi, uygun tekniğin seçilmesi ve uygulanması, sürecin değerlendirilmesi olmak üzere altı adımda, beş adım, dört adım, tanımlama, ölçme ve önceliklendirme olmak üzere üç adımda inceleyen farklı yaklaşımlar bulunmaktadır (Aksay ve Orhan, 2013; Korkut, 2018). Risk yönetim modelinin ilk aşaması yönetim ekibinin belirlenmesidir. Sağlık kurumlarında bu ekip; başhekim, sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali işler müdürü, kalite direktörü ve diğer birim sorumlularından oluşmaktadır.

Risk yöneticisi, sağlık tesisi yönetimi tarafından görevlendirilmekte ve görev itibarıyla sağlık tesisi yönetimine vekâlet etmektedir. Risk yönetim yapısına şekil veren bu kapsamda uygulamaları gerçekleştiren ve izlemeyi yapan birim, risk yönetim birimidir. Risk yönetim birimi ve risk yöneticisi; sağlık tesisi yönetimi namına, risk yönetim müdürünü, risk yönetim yetkili ve sorumlularını atar ve sağlık tesisi risk yönetimi süreçlerini yönetir. Sağlık tesisi yönetimi risk yönetim uygulama sürecinin direkt olarak içinde yer almamakla birlikte, tüm süreci devamlı olarak izlemektedir (İncesu, 2019).

Risk direktörü, risk yönetim sürecinden primer sorumlu olan en yetkili makamdır ve risk yöneticisini takip eden üst düzey yetkilidir. Sağlık tesislerinde risk direktörü, risk yöneticisi tarafından yetkilendirilmiş olan kalite direktörüdür. Risk direktörünün görevleri aşağıdaki gibidir:

- Risk yetkililerini takip etmek,
- Risklerin durumunu analiz etmek,
- Risklerin önceliklerini saptamak,
- Ortaya çıkabilecek yeni riskleri belirleyebilmek,
- Uygulanan faaliyetleri kontrol etmek ve uygulanması gereken adımları tespit etmek,
- Risk kayıtlarının yılda iki kez revize edilmesi için gerekli organizasyonu sağlamak ve lüzumu halinde risk yöneticisine bilgi vermektir.

Risk yetkilisi, sağlık tesislerinde birbirine benzer görevleri üstlenmiş olan birimlerin bağlı olduğu üst düzey yöneticidir. Sağlık tesislerinde risk yetkilisi sağlık tesisinin rolüne uygun olarak, idari mali işler müdürü ve müdür yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve müdür yardımcısı sınıfında olan yöneticilerden oluşabilmektedir. Risk yetkilisinin görevleri aşağıdaki gibidir:

- Risk yetkililerine bağlı olarak hizmet sunan risk sorumlularının;
- Koordinasyonunun sağlanması,
- Bildirimlerinin analiz edilmesi,
- Riskleri ortadan kaldıracak metodların takip edilmesi,
- Raporların analiz edilmesi ve yönetim tarafından değerlendirilmesi,
- Risk değerlendirme sonuçlarının direktöre raporlanması,
- Ortaya çıkabilecek yeni risk önerilerinin değerlendirilmesi,
- Risk kontrol kusurlarının araştırılması,
- Risk kayıtlarının yılda iki kez güncellenmesi,
- Risk kayıtlarının yılda iki kez güncellenmesi için gereken organizasyonunu sağlayarak lüzumu halinde risk yöneticisine bilgi vermektir.

Risk sorumlusu, sağlık tesisi bünyesinde bulunan herhangi bir bölümdeki risklerin yönetiminden sorumlu kişidir. Sağlık tesisinde yer alan birim sorumluları aynı zamanda risk sorumlusu olarak görev almaktadırlar. Sağlık tesisi yönetimi tarafından görevlendirilen risk sorumlusunun görevleri aşağıdaki gibidir (Özyurt, 2013):

- Risklerin gidişatını sürekli analiz etmek,
- Risk yetkilisinin eşliğinde risklerin azaltılması için gerekli faaliyetleri organize etmek, karar vermek ve uygulamak,
- Risk kontrol faaliyetlerinin neticesini analiz etmek,
- Sağlık çalışanları ile etkileşime geçerek yeni risk faktörlerini belirlemek,
- Yılda iki kez faaliyetleri risk yöneticisine raporlamak,
- Kontroller sonucu tespit edilen eksiklikleri risk yetkilisine iletmektir.

Sağlık tesisleri insan başvurusunun en çok olduğu kurumlardır. Bu sebeple, sağlık tesislerinin kurumsal olarak sundukları hizmetlerin aksaması ve niteliklerinde azalmaya neden olan her bir faktörü

risk olarak değerlendirmeleri önem arz etmektedir. Sağlık tesisleri bünyelerinde oluşabilecek bu risk faktörlerini efektif bir risk yönetimi algoritması ile değerlendirip gerekli tedbirleri alarak minimuma indirebilebilirler. Sonuç olarak risk yönetiminin nihai amacı, koşulları analiz etmek, gelecekte oluşabilecek benzer olaylardan korunulmasını sağlamak için düzenleyici-önleyici faaliyetlerin oluşturulmasına imkân sağlamaktır (İncesu, 2019).

4. SONUÇ

Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlık hizmeti hastalara teşhis koyma, tedaviyi planlama ve rehabilitasyonu sağlamanın yanında hastalıkların önlenmesi için toplum ve bireyin sağlık bilincinin geliştirilmesi ve farkındalık oluşturma gibi sorumluluklardan oluşmaktadır. Sağlık kurumlarında karşılaşılan riskler karşısında kurumda çalışanlar, hastalar ve yakınları olumsuz şekilde doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmektedir. Risklerin olumsuz etkilerini en aza indirmek için risk ve risk yönetimi kavramları yol gösterici olacaktır.

Fiziksel olarak ortaya çıkabilecek riskleri en aza indirmek için, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının kurum kurallarına uyum sağlamasına özen gösterilmelidir. Ayrıca kurumlarda cihazların düzenli olarak bakım ve onarımları yapılmalı, ziyaretçilerin saatlerine uyumları için gerekli tedbirler alınmalı, sağlığı kötü yönde etkileyebilecek seslerin olduğu yerlerde çalışanlara kulaklık verilmeli, binalara ses yalıtımı yapılmalı ve cihaz alımlarında sessiz çalışan cihazlar tercih edilmelidir.

Sağlık çalışanlarına enfeksiyon, kan ve vücut sıvılarına maruz kalabilme risklerinden dolayı el hijyeni eğitimlerine önem verilmelidir. Sağlık kuruluşları izolasyon önlemlerine dikkat etmeli, hasta yatış sürelerini kısaltmalı, sterilizasyon kurallarına dikkat etmeli, koruyucu malzeme sayılarını ihtiyaca yönelik olarak arttırmalı, sağlık taramalarını belli periyotlarda tekrarlamalıdır.

Sağlık kurumlarında karşılaşılan bütün risklerin farkında olunması ve bu riskler karşısında ortaya çıkan durumların kontrol altına alınması ve oluşabilecek zararın en aza indirilmesi için gerekli önleyici faaliyetlerin planlaması yapılmalıdır. Her hastanenin kaynakları, içinde bulunduğu koşulları, durumu ve çevreleri farklı olduğundan karşılaşacağı riskler de farklıdır. Bu sebeplerden dolayı kendi yapılarını ve çevrelerini çok iyi tanımak durumundadırlar. Sağlık kurumlarında ortaya çıkacak olan riskleri önlemek için kurum genelinde her çalışanın sürece dâhil edilmesi ve üstüne düşen görevi yerine getirmesi oldukça önemlidir. Risk sürecini doğru bir şekilde yürütmek ve kurumun bu krizi fırsata çevirebilmesi adına risk yöneticisinin doğru kişi olduğuna karar vermek çok önemlidir.

Sürekli değişen ve gelişen günümüz koşulları, tüm sektörlerde rekabeti, ekonomik yönden yarışı zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetinde de kalite, risk ve performansla yönelik konuların önemi gittikçe artmaktadır. Etkin bir yönetim için sağlık kuruluşları risk yönetim mekanizmalarına yönelmektedir. Maliyetleri düşürme çabaları, yasal dayanaklardan kaynaklı değişiklikler, özellikle branş personel sayısındaki yetersizlikler gibi değişimler sağlık kurumlarındaki risk ortamını daha da karmaşık şekle getirmektedir. Bu süreçte kurumlar, itibarları ve ilişkileri üzerindeki olumsuz etkilerin olmaması için risk ortamını kontrol etmeye çalışmaktadır.

Sağlık personelinin sürekli olarak bilgi düzeylerinin güncellenmesi, bilgi seviyelerinin devamlı olarak üst seviyede tutulması, şikâyetlerin analiz edilmesi ve bu süreçte kontrol süreçlerinin oluşturulması ve tıbbi sağlık kayıtlarının muntazaman oluşturulması risk yönetiminin anahtar boyutlarındandır.

Sağlık kurumlarında risk yönetiminin efektif şekilde gerçekleştirilmesi ve sürecin kontrol edilmesi için güven, en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık tesisleri bünyesinde gerçekleştirilecek olaylar analiz edilmeli ve risk yönetimi bütüncül bir yaklaşım açısıyla desteklenmelidir. Risk yönetim süreçlerini kontrol eden mekanizmalar oluşturulmalı, süreçler devamlı olarak işler durumda tutulmalı, takip edilmeli ve değerlendirilmelidir. Tüm bu bilgiler sonucunda aşağıda belirtilen çıktılar oluşmaktadır:

- Risk yönetimi muhtemel zayıflıkları elimine etmek hedefiyle oluşturulan önlemleri içermektedir. Oluşturulan bu önlem çalışmaları geleceğe yönelik olduğu için zayıflıkları önlemeyi ya da zayıflıkları minimuma indirmeyi hedeflemektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı sağlık kurumları reaktif yönetim yaklaşımından uzaklaşarak proaktif yönetim yaklaşımını benimsemelidirler.
- Sağlık sektöründe doktor, hemşire, ebe, teknisyen vb. göre tedavi takımı yapısı ile ilgili çok farklı görüşler sergiledikleri bilinmektedir. Bu kapsamda gerçekleştirilecek düzenlemeler her bir meslek yapısına uygun olarak gerçekleştirilmelidir.
- Sağlık tesislerinde risklerin analiz edilmesi ve sonucunda gerekli tedbirlerin alınması için risk yönetim bölümlerinin kurulması gerekmektedir.
- Risk yönetim modelini oluşturan sağlık tesislerinde görev ve sorumluluklar açıkça belirlenmiştir. Bu sayede görev ve yetki belirsizliğinden doğan tüm riskler önlenecektir.
- Risk yönetim süreci tasarlama, düzenleme, yönetme, uyum ve inceleme işlevlerinin birer parçası olmalıdır.
- Risk yönetim sürecini benimsemiş olan sağlık kurumları bilgi sunumuna önem veren, tam ve verimli iletişim sürecini tercih etmelidirler.
- Sağlık kurumlarında risk yönetim süreçlerinde takım çalışmasının önemi kavranmalıdır. Risk yönetim süreçlerinin takım çalışmasına dayalı bir süreç olduğu bilinmeli ve fonksiyonel bağlılığı bulunan birçok departmanı içine almalıdır. Risk yönetimi takım çalışmalarında tedavi süreçleri için oluşturulan takım yapısına özellikle dikkat edilmelidir. Sağlık tesisleri kadın ağırlıklı çalışanın olduğu kurumlar oldukları için kadınların takım yapıları ile ilgili görüşlerinin alınması büyük önem arz etmektedir.
- Risk yönetim süreçlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi sürecinde takım çalışmasının rolü tüm sağlık personeline anlatılmalıdır. Sağlık tesislerinde risk yönetim faaliyetlerinin yürütülmesi bu yollarla yapılabilecektir.
- Risk yönetim çalışması takımla sürdürüldüğü için fonksiyonel takım üyelerinin oluşturulmasını ve tüm birimlerde oluşabilecek risklerin analiz edilmesini sağlayacaktır. Tüm bu çalışmalar sonucunda da rasyonalist önlemler alınmış olacaktır.
- Takım çalışması sayesinde kontrol süreçleri maliyeti azaltılacak ve çalışanların bölümlerinde meydana gelen problemleri yüksek verimle çözmesine yol açacaktır.
- Takım çalışması sayesinde organizasyon içinde çok çeşitli fikirlerin üretilmesi sağlanır ki bu da çeşitliliğin oluşmasına katkı sağlayacaktır.
- Sağlık tesislerinde maksatlı ya da maksatsız tüm riskler raporlanacağından böylece sağlık tesisi içerisinde gerçekleşen tüm hadiselerden bilgi sahibi olunacaktır.

KAYNAKÇA

- Akçakanat, Ö. (2012). Kurumsal Risk Yönetimi ve Kurumsal Risk Yönetim Süreci. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 4(7):30-46.
- Akgün, S. (2015). Sağlık Sektöründe İş Kazaları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(2):67-75.
- Aksay, K., Orhan, F., Kurutkan, M.N. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 4(2):121-142.
- Aksay, K., Orhan, F. (2013). Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(3):10-23.
- Aravacık, E. (2014). Sağlık Hizmetleri Bakımından İş Sağlığı ve Güvenliği, Adli Bilimciler Derneği. 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, 1-4 Mayıs, Marmaris.
- Beşer, A. (2012). Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 5(1):39-44.
- Beyzadeoğlu, H., Cengiz, İ. (2013). Sağlık Çalışanlarının Riskleri ve Sağlık Takipleri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2(28):28-33.
- Ceylan, H., Başhelvacı, V. (2011). Risk Değerlendirme Tablosu Yöntemi ile Risk Analizi: Bir Uygulama. International Journal Of Engineering Research And Development, 3(2):25-33
- Emhan, A. (2009). Risk Yönetim Süreci ve Risk Yönetimde Kullanılan Teknikler. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23(3):209-220.
- Esin, A. (2006). İş Sağlığı ve Güvenliği. TMMOB Makine Mühendisleri Odası Yayını, Ankara.
- Federal Aviation Administration (FAA) - System Safety Handbook (2000). Operational Risk Management (ORM), p.15,7
- Güler, Ç., Çobanoğlu, Z., Vaizoğlu, SA., Tekbaş, ÖF. (2011). Risk Yönetimi ve İletişimi, Ankara: Yazıt Yayınları.
- Hisar, A. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- İncesu, E. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Risk Yönetim Modeli Önerisi. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 47-53.
- Kantarcioglu, H.,Kantarcioglu, A., Dinç, H. (2020). Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği: Kamu Hastanelerinde Risk Değerlendirme Yöntemlerine Yönelik Bir İnceleme. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7(1):61-67.
- Korkmaz, M., Aytaç, A., Kılıç, B., Yücel, AS., Toker, F., Gümüş, S. (2014). Sağlık Çalışanlarında Risk Yönetimi ve Uygulamaları: Özel Kamu Sağlık Kurumları Örneği. Akademik Bakış Dergisi, 44:1-22.
- Korkut, F. (2018). Kamu Organizasyonlarında Risk Yönetimi: Bingöl İli Kamu Hastaneleri Örneği. PhD, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Kurt, B., Tağ, M., Şalva, T., et al. (2018). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışma Grubu Raporu. Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Özcan, N. (2018). Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi. Sağlık Hizmetleri ve Eğitim Dergisi, 2(1):15-24.
- Özyurt, Ö. (2013). İş Sağlığı ve Güvenliği, Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu.
- Singh, B., Ghatala, MH (2012). Risk Management in Hospitals. International Journal of Innovation, Management and Technology, 3(4): 417-421.
- SKS Hastane (2020). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı SKS-Hastane (Versiyon-6) 1. Baskı: Ankara.
- Türk, M.(2015). Bir Üniversite Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Risk Değerlendirmesi. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 12(43):27-33.
- Üçer, Y.(2002). Faaliyet Risk Yönetiminin Ana Noktaları ve Kullanılan Araçlar. Kurum, Uçuş Okulu Yayını, Ankara.
- World Health Organization (WHO) (2019). Erişim Adresi:https://www.who.int Erişim Tarihi: 02.01.2023

Ameliyathane çalışanlarının cerrahi dumana maruz kalması ve farkındalıklarının değerlendirilmesi

Evaluation of surgical smoke exposure and awareness of operating room staff

Emel Kandaş

¹Hemşire, Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Yönetimi İstanbul/Türkiye, emelzeybek@hotmail.com, 0000-0001-9845-3232

Öz

Ameliyathaneler; bütün cerrahi birimleri içinde barındıran, çalışan sayısının fazla olduğu ve değişik meslek gruplarının iş birliğini gerektiren bir birim olmasının yanı sıra ileri düzeyde teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, birçok riskin bir arada bulunduğu ve bu risklerin çalışan sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği yerlerdir. Cerrahi işlem sırasında kullanılan aletler termal nekroza neden olarak dokulardaki yağ ve proteinin parçalanıp, buharlaşması sonucunda cerrahi dumanı oluşturmaktadır. Gözle görülüp kokusu olan cerrahi duman, içeriğindeki zararlı maddeler nedeniyle ameliyathane çalışanlarının sağlığını tehdit etmektedir. Cerrahi dumana maruz kalan ameliyathane çalışanları; baş ağrısı, bulantı, kusma, öksürük, boğazda yanma, baş dönmesi, göz iritasyonu ve yaşarması, saçlarda koku, hapşırma, solunum güçlüğü, hipoksi, havayolu inflamasyonu, halsizlik ya da güçsüzlük, konjoktivit, dermatit, kas ağrısı, kramp ve anemi gibi problemler yaşayabilmektedir. Yapılan araştırmalar yaşanan bu sorunlara rağmen ameliyathanelerde cerrahi dumana yönelik alınan önlemlerin yeterli olmadığını bu sebeple de bireysel ve kurumsal farkındalığın artırılması için hizmet içi eğitimlerin faydalı olacağını göstermektedir. Cerrahi dumandan korunmada merkezi havalandırma sistemi ve duman tahliye cihazlarının yanı sıra kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması da çok önemlidir. Bu derleme ameliyathane ortamında ortaya çıkan cerrahi dumanın verdiği zararları ve bu dumandan korunmaya yönelik alınacak önlemlerin ameliyathane çalışanları tarafından farkındalığını literatür eşliğinde açıklanmayı amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler:

Ameliyathane, Cerrahi Duman, Hemşire

ABSTRACT

Operating rooms; In addition to being a unit that includes all surgical units, has a large number of employees and requires the cooperation of different occupational groups, it is a place where advanced technological tools and equipment are used, where many risks coexist and these risks can adversely affect employee health. The instruments used during the surgical procedure cause thermal necrosis, resulting in the breakdown and evaporation of fat and protein in the tissues, resulting in surgical smoke. Surgical smoke, which can be seen and smelled, threatens the health of operating room personnel due to the harmful substances it contains. Operating room workers exposed to surgical smoke; problems such as headache, nausea, vomiting, cough, sore throat, dizziness, eye irritation and tearing, hair odour, sneezing, difficulty breathing, hypoxia, airway inflammation, fatigue or weakness, conjunctivitis, dermatitis, myalgia, cramps and anemia may occur. Despite these problems, studies show that the precautions taken for surgical smoke in operating rooms are not sufficient, therefore in-service trainings will be beneficial to increase individual and institutional awareness. In addition to the central ventilation system and smoke evacuation devices, it is very important to use personal protective equipment in protection from surgical smoke. This review aims to explain the harm caused by surgical smoke in the operating room environment and the awareness of the operating room workers about the precautions to be taken to prevent this smoke, in the light of the literature.

Key Words:

Operating Room, Surgical Smoke, Nurse

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Hemşire, Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Yönetimi İstanbul/Türkiye, emelzeybek@hotmail.com, 0000-0001-9845-3232

DOI:

10.5281/zenodo.8244911

Received Date/Gönderme Tarihi:

08.03.2023

Accepted Date/Kabul Tarihi:

29.07.2023

Published Online/Yayımlanma Tarihi

31.07.2023

1.GİRİŞ

Ameliyathaneler; bütün cerrahi birimleri içinde barındıran, çalışan sayısının fazla olduğu ve değişik meslek gruplarının iş birliğini gerektiren birimlerdir. Aynı zamanda ameliyathaneler ileri düzeyde teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, birçok riskin bir arada bulunduğu ve bu risklerin çalışan sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündüren yerlerdir. Bu risklerden bir tanesi içinde pek çok zararlı maddeyi barındıran, kokulu ve görünür özellikte olan cerrahi dumandır (Edwards ve Reinman, 2008; Okoshi vd., 2015).

Cerrahi duman; hemostaz, eksizyon ve diseksiyon amacıyla kullanılan; elektrokoter, lazer, ultrasonik aletler, yüksek hızlı matkaplar, testereler gibi ısı üreten aletlerin dokular ile etkileşime girmesi sonucu ortaya çıkar. Cerrahi işlem sırasında kullanılan bu aletler termal nekroza neden olarak dokulardaki yağ ve proteinin parçalanıp buharlaşması sonucunda cerrahi dumanı oluşturmaktadır (Okoshi vd., 2015; Fencel, 2017). Gözle görülen ve kokusu olan cerrahi dumanın %95'i su, geriye kalan %5'lik kısmı ise ölü ve canlı hücre materyal, kan partikülleri, bakteri, virüs, toksik gaz ve buhardır (Spearman vd., 2007). Cerrahi dumanın içeriğindeki bu zararlı maddeler ameliyathane çalışanlarının sağlığını tehdit edebilmektedir (Yavuz ve Şahin, 2017; Hahn vd., 2017). Cerrahi dumanın mutajenik, karsinojenik ve kötü kokulu olmasıyla birlikte, ameliyathane çalışanları üzerinde çeşitli sağlık sorunlarına neden olduğu farklı çalışmalarda görülmüştür (Yavuz ve Kaymakçı, 2015; Edwards ve Reinman, 2008). Cerrahi dumana maruz kalan ameliyathane çalışanları; baş ağrısı, bulantı, kusma, öksürük, boğazda yanma, baş dönmesi, göz iritasyonu ve yaşarması, saçlarda koku, hapşırma, solunum güçlüğü, hipoksi, havayolu inflamasyonu, halsizlik ya da güçsüzlük, konjoktivit, dermatit, kas ağrısı, kramp ve anemi gibi çeşitli sağlık problemleri yaşamaktadır (Alp vd., 2006; Barrett ve Garber, 2003).

Amerika İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi (The Occupational Safety and Health Administration, OSHA) her yıl 500.000'den fazla ameliyathane çalışanının cerrahi dumana maruz kaldığını bildirirken, cerrahi dumanın uygun şekilde ameliyathane ortamından uzaklaştırılması gerektiğini de vurgulamaktadır. Cerrahi dumana karşı birçok uluslararası sağlık kuruluşu bu konuyla ilgili rehberler geliştirmiştir. Bu rehberlerde; sağlık çalışanlarının cerrahi dumana maruz kalma riskleri hakkında farkındalıklarının olmasının gerektiği, dumansız cerrahi ortamın oluşturulması, dumandan korunmak için uygun koruyucu ekipman ve duman tahliye sistemlerinin kullanılmasının gerekliliği ve bu konularda personel eğitiminin önemi vurgulanmaktadır. Cerrahi dumanın zararlı etkilerinin bilinmesine rağmen, yapılan çalışmalar ameliyathane çalışanlarının bu etkiler hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları ve duman tahliye rehberlerine uymadıklarını gösteriyor (Fencel, 2017; Steege vd., 2016; Alcan vd., 2017). Bizim ülkemizde cerrahi duman riskleri ve korunmaya yönelik yapılan uygulamaların incelendiği araştırmalar oldukça azdır (Alcan vd., 2017; Ünver vd., 2016). Bu da bize ülkemizde cerrahi dumana karşı bakış açısının beklenen ve olması gereken düzeyde olmadığını gösteriyor.

Bu derleme ameliyathane ortamında ortaya çıkan cerrahi dumanın verdiği zararları ve bu dumandan korunmaya yönelik alınacak önlemlerin ameliyathane çalışanları tarafından farkındalığını literatür eşliğinde açıklamayı amaçlamaktadır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Cerrahi Duman

Cerrahi duman; hemostaz, eksizyon ve diseksiyon amacıyla kullanılan elektrokoter, lazer, ultrasonik aletler, yüksek hızlı matkaplar, testereler gibi ısı üreten aletlerin dokular ile etkileşime girmesi sonucu ortaya çıkar. Cerrahi işlemler sırasında diseksiyon veya hemostaz için hastanın dokusunda kullanılan bu ekipmanlar kanamanın meydana gelmesini önleyerek küçük kan damarlarının kanamasını engellemekte, böylelikle cerrahi alanda daha fazla görünürlük sağlamakta ve işlem süresini kısaltmaktadır. Cerrahi işlem sırasında kullanılan bu aletler termal nekroza neden olarak dokulardaki yağ ve proteinin parçalanıp buharlaşması sonucunda cerrahi dumanı oluşturmaktadır (Okoshi vd., 2015; FencI, 2017). Dokunun ısı 37 °C'den 100 °C'ye çıkartıldığında hücre sıvısı buharlaşır ve hücre patlar, ardından kesi oluşur. Bu işlemle birlikte cerrahi duman oluşmakta ve ince parçacıklar atmosfere yayılmaktadır (Massarweh vd., 2005). Gözle görülen ve kokusu olan cerrahi dumanın %95'i su, geriye kalan %5'lik kısmı ise ölü ve canlı hücre materyal, kan partikülleri, bakteri, virüs, toksik gaz ve buhardır (Spearman vd., 2007).

Cerrahi işlem sırasında kullanılan ve cerrahi işleme göre farklı olabilen cerrahi aletler çeşitli boyutlarda partiküller üretmektedir. Üretilen bu partiküller ne kadar küçükse, vücuda o kadar iyi girebilmekte ve daha fazla hücre hasar verebilmektedir. Yapılan bir çalışmada partikül büyüklüğünün önemli olduğu, 100 µm'den küçük partiküllerin havada kaldığı, 5 µm veya daha büyük partikülün üst solunum yolunda ve 2 µm'den küçük partiküllerin alveollerde kolayca ulaşıp orada biriktiği belirtilmektedir (Bratu vd., 2015). Endoskopik veya açık cerrahi işlemlerin yaklaşık %90'ında çeşitli derecelerde açığa çıkan cerrahi dumanın %95'i su buharından oluştuğu için taşıyıcı durumdadır. Cerrahi duman içerisinden açığa çıkan fiziksel, kimyasal ve biyolojik tehlikeler; ameliyat sırasında odada bulunan herkesin alveollerine kadar taşınabilmektedir.

Cerrahi dumanın niteliği ve miktarı cerrahın kullandığı tekniğe, dokunun patolojisine, kullanılan cerrahi aletin türüne, kullanılan cihazın güç seviyesine, cerrahi işlemin süresine ve ameliyat olan kişinin beden kitle indeksine göre değişiklik göstermektedir (Aktaş ve Aksu, 2019).

1.2. Cerrahi Dumanın Etkileri

1.2.1 Fiziksel Etkileri

Cerrahi dumana maruz kalan ameliyathane çalışanları; baş ağrısı, bulantı, kusma, öksürük, boğazda yanma, baş dönmesi, göz iritasyonu ve yaşarması, saçlarda koku, hapşırma, solunum güçlüğü, hipoksi, havayolu inflamasyonu, halsizlik ya da güçsüzlük, konjoktivit, dermatit, kas ağrısı, kramp ve anemi gibi çeşitli sağlık problemleri yaşamaktadır (Alp vd., 2006; Barrett ve Garber, 2003). Ayrıca cerrahi duman içerisindeki HPV (Human Papilloma Virüs), HIV (Human Immunodeficiency Virüs), tüberküloz, hepatit B ve C virüsleri havaya yayılabilmekte ve bu durum karşısında ameliyathane çalışanlarına bu virüslerin bulaşması söz konusu olabilmektedir (Hohlfeld vd., 2008).

Cerrahi duman içerisindeki 5 µm'den küçük boyutlardaki partiküller cerrahi maskeler tarafından filtrelenmediği için ameliyat ekibi bu boyuttaki partikülleri soluyabilmektedir (Mowbray vd., 2013).

1.2.2. Kimyasal Etkileri

Cerrahi dumanın virüs, bakteri, doku materyali, kan hücreleri, sitotoksik ve mutajenik etkilere sahip olabilecek 600 kadar kimyasal ve biyolojik madde içerdiği belirtilmektedir (Okoshi vd., 2015). Cerrahi dumanın içerisinde fenol, etanol, klorofom, benzen, toluen, etilbenzen, ksilenler ve naftalin gibi 150 toksik kimyasal maddenin de bulunduğu belirtilmektedir (Choi vd., 2018; She vd., 2017). Cerrahi dumanın içinde bulunan bu kimyasallar genetik mutasyonların ve kanserin tetikleyicisi olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada cerrahi duman analiz edilip risk değerlendirmesi yapıldığında benzen de dâhil olmak üzere beş kimyasal bileşiğin kanserojen riskinin sınır değerlerin çok üstünde olduğu görülmüştür (Choi vd., 2018). Cerrahi dumanın mutajenik ve kanserojen etkileri tütün dumanı ile aynı olduğu için, başka bir çalışma ameliyathane çalışanının cerrahi dumana maruz kalmasının etkilerini pasif sigara içiciliği ile benzer olduğunu ileri sürmüştür (Hill vd., 2012).

Cerrahi duman hasta sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda cerrahi dumanın hastanın hemoglobin yapısında biyokimyasal değişiklikler meydana getirdiği belirtilmektedir.

Laparoskopik cerrahi işlem sırasında kullanılan cerrahi ekipmanların çıkartmış olduğu cerrahi dumanın batının görünürlüğünü azalttığı, periton boşluğu içindeki dumanın ise periton membranı tarafından emildiği ve bunun sonucu olarak da kırmızı kan hücrelerinin oksijen taşıma kapasitesini azaltan metahemoglobin ve karboksihemoglobin konsantrasyonlarında artışa sebep olduğu, hastanın pulseoksimetre değerlerinin yanlış yükselmesi sonucunda dishemoglobinemilere bağlı olarak hasta hipoksisinin fark edilemediği ve batın içinde cerrahi duman üretimine bağlı olarak pot alanlarda metastazların olabileceği belirtilmiştir (Weld vd., 2007).

1.3. Cerrahi Dumandan Korunmaya Yönelik Alınması Gereken Önlemler

Amerika İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi (The Occupational Safety and Health Administration, OSHA) her yıl 500.000'den fazla ameliyathane çalışanının cerrahi dumana maruz kaldığını bildirirken, cerrahi dumanın uygun şekilde ameliyathane ortamından uzaklaştırılması gerektiğini de vurgulamaktadır. Cerrahi dumana karşı birçok uluslararası sağlık kuruluşu konuyla ilgili rehberler geliştirmiştir. Bu rehberlerde; sağlık çalışanlarının cerrahi dumana maruz kalma riskleri hakkında farkındalıklarının olması gerektiği, dumansız cerrahi ortamın oluşturulması, dumandan korunmak için uygun koruyucu ekipman kullanımı, duman tahliye sistemlerinin kullanılması gerekliliği ve bu konularda personel eğitiminin önemi vurgulanmıştır. Cerrahi dumanın zararlı etkilerinin bilinmesine rağmen, yapılan çalışmalar ameliyathane çalışanlarının bu etkiler hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları ve duman tahliye rehberlerine uymadıklarını gösteriyor (Fencl, 2017; Steege vd., 2016; Steege vd., 2014).

Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of periOperative Registered Nurses-AORN) 1994 yılında hastaların ve cerrahi ekibin elektro cerrahi aletlerin kullanımına bağlı ortaya çıkan dumana maruz kalmasının önlenmesi gerektiğini bildirmiştir. Ameliyat odasının havalandırılması, cerrahi dumanın olumsuz etkilerini önlemek için yeterli görülmemektedir (Fencl, 2017). Kişisel koruyucu ekipmanın ve yerel duman tahliye cihazların cerrahi dumana maruz kalmayı sınırlandırmak için ameliyathanelerde kullanılabileceği belirtilmektedir. Cerrahi maskeler çalışanları mikroorganizma ve aerosollere karşı korumada kullanılan en standart kişisel koruyucu ekipmanlardır. Kişisel koruyucu ekipmanlardan ameliyat maskeleri cerrahi duman içerisindeki 5 µm'den küçük boyutlardaki partikülleri filtreleyemediğinden çalışanlar için yeterli koruma sağlamamaktadır. Bu nedenle yüksek filtreleme maskelerinin kullanılması

önerilmektedir. Yüksek filtrasyon özelliğine sahip maskeler etkili bir koruma sağlamasına rağmen, kullanımı esnasında kullanan personele rahat bir ortam sağlamamaktadır.

Sağlık kuruluşlarının birçoğu, olası sorunlardan kaçınmak için duman tahliye cihazlarının düzenli kullanımını önermektedir. Duman tahliye cihazları cerrahi dumandan korunmada ilk sırada yer almaktadır (She vd., 2017). Duman tahliye cihazlarının kullanımı sağlık uzmanları tarafından kabul edilmekle birlikte, bazı sağlık çalışanları bu cihazları ses, dikkat dağıtımı ve ekipman kullanımının ergonomik zorlukları dâhil olmak üzere çeşitli nedenlerle kullanmayı tercih etmemektedir (Watson, 2010). Duman tahliye cihazları sabit veya taşınabilir olarak ameliyathanelerde bulunmakla birlikte elektro cerrahi araçların çoğu kendi duman tahliye sistemine sahip olabilmektedir.

Yapılan bir çalışmada ameliyathane çalışanlarının %65'i cerrahi dumana karşı kendilerini korumak için cerrahi maske kullandıklarını söylemişlerdir (Yavuz vd., 2019).

1.4. Cerrahi Ekibin Cerrahi Dumana Karşı Farkındalığı

Cerrahi dumana maruz kalan ameliyathane çalışanları; baş ağrısı, bulantı, kusma, öksürük, boğazda yanma, baş dönmesi, göz iritasyonu ve yaşarması, saçlarda koku, hapşırma, solunum güçlüğü, hipoksi, havayolu inflamasyonu, halsizlik ya da güçsüzlük, konjoktivit, dermatit, kas ağrısı, kramp ve anemi gibi çeşitli sağlık problemleri yaşamaktadır (Alp vd., 2006; Barrett ve Garber, 2003). Yapılan çalışmalarda yaşanan bu sorunlara rağmen ameliyathanelerde cerrahi dumana yönelik alınan önlemlerin yeterli olmadığı bu sebeple de bireysel ve kurumsal farkındalığın artırılması için hizmet içi eğitimlerin faydalı olabileceği belirtilmektedir (Usta vd., 2019). Yapılan başka bir araştırmada da uygulanan hizmet içi eğitim programı sonucunda ameliyathane çalışanları tarafından duman tahliye cihazının kullanımının %80 oranında arttığı belirlenmiştir (Anderson vd., 2017).

Cerrahi dumandan korunmada merkezi havalandırma sistemi ve duman tahliye cihazlarının yanı sıra kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması da çok önemlidir (Fencel, 2017).

Cerrahi dumanın tahliyesinde aspiratörlerin etkin bir yöntem olmadığı belirtilmekte olmasına rağmen ameliyathane çalışanlarının aspiratörleri cerrahi dumandan korunmak için kullandığı, cerrahi duman çıkaran aletlerin üzerinde ise filtre olmadığı belirtilmektedir (Yavuz ve Kaymakçı, 2015).

Ameliyathanelerde havalandırma sistemi olarak kullanılan laminar hava akımı, HEPA filtreler ya da ULPA filtreler cerrahi dumanın çalışanları etkilemeden uzaklaştırılması gerekliliğini sağlamaktadır (She vd., 2017).

2. MATERYAL VE METOT

Çalışma sistematik derleme niteliğinde planlanmış olup Google Akademik üzerinden literatür taraması yapılmıştır. Veri tabanına 'ameliyathane, cerrahi duman, hemşire' anahtar kelimeleri ve sözcük grupları yazılarak tarama yapılmıştır. Tam metne ulaşılabilen 9 çalışma derlemeye dâhil edilmiştir.

Tablo 1'de ameliyathanede çalışanların cerrahi dumana maruz kalması sonucu görülen semptomları ve cerrahi dumandan korunmanın farkındalığını gösteren çalışmalar ve sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 1: Ameliyathane çalışanların cerrahi dumana maruz kalması sonucu görülen semptomları ve cerrahi dumandan korunmanın farkındalığı ile ilgili çalışmalar ve sonuçları

Çalışmanın Yılı	Çalışmanın Yazarları	Çalışmanın Örneklemi	Çalışmanın Türü	Çalışmanın Yöntemi	Çalışmanın Sonuçları
2021	Aydın ve arkadaşları	n=67	Araştırma	KKTC'de özel bir üniversite hastanesinde Kasım 2019-Ocak 2020 yılları arasında, ameliyathane çalışan 67 sağlık çalışanı ile cerrahi dumana maruz kalma, semptomları ve korunmaya yönelik ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu kullanılarak anket yöntemiyle veriler toplanmış. Veri toplama formu, bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren sorular (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu) ve cerrahi dumana yönelik bilgi, yaşanan semptomlar, ameliyathane cerrahi dumana yönelik alınan önlemleri içeren 19 sorudan oluşmuştur.	Ameliyathane çalışanlarının çalıştığı hastanede duman tahliyesi cihazı ve mevcut bir protokol varlığı hakkında bilgilerinin kesin olmadığı ve kurumlarında bu konu ile ilgili bir eğitim veremediğini ancak cerrahi duman konusunda bilgi almak istedikleri belirlenmiştir.
2018	Usta ve arkadaşları	n=105	Araştırma	Batı Karadeniz Bölgesi ve Doğu Marmara Bölgesi'ndeki araştırma Hastanelerinde 1 Nisan- 30 Haziran 2015 tarihleri arasında, hemşirelerin sosyodemografik çalışma özellikleri, cerrahi dumana maruz kalmaya bağlı yaşadıkları semptomlar, çalıştıkları ameliyathanelerin fiziki ve donanımsal özellikleri, dumanın etkilerinden korunmak için alınan önlemleri içeren 15 sorudan oluşan veri toplama formu ile toplanmıştır.	Cerrahi dumanın önlenmesi için öncelikle farkındalığın artırılması gerektiği, bu farkındalığın bireysel düzeyde olduğu kadar kurumsal düzeyde de olması gerektiği düşünülmüş. Farkındalığın sağlanması, düzenli hizmet içi eğitimlerle bilgi eksikliğini giderilmesi ile sağlanabilir olabileceği ve sonraki adımda ise kurumlarda kanıtla dayalı uygulamalar ışığında cerrahi dumanın ortamdaki uzaklaştırılması için etkin yöntemlerin ve uygun kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması sağlanmalıdır.
2019	Aktaş ve arkadaşları	n=82	Araştırma	Araştırma, 27 Şubat ile 1 Nisan 2017 tarihleri arasında Ordu il merkezinde yer alan hastanelerin ameliyathanesinde çalışan 82 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmada hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini ve cerrahi dumana maruz kalma durumları ile ilgili soruları içeren anket formu kullanılarak veriler toplanmıştır.	Ameliyathanelerde cerrahi dumandan korunmaya yönelik protokol oluşturulması ve cerrahi dumanın tahliyesine yönelik etkin önlemlerin alınması önerilmiştir. Cerrahi dumanın etkilerine yönelik hizmet içi eğitimlerin sayısının artırılması ve ameliyathane hemşirelerinin koruyucu yöntemlere uyumunu sağlamaya yönelik çalışmaların yürütülmesi sağlanmalıdır.
2017	Alcan ve arkadaşları	n=71	Araştırma	Araştırma 23 Şubat-23 Mart tarihleri arasında İzmir ilinde bir üniversite hastanesinin ameliyathanesinde çalışan hemşireler ile yürütülmüştür. Veriler cerrahi duman riskleri ve bu risklerden korunmaya yönelik 40 sorudan oluşan veri toplama formu ile toplanmıştır.	Sağlık personellerine cerrahi dumanın etkilerine yönelik hizmet içi eğitimlerin sayısının artırılması, kurumların cerrahi dumanın tahliyesine yönelik etkin yöntemlere yer vermesi önerilmektedir.
2016	İlçe ve arkadaşları	n=81	Araştırma	Araştırma 2015 yılının Nisan-Mayıs ayları arasında Türkiye'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde ameliyathane çalışan gönüllü 45 hemşire ve 36 doktor ile yürütülmüştür.	Araştırma, ameliyathane çalışanlarının cerrahi dumana karşı cerrahi maske kullanımının etkili bir yöntem olmadığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını ortaya koymuştur. Ameliyathanelerde sağlıklı çalışma koşullarının oluşturulması için havalandırma sistemlerinde ULPA ve HEPA filtrelerinin kullanımı son derece önemlidir.
2020	Karadağ ve arkadaşları	n=62	Araştırma	Araştırma Aralık 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında Türkiye'nin doğu illerinden birindeki bir hastanede 62 ameliyathane çalışanının katılımıyla yürütülmüştür.	Ameliyathane çalışanlarının cerrahi dumanın zararları konusunda farkındalıklarının artırılması ve olumsuz etkilerden korunması için hastaneler tarafından eğitimler verilmesi, sağlıklı fiziksel koşullar sağlanmalıdır.
2018	Asdomwised ve arkadaşları	n=377	Araştırma	Araştırma Tayland'da 377 ameliyathane hemşiresinin katılımıyla yürütülmüştür.	Ameliyathane çalışanlarına cerrahi dumanın olumsuz etkileri konusunda eğitim verilmesi, cerrahi dumanın tahliyesi için profesyonel ekipman ve etkili filtreler kullanılmalıdır.
2016	Ünver ve arkadaşları	n=54	Araştırma	Araştırma 2013 yılının Nisan-Mayıs ayları arasında Trakya Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi ameliyathanelerinde çalışan 54 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.	Ameliyathane hemşireleri cerrahi dumanın olumsuz etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Hastane yönetimi de bu konuda gerekli tedbirler almamaktadır. Bu çalışma, cerrahi dumanın tahliyesi maksadıyla aspiratör kullanımının etkin bir yöntem olmadığını kanıtlamıştır.
2019	Yavuz ve arkadaşları	n=672	Araştırma	Araştırma Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneğinin bilimsel toplantılarına katılan 672 hemşirenin katılımıyla yürütülmüştür.	Araştırma Türkiye'deki ameliyathanelerin cerrahi dumanın olumsuz etkilerine karşı yeterli korunmaya sahip olmadığını ortaya koymuştur. Ameliyathane çalışanları cerrahi dumanın potansiyel olumsuz etkileri konusunda bilinçlendirilmelidir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hasta ve çalışan güvenliği açısından cerrahi dumanın, sağlığı olumsuz etkileyen bir risk olduğu göz ardı edilmemelidir. Giersbergen ve arkadaşlarının çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin en sık solunumda değişiklik, baş ağrısı, bulantı/kusma, hipoksi/baş dönmesi ve gözlerde yaşarma sorunları ile karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir (Giersbergen vd., 2019). Yapılan çalışmalar ameliyathane çalışan sağlık personellerinin hastanenin diğer birimlerinde çalışan sağlık personellerine göre iki kat daha fazla oranda solunum problemi yaşadığını belirtmektedir. Ciddi sağlık sorunları yaşanmasına rağmen ameliyathanelerde cerrahi dumana yönelik alınan önlemlerin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Usta ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi dumana yönelik alınan önlemler; cerrahi maske, önlük, eldiven, gözlük ve yüksek filtrasyon sağlayan maskeler olarak belirlenmiştir (Usta vd., 2019). Cerrahi dumandan çalışanların ve hastanın en az şekilde etkileneceği şekilde ameliyathanelerde ve cerrahi işlemlerin gerçekleştiği diğer ortamlarda koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. Ünver ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerin tamamına yakını cerrahi duman hakkında fikir sahibi olmasına rağmen büyük bir çoğunluğu bu konuyla ilgili herhangi bir eğitim almamıştır (Ünver vd., 2016). Ameliyathane çalışanlarına cerrahi dumanın riskleri hakkında farkındalığı arttırmaya yönelik hizmet içi eğitimler verilmeli, hastane protokolleri ve yazılı talimatlar belirlenmeli, belirli aralıklarla verilen eğitimler tekrarlanmalıdır. Cerrahi duman konusunda daha fazla araştırma yapılarak farkındalığın artırılması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aktaş, Y.Y., & Aksu, D. (2019). Ameliyathane hemşirelerinin cerrahi dumana maruz kalma durumları ve korunmaya yönelik aldıkları önlemler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 123-128. <https://dergipark.org.tr/en/pub/balikesirsd/issue/44011/545426> adresinden alınmıştır.
- Alcan, O.A., Yavuz van Giersbergen, M., Tanıl, V., Dinçarslan, G., Hepçivici, Z., Kurcan, Ç., Arıkan, E., & Dere, T. (2017). Bir üniversite hastanesinde cerrahi duman riskleri ve koruyucu önlemlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(2), 27-35. <https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/32885/327169> adresinden alınmıştır.
- Alp, E., Bijl, D., Bleichrodt, R.P., Hansson, A., & Voss A. (2006). Surgical smoke and infection control. *Journal of Hospital Infection*, 62(1), 1-5. DOI:10.1016/j.jhin.2005.01.014.
- Anderson, R., Bradley, D., Etzkin, J., Turner Pye, N.N., Lane, D.I., Brooks, B.C., et al., (2017). Staff Compliance With Smoke Evacuation in the Operating Room AORN J, 105(6): 561-63.
- Barrett, W.L., & Garber, S.M. (2003). Surgical smoke-a review of the literature. *Surgical Endoscopy*, (17), 979-87. DOI: 10.1007/s00464-002-8584-5.
- Bratu, A.M., Petrus, M., Patachia M., Matei C., Popa, C., Banita, S., & Dumitras, D.C. (2015). Quantitative analysis of laser surgical smoke. Targeted Study on Six Toxic Compounds. *Romanian Journal of Physics*, 60(1-2), 215-227.
- Choi, S.H., Choi, D.H., Kang, D.H., Ha, Y.S., Lee, J.N., & Kim, B.S. (2018). Activated carbon fiber filters could reduce the risk of surgical smoke exposure during laparoscopic surgery: application of volatile organic compounds. *Surgical Endoscopy*, (32), 4290-4298. DOI:10.1007/s00464-018-6222-0.
- Edwards, B.E., & Reiman, R.E. (2008). Results of a survey on current surgical smoke control practices. *AORN Journal*, 87(4), 739-749. DOI:10.1016/j.aorn.2007.11.001.
- Fencil, J.L. (2017). Guideline implementation: surgical smoke safety. *AORN Journal*, 105(5), 488-497. DOI:10.1016/j.aorn.2017.03.006.
- Hahn, K.Y., Kang, D.W., Azman, Z.A., Kim, S.Y., & Kim, S.H. (2017). Removal of hazardous surgical smoke using a built-in-filter trocar: a study in laparoscopic rectal resection. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 27(5), 341-45. DOI:10.1097/SLE.0000000000000459.
- Hill, D.S., O'Neill, J.K., Powell R.J., & Oliver, D.W. (2012). Surgical smoke - A health hazard in the operating theatre: A study to quantify exposure and a survey of the use of smoke extractor systems in UK plastic surgery units. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(7), 911-916. DOI: 10.1016/j.bjps.2012.02.012.
- Hohlfeld, I., Preissler, G., Jauch, K.W., Pitz, M., Nowak, D., Peters, A., & Wichmann, H.E. (2008). Surgical smoke and ultrafine particles. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 3(3), 31. DOI: 10.1186/1745-6673-3-31.
- Massarweh, N.N., Cosgriff, N., & Slakey, P. (2006), Electrosurgery: history, principles, and current and future uses. *Journal of*

American College of Surgeons, 202(3), 520-30. DOI:10.1016/j.jamcollsurg.2005.11.017.

Mowbray, N., Ansell, J., Warren, N., Wall, P. & Torkington, J., (2013). Is surgical smoke harmful to theater staff? a systematic review, *Surgical Endoscopy*, 27(9),3100-3107. DOI: 10.1007/s00464-013-2940-5.

Okoshi, K., Kobayashi, K., Kinoshita, K., Tomizawa, Y., Hasegawa, S., & Sakai, Y. (2015). Health risks associated with exposure to surgical smoke for surgeons and operation room personnel. *Surgery Today*, 45(8), 957-965. DOI:10.1007/s00595-014-1085-z.

She, S., Lu, G., Yang, W., Hong, M., & Zhu, L. (2017). Health Risk Assessment of VOCs from Surgical Smoke. Preprints (www.preprints.org) (1), 1-10.

Spearman, J., Tsavellas, G., & Nichols, P. (2007). Current attitudes and practices towards diathermy smoke. *Annals Royal Collage of Surgeons of England*, (89), 162-165. DOI: 10.1308/003588407X155752.

Steege, A.L., Boiano, J.M., & Sweeney, M.H. (2016). Second hand smoke in the operating room? Precautionary practices lacking for surgical smoke. *American Journal of Industrial Medicine*, 59(11), 1020-1031. DOI: 10.1002/ajim.22614.

Steege, A.L., Boiano, J.M., Sweeney, & M.H. (2014) NIOSH health and safety practices survey of healthcare workers: Training and awareness of employer safety procedures. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(6), 640- 652. DOI: 10.1002/ajim.22305.

Usta, E., Aygin, D., Bozdemir, H., & Uçar, N. (2019). Ameliyathanelerde cerrahi dumanın etkileri ve korunmaya yönelik alınan önlemler, *HSP*, 6(1), 17-24. DOI: 10.17681/hsp.403579.

Ünver, S., Topçu, S.Y., & Fındık, Ü.Y. (2016). Surgical smoke, me and my circle. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 697-703.

Van-Giersbergen, M.Y., Alcan, A.O., Kaymakci, S., Ozsaker, E., & Dirimese, E. (2019). Investigation of surgical smoke symptoms and preventive measures in Turkish operating rooms. *International Journal of Health Sciences & Research*, 9(1), 138-144.

Watson, D.S. (2010). Surgical Smoke Evacuation During Laparoscopic Surgery. *Patient Safety First*, 92(3), 347-350. DOI: 10.1016/j.aorn.2010.06.010.

Weld, K.J., Dryer, S., Ames, C.D. (2007). Analysis of surgical smoke produced by various energy-based instruments and effect on laparoscopic visibility. *Journal of Endourology*, 21(3), 347-351. DOI: 10.1089/end.2006.9994.

Yavuz, M. (2015). Cerrahi Duman. Yavuz, M. Ve Kaymakçı, Ş. (Ed), *Ameliyathane Hemşireliği* (s. 245-52) içinde. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.

Van-Giersbergen, M.Y., ve Şahin-Köze, B. (2017, Kasım,2-5). Ameliyathanede İş Ortamı Kalitesi. Cerrahi Duman- Literatür Taraması (s. 553). Ögçe, F., Candan-Dönmez, Y., Çelik, B., ve Turhan-Damar, H. (Ed), 2.Uluslararası 10.Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye. İzmir: Metabasım Matbaacılık Hizmetleri.

York, K., & Autry, M. (2018). Surgical smoke: putting the pieces together to become smoke-free. *AORN Journal*, 107(6), 692-703. DOI: 10.1002/aorn.12149.